

# **Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI**

---

Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung  
der Modellvorhaben gem. § 125 Abs. 2 SGB XI  
zur Erprobung der Leistungen der häuslichen  
Betreuung durch Betreuungsdienste

STUDIEN  
BERICHT

---

# Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI

---

Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der  
Modellvorhaben gem. § 125 Abs. 2 SGB XI zur  
Erprobung der Leistungen der häuslichen Betreuung  
durch Betreuungsdienste

Julian Rellecke  
Julia Krieger  
Hans-Dieter Nolting

## **Abschlussbericht**

für den GKV-Spitzenverband

Berlin, März 2018

---

## **Autoren**

**Julia Krieger**  
**Hans-Dieter Nolting**  
**Dr. Julian Rellecke**  
IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

## Inhalt

<b>Vorbemerkung</b>	<b>16</b>
<b>Abstract</b>	<b>17</b>
<b>1. Hintergrund</b>	<b>19</b>
<b>2. Methodik</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Theoretisches Rahmenmodell</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Zielgruppen und assoziierte Forschungsfragen</b>	<b>26</b>
2.2.1 Leistungserbringer	26
2.2.2 Mitarbeitende	28
2.2.3 Leistungsempfänger (Kunden und Angehörige)	30
<b>2.3 Evaluationskriterien und assoziierte Forschungsfragen</b>	<b>31</b>
2.3.1 Leistungsinhalte	32
2.3.2 Qualität	35
2.3.3 Wirtschaftlichkeit	38
2.3.4 Akzeptanz	39
<b>2.4 Weiterführende Bewertung</b>	<b>41</b>
2.4.1 Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer	42
2.4.2 Bewertung der Auswirkungen auf strukturelle Rahmenbedingungen	42
<b>2.5 Allgemeines Erhebungsdesign</b>	<b>43</b>
<b>2.6 Längsschnittuntersuchung Nutzer und Angehörige</b>	<b>44</b>
<b>2.7 Regionalstudien</b>	<b>45</b>
<b>2.8 Allgemeine Stichprobengewinnung</b>	<b>48</b>
<b>2.9 Datenschutz</b>	<b>49</b>
<b>3. Ergebnisse</b>	<b>50</b>
<b>3.1 Verlauf der Begleitforschung</b>	<b>50</b>
<b>3.2 Übersicht zu Ergebnissen der Forschungsfragen</b>	<b>54</b>
<b>3.3 Leistungserbringer</b>	<b>58</b>
3.3.1 Äußere Rahmenbedingungen	58
3.3.2 Leitung der Einrichtungen	75
3.3.3 Wirksamkeit einer parallel absolvierten Leitungsqualifikation	83
3.3.4 Kooperationen mit anderen Einrichtungen	88
3.3.5 Schriftliche Konzeption der Betreuungsdienste	91
<b>3.4 Mitarbeitende</b>	<b>97</b>
3.4.1 Anzahl der Mitarbeitenden	97
3.4.2 Berufliche Ausgangsqualifikation der Mitarbeitenden	101
3.4.3 Primäres Tätigkeitsfeld	110
3.4.4 Spezifische Qualifikation der Mitarbeitenden	111
<b>3.5 Leistungsempfänger</b>	<b>116</b>
3.5.1 Deskription der Kunden	117
3.5.2 Motive der Inanspruchnahme	147
3.5.3 Leistungsabruf	155

---

---

3.5.4	„Informelles“ Betreuungsnetz	169
3.5.5	Koordination und Kooperation bei Gestaltung der Abläufe	174
<b>3.6</b>	<b>Leistungsinhalte</b>	<b>191</b>
3.6.1	Beschreibung der Inhalte	191
3.6.2	Umfang/Anteil der Inhalte	201
3.6.3	Abgrenzung und Überschneidung zu anderen Leistungen	212
<b>3.7</b>	<b>Qualität</b>	<b>219</b>
3.7.1	Maßnahmen zur Sicherstellung der Leistung	220
3.7.2	Überprüfung der Betreuungsqualität seitens des Leistungserbringers	229
3.7.3	Weitere Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und –Sicherung	244
3.7.4	Ergebnisqualität: Wirksamkeit von Betreuung	265
3.7.5	Abstimmung mit dem Pflegeplan	291
<b>3.8</b>	<b>Wirtschaftlichkeit</b>	<b>300</b>
3.8.1	Methoden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit	300
3.8.2	Betriebswirtschaftliche Aspekte	301
3.8.3	Positionierung der BD in Konkurrenz mit anderen Anbietern	310
3.8.4	Nutzen und Aufwand (Wirtschaftlichkeit der Leistungen)	314
3.8.5	Gesamteinschätzung der Wirtschaftlichkeit	325
<b>3.9</b>	<b>Akzeptanz</b>	<b>328</b>
3.9.1	Zufriedenheit	328
3.9.2	Präferenz	335
<b>3.10</b>	<b>Weiterführende Bewertungen</b>	<b>340</b>
3.10.1	Allgemeine Bewertung der Betreuungsleistungen	340
3.10.2	Besonderheiten bei pflegebedürftigen Menschen	346
3.10.3	Stärken und Entwicklungsbedarf der Betreuungsdienste	349
3.10.4	Bewertung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	354
3.10.5	Bewertung der Auswirkung auf strukturelle Rahmenbedingungen	357
<b>4.</b>	<b>Längsschnittstudie</b>	<b>376</b>
<b>4.1</b>	<b>Konzeption</b>	<b>376</b>
<b>4.2</b>	<b>Durchführung</b>	<b>377</b>
<b>4.3</b>	<b>Methoden</b>	<b>378</b>
<b>4.4</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>380</b>
<b>4.5</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>385</b>
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>391</b>
<b>5.1</b>	<b>Verlauf der Begleitforschung</b>	<b>391</b>
<b>5.2</b>	<b>Rahmenbedingungen Leistungserbringer</b>	<b>393</b>
<b>5.3</b>	<b>Einrichtungsleitung</b>	<b>395</b>
<b>5.4</b>	<b>Mitarbeitende</b>	<b>397</b>
<b>5.5</b>	<b>Zusammensetzung der Kunden</b>	<b>400</b>
<b>5.6</b>	<b>Motive der Inanspruchnahme</b>	<b>404</b>
<b>5.7</b>	<b>Koordination bei der Leistungserbringung</b>	<b>406</b>
<b>5.8</b>	<b>Leistungsinhalte (Betreuungsinhalte)</b>	<b>411</b>

---

---

<b>5.9</b>	<b>Qualität</b>	<b>414</b>
<b>5.10</b>	<b>Wirtschaftlichkeit</b>	<b>424</b>
<b>5.11</b>	<b>Akzeptanz/Zufriedenheit</b>	<b>427</b>
<b>6.</b>	<b>Diskussion, Schlussfolgerungen und Empfehlungen</b>	<b>429</b>
<b>6.1</b>	<b>Verlauf, Ergebnisse und Erträge der Modellerprobung</b>	<b>429</b>
6.1.1	Hintergrund der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI	429
6.1.2	Teilnehmer der Modellvorhaben	431
6.1.3	Vergleichsgruppen von Pflegediensten und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten	433
6.1.4	Übergreifende Erkenntnisse über das Handlungsfeld „häusliche pflegerische Betreuung“	434
<b>6.2</b>	<b>Schlussfolgerungen zu den Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschung</b>	<b>435</b>
6.2.1	Inhalte der Leistung	435
6.2.2	Qualität der Leistung, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung	436
6.2.3	Wirtschaftlichkeit	437
6.2.4	Bewertung aus Sicht der Nutzer bzw. ihrer Angehörigen	438
6.2.5	Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer	438
6.2.6	Bewertung der Auswirkungen auf strukturelle Rahmenbedingungen	439
<b>6.3</b>	<b>Empfehlungen</b>	<b>440</b>
<b>7.</b>	<b>Literatur</b>	<b>443</b>
	<b>Anhang</b>	<b>448</b>
	<b>A1 Tabellen</b>	<b>449</b>
	<b>A2 Fragebogen</b>	<b>462</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>6</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>10</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>15</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Ökosystemisches Modell für Nutzer/Angehörige (links) bzw. Leitungskraft und Mitarbeitende (rechts)	26
Abbildung 2:	Erhebungsdesign der wissenschaftlichen Begleitforschung	45
Abbildung 3:	Hierarchie und Zugang der Zielgruppen	48
Abbildung 4:	Anzahl eingeschlossener BD (N = 49) in die Begleitforschung zu t0 je Monat	51
Abbildung 5:	Anzahl der BD und „Nicht-Teilnehmer“ pro Bundesland	58
Abbildung 6:	Standort der BD und Vergleichseinrichtungen auf Landkreisebene	61
Abbildung 7:	Gründung und Vorgängereinrichtung der BD	63
Abbildung 8:	Trägerschaft der Einrichtungen (Anzahl der Einrichtungen)	64
Abbildung 9:	Rechtsform der BD und „Nicht-Teilnehmer“	65
Abbildung 10:	Rechtsform PD und nBa (t1)	66
Abbildung 11:	Mitgliedschaft in einem Verband für BD und „Nicht-Teilnehmer“	67
Abbildung 12:	Vorliegen eigener Geschäftsräume bei BD	68
Abbildung 13:	Vorliegen eigener Geschäftsräume zu t1	70
Abbildung 14:	Anzahl recherchierte Vergleichseinrichtungen auf Landkreisebene	73
Abbildung 15:	Nennungen zu Berufsabschlüssen der Leitungen	76
Abbildung 16:	Berufliche „Basisqualifikation“ der Einrichtungsleitungen	77
Abbildung 17:	Praxiserfahrung (Jahre ± Konfidenzintervall) Leitungskräfte BD	79
Abbildung 18:	Art der Leitungsqualifikation in BD	82
Abbildung 19:	Häufigkeiten der Positionierung der Leitungskräfte (BD)	85
Abbildung 20:	Vorhandene Kooperationen mit anderen Einrichtungen	91
Abbildung 21:	Mitarbeiteranzahl (Mittelwert ± Konfidenzintervall)	99
Abbildung 22:	Teilnahmequote in schriftlichen Mitarbeiterbefragungen	100
Abbildung 23:	Berufsabschlüsse Mitarbeitende zur Ausgangssituation in BD (t0)	102
Abbildung 24:	Berufsabschlüsse der Mitarbeitenden zu t1 und t2	103
Abbildung 25:	Berufliche „Basisqualifikation“ der Mitarbeitenden	105
Abbildung 26:	Berufliche „Basisqualifikation“ in der Mitarbeiterbefragung	106

---



---

Abbildung 27:	Praxiserfahrung (Jahre $\pm$ Konfidenzintervall) der Mitarbeiter in BD	109
Abbildung 28:	Primäres Tätigkeitfeld der Mitarbeitenden	111
Abbildung 29:	Qualifikation der Mitarbeitenden analog § 87b SGB XI in BD	112
Abbildung 30:	Qualifikation der Mitarbeitenden analog § 87b SGB XI	116
Abbildung 31:	Kundenanzahl (Mittelwert $\pm$ Konfidenzintervall)	118
Abbildung 32:	Teilnahmequoten in schriftlichen Kundenbefragungen	120
Abbildung 33:	Geburtsjahr der Kunden (Mittelwert $\pm$ Konfidenzintervall) nach Geschlecht und Einrichtungstyp	122
Abbildung 34:	Anteil an Populationen in Einrichtungen nach Alter und Geschlecht	124
Abbildung 35:	Geburtsjahr der Kunden (Mittelwert $\pm$ Konfidenzintervall) nach Pflegestufenstatus und Einrichtungstyp	130
Abbildung 36:	Pflegestufenstatus in Kundenpopulation und- Stichprobe (t1)	132
Abbildung 37:	Pflegegradstatus in Kundenpopulation und- Stichprobe (t2)	134
Abbildung 38:	EA in Kundenpopulation und- Stichprobe	138
Abbildung 39:	Anteil Art der Einschränkung pro Einrichtungstyp (t1 und t2)	141
Abbildung 40:	Art der Einschränkung Kundenpopulation und- Stichprobe	146
Abbildung 41:	Ereignisse bei erstmaliger Inanspruchnahme der Einrichtungen	148
Abbildung 42:	Ereignisse bei Inanspruchnahme der BD nach Einschränkungsart	150
Abbildung 43:	Ausprägung der Problemlagen (Kundenbefragung t1 und t2)	152
Abbildung 44:	Ausprägung der Problemlagen nach Einrichtungstyp	153
Abbildung 45:	Problemlagen und gewünschte Unterstützung	155
Abbildung 46:	Inanspruchnahme von Leistungen	157
Abbildung 47:	Paarweise Kombination von Leistungsarten (t0 bis t2)	158
Abbildung 48:	Häufigkeit der Leistungsarten ohne Kombination (t0 bis t2)	160
Abbildung 49:	Inanspruchnahme von Leistungen (Kundenbefragung; t1 + t2)	161
Abbildung 50:	Angebot der Gruppenbetreuung pro Einrichtungstyp	164
Abbildung 51:	Einschätzung der Bedeutung von Gruppenbetreuung	164
Abbildung 52:	Nutzung von Gruppenbetreuung (t1 und t2 zusammengefasst)	167

---

---

Abbildung 53: Kombination mit anderen Anbietern (Kundenbefragung; t1 + t2)	168
Abbildung 54: Personengruppen im Haushalt (Kundenbefragung; t1 + t2)	170
Abbildung 55: Personenkreis der „pflegenden Angehörigen“ (Kundenbefragung)	174
Abbildung 56: „Bezugsbetreuung“ in BD zu t0 und t1 (Angaben Leitungskräfte)	175
Abbildung 57: „Bezugsbetreuung“ in BD, nBa und PD zu t1	176
Abbildung 58: „Bezugsbetreuung“ in BD zu t1 (Angaben Mitarbeitende)	177
Abbildung 59: Koordination der BD mit Pflegeeinrichtungen zu t0 und t1 (Befragung der Leitungskraft)	188
Abbildung 60: Koordination der BD mit Pflegeeinrichtungen zu t0 und t1 (Mitarbeiterbefragung)	188
Abbildung 61: Koordination mit anderen an Pflege beteiligten Akteuren (t1)	190
Abbildung 62: Koordination der BD mit Pflegeeinrichtungen zu t1 (Kundenbefragung)	191
Abbildung 63: „Eignung“ der Betreuungsinhalte (Kundenbefragung t1 und t2)	194
Abbildung 64: Mittlere „Eignung“ Betreuungsinhalte pro Einrichtungstyp	201
Abbildung 65: Häufigkeit von Betreuungsinhalten (Mitarbeiterbefragung)	202
Abbildung 66: Mittlerer Anteil Umsetzung von Inhalten pro Faktor (Mitarbeiter)	204
Abbildung 67: Umgesetzte Betreuungsinhalte Mitarbeiter- vs. Kundenbefragung	205
Abbildung 68: Umsetzung pro Faktor in Mitarbeiter vs. Kundenbefragung	206
Abbildung 69: Mittlerer Anteil Umsetzung von Inhalten pro Faktor (Kunden)	211
Abbildung 70: Übernahme pflegenaher Aufgaben in BD und nBa	216
Abbildung 71: Übernahme pflegenaher Aufgaben	217
Abbildung 72: Häufigkeit der Übernahme pflegerischer Tätigkeiten	218
Abbildung 73: Vertretung von Mitarbeitenden bei Ausfall	221
Abbildung 74: Erstellung eines Kostenvoranschlags	225
Abbildung 75: Führung einer Betreuungsdokumentation	230
Abbildung 76: Verfahren zur Formulierung eines Betreuungsplans	233
Abbildung 77: Nutzung eines Betreuungsplans durch Mitarbeitende	234

---

---

Abbildung 78:	Systematische Erfassung der Wirkung von Betreuung	239
Abbildung 79:	Beschwerdemanagement in den Einrichtungen	242
Abbildung 80:	Einarbeitungskonzept und Einarbeitung der Mitarbeitenden	245
Abbildung 81:	Regelmäßige Durchführung von Team-/Dienstbesprechungen	247
Abbildung 82:	Möglichkeit zur Supervision in den Einrichtungen	251
Abbildung 83:	Für Supervision genutzter Personenkreis durch Mitarbeitende	252
Abbildung 84:	Bewertung wie hilfreich Supervision empfunden wurde	253
Abbildung 85:	Bewertung der Supervision bei verschiedenen Personengruppen	254
Abbildung 86:	Angaben Mitarbeitende zur Häufigkeit von Fallbesprechungen	256
Abbildung 87:	Bewertung der Fallbesprechungen	258
Abbildung 88:	Bewertung Fallbesprechungen in Abhängigkeit der Regelmäßigkeit	259
Abbildung 89:	Vorliegen eines Fortbildungsplans	260
Abbildung 90:	Teilnahme an Fort-/Weiterbildung und Bewertung der Möglichkeit	262
Abbildung 91:	Fort-/Weiterbildungen für Mitarbeitende nach Status Fortbildungsplan	264
Abbildung 92:	Belastungsempfinden und Lebensqualität nach Einrichtungstyp	269
Abbildung 93:	Handlungsanweisungen bei Feststellung von Mängeln	292
Abbildung 94:	Handlungsanweisungen bei Feststellung von Mängeln; Mitarbeiterbefragung	293
Abbildung 95:	Bisherige Feststellung von Mängeln; Mitarbeiterbefragung	299
Abbildung 96:	Bisherige Feststellung von Mängeln; Mitarbeiterbefragung	300
Abbildung 97:	Gründe für die Bewerbung als Modellvorhaben	304
Abbildung 98:	Gründe für den Ausstieg aus dem Modellprogramm	305
Abbildung 99:	Angaben der Leitungen zur Profitabilität von BD (zu t2)	306
Abbildung 100:	Ausstieg aus dem Modellprogramm und Vertragsverhandlungen	309
Abbildung 101:	Positionierung der BD in Konkurrenz zu anderen Anbietern (t1)	311

---

---

Abbildung 102: Positionierung der BD in Konkurrenz zu anderen Anbietern (t2)	312
Abbildung 103: Häufigkeit der Inanspruchnahme nach Einrichtungstyp	315
Abbildung 104: Nutzen und Häufigkeit der Inanspruchnahme (Aufwand)	317
Abbildung 105: Angaben aus Kundenbefragung zur Zufriedenheit	330
Abbildung 106: Unterschiede in Skalenwerten der Kundenzufriedenheit	331
Abbildung 107: Direkte Notenvergabe durch Kunden/Angehörige	332
Abbildung 108: Einflüsse auf die Zufriedenheit	335
Abbildung 109: Präferenz bzgl. Betreuungsinhalten	336
Abbildung 110: Anteil Kunden, die Betreuungsinhalt präferieren (gültige Angaben)	337
Abbildung 111: Präferenzurteile in Abhängigkeit des Einrichtungstyps	339
Abbildung 112: Präferenzurteile und Einschränkung der Alltagskompetenz (EA)	339
Abbildung 113: Anteil verschiedener Leistungsarten SGB XI am Tagesgeschäft	343
Abbildung 114: Zufriedenheit der Mitarbeitenden nach Einarbeitung	352
Abbildung 115: Zufriedenheit, berufliche Basisqualifikation und Einarbeitung	353
Abbildung 116: Zufriedenheit mit Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren	356
Abbildung 117: Vergütung nach Leistungsart pro Gruppe von Bundesländern	360
Abbildung 118: Zugang der Kunden zu Einrichtungen durch Selbsthilfegruppen	368
Abbildung 119: Angebot von Leistungen anderer SGB durch Einrichtung	373
Abbildung 120: Inanspruchnahme von Leistungen anderer SGB durch Kunden	374
Abbildung 121: Entwicklung der Outcome-Parameter über die Zeit	387
Abbildung 122: Entwicklung betreuungsrelevanter Problemlagen über die Zeit	389
 <b>Tabellen</b>	
Tabelle 1: Fragenkomplex „Leistungserbringer“	28
Tabelle 2: Fragenkomplex „Mitarbeitende“	30
Tabelle 3: Fragenkomplex „Leistungsempfänger“	31
Tabelle 4: Liste möglicher Betreuungsinhalte	34

---

---

Tabelle 5:	Fragenkomplex „Leistungsinhalte“	35
Tabelle 6:	Fragenkomplex „Qualität“	37
Tabelle 7:	Fragenkomplex „Wirtschaftlichkeit“	39
Tabelle 8:	Fragenkomplex „Akzeptanz“	41
Tabelle 9:	Fragenkomplex „Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer“	42
Tabelle 10:	Fragenkomplex „Bewertung der Auswirkungen“	42
Tabelle 11:	Rücklauf Kurzbefragung und Interesse an weiterer Teilnahme	47
Tabelle 12:	Teilnahme der Vergleichseinrichtungen	52
Tabelle 13:	Teilnahme von Einrichtungen an Begleitforschung t0 bis t2	53
Tabelle 14:	Forschungsfragen der wissenschaftlichen Begleitforschung	54
Tabelle 15:	„Teilnahmequote“ pro Einrichtungstyp und Bundesland	59
Tabelle 16:	Anzahl siedlungsstruktureller Kreistypen pro Einrichtungsart	62
Tabelle 17:	Mittlere Anzahl anderer Einrichtungen im Einzugsgebiet	72
Tabelle 18:	Anteil Leistungsart am Tagesgeschäft nach Leistungsqualifikation	87
Tabelle 19:	Kooperationen mit anderen Einrichtungen	89
Tabelle 20:	Prüfkatalog für QM-Handbücher der BD und Ergebnisse	95
Tabelle 21:	Qualifikation § 87b SGB XI nach Tätigkeitsbereich in BD (t0)	115
Tabelle 22:	Alter und Geschlecht der Kunden	121
Tabelle 23:	Alter und Geschlecht der Kundenstichproben	125
Tabelle 24:	Pflegestufenstatus der Kunden zu t0 und t1	126
Tabelle 25:	Pflegegrade der Kunden zu t2	127
Tabelle 26:	Einschränkung der Alltagskompetenz der Kunden	135
Tabelle 27:	Status der EA in der Kundenbefragung (Spalten-%)	137
Tabelle 28:	Art der Einschränkung der Kunden (Einschätzung der Leitung)	140
Tabelle 29:	Art der Einschränkung der Kunden und EA	143
Tabelle 30:	Einschränkung/Erkrankung in der Kundenbefragung (t1 und t2)	145
Tabelle 31:	Häufigkeit der Kombination von Leistungsarten (t0 bis t2)	157
Tabelle 32:	Weitere Personen im Haushalt & Inanspruchnahme von Leistungen (Kundenbefragung)	172

---

---

Tabelle 33:	Maximale Anzahl Mitarbeitende pro Kunde und „Bezugsbetreuung“ (Angabe Einrichtungsleitungen, t1)	178
Tabelle 34:	Anzahl Kunden pro Mitarbeiter (Angabe Mitarbeitende)	180
Tabelle 35:	Personelle Kontinuität und Bezugsbetreuung	182
Tabelle 36:	Anzahl Mitarbeitende pro Kunde und „Bezugsbetreuung“	183
Tabelle 37:	Anzahl Kunden pro Mitarbeiter mit Vertrauensverhältnis	184
Tabelle 38:	Vertrauensverhältnis und „Bezugsbetreuung“ (t1)	186
Tabelle 39:	Ergebnis der Faktorenanalyse zu Betreuungsinhalten	198
Tabelle 40:	Korrelation der Faktorwerte mit Ausprägung der Problemlagen	199
Tabelle 41:	Kundeneigenschaften in der Kunden- und Mitarbeiterbefragung	208
Tabelle 42:	Zusammenhang Kundenmerkmale mit Umsetzung „Pflege“ (t2)	214
Tabelle 43:	Kundenmerkmale und Umsetzung „Pflege“ nach Einrichtungstyp	215
Tabelle 44:	Vertretung von Mitarbeitenden und Ausfall bei Kunden	222
Tabelle 45:	Beratung von Kunden vor Beginn der Leistungserbringung	223
Tabelle 46:	Beratung von Kunden vor Beginn der Leistungserbringung	224
Tabelle 47:	Verfahrensweisen und Erhebungsinhalte bei Erstbesuch	226
Tabelle 48:	Angaben der Führungskräfte zur Betreuungsdokumentation	231
Tabelle 49:	Nutzung eines Betreuungsplans; Leitung & Mitarbeitende	236
Tabelle 50:	Art der Leistung und Nutzung eines Betreuungsplans	237
Tabelle 51:	Betreuungsplanung und Erfassung der Wirkung von Betreuung	240
Tabelle 52:	Vorbereitung auf Beschwerden in Abhängigkeit der Regelungen	243
Tabelle 53:	Einarbeitung in Abhängigkeit des Einarbeitungskonzepts	246
Tabelle 54:	Team-/Dienstbesprechungen gem. Leitung & Mitarbeitenden	249
Tabelle 55:	Fallbesprechungen gem. Leitung und Mitarbeitenden	257
Tabelle 56:	Belastungsempfinden und Lebensqualität in der Kundenbefragung	267
Tabelle 57:	Regressionsanalysen zur Auswirkung von Kundeneigenschaften auf Betreuungsqualität (t1)	272

---

---

Tabelle 58:	Regressionsanalysen zur Auswirkung von Kundeneigenschaften auf Betreuungsqualität (t1 und t2)	274
Tabelle 59:	Regressionsanalysen zur Auswirkung von QM-Maßnahmen auf Betreuungsqualität	278
Tabelle 60:	Parameter der Ergebnisqualität nach Gründungshistorie	281
Tabelle 61:	Regressionsanalysen zur gemeinsamen Auswirkung von Kunden- und Einrichtungsmerkmalen auf Betreuungsqualität	283
Tabelle 62:	Generalisierte und spezifische Effekte von QM-Maßnahmen	287
Tabelle 63:	Regressionsanalysen zur Auswirkung der Betreuungsinhalte auf Betreuungsqualität	289
Tabelle 64:	Handlungsanweisungen bei Mängeln gem. Angaben der Leitung & Mitarbeitenden	295
Tabelle 65:	Handlungsfähigkeit bei Feststellung von Mängeln	297
Tabelle 66:	Regressionsanalysen zur Auswirkung von QM-Maßnahmen auf Mitarbeiter- und Kundenanzahl	303
Tabelle 67:	Vergütungssätze in EUR pro Stunde für Betreuungsleistungen	307
Tabelle 68:	Nutzen in Abhängigkeit der Häufigkeit der Inanspruchnahme (Aufwand); separate ANOVAs pro Einrichtungstyp	318
Tabelle 69:	Nutzen in Abhängigkeit der Inanspruchnahme in Stunden (Aufwand; Kovariate) und des Einrichtungstyps (Faktor)	320
Tabelle 70:	Nutzen in Abhängigkeit der Inanspruchnahme (Aufwand; Kovariate) und der Umsetzung von Betreuungsinhalten	322
Tabelle 71:	Notenzuordnung in der Befragung zur Kundenzufriedenheit	329
Tabelle 72:	Mittlerer Skalenwert der Items zur Zufriedenheit	331
Tabelle 73:	Regressionsanalyse zur Zufriedenheit mit erhaltenen Leistungen	334
Tabelle 74:	Mittlere Anzahl recherchierter Vergleichseinrichtungen	361
Tabelle 75:	Regressionsanalyse zur Unterstützung der Selbstständigkeit	366
Tabelle 76:	Rekrutierung von Kunden zu L-t0	378
Tabelle 77:	Teilnahme an persönlichen Interviews L-t0 bis-t2	380
Tabelle 78:	Geschlecht der Kunden in Längsschnittstudie (L-t0)	381
Tabelle 79:	Pflegestufe der Kunden in Längsschnittstudie (L-t0)	382
Tabelle 80:	Einschränkung Alltagskompetenz (EA) in Längsschnittstudie (L-t0)	383

---

---

Tabelle 81:	Art der Einschränkung in Längsschnittstudie (L-t0)	384
Tabelle 82:	Outcome-Parameter im Längsschnitt nach Einrichtungstyp	390
Tabelle 83:	Anzahl der Einrichtungen und Größe der Zielgruppen (Anzahl)	449
Tabelle 84:	Kundenpopulation in Leitungsbefragung (Zusammenfassung)	450
Tabelle 85:	Kundeneigenschaften in Mitarbeiterbefragung	452
Tabelle 86:	Kundeneigenschaften in Kundenbefragung (Zusammenfassung)	454
Tabelle 87:	Fallzahlen in effektkodierter Regressionsanalyse zum Einfluss von Kundenmerkmalen auf Betreuungsqualität	456
Tabelle 88:	Regressionsanalysen zur Auswirkung von Kundeneigenschaften und Einrichtungstyp auf Betreuungsqualität (t1 und t2)	457
Tabelle 89:	Fallzahlen in effektkodierter Regressionsanalyse zum Einfluss von QM-Variablen auf Betreuungsqualität	458
Tabelle 90:	Ergebnisse der ANOVAs mit dem Faktor „Einrichtungstyp“ und Umsetzungsgrad von Inhalten als Kovariate auf Ergebnisqualität	460
Tabelle 91:	Regressionsanalyse zur Vorhersage der direkten Notenvergabe	461

---



**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
BD	Betreuungsdienste
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EA	Einschränkung der Alltagskompetenz
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Kranken-/Pflegekassen
KI	Konfidenzintervall
M	Arithmetisches Mittel (Mittelwert)
MDN	Median
nBa	Niedrigschwellige Betreuungsangebote
PD	Ambulante Pflegedienste
PG	Pflegegrad
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PS	Pflegestufe
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SD	Standardabweichung (standard deviation)
SGB	Sozialgesetzbuch

---

## **Vorbemerkung**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird i.d.R. auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen sollen explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden.

---

## Abstract

Mit Inkrafttreten des Pflege neu ausrichtungsgesetzes (PNG) im Januar 2013 sowie des Ersten und Zweiten Pflege stärkungsgesetzes (PSG I und II) im Januar 2015 und Januar 2017 wurden sukzessiv die Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des SGB XI speziell für hilfebedürftige Pflegeversicherte mit kognitiven und psychischen Fähigkeitseinschränkungen ausgebaut. Um dem Betreuungsbedarf der anspruchsberechtigten Pflegeversicherten im ambulanten Bereich besser zu begegnen, wurde mit dem PNG durch § 125 SGB XI die Erprobung eines neuen Anbietertyps – sog. Betreuungsdienste (BD) – veranlasst, der sich auf die Erbringung häuslicher Betreuungsleistungen konzentriert.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-SV) wurde in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Umsetzung der Modellvorhaben beauftragt. Die IGES Institut GmbH erhielt den Zuschlag zur Durchführung der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprogramms gem. § 125 SGB XI im Mai 2014. Die Feldarbeit der Begleitforschung begann im Dezember 2014 – kurz vor Inkrafttreten des PSG I – und erstreckte sich insgesamt über einen Zeitraum bis September 2017. Die Feldarbeit beinhaltete neben querschnittlichen Datenerhebungen zu drei konsekutiven Zeitpunkten (t0: Basiserhebung bis Dezember 2015; t1: erste Folgeerhebung zwischen Januar und April 2016; t2: zweite Folgeerhebung Februar bis Juni 2017) bei den Zielgruppen Einrichtungsleitung, Mitarbeitende und Nutzer von Betreuungsleistungen auch längsschnittliche Datenerhebungen bei Nutzern im Zeitraum Juni 2016 bis September 2017. Die Daten wurden anhand schriftlicher Befragungsinstrumente (vorrangig im Querschnitt) und persönlicher Interviews (vorrangig im Längsschnitt) gewonnen.

Auftrag der wissenschaftlichen Begleitforschung war es, die Wirksamkeit von BD hinsichtlich der Kriterien 1. Leistungsinhalte, 2. Qualität, 3. Wirtschaftlichkeit und 4. Akzeptanz (bei Nutzern bzw. Angehörigen) zu bewerten. Neben BD berücksichtigte die wissenschaftliche Begleitforschung ebenfalls die analogen Zielgruppen (Einrichtungsleitung, Mitarbeitende, Nutzer) in sog. Vergleichseinrichtungen, die zu zwei konsekutiven Erhebungszeitpunkten (analog t1 und t2 in BD) befragt wurden. Als Vergleichseinrichtungen wurden sog. niedrighschwellige Betreuungsangebote (nBa) und ambulante Pflegedienste (PD) eingeschlossen, die in der Region der neu gegründeten BD bereits Betreuungsleistungen im Rahmen des SGB XI erbrachten. Dies erlaubte die Wirksamkeit von BD in Abgrenzung zu den bereits etablierten Anbietern von Betreuungsleistungen nach SGB XI zu untersuchen.

Zu t0 wurden insgesamt N = 49 BD in die wissenschaftliche Begleitforschung eingeschlossen; nach Beendigung des letzten Befragungszeitpunkts (t2) befanden sich weiterhin N = 40 BD im Modellprogramm. Als Vergleichseinrichtungen konnten insgesamt N = 36 nBa und N = 17 PD gewonnen werden, wovon N = 35 bzw. 23 nBa und N = 16 bzw. 11 PD an den Befragungen zu t1 bzw. t2 teilnahmen.

An den Befragungen in BD nahmen zwischen N = 158 und 192 Mitarbeitende (Teilnahmequote 41-71%) und zwischen N = 343 und 358 Nutzer (Teilnahmequote 19-24%) teil; in nBa zwischen N = 78 und 111 Mitarbeitende (Teilnahmequote 23-29%) und zwischen N = 69 und 77 Nutzer (Teilnahmequote 11-16%); in PD zwischen N = 37 und 77 Mitarbeitende (Teilnahmequote 15-26%) und zwischen N = 48 und 57 Nutzer (Teilnahmequote 7-9%).

Die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen, dass sich BD bzgl. der Zusammensetzung des Personals und der Kunden, der umgesetzten Betreuungsinhalte, der umgesetzten Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie in ihrer förderlichen Wirkung auf Outcome-Parameter bei Nutzern und Angehörigen (empfundene Belastung durch betreuungsrelevante Problemlagen und Lebensqualität) systematisch von den in die Begleitforschung eingeschlossenen Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) unterscheiden. Dabei zeigen BD ein vielfältigeres Spektrum von Fachkräften und Berufsabschlüssen als PD, ein formell höheres berufliches Qualifikationsniveau im gesundheitlich-sozialen Bereich als nBa, vermehrt Kunden mit einem erhöhten Betreuungsbedarf in späteren Lebensphasen, eine vermehrte Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung speziell im Bereich der Betreuung, das breiteste Spektrum umgesetzter Betreuungsinhalte mit einem besonderen Fokus auf zweckhafte Alltagsbegleitung und die (zumindest für die vorliegende Kundenstichprobe) stärkste Wirkung auf die Outcome-Parameter (Reduzierung der empfundenen Belastung bzw. Steigerung der Lebensqualität). Dies deutet auf ein genuin „neues“ Betätigungsfeld der BD, die den erhöhten Betreuungsbedarf und damit einhergehende Belastungen einer spezifischen Klientel von Pflegebedürftigen wirksam adressieren.

---

## 1. Hintergrund

Durch die Einführung der „Übergangsregelung: Häusliche Betreuung“ (damals § 124 SGB XI) mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) zum 1. Januar 2013 wurde den Versicherten erstmals die Möglichkeit eingeräumt, im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs gem. § 36 SGB XI neben den Leistungsbereichen „Grundpflege“ und „hauswirtschaftliche Versorgung“ die „häusliche Betreuung“ als dritten Leistungsbereich in Anspruch zu nehmen und damit den Leistungsmix besser ihrer individuellen Situation anzupassen.

Ziel des Gesetzgebers war es, im Vorgriff auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine „größere Flexibilisierung bei der Auswahl der Pflegeleistungen“ zu ermöglichen und ambulante Leistungsangebote stärker an den Bedürfnissen von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, speziell von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen zu orientieren<sup>1</sup>. Diesem Personenkreis bot das stärker an somatischen Beeinträchtigungen orientierte ambulante Angebot nicht immer die passenden Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten.

Die Anerkennung, dass der Leistungsanspruch der Versicherten sich nicht allein an somatisch bedingter Pflegebedürftigkeit in Form von Pflegestufen zu bemessen hat, sondern auch psycho-kognitive Fähigkeitsstörungen stärker zu berücksichtigen sind, erfolgte bereits zum Januar 2002 mit Aufnahme des § 45 SGB XI zur „Eingeschränkten Alltagskompetenz“ in die Pflegegesetzgebung. Im Unterschied zu somatisch bedingten Fähigkeitseinschränkungen gehen Einschränkungen der Alltagskompetenz mit einem „zusätzlichen“ Betreuungsbedarf einher, der allein durch Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nur unzureichend adressiert wird. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wurde daher ein Budget für sog. „Zusätzliche Betreuungsleistungen“ zugesprochen, das mit der Pflegereform 2008 weiter erhöht wurde. Diese Art Leistungen wurden seit jeher – im Unterschied zu Sachleistungen – nach dem Prinzip der Kostenerstattung vergütet.

Mit dem PNG wurde durch § 123 SGB XI erstmals auch ein erhöhter Sachleistungsanspruch für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz festgesetzt. Mit dem PNG trat auch § 124 SGB XI in Kraft, der den Sachleistungsanspruch der ambulant Versorgten – neben Leistungen der „Grundpflege“ und „Hauswirtschaftlichen Versorgung“ – um die dritte Leistungsart der „Betreuung“ erweiterte. Fortan konnten auch Betreuungsleistungen im Rahmen des Sachleistungsanspruchs der Versicherten erbracht werden.

Da die Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI zunächst nur durch ambulante Pflegedienste erbracht werden konnten, sollte die Ergänzung der ambulanten pflegerischen Versorgung durch einen neuen spezialisierten Typ Leistungserbringer erprobt werden. Im Zuge des PNG veranlasste der Gesetzgeber mit § 125 SGB XI, dass deutschlandweit sogenannte Betreuungsdienste (BD) im

---

<sup>1</sup> Vgl. Begründung zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), BT-Drucksache 17/9369

Rahmen von Modellvorhaben gegründet wurden, die sich „auf Leistungen der häuslichen Betreuung, insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, konzentrieren“<sup>2</sup>. Neben Betreuungsleistungen sollten die BD jedoch „wie die bisherigen Pflegedienste auch [...] Sachleistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung [...]“<sup>2</sup> erbringen, wohingegen Pflegeleistungen nicht im Leistungsspektrum der Betreuungsdienste enthalten sind<sup>3</sup>.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-SV) wurde in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Umsetzung der Modellvorhaben beauftragt. Interessierte Einrichtungen waren eingeladen dem GKV-SV ein einschlägiges Konzept vorzulegen, um sich um eine Teilnahme als Modellvorhaben zu bewerben. Anhand definierter Teilnahmekriterien befand der GKV-SV über die Eignung der Einrichtungen und leitete sie an die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen weiter. Nach Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen mit den Landesverbänden, waren die Dienste zur Leistungserbringung im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI) zugelassen.

Im Mai 2014 beauftragte der GKV-SV das IGES Institut mit der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI. Nach Abschluss der Versorgungsverträge (Aufnahme der Versorgungstätigkeit) wurden die Einrichtungen erstmals von IGES kontaktiert und offiziell in die wissenschaftliche Begleitforschung eingeschlossen. Die ersten BD nahmen im Dezember 2014 ihre Tätigkeit auf; bis August 2015 hatten sämtliche Modellvorhaben mit der Leistungserbringung begonnen.

Die wissenschaftliche Begleitforschung sah von Anfang an auch Erhebungen in sog. „Vergleichseinrichtungen“ vor. Diese entsprachen bereits etablierten Anbietern von Betreuungsleistungen im Rahmen des SGB XI, d.h. ambulanten Pflegediensten und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Während Pflegedienste sich durch ein größtenteils pflegfachlich qualifiziertes Personal auszeichnen, arbeiten niedrigschwellige Betreuungsangebote i.d.R. mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern. Die Qualifikation des Personals in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wird durch Landesverordnungen geregelt, umfasst i.d.R. aber eine vorbereitende Schulung von ca. 30 Stunden. Die Anleitung der Pflegekräfte in Pflegediensten erfolgt durch eine Pflegefachkraft mit formeller Führungsqualifikation; die Anleitung der Helferinnen und Helfer in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten erfolgt dagegen durch eine Fachkraft mit einem breiteren Spektrum möglicher Berufsabschlüsse im gesundheitlich-sozialen Bereich und ohne die Vorgabe einer formellen Führungsqualifikation.

Die formellen Anforderungen an die Leitungskraft der BD bilden eine Schnittmenge der Vorgaben für Pflegedienste und niedrigschwellige Angebote, indem im Rahmen des Modellprogramms ein einschlägiger Berufsabschluss der

---

<sup>2</sup> Begründung zum PNG zu § 125 SGB XI, BT-Drucksache 17/9369

<sup>3</sup> GKV-Spitzenverband. Interessensbekundungsverfahren für Betreuungsdienste im Rahmen der Modellvorhaben gemäß § 125 SGB XI: Teilnahmekriterien und Verfahrensablauf.

---

Leitung im gesundheitlich-sozialen Bereich mit formeller Leitungsqualifikation gefordert wird. Die Qualifikation der Mitarbeitenden der BD erfolgt analog der Betreuungskräfte-Richtlinien des GKV-SV für den stationären Bereich und stellt ein Qualifikationsniveau sicher, das formell unterhalb dem von Pflegefachkräften aber oberhalb dem von Helferinnen und Helfern in niedrighschwelligen Betreuungsangeboten einzuordnen ist.

Wie bereits erwähnt, konnten vor dem PNG Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (damals § 45a SGB XI) sogenannte „Zusätzliche Betreuungsleistungen“ (damals § 45b SGB XI) nutzen. Diese wurden durch Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannte niedrighschwellige Betreuungsangebote (damals nach § 45c SGB XI) erbracht. Bei dieser Leistungsart handelte es sich – in Abgrenzung zu Sachleistungen – schon damals um Erstattungsleistungen, die vom Versicherten zunächst selbst zu zahlen waren; eine Kostenerstattung konnte nachträglich bei den Pflegekassen beantragt werden. Diese Leistungsart bildete von Anfang an die Kernleistung niedrighschwelliger Betreuungsangebote, konnte aber auch von Pflegediensten neben Pflegeleistungen erbracht werden. Da an BD höhere Qualifikationsanforderungen als an niedrighschwellige Betreuungsangebote gestellt werden, wurde auch ihnen prinzipiell die Möglichkeit eingeräumt, Betreuung als Erstattungsleistung zu erbringen.

Betreuung als Erstattungsleistung nach SGB XI war bis Januar 2015 ausschließlich durch einen neben dem Sachleistungsanspruch der Versicherten bestehenden Anspruch auf „zusätzliche Betreuungsleistungen“ von bis zu 100 bzw. 200 EUR monatlich zu finanzieren (damals § 45b SGB XI). Durch das PSG I (Inkrafttreten 1. Januar 2015) wurde der Erstattungsbetrag auf 104 bzw. 208 EUR monatlich angehoben und Betreuungsleistungen konnten nun darüber hinaus auch indirekt durch den Sachleistungsanspruch der Versicherten finanziert werden. Dabei hatten die Versicherten die Möglichkeit, bis zu 40% ihres Sachleistungsanspruchs (gem. § 36 SGB XI) in Leistungen nach § 45b SGB XI umzuwidmen. Zudem waren mit dem PSG I die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Betreuung als Erstattungsleistung und Sachleistung einander angeglichen worden, d.h. beide Leistungsarten konnten sowohl durch Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz als auch Personen der Pflegestufen I bis III ohne eine solche Einschränkung abgerufen werden.

Mit dem PSG II (Inkrafttreten 1. Januar 2017) erfolgte die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der die zuvor getrennten Begutachtungssysteme für „Pflegebedürftigkeit“ (gem. Pflegestufen) und „Einschränkungen der Alltagskompetenz“ (gem. § 45a SGB XI) in ein gemeinsames System der Pflegegrade integrierte. Fortan werden somatisch und psycho-kognitiv bedingte Fähigkeitseinschränkungen bei der Beurteilung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit gleichzeitig berücksichtigt. Mit dem PSG II wurden die ursprünglichen §§ 45a-b und 123 SGB XI obsolet, da eine von der Pflegebedürftigkeit getrennte Festsetzung des Leistungsanspruchs für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht mehr erforderlich war.

Der ursprüngliche § 123 SGB XI wurde komplett gestrichen. Während § 45a SGB XI vor dem PSG II den berechtigten Personenkreis für Leistungen nach § 45b SGB XI definierte, regelt er seit dem PSG II die Anerkennung von „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“. Diese lösen die alten Begriffe „niedrigschwellige Betreuungsangebote“ und „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ab; der aktuelle § 45a SGB XI übernimmt so teilweise Funktionen des alten § 45c SGB XI. Zudem regelt der aktuelle § 45a SGB XI auch die Umwidmung des Sachleistungsanspruchs für Erstattungsleistungen. Der aktuelle § 45b SGB XI definiert weiterhin die Höhe des Entlastungsbetrags und für welche Art von Leistungen dieser zweckgebunden einzusetzen ist. Die maximale Höhe des Entlastungsbetrags beläuft sich seit dem PSG II auf 125 EUR monatlich für sämtliche Pflegegrade, d.h. es wird nicht mehr zwischen einem Grundbetrag (zuvor 104 EUR) und erhöhten Betrag (zuvor 208 EUR) unterschieden.

Darüber hinaus wurden Erstattungsleistungen bereits mit dem PSG I um die „Angebote [zur Unterstützung] im Haushalt insbesondere der Haushaltsführung“<sup>4</sup> erweitert. Diese Erweiterung findet sich im aktuellen § 45a SGB XI, der zu „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ explizit „[Unterstützung der] Haushaltsführung“ und „haushaltsnahe Dienstleistungen“ zählt. Allerdings lagen bis zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Abschlussberichts keine Landesverordnungen vor, die die Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen im Rahmen von Erstattungsleistungen regeln.

Weitreichendere leistungsrechtliche Änderungen haben sich mit dem PSG II für die Betreuung im Rahmen des Sachleistungsanspruchs ergeben: § 124 SGB XI wurde in den § 36 SGB XI integriert. Dort bilden die Leistungen der Grundpflege („körperbezogene Pflegemaßnahmen“), hauswirtschaftlichen Versorgung („Hilfen bei der Haushaltsführung“) und Betreuung („pflegerische Betreuungsmaßnahmen“) nun gemeinsam die drei Säulen der „Pflegesachleistungen“. Dadurch erfolgte leistungsrechtlich eine Gleichstellung der BD mit ambulanten Pflegediensten beim Zugriff auf den Sachleistungsanspruch der Versicherten. Vor dem PSG II durften Betreuungsleistungen (als Sachleistungen) nur bezogen werden, wenn Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt waren (ehem. § 124 SGB XI Abs. 3). Damit wurde indirekt ambulanten Pflegediensten ein Vorrang beim Zugriff auf den Sachleistungsbetrag eingeräumt, bevor BD Betreuungsleistungen geltend machen konnten. Diese Einschränkung wurde mit dem PSG II aufgehoben. Da gem. § 125 SGB XI auf BD dieselben Vorschriften wie auf Pflegedienste anzuwenden sind, sind beide Einrichtungstypen in dieser Hinsicht nun gleichgestellt.

Die Umwidmung des Sachleistungsanspruchs zur Finanzierung von Erstattungsleistungen von „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ war bereits mit dem PSG I nur dann möglich, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt waren. Diese Einschränkung wird auch mit dem PSG II weiter beibehalten, wobei in Einklang mit der Gleichrangigkeit von

---

<sup>4</sup> § 45a SGB XI, Abs. 3



Betreuungsleistungen mit Leistungen der körperbezogenen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nun allgemeiner formuliert wird, dass Sachleistungen nach § 36 SGB XI vorrangig abgerechnet werden. Damit sind niedrigschwellige Angebote in Bezug auf die Nutzung des Sachleistungsanspruchs (durch Umwidmung) den Pflegediensten und BD nachgeordnet.

Durch die gesetzlichen Neuregelungen der PSG I und II haben sich seit Beginn der Modellvorhaben somit wichtige Veränderungen bzgl. der Rahmenbedingungen der BD ergeben. Während das PSG I die Finanzierungsmöglichkeiten v.a. von niedrigschwelligen Angeboten erweiterte, erweitert das PSG II die Abrechnungsmöglichkeiten v.a. von BD und stellt sie auf eine Stufe mit ambulanten Pflegediensten. Dadurch könnten BD mit den bereits etablierten Anbietern von Betreuungsleistungen in eine verstärkte Konkurrenz um dieselben Sachleistungsansprüche der Versicherten treten. Eine besonders wichtige Fragestellung der Evaluation ist, wie sich BD als „neue Leistungserbringer“ im Kontext anderer Anbieter etablieren, welche betrieblichen Konstellationen entstehen und wie sich das Zusammenwirken mit weiteren an der Pflege und Betreuung beteiligten Akteuren gestaltet.

Ursprünglich kam den Vergleichseinrichtungen in der wissenschaftlichen Konzeption eine eher nachgeordnete Bedeutung zu. Da jedoch bereits zu Anfang des Modellprogramms das PSG I in Kraft trat und sich die Teilnehmerzahl von anfänglich 122 teilnahmegeeigneten Einrichtungen auf nur noch 49 BD im Modellprogramm reduzierte – offenbar hatte das Modellprogramm durch die gesetzlichen Änderungen für einen Großteil an Attraktivität verloren – wurde noch vor Beginn der ersten regulären Erhebungen eine Revision der wissenschaftlichen Konzeption vorgenommen. Die Konzeption wurde dahingehend revidiert, dass auch Vergleichseinrichtungen betrachtet wurden, um der zunehmenden Bedeutung anderer Anbieter von Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich Rechnung zu tragen.

Gemäß § 125 SGB XI sollte in den Modellvorhaben die Erbringung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch BD erprobt und wissenschaftlich begleitet werden. Die wissenschaftliche Begleitforschung hatte insbesondere die Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten bzgl. der folgenden Kriterien zu bewerten (genaue Definitionen vgl. Kapitel 2.2 und 2.3):

- (1) Leistungsinhalte,
- (2) Qualität,
- (3) Wirtschaftlichkeit und
- (4) Akzeptanz bei Kunden bzw. Angehörigen.

Diese Kriterien wurden mit der Revision der wissenschaftlichen Konzeption umfänglich auch bei den Vergleichseinrichtungen untersucht. BD bilden dennoch den Ausgangspunkt der Betrachtung; Befunde der Vergleichseinrichtungen werden hinzugezogen, um den Unterschied zwischen den BD als neuen Einrichtungen und den bereits etablierten Einrichtungstypen zu untersuchen.

---

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung sollen genutzt werden, um zu beraten, welche Aspekte der Modellvorhaben sinnvoll in die Regelversorgung übernommen werden können.

Im vorliegenden Bericht kommt es aufgrund der seit dem PSG II veränderten Nummerierung und des abgeänderten Inhalts relevanter Paragraphen (v.a. §§ 36, 45a-c, 124 SGB XI) zu einer nicht immer einheitlichen Verwendung dieser in Text, Tabellen und Abbildungen; i.d.R. wird die Bezeichnung verwendet, die für den Zeitpunkt der relevanten Erhebung zutrifft. Je nachdem, ob eine Befragung vor oder nach Inkrafttreten des PSG II stattfand, ist § 124 SGB XI (vor PSG I) äquivalent zu pflegerischen Betreuungsleistungen gem. § 36 SGB XI (nach PSG II) und § 45b SGB XI (vor PSG II) äquivalent zu § 45a-b SGB XI (nach PSG II).

---

## 2. Methodik

### 2.1 Theoretisches Rahmenmodell

Die wissenschaftliche Begleitforschung legt ein klassisches ökosystemisches Modell<sup>5</sup> zugrunde. Dieses beschreibt Einflüsse von höheren Makro- über vermittelnde Exo- und Mesosysteme auf tieferliegende Mikrosysteme. Es sind auch wechselseitige Einflüsse der tieferliegenden auf höher liegende Ebenen möglich.

Im vorliegenden Fall entsprechen die Mikrosysteme relevanten Personengruppen (vgl. Abbildung 1) innerhalb der verschiedenen Einrichtungstypen (Betreuungsdienst = BD, ambulanter Pflegedienst = PD, niedrigschwelliges Betreuungsangebot = nBa): Auf Anbieterseite enthalten sie Leitungskräfte (bzw. verantwortliche Pflegefachkräfte in PD, anleitende Fachkräfte in nBa) und Mitarbeitende; auf Empfängerseite Nutzer von Betreuungs- bzw. hauswirtschaftlichen Leistungen und ihre Angehörigen. Die Mesosysteme auf Anbieterseite reflektieren Strukturen und Prozesse, d.h. den innerorganisatorischen Rahmen der Leistungserbringung (z.B. Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung; in der Folge abgekürzt als „QM-Maßnahmen“); auf Seite der Nutzer/Angehörigen entsprechen die Mesosysteme dem häuslichen/sozialen Umfeld („soziales Netzwerk“). Die Exosysteme beider Seiten enthalten die Schnittstellen der Anbieter- (BD, PD, nBa) mit den Nutzersystemen. Auf Einrichtungsseite enthält das Exosystem zudem Beziehungen des innerorganisatorischen Rahmens zu übergeordneten organisatorischen Aspekten, wie z.B. der Trägerstruktur oder der Einbindung in Kooperations- und Verbandsnetzwerke. Das Makrosystem ist für Nutzer/Angehörige und Leistungserbringer identisch und umfasst gemeinsame überregionale (d.h. gesetzliche Grundlagen gem. SGB XI) und regionale Rahmenbedingungen (z.B. Landesgesetzgebung, Versorgungsverträge, regionale infrastrukturelle Besonderheiten).

---

<sup>5</sup> z.B. Bronfenbrenner U. Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.

---

Abbildung 1: Ökosystemisches Modell für Nutzer/Angehörige (links) bzw. Leitungskraft und Mitarbeitende (rechts)



Quelle: IGES

## 2.2 Zielgruppen und assoziierte Forschungsfragen

Die wissenschaftliche Begleitforschung fokussiert auf die Evaluation von Betreuungsdiensten (BD) als neuem Typ von Leistungserbringern und verfolgt ihre Entwicklung ab dem Zeitpunkt ihrer Gründung ab Dezember 2014 bis zum September 2017.

Neben den BD werden auch niedrigschwellige Angebote (nBa) und ambulante Pflegedienste (PD) von der wissenschaftlichen Begleitforschung berücksichtigt, um eine umfassende Bewertung ambulanter Betreuungsleistungen vorzunehmen. Da die Begleitforschung ihren Ausgangspunkt bei BD hat, werden nBa und PD im Design als sog. „Vergleichseinrichtungen“ geführt.

Es folgt eine genauere Definition der verschiedenen in der wissenschaftlichen Begleitforschung betrachteten Einrichtungstypen und Zielgruppen. Spezifische Forschungsfragen bzgl. der Zielgruppen werden am Ende des jeweiligen Kapitels in Tabellenform dargestellt. Die Befragungen der Zielgruppen liefern die hauptsächliche Datengrundlage, mit der die meisten Forschungsfragen der Begleitforschung beantwortet werden.

### 2.2.1 Leistungserbringer

Zur Zielgruppe der zu evaluierenden **Betreuungsdienste (BD)** zählen gem. § 125 SGB XI zugelassene Einrichtungen, die insbesondere für dementiell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen von Sachleistungen nach SGB XI erbringen. Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI dürfen grundsätzlich nicht im Leistungsspektrum enthalten sein.

BD dürfen Kooperationen mit weiteren Dienstleistern eingehen, wobei sichergestellt sein muss, dass die BD organisatorisch und wirtschaftlich selbstständig geführt werden. Einrichtungen, die Betreuung als Erstattungsleistung erbringen, dürfen im Rahmen des Modellvorhabens als BD nur teilnehmen, wenn

sie keine Förderung gemäß § 45c SGB XI erhalten. Der BD muss mindestens aus einer Leitungskraft und einem weiteren Mitarbeitenden („stellvertretende Leitungskraft“) bestehen.

Die Leitungskraft muss mindestens eine der folgenden Mindestvoraussetzungen erfüllen: eine dreijährige Fachausbildung, ein einschlägiger Fachhochschul-/ Hochschulabschluss oder eine anerkannte Weiterbildung im Gesundheits-/ Pflegebereich. Zudem muss die Leitungskraft des Betreuungsdienstes praktische Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre vorweisen und die Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden gemäß § 71 SGB XI erfolgreich absolviert haben. Diese Qualifikation kann jedoch auch im Rahmen der Modellvorhaben erworben werden bzw. gilt bei Vorliegen eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität als erfüllt.

**Ambulante Pflegedienste (PD)** erbringen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (gem. § 36 SGB XI i.d.F. vor dem PSG II) im häuslichen Umfeld der Pflegebedürftigen. Die Leistungen werden unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in oder Altenpfleger, Heilerziehungspfleger/in) erbracht, die eine praktische Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre sowie eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen gemäß § 71 SGB XI mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden aufweist. Bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft muss der Träger der Einrichtung sicherstellen, dass die Vertretung durch eine weitere Pflegefachkraft sichergestellt ist.

**Niedrigschwellige Betreuungsangebote (nBa)** sind nach Landesrecht anerkannte bzw. nach § 45c SGB XI geförderte oder förderungsfähige Einrichtungen „in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf [...] übernehmen“ (aktuell § 45a SGB XI, Abs. 1). Die erforderliche berufliche Qualifikation der pflegefachlichen Anleitung wird durch den Gesetzestext der jeweiligen Landesverordnung definiert, beschränkt sich aber keineswegs nur auf ausgebildete Pflegefachkräfte, sondern schließt i.d.R. auch Ärzte, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger und Psychologen mit einschlägiger Berufserfahrung ein.

Die wissenschaftliche Begleitforschung erhebt die beruflichen Qualifikationen und Spezialisierungen (Fort-/Weiterbildungen) der Leitungen in den verschiedenen Einrichtungstypen und vergleicht sie miteinander. Da es sich bei den BD – anders als bei PD und nBa – um neu gegründete Einrichtungen handelt, wird für diesen Einrichtungstyp gesondert berücksichtigt inwiefern die notwendige Qualifikation erst im Verlauf der Modellvorhaben erworben wird.

Zudem werden auch externe, infrastrukturelle und regionale Rahmenbedingungen der Einrichtungen bei den Leitungen erhoben (z.B. Standort/städtisch vs. ländliche

Region, Trägerschaft, Gründungshistorie, Einbindung in ein Kooperationsnetzwerk, örtliches Angebot durch andere Anbieter von Betreuungsleistungen), die im Rahmen des ökosystemischen Modells auf Exo- bis Makrosystem-Ebene angesiedelt sind und das Milieu bzw. die Umwelt der Einrichtungen bilden.

Darüber hinaus werden die schriftlichen Konzeptionen der BD analysiert, um eine genauere Vorstellung des Leitbildes des neuen Einrichtungstyps – auch in Abgrenzung zu bereits etablierten Anbietern ambulanter Betreuungsleistungen (PD, nBa) – zu entwickeln.

Tabelle 1 fasst die Forschungsfragen zum Fragenkomplex „Leistungserbringer“ zusammen. Sämtliche Informationen zu diesem Fragenkomplex werden bei den Einrichtungsleitungen (Leitungskraft, verantwortliche Pflegefachkraft oder anleitende Fachkraft) erhoben.

Tabelle 1: Fragenkomplex „Leistungserbringer“

Forschungsfragen zum Komplex „Leistungserbringer“	
1.	Beschreibung der äußeren Rahmenbedingungen (Standort i.S. regionaler Einordnung, Trägerschaft, Gründungshistorie, Vorliegen eigener Geschäftsräume; örtliches Angebot zu Betreuungsleistungen durch andere Anbieter);
2.	Leitung der Einrichtungen (z.B. erlernter Beruf, Basisqualifikation, Leitungsqualifikation, Praxiserfahrung);
3.	Möglichkeit und Wirksamkeit einer parallel absolvierten, und die vorhandene Qualifikation ergänzenden und ausbauenden Weiterbildungsmaßnahme zur Führungsqualifikation hinsichtlich der Leitung des Betreuungsdienstes;
4.	Vergleich zwischen BD und nBa/PD bzgl. Ausgangs-/Leitungsqualifikation und Rahmenbedingungen;
5.	Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen;
6.	(schriftliche) Konzeption der Betreuungsdienste (z.B. angemessene Berücksichtigung von Personen mit und ohne Einschränkungen der Alltagskompetenz).

Quelle: GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens; IGES: wissenschaftliche Konzeption zur Evaluation der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, August 2015.

### 2.2.2 Mitarbeitende

Innerhalb der **Betreuungsdienste** (BD) zählen sämtliche Beschäftigten – außer der Leitungskraft – zur Zielgruppe. Es besteht zwar keine Mindestanforderung an die berufliche Ausgangsqualifikation der Mitarbeitenden, es muss jedoch eine zusätzliche Qualifikation mindestens auf dem Niveau der Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 87b SGB XI (seit PSG II in § 53c SGB XI verschoben) nachgewiesen werden, wenn häusliche Betreuungsleistungen durch die Mitarbeitenden erbracht werden. Diese Qualifikation kann durch eine Qualifizierungsmaßnahme erworben werden, die ein Orientierungspraktikum in

einer vollstationären oder teilstationären Pflegeeinrichtung mit einem Umfang von fünf Tagen, einen Basiskurs („Betreuungsarbeit in stationärem Pflegeeinrichtungen“) von 100 Stunden, ein zweiwöchiges Betreuungspraktikum in einer stationären Pflegeeinrichtung und einen Aufbaukurs („Betreuungsarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen“) von 60 Stunden umfasst. Für Mitarbeitende der BD war es möglich diese Qualifikation im Rahmen des Modellvorhabens zu erwerben. Es muss zudem eine kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeitenden von mindestens zwei Fortbildungstagen pro Jahr erfolgen.

Innerhalb der **ambulanten Pflegedienste** (PD) zählen nur Beschäftigte zur Zielgruppe, die Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen von SGB XI erbringen. Es werden keine weiteren Qualifikationsanforderungen zur Erbringung dieser Art Leistungen an das Personal von PD gestellt.

Innerhalb **niedrigschwelliger Betreuungsangebote** (nBa) zählen sämtliche Personen zur Zielgruppe, die Betreuung im Rahmen von Erstattungsleistungen nach SGB XI erbringen. Da nBa zu einem erheblichen Anteil durch ehrenamtliche Strukturen getragen werden, wird oft von „Helfern“ statt von „Mitarbeitenden“ oder „Beschäftigten“ gesprochen. Die Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeitenden von nBa werden durch jeweils gültige Landesverordnungen geregelt. Diese unterscheiden sich i.d.R. im Umfang der Schulungsstunden, die die Mitarbeitenden auf ihre Betreuungstätigkeit vorbereiten.

Informationen zu den Mitarbeitenden werden sowohl bei den Einrichtungsleitungen (Leitungskraft, verantwortliche Pflegefachkraft oder anleitende Fachkraft) als auch den Mitarbeitenden selbst erhoben. Da nicht erwartet wird, dass sämtliche Mitarbeitende an der Befragung teilnehmen, wird die Befragung der Leitungen das umfassendere Bild zeichnen. Die Situation aus der Sicht der Mitarbeitenden wird nur stichprobenartig abgebildet werden können.

Obwohl Mitarbeitende, die *keine* Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen von SGB XI erbringen, nicht zur eigentlichen Zielgruppe zählen (d.h. nicht befragt werden), werden die Leitungen dennoch gebeten zu *sämtlichen* Mitarbeitenden Angaben zu machen. Dies erlaubt eine grobe Einschätzung des generellen Stellenwerts von Betreuung für das Tagesgeschäft einer Einrichtung. Die beruflichen Ausgangsqualifikationen und Fort-/Weiterbildungen werden auch bei den Mitarbeitenden selbst erhoben; hier werden allerdings nur Personen befragt, die auch in der Betreuung eingesetzt werden.

Da es sich bei den BD um neu gegründete Einrichtungen handelt, wird bei diesem Einrichtungstyp gesondert berücksichtigt, inwiefern die notwendige Qualifikation nach § 87b SGB XI (bzw. § 53c SGB XI) von Mitarbeitenden erst im Verlauf der Modellvorhaben erworben wird.

Tabelle 2 fasst die Forschungsfragen zum Fragenkomplex „Mitarbeitende“ zusammen.

Tabelle 2: Fragenkomplex „Mitarbeitende“

Forschungsfragen zum Komplex „Mitarbeitende“	
1.	Anzahl der Mitarbeitenden;
2.	berufliche Ausgangsqualifikation;
3.	spezifische Qualifikationen (z.B. Grundkenntnisse Gesprächsführung, soziale Betreuung, Mobilisierung körperlich eingeschränkter Personen); Basisqualifikation zur Betreuung von Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz; Kenntnisse über entsprechende Krankheitsbilder; Handlungskompetenz im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten; z.B. Qualifikationsanforderung von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI;
4.	Vergleich des Personals von BD und nBa/PD.

Quelle: GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens; IGES: wissenschaftliche Konzeption zur Evaluation der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, August, 2015.

### 2.2.3 Leistungsempfänger (Kunden und Angehörige)

Zur engeren Zielgruppe der Kunden zählen sämtliche Personen, die Betreuungsleistungen bzw. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung bei einem BD, PD oder nBa beziehen; diese werden in der Folge „Nutzer“ genannt.

Da nicht davon ausgegangen wird, dass Nutzer immer in der Lage sind, umfassende Information zu allen Fragen zu geben, bezieht die wissenschaftliche Begleitforschung auch Angehörige in die Befragung ein. Betreuungsleistungen und Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung werden konzeptuell auch als „Entlastungsleistungen“ für (pflegende) Angehörige verstanden. Die Angehörigen werden so nicht bloß als Proxy für Nutzer betrachtet, sondern als originäre Informationsquelle.

Bei den befragten Angehörigen handelt es sich idealerweise um pflegende Angehörige. In jedem Fall sollten an der Befragung teilnehmende Angehörige mit der Situation des Nutzers umfassend vertraut sein. Mit dem Begriff „Angehörige“ sind keineswegs nur Personen mit verwandtschaftlichen Beziehungen zum Nutzer gemeint, sondern explizit jede Person, die mit dem Kunden in einem eng vertrauten Verhältnis steht.

Der Auftrag der wissenschaftlichen Begleitforschung ist es, die Population der Kunden mit Fokus auf Nutzer von Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung in BD, PD und nBa umfassend zu beschreiben und zu vergleichen. Dafür werden Information sowohl bei den Einrichtungsleitungen und den Mitarbeitenden als auch bei den Kunden bzw. Angehörigen erhoben.

Obwohl Kunden von PD, die *keine* Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftliche Versorgung beziehen, nicht zur eigentlichen Zielgruppe der Nutzer gehören (d.h. nicht befragt werden), werden die Leitungen dennoch gebeten Angaben zu *sämtlichen* Kunden zu machen. Damit liegt eine weitere Größe zur groben



Einschätzung des generellen Stellenwerts von Betreuung für das Tagesgeschäft einer Einrichtung vor.

Bezugnehmend auf das ökosystemische Modell erfolgt eine umfassende Bestandsaufnahme der Lebenswelt der Nutzer/Angehörigen auf mikro-, meso- und exosystemischer Ebene (Mikroebene: Merkmale der Nutzer-/Angehörigen; Mesoebene: Soziales Netzwerk/familiäres Umfeld; Exosystem: professionelles Pflegenetzwerk, weitere in Anspruch genommene Leistungen), vorrangig in den Befragungen der Nutzer bzw. Angehörigen.

Eine übergreifende Analyse, die die verschiedenen Ebenen des ökosystemischen Modells parallel berücksichtigt, befasst sich mit den Zugangswegen der Nutzer. Hier wird genauer untersucht, welche mikrosystemischen Eigenschaften des Nutzers bei welchen Konstellationen des exo- und mesosystemischen Netzwerks eine Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen begünstigen.

Tabelle 3 fasst die Forschungsfragen zum Fragenkomplex „Leistungsempfänger“ (Kunden bzw. Nutzer/Angehörige) zusammen.

Tabelle 3: Fragenkomplex „Leistungsempfänger“

Forschungsfragen zum Komplex „Leistungsempfänger“	
1.	Deskription der Nutzer (z.B. Alter, Geschlecht, Stufe der Pflegebedürftigkeit, Einschränkung der Alltagskompetenz, sozio-demografische und sozioökonomische Variablen);
2.	Motive, aus denen heraus die Leistung in Anspruch genommen wird;
3.	Anteil von Nutzern mit gepoolten Leistungen;
4.	Kombination mit anderen Sach-, Pflege- oder Betreuungsleistungen bzw. Kombination unterschiedlicher Anbieter;
5.	Betreuungsnetz (familiär, zivilgesellschaftlich/ ehrenamtlich, professionell);
6.	Koordination und Kooperation in der Gestaltung der Abläufe;
7.	Vergleiche der Nutzerstruktur und -Merkmale zwischen BD und nBa/PD.

Quelle: GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens; IGES: wissenschaftliche Konzeption zur Evaluation der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, August, 2015.

### 2.3 Evaluationskriterien und assoziierte Forschungsfragen

Die in der wissenschaftlichen Begleitforschung zu evaluierenden Kriterien – (1) Leistungsinhalte, (2) Qualität, (3) Wirtschaftlichkeit und (4) Akzeptanz – werden durch Betrachtung verschiedener Variablen auf unterschiedlichen Ebenen im ökosystemischen Modell operationalisiert.

### 2.3.1 Leistungsinhalte

Leistungsinhalte werden im Exosystem der Kunden realisiert. Konkrete Leistungsinhalte werden vorrangig anhand von Befragungen der beiden Zielgruppen „Kunden/Angehörige“ und „Mitarbeitende“ erhoben, die unmittelbar an der Umsetzung beteiligt sind.

Eine Aufgabe der Evaluation ist es, speziell für den Kontext der Betreuung das Spektrum *konkreter* Leistungsinhalte sowie deren quantitative Bedeutung detaillierter zu ermitteln. Dafür erfolgt eine rein deskriptive Auswertung von Inhalten, die derzeit im Rahmen von Betreuungsleistungen der BD, nBa und PD umgesetzt werden.

In einem zweiten Schritt erfolgt der Versuch, eine Systematik i.S. einer übergeordneten Klassifizierung von Betreuungsinhalten zu entwickeln. Eine solche Systematisierung ist für die Durchführung weitergehender Analysen wichtig, bei denen sich die Arbeit mit Klassen von Betreuungsinhalten übersichtlicher gestaltet als die Arbeit mit einer umfänglichen Liste einzelner konkreter Inhalte.

Nach Sichtung empirischer Vorarbeiten<sup>6</sup> und der einschlägigen Betreuungskräfte-Richtlinien<sup>7</sup> hat IGES eine Liste möglicher Betreuungsinhalte definiert, die in der Befragung der Kunden/Angehörigen und Mitarbeitenden genutzt wird (vgl. Tabelle 4). Nutzer/Angehörige und Mitarbeitende kreuzen in der Liste an, welche Betreuungsinhalte sie bislang umgesetzt haben. Darüber hinaus können weitere konkrete Betreuungsinhalte genannt werden, wenn ein umgesetzter konkreter Inhalt sich noch nicht in der Liste befindet. Diese Freitextnennungen werden dahingehend analysiert, ob sich neue Betreuungsinhalte aus ihnen ableiten ließen oder sie den ursprünglichen Kategorien zugeordnet werden können.

---

<sup>6</sup> Geerdes S, Schwinger A. Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modelprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 9. Berlin: GKV-Spitzenverband 2012.

Görres S, Schmitt S, Blom S, Baumkötter A, Bouazzaoui FE: Bedarfe und Evaluation pflegerischer Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor – am Beispiel niedrigschwelliger Angebote. Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, ipp-Schriften 12. <http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ippschriften/ipp.schriften12.pdf> (download: 30.11.2013).

Wingenfeld K, Gansweid B. Analyse für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2013.

Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI i.V.m. § 45d Abs. 3 SGB XI von 24.07.2002 in der Fassung vom 08.06.2009.

<sup>7</sup> Richtlinien nach § 87b Abs. 5 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008.

---

Pflegeleistungen und Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung waren ursprünglich kein Bestandteil der Liste, die sich nur auf Betreuungsinhalte i.e.S. konzentriert. Manche Betreuungsinhalte der Liste weisen konzeptionell eine gewisse Nähe zu Leistungen der Grundpflege (5, 6 in Tabelle 4), Behandlungspflege (4, 27 in Tabelle 4) oder hauswirtschaftlichen Versorgung (25, 26 in Tabelle 4) auf. In diesen Fällen wird eine Abgrenzung zu Leistungen der Grundpflege (§ 36 SGB XI), Behandlungspflege (§ 37 SGB V) oder hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 36 SGB XI) durch entsprechende Formulierungen wie „Erinnerungshilfen“, „Motivierung“, „Begleitung“ oder „gemeinsam“ forciert. Dies soll verdeutlichen, dass Betreuungsleistungen niemals eine komplette Übernahme pflegerischer Handlungen oder der Haushaltsführung durch Pflege-/Betreuungspersonal beinhalten sollten. Stattdessen soll die zu pflegende/zu betreuende Person durch entsprechende Hilfestellungen in die Lage versetzt werden, die Handlung so selbstständig wie möglich durchzuführen. Im reinen Betreuungsfall würde eine Handlung zur Körperpflege, Ernährung, Mobilität, eigenen medizinischen Versorgung oder Haushaltsführung durch die Pflege-/Betreuungskraft nur angeleitet und stimuliert, aber nicht durchgeführt. In der Realität wird es vermutlich häufig zu Mischformen kommen.

Inwiefern sich Betreuung im Rahmen des Sachleistungsanspruchs inhaltlich von Betreuung als Erstattungsleistung unterscheidet, ist im Gesetzestext nicht festgelegt. Die Begleitforschung prüft deshalb, ob sich zumindest empirisch ein Unterschied feststellen lässt.

Darüber hinaus wird auch der Anteil verschiedener Leistungsarten (v.a. §§ 36, 39, 45a-b, 124 SGB XI) am Tagesgeschäft bei den Einrichtungsleitungen erfasst. Hier wird über den Vergleich ihrer Anteile in den verschiedenen Einrichtungstypen eine Aussage darüber angestrebt, welche Rolle die verschiedenen Betreuungsarten generell im Tagesgeschäft von BD, nBa und PD spielen. Hierbei werden die Betreuungsleistungen weiter in Einzel- und Gruppenbetreuung (bzw. gepoolte Leistungen) unterschieden, um die Bedeutung dieser unterschiedlichen Betreuungsformen für die Einrichtungen abzuschätzen.

Tabelle 5 fasst die konkreten Forschungsfragen zu Kriterium (1) „Leistungsinhalte“ zusammen.

Tabelle 4: Liste möglicher Betreuungsinhalte

1	Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten
2	Unterstützung beim Führen von Telefonaten, Schreiben von Briefen/E-Mails
3	Unterstützung bei verbaler und non-verbaler Kommunikation: Entwicklung und Einsatz entsprechender Hilfsmittel zur Kommunikation
4	Erinnerungshilfen bei krankheits-/therapiebedingten Anforderungen, wie z.B. Erinnerung an Arzt-/Therapeutenbesuche oder Medikamenteneinnahme
5	Erinnerungshilfen bei alltäglichen Verrichtungen, z.B. Erinnerung an Mahlzeiten, Toilettengänge, Einkäufe
6	Motivierung/Hilfestellung bei morgendlichem Aufstehen und abendlichen Zubettgehen (Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus)
7	gedächtnisfördernde Beschäftigung: „Biographie-orientierte“ Arbeit (z.B. Fotoalben anschauen, Anfertigung von Erinnerungsalben), Memory, Kreuzworträtsel, Sudoku
8	Handarbeiten (z.B. Malen, Basteln, Häkeln)
9	Vorlesen
10	Brett-/Karten-/Gesellschaftsspiele
11	Musizieren, Singen
12	Bewegungen in der Wohnung (Übungen, Tanzen)/ sportliche Betätigung
13	Gespräche führen, Zuhören
14	Spaziergänge in der näheren Umgebung inkl. Friedhofbesuche
15	Ausflüge (die über die nähere Umgebung hinausgehen)
16	Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen (z.B. Sportveranstaltungen, Gottesdienste, Vereine, Partei, Chor)
17	gemeinsam Haustiere füttern und pflegen
18	handwerkliche Hobbies
19	leichte Gartenarbeiten
20	Anwesenheit der Betreuungsperson und Beobachtung des Kunden zur Vermeidung einer Selbst- und Fremdgefährdung
21	Anwesenheit der Betreuungsperson, um emotionale Sicherheit zu geben
22	gemeinsamer Medienkonsum (Musik hören, Fernsehen)
23	gezieltes Hervorrufen positiver Gefühlszustände (z.B. durch Zuwendung, Streicheln, Massagen oder „Genusstraining“)
24	gezieltes Herbeiführen von Entspannung (Entspannungstechniken, Beruhigen, Trösten)
25	Unterstützung bei Haushaltstätigkeiten (z.B. gemeinsames Kochen und Backen)
26	Begleitung bei alltäglichen Erledigungen wie gemeinsam Einkaufen, zur Bank gehen
27	Begleitung bei der Wahrnehmung wichtiger Termine wie z.B. Arzt-/Therapeuten-/Krankenhausbesuche

Quelle: IGES

Anmerkung: Entwicklung der Liste basiert auf Literatur der Fußnoten 6 und 7.

Tabelle 5: Fragenkomplex „Leistungsinhalte“

Forschungsfragen zu Kriterium (1) Leistungsinhalte	
1.	Beschreibung der Inhalte (ggf. mit Bezug zum Konzept);
2.	zeitlicher Umfang/ Anteil der Inhalte (insbesondere zeitlicher Anteil von Beaufsichtigung, also denjenigen Hilfen, bei denen aktives Tun nicht im Vordergrund steht);
3.	Abgrenzung zu und Überschneidungen mit anderen Leistungen/ Leistungskomplexen (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung);
4.	Vergleich der Inhalte der Leistungen von BD und nBa/PD.

Quelle: GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens; IGES: wissenschaftliche Konzeption zur Evaluation der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, August, 2015.

### 2.3.2 Qualität

Qualität von Betreuung wird – als wahrscheinlich komplexestes Konstrukt – durch Erhebungen unterschiedlicher Variablen auf verschiedenen Ebenen im ökosystemischen Modell und durch Befragungen sämtlicher Zielgruppen (Leitung, Mitarbeitende, Nutzer/Angehörige) operationalisiert.

Dabei werden Strukturen und Prozesse – einschließlich übergreifender Maßnahmen, die ihrer Entwicklung und Sicherung dienen (sog. QM-Maßnahmen) – v.a. auf Ebene des Mesosystems der Einrichtung analysiert. Diese Variablen bilden Aspekte der sog. *Struktur- bzw. Prozessqualität*<sup>8</sup> der Einrichtungen ab.

Unter **Strukturqualität** wird in Anlehnung an Donabedian (1966)<sup>8</sup> die Qualität der zur Leistungserbringung notwendigen strukturellen Voraussetzungen verstanden. Als strukturelle Voraussetzungen gelten im Rahmen der Begleitforschung v.a. die personelle Ausstattung sowie physische und organisatorische Arbeitsbedingungen der Einrichtungen; auch bestehende Kooperationsnetzwerke mit anderen Einrichtungen zählen hierzu.

Unter **Prozessqualität**<sup>8</sup> wird hingegen die Qualität sämtlicher Tätigkeiten verstanden, die während der Planung, Durchführung und Bewertung des nutzerbezogenen Versorgungsprozesses umgesetzt werden.

Der GKV-Spitzenverband hat entsprechende Mindestanforderungen von „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für Betreuungsdienste gemäß § 125 SGB XI“ definiert und damit bestimmte Aspekte von Struktur- und Prozessqualität vorgegeben, die im Rahmen der Modellvorhaben zu implementieren sind. Die wissenschaftliche Begleitforschung untersucht zum einen, inwiefern und in welcher Zeit diese Mindestanforderungen durch BD umgesetzt werden.

<sup>8</sup> Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Mem Fund Q 1966; 44: 166-203.

Zum anderen wird bei der Untersuchung der „Struktur- und Prozessqualität“ auch auf die „Maßstäbe und Grundsätze [...] nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011“ (MuG 2011) zurückgegriffen. Diese formulieren bundesweit verbindliche Mindestanforderungen der Qualitätssicherung für ambulante Pflegedienste, die teilweise in die Mindestanforderungen des Modellprogramms für BD integriert wurden. Zudem greift die wissenschaftliche Begleitforschung auch auf Kriterien der Pflege-Transparenzvereinbarungen gem. § 115 SGB XI zur ambulanten Pflege zurück („Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation“).

Insgesamt sind die Anforderungen gemäß MuG 2011 und Pflege-Transparenzvereinbarungen als umfangreicher und höher einzustufen als die verbindlichen Mindestanforderungen für BD. Speziell im Bereich der Betreuungsleistungen stellen die Mindestvorgaben für BD aber höhere Qualitätsanforderungen als MuG oder Pflege-Transparenzvereinbarungen. Aus den Mindestanforderung für BD und den Vorgaben für Pflegedienste wird ein gemeinsamer Fragenkatalog entwickelt, der die implementierten Strukturen und Prozesse in den drei Einrichtungstypen erfasst und miteinander vergleicht. Der Fragenkatalog enthält sowohl Kriterien, die über die Mindestanforderungen an BD und nBa hinausgehen als auch Kriterien, die über die Mindestanforderungen an PD (v.a. im Bereich „Betreuung“) hinausgehen.

Zu Aspekten der Struktur- und Prozessqualität werden insbesondere die Leitungen und Mitarbeitenden der Einrichtungen befragt. Dabei sollten Bewertungen durch Leitungen zumindest intendierte QM-Maßnahmen reflektieren, während Bewertungen durch Mitarbeitende auch den Grad der tatsächlichen Umsetzung widerspiegeln. Bei den BD werden zudem vorhandene schriftliche Dokumente (Konzept/Leitbild, QM-Manual) in die Evaluation einbezogen. Darüber hinaus werden einzelne Aspekte auch in den Befragungen der Kunden/Angehörigen thematisiert. Dadurch wird erfasst, inwiefern sich Kriterien der Struktur-/Prozessqualität auch in der Realität der Kunden/Angehörigen widerspiegeln (z.B. personelle Kontinuität, Ermittlung der Nutzerbedürfnisse und- Präferenzen, Abstimmung der Betreuungsplanung mit anderen an der Pflege Beteiligten).

Die Perspektive der Kunden/Angehörigen ist jedoch v.a. bei der Untersuchung der **Ergebnisqualität** von großer Bedeutung. Im Rahmen der Begleitforschung bezieht sich Ergebnisqualität auf den *Outcome* von Betreuung (bzw. hauswirtschaftlicher Unterstützung) – d.h. wie erfolgreich die Leistungen sind, um zu einer Verbesserung der Situation der Kunden/Angehörigen beizutragen (Wirksamkeit). Da anders als bei Pflegeleistungen oder medizinischen Behandlungen definierte Kriterien zur Beurteilung des Erfolgs (noch) weitestgehend fehlen, werden diese auf Grundlage des Urteils der Kunden/Angehörigen entwickelt: Die Leistungen sind dann als erfolgreich zu betrachten, wenn die empfundene Belastung reduziert bzw. die Lebensqualität der Kunden/Angehörigen gesteigert werden kann. Die Auswirkung auf das Belastungsempfinden und die Lebensqualität (Mikrosystem Nutzer/Angehörige) zählen in der Begleitforschung zu den zentralen Parametern der *Ergebnisqualität*<sup>8</sup>. Der Aspekt der Zufriedenheit der Nutzer/Angehörigen ist dagegen Teil des Kriteriums (5) Akzeptanz (vgl. Kapitel 2.3.4).

Ergebnisqualität in ihren unterschiedlichen Facetten wird wiederum in Abhängigkeit der Struktur- und Prozessqualität betrachtet, um zu untersuchen, welche Einrichtungseigenschaften mit einem besseren Ergebnis für Kunden bzw. Angehörige einhergehen. Hier wird auch ein Vergleich zwischen den drei Einrichtungstypen vorgenommen, um zu analysieren inwiefern Aspekte der Struktur- und Prozessqualität systematisch zwischen BD, PD und nBa variieren und einen Unterschied in der Ergebnisqualität bedingen.

Tabelle 6 zeigt die konkreten Forschungsfragen zum Kriterium (2) „Qualität“.

Tabelle 6: Fragenkomplex „Qualität“

Forschungsfragen zu Kriterium (2) Qualität	
1.	Maßnahmen zur Sicherstellung der Leistung beim Leistungsempfänger (Prozessqualität);
2.	Überprüfung der Qualität der erbrachten Betreuungsleistungen seitens des Leistungserbringers (Prozessqualität);
3.	vorgesehene und umgesetzte Maßnahmen, um die angestrebte Qualität zu erhalten und weiterzuentwickeln (z.B. dauerhafte Anleitung und Begleitung der Mitarbeitenden durch entsprechend ausgebildete Pflegefachkräfte; Supervisionen unter Leitung einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung angeboten; Fortbildungen) (Prozessqualität; QM-Maßnahmen);
4.	Konzepte zu Qualitätssicherung und Fortbildung (z.B. jährliche Fortbildungen für Mitarbeitende; jährliche Supervisionen unter Leitung einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung) (Prozessqualität);
5.	Auswirkungen von Ausgangsqualifikation, Anleitung und Begleitung, Supervisionen und Fortbildungen auf die Qualität der Betreuungsleistungen (Ergebnisqualität in Abhängigkeit der Struktur- und Prozessqualität);
6.	Teilnahme der Mitarbeitenden an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung (z.B. jährliche Fortbildungen; Supervision unter Leitung einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung);
7.	Kooperation der Einrichtungen mit anderen an der Versorgung und Betreuung Beteiligten (Abstimmungsprozesse; Prozessqualität);
8.	bei pflegebedürftigen Personen: Dokumentation und Planung der Leistungen der häuslichen Betreuung in Abstimmung mit dem Pflegeplan;
9.	Vergleich zwischen BD und nBa/PD hinsichtlich Struktur-/Prozess-/Ergebnisqualität;
10.	(schriftliche) Konzeption der Betreuungsdienste: Eigendefinition der Qualität der häuslichen Betreuungsleistung.
Quelle:	GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens.

### 2.3.3 Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit wird anhand von Variablen auf unterschiedlichen Ebenen im ökosystemischen Modell sowohl auf Seiten der Einrichtung als auch der Kunden/Angehörigen untersucht.

Zum einen kann die *Wirtschaftlichkeit von Leistungen* in Bezug auf das Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 29 SGB XI untersucht werden. Zum anderen kann aus dem Blickwinkel der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI die Wirtschaftlichkeit von *Einrichtungen* – d.h. speziell die wirtschaftlichen Erfolgsaussichten von BD als neuem Anbietertyp – betrachtet werden. Gemäß dem Schwerpunkt der Begleitforschung auf die Bewertung der Entwicklung von *Betreuungsdiensten* wird der zweite Aspekt vorrangig in Bezug auf BD untersucht. Der erstgenannte Aspekt der Wirtschaftlichkeit von *Leistungen* hingegen wird für alle Einrichtungstypen (BD, PD, nBa) gleichermaßen untersucht.

Um die *Wirtschaftlichkeit von Einrichtungen* (BD) zu untersuchen, werden v.a. **betriebswirtschaftliche Kennwerte** der Einrichtungen bei Führungskräften erhoben (Meso- und Exosystem der Einrichtungen: z.B. Zunahme von Nutzer- und Mitarbeiteranzahl; Zunahme der Kooperationen mit anderen Einrichtungen; Preis der Leistungen).

Hingegen wird der (subjektive) **Nutzen** betrachtet, den Kunden/Angehörige aus den erhaltenen Leistungen ziehen, um die *Wirtschaftlichkeit von Leistungen* zu untersuchen. Der Nutzen, den Kunden aus den erhaltenen Leistungen ziehen, wird anhand der Outcome-Parameter operationalisiert, d.h. der direkten Bewertung der Belastung und Lebensqualität der Kunden/Angehörigen (Mikrosystem: Reduzierung der empfundenen Belastung, Verbesserung der Lebensqualität; vgl. „Ergebnisqualität“ im vorigen Kapitel). Dem gegenüber steht der Aufwand (Kosten), der sich am Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen bemisst (Exosystem des Nutzers/Schnittstelle zu Systemen der Einrichtung). Die Wirtschaftlichkeit der Leistungen wird nun durch das Verhältnis des Nutzens zum Aufwand definiert. Leistungen, die mit einer hohen Belastungsreduktion/starken Verbesserung der Lebensqualität (Nutzen) bei geringem zeitlichem Umfang (Aufwand bzw. Kosten) einhergehen, können als besonders wirtschaftlich erachtet werden.

Eine wichtige Frage ist, inwieweit verschiedene Qualitätsaspekte (vgl. Kapitel 2.3.2) für die Etablierung der BD als neuem Anbieter eine Rolle spielen, d.h. wie sich die *Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen* (BD) in Abhängigkeit der Struktur- und Prozessqualität entwickelt (z.B. „entwickelt sich die Anzahl der Nutzer in Abhängigkeit von Prozessen der Qualitätssicherung?“). Im Rahmen des ökosystemischen Modells wird die Wirtschaftlichkeit der BD und Leistungen (genauso wie Ergebnisqualität, s.o.) deshalb in Abhängigkeit der Struktur- und Prozessqualität (Mesosystem der Einrichtung) betrachtet, um zu analysieren welche Aspekte mit einer verbesserten Wirtschaftlichkeit einhergehen.

---



Bei der Analyse zur Wirtschaftlichkeit werden auch Variablen auf der Makro- und Exosystem-Ebene der Einrichtungen berücksichtigt (z.B. städtische vs. ländliche Region; regionale Angebotssituation zu Betreuungsleistungen durch andere Einrichtungen; Kooperationsnetzwerke und Trägerschaft), um die Bedeutung von Faktoren abzuschätzen, die durch Einrichtungen weniger bis gar nicht direkt beeinflusst werden können. Zu derlei Variablen werden einerseits die Einrichtungsleitungen befragt (z.B. Anzahl anderer Anbieter von Betreuungsleistungen im Einzugsgebiet; Trägerschaft); andererseits erfolgt anhand sog. Regionalstudien (vgl. Kapitel 2.7) auch eine „objektivere“ Einschätzung der regionalen Konkurrenzsituation (Versorgungsdichte).

Bei der Betrachtung von Wirtschaftlichkeit in Abhängigkeit der Struktur- und Prozessqualität sowie übergeordneter Rahmenbedingungen wird auch analysiert, mit welchen Profilen und Leistungsangeboten sich BD gegenüber den anderen Anbietern von Betreuungsleistungen nach SGB XI (PD, nBa) etablieren. Es wäre z.B. denkbar, dass sich BD – aufgrund höherer Qualitätsanforderungen und stärkerer Professionalisierungstendenzen – auf die Betreuung eines speziellen, z.B. stärker beeinträchtigten Kundensegments konzentrieren.

Ein Vergleich zwischen Betreuung als Erstattungsleistungen (§ 45a-b SGB XI) und Sachleistung (§ 124 bzw. 36 SGB XI) erlaubt darüber hinaus Rückschlüsse auf den Gesamtnutzen/die Wirtschaftlichkeit ganzer *Leistungsarten*; analog erlaubt der Vergleich zwischen BD, PD und nBa Rückschlüsse auf den Gesamtnutzen/die Wirtschaftlichkeit der verschiedenen *Einrichtungsarten* im Rahmen der ambulanten Betreuung.

Tabelle 7 fasst die anhand des entwickelten Fragenkatalogs zu beantwortenden Forschungsfragen des Kriteriums (3) „Wirtschaftlichkeit“ zusammen.

Tabelle 7: Fragenkomplex „Wirtschaftlichkeit“

Forschungsfragen zu Kriterium (3) Wirtschaftlichkeit	
1.	Beschreibung von Methoden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit;
2.	Positionierung der BD in Konkurrenz mit nBa/PD;
3.	Bewertung der Kosten aus Sicht der Nutzer/Angehörigen; subjektive Einschätzung der Kosten durch Nutzer/Angehörige;
4.	Gesamteinschätzung der Wirtschaftlichkeit.

Quelle: GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens; IGES: wissenschaftliche Konzeption zur Evaluation der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, August, 2015.

### 2.3.4 Akzeptanz

Ebenso wie das Kriterium der „Wirtschaftlichkeit“, lässt sich auch das Kriterium der „Akzeptanz“ sowohl auf *Leistungen* als auch auf *Einrichtungen* bzw. ganze *Einrichtungstypen* beziehen. Wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 2.3.2) wird

Akzeptanz im Rahmen der Begleitforschung durch die **Zufriedenheit** der Kunden/Angehörigen operationalisiert.

Bei der Entwicklung des Fragenkatalogs zur Erfassung der *Zufriedenheit mit Einrichtungen* wurde auf Kriterien der Pflege-Transparenzvereinbarungen gem. § 115 SGB XI zur ambulanten Pflege zurückgegriffen („Qualitätsbereich 4: Befragung der Kunden“). Dabei wurden die Items teilweise abgeändert, weiterentwickelt und neue Items wurden hinzugefügt, um speziell den Bereich der ambulanten Betreuung bzw. hauswirtschaftlichen Versorgung umfänglich abzubilden.

In der Bewertungssystematik der Pflege-Transparenzvereinbarungen werden auf Grundlage der Bewertungen Noten für einzelne Qualitätsbereiche berechnet. Analog dazu wird auch mit den Items des aktuellen Fragenkatalogs eine „Betreuungsnote“ für die Einrichtungen berechnet, die die Akzeptanz der Kunden/Angehörigen anhand eines einzigen aggregierten Kennwerts darstellt. In Ergänzung werden die Kunden/Angehörigen gebeten, selbst eine Schulnote von sehr gut (1) bis ungenügend (6) für die betreuende Einrichtung (BD, PD, nBa) zu vergeben. Dies erlaubt einen Abgleich der berechneten/aggregierten (implizit vergebenen) mit der direkten (explizit vergebenen) Betreuungsnote.

Die allgemeine Zufriedenheit mit *Leistungen* ist ebenfalls im Fragenkatalog zur Zufriedenheit mit den Einrichtungen enthalten („Die Leistungen, die ich von der Einrichtung erhalte, entsprechen meinen Erwartungen“). Die spezifische Zufriedenheit mit einzelnen Leistungen wird hingegen detailliert im Rahmen der Erhebung von Betreuungsinhalten bei Kunden/Angehörigen (vgl. Kapitel 2.3.1) erfasst. Bei der Abfrage bisher umgesetzter Betreuungsinhalte werden Kunden/Angehörige um eine Bewertung gebeten, wie gern die Kunden bestimmte Betreuungsinhalte haben; dadurch können besonders geschätzte Betreuungsleistungen ausgewiesen werden.

Im Rahmen des ökosystemischen Modells ist Akzeptanz an der Schnittstelle der Nutzer-/Angehörigen-Systeme zu den Einrichtungssystemen (Exosystem) angesiedelt. Die beiden Aspekte der Akzeptanz (bzgl. *Leistungen* bzw. *Einrichtungen*) werden in Abhängigkeit von Variablen auf Mikrosystem-Ebene der Nutzer/Angehörigen (z.B. eingeschränkte Alltagskompetenz nach ehem. § 45a SGB XI) betrachtet. Durch die Analyse inwiefern sich die Akzeptanz zwischen verschiedenen Personengruppen unterscheidet, kann mit Blick auf die *Leistungen* eine weitere Klassifizierung der Betreuungsinhalte vorgenommen werden („Welche Art von Betreuungsinhalt wird durch welche Personengruppe besonders geschätzt?“).

Mit Blick auf die Einrichtungen können Unterschiede in der Akzeptanz bzgl. BD, PD und nBa überprüft werden („Werden bestimmte Einrichtungstypen durch bestimmte Personengruppen besser akzeptiert?“). Die Akzeptanz wird auch für das Pflegenetzwerk (Meso- und Exosystem) der Nutzer/Angehörigen betrachtet. Dadurch wird geprüft, ob Abstimmungsprozesse und Kooperationen an der Schnittstelle zu anderen an der Pflege/Betreuung beteiligten Akteuren zur

Zufriedenheit der Nutzer/Angehörigen ausfallen. Darüber hinaus wird im Rahmen persönlicher Interviews mit Nutzern/Angehörigen exploriert, wo ihrer Ansicht nach Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

Tabelle 8 fasst die anhand des entwickelten Fragenkatalogs zu beantwortenden Forschungsfragen des Kriteriums (4) „Akzeptanz“ zusammen.

Tabelle 8: Fragenkomplex „Akzeptanz“

<b>Forschungsfragen zu Kriterium (4) Akzeptanz (Bewertung aus Sicht der Nutzer/Angehörigen)</b>	
1.	Allgemeine Bewertung der Betreuungsleistungen;
2.	Unterschiede zwischen Nutzern mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz;
3.	besonders geschätzte Betreuungsleistungen;
4.	Einschätzung der Kooperation zwischen dem Leistungserbringer und anderen an der Pflegeversorgung/ Betreuung beteiligten Diensten und Personen;
5.	subjektive Einschätzung von Verbesserungsmöglichkeiten auf Seiten der Leistungserbringer;
6.	Vergleich zwischen BD und nBa/PD
7.	Allgemeine Bewertung der Betreuungsleistungen;

Quelle: GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens; IGES: wissenschaftliche Konzeption zur Evaluation der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, August, 2015.

## 2.4 Weiterführende Bewertung

Auf Grundlage der Antworten auf die vorhergehenden einzelnen Forschungsfragen wird eine „Verdichtung“ vorgenommen, um zu einer allgemeineren Bewertung der Bedeutung von Betreuungsleistungen und BD für die ambulante Versorgung zu gelangen. Die Verdichtung wird wiederum mit Blick auf bestimmte Forschungsfragen vorgenommen (s.u.).

Da die Fragen der „weiterführenden Bewertung“ auf den einzelnen, zuvor detaillierter beschriebenen Forschungsfragen der vorhergehenden Fragenkomplexe aufbauen, genügt an dieser Stelle die Auflistung der weiterführenden Forschungsfragen.

### 2.4.1 Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer

Tabelle 9: Fragenkomplex „Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer“

Forschungsfragen zum Komplex „Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer“	
1.	Allgemeine Bewertung der Betreuungsleistungen;
2.	Besonderheiten bei (pflegebedürftigen) Menschen mit und ohne Einschränkung der Alltagskompetenz (z.B. besondere Hindernisse und Schwierigkeiten);
3.	Nur für Betreuungsdienste: Stärken und Entwicklungsbedarf der Betreuungsdienste;
4.	Bewertung der Qualität der eigenen Betreuungsleistungen;
5.	Bewertung der praktizierten Verfahren der Qualitätssicherung;
6.	Bewertung des Verfahrens zur Sicherstellung der Leistungserbringung;
7.	Bewertung der Wirtschaftlichkeit der häuslichen Leistungserbringung;
8.	Bewertung der Zusammenarbeit mit den anderen mit der Pflegeversorgung der pflegebedürftigen Person befassten Diensten und Personen;
9.	Möglichkeiten und Hindernisse bei der Konzeption des Betreuungsplans in Abstimmung mit dem Pflegeplan;
10.	Bewertung des Zusammenspiels häuslicher Betreuungsleistungen, familiären und zivilgesellschaftlichen Engagements;
11.	Koordination der Zusammenarbeit und gemeinsame Gestaltung der Abläufe;
12.	Bewertung der Änderungen, die mit PSG I (und später II) eingeführt wurden;
13.	Vergleich zwischen BD und nBa/PD.

### 2.4.2 Bewertung der Auswirkungen auf strukturelle Rahmenbedingungen

Tabelle 10: Fragenkomplex „Bewertung der Auswirkungen“

Forschungsfragen zum Komplex „Bewertung der Auswirkungen auf strukturelle Rahmenbedingungen“	
1.	Wirkung von Wettbewerb bzw. verstärkter Konkurrenzsituation;
2.	förderliche und hinderliche Strukturelemente;
3.	Auswirkungen auf die Strukturen der Leistungserbringung;
4.	Auswirkungen auf die Selbsthilfe;
5.	Auswirkungen auf Qualifikationsprofile in der Pflege;
6.	Schnittstellen zu anderen Sozialleistungsbereichen.

Quelle: GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens; IGES: wissenschaftliche Konzeption zur Evaluation der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, August, 2015.

## 2.5 Allgemeines Erhebungsdesign

Die Datenerhebungen zur Beantwortung der formulierten Forschungsfragen werden in einem Design mit drei Messzeitpunkten realisiert (vgl. Abbildung 2). Zu den jeweiligen Messzeitpunkten werden die Zielgruppen in den verschiedenen Einrichtungstypen (BD, PD, nBa) in teils unterschiedlichen Umfängen befragt. Die Messzeitpunkte erstrecken sich über einen Zeitraum ab Beginn der Versorgungstätigkeit der BD bis zum Ende der Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitforschung. Die Messwiederholungen dienen v.a. der Beobachtung der Entwicklung der BD – als neu gegründetem Typ von Leistungserbringer – über die Zeit. Vor dem Hintergrund gesetzlicher Änderungen, die die Möglichkeiten zur Erbringung von Betreuungsleistungen auch für PD und nBa deutlich erweitern, werden ebenfalls in den Vergleichseinrichtungen wiederholte Befragungen durchgeführt. Dadurch werden etwaige Veränderungen in den Einrichtungen als Reaktion auf eine veränderte Gesetzeslage darstellbar.

Konzeptionell sollten die Datenerhebungen in der Vergleichsgruppe (PD, nBa) erst dann beginnen, wenn die BD genügend Zeit hatten, ihre internen Strukturen zu entwickeln und Kunden für ihr Angebot zu akquirieren. Der erste Messzeitpunkt zu Beginn der Versorgungstätigkeit der BD berücksichtigt daher allein diesen Einrichtungstyp und enthält ausschließlich Befragungen der Leitungskräfte und Mitarbeitenden zur Erfassung der Ausgangsvoraussetzungen (Basiserhebung, t0). Zum zweiten Messzeitpunkt (1. Folgerhebung, t1) ist davon auszugehen, dass die BD sich innerhalb des regionalen Pflege- und Betreuungsangebots bereits ausreichend etabliert und mit der tatsächlichen Leistungserbringung begonnen haben; t1 wird daher in allen drei Einrichtungstypen (BD, PD, nBa) gleichermaßen umgesetzt und berücksichtigt neben Leitungen und Mitarbeitenden erstmals auch Kunden und Angehörige in den Befragungen. Zum Messzeitpunkt t1 erfolgt zudem eine erste Bestandsaufnahme nach Inkrafttreten des PSG I und der damit verbundenen Erweiterungen von Betreuungsmöglichkeiten. Der dritte Messzeitpunkt (2. Folgerhebung, t2) wird ebenfalls in allen drei Einrichtungstypen realisiert. Die Befragungen sind in wesentlichen Themenbereichen parallelisiert.

Die Erhebungen werden i.d.R. als schriftliche Befragungen umgesetzt. Mit den Leitungen der Einrichtungen (BD, PD, nBa) wird zudem ein einmaliges persönliches (telefonisches) Interview zum Ende des Beobachtungszeitraums geführt (vgl. Abbildung 2). Dieses Telefoninterview dient auch der Vorbereitung der abschließenden schriftlichen Befragungen (t2).

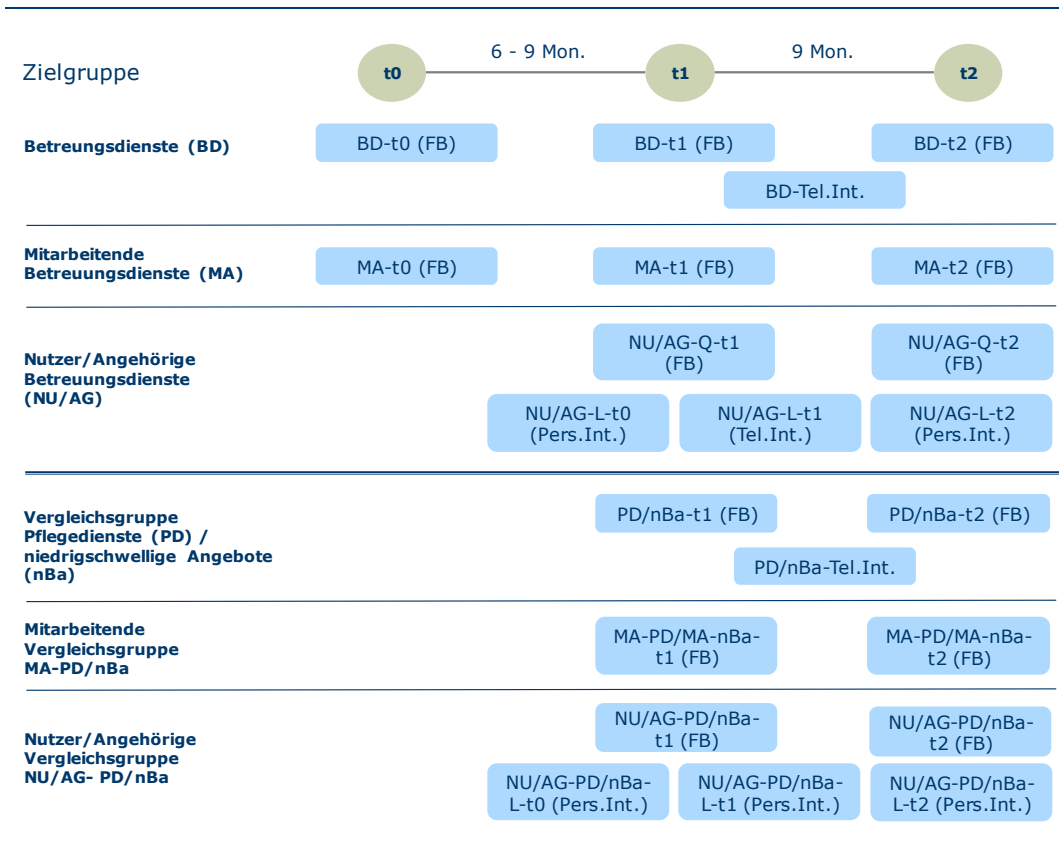
Einige der für das Modellprogramm ursprünglich geeigneten Einrichtungen hatten zu Beginn der wissenschaftlichen Begleitforschung ihre Teilnahmebekundung bereits wieder zurückgezogen. Mit diesen Einrichtungen wurde eine Befragung sog. „Nicht-Teilnehmer“ durchgeführt, um mehr über die genauen Hintergründe des Rücktritts vom Modellprogramm zu erfahren. Stellt ein BD erst im weiteren Verlauf der wissenschaftlichen Begleitforschung seine Tätigkeit ein, so wird eine analoge sog. „Exit-Befragung“ mit der Dienstleitung geführt (vgl. Abbildung 2).

## 2.6 Längsschnittuntersuchung Nutzer und Angehörige

Um ein zuverlässiges Bild von Inhalten, Qualität und Nutzen der (Betreuungs-) Leistungen für Nutzer und deren Angehörige zu gewinnen, wird eine längsschnittlich angelegte Studie ins Design integriert. Dafür werden pro Einrichtung zwei Kunden (ggf. mit Angehörigen) zur Durchführung persönlicher Interviews gewonnen. Die Kunden sollten idealerweise erst kürzlich damit begonnen haben, Betreuungsleistungen bzw. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung bei der Einrichtung zu beziehen. Damit lassen sich am besten die ursprünglichen Motive der Inanspruchnahme sowie Veränderungen seit Nutzung der Einrichtung nachvollziehen.

Die Kunden bzw. Angehörigen der Längsschnittuntersuchung werden über einen Zeitraum von insgesamt 10 Monaten drei Mal interviewt. Regulär erfolgen drei persönliche Interviews, jeweils am Anfang der Inanspruchnahme (analog  $t_0$ ; L- $t_0$ ) und am Ende des Beobachtungszeitraums (analog  $t_2$ ; L- $t_2$ ) sowie ein telefonisches Interview dazwischen (analog  $t_1$ ; L- $t_1$ ). Sollte ein Kunde zu L- $t_1$  den Leistungsbezug bei der Einrichtung beendet haben, wird er dennoch auch zu L- $t_2$  kontaktiert, um den Verbleib und die Situation des Kunden und seiner Angehörigen zu erfassen. Die kontinuierliche Weiterverfolgung endet nur, wenn sich zu L- $t_1$  herausstellt, dass sich ein Kunde nicht mehr dauerhaft im ambulanten Bereich befindet bzw. mitgeteilt wird, nicht mehr an der Studie teilnehmen zu wollen.

Abbildung 2: Erhebungsdesign der wissenschaftlichen Begleitforschung



Quelle: IGES

Anmerkung: Abkürzungen: erster Messzeitpunkt/Basiserhebung (t0); zweiter Messzeitpunkt/1. Folgerhebung (t1); dritter Messzeitpunkt/2. Folgerhebung (t2); Betreuungsdienst (BD); Fragebogen (FB); telefonisches Interview (Tel.Int.); Mitarbeitende (MA); Nutzer/Angehörige (NU/AG); Querschnitt (Q); Längsschnitt (L); persönliches Interview (Pers.Int.); ambulanter Pflegedienst (PD); niedrigschwelliges Betreuungsangebot (nBa).

## 2.7 Regionalstudien

Mit dem PSG I haben sich die Möglichkeiten ambulanter Anbieter von Betreuungsleistungen deutlich erweitert. Um die Angebots- und Nachfragesituation vor Ort unter Berücksichtigung auch anderer ambulanter Anbieter (außer BD) genauer einzuschätzen, werden im Rahmen sog. „Regionalstudien“ fokussierte Umfeld-Analysen mit nBa und PD durchgeführt. Die Analysen erfolgen innerhalb bzw. in der Nähe der Einzugsgebiete der BD. Dazu werden nBa und PD, die Betreuungsleistungen in der Nähe von BD erbringen, zunächst recherchiert und dann anhand eines Kurzfragebogens befragt. Die Kurzbefragung erfasst v.a. den Umfang angebotener Betreuungs- und hauswirtschaftsnaher Leistungen und deren Bedeutung für das Tagesgeschäft der PD und nBa. Dadurch wird zum einen das marktwirtschaftliche Umfeld der BD genauer beleuchtet; zum anderen wird abschätzbar, wie bedeutsam Betreuungsleistungen für andere ambulante Anbieter sind.

Die Bundesländer für die Regionalstudien sind im Vorfeld durch IGES und den GKV-SV festgelegt worden. Die Auswahl richtete sich vorrangig nach der höchsten Anzahl von Modellvorhaben (BD) in einem Bundesland sowie einer ausgewogenen Berücksichtigung von west- und ostdeutschen Bundesländern. Innerhalb der Bundesländer wurden Landkreise mit der höchsten Konzentration von BD ausgewählt. In diesen Landkreisen wurde anhand einer Desktop-Recherche nach nBa und PD gesucht, die ebenfalls Betreuungsleistungen anbieten. Zunächst waren nur Adressen innerhalb einzelner Landkreise in Nordrhein-Westfalen (kreisfreie Stadt Solingen), Baden-Württemberg (Sigmaringen, Ravensburg) und Sachsen-Anhalt (Magdeburg, Salzlandkreis) recherchiert worden. Aufgrund des geringen Rücklaufs (siehe Tabelle 11) wurden die Regionen sukzessive um angrenzende Landkreise und schließlich ganze Raumordnungsregionen (ROR) erweitert. Zudem wurden zwei weitere Bundesländer hinzugenommen (Niedersachsen, Sachsen). Folgende ROR wurden bei der Adressrecherche berücksichtigt:

- Nordrhein-Westfalen (NRW):
  - Kreisstadt Solingen und angrenzende Landkreise/20km-Umkreis
- Baden-Württemberg (BW):
  - ROR Stuttgart (Landkreise: Ludwigsburg, Rems-Murr-Kreis, Göttingen, Esslingen, Stuttgart, Böblingen)
  - ROR Neckar-Alb (Landkreise: Tübingen, Reutlingen, Zollernalbkreis)
  - ROR Bodensee-Oberschwaben (Landkreise: Sigmaringen, Ravensburg, Bodensee-Kreis)
  - ROR Nordschwarzwald (Landkreise: Pforzheim, Enzkreis, Calw, Freudenstadt)
- Niedersachsen (NDS):
  - ROR Göttingen (Landkreise: Göttingen, Northeim, Osterode am Harz),
  - ROR Hannover (Landkreise: Region Hannover, Schaumburg, Nienburg/Weser),
  - ROR Hildesheim (Landkreise: Hildesheim, Hameln-Pyrmont),
  - ROR Südheide (Landkreise Soltau-Fallingpostel, Celle)
- Sachsen-Anhalt (SA):
  - ROR Altmark (Landkreise: Altmarkkreis Salzwedel, Stendal), ROR Magdeburg (Landkreise: Börde, Harz, Salzlandkreis, Magdeburg, Jerichower Land),
  - ROR Halle/S. (Landkreise: Mansfeld-Südharz, Saalekreis, Burgenlandkreis, Halle/Saale)
- Sachsen (S):
  - ROR Westsachsen (Landkreise: Nordsachsen, Kreisstadt Leipzig, Leipzig)
  - ROR Südsachsen (Landkreise: Mittelsachsen, Zwickau, Chemnitz, Erzgebirgskreis)

Für die Recherche der Adressen wurden einschlägige Online-Datenbanken genutzt (z.B. AOK-Pflegenavigator, vdek-Pflegelotse, Pflegeberatung.de). Für nBa wurde

---



auch auf Informationen aus Pflegestützpunkten, Selbsthilfeorganisationen (z.B. Alzheimer Gesellschaft), Behörden (z.B. Amt für Soziales und Familie) oder Landesinitiativen (z.B. Landesinitiative Demenz-Service NRW, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt) zurückgegriffen.

Die recherchierten nBa und PD (mit Betreuungsleistungen) erhielten jeweils einen Kurzfragebogen. Anhand der Kurzbefragung wurde zudem die Bereitschaft als Vergleichseinrichtung an vertiefenden Befragungen teilzunehmen (analog t1 und t2 in BD) erfragt. Als Anreiz wurden den Einrichtungen 300 EUR pro Erhebungszeitpunkt (t1, t2) in Aussicht gestellt.

Insgesamt wurden N = 2.424 Einrichtungen (N = 510 nBa; N = 1.914 PD) angeschrieben. Die deutlich höhere Anzahl angeschriebener PD erklärt sich aus der geringer ausgeprägten Teilnahmebereitschaft der PD (vgl. Tabelle 11), sodass bei Erweiterung der Regionen zuletzt nur noch dieser Einrichtungstyp recherchiert und angeschrieben wurde. In sämtlichen Landkreisen des zuletzt hinzugenommenen Bundeslandes Sachsen sowie in fünf Landkreisen Baden-Württembergs (Heilbronn, Kreisstadt Heilbronn, Hohenlohekreis, Main-Tauber-Kreis, Schwäbisch Hall) wurden so keine nBa, sondern ausschließlich PD recherchiert.

Tabelle 11: Rücklauf Kurzbefragung und Interesse an weiterer Teilnahme

	nBa			PD		
	angeschrieben	davon zurück	Interesse weitere Teilnahme	angeschrieben	davon zurück	Interesse weitere Teilnahme
NRW	73	21	12	158	13	3
BW	224	33	5	415	17	2
SA	77	23	13	295	16	5
NDS	136	25	15	198	6	3
SN	0	0	0	848	37	10
<i>Total</i>	510	102	45	1.914	89	23

Quelle: IGES

Anmerkung: Abkürzungen: Niedrigschwellige Betreuungsangebote (nBa); ambulante Pflegedienste (PD); Nordrhein-Westfalen (NRW); Baden-Württemberg (BW); Sachsen-Anhalt (SA); Niedersachsen (NDS); Sachsen (S). In S erfolgte ausschließlich Recherche von PD, da zu diesem Zeitpunkt bereits genügend nBa ihre Teilnahmebereitschaft zu weiterführenden Befragungen (analog t1, t2) erklärt hatten.

## 2.8 Allgemeine Stichprobengewinnung

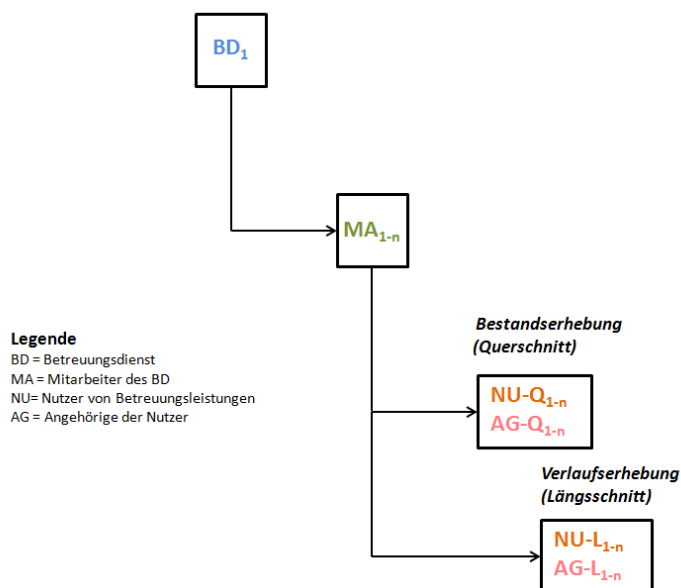
Das Untersuchungsdesign geht bezüglich der drei Zielgruppen (Leitung; Mitarbeitende; Nutzer/Angehörige) von einer Hierarchie bzw. Schachtelung aus (Abbildung 3):

- BD/PD/nBa erklären ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitforschung. Die Leitungen sind IGES namentlich bekannt.
  - Die Mitarbeitenden (MA) gehören zu einer Einrichtung. Die MA werden über die Einrichtungsleitung kontaktiert. Die MA sind gegenüber der Evaluation anonymisiert, können aber einer Einrichtung zugeordnet werden (MA-Pseudonym).
    - Die Nutzer (NU) bzw. Angehörigen (AG) sind einer Einrichtung bzw. einem oder mehreren MA zugeordnet. Die NU/AG werden über die MA bzw. die Einrichtungsleitung kontaktiert und um Teilnahme an der Evaluationsuntersuchung gebeten.

Bezüglich NU/AG werden zwei getrennte Stichproben untersucht:

- **NU/AG-Q** werden im Sinne eines Querschnitts befragt. Die NU/AG sind gegenüber der Evaluation anonymisiert, können aber einer Einrichtung zugeordnet werden (NU/AG-Pseudonym).
- **NU /AG-L** werden möglichst ab dem Zeitpunkt des Beginns des Bezugs von Leistungen bei der betreffenden Einrichtung im Längsschnitt untersucht. Die Personen sind IGES namentlich bekannt.

Abbildung 3: Hierarchie und Zugang der Zielgruppen



Quelle: IGES

## 2.9 Datenschutz

Das Datenschutzkonzept der wissenschaftlichen Begleitforschung ist in einem eigenständigen schriftlichen Dokument fixiert<sup>9</sup>.

Die BD und deren Leitungen erklären sich bei Eintritt in das Modellprogramm mit der Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitforschung einverstanden. Sie sind im Vorfeld aufgeklärt worden, dass sie im Rahmen der Modellvorhaben gem. § 125 SGB XI zur Kooperation mit IGES verpflichtet sind. Der entsprechende Vertrag ist entweder durch die Leitungskraft selbst oder den Träger bzw. Eigentümer des Betreuungsdienstes unterzeichnet worden. Leitungen der Vergleichseinrichtungen (PD, nBa) werden durch IGES umfassend über die Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschung aufgeklärt und es wird eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme eingeholt.

Die Mitarbeitenden der Einrichtungen sind IGES namentlich nicht bekannt, die Erhebung erfolgt somit anonym. Gleiches gilt für Kunden und Angehörige der Querschnitterhebung (NU/AG-Q).

Die Kunden und Angehörigen der Längsschnittstudie (NU/AG-L) werden vor den ersten persönlichen Interviews umfassend und in adäquater Form durch IGES aufgeklärt. Das Interview wird durch eine schriftliche Information vorbereitet. Von den Kunden/Angehörigen wird eine schriftliche Einwilligungserklärung zur Teilnahme eingeholt. Ethische Standards aus der klinischen Forschung stellen zwar weitaus höhere Anforderungen als bei der vorliegenden Studie notwendig wären, dennoch orientiert sich das Prozedere zur Aufklärung und Einholung der Einwilligungserklärung an diesen.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Datenschutzkonzept zur wissenschaftlichen Evaluation der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI. IGES, Oktober 2014.

<sup>10</sup> Helmchen, H. Forschung mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind?. *Nervenarzt* (2015) 86: 1140. doi:10.1007/s00115-015-4302-0.

---

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Verlauf der Begleitforschung

Ursprünglich waren N = 122 Einrichtungen vom GKV-SV für die Teilnahme am Modellprogramm für geeignet befunden worden (Stand 03.07.2014). Zur Basiserhebung (t0, Frühjahr 2015) wurden jedoch nur N = 49 Dienste in die wissenschaftliche Begleitforschung eingeschlossen; d.h. N = 73 Einrichtungen waren von der Teilnahme am Modellprogramm bereits wieder zurückgetreten. Diese werden in der Folge als „Nicht-Teilnehmer“ bezeichnet.

Sämtlichen „Nicht-Teilnehmern“ ließ IGES über den GKV-SV einen gesonderten Fragebogen zukommen, um mehr über die Gründe des vorzeitigen Ausstiegs und den Verbleib der Einrichtung zu erfahren. Der Fragebogen wurde jedoch nur von N = 23 Einrichtungen ausgefüllt und zurückgesandt. Es kann so nicht umfassend geklärt werden, warum eine derart hohe Anzahl von geeigneten Einrichtungen ihr Interesse noch vor Beginn der Modellvorhaben zurückgezogen hat und ob sie ihr Betreuungsangebot in einem anderen Rahmen fortführen.

Für sämtliche der N = 73 „Nicht-Teilnehmer“ liegen bei IGES nur die anonymisierten Angaben aus dem Interessensbekundungsverfahren des GKV-SV vor. Diese umfassen Ort, Postleitzahl, Trägerschaft, Rechtsform und die Mitgliedschaft in einem Verband. Diese Angaben durfte der GKV-SV für alle teilnahmegeeigneten/-interessierten Einrichtungen im Voraus anonymisiert an IGES übermitteln. Anhand dieser Angaben lassen sich immerhin die am Modellprogramm teilnehmenden BD eindeutig im Datensatz der Interessensbekundung identifizieren; so können teilnehmende BD und „Nicht-Teilnehmer“ zumindest hinsichtlich einiger wichtiger Rahmenbedingungen miteinander verglichen werden.

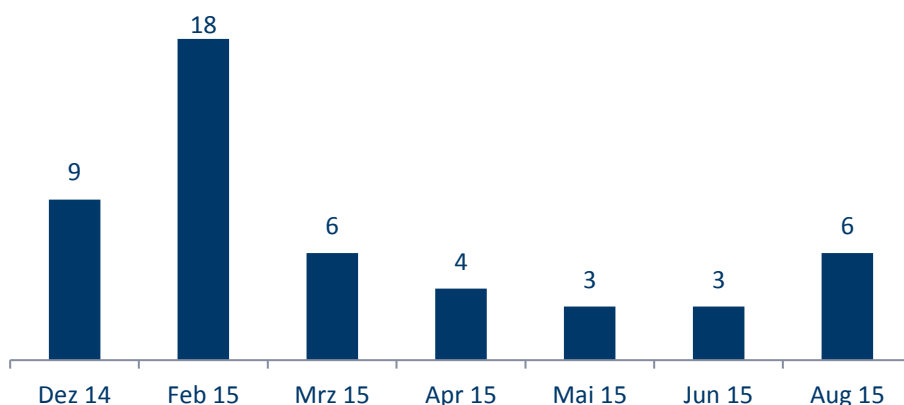
Abbildung 4 zeigt den Zeitpunkt des Einschlusses der BD in die wissenschaftliche Begleitforschung; der Zeitpunkt reflektiert auch den Beginn der Versorgungstätigkeit der BD. Im Dezember 2015 wurden die ersten schriftlichen Befragungen (t0) in den BD offiziell abgeschlossen. Von den Führungskräften lagen bereits im September 2015 sämtliche Fragebögen vor, jedoch zog sich der Rücklauf aus der Befragung der Mitarbeitenden über einen deutlich längeren Zeitraum.

Zwischen Januar und April 2016 wurden die Unterlagen zur zweiten schriftlichen Befragung (t1) der Führungskräfte und Mitarbeitenden in drei getrennten Befragungswellen versandt. Die Befragungswellen berücksichtigten die unterschiedlichen Zeitpunkte zu denen die BD zu t0 in die wissenschaftliche Begleitforschung aufgenommen und mit den ersten Befragungsunterlagen versorgt worden waren. Dienste, die bei t0 zu einem früheren Zeitpunkt befragt worden waren, wurden auch bei t1 in einer früheren Befragungswelle berücksichtigt; andersherum wurden Dienste, die bei t0 zu einem späteren Zeitpunkt befragt worden waren, auch bei t1 in einer späteren Befragungswelle befragt. Dabei wurde ein Abstand von mindestens 6 Monaten zwischen der ersten

Befragung (t0) und der zweiten Befragung (t1) eingehalten (Abstand bezieht sich auf Versanddatum der Unterlagen). Im Februar 2017 wurden die Unterlagen für die letzten schriftlichen Befragungen (t2) der Leitungen und Mitarbeitenden an BD versandt. Mit Eingang des letzten Leitungskraftfragebogens aus BD im Juni 2017 wurden die Erhebungen abgeschlossen.

Zu t0 nahmen N = 49 BD als Modellvorhaben teil; zu t1 waren es offiziell N = 47 BD; zu t2 waren es N = 41; zum Ende der Begleitforschung befanden sich noch N = 40 BD im Modellprogramm; bei N = 5 der insgesamt neun ausgeschieden BD konnten Exit-Befragungen durchgeführt werden. Zu t0 und t2 lagen aus sämtlichen der teilnehmenden BD ausgefüllte Fragebögen vor. Zu t1 fehlten jedoch von drei weiterhin teilnehmenden BD sämtliche Fragebögen, wobei einer dieser Dienste überlegte seine Teilnahme am Modellprogramm zu beenden (zu t2 endgültig ausgeschieden), bei einem der Versorgungsvertrag ruhte (zu t2 ausgeschieden) und einer das Modellvorhaben erst seit Kurzem umsetzte (zu t2 weiterhin im Modellprogramm). Zu t1 nahmen so nur N = 44 statt 47 BD an den Untersuchungen teil.

Abbildung 4: Anzahl eingeschlossener BD (N = 49) in die Begleitforschung zu t0 je Monat



Quelle: IGES

Die Kurzfragebögen für Vergleichseinrichtungen wurden seit Juli 2015 verschickt, die Regionen der Befragung seitdem aber wiederholt erweitert, da der Rücklauf zu gering ausfiel, um eine Vergleichsgruppe der angestrebten Größe (ca. N = 70) zusammenzustellen. Die letzten Kurzfragebögen wurden im März 2016 verschickt. Die ersten teilnahmebereiten Vergleichseinrichtungen (PD, nBa) wurden im Februar 2016 mit Versendung der ersten Befragungsunterlagen (t1) für Leitungen und Mitarbeitende in die Begleitforschung eingeschlossen. Weitere Einschlüsse erfolgten sukzessive, sobald mit Rücklauf eines Kurzfragebogens ein Interesse zur weiteren Teilnahme an der Begleitforschung bekundet worden war. Die letzten Einrichtungen wurden im Juni 2016 eingeschlossen.

Nach Übersendung der Befragungsunterlagen an die teilnahmebereiten Vergleichseinrichtungen zu t1 (vgl. Tabelle 11), teilten N = 10 nBa und N = 7 PD umgehend ihren Austritt aus der Begleitforschung mit bzw. erfolgte keinerlei Rückmeldung. Damit beläuft sich die tatsächliche Stichprobe der Vergleichseinrichtungen zu t1 auf N = 35 nBa und N = 16 PD (insg. N = 51 Vergleichseinrichtungen; vgl. Tabelle 12).

Zu t2 wurden Antworten aus N = 23 nBa und N = 11 PD registriert. Drei der ursprünglich 35 teilnehmenden nBa zu t1 wurden zu t2 gezielt nicht nochmals befragt, da es sich um „Einpersonenunternehmen“ mit einem übersichtlichen Kundenkreis handelte, die der Studienleitung telefonisch mitgeteilt hatten, dass sich seit der letzten Erhebung (t1) nichts geändert habe, daher von einer nochmaligen Befragung (t2) abgesehen werden sollte; ein nBa war nach Beendigung von t1 aus der Begleitforschung ausgestiegen; neun nBa sendeten zu t2 den Fragebogen nicht zurück und ein weiterer nBa, der zu t1 nicht teilgenommen hatte, nahm zu t2 erstmalig teil.

Von den ursprünglich 16 zu t1 teilnehmenden PD stieg ebenfalls eine Einrichtung nach Beendigung von t1 aus der Begleitforschung aus; fünf sendeten zu t2 keine Fragebögen zurück; eine Einrichtung, die zu t1 nicht teilgenommen hatte, nahm zu t2 erstmalig teil. Tabelle 13 fasst die Anzahl der verschiedenen Einrichtungstypen in der Begleitforschung zusammen.

Tabelle 12: Teilnahme der Vergleichseinrichtungen

	nBa					PD				
	angeschrieben	davon zurück	Interesse	t1	t2	angeschrieben	davon zurück	Interesse	t1	t2
NRW	73	21	12	9	6	158	13	3	2	1
BW	224	33	5	5	3	415	17	2	2	2
SA	77	23	13	9	4	295	16	5	4	3
NDS	136	25	15	12	10	198	6	3	0	0
S	-	-	-	-	-	848	37	10	8	5
<i>Total</i>	510	102	45	35	23	1.914	89	23	16	11

Quelle: IGES

Anmerkung: Abkürzungen: Niedrigschwellige Betreuungsangebote (nBa); ambulante Pflegedienste (PD); Nordrhein-Westfalen (NRW); Baden-Württemberg (BW); Sachsen-Anhalt (SA); Niedersachsen (NDS); Sachsen (S). „Interesse“: bezieht sich auf Vergleichseinrichtungen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben; Spalte „t1“ und „t2“ beziehen sich auf Vergleichseinrichtungen, die an Befragungen teilnehmen. In S erfolgte ausschließlich Recherche von PD, da zu diesem Zeitpunkt bereits genügend nBa ihre Teilnahmebereitschaft zu weiterführenden Befragungen (analog t1, t2) erklärt hatten.

Tabelle 13: Teilnahme von Einrichtungen an Begleitforschung t0 bis t2

	teilnahmegeeignet/ -bereit	t0 verblieben (Teilnahme)	t1 verblieben (Teilnahme)	t2 verblieben (Teilnahme)	Verbleib in Modellprogramm bei Ende der Begleitforschung
BD	122	49 (49)	47 (44)	41 (41)	40
nBa	45	-	36 (35)	23 (23)	-
PD	23	-	17 (16)	11 (11)	-

Quelle: IGES

Anmerkung: Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) wurden erst ab t1 befragt. Zahl in Klammern entspricht Anzahl teilnehmender Einrichtungen an schriftlichen Befragungen der Begleitforschung; Anzahl vor Klammern entspricht in Begleitforschung verbliebenen Einrichtungen, die aber nicht notwendigerweise auch an der schriftlichen Befragung teilnehmen.

Zwischen April und Juli 2016 wurde die erste schriftliche Befragung von Kunden/Angehörigen (NU/AG-Q-t1) in sämtlichen bis dahin in die Begleitforschung eingeschlossenen Einrichtungen (BD, PD, nBa) gestartet. Ab Juli 2016 begannen zudem die ersten persönlichen Interviews mit dieser Zielgruppe (NU/AG-L-t0), die i.d.R. in der häuslichen Umgebung der Kunden stattfanden. Im September 2016 wurden sowohl die schriftlichen Befragungen (NU/AG-Q-t1) als auch die ersten persönlichen Interviews mit Kunden/Angehörigen (NU/AG-L-t0) in sämtlichen Einrichtungen (BD, PD, nBa) für beendet erklärt.

Die zweite und letzte schriftliche Befragung von Kunden/Angehörigen (NU/AG-Q-t2) erfolgte zwischen Februar und Juni 2017, zeitgleich mit den letzten schriftlichen Befragungen (t2) der anderen beiden Zielgruppen in den Einrichtungen (Einrichtungsleitungen, Mitarbeitende). Die zweiten persönlichen Interviews (NU/AG-L-t1) fanden zwischen Januar und März 2017 telefonisch statt; die letzten persönlichen Interviews (NU/AG-L-t2) wurden zwischen Mai und September 2017 realisiert, i.d.R. wieder in der häuslichen Umgebung der Kunden.

Gemäß wissenschaftlicher Konzeption waren Interviews mit den Führungskräften sämtlicher BD und 20 Vergleichseinrichtungen geplant, was so auch realisiert werden konnte: Zwischen September und Dezember 2016 wurden telefonische Interviews mit insgesamt N = 62 Einrichtungsleitungen geführt (entspricht N = 42 BD, N = 14 nBa, N = 6 PD; zu t2 waren noch N = 41 BD im Modellprogramm, d.h. ein BD ist nach den Interviews aus dem Modellprogramm ausgestiegen). Die in den Interviews gewonnenen Informationen wurden einerseits zur Vorbereitung der letzten schriftlichen Befragung (2. Folgerhebung, t2) genutzt; andererseits dienen sie auch als primäre Datengrundlage, um einige Forschungsfragen direkt zu behandeln.

Durch die wiederholten Erhebungen wird eine Betrachtung der Entwicklung über die Zeit möglich. Dies gilt jedoch vorrangig für BD, da aufgrund der deutlich veränderten Zusammensetzung der Stichproben teilnehmender Vergleichseinrichtungen die Vergleichbarkeit zwischen t1 und t2 stärker

eingeschränkt ist. Zwar verändert sich auch die Stichprobe teilnehmender BD über die Zeit (Teilnahme t0: N = 49 von 49; t1: N = 44 von 47; t2: N = 41 von 41), allerdings sind die Unterschiede zwischen den jeweils benachbarten Zeitpunkten bei BD schwächer ausgeprägt als bei den Vergleichseinrichtungen (vgl. Tabelle 13; BD: t1 enthält 5 BD weniger als t0, t2 enthält 4 BD weniger und 1 BD mehr als t1; nBa: t2 enthält 13 nBa weniger und 1 nBa mehr als t1; PD: t2 enthält 7 PD weniger und 2 PD mehr als t1). Auch kann bei BD davon ausgegangen werden, dass sie sich als neu gegründete Einrichtungen über die Zeit stärker verändern als die bereits etablierten Einrichtungstypen (nBa, PD). Daher können Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten bei BD eher mit Veränderungen innerhalb der Einrichtungen in Verbindung gebracht werden als bei Vergleichseinrichtungen.

### 3.2 Übersicht zu Ergebnissen der Forschungsfragen

Tabelle 14 zeigt die in Kapitel 2.2 und 2.3 vorgestellten Forschungsfragen nochmals in der Übersicht. Die Kapitel-Spalte zeigt an, an welcher Stelle im Bericht sich die entsprechenden Analysen befinden.

Tabelle 14: Forschungsfragen der wissenschaftlichen Begleitforschung

A. Forschungsfragen zum Komplex „Leistungserbringer“		Kapitel
1.	Beschreibung der äußeren Rahmenbedingungen (Standort i.S. regionaler Einordnung, Trägerschaft, Gründungshistorie, Vorliegen eigener Geschäftsräume; örtliches Angebot zu Betreuungsleistungen durch andere Anbieter);	3.3.1
2.	Leitung der Einrichtungen (z.B. erlernter Beruf, Basisqualifikation, Leitungsqualifikation, Praxiserfahrung);	3.3.2
3.	Möglichkeit und Wirksamkeit einer parallel absolvierten, und die vorhandene Qualifikation ergänzenden und ausbauenden Weiterbildungsmaßnahme zur Führungsqualifikation hinsichtlich der Leitung des Betreuungsdienstes;	3.3.3
4.	Vergleich zwischen BD und nBa/PD bzgl. Ausgangs-/Leitungsqualifikation und Rahmenbedingungen;	3.3.1-3.3.2
5.	Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen;	3.3.4
6.	(schriftliche) Konzeption der Betreuungsdienste (z.B. angemessene Berücksichtigung von Personen mit und ohne Einschränkungen der Alltagskompetenz).	3.3.5
B. Forschungsfragen zum Komplex „Mitarbeitende“		
1.	Anzahl der Mitarbeitenden;	3.4.1
2.	berufliche Ausgangsqualifikation;	3.4.2
3.	spezifische Qualifikationen (z.B. Grundkenntnisse Gesprächsführung, soziale Betreuung, Mobilisierung körperlich eingeschränkter Personen); Basisqualifikation zur Betreuung von Pflegebedürftigen mit	3.4.3-3.4.4



	eingeschränkter Alltagskompetenz; Kenntnisse über entsprechende Krankheitsbilder; Handlungskompetenz im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten; z.B. Qualifikationsanforderung von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI;	
4.	Vergleich des Personals von BD und nBa/PD.	3.4.1-3.4.4
<b>C. Forschungsfragen zum Komplex „Leistungsempfänger“</b>		
1.	Deskription der Nutzer (z.B. Alter, Geschlecht, Stufe der Pflegebedürftigkeit, Einschränkung der Alltagskompetenz, soziodemografische und sozioökonomische Variablen);	3.5.1
2.	Motive, aus denen heraus die Leistung in Anspruch genommen wird;	3.5.2
3.	Anteil von Nutzern mit gepoolten Leistungen;	3.5.3
4.	Kombination mit anderen Sach-, Pflege- oder Betreuungsleistungen bzw. Kombination unterschiedlicher Anbieter;	3.5.3
5.	Betreuungsnetz (familiär, zivilgesellschaftlich/ ehrenamtlich, professionell);	3.5.4
6.	Koordination und Kooperation in der Gestaltung der Abläufe;	3.5.5
7.	Vergleiche der Nutzerstruktur und -Merkmale zwischen BD und nBa/PD.	3.5.1-3.5.5
<b>D. Forschungsfragen zu Kriterium (1) Leistungsinhalte</b>		
1.	Beschreibung der Inhalte (ggf. mit Bezug zum Konzept);	3.6.1
2.	zeitlicher Umfang/Anteil der Inhalte (insbesondere zeitlicher Anteil von Beaufsichtigung, also denjenigen Hilfen, bei denen aktives Tun nicht im Vordergrund steht);	3.6.2
3.	Abgrenzung zu und Überschneidungen mit anderen Leistungen/ Leistungskomplexen (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung);	3.6.3
4.	Vergleich der Inhalte der Leistungen von BD und nBa/PD.	3.6.1-3.6.3
<b>E. Forschungsfragen zu Kriterium (2) Qualität</b>		
1.	Maßnahmen zur Sicherstellung der Leistung beim Leistungsempfänger (Prozessqualität);	3.7.1
2.	Überprüfung der Qualität der erbrachten Betreuungsleistungen seitens des Leistungserbringers (Prozessqualität);	3.7.2-3.7.3
3.	vorgesehene und umgesetzte Maßnahmen, um die angestrebte Qualität zu erhalten und weiterzuentwickeln (z.B. dauerhafte Anleitung und Begleitung der Mitarbeitenden durch entsprechend ausgebildete Pflegefachkräfte; Supervisionen unter Leitung einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung angeboten; Fortbildungen) (Prozessqualität; QM-Maßnahmen);	3.7.2-3.7.3
4.	Konzepte zu Qualitätssicherung und Fortbildung (z.B. jährliche Fortbildungen für Mitarbeitende; jährliche Supervisionen unter Leitung	3.7.3

	einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung) (Prozessqualität);	
5.	Auswirkungen von Ausgangsqualifikation, Anleitung und Begleitung, Supervisionen und Fortbildungen auf die Qualität der Betreuungsleistungen (Ergebnisqualität in Abhängigkeit der Struktur- und Prozessqualität);	3.7.4
6.	Teilnahme der Mitarbeitenden an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung (z.B. jährliche Fortbildungen; Supervision unter Leitung einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung);	3.7.3
7.	Kooperation der Einrichtungen mit anderen an der Versorgung und Betreuung Beteiligten (analog A.5. und C.6.);	3.5.5
8.	bei pflegebedürftigen Personen: Dokumentation und Planung der Leistungen der häuslichen Betreuung in Abstimmung mit dem Pflegeplan;	3.7.5
9.	Vergleich zwischen BD und nBa/PD hinsichtlich Struktur-/ Prozess-/ Ergebnisqualität;	3.7.1-3.7.5
10.	(schriftliche) Konzeption der Betreuungsdienste: Eigendefinition der Qualität der häuslichen Betreuungsleistung.	3.3.5
<b>F. Forschungsfragen zu Kriterium (3) Wirtschaftlichkeit</b>		
1.	Beschreibung von Methoden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit;	3.8.1
2.	Positionierung der BD in Konkurrenz mit nBa/PD;	3.8.2-3.8.3
3.	Bewertung der Kosten aus Sicht der Nutzer/Angehörigen; subjektive Einschätzung der Kosten durch Nutzer/Angehörige;	3.8.4, 4.5
4.	Gesamteinschätzung der Wirtschaftlichkeit.	3.8.5
<b>G. Forschungsfragen zu Kriterium (4) Akzeptanz (Bewertung aus Sicht der Nutzer/Angehörigen)</b>		
1.	Allgemeine Bewertung der Betreuungsleistungen;	3.9.1
2.	Unterschiede zwischen Nutzern mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz;	3.9.1-3.9.2
3.	besonders geschätzte Betreuungsleistungen;	3.9.2
4.	Einschätzung der Kooperation zwischen dem Leistungserbringer und anderen an der Pflegeversorgung/ Betreuung beteiligten Diensten und Personen (analog C.6.);	3.5.5
5.	subjektive Einschätzung von Verbesserungsmöglichkeiten auf Seiten der Leistungserbringer;	3.9.1-3.9.2
6.	Vergleich zwischen BD und nBa/PD	3.9.1-3.9.2
<b>H. Forschungsfragen zum Komplex „Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer“</b>		
1.	Allgemeine Bewertung der Betreuungsleistungen;	3.10.1

2.	Besonderheiten bei (pflegebedürftigen) Menschen mit und ohne Einschränkung der Alltagskompetenz (z.B. besondere Hindernisse und Schwierigkeiten);	3.10.2
3.	Stärken und Entwicklungsbedarf der Betreuungsdienste;	3.10.3
4.	Bewertung der Qualität der eigenen Betreuungsleistungen;	3.10.3, 3.8.3
5.	Bewertung der praktizierten Verfahren der Qualitätssicherung;	3.10.3, 3.8.3
6.	Bewertung des Verfahrens zur Sicherstellung der Leistungserbringung;	3.10.3, 3.8.3
7.	Bewertung der Wirtschaftlichkeit der häuslichen Leistungserbringung;	3.8.2, 3.8.5
8.	Bewertung der Zusammenarbeit mit den anderen mit der Pflegeversorgung der pflegebedürftigen Person befassten Diensten und Personen;	3.10.4
9.	Möglichkeiten und Hindernisse bei der Konzeption des Betreuungsplans in Abstimmung mit dem Pflegeplan;	3.10.2
10.	Bewertung des Zusammenspiels häuslicher Betreuungsleistungen, familiären und zivilgesellschaftlichen Engagements;	3.10.4
11.	Koordination der Zusammenarbeit und gemeinsame Gestaltung der Abläufe;	3.10.4
12.	Bewertung der Änderungen, die mit PSG I (und später II) eingeführt wurden;	3.8.3
13.	Vergleich zwischen BD und nBa/PD.	3.10.1-3.10.4
<b>I. Forschungsfragen zum Komplex „Bewertung der Auswirkungen auf strukturelle Rahmenbedingungen“</b>		
1.	Wirkung von Wettbewerb bzw. verstärkter Konkurrenzsituation;	3.10.5
2.	förderliche und hinderliche Strukturelemente;	3.10.5
3.	Auswirkungen auf die Strukturen der Leistungserbringung;	3.10.5
4.	Auswirkungen auf die Selbsthilfe;	3.10.5
5.	Auswirkungen auf Qualifikationsprofile in der Pflege;	3.10.5
6.	Schnittstellen zu anderen Sozialleistungsbereichen.	3.10.5

Quelle: GKV-Spitzenverband: Fragenkomplexe zur Konkretisierung des Modellvorhabens; IGES: wissenschaftliche Konzeption zur Evaluation der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste, August, 2015.

### 3.3 Leistungserbringer

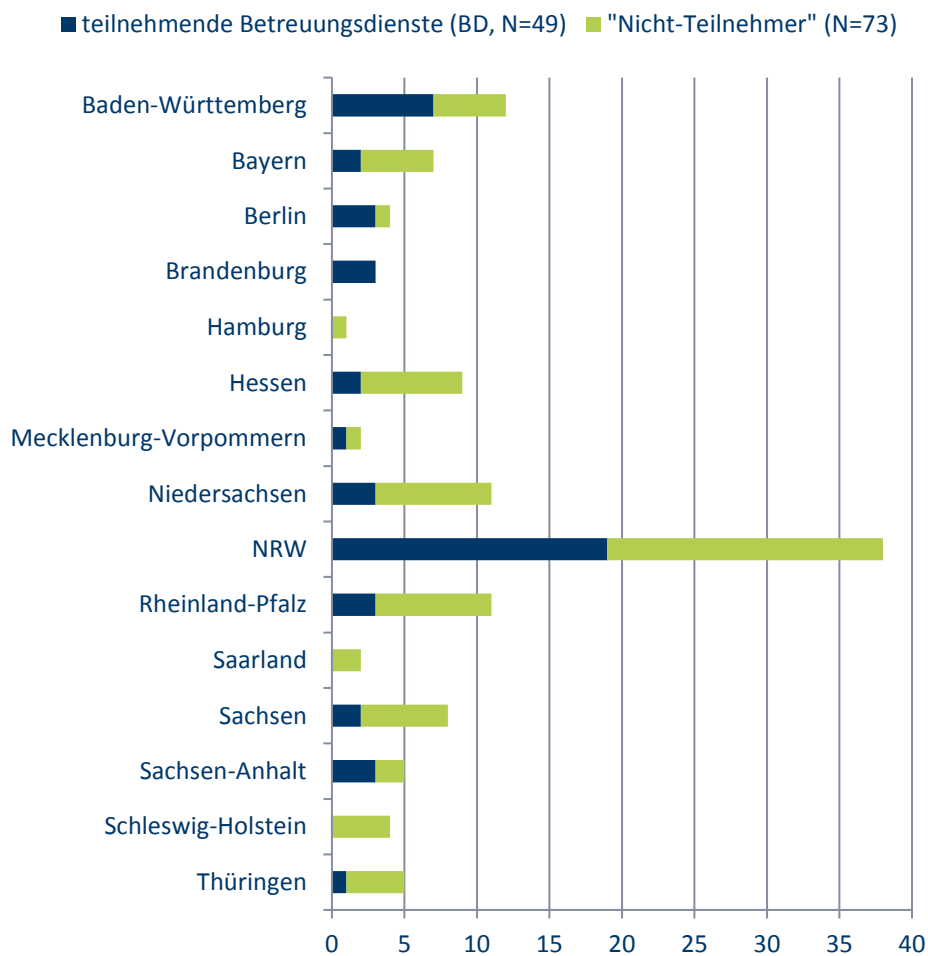
#### 3.3.1 Äußere Rahmenbedingungen

##### Standort (regionale Einordnung)

Angaben zum Standort der Einrichtungen liegen aus den schriftlichen Befragungen der Leitungen der drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) zu t0 bzw. t1 und aus dem (anonymisierten) Datensatz des GKV-SV aus der Interessensbekundung („Nicht-Teilnehmer“) vor.

Abbildung 5 vergleicht die Anzahl teilnehmender BD mit der von „Nicht-Teilnehmern“ pro Bundesland. Auf dieser Grundlage kann eine „Teilnahmequote“ berechnet werden, die das Verhältnis tatsächlich am Modellprogramm teilnehmender Einrichtungen zu allen teilnahmegeeigneten Einrichtungen pro Bundesland ausdrückt (siehe Tabelle 15).

Abbildung 5: Anzahl der BD und „Nicht-Teilnehmer“ pro Bundesland



Quelle: IGES; Interessensbekundungsverfahren GKV-SV

Tabelle 15: „Teilnahmequote“ pro Einrichtungstyp und Bundesland

Bundesland	Betreuungs dienste (BD)	niedrigschwellige Angebote (nBa)		ambulante Pflegedienste (PD)	
	Teilnahme	Interesse	Teil- nahme	Interesse	Teil- nahme
Baden-Württemberg	0.58	0.02	0.02	0.00	0.00
Bayern	0.29		n.a.		n.a.
Berlin	0.75		n.a.		n.a.
Brandenburg	1.00		n.a.		n.a.
Hamburg	0.00		n.a.		n.a.
Hessen	0.22		n.a.		n.a.
Mecklenburg-Vorpommern	0.50		n.a.		n.a.
Niedersachsen	0.27	0.11	0.10	0.02	0.00
NRW	0.53	0.16	0.12	0.02	0.01
Rheinland-Pfalz	0.18		n.a.		n.a.
Saarland	0.00		n.a.		n.a.
Sachsen	0.60		n.a.	0.01	0.02
Sachsen-Anhalt	0.25	0.17	0.12	0.02	0.01
Schleswig-Holstein	0.00		n.a.		n.a.
Thüringen	0.20		n.a.		n.a.

Quelle: IGES; Interessenbekundungsverfahren GKV-SV

Anmerkung: Teilnahmequote für BD: Anzahl am Modellprogramm teilnehmender BD zu t0 geteilt durch Gesamtzahl insgesamt teilnahmegeeigneter Einrichtungen pro Bundesland; Teilnahmequote für nBa und PD: Anzahl insgesamt an Begleitforschung teilnehmender Einrichtungen (insg. N = 36 nBa und N = 17 PD) zu t1 und t2 geteilt durch Gesamtzahl im Rahmen der Regionalstudien angeschriebener Einrichtungen pro Bundesland; „Interesse“: bezieht sich auf Vergleichseinrichtungen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben; Spalte „Teilnahme“ bezieht sich auf Vergleichseinrichtungen, die tatsächlich an Befragung der Begleitforschung teilnehmen (vgl. Tabelle 13); n.a.: „nicht zutreffend“, da keine Vergleichseinrichtungen recherchiert wurden.

Die höchsten Teilnahmequoten zeigen demnach Brandenburg und Berlin, gefolgt von Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg. In Nordrhein-Westfalen (NRW) und Mecklenburg-Vorpommern gibt es hingegen genauso viele teilnehmende BD wie „Nicht-Teilnehmer“. Alle anderen Bundesländer weisen sogar mehr „Nicht-Teilnehmer“ als BD auf. Drei Bundesländer mit ursprünglich teilnahmegeeigneten

Einrichtungen sind mit keinem Modellvorhaben mehr vertreten (Schleswig-Holstein, Saarland, Hamburg).

Eine Übersicht zur Teilnahme von nBa und PD als Vergleichseinrichtungen nach Bundesland war bereits Tabelle 12 zu entnehmen. Berechnet man auch für nBa und PD die Teilnahmequoten pro Bundesland, so zeigt sich die höchste Teilnahmebereitschaft (zu t1) in NRW und Sachsen-Anhalt; die geringste Teilnahmebereitschaft hingegen in Baden-Württemberg (siehe Tabelle 15).

Abbildung 6 zeigt die Standorte der verschiedenen an der wissenschaftlichen Begleitforschung beteiligten Einrichtungen (BD, nBa, PD) auf Landkreisebene. Differenziert man die Landkreise nach „siedlungsstrukturellen Kreistypen“<sup>11</sup> (vgl. Tabelle 16) zeigt sich, dass unter den teilnehmenden BD „kreisfreie Großstädte“ und „städtische Kreise“ am häufigsten vertreten sind (beide jeweils mit N = 18 von insgesamt N = 49; vgl. oberer Teil Tabelle 16). Die BD unterscheiden sich in der relativen Häufigkeit der verschiedenen siedlungsstrukturellen Kreistypen nicht von den Vergleichseinrichtungen zu t1 (Kreistypen: BD vs. nBa,  $p=.365$ ; BD vs. PD,  $p=.615$ ; städtischer vs. ländlicher Raum: nBa,  $p=.139$ ; PD,  $p=.322$ ). Insgesamt fällt somit das siedlungsstrukturelle Umfeld der teilnehmenden BD und Vergleichseinrichtungen ähnlich aus.

Inwiefern siedlungsstrukturelle Charakteristika mit einem Selektionsbias einhergehen (z.B. Einrichtungen aus städtischen Regionen wären eher zur Teilnahme bereit) wird überprüft, indem die Teilnahmebereitschaft (Anteil Teilnahme vs. keine Teilnahme) für die verschiedenen Kreistypen pro Einrichtungsart im Chi<sup>2</sup>-Test verglichen wird. Keiner der Tests fällt signifikant aus, d.h. weder die Teilnahme von BD (Teilnahme t0:  $p=.367$ ) noch von nBa (Teilnahme t1:  $p=.186$ ) oder PD (Teilnahme t1:  $p=.796$ ) ist mit der Siedlungsstruktur (städtischer vs. ländlicher Raum) konfundiert.

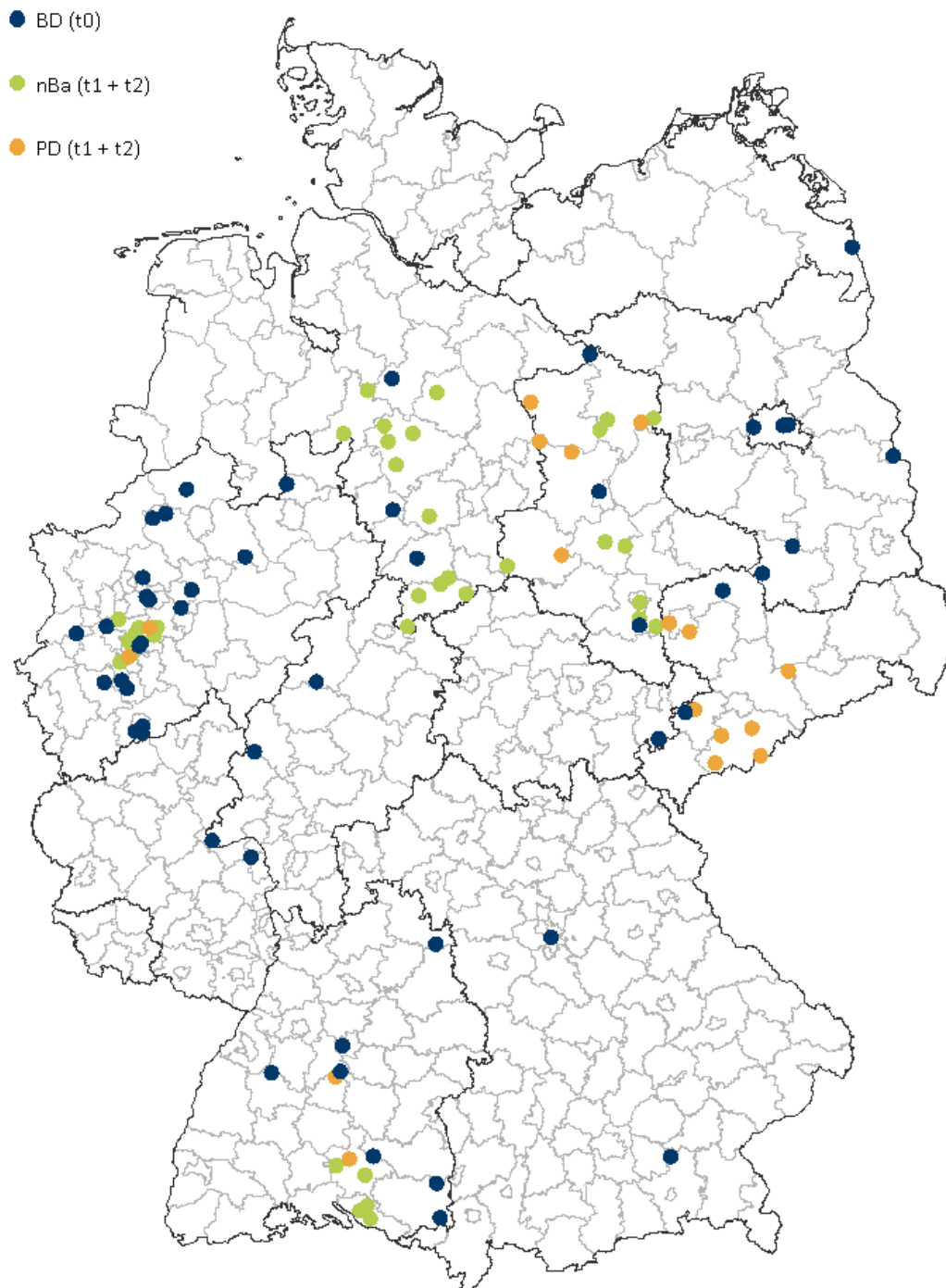
Bei den N = 8 BD, die ihre Teilnahme im Laufe des Modellprogramms wieder beendet hatten, handelt es sich in zwei Fällen um BD aus „dünn besiedelten ländlichen Kreisen“, bei zwei anderen um BD aus „ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen“, zwei weitere kommen aus „städtischen Kreisen“ und zwei aus „kreisfreien Großstädten“. Im Chi<sup>2</sup>-Test findet sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen verbliebenen und ausgeschiedenen BD hinsichtlich städtischen und ländlichen Räumen (exakter Test nach Fisher:  $p=.183$ ), d.h. das Ausscheiden aus dem Modellprogramm ist nicht mit der Siedlungsstruktur der Dienste konfundiert.

---

<sup>11</sup> Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Referenzdatei zur Raumgliederung auf Kreisbasis, 2013. Verfügbar unter: <http://www.bbsr.bund.de>

---

Abbildung 6: Standort der BD und Vergleichseinrichtungen auf Landkreisebene



Quelle: IGES

Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf N = 49 BD, N = 36 nBa und N = 17 PD.

Tabelle 16: Anzahl siedlungsstruktureller Kreistypen pro Einrichtungart

<b>Teilnehmer</b>	<b>BD</b>	<b>nBa</b>	<b>PD</b>
Dünn besiedelte ländliche Kreise	9	7	3
Ländlich mit Verdichtungsansätzen	4	7	4
Kreisfreie Großstädte	18	4	3
Städtische Kreise	18	18	7
Ländlicher Raum	13	14	7
Städtischer Raum	36	22	10
<i>Total</i>	49	36	17
<b>Keine Teilnahme</b>			
Dünn besiedelte ländliche Kreise	7	69	218
Ländlich mit Verdichtungsansätzen	18	66	505
Kreisfreie Großstädte	24	53	436
Städtische Kreise	24	286	738
Ländlicher Raum	25	135	723
Städtischer Raum	48	339	1.174
<i>Total</i>	73	474	1.897

Quelle: IGES; Interessenbekundungsverfahren GKV-SV

Anmerkung: Definition der siedlungsstrukturellen Kreistypen auf Grundlage der Typologie des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung unter <http://www.bbsr.bund.de>.

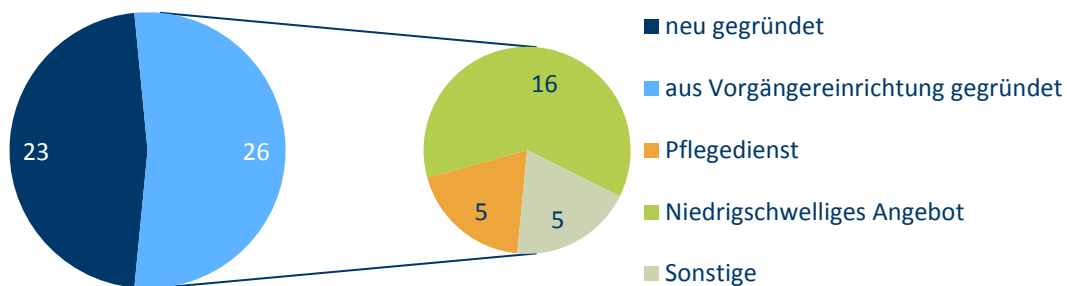
### Gründungshistorie

Die Gründungshistorie bezieht sich auf die Entstehungsgeschichte der Betreuungsdienste (BD) als eigenständig und unabhängig wirtschaftende Einrichtung. In der Basiserhebung (t0) wurde dazu erhoben, ob der BD neu gegründet wurde oder aus einer Vorgängereinrichtung entstanden ist. Für nBa und PD wird dieser Sachverhalt nicht erhoben, da es sich um keinen neuen Anbietertyp handelt.

Abbildung 7 zeigt, dass der Anteil neu gegründeter und aus einer Vorgängereinrichtung heraus entstandener BD in etwa gleich hoch ist. Bei den Vorgängereinrichtungen handelte es sich zumeist um niedrighschwellige Betreuungsangebote. Pflegedienste und „sonstige“ Einrichtungen (Angebote der Altenhilfe, Wohnprojekte und ambulante Dienste für psychisch kranke Menschen, Einrichtungen für haushaltsnahe Dienstleistungen) wurden gleich häufig und eher selten genannt.



Abbildung 7: Gründung und Vorgängereinrichtung der BD



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Führungskräfte der BD zu t0

„Nicht-Teilnehmer“ wurden ebenfalls gefragt, ob der BD bei Teilnahme am Modellprogramm neu gegründet worden oder aus einer Vorgängereinrichtung entstanden wäre. Von den insgesamt  $N = 23$  antwortenden Einrichtungen gaben  $N = 18$  an, dass der BD aus einer Vorgängereinrichtung hervorgegangen und  $N = 4$ , dass er neu gegründet worden wäre ( $N = 1$  ohne Angaben). Im  $\chi^2$ -Test entspricht der Vergleich der Anteile der Neugründungen und Ausgründungen einem signifikanten Unterschied zwischen BD und „Nicht-Teilnehmern“ ( $\chi^2_{(df=1, N=71)} = 5.3$ ,  $p < .05$ ) mit einem erhöhten Anteil von Neugründungen bei BD; d.h. Dienste mit Vorgängereinrichtung sind signifikant häufiger von einer Teilnahme am Modellprogramm zurückgetreten als Neugründungen.

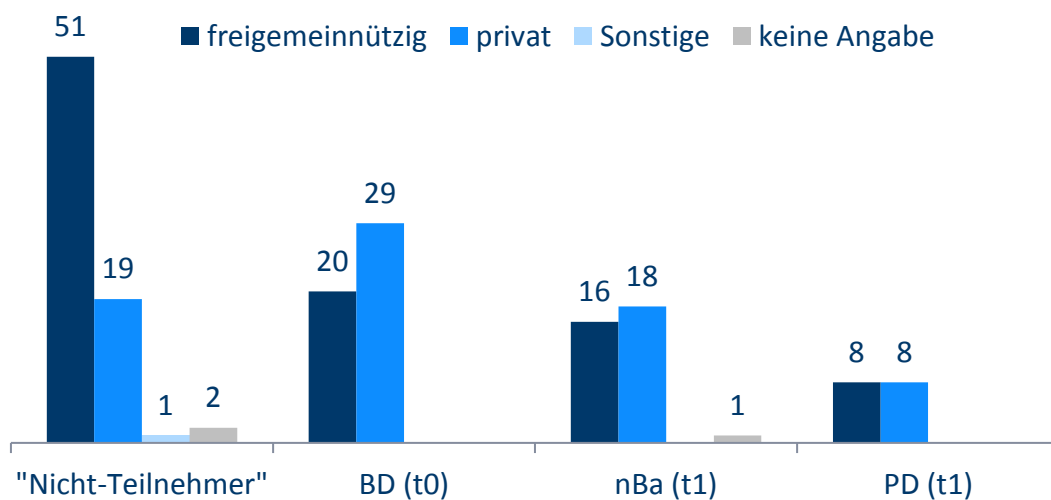
Von den  $N = 18$  „Nicht-Teilnehmern“ mit Vorgängereinrichtung unterhielten zum Zeitpunkt der Bewerbung als Modellvorhaben (Mehrfachnennungen zur Vorgängereinrichtung waren möglich)  $N = 12$  niedrigschwellige Betreuungsangebote,  $N = 6$  Pflegedienste,  $N = 2$  andere Pflegeeinrichtungen,  $N = 3$  Einrichtungen für privat zu zahlende Dienstleistungen und  $N = 2$  „sonstige“ Einrichtungen („familienunterstützender Dienst“; „sozialer Hilfsdienst“). Nur eine Person führte zum Zeitpunkt der Bewerbung kein Unternehmen. Die Verteilung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, Pflegediensten und „anderen“ Vorgängereinrichtungen unterscheidet sich im  $\chi^2$ -Test nicht zwischen BD und „Nicht-Teilnehmern“ ( $p = .614$ ); d.h. die Modellvorhaben waren sowohl zum Zeitpunkt der Interessensbekundung als auch beim Beginn des Modellprogramms offenbar v.a. für niedrigschwellige Betreuungsangebote attraktiv.

Bei den  $N = 8$  BD, die ihre Teilnahme im Laufe des Modellprogramms beendet haben, handelt es sich in vier Fällen um Einrichtungen, die neu gegründet und in den anderen vier Fällen um BD, die aus einer Vorgängereinrichtung heraus gegründet worden waren. Im  $\chi^2$ -Test findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen verbliebenen und ausgeschiedenen BD bzgl. der Gründungshistorie (exakter Test nach Fisher:  $p = 1.0$ ).

## Trägerschaft

Informationen zur Trägerschaft liegen aus der Basiserhebung in BD (t0), der ersten schriftlichen Befragung von nBa und PD (t1) sowie dem (anonymisierten) Datensatz der Interessensbekundung vor. Abbildung 8 zeigt die entsprechenden Häufigkeiten der Trägerschaft der an der Begleitforschung teilnehmenden Einrichtungstypen (BD, PD, nBa) und der „Nicht-Teilnehmer“.

Abbildung 8: Trägerschaft der Einrichtungen (Anzahl der Einrichtungen)



Quelle: IGES; Interessensbekundungsverfahren GKV-SV

Anmerkung: Abbildung zeigt Anzahl der Einrichtungen pro Trägerschaft für: „Nicht-Teilnehmer“, die zur Basiserhebung (t0) ihre Teilnahme am Modellprogramm für beendet erklärt hatten; Betreuungsdienste (BD), die zur Basiserhebung (erster Messzeitpunkt, t0) in die wissenschaftliche Begleitforschung eingeschlossen wurden; niedrigschwellige Betreuungsangebote (nBa) und ambulante Pflegedienste (PD), die zu t1 an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben. „Sonstige“ Träger entspricht „öffentlichem/kommunalen Träger“.

Bei den an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmenden Einrichtungen zeigt sich im Chi<sup>2</sup>-Test zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen kein statistisch signifikanter Unterschied für die relative Häufigkeit freigemeinnütziger gegenüber privaten Trägern ( $p=.758$ ), d.h. das Verhältnis der beiden Hauptarten der Trägerschaft ist für BD, PD und nBa ähnlich verteilt.

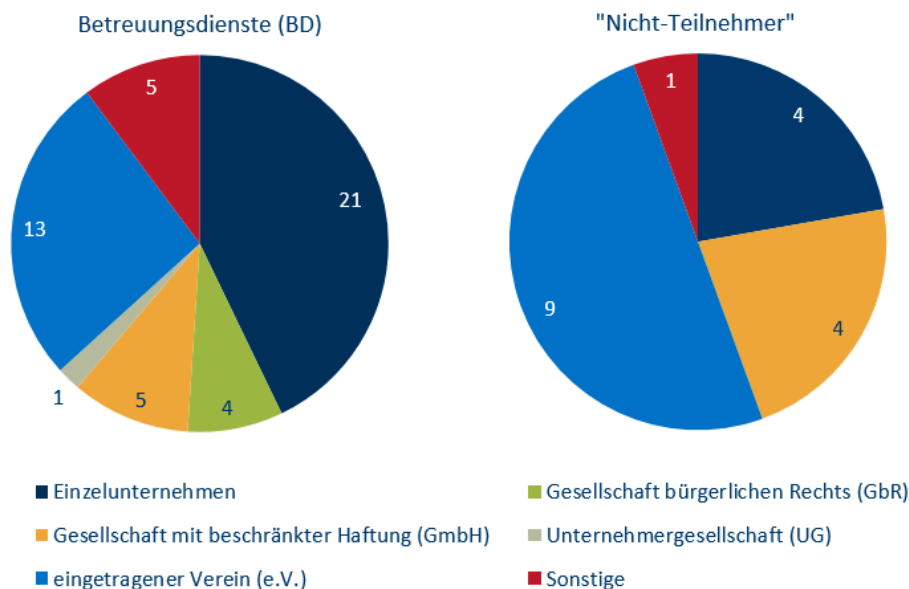
Hingegen zeigt sich bei einem analogen Vergleich der BD und „Nicht-Teilnehmer“ ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2_{(df=1, N=119)} = 12.3, p < .01$ ), der darauf zurückzuführen ist, dass sich die „Nicht-Teilnehmer“ deutlich häufiger in freigemeinnütziger als privater Trägerschaft befinden, während dies für teilnehmende BD genau anders herum ist (vgl. Abbildung 8); d.h. freigemeinnützige Träger sind signifikant häufiger von einer Teilnahme am Modellprogramm zurückgetreten als private Träger.

Bei den N = 8 BD, die ihre Teilnahme am Modellprogramm wieder beendet haben, handelte es sich in drei Fällen um BD in freigemeinnütziger und in fünf Fällen um BD in privater Trägerschaft. Der Chi<sup>2</sup>-Test zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen verbliebenen und ausgeschiedenen BD hinsichtlich „Trägerschaft“ (exakter Test nach Fisher:  $p=1.000$ ).

### Rechtsform

Informationen zur Rechtsform der Unternehmen liegen aus der Basiserhebung (t0) in den BD und der Befragung der „Nicht-Teilnehmer“ vor. Abbildung 9 zeigt die Verteilung für beide Gruppen.

Abbildung 9: Rechtsform der BD und „Nicht-Teilnehmer“



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Führungskräfte der BD zu t0 und der Leitungen von „nicht-teilnehmenden“ Einrichtungen. Nur bei N = 18 Teilnehmern ist gesichert, dass sie eine andere Einrichtung statt eines BD fortführen.

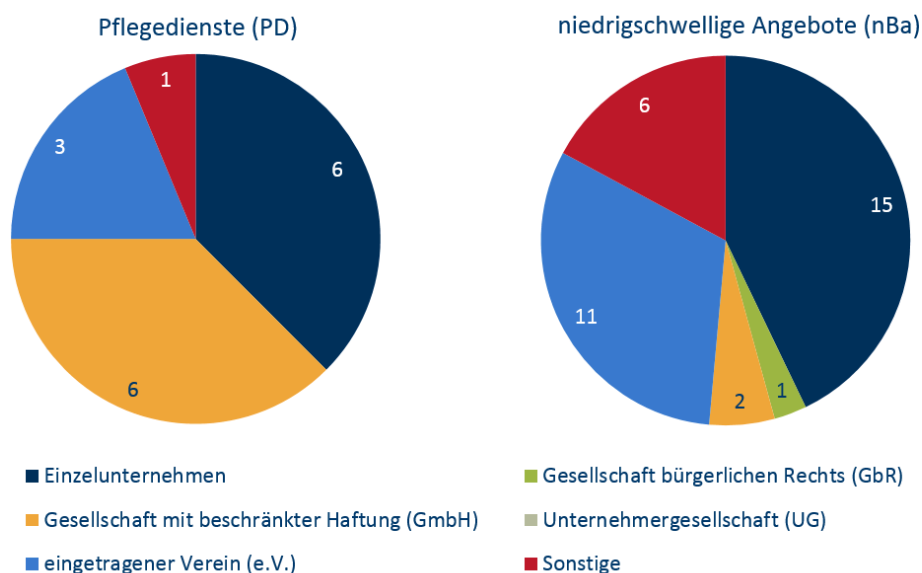
Im Chi<sup>2</sup>-Test zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen BD und „Nicht-Teilnehmern“ in der relativen Häufigkeit der wichtigsten Rechtsformen (im Chi<sup>2</sup>-Test verwendete Kategorien: „Einzelunternehmen“, „eingetragener Verein“, „Andere“ mit übrigen Kategorien;  $p=.154$ ). Obwohl hier augenscheinlich ein höherer Anteil von „e.V.“ und „GmbH“ bei Nicht-Teilnehmern vorzuliegen scheint, lässt sich dieser aufgrund geringer Zellhäufigkeiten statistisch nicht abbilden.

Bei den N = 8 BD, die ihre Teilnahme am Modellprogramm zu t1 wieder beendet hatten, handelt es sich in drei Fällen um ein Einzelunternehmen, in zwei Fällen um eingetragene Vereine und in drei Fällen um „andere“ Rechtsformen. Im Chi<sup>2</sup>-Test zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen ausgeschiedenen und

verbliebenen BD bzgl. ihrer Rechtsform („Einzelunternehmen“, „eingetragener Verein“, „Andere“ mit übrigen Kategorien:  $p=.896$ ).

Von den Vergleichseinrichtungen wurde die Information zur Rechtsform in der ersten schriftlichen Befragung (t1) der Leitungen erhoben (nBa: anleitende Fachkraft; PD: verantwortliche Pflegefachkraft). Verglichen mit BD zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der relativen Häufigkeit der wichtigsten Rechtsformen von PD und nBa (im  $\chi^2$ -Test verwendete Kategorien: „Einzelunternehmen“, „eingetragener Verein“, „Andere“ mit übrigen Kategorien;  $p=.752$ ). Obwohl auch hier augenscheinlich ein höherer Anteil von „GmbH“ bei PD vorzuliegen scheint, lässt sich dieser aufgrund geringer Zelhäufigkeiten statistisch nicht abbilden.

Abbildung 10: Rechtsform PD und nBa (t1)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1

### Mitgliedschaft in einem Verband

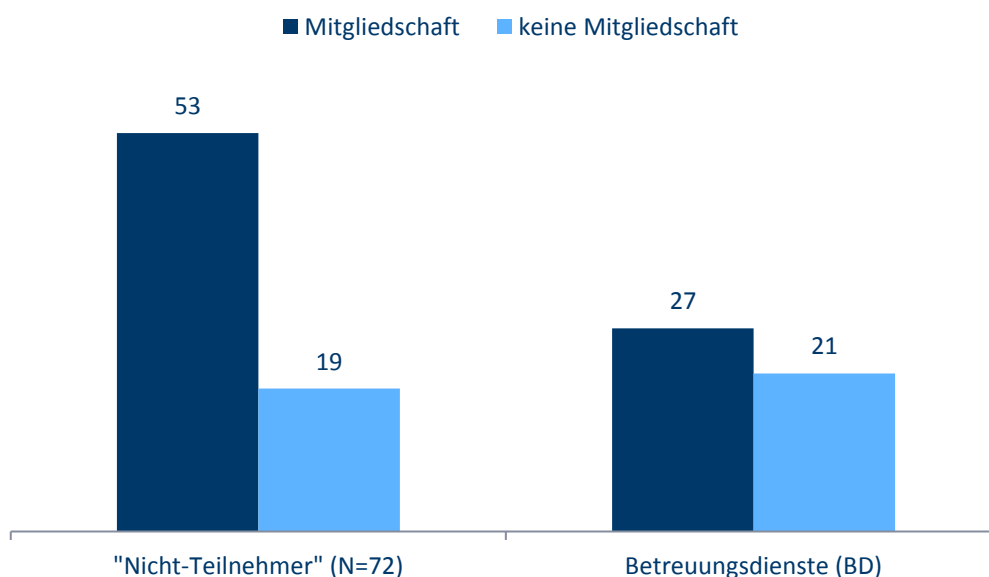
Informationen zur „Mitgliedschaft in einem Verband“ liegen aus dem (anonymisierten) Datensatz der Interessensbekundung für BD und „Nicht-Teilnehmer“ vor.

Abbildung 11 zeigt die Mitgliedschaft in einem Verband für BD und „Nicht-Teilnehmer“. Der  $\chi^2$ -Test zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen BD und „Nicht-Teilnehmern“ ( $\chi^2_{(df=1, N=120)} = 3.9, p < .05$ ), der dadurch bedingt ist, dass die „Nicht-Teilnehmer“ deutlich häufiger Mitglied in einem Verband sind, während BD etwa genauso häufig Mitglied sind wie sie kein Mitglied sind; d.h. Einrichtungen, die Mitglied in einem Verband sind, sind signifikant häufiger von einer Teilnahme am Modellprogramm zurückgetreten als Einrichtungen, die ohne Mitgliedschaft sind.

Bei den N = 8 BD, die ihre Teilnahme im Laufe des Modellprogramm wieder beendet hatten, waren sechs Einrichtungen Mitglied und zwei Einrichtung kein Mitglied in einem Verband. Im Chi<sup>2</sup>-Test zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen verbliebenen und ausgeschiedenen Einrichtungen bzgl. einer Mitgliedschaft im Verband (exakter Test nach Fisher:  $p=.220$ ).

Von den Vergleichseinrichtungen (PD, nBa) wurde die Mitgliedschaft in einem Verband nur indirekt über den Träger erhoben (zu t1): N = 7 von 35 nBa und N = 7 von 16 PD sind einem Träger der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) angeschlossen, somit automatisch Mitglied in einem Verband. Zumindest bzgl. der relativen Häufigkeit einer BAGFW-Mitgliedschaft unterscheiden sich die Vergleichseinrichtungen nicht von den BD (N = 11 BD mit Träger der BAGFW; Chi<sup>2</sup>-Test:  $p=.162$ ).

Abbildung 11: Mitgliedschaft in einem Verband für BD und „Nicht-Teilnehmer“



Quelle: IGES; Interessenbekundungsverfahren GKV-SV

Anmerkung: Sowohl für „Nicht-Teilnehmer“ als auch für BD ist N = 1 ohne Angabe zur Mitgliedschaft in einem Verband.

### Geschäftsräume

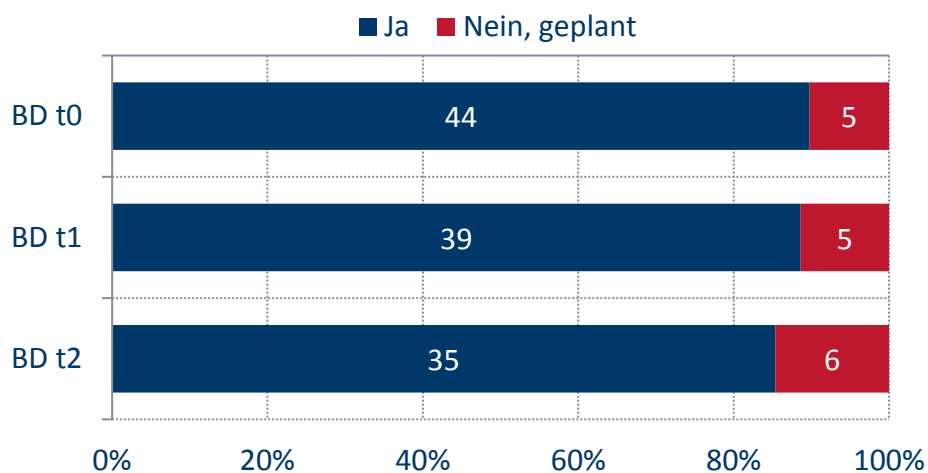
In den BD wurden die Leitungskräfte zur Basiserhebung (t0) und zur ersten Folgerhebung (t1) zu den räumlichen Gegebenheiten ihrer Einrichtung befragt. Für die weiteren Einrichtungstypen (nBa, PD) wurde diese Information in der ersten schriftlichen Befragung (t1) der Leitungen erhoben.

Zu t0 berichteten N = 44 BD bereits über eigene Geschäftsräume zu verfügen; nur N = 5 gaben an, dass noch keine Geschäftsräume vorlägen. Von den N = 44 BD mit eigenen Geschäftsräumen zu t0 gaben fast alle Leitungskräfte (N = 42) an, dass sich

ihre Räume zur Durchführung von Dienstbesprechungen eigneten; etwa die Hälfte von BD mit eigenen Geschäftsräumen gaben an, dass sich die Räume auch zur Durchführung von Gruppenbetreuungen eigneten.

Da die BD entsprechend den Mindestanforderungen des Modellprogramms über eigene Geschäftsräume zu verfügen haben, sich die BD zu t0 jedoch zumindest teilweise noch im Aufbau befanden, wurde die Frage zu t1 wiederholt gestellt. Zu t1 hatten N = 2 Dienste, die zu t0 noch ohne Geschäftsräume gewesen waren, in der Zwischenzeit eigene Räume aufzuweisen; bei N = 3 BD lagen weiterhin keine eigenen Geschäftsräume vor, sondern waren weiterhin in Planung; N = 2, die zu t0 zunächst Geschäftsräumen hatten, hatten zu t1 keine mehr, so dass zu t1 weiterhin insgesamt fünf BD ohne Geschäftsräume waren. Von den fünf Einrichtungen ohne Geschäftsräume zu t1, hatten zwei BD zu t2 inzwischen Geschäftsräume bezogen; die übrigen drei BD waren weiterhin ohne Geschäftsräume; hinzu kommen drei weitere BD, die vorher mit Geschäftsräumen waren, so dass zu t2 weiterhin insgesamt sechs BD ohne Geschäftsräume sind. Abbildung 12 veranschaulicht die Entwicklung vom ersten (t0) zum letzten Erhebungszeitpunkt (t2).

Abbildung 12: Vorliegen eigener Geschäftsräume bei BD



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t0, t1 und t2

Die acht BD; die ihre Teilnahme am Modellprogramm wieder beendet haben, wiesen sämtlich zu t0 bereits eigene Geschäftsräume auf, die sich auch zur Durchführung von Dienstbesprechungen eigneten. Dies entspricht im Chi<sup>2</sup>-Test dennoch keinem signifikant häufigerem Ausstieg von Einrichtungen mit Geschäftsräumen aus dem Modellprogramm (exakter Test nach Fisher:  $p=.575$ ).

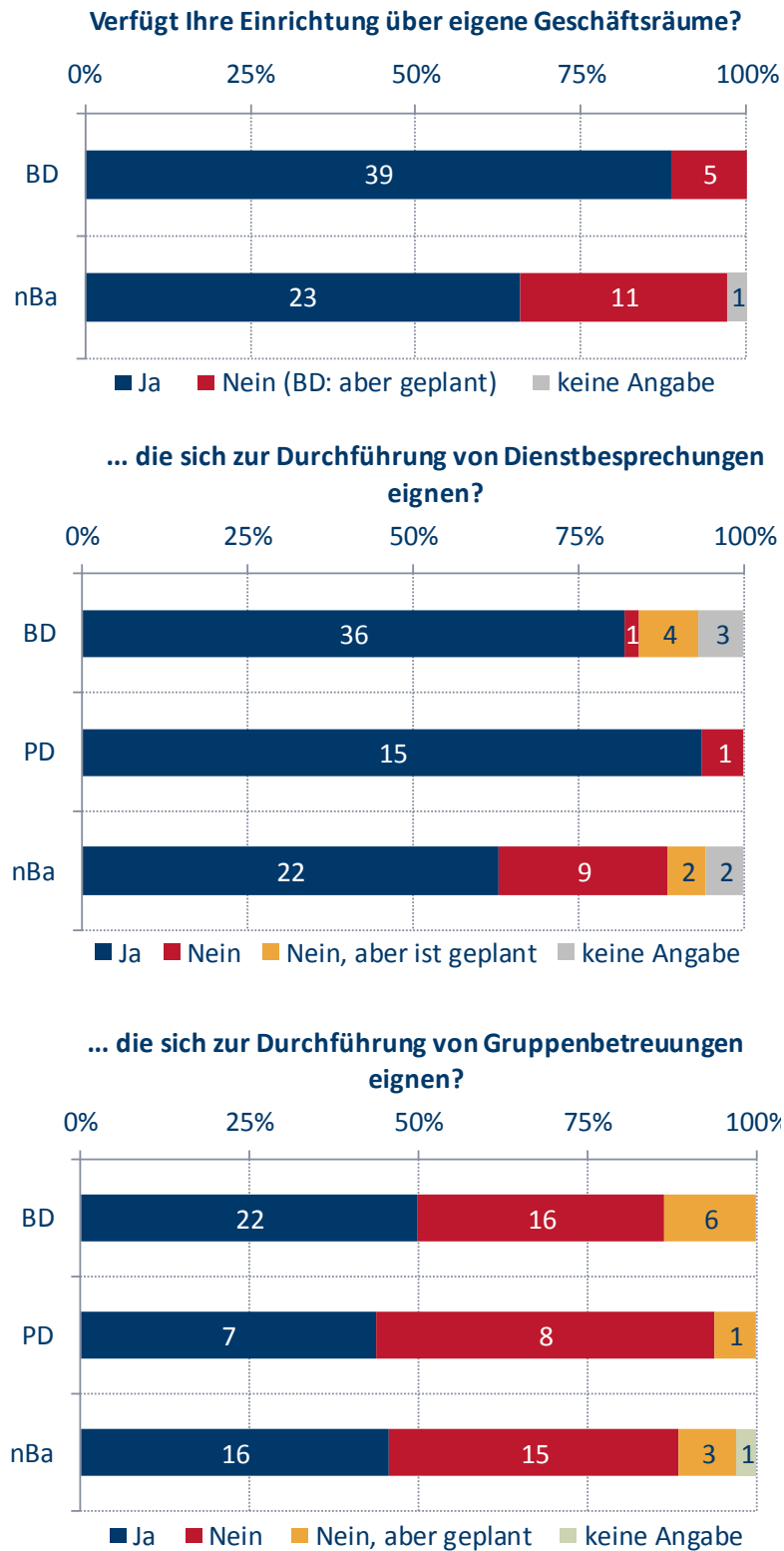
Bei den Vergleichseinrichtungen wurden nur nBa zum generellen Vorliegen von Geschäftsräumen befragt, da diese bei PD aufgrund der Vorgaben der MuG (2011) vorausgesetzt werden können. PD wurden jedoch genauso wie BD und nBa gefragt, ob sich die Geschäftsräume auch zur Durchführung von Dienstbesprechungen und Gruppenbetreuungen eignen.

Hinsichtlich des generellen Vorliegens von Geschäftsräumen besteht ein signifikanter Unterschied zwischen BD und nBa (Chi<sup>2</sup>-Test mit „Ja“- und „Nein“-Kategorien zu t1:  $\chi^2_{(df=1, N=78)} = 5.2, p < .05$ ), da BD anteilig häufiger über eigene Geschäftsräume verfügen (vgl. Abbildung 13). Dieser Unterschied wird sicherlich dadurch begünstigt, dass Geschäftsräume für BD gemäß den Vorgaben im Rahmen des Modellprogramms vorgehalten werden müssen.

Auch zeigt sich ein signifikanter Unterschied bei der Eignung der Geschäftsräume zur Durchführung von Dienstbesprechungen (Chi<sup>2</sup>-Test mit „Ja“- und „Nein“-Kategorien zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=90)} = 7.4, p < .05$ ), dahingehend, dass PD und BD anteilig häufiger als nBa über solche Geschäftsräume verfügen (vgl. Abbildung 13).

Hinsichtlich der Eignung zur Durchführung von Gruppenbetreuungen zeigt sich dagegen kein Unterschied zwischen BD und den Vergleichseinrichtungen (Chi<sup>2</sup>-Test mit „Ja“- und „Nein“-Kategorien zu t1:  $p = .906$ ; vgl. Abbildung 13). Demnach erscheinen die räumlichen Rahmenbedingungen der verschiedenen Einrichtungstypen ähnlich „gruppeneignet“.

Abbildung 13: Vorliegen eigener Geschäftsräume zu t1



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1



### **Regionales Betreuungsangebot durch andere Anbieter**

Da die BD als neuer Typ von Leistungserbringer an den Start gegangen sind, soll genauer analysiert werden, in welchem Umfeld bereits etablierter Betreuungsangebote sie gegründet wurden.

Die Leitungskräfte der BD wurden zu t0 gebeten, die Angebotssituation durch andere Anbieter (niedrigschwellige Angebote gem. § 45c SGB XI, Pflegedienste, private Anbieter) im eigenen Einzugsgebiet einzuschätzen. N = 31 Leitungskräfte machten Angaben zur Anzahl von Pflegediensten und niedrigschwelligen Angeboten in ihrem Einzugsgebiet; N = 22 machten auch Angaben zu privaten Anbietern von Betreuungs- und haushaltsnahen Dienstleistungen. Tabelle 17 fasst die mittleren Häufigkeiten von Pflegediensten, niedrigschwelligen Angeboten und privaten Anbietern im Einzugsgebiet der BD zusammen. Aufgrund der geringen Anzahl von Nennungen und der großen Spannweite der Angaben (Anzahl im Einzugsgebiet: Pflegedienste Min 1, Max 102; niedrigschwellige Angebote Min 1, Max 120; private Anbieter Min 0, Max 20) fallen die Streuungen um das arithmetische Mittel recht groß aus. Ein geeigneteres Maß ist daher der Median; soweit nicht anders gekennzeichnet, wird in Tabelle 17 daher nur dieser Wert als Mittelwert berichtet.

Nach Angaben der Leitungskräfte ist mit durchschnittlich acht Pflegediensten (mit Betreuungsleistungen gem. § 45b oder § 124 SGB XI gem. Fassung vom Januar 2013) dieser Einrichtungstyp am häufigsten im Einzugsgebiet der BD vertreten. Ansonsten liegen durchschnittlich fünf niedrigschwellige Angebote und nur drei private Anbieter von Betreuungs- oder haushaltsnahen Dienstleistungen im Einzugsgebiet (vgl. Tabelle 17).

Differenziert man die Angaben der Leitungskräfte der BD zwischen verschiedenen siedlungsstrukturellen Kreistypen (Siedlungsstruktur: städtisch vs. ländlich), so zeigt sich, dass Pflegedienste in Einzugsgebieten städtischer und ländlicher Räume numerisch etwa gleich häufig vertreten sind. Für niedrigschwellige Angebote und private Anbieter findet sich numerisch eine Häufung in Einzugsgebieten aus städtischen Räumen (vgl. Tabelle 17). Im T-Test ist jedoch der Unterschied zwischen städtisch und ländlichen Regionen weder für Pflegedienste ( $p=.306$ ) noch für niedrigschwellige Angebote ( $p=.311$ ) statistisch bedeutsam; einzig für private Anbieter findet sich eine signifikant erhöhte Anzahl in städtischen gegenüber ländlichen Gebieten ( $t_{(df=20)}=-2.9, p<.01$ ).

Inwiefern die Angaben der Leitungskräfte das tatsächliche Angebot vor Ort reflektieren ist insofern fraglich als, dass nur N = 6 Leitungskräfte angeben, eine systematische Übersicht zu anderen Anbietern im Einzugsgebiet erstellt zu haben. Die Mehrheit gab an, nur einen ungefähren Überblick (N = 31) und N = 10 Einrichtungen gaben an keinen genauen Überblick über die Situation vor Ort zu haben (davon machten jedoch nur N = 2 Angaben zur Anzahl anderer Anbieter im Einzugsgebiet).

Tabelle 17: Mittlere Anzahl anderer Einrichtungen im Einzugsgebiet

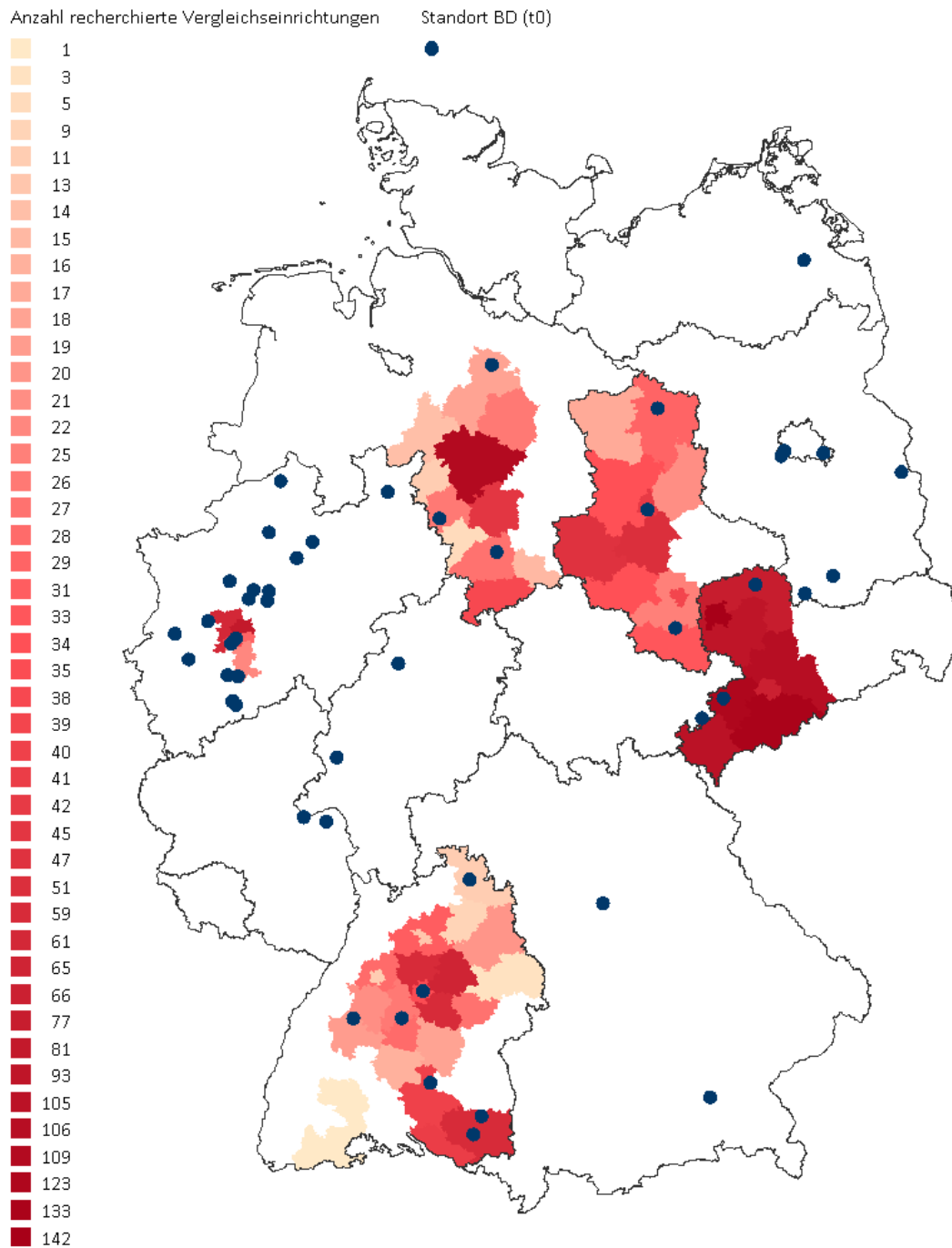
Durschnitt ( $\emptyset$ ): Insgesamt (Total) und nach Siedlungsstruktur		Pflegedienste		niedrigschwellige Angebote		private Anbieter	
		Mittelwert	N	Mittelwert	N	Mittelwert	N
<i>Total</i>	M $\pm$ SD	13.2 $\pm$ 18.9	31	10.7 $\pm$ 21.7	31	5.1 $\pm$ 5.8	22
	MDN	8		5		3	
Dünn besiedelte ländliche Kreise		6.0	6	3.0	6	1.0	4
Ländlich mit Verdichtungsansätzen		12.0	3	6.0	4	0.0	3
Kreisfreie Großstädte		8.0	11	5.0	11	6.0	8
Städtische Kreise		10.0	11	7.0	10	3.0	7
Ländlicher Raum	M $\pm$ SD	7.7 $\pm$ 5.7	9	4.9 $\pm$ 5.0	10	1.4 $\pm$ 2.1	7
	MDN	8.0		3.0		1.0	
Städtischer Raum	M $\pm$ SD	15.5 $\pm$ 21.9	22	13.5 $\pm$ 25.9	21	6.7 $\pm$ 6.3	15
	MDN	8.5		6.0		4.0	

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t0  
 Anmerkung: N: Anzahl der Leitungskräfte (BD) mit Angaben; M: arithmetisches Mittel; SD: Standardabweichung; MDN: Median. Soweit nicht anders angegeben, entsprechen die Mittelwerte dem Median.

Für manche Standorte (Landkreise: Böblingen, Freudenstadt, Hameln-Pyrmont, Heidekreis, Main-Tauber-Kreis, Nordsachsen, Northeim, Ravensburg, Saalekreis, Sigmaringen, Stendal, Zwickau, Magdeburg, Solingen, Stuttgart) liegen jedoch zusätzlich Ergebnisse aus der Adressrecherche im Rahmen der Regionalstudien (vgl. Kapitel 2.7) vor, die den Angaben der Leitungskräfte gegenübergestellt werden können. So kann immerhin in einigen Fällen eingeschätzt werden, inwiefern die Angaben der Leitungskräfte zum Angebot durch andere Anbieter vor Ort das „tatsächliche“ Angebot (Anzahl recherchierbarer Einrichtungen) in der Region reflektieren.

Abbildung 14 zeigt die Anzahl der im Rahmen der Adressrecherche der Regionalstudien gefundenen Vergleichseinrichtungen (Summe aus nBa und PD; Gesamtzahl vgl. Tabelle 12) auf Landkreisebene und die Standorte der BD (zu t0). Die Adressrecherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, d.h. sie erfasst nicht die vollständige Anzahl von nBa und PD mit Betreuungsleistungen in der Region – v.a. da im späteren Verlauf der Recherche nur noch gezielt nach PD gesucht wurde (vgl. Kapitel 2.7). Die Anzahl gefundener Vergleichseinrichtungen kann so nur als grober Schätzer des tatsächlichen regionalen Angebots betrachtet werden.

Abbildung 14: Anzahl recherchierte Vergleichseinrichtungen auf Landkreisebene



Quelle: IGES; Adressrecherche im Rahmen der Regionalstudien

Anmerkung: Nicht weiter gekennzeichnete Regionen (in weiß) entsprechen Landkreisen, in denen keine Adressrecherche vorgenommen wurde. Skala zur Anzahl der Vergleichseinrichtungen (Summe aus nBa und PD) beginnt bei Min = 1 und endet bei Max = 142 Einrichtungen im Landkreis.

Interessanterweise zeigt sich, dass die Landkreise Sachsens, in denen nur PD recherchiert wurden, immer noch die höchste Anzahl gefundener

Vergleichseinrichtungen aufweisen. Offenbar besteht in Sachsen (zumindest in den recherchierten Landkreisen) eine derart hohe Dichte an PD, dass selbst wenn die Recherche auf nur diesen Einrichtungstyp eingegrenzt wird, man immer noch auf die höchste Anzahl der Vergleichseinrichtungen kommt.

Differenziert man die recherchierten Adressen nach Siedlungsstruktur, zeigt sich – wie schon bei den Angaben durch die Leitungskräfte (vgl. Tabelle 17) – dass die Anzahl recherchierter Einrichtungen weder für Pflegedienste ( $F_{(1,57)}=0.4$ ,  $p=.526$ ) noch für niedrigschwellige Angebote ( $F_{(1,44)}=2.5$ ,  $p=.122$ ) nennenswert zwischen städtischen (PD:  $M = 34.8$ ,  $SD = 34.8$ ,  $N = 34$ ; nBa:  $M = 12.9$ ,  $SD = 12.2$ ,  $N = 28$ ) und ländlichen Regionen (PD:  $M = 29.2$ ,  $SD = 31.5$ ,  $N = 25$ ; nBa:  $M = 8.2$ ,  $SD = 4.9$ ,  $N = 18$ ) variiert. Während die im Rahmen der Adressrecherche ermittelte durchschnittliche Anzahl von nBa pro Landkreis ( $M = 11.1$ ,  $SD = 10.2$ ,  $MDN = 8.0$ ,  $N = 39$ ) sehr nah an der mittleren Anzahl der nBa liegt, die von den Leitungskräften angegeben wird (vgl. Tabelle 17), befindet sich die durchschnittliche Anzahl von PD in der Adressrecherche ( $M = 32.4$ ,  $SD = 33.3$ ,  $MDN = 22.0$ ,  $N = 59$ ) deutlich über der mittleren Anzahl der PD, die von den Leitungskräften genannt wird, d.h. ist mehr als doppelt so hoch. Man könnte daher interpretieren, dass die Leitungskräfte zwar zu einer durchaus realistischen Einschätzung bzgl. der Betreuungsleistungen durch niedrigschwellige Angebote in ihrer Region gelangen, jedoch das Angebot von Betreuungsleistungen durch PD in ihrem Umfeld eher unterschätzen.

Da sich das regionale Angebot – v.a. auch in Zusammenhang mit den erweiterten Möglichkeiten von Betreuung infolge des PSG I – verändert haben könnte, wurden die Leitungskräfte der BD zu t1 (2016) befragt, ob sich seit t0 (2015) das Angebot durch andere Anbieter von Betreuungsleistungen verändert habe. Da die t1-Fragebögen zwischen Januar und April 2016 an die Leitungskräfte der BD verschickt wurden, beziehen sich ihre Angaben de facto auf einen Zeitraum *nach* Inkrafttreten des PSG I. Zu t1 geben  $N = 20$  (von 44) Leitungskräfte der BD an, dass das Betreuungsangebot von Pflegediensten seit der letzten Befragung (t0) zugenommen habe;  $N = 15$  (von 44) geben dies auch für niedrigschwellige Betreuungsangebote und  $N = 7$  (von 44) für private Anbieter von Betreuungsleistungen an (Mehrfachantworten).  $N = 18$  (von 44) Leitungskräfte sind jedoch der Ansicht, dass sich seit der letzten Befragung nichts geändert habe. Demnach kommen die beiden Einschätzungen, „dass sich etwas verändert hat“ und „dass sich nichts verändert hat“ etwa gleich häufig vor.

Von den  $N = 8$  BD, die aus dem Modellprogramm ausgeschieden waren, geben die meisten an, nur einen ungefähren Überblick über die „Konkurrenz-Situation“ zu haben ( $N = 5$ ). Zwei BD haben hierzu eine systematische Übersicht erstellt und ein BD macht keine Angaben dazu. Betrachtet man die durchschnittlich angegebene Anzahl anderer Anbieter im Einzugsgebiet, zeigt sich im T-Test ein signifikanter Unterschied zwischen im Modellprogramm verbliebenen und ausgeschiedenen BD nur bei Angaben zu privaten Anbietern im Einzugsgebiet ( $t_{(df=20)}=3.6$ ,  $p<.01$ ), mit einer durchschnittlich geringeren Anzahl bei ausgeschiedenen ( $M = 0.8$ ,  $SD = 0.5$ ,  $MDN = 1$ ,  $N = 4$ ) als weiterhin verbliebenen BD ( $M = 6$ ,  $SD = 6.0$ ,  $MDN = 3.5$ ,

N = 18). Es gibt so keinen Hinweis darauf, dass das Einzugsgebiet ausgeschiedener BD durch eine besonders hohe Konkurrenz anderer Anbieter geprägt ist.

### 3.3.2 Leitung der Einrichtungen

#### Wechsel der Leitung

In BD wurde zu t1 und t2 erhoben, ob die Leitungskraft oder Geschäftsführung seit der letzten Befragung gewechselt hat. In nBa und PD wurde dieser Sachverhalt zu t2 das erste Mal erhoben.

Zu t1 wurde für N = 8 BD angegeben, dass die Leitungskraft seit t0 gewechselt habe, wobei die Mehrheit (N = 7) einen einmaligen Wechsel und nur N = 1 einen zweimaligen Wechsel berichtete. Die Geschäftsführung hatte zu t1 nur bei einem BD gewechselt (einmalig). Zu t2 wurde für N = 4 BD angegeben, dass die Leitungskraft gewechselt habe; bei der Hälfte davon (N = 2) handelt es sich um Einrichtungen, bei denen bereits zu t1 die Leitungskraft gewechselt hatte. Die Geschäftsführung hatte zu t2 bei N = 1 BD gewechselt, ohne bereits zu t1 gewechselt zu haben.

Bei den Vergleichseinrichtungen hatte zu t2 in N = 2 nBa und N = 2 PD die anleitende Fachkraft bzw. verantwortliche Pflegefachkraft gewechselt. Ein Wechsel der Geschäftsführung wurde dort nicht angegeben. Vergleicht man das Auftreten von Wechseln zu t2 im Chi<sup>2</sup>-Test, so unterscheiden sich BD nicht von nBa (exakter Test nach Fisher ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $p=1.000$ ) oder PD ( $p=.302$ ).

#### Berufsabschluss & „Basisqualifikation“ der Leitung

Angaben zum genauen Berufsabschluss der Leitung liegen aus den Befragungen der Einrichtungsleitungen vor. In den Folgeerhebungen (t1 bzw. t2) war der Berufsabschluss erneut anzugeben, wenn die Leitung seit der letzten Befragung gewechselt hatte.

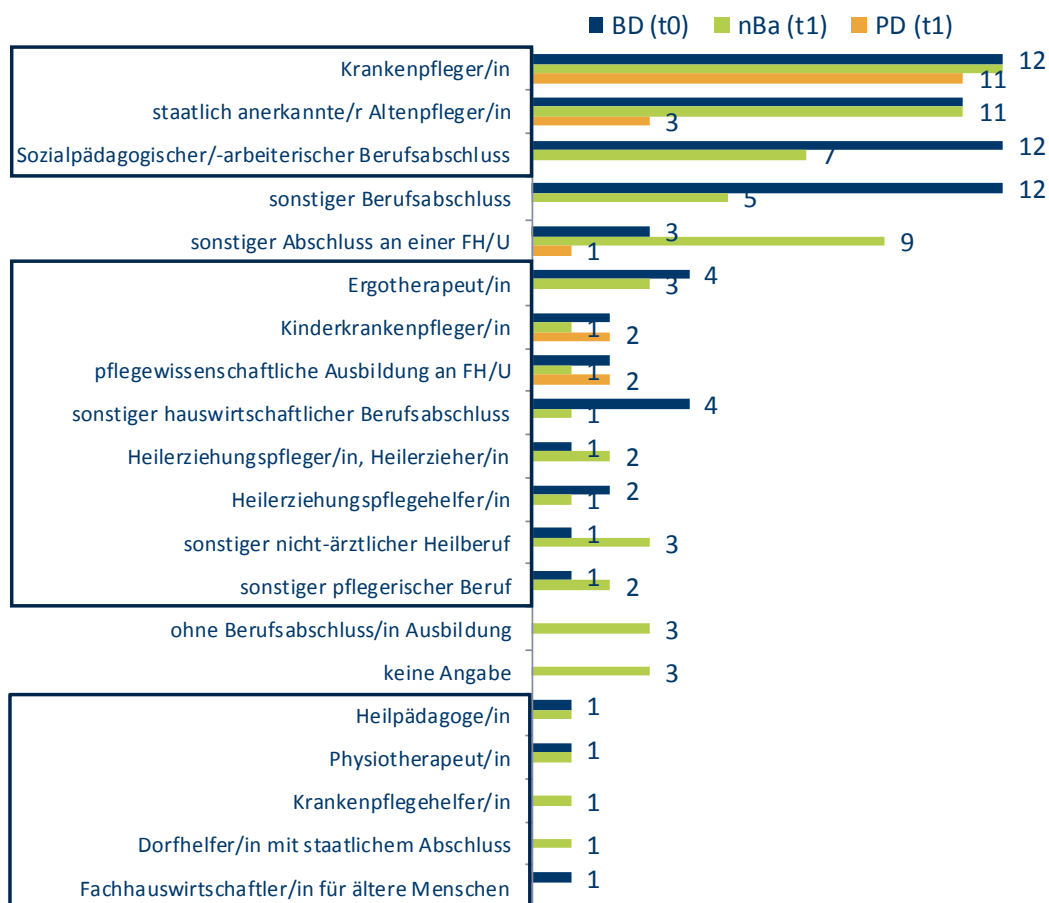
Zur Abfrage der Berufsabschlüsse der Leitungskräfte wurde auf das von der Pflegestatistik<sup>12</sup> genutzte Kategoriensystem zurückgegriffen. Dadurch wird perspektivisch eine maximale Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) hergestellt.

Abbildung 15 zeigt die Gesamtheit der genannten Berufsabschlüsse der Leitungskräfte der BD (zu t0), der anleitenden Fachkräfte der nBa und der verantwortlichen Pflegefachkräfte der PD (zu t1). Die Summe ( $\Sigma$ ) der Nennungen übersteigt aufgrund von Mehrfachnennungen die Anzahl der Einrichtungen (z.B. BD Nennungen:  $\Sigma = 70$ ; Leitungskräfte zu t0: N = 49). Bei nBa kann zudem eine Einrichtung mehrere anleitende Fachkräfte vorhalten. Insgesamt liegen Angaben zu N = 48 anleitenden Fachkräften aus N = 32 nBa vor (N = 6 nBa mit 2 Fachkräften, N = 2 mit 3 Fachkräften, N = 1 mit 4 Fachkräften). Aus N = 3 nBa erfolgen keine

<sup>12</sup> Statistisches Bundesamt, Wiesbaden: <https://www.destatis.de>

Angaben zu den anleitenden Fachkräften. Da zumindest eine anleitende Fachkraft vorausgesetzt wird, werden die drei Einrichtungen in Abbildung 15 als N = 3 mit „keine Angabe“ gezählt.

Abbildung 15: Nennungen zu Berufsabschlüssen der Leitungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungen der BD zu t0, nBa und PD zu t1  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben zur Leitung der BD (t0), nBa und PD (t1). Aufgrund von Mehrfachnennungen ist die Summe der Berufsabschlüsse höher als die Anzahl der Einrichtungen. „Typische“ Berufsabschlüsse im gesundheitlich-sozialen Bereich gemäß Pflegestatistik sind umrandet.

Zur besseren Verdeutlichung der *relevanten* beruflichen Ausgangsqualifikation im gesundheitlich-sozialen Bereich in Einklang mit den Mindestanforderungen des Modellprogramms bzgl. der Qualifikationsvoraussetzung der Leitungskraft – in der Folge „Basisqualifikation“ genannt – wurde bei Mehrfachnennung von Berufsabschlüssen nachträglich eine Priorisierung vorgenommen. Dabei wurden pflegerische Berufe priorisiert behandelt, d.h. eine Person wurde nur einmal entsprechend ihres „höchsten“ pflegerischen Berufsabschlusses gezählt. Genau genommen berücksichtigt die Priorisierung folgende Hierarchie:

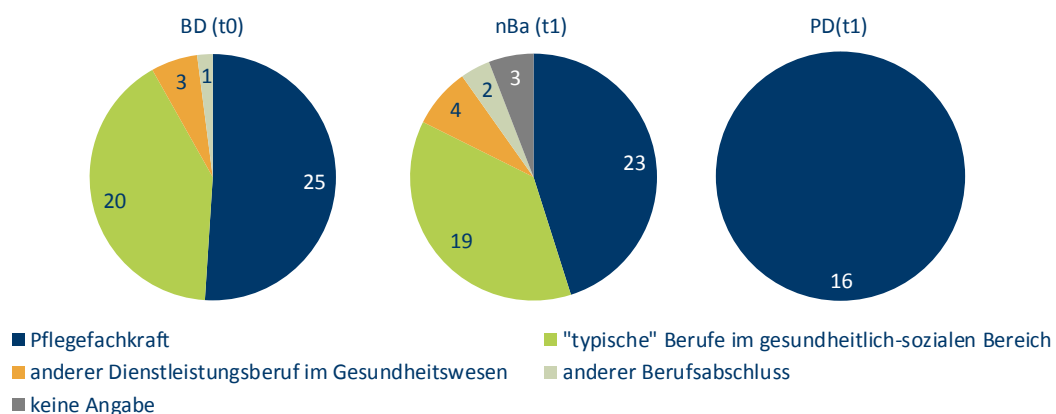
- An erster Stelle stehen ausgebildete Pflegefachberufe (ausgebildete Altenpfleger, Krankenschwestern/-pfleger und Kinderkrankenschwestern/-pfleger);
- an zweiter Stelle folgen weitere typische Ausbildungsberufe im gesundheitlich-sozialen Bereich (alle übrigen Kategorien des Kategoriensystems der Pflegestatistik zzgl. Erzieher/innen);
- an dritter Stelle stehen andere Ausbildungsberufe, die zwar nicht direkter Bestandteil des Kategoriensystems der Pflegestatistik sind, aber dennoch als Berufe im gesundheitlich-sozialen zu werten sind (z.B. „medizinisch-technische Assistentin“);
- an letzter Stelle stehen andere Berufsabschlüsse außerhalb des gesundheitlich-sozialen Bereichs.

So würde z.B. eine Person, die Krankenschwester und zugleich Ergotherapeutin ist, in dieser Statistik nur einmal als „Krankenschwester“ erfasst.

Abbildung 16 zeigt die Häufigkeiten der beruflichen Basisqualifikationen der Leitungen nach vorgenommener Priorisierung für jeden Einrichtungstyp.

Wie zu erwarten, handelt es sich bei sämtlichen Leitungen der PD um Pflegefachkräfte. Hingegen umfassen BD und nBa ein breiteres berufliches Spektrum, wobei sich diese beiden Einrichtungstypen in der Häufigkeit der verschiedenen Basisqualifikationen nicht voneinander unterscheiden (Chi<sup>2</sup>-Test mit den Kategorien „Pflegefachkraft“, „typische Berufe im gesundheitlich-sozialen Bereich“ und „andere“:  $p=.779$ ).

Abbildung 16: Berufliche „Basisqualifikation“ der Einrichtungsleitungen



Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

Anmerkung:

Darstellung bezieht sich auf Angaben zur Leitung der BD (t0), nBa und PD (t1).  
 \* "typische Berufe" sind Berufe i.S.d. Pflegestatistik, d.h. Berufsabschlüsse, die im Kategoriensystem der Pflegestatistik geführt werden. nBa können mehr als eine anleitende Fachkraft vorhalten, daher übersteigt die Summe der Basisqualifikationen die Anzahl der nBa zu t1 (N = 35).

Von den N = 8 BD, in denen die Leitungskraft zu t1 gewechselt hatte, war in drei Fällen die Leitungskraft sowohl vor als auch nach dem Wechsel eine Pflegefachkraft und in zwei Fällen eine Person mit einem anderen „typischen“ Berufsabschluss; in zwei Fällen hatte eine Pflegefachkraft mit einer Person mit einem anderen „typischen“ Berufsabschluss (gem. Pflegestatistik) gewechselt; andersherum hatte in einem Fall eine Person mit anderem „typischen“ Berufsabschluss mit einer Pflegefachkraft gewechselt. In den vier Fällen von Wechseln zu t2 hatte in zwei Fällen eine Pflegefachkraft mit einer ebensolchen gewechselt; in einem Fall hatte ein „typischer“ Berufsabschluss mit einem anderen ebensolchen gewechselt und in einem Fall hatte eine Pflegefachkraft mit einem anderen „typischen“ Beruf gewechselt. Die Mehrheit der Leitungswechsel in BD war so mit keiner Veränderung der beruflichen Basisqualifikation der Leitungskraft verbunden. Insgesamt ist die Verteilung der beruflichen Basisqualifikationen der Leitungskräfte in BD über die Zeit relativ unverändert geblieben (Chi<sup>2</sup>-Test mit „Pflegefachkräften“, „anderen typischen Berufsabschlüssen“ und „sonstigen Berufsabschlüssen“ zu t0 vs. t2:  $p=.664$ ).

Bei keinem der aus dem Modellprogramm ausgeschiedenen BD (N = 8) hatte die Leitungskraft gewechselt. In sechs der Fälle war die Leitungskraft eine Pflegefachkraft; in den übrigen zwei Fällen zeigte die Leitungskraft einen anderen „typischen“ Berufsabschluss. Dabei zeigt sich im Chi<sup>2</sup>-Test kein signifikanter Unterschied in der relativen Häufigkeit pflegerischer und anderer „typischer“ Berufsabschlüsse zwischen ausgeschiedenen und verbliebenen BD (exakter Test nach Fisher für Berufsabschlüsse zu t0:  $p=.269$ ). Der Ausstieg von BD aus dem Modellprogramm zeigt so keinen spezifischen Zusammenhang zur beruflichen Ausgangsqualifikation der Leitungskraft.

Die Leitungswechsel in den Vergleichseinrichtungen waren in sämtlichen Fällen (jeweils N = 2 in nBa und PD) mit einem Wechsel zwischen Pflegefachkräften verbunden. Bei PD war dies aufgrund der Zulassungsvoraussetzungen für ambulante Pflegedienste gemäß § 71 SGB XI Abs. 1 zu erwarten.

### **Praxiserfahrung**

Analog den Vorgaben für ambulante Pflegedienste gemäß § 71 SGB XI verlangen auch die Mindestanforderungen im Rahmen des Modellprogramms für BD, dass die Leitungskräfte eine Berufserfahrung im erlernten Beruf von mindestens zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre aufweisen. Diese Mindestanforderung kann auf Grundlage der Angaben der Leitungskräfte zur Anzahl der Jahre im ausgebildeten Beruf generell als erfüllt betrachtet werden, da sämtliche Leitungskräfte (N = 49) eine Jahresanzahl >2 angeben; durchschnittlich haben sie bereits um die 17 Jahre im erlernten Beruf gearbeitet (M = 17.3, SD = 9.4, MDN = 16.0, Min = 2.5; Max = 36 Jahre). Die Anzahl der Jahre in einer Tätigkeit im Gesundheits-/ Pflegebereich fällt sogar noch etwas höher aus (M = 18.0, SD = 9.8, MDN = 18.0, Min = 2.5; Max = 40 Jahre). Dieses Verhältnis ändert sich jedoch, wenn man es für die verschiedenen beruflichen Basisqualifikationen getrennt betrachtet.

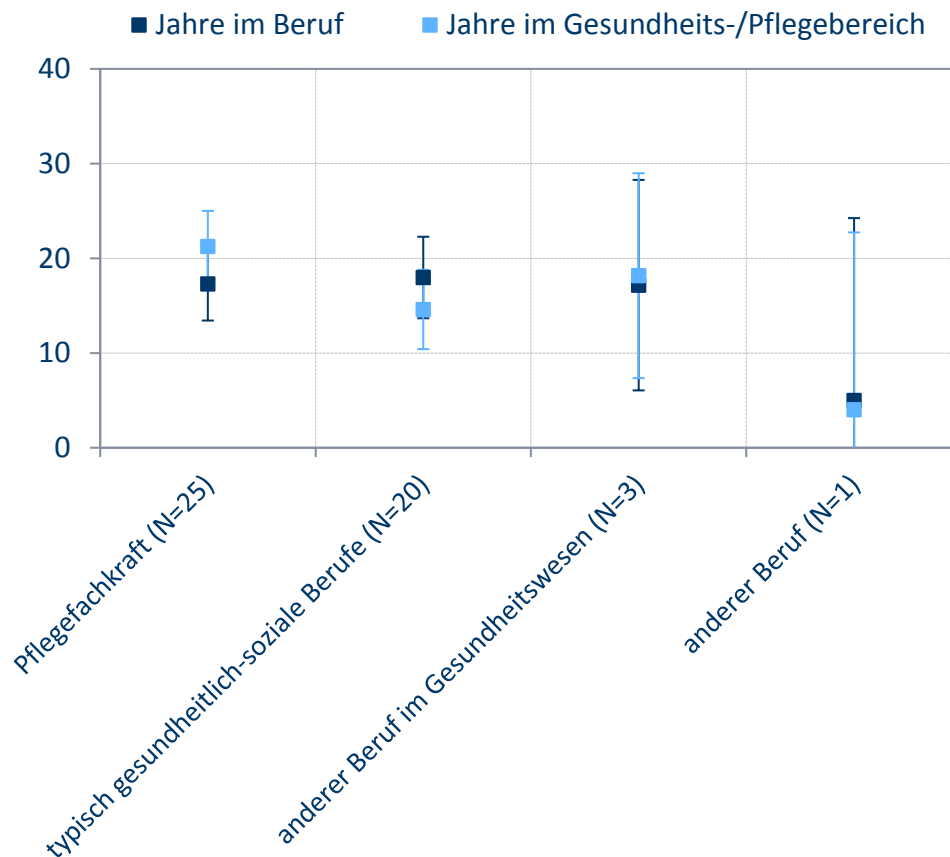
---



In einer ANOVA mit der beruflichen Basisqualifikation als Zwischensubjektfaktor (*between-subject factor*) und der Anzahl der Jahre im erlernten Beruf vs. im Gesundheits- /Pflegebereich als Messwiederholung pro Leitungskraft (*within-subject design*) zeigt sich im Gesamtmittel kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Indikatoren der Praxiserfahrung ( $p=.952$ ). Allerdings ergibt sich ein signifikanter Moderationseffekt der beruflichen Basisqualifikation auf den Unterschied zwischen den Jahren im Beruf vs. in einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich ( $F_{(3,45)} = 2.9, p < .05$ ).

Abbildung 17 zeigt die Praxiserfahrung der Leitungskräfte der BD in Jahren. Demnach geht der Moderationseffekt offenbar auf Pflegefachkräfte und andere „typische“ (gem. Pflegestatistik) Berufe im gesundheitlich-sozialen Bereich zurück.

Abbildung 17: Praxiserfahrung (Jahre  $\pm$  Konfidenzintervall) Leitungskräfte BD



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t0  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben zur Leitung der BD (t0), nBa und PD (t1).  
 \* "typische Berufe" sind Berufe i.S.d. Pflegestatistik, d.h. Berufsabschlüsse, die im Kategoriensystem der Pflegestatistik geführt werden.

Leitungskräfte mit pflegefachlichem Abschluss haben im Durchschnitt bereits länger im Gesundheits- /Pflegebereich als in ihrem erlernten Beruf gearbeitet – ein Sachverhalt der sehr wahrscheinlich mit der Ausbildung zusammenhängt (die

Tätigkeit im erlernten Beruf beginnt zwar erst mit Abschluss der Ausbildung, dennoch wird faktisch schon davor im Gesundheits- /Pflegebereich gearbeitet). Genau anders herum verhält es sich bei Führungskräften mit anderem „typischen“ Berufsabschluss; diese geben im Durchschnitt an, eine geringere Zeit in einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich als in ihrem erlernten Beruf gearbeitet zu haben. Auch im T-Test erweist sich der Unterschied bzgl. der Differenz der Zeit im Gesundheits- /Pflegebereich und im erlernten Beruf als statistisch signifikant, mit einer im Mittel 4 Jahre längeren Zeit ( $M = 4.0$ ,  $SD = 7.1$ ) für Pflegefachkräfte und einer im Mittel 3.4 Jahren kürzeren Zeit ( $M = -3.4$ ,  $SD = 10.0$ ) für andere typische Berufe ( $t_{(df=43)}=2.8$ ,  $p<.01$ ). Für Führungskräfte mit anderen „typischen“ Berufen (v.a. sozial-pädagogische bzw. erzieherische Berufsabschlüsse) hat sich offenbar die berufliche Ausbildung und Tätigkeit zunächst weniger auf den Gesundheits- /Pflegebereich konzentriert, sondern dieser ist erst später in den Fokus gerückt.

Der Unterschied zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in der Praxiserfahrung bedingt auch einen generellen Unterschied zwischen den Einrichtungstypen ( $F_{(2,106)}=5.2$ ,  $p<.01$ ): Im Mittel gehen die verantwortlichen Pflegefachkräfte der PD signifikant länger einer Tätigkeit im Gesundheits-/Pflegebereich nach ( $M = 27.4$ ,  $SD = 11.5$ ,  $MDN = 11.5$ ,  $Min = 8.0$ ,  $Max = 44$  Jahre,  $N = 16$ ) als die Führungskräfte der BD (Bonferroni-adjustiert:  $p<.05$ ) oder die anleitenden Fachkräfte der nBa ( $M = 17.0$ ,  $SD = 12.8$ ,  $MDN = 17$ ,  $Min = 0$ ,  $Max = 17$  Jahre,  $N = 44$ ; Bonferroni-adjustiert:  $p<.01$ ). Bei der Berufserfahrung insgesamt (Jahre im erlernten Beruf) verfehlt der Gruppenunterschied jedoch knapp die statistische Signifikanz ( $F_{(2,104)}=7.7$ ,  $p=.069$ ), wobei sich – wenn überhaupt – nur die verantwortlichen Pflegefachkräfte (PD:  $M = 22.5$ ,  $SD = 12.9$ ,  $MDN = 20.5$ ,  $Min = 5$ ,  $Max = 44$ ,  $N = 16$ ) von den anleitenden Fachkräften (nBa:  $M = 15.4$ ,  $SD = 10.3$ ,  $MDN = 15.0$ ,  $Min = 0.8$ ,  $Max = 46$ ,  $N = 42$ ) unterscheiden (Bonferroni-adjustiert:  $p=.063$ ); die Führungskräfte der BD liegen so bzgl. der Anzahl der Jahre im Beruf zwar zwischen nBa und PD, unterscheiden sich aber statistisch weder von Leitungen der PD (Bonferroni-adjustiert:  $p=.251$ ) noch von Leitungen der nBa (Bonferroni-adjustiert:  $p=1.000$ ).

Die Führungskräfte, die zu t0 aufgrund von Personalwechseln ausgeschieden waren, zeigten durchschnittlich eine Berufserfahrung von 19 Jahren ( $M = 18.9$ ,  $SD = 8.2$ ,  $MDN = 17.5$ ,  $Min = 6.5$ ,  $Max = 30$  Jahre,  $N = 8$ ) und eine Tätigkeit im Gesundheits-/Pflegebereiche von 18 Jahren ( $M = 17.6$ ,  $SD = 8.9$ ,  $MDN = 17.0$ ,  $Min = 2.5$ ,  $Max = 34$  Jahre,  $N = 8$ ). Die dafür zu t1 eingewechselten Führungskräfte zeigen durchschnittlich eine Berufserfahrung von 22 Jahren ( $M = 21.7$ ,  $SD = 15.0$ ,  $MDN = 25.0$ ,  $Min = 5$ ,  $Max = 38$  Jahre,  $N = 7$ ) und eine Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich von 23 Jahren ( $M = 22.9$ ,  $SD = 15$ ,  $MDN = 25.5$ ,  $Min = 2$ ,  $Max = 39$ ,  $N = 8$ ). Die früheren (t0) und eingewechselten Leitungen (t1) unterscheiden sich im T-Test für abhängige Stichproben weder bzgl. der Dauer der Berufserfahrung ( $p=.509$ ) noch Dauer der Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich ( $p=.452$ ).

Die zu t2 eingewechselten Leitungskräfte der BD zeigen durchschnittlich eine Berufserfahrung von 14 Jahren ( $M = 14.0$ ,  $SD = 16.6$ ,  $MDN = 9.0$ ,  $Min = 0$ ,  $Max = 38$ ,  $N = 4$ ) und eine Tätigkeit im Gesundheits- / Pflegebereich von 12 Jahren ( $M = 11.9$ ,  $SD = 12.9$ ,  $MDN = 6.8$ ,  $Min = 3$ ,  $Max = 31$ ,  $N = 4$ ). Auch hier zeigt sich im T-Test kein statistisch signifikanter Unterschied der neuen (t2) gegenüber den alten Leitungskräften (t0), weder bzgl. der Jahre im Beruf ( $p = .504$ ) noch der Jahre im Gesundheits- / Pflegebereich ( $p = .268$ ).

Die  $N = 8$  Leitungskräfte, deren BD die Teilnahme am Modellprogramm wieder beendet hatte, weisen durchschnittlich eine Erfahrung im erlernten Beruf von 21 Jahren ( $M = 21.1$ ,  $SD = 11.9$ ,  $MDN = 21.0$ ,  $Min = 3$ ,  $Max = 34$ ,  $N = 8$ ) und eine Tätigkeit im Gesundheits-/Pflegebereich von 19 Jahren auf ( $M = 19.1$ ,  $SD = 10.9$ ,  $MDN = 17.0$ ,  $Min = 6$ ,  $Max = 34$ ,  $N = 8$ ). Im T-Test findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen Leitungskräften verbliebener (Angaben zu t0) und ausgeschiedener BD, weder bzgl. Berufserfahrung ( $p = .222$ ) noch Erfahrung im Gesundheits- / Pflegebereich ( $p = .741$ ). Allerdings zeigt sich numerisch eine längere Berufserfahrung der Leitungen ausgeschiedener als verbliebener BD.

### **Leistungsqualifikation**

Analog den Vorgaben für ambulante Pflegedienste gemäß § 71 SGB XI sehen auch die Mindestanforderungen des Modellprogramms für BD vor, dass die Leitungskräfte der BD eine entsprechende Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen erfolgreich absolvieren bzw. eine analoge Qualifikation aufweisen.

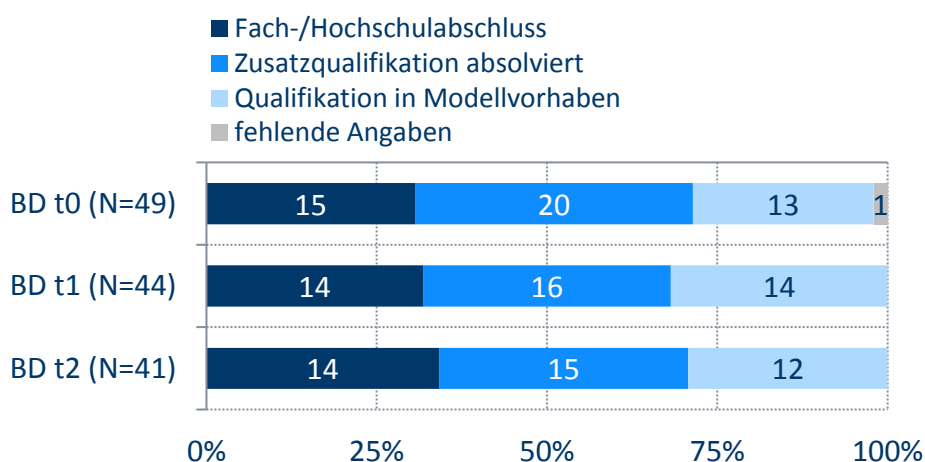
Knapp die Mehrheit der Leitungskräfte der BD ( $N = 24$ ) gibt zu t0 an, die Leistungsqualifikation im Rahmen einer Zusatzqualifikation (Weiterbildung) erworben zu haben; dabei liegt die Weiterbildungsmaßnahme im Schnitt 7.5 Jahre zurück ( $M = 7.5$ ,  $SD = 6.3$ ;  $MDN = 6.5$ ) und umfasste durchschnittlich ca. 580 Stunden ( $M = 581.7$ ,  $SD = 268.8$ ;  $MDN = 540.0$ ).  $N = 15$  Leitungskräfte geben an, einen einschlägigen Studienabschluss zu besitzen (Mehrfachnennung mit Zusatzqualifikation war möglich:  $N = 4$  Personen weisen beides auf).  $N = 13$  geben an die Leistungsqualifikation erst im Rahmen des Modellprogramms zu erwerben. Insgesamt liegt so die formale Leistungsqualifikation zu t0 in der Mehrheit der Fälle ( $N = 35$ ) bereits vor.

Von den insgesamt  $N = 8$  Leitungskräften, die aufgrund von Personalwechseln zu t1 nicht mehr in den BD arbeiten, geben zu t0  $N = 6$  an, eine Zusatzqualifikation und  $N = 3$  einen Studienabschluss erworben zu haben (Mehrfachnennung:  $N = 1$  hatte sowohl eine Zusatzqualifikation als auch einen Studienabschluss erworben); keine der abgängigen Leitungskräfte hätte die Leistungsqualifikation erst im Laufe des Modellvorhabens erwerben müssen. Von den zu t1 dafür eingewechselten neuen acht Leitungskräften muss formell nur eine Person die Leistungsqualifikation noch erwerben. Jeweils vier der neuen Leitungskräfte geben an, bereits eine Zusatzqualifikation oder einen entsprechenden Studienabschluss zu besitzen (Mehrfachnennung: eine Person weist sowohl eine Zusatzqualifikation als auch einen Studienabschluss auf). Von den zu t2  $N = 4$  ausgeschiedenen Leitungskräften hätte nur eine die Leistungsqualifikation noch nachholen müssen, zwei hatten

bereits eine Zusatzqualifikation erworben und eine hatte einen Studienabschluss; von den zu t2 dafür eingewechselten vier neuen Führungskräften weisen drei eine Zusatzqualifikation auf, wovon eine sowohl eine Zusatzqualifikation als auch einen Studienabschluss aufweist; nur eine Person muss die formale Leitungsqualifikation noch nachholen. Auch nach den Personalwechseln zu t1 und t2 weist so die Mehrheit der Führungskräfte bereits eine formale Leitungsqualifikation auf, die außerhalb des Modellprogramms erworben wurde.

Abbildung 18 zeigt die Häufigkeiten der Art der Leitungsqualifikation bei Gründung des Dienstes (t0) und nach erfolgten Personalwechsels zu t1 und t2. Dabei werden keine Mehrfachnennung berücksichtigt, sondern jede Leitung wird nur einmal gemäß ihrer höchsten Leitungsqualifikation gezählt (1. Fach- /Hochschulabschluss, 2. Zusatzqualifikation abgeschlossen, 3. Zusatzqualifikation im Modellprogramm). Die Verteilung ist zu beiden Zeitpunkten sehr ähnlich, d.h. durch den Personalwechsel kommt es zu keiner bedeutsamen Veränderung hinsichtlich der relativen Häufigkeiten der formalen Leitungsqualifikation der Führungskraft (Chi<sup>2</sup>-Test über t0, t1, t2:  $p=.900$ ). Die Angaben zu t1 und t2 dürfen nicht so interpretiert werden, dass sie anzeigen, wie viele Führungskräfte die Leitungsqualifikation zu diesen Zeitpunkten weiterhin nachholen müssen. Zu den Folgerhebungen wurde nicht wiederholt nach der Leitungsqualifikation gefragt und die Angabe aus der vorhergehenden Befragung nur übernommen, solange die Führungskraft seit der letzten Befragung nicht gewechselt hatte. Eine Führungskraft, die zu t0 angegeben hatte, die Leitungsqualifikation im Rahmen des Modellprogramms nachzuholen, würde auch zu t1 und t2 weiterhin unter dieser Rubrik geführt; diese sagt so nichts darüber aus, ob die Leitungsqualifikation inzwischen erworben wurde.

Abbildung 18: Art der Leitungsqualifikation in BD



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Führungskräfte der BD zu t0, t1, t2  
 Anmerkung: Angaben beziehen sich auf N = 49 BD zu t0; N = 44 BD zu t1, N = 41 zu t2. Die Abbildung berücksichtigt keine Mehrfachnennung, sondern jede Führungskraft wird nur einmal gemäß ihrer höchsten Leitungsqualifikation gezählt (1. Fach-/Hochschulabschluss, 2. Zusatzqualifikation, 3. Zusatzqualifikation im Modellprogramm erworben).

Die Leitungskräfte, deren BD aus dem Modellprogramm ausgeschieden sind (N = 8), hatten in drei Fällen die Zusatzqualifikation bereits absolviert, in einem Fall einen Fach- / Hochschulabschluss, in einem Fall beides und in drei Fällen hätte die Qualifikation erst im Laufe des Modellprogramms erworben werden müssen. Die relativen Häufigkeiten des Status der formalen Leitungsqualifikation unterscheiden sich nicht zwischen ausgeschiedenen und verbliebenen BD (exakter Text nach Fisher für „Zusatzqualifikation“:  $p=1.000$ ; Fach / Hochschulabschluss:  $p=.532$ ; „Erwerb im Modellprogramm“:  $p=.355$ ).

Bei den verantwortlichen Pflegefachkräften der PD (N = 16 zu t1) hat eine Person die Leitungsqualifikation analog § 71 SGB XI anderweitig und nicht über eine Weiterbildung erworben.

Für N = 29 der insgesamt 51 anleitenden Fachkräfte der nBa zu t1 (nBa können mehrere anleitende Fachkräfte aufweisen; N = 35 nBa stellen insgesamt N = 51 anleitende Fachkräfte) wird ebenfalls angegeben, eine formale Leitungsqualifikation erworben zu haben, wobei diese – wie aus den weiteren Angaben deutlich wird – nur in N = 13 (von 51) Fällen analog § 71 SGB XI ausfällt und in N = 10 (von 51) Fällen darunter liegt (geringere Stundenzahl oder geringere Qualifikation wie z.B. „Einsatzleitung“); bei N = 6 (von 51) anleitenden Fachkräften, für die eine formale Leitungsqualifikation angegeben wird, ist unklar, wie diese in Bezug auf § 71 SGB XI einzuordnen ist, da unzureichende Angaben zur genauen Art der Qualifikation und zur Stundenzahl der Weiterbildung gemacht werden. Bezogen auf die Einrichtungen besitzt die Mehrheit der nBa (N = 18 von 35) keine anleitende Fachkraft mit Führungsqualifikation analog § 71 SGB XI; nur N = 9 nBa (von 35) werden durch (mindestens) eine entsprechend qualifizierte Fachkraft angeleitet; für N = 8 nBa (von 35) kann der Status aufgrund unzureichender Angaben nicht genau bestimmt werden.

### 3.3.3 Wirksamkeit einer parallel absolvierten Leitungsqualifikation

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargelegt, wird in N = 13 BD die formale Leitungsqualifikation von der Leitungskraft erst im Laufe des Modellprogramms erworben. Um die Wirksamkeit einer parallel absolvierten Weiterbildungsmaßnahme abzuschätzen, werden im Folgenden die Angaben der Leitungskräfte aus den telefonischen Interviews („BD-Tel.Int.“, vgl. Kapitel 2.5) in Abhängigkeit der Art der Leitungsqualifikation betrachtet (eine allgemeinere Analyse der Interviews findet sich in Kapitel 3.8). So kann auf mögliche Auswirkungen einer noch zu absolvierenden gegenüber einer bereits vorhandenen Leitungsqualifikation auf wichtige Einrichtungsmerkmale geschlossen werden.

Die Telefonate erfolgten als offene, qualitative Interviews, wobei gezielt nach den folgenden Aspekten gefragt wurde:

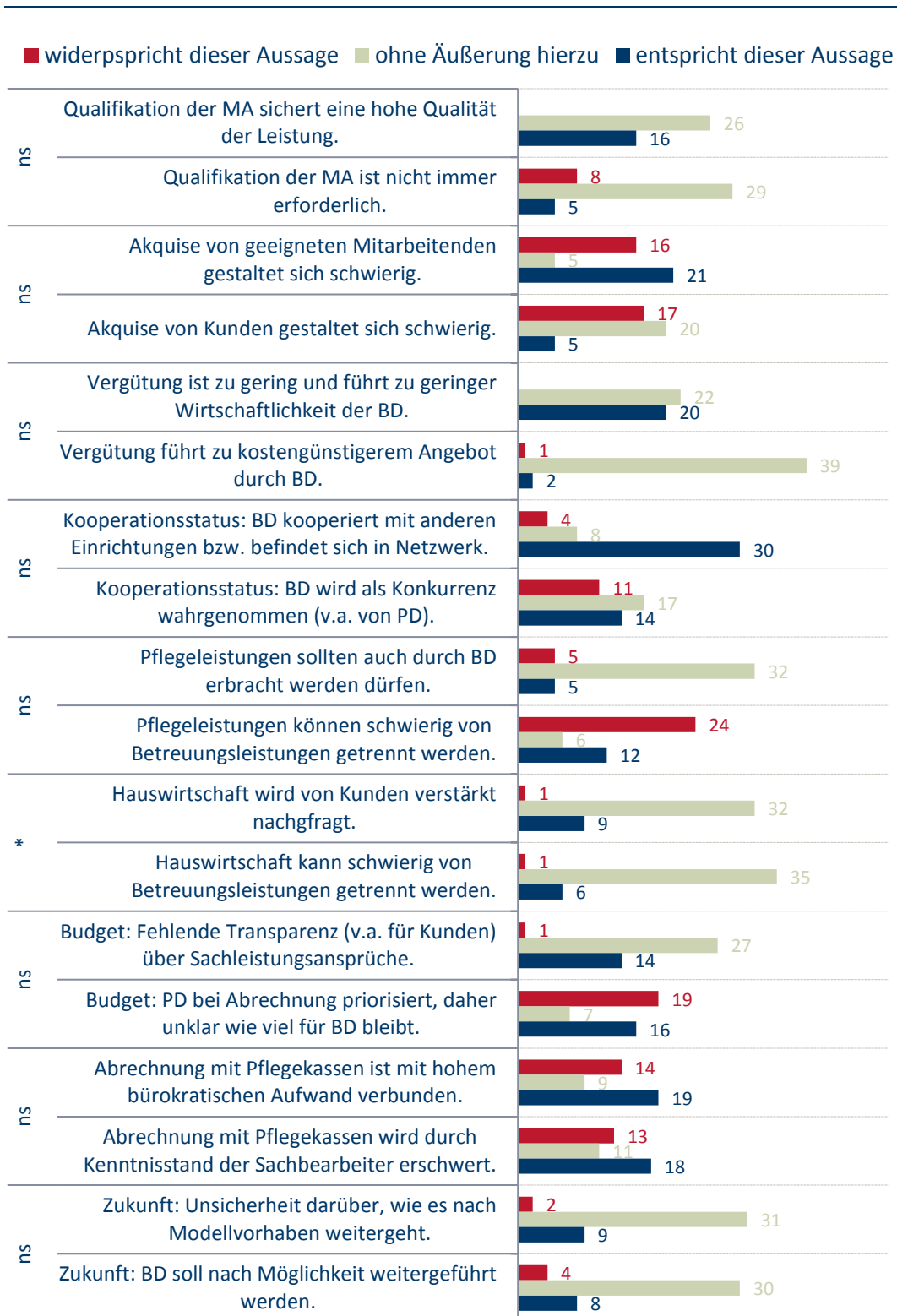
- Was läuft besonders gut? Was sind aktuell die wichtigsten Probleme, Hindernisse oder Schwächen?

- Wie ist die regionale Vernetzung/Kooperation/Konkurrenz mit anderen Anbietern?
- Wie ist die wirtschaftliche/wettbewerbliche Situation der BD?

Die Äußerungen der Leitungskräfte zu den offen gestellten Fragen wurden auf Band aufgenommen und in ein schriftliches Protokoll überführt. Nach Sichtung sämtlicher Protokolle (N = 42) wurde auf Grundlage der häufigsten Antwortinhalte ein Kodiersystem entwickelt. Dieses System umfasst die Themenkomplexe, die von den Leitungskräften als Reaktion auf die offen gestellten Fragen *spontan* am häufigsten elaboriert wurden. Die Protokolle wurden hiernach anhand des Kodiersystems nochmals durchgegangen und es wurde kodiert, ob und wie sich eine Leitungskraft zu einem definierten Themenkomplex positioniert hatte.

Die Leitungsqualifikation selbst wurde in den Interviews explizit *nicht* thematisiert, sondern in der Analyse nur als unabhängige Variable (UV) mit der Positionierung der Leitungskräfte als abhängige Variable (AV) betrachtet. Abbildung 19 zeigt das entwickelte Kodiersystem einschließlich der Häufigkeiten der Kodierungen für die telefonischen Interviews (Häufigkeiten der Positionierung der Leitungskräfte). Der Zusammenhang der Positionierungen zu einem Thema (Kodierung der AV: „widerspricht Aussage“, „ohne Äußerung hierzu“, „entspricht Aussage“) mit der „Art der Leitungsqualifikation“ (UV) wird mithilfe von Chi<sup>2</sup>-Tests untersucht.

Abbildung 19: Häufigkeiten der Positionierung der Führungskräfte (BD)



Quelle: IGES; telefonische Interviews mit Führungskräften der BD zwischen t1 und t2

Anmerkung: \* $p < .05$ : Kodierung mit signifikantem Unterschied zwischen verschiedenen Arten der Leitungsqualifikation; ns: nicht signifikant.

Betrachtet man die Häufigkeiten der Kodierungen in Abhängigkeit der Leitungsqualifikation zu t1 („Fach- /Hochschulabschluss“, „früher erworbene Zusatzqualifikation“, „Qualifikation in Modellvorhaben“; jede Person wird nur einmal entsprechend der höchsten Leitungsqualifikation gezählt; vgl. Abbildung 18) zeigt sich nur für einen Themenkomplex und Positionierung ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang: „Hauswirtschaft wird von Kunden verstärkt nachgefragt“ ( $\chi^2_{(df=2, N=41)}=6.0$ ,  $p=.05$ ). Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass Leitungskräfte mit einer bereits vor dem Modellvorhaben erworbenen Zusatzqualifikation anteilig häufiger diese Aussage treffen (N = 6 von 16, d.h. mehr als ein Drittel) als Leitungskräfte, die die Qualifikation erst im Modellvorhaben (3 von 12, d.h. ein Viertel) oder durch einen Hoch- /Fachhochschulabschluss (N = 0 von 13, d.h. niemand) erworben haben.

Ausgehend von diesem Befund wurden ebenfalls die Angaben der Leitungskräfte zu den Anteilen der verschiedenen Leistungsarten am Tagesgeschäft auf einen möglichen Zusammenhang mit der Leitungsqualifikation geprüft. Sowohl in der schriftlichen Befragung zu t0 als auch zu t1 waren die Leitungskräfte gebeten worden einzuschätzen, wie hoch der prozentuale Anteil verschiedener Leistungsarten am Tagesgeschäft des BD ist. Um eine zeitliche Nähe zum Interview zu gewährleisten, wurden die Angaben zu t1 in die Analyse eingeschlossen.

In einer multifaktoriellen Varianzanalyse (MANOVA) mit Leitungsqualifikation als unabhängige Variable und den Anteilen der verschiedenen Leistungsarten nach SGB XI als abhängige Variablen („Häusliche Betreuung § 124 SGB XI“, „Hauswirtschaftliche Versorgung § 36 SGB XI“, „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen § 45b SGB XI“, „Verhinderungspflege § 39 SGB XI“, „Pflegeberatung §§ 7a und 37 SGB XI“, „Sonstige Leistungen SGB XI“) zeigt sich, dass die hauswirtschaftliche Versorgung im Tagesgeschäft der BD einen signifikant höheren Anteil einnimmt, wenn die Leitungskraft die Zusatzqualifikation bereits vor dem Modellvorhaben erworben hat ( $F_{(2,38)}=10.7$ ,  $p<.05$ ; vgl. Tabelle 18). Dieses Muster ist konsistent mit dem Befund aus den telefonischen Interviews, wo eine bereits vor dem Modellvorhaben erworbene Leitungsqualifikation häufiger mit der Aussage assoziiert war, dass hauswirtschaftliche Versorgung von Kunden verstärkt nachgefragt wird.

Ein genau gegenteiliges Muster zeigt sich für Leistungen nach § 45b SGB XI: Diese nehmen bei BD mit Leitungskräften, die die Zusatzqualifikation bereits vor dem Modellvorhaben erworben haben, einen signifikant *geringeren* Anteil ein als bei BD mit Leitungskräften, die die Qualifikation erst im Rahmen des Modellprogramms erwerben oder durch ein Fach- /Hochschulstudium erworben haben ( $F_{(2,38)}=5.1$ ,  $p<.05$ ; vgl. Tabelle 18).

Diese Analyse legt nahe, dass der Erwerb der Leitungsqualifikation offenbar eine Rolle bei der Zusammensetzung des Leistungsspektrums der BD spielt. Dabei unterscheidet sich das Spektrum vermutlich weniger inhaltlich als nur nach Art der Zuordnung: Es erscheint nämlich weniger plausibel, dass Leitungskräfte mit einer bereits erworbenen Zusatzqualifikation ihren Dienst inhaltlich stärker auf die



Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen ausrichten und deshalb diese Leistungsart einen erhöhten Anteil im Tagesgeschäft einnimmt. Durch die persönlichen Gespräche mit den Leitungskräften ist vielmehr der Eindruck entstanden, dass einige BD weniger zwischen hauswirtschaftlicher Versorgung und häuslicher Betreuung differenzieren und beides unter § 124 SGB XI subsumieren.

Zu t2 wurde deshalb zusätzlich erhoben, ob bei der Abrechnung zwischen Betreuungsleistungen und hauswirtschaftlicher Versorgung unterschieden wird. Hier geben Leitungskräfte, die ihre Qualifikation erst im Modellprogramm erwerben, signifikant seltener an, dass bei der Abrechnung von Sachleistungen zwischen Betreuung und Hauswirtschaft unterschieden wird ( $\chi^2_{(df=1, N=41)} = 3.8$ ,  $p < .05$ ): Zu t2 geben nur N = 3 der 12 BD mit Leitungsqualifikation im Modellprogramm an, dass zwischen beiden Leistungsarten unterschieden wird; die Mehrheit gibt an (N = 9), dass nicht unterschieden wird. Hingegen wird von Leitungen mit bereits erworbener Leitungsqualifikation mehrheitlich angegeben, dass bei der Abrechnung zwischen den Leistungsarten unterschieden wird (N = 17 von insg. 29).

Leitungskräfte mit einer im Vorfeld absolvierten Leitungsqualifikation (v.a. Weiterbildung zur „Pflegedienstleitung“) könnten für die konkrete Ausgestaltung des Leistungsrechts sensibilisiert worden sein und verteilen daher die Sachleistungsansprüche der Versicherten eher auf verschiedene Leistungsarten. Hingegen scheinen Leitungskräfte ohne Zusatzqualifikation nicht nur weniger zwischen verschiedenen Leistungsarten zu differenzieren, sondern den Sachleistungsanspruch der Kunden auch generell weniger für sich nutzen, sodass signifikant häufiger auf Erstattungsleistungen nach § 45b SGB XI „ausgewichen“ wird.

Tabelle 18: Anteil Leistungsart am Tagesgeschäft nach Leitungsqualifikation

Leistungsart	Art der Leitungsqualifikation							
	früher erworbene Zusatzqualifikation (N=15)		Fach- / Hochschulabschluss (N=14)		Qualifikation in Modellvorhaben (N=12)		Total (N=41)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
§ 124 SGB XI	29.1%	26.7	28.7%	25.3	18.5%	14.8	25.9%	23.3
Hauswirtschaft § 36 SGB XI*	37.8%	27.2	4.3%	6.8	20.4%	17.7	21.3%	23.7
§ 45b SGB XI*	17.2%	19.6	44.2%	27.7	43.5%	30.1	34.1%	28.3
§ 39 SGB XI	10.0%	11.1	20.5%	16.1	14.4%	9.3	14.9%	13.1
§§ 7a/37 SGB XI	2.1%	4.9%	1.3%	3.3%	3.0%	4.7	2.1%	4.3
Sonstige SGB XI	3.8%	10.9	0.9%	2.5	0.2%	0.6	1.8%	6.8

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t1

Anmerkung: \* $p < .05$ . Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichungen. Auswertung berücksichtigt nur  $N = 41$  von insgesamt 44 BD, die zu t1 an Befragung teilgenommen haben, da  $N = 1$  ohne Angabe zur Art der Leitungsqualifikation ist und  $N = 2$  keine Abschätzung zum Anteil am Tagesgeschäft abgegeben haben.

### 3.3.4 Kooperationen mit anderen Einrichtungen

Das Ausmaß der Kooperationen mit anderen Einrichtungen ist v.a. in Hinblick auf BD interessant, die sich als neuer Leistungserbringer am Markt etablieren müssen. Dabei treffen sie auf bereits vorhandene Anbieter von Leistungen der pflegerischen und betreuerischen Versorgung. Kooperationsbeziehungen könnten den Start der BD günstig beeinflussen, z.B. indem der Zugang zu Kunden vereinfacht wird. Solche Kooperationen können auf formeller (vertraglicher) oder informeller Grundlage bestehen.

Angaben zu Kooperationen wurden in den BD zu t0, t1 und t2 erhoben. Zu t0 reflektieren sie vermutlich eher geplante Kooperationen, da die Dienste zu diesem Zeitpunkt erst am Anfang ihrer Tätigkeit stehen; zu t1 und t2 sollten sie mehr tatsächlichen Kooperationen entsprechen. Zu t1 und t2 wird die Leitungskraft in BD deshalb gefragt, ob bereits praktisch kooperiert worden ist und ob seit der letzten Befragung (t0 bzw. t1) weitere neue Kooperationen entstanden sind. In den Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) wird zu t1 nur nach bestehenden Kooperationsbeziehungen gefragt.

Tabelle 19 zeigt die Angaben der Leitungskräfte bzgl. Kooperationen getrennt für den Zeitpunkt der Basiserhebung (t0), der ersten Folgerhebung (t1) und zweiten Folgerhebung (t2). Bei der Mehrheit der BD bestehen informelle Kooperationen mit anderen Einrichtungen bereits zu t0 ( $N = 29$ ); die Mehrheit der Leitungskräfte ( $N = 25$ ) gibt sogar an, dass von t0 zu t1 noch neue informelle Kooperationen hinzugekommen sind. Die Anzahl der BD mit informellen Kooperationen erhöht sich von  $N = 29$  zu t0 auf insgesamt  $N = 33$  zu t1. Formelle Kooperationen liegen zu t0 immerhin in  $N = 19$  BD vor; zu t1 geben  $N = 7$  Leitungskräfte an, dass noch weitere Kooperationen dieser Art hinzugekommen sind. Die Anzahl der BD mit formellen Kooperationen erhöht sich aber nur unwesentlich von  $N = 19$  zu t0 auf  $N = 20$  zu t1.

Bereits praktisch kooperiert zu haben wird zu t1 allerdings nur von  $N = 36$  Leitungskräften angegeben, d.h. nicht alle Kooperationen der BD kommen in der Praxis schon zur Anwendung. Zu t2 wird zwar von  $N = 16$  Leitungen angegeben, dass seit der letzten Befragung (t1) neue praktische Kooperationen entstanden sind, jedoch handelt es sich dabei ausschließlich um BD, die bereits zu t1 praktisch kooperiert haben. Insgesamt erhöht sich so die Anzahl der BD, die praktisch kooperieren, nicht weiter (durch Austritt aus Modellvorhaben verringert sich die absolute Anzahl von  $N = 36$  zu t1 auf 34 zu t2, nicht aber der Anteil, vgl. Tabelle 19); offenbar nimmt lediglich das Ausmaß der Kooperationen bei bereits zu t1 kooperierenden BD zu.

Berücksichtigt man die Angaben zu t0 bis t2 in Kombination, so wird für N = 45 BD irgendeine Form von Kooperation zu irgendeinem Zeitpunkt angegeben („vorhandene Kooperationen“). Für nur eine absolute Minderheit der BD (N = 3) werden keine Kooperationen angegeben (vgl. Tabelle 19).

Im Chi<sup>2</sup>-Test besteht zu t1 ein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) bzgl. der relativen Häufigkeit von vertraglichen Kooperationen (ohne fehlende Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=94)} = 7.9, p < .05$ ). Dieser Unterschied geht auf einen erhöhten Anteil von BD und PD mit vertraglichen Kooperationen relativ zu nBa zurück. Dieses Muster findet sich bei den informellen Kooperationen nur noch als Tendenz, d.h. der Unterschied verfehlt die statistische Signifikanz ( $\chi^2_{(df=2, N=92)} = 5.3, p = .071$ ). Die an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmenden BD und PD scheinen somit eher vergleichbar gut vernetzt, während nBa weniger Kooperationsbeziehungen zeigen.

Tabelle 19: Kooperationen mit anderen Einrichtungen

Art der Kooperation		Ja	Nein	k.A.	Summe N
BD (t0)	vertragliche Kooperationen	19	27	3	49
	informelle Kooperationen	29	17	3	
BD (t1)	vertragliche Kooperationen	20	23	1	44
	informelle Kooperationen	33	10	1	
	praktische Kooperationen	36	8	-	
BD (t2)	praktische Kooperationen	34	6	1	41
BD (t0-t2)	vorhandene Kooperationen <sup>+</sup>	45	3	1	49
nBa (t1)	vertragliche Kooperationen	6	29	-	35
	informelle Kooperationen	17	16	2	
PD (t1)	vertragliche Kooperationen	7	9	-	16
	informelle Kooperationen	10	6	-	

Quelle: IGES; schriftliche Befragungen der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

Anmerkung: Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; k.A., „keine Angabe“, entspricht Anzahl der Leitungen ohne Angaben. <sup>+</sup>„vorhandene Kooperationen“ berücksichtigen Nennungen von vertraglichen, informellen oder praktischen Kooperationsbeziehungen zu t0 und t1 in Kombination; „praktische Kooperationen“ entsprechen der praktischen Umsetzung von Kooperationsbeziehungen.

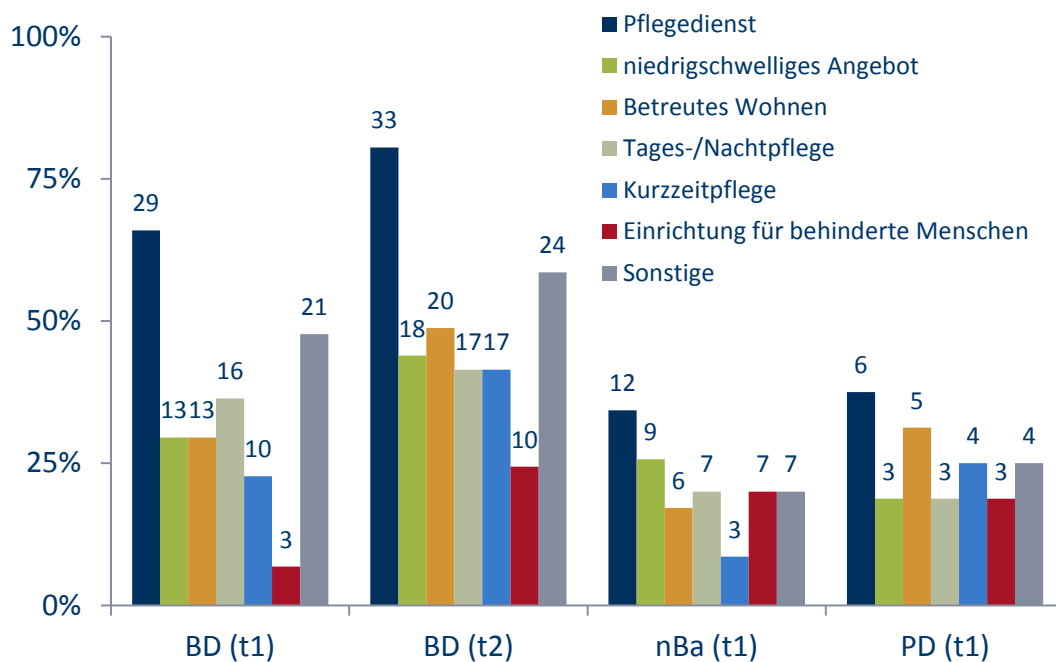
Abbildung 20 stellt die Häufigkeiten der genauen Kooperationspartner der drei Einrichtungstypen dar (BD, nBa, PD). Die meisten Kooperationsbeziehungen bestehen demnach mit ambulanten Pflegediensten – unabhängig vom

Einrichtungstyp. Dennoch variiert die Häufigkeit des Kooperationspartners „Pflegedienst“ signifikant zwischen den Einrichtungstypen (BD zu t1 vs. Vergleichseinrichtungen zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=95)}=8.9$ ,  $p<.05$ ; BD zu t2 vs. Vergleichseinrichtungen zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=92)}=18.8$ ,  $p<.05$ ), da BD anteilig häufiger mit Pflegediensten kooperieren als nBa und PD (vgl. Abbildung 20). Dass PD weniger mit anderen Pflegediensten kooperieren ist erwartungsgemäß, da das Leistungsangebot identisch ist und kaum Bedarf an Ergänzung durch einen Dienst desselben Typs bestehen sollte. Die selteneren Kooperationen mit Pflegediensten durch nBa könnten auf einen niedrigeren Pflegebedarf der Kunden hindeuten.

Auf Pflegedienste als häufigste Kooperationspartner folgen diverse „sonstige Einrichtungen“, mit denen ebenfalls anteilig häufiger durch BD als nBa und PD kooperiert wird (BD zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=95)}=7.4$ ,  $p<.05$ ; BD zu t2:  $\chi^2_{(df=2, N=92)}=13.3$ ,  $p<.01$ ). Zu t2 zeigen BD außerdem mehr Kooperationen mit Betreutem Wohnen und Kurzzeitpflege als die Vergleichseinrichtungen ( $\chi^2_{(df=2, N=95)}=8.5$  und  $10.6$ ,  $p<.05$ ).

Die insgesamt häufigere Nennung von Kooperationspartnern durch BD deutet auf deren verstärkte Netzwerkarbeit. Unter „Sonstige“ werden von den Leitungskräften gehäuft auch Einrichtungen genannt, die selbst nicht mit irgendeiner Art Leitungserbringung befasst sind, sondern mehr behördlichen Charakters sind oder der Beratung von Betroffenen dienen (Freitextnennungen der Einrichtungsleitungen für „Sonstige“ zu t1: z.B. städtische Behörden, „Gesundheitsamt“, „Demenz-Service-Zentrum“, „Pflegestützpunkt“). Durch die Kooperation mit solchen „Anlaufstellen“ könnte besonders der Zugang von Kunden zu BD angeregt werden, was für bereits etablierte Einrichtungen (nBa, PD) weniger notwendig erscheint.

Abbildung 20: Vorhandene Kooperationen mit anderen Einrichtungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1 und t2

Anmerkung: „Vorhandene Kooperationen“ berücksichtigen Nennungen unter formellen, informellen und praktischen Kooperationen. Darstellung berücksichtigt N = 44 BD zu t1, N = 41 BD zu t2, N = 35 nBa und N = 16 PD zu t1.

Von den acht BD, die aus dem Modellprogramm ausgeschieden waren, unterhielten jeweils vier Dienste Kooperationen auf formeller und auf informeller Ebene. Zwei der ausgeschiedenen BD hatten bereits praktisch kooperiert; zwei gaben an bislang nicht praktisch kooperiert zu haben und für zwei BD lagen dazu keine Informationen vor. Insgesamt gaben sechs der ausgeschiedenen BD an, irgendeine Art von Kooperation zu unterhalten. Im Chi<sup>2</sup>-Test unterscheiden sich verbliebene und ausgeschiedene BD bzgl. des Auftretens formeller, informeller, praktischer und vorhandener Kooperationen nicht signifikant voneinander (exakte Tests nach Fisher unter Ausschluss von Fällen mit fehlenden Angaben:  $p \geq .145$ ).

### 3.3.5 Schriftliche Konzeption der Betreuungsdienste

Die BD waren mit Teilnahme am Modellprogramm verpflichtet die Entwicklung des internen Qualitätsmanagements (QM) in einem Handbuch schriftlich festzuhalten. Die QM-Handbücher sollten der wissenschaftlichen Begleitforschung ca. 18 Monate nach Inkrafttreten des Versorgungsvertrages zukommen zu lassen. Die Zusendungen hätten in Abhängigkeit des genauen Zeitpunkts, zu dem die Dienste mit der Leistungsbringung begonnen hatten (zwischen Dezember 2014 und August 2015; vgl. Kapitel 3.1), zwischen Juni 2016 und Februar 2017 zugesendet werden müssen. Tatsächlich erfolgten die Zusendungen bis in den Juni 2017.

Im Folgenden werden Durchführung und Ergebnisse der inhaltlichen Analyse der QM-Handbücher beschrieben, um zu einer Bewertung der schriftlichen Konzeption der Betreuungsdienste zu gelangen.

### **Durchführung der Analyse**

Zur inhaltlichen Analyse der QM-Handbücher wurde ein Prüfkatalog entwickelt, der sich vorrangig an den direkten Vorgaben im Rahmen des Modellprogramms für BD (Dokument: „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für Betreuungsdienste gemäß § 125 SGB XI“, Abk.: QMQS) orientiert. In dem Dokument wird auch auf die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011“ (MuG), Punkt 1.1 verwiesen. Während sich die direkten Vorgaben für BD (QMQS) v.a. auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität beziehen, liefert der Verweis auf Maßstäbe und Grundsätze in der ambulanten Pflege (MuG) auch Vorgaben für das allgemeine Leitbild und die Ergebnisqualität der BD. Zusätzlich zu den beiden Dokumenten (QMQS, MuG) wurde ergänzend auf relevante Kriterien aus dem Dokument „Interessensbekundungsverfahren für Betreuungsdienste im Rahmen der Modellvorhaben gemäß § 125 SGB XI: Teilnahmekriterien und Verfahrensablauf“ (IfB) zurückgegriffen.

QMQS nennt explizit Themen, die schwerpunktmäßig von den QM-Handbüchern zu berücksichtigen sind (QMQS, S.2, 1. Absatz). Diese werden in der Folge „Mindestanforderungen“ genannt:

- Regelungen zur personellen Kontinuität,
- Regelungen zur innerbetrieblichen Kommunikation,
- Evaluation der Qualität der erbrachten Leistungen,
- Beschwerdemanagement,
- Notfallmanagement,
- Beschreibung Informationswege zu anderen beteiligten Akteuren.

Die inhaltliche Analyse geht über diese Mindestanforderungen hinaus, indem sie die Handbücher auf sämtliche QM-Aspekte prüft, die in mindestens einem der drei relevanten Dokumente (QMQS, MuG, IfB) genannt werden.

Tabelle 20 zeigt den entwickelten vollständigen Prüfkatalog für die QM-Handbücher (Mindestanforderungen grau hinterlegt) und die Quellen, denen die Kriterien entnommen wurden (QMQS, MuG, IfB). Die Einzelkriterien werden unter den vier thematischen Rubriken „Grundsätze“, „Organisationskonzept“, „Personalkonzept“ und „Leistungskonzept“ gebündelt betrachtet.

Jedes QM-Handbuch wurde einzeln hinsichtlich der Kriterien des Prüfkatalogs analysiert, indem erfasst wurde, ob sich zu den in Frage stehenden Aspekten geäußert wurde. Dabei wurden sowohl explizite als auch implizite Äußerungen berücksichtigt; explizite Äußerungen entsprechen entweder dem Wortlaut der Vorgaben im Rahmen des Modellprogramms oder beschreiben denselben Sachverhalt mit synonymen Formulierungen; implizite Äußerungen beschreiben

---

hingegen den in Frage stehenden Sachverhalt nicht direkt, er kann jedoch inhaltlich aus anderen Zusammenhängen abgeleitet werden (Beispiel: „Berücksichtigung der Biographie einer Person“ wird nicht ausgeführt, aus angehängten Formularen wird aber deutlich, dass biographische Details durchaus erfasst werden; Schaffung einer Vertrauensbasis wird nicht als eigenständiger Punkt angesprochen, aber die Berufung auf Grundlagen von Carl Rogers enthält automatisch diesen Punkt).

### **Ergebnisse der Analyse**

Insgesamt wurden QM-Handbücher aus N = 40 BD zugesandt (entspricht sämtlichen BD, die sich nach t2 noch im Modellprogramm befanden). Tabelle 20 zeigt die Anzahl der QM-Handbücher, die den einzelnen Kriterien des Prüfkatalogs entsprechen.

Keines der definierten Kriterien des Prüfkatalogs wird in sämtlichen QM-Handbüchern erfüllt und kein QM-Handbuch erfüllt sämtliche Kriterien. Werden nur die Mindestanforderungen (7 Anforderungen) berücksichtigt werden, findet sich kein Kriterium, das durch sämtliche QM-Handbücher erfüllt wird; nur N = 2 QM-Handbücher erfüllen sämtliche Mindestanforderungen – den Mindestanforderungen wird somit nicht in vollem Umfang entsprochen; allerdings werden in sämtlichen QM-Handbüchern auch weitere Aspekte der Qualitätssicherung genannt, die über die Mindestanforderungen hinausgehen (z.B. die Berücksichtigung von Biographie und Lebensgewohnheiten oder die Erfassung von Stammdaten; vgl. Tabelle 20).

Am häufigsten finden sich Äußerungen zu Aspekten des „Personalkonzepts“ (durchschnittlich 34 Handbücher mit Äußerungen zu diesem thematischen Bereich) und am seltensten zu „Grundsätzen“ (durchschnittlich 20 Handbücher mit Äußerungen hierzu). Letzteres erscheint insofern nachvollziehbar, als dass es sich bei „Grundsätzen“ häufig um nicht direkt für BD formulierte Vorgaben handelt, sondern um allgemeinere für den Bereich der ambulanten Pflege, auf die in den Vorgaben im Rahmen des Modellprogramms für BD verwiesen wird (MuG). Zudem erscheinen „Grundsätze“ weniger direkt handlungsweisend und haben eher den Charakter eines allgemeinen Leitbildes.

Bzgl. der „Grundsätze“ wird sich in den QM-Handbüchern am häufigsten zur „Definition der Zielgruppe“, der „Berücksichtigung der Biographie, Lebensgewohnheiten, Wünsche und Bedürfnisse der Kunden“ sowie der „Ermöglichung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens“ geäußert. Dies scheinen noch die handlungsnächsten Aspekte unter den „Grundsätzen“: Die Definition der Zielgruppe bestimmt den Personenkreis, auf den sich die Akquise der Einrichtungen konzentriert; die Berücksichtigung individueller Kundeneigenschaften und die Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung (i.S. eines längeren Verbleibs im eigenen häuslichen Umfeld) definieren, dass bestimmte Informationen berücksichtigt bzw. ein bestimmtes Ziel verfolgt werden.

Die meisten Äußerungen erfolgen jedoch zu Aspekten des „Personalkonzepts“ (durchschnittlich 34 Handbücher). Allerdings liegen die meisten Mindestanforderungen nicht im Bereich des „Personal-“, sondern des „Organisationskonzepts“, deren Kriterien überwiegend der Prozessqualität zugeordnet werden können. Auch die Kriterien unter „Leistungskonzept“ lassen sich eher der Prozessqualität zuordnen. Äußerungen zu Aspekten des „Organisationskonzepts“ (durchschnittlich 25 Handbücher mit Äußerungen hierzu) und „Leistungskonzept“ (durchschnittlich 27 Handbücher) erfolgen jedoch insgesamt seltener als Äußerungen zum „Personalkonzept“. Damit scheinen Aspekte der Prozessqualität („Organisations- und Leistungskonzept“) im Vergleich zur Strukturqualität („Personalkonzept“) in den QM-Handbüchern weniger ausgearbeitet.

Die meisten QM-Handbücher äußern sich in Bezug auf das „Organisationskonzept“ zur „Etablierung eines Beschwerdemanagements“, „Sicherstellung der Kommunikation zwischen Mitarbeitenden“, zum „Notfallmanagement“ und zum „Aufbau von Kooperationen mit anderen Diensten“. Allerdings treten Ausführungen zu konkreteren Definitionen oder Spezifizierungen unter dieser Rubrik vergleichsweise selten auf („Beschwerdemanagement unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit kognitiven Einschränkungen“, „Definition der Kooperationspartner und Informationswege“, „Spezifizierung der Methoden der Kommunikation“).

Auch unter „Leistungskonzept“ erfolgen vermehrt Ausführungen zu eher allgemeinen Sachverhalten („Nutzung eines Dokumentationssystems“, „Nutzung von Betreuungsplänen“ und „Abschluss von Verträgen“), wohingegen Aspekte, die eine stärkere Konkretisierung erfordern („Festlegung von Art, Inhalt und Umfang von Leistungen“, „Aufbewahrungsort der Dokumentation“) und für die Optimierung der Betreuungsplanung wichtig sind („Definition von Zielen und geplanten Maßnahmen“, „betreuungsrelevante Informationen zum Gesundheitszustand“, „Betreuungsplanung nach individuellen Wünschen und Bedürfnissen“, „Evaluation der Ergebnisse“), seltener angesprochen werden.

So muss insgesamt festgestellt werden, dass praxisfernere Kriterien, die sich v.a. im Bereich der leitbildorientierten „Grundsätze“ finden, insgesamt seltener angesprochen werden als praxisnähere Kriterien aus dem Bereich der Struktur- und Prozessqualität. Allerdings erfolgen Ausführungen zu den praxisnäheren Kriterien häufig ohne weitere Spezifikation und Konkretisierung, d.h. sind recht allgemein gehalten.

---



Tabelle 20: Prüfkatalog für QM-Handbücher der BD und Ergebnisse

Prüfkriterium	Quelle	Anzahl BD mit Äußerung (insg. N = 40 BD)
<b>Grundsätze</b>		Durchschnitt: 20.1
▪ Ermöglichung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens	QMQS/MuG/IfB	28
▪ Erhalten seelischer, körperlicher und geistiger Kräfte	MuG/IfB	18
▪ Förderung von Lebensqualität und Zufriedenheit	QMQS/MuG	20
▪ Wahrung der Privat- und Intimsphäre	MuG	6
▪ Schaffen einer Vertrauensbasis	MuG	14
▪ Berücksichtigung von Biographie und Lebensgewohnheiten; Angebot individueller Betreuung, die auf Wünsche und Bedürfnisse eingeht	QMQS/MuG	29
▪ kultursensibles Arbeiten	MuG	9
▪ Definition der Zielgruppe	IfB	31
▪ Berücksichtigung Personen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	IfB	26
<b>Organisationskonzept</b>		Durchschnitt: 24.5
<i>Innerbetriebliche Kommunikation</i>		
▪ Kommunikation zwischen Mitarbeitenden sichern	QMQS	33
▪ Spezifizierung der Methoden der Kommunikation, z.B. Dienstbesprechungen	QMQS	24
<i>Außerbetriebliche Kommunikation</i>		
▪ Kooperation mit anderen Diensten aufbauen	QMQS	32
▪ Definition der Kooperationspartner und Informationswege	QMQS	23
▪ Etablierung eines Beschwerdemanagements	QMQS	36
▪ Beschwerdemanagement unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit kognitiven Einschränkungen	QMQS	7
Notfallmanagement	QMQS	32
<i>Datenschutzkonzept</i>		
▪ Etablierung eines Datenschutzkonzepts	QMQS	28
▪ Personenbezogene Daten unzugänglich aufbewahren	QMQS	17
▪ Wohnungsschlüssel unzugänglich und nicht zuordnungsfähig verwahren	QMQS	13
<b>Personalkonzept</b>		Durchschnitt: 34.0
▪ Definition von Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereichen	QMQS/IfB	36
▪ Personelle Kontinuität sicherstellen	QMQS	37

▪ Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter	QM QS	35
▪ Etablierung eines Fortbildungsplans für regelmäßige Fortbildungen und Weiterbildungen	QM QS/IfB	38
▪ Wissen durch entsprechende Fachliteratur (mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift zugänglich machen)	QM QS	24
<b>Leistungskonzept</b>		Durchschnitt: 26.5
▪ Leistungsspektrum	IfB	35
▪ Umfassende Leistungsbeschreibung	QM QS/IfB	28
<i>Betreuungsdokumentation</i>		
▪ Nutzung eines Dokumentationssystems	QM QS	38
▪ Durchführungsnachweise	QM QS	38
▪ Stammdaten	QM QS	35
▪ betreuungsrelevante Informationen zum Gesundheitszustand	QM QS	22
▪ Biografie	QM QS	32
▪ Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten	QM QS	25
▪ Aufbewahrung der Dokumentation bei Kunde	QM QS	5
<i>Betreuungsplanung</i>		
▪ Nutzung von Betreuungsplänen	QM QS	29
▪ Betreuungsplanung erfolgt nach individuellen Wünschen, Bedürfnissen	QM QS	23
▪ Definition Ziele und geplante Maßnahmen	QM QS	21
▪ Evaluation der Ergebnisse/erbrachten Leistungen	QM QS	22
<i>Betreuungsverträge</i>		
▪ Abschluss von Verträgen	QM QS	29
▪ Festlegung von Art, Inhalt und Umfang der Leistung	QM QS	16

Quelle: IGES; GKV-Spitzenverband; QM-Handbücher der BD

Anmerkung: Mindestanforderungen an QM-Handbücher grau hinterlegt. Abkürzungen: QM QS „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für Betreuungsdienste gemäß § 125 SGB X“ I; MuG „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“; IfB „Interessensbekundungsverfahren für Betreuungsdienste im Rahmen der Modellvorhaben gemäß § 125 SGB XI: Teilnahmekriterien und Verfahrensablauf“.

Geht man davon aus, dass der primäre Nutzen der QM-Handbücher gerade in einer praktischen Arbeitserleichterung liegen sollte, scheinen allzu allgemein gehaltene Ausführungen wenig zielführend – sind es doch gerade konkrete Definitionen und Spezifizierungen, die die Handlungsplanung erleichtern. Allgemein gehaltene

Ausführungen lassen dagegen einen größeren Interpretationsspielraum und konkrete Handlungsschritte müssen durch die Mitarbeitenden selbst erschlossen werden. Um die Handlungsplanung in der Praxis effektiver zu unterstützen, müssten die QM-Handbücher der BD in Bezug auf *konkrete* Handlungsanweisungen v.a. im Bereich der Prozessqualität vermutlich noch weiter ausdifferenziert werden.

### 3.4 Mitarbeitende

Neben der Gesamtzahl der Mitarbeitenden wurden von den Einrichtungsleitungen auch detaillierte Merkmale zu jedem einzelnen Mitarbeitenden erhoben. Darüber hinaus wurden die Mitarbeitenden in schriftlichen Befragungen direkt selbst befragt. Zu t2 nennt ein BD nur die Anzahl der Mitarbeitenden (N = 5) ohne detaillierte Angaben zu diesen zu liefern.

#### 3.4.1 Anzahl der Mitarbeitenden

Die Anzahl der Mitarbeitenden wurde wiederholt zu allen drei Messzeitpunkten (t0 bis t2) bei den Einrichtungsleitungen erhoben. Die Einrichtungsleitungen (inkl. ihrer Stellvertretung) werden nicht zu den Mitarbeitenden gezählt, da sie entsprechend den Mindestanforderungen des Modellprogramms ohnehin vorhanden sein müssen, somit vorausgesetzt werden können (zumindest bei BD und PD; Auswertungen zum Leitungspersonal finden sich in Kapitel 3.3.2). Neben den Angaben für BD und Vergleichseinrichtungen liegen auch Angaben der „Nicht-Teilnehmer“ (ursprünglich teilnahmegeeignete BD) zur Anzahl der Mitarbeitenden vor. Ein Überblick über die Anzahl der Mitarbeitenden in BD und den Vergleichseinrichtungen zu den konsekutiven Erhebungszeitpunkten (t0 bis t2) findet sich in Tabelle 83 im Anhang.

Die Leitungskräfte der BD geben zu t0 N = 272, zu t1 N = 371 und zu t2 N = 395 Mitarbeitende an. Zu t0 waren N = 6 BD noch ohne Mitarbeitende (von insgesamt N = 49 BD); zu t1 und t2 haben sämtliche (an der Befragung teilnehmenden) BD (N = 44 bzw. 41) inzwischen Mitarbeitende. Durchschnittlich entspricht dies ca. sechs Mitarbeitenden pro BD zu t0 (M = 5.6, SD = 5.8; Min = 0; Max = 23; MDN = 4.0); zu t1 hat sich diese Anzahl im Mittel um ca. drei Mitarbeiter erhöht (M = 2.8, SD = 4.3; Min = -3; Max = 15; MDN = 1.5), sodass durchschnittlich etwas mehr als acht Mitarbeiter in einem BD arbeiten (M = 8.4, SD = 5.8; Min = 1; Max = 23; MDN = 6.0). Zu t2 hat sich die durchschnittliche Mitarbeiteranzahl nur unwesentlich erhöht (M = 9.6, SD = 7.2; Min = 1; Max = 30; MDN = 9.0). In einer ANOVA mit Messwiederholung (*within-subject design*) entspricht dies einer signifikanten Zunahme der durchschnittlichen Mitarbeiteranzahl von t0 nach t1, nicht aber von t1 nach t2 ( $F_{(2,78)} = 13.3$ ,  $p < .001$ ; in Bonferroni-approximierten paarweisen Vergleichen ist t0 vs. t1  $p < .001$  und t1 vs. t2  $p = .612$ ).

Um abzuschätzen, ob die Größe der BD durch wichtige Rahmenbedingungen (i.S.v. „Startbedingungen“) beeinflusst wird, wird die Mitarbeiteranzahl wieder in einer Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung, diesmal in Abhängigkeit der

Zwischensubjektfaktoren „Trägerschaft“ (freigemeinnützig vs. privat), „Siedlungsstruktur“ (städtisch vs. ländlich) und „Gründungshistorie“ (Gründung aus Vorgängereinrichtung vs. Neugründung), betrachtet. Dabei zeigt keiner dieser Zwischensubjektfaktoren einen signifikanten Haupteffekt ( $p \geq .109$ ), d.h. die Mitarbeiteranzahl zu den drei Zeitpunkten unterscheidet sich nicht nach den Rahmenbedingungen. Auch interagiert die Zunahme der Mitarbeiteranzahl über die Zeit weder mit Trägerschaft noch mit Siedlungsstruktur oder Gründungshistorie ( $p \geq .152$ ), d.h. die Zunahme der Mitarbeiteranzahl erfolgt relativ unabhängig von den untersuchten Rahmenbedingungen.

Von den „Nicht-Teilnehmern“ werden Angaben zu  $N = 97$  Mitarbeitenden gemacht; im Durchschnitt entspricht das einer Mitarbeiteranzahl von 53 pro Einrichtung ( $M = 53.4$ ,  $SD = 61.6$ ;  $Min = 10$ ;  $Max = 250$ ;  $MDN = 26.0$ ;  $N = 17$  d.h. 6 sind ohne Angaben).

Von den anleitenden Fachkräften der nBa werden zu  $t1$  ( $N = 35$ ; vgl. Tabelle 83 im Anhang) Angaben zu  $N = 389$  Mitarbeitenden gemacht; das entspricht im Mittel ca. 11 Mitarbeitenden pro Einrichtung ( $M = 11.1$ ,  $SD = 16.1$ ;  $Min = 0$ ;  $Max = 65$ ;  $MDN = 3.0$ ;  $N = 35$ ); anders als bei BD handelt es sich allerdings bei  $N = 7$  nBa um Einrichtungen ohne weitere Mitarbeitende („Einpersonenunternehmen“). Zu  $t2$  werden von 23 nBa insgesamt  $N = 332$  Mitarbeitende genannt, wobei vier Einrichtungen „Einpersonenunternehmen“ sind ( $M = 14.4$ ,  $SD = 19.6$ ,  $Min = 0$ ,  $Max = 68$ ,  $MDN = 4$ ). Die durchschnittliche Anzahl der Mitarbeitenden unterscheidet sich für nBa nicht signifikant zwischen  $t1$  und  $t2$  (T-Test für verbundene Stichproben:  $p = .092$ ). Von den verantwortlichen Pflegefachkräften der PD werden zu  $t1$  ( $N = 16$ ) Angaben zu  $N = 293$  Mitarbeitenden gemacht; im Mittel entspricht das ca. 20 Mitarbeitenden pro Einrichtung ( $M = 19.5$ ,  $SD = 15.5$ ;  $Min = 2$ ;  $Max = 48$ ;  $MDN = 13.0$ ;  $N = 15$ , d.h.  $N = 1$  ohne Angaben). Zu  $t2$  werden von 11 PD insgesamt  $N = 251$  Mitarbeitende genannt ( $M = 22.8$ ,  $SD = 14.0$ ,  $Min = 4.0$ ,  $Max = 43$ ,  $MDN = 21.0$ ); im Mittel entspricht auch dies keiner signifikanten Veränderung der Mitarbeiteranzahl von  $t1$  nach  $t2$  (T-Test für verbundene Stichproben:  $p = .789$ ).

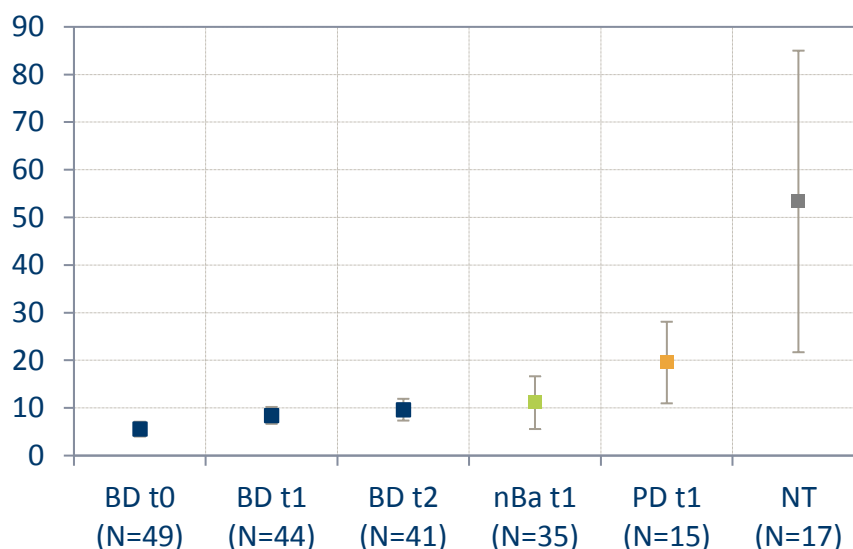
In der Folge wird die Mitarbeiteranzahl in Abhängigkeit des Einrichtungstyps betrachtet. Dabei werden nur Unterschiede zu  $t0$  und zu  $t1$  berücksichtigt; Unterschiede zu  $t2$  werden nicht betrachtet, da für keinen Einrichtungstyp eine Zunahme der Mitarbeiteranzahl von  $t1$  nach  $t2$  zu verzeichnen war und zudem zu  $t2$  deutlich weniger Vergleichseinrichtungen an den Befragungen teilgenommen haben. Die Mitarbeiteranzahl der Vergleichseinrichtungen zu  $t1$  wird so als Referenz für Vergleiche mit BD zu  $t0$  und  $t1$  genutzt (Vergleichseinrichtungen wurden überhaupt erst ab  $t1$  befragt).

In ANOVAs mit Mitarbeiteranzahl als abhängige Variable und Einrichtungstyp als Faktor bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen (zu  $t1$ :  $F_{(3,107)} = 12.9$ ,  $p < .001$ ; zu  $t2$ :  $F_{(3,88)} = 9.7$ ,  $p < .001$ ), die damit zusammenhängen, dass „Nicht-Teilnehmer“ im Mittel mehr Mitarbeitende als andere Einrichtungstypen aufweisen. PD und nBa unterscheiden sich hingegen nicht von BD (weder zu  $t0$

noch zu t1; Bonferroni-approximierte paarweise Vergleiche  $p \geq .970$ ). Abbildung 21 zeigt die Mittelwerte für die Mitarbeiteranzahl der BD zu t0 bis t2 und der anderen Einrichtungstypen einschließlich ihrer Konfidenzintervalle.

Die  $N = 8$  BD, die ihre Teilnahme am Modellprogramm wieder beendet haben, unterscheiden sich im T-Test von den verbliebenen BD bzgl. der Mitarbeiteranzahl zu t0 ( $t_{(df=47)}=2.0$ ,  $p < .05$ ) mit durchschnittlich weniger Mitarbeitenden in ausgeschiedenen ( $M = 2.1$ ,  $SD = 2.4$ ) als verbliebenen BD ( $M = 6.2$ ,  $SD = 5.6$ ). Zu t1 liegen noch Angaben für vier ausgeschiedene BD vor, da die Übrigen zu diesem Zeitpunkt entweder bereits ausgeschieden waren oder an den Befragungen zu t1 nicht mehr teilnahmen. Zwar wird der Unterschied zwischen verbliebenen und zu t1 teilnehmenden, danach aber ausgeschiedenen BD nicht statistisch signifikant (T-Test:  $p = .190$ ); jedoch zeigt sich auch hier eine durchschnittlich geringere Mitarbeiteranzahl in ausgeschiedenen ( $M = 4.8$ ,  $SD = 1.9$ ) als verbliebenen BD ( $M = 8.8$ ,  $SD = 6.0$ ). Dies deutet darauf hin, dass offenbar relativ kleine Einrichtungen ihre Teilnahme am Modellprogramm eher wieder beendet haben.

Abbildung 21: Mitarbeiteranzahl (Mittelwert  $\pm$  Konfidenzintervall)



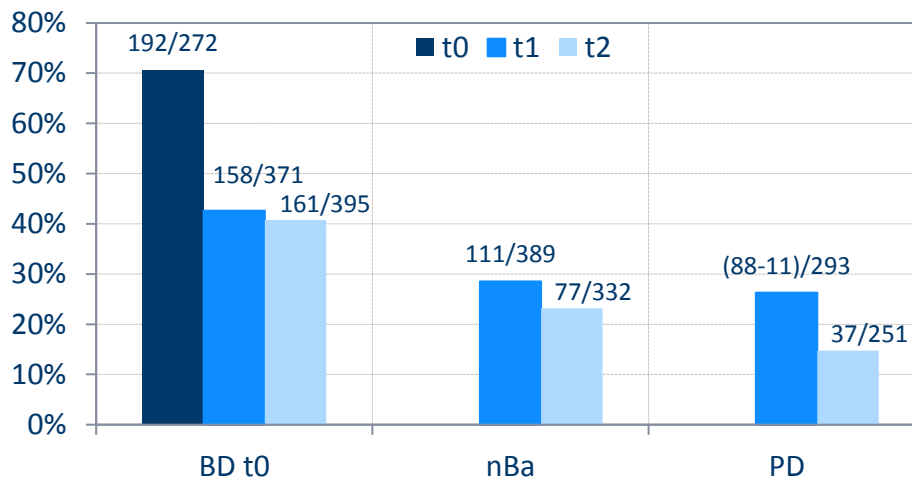
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1 und t2  
 Anmerkung: Abkürzungen: t0, Basiserhebung; t1, 1. Folgerhebung; t2, 2. Folgerhebung; BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; NT, „Nicht-Teilnehmer“. In Klammern steht die Anzahl der Einrichtungen, aus denen Angaben zur Mitarbeiteranzahl vorliegen.

**Mitarbeiterbefragung:** Aus BD sendeten zu t0  $N = 192$ , zu t1  $N = 158$  und zu t2  $N = 161$  Mitarbeitende einen ausgefüllten Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 70.6% zu t0 ( $= 192/272$ ), 42.6% zu t1 ( $= 158/371$ ) und 40.8% zu t2 ( $= 161/395$ ); die Teilnahmequote der Mitarbeitenden der BD hat in den Befragungen von t0 nach t1 signifikant abgenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=993)} = 14.4$ ,  $p < .001$ ), bleibt aber von t1 nach t2 unverändert ( $p = .742$ ).

Zu t0 erfolgten Rücksendungen aus N = 46 BD; bei den übrigen drei BD (insgesamt nahmen N = 49 an t0-Befragungen teil) handelt es sich nur in einem Fall um einen BD, der zu t0 noch ohne Mitarbeiter war. Demnach fehlen zu t0 Mitarbeiterfragebögen aus N = 2 BD. Zu t1 erfolgten Rücksendungen aus N = 40 und zu t2 aus N = 37 BD. Da sämtliche BD zu t1 und t2 Mitarbeitende hatten, fehlen zu t1 und t2 Mitarbeiterfragebögen aus jeweils N = 4 BD.

Bei den nBa erfolgten zu t1 Rücksendungen durch 111 Mitarbeitende aus 26 Einrichtungen und zu t2 durch 77 Mitarbeitende aus 19 Einrichtungen (zu t1 waren aus 7, zu t2 aus 3 der teilnehmenden nBa keine Mitarbeiterfragebögen zu erwarten, da es sich um „Einpersonenunternehmen“ handelte, d.h. zu t1 fehlen Mitarbeiterfragebögen aus 2 nBa und zu t2 aus 1 nBa). Bei den PD erfolgten zu t1 Rückmeldungen durch 88 Mitarbeitende aus 16 Einrichtungen und zu t2 durch 37 Mitarbeitende aus 10 Einrichtungen (somit liegen zu t1 Mitarbeiterfragebögen aus sämtlichen teilnehmenden PD vor, zu t2 fehlen Rückmeldungen aus 1 PD). Dies entspricht Teilnahmequoten von 28.5% zu t1 und 23.2% zu t2 in nBa (111/389 bzw. 77/332) und 26.3% zu t1 und 14.7% zu t2 in PD (77/293 bzw. 37/251; zu t1 erfolgten zwar insgesamt N = 88 Rückmeldungen von Mitarbeitenden aus PD, jedoch können davon N = 11 aus einer Einrichtung bei der Berechnung der Teilnahmequote nicht berücksichtigt werden, da die Angabe der Leitung zur Anzahl der Mitarbeitenden in dieser Einrichtung fehlt). Abbildung 22 zeigt die Teilnahmequoten pro Erhebungszeitpunkt.

Abbildung 22: Teilnahmequote in schriftlichen Mitarbeiterbefragungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitungen und Mitarbeiter zu t0 bis t2  
 Anmerkung: Quote berechnet sich durch Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen der Mitarbeitenden an Anzahl der Mitarbeitenden in den Einrichtungen (gem. Einrichtungsleitung). Zu PD t1 können 11 Rücksendungen bei der Berechnung nicht berücksichtigt werden, da die Angaben der Leitungen zur Mitarbeiteranzahl fehlen.

Die Teilnahmequote der Mitarbeitenden aus nBa bleibt von t1 nach t2 unverändert (Chi<sup>2</sup>-Test:  $p=.240$ ); in PD findet sich jedoch eine signifikant geringere Teilnahme der Mitarbeitenden zu t2 als zu t1 (Chi<sup>2</sup>-Test:  $\chi^2_{(df=1, N=658)} = 7.1, p<.01$ ). Die Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) zeigen zu beiden Messzeitpunkten, zu denen die drei Einrichtungstypen befragt wurden (t1 und t2) eine signifikant geringere Teilnahmequote als BD (zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=1399)} = 152.8, p<.001$ ; zu t2:  $\chi^2_{(df=2, N=1250)} = 524.9, p<.001$ ).

### 3.4.2 Berufliche Ausgangsqualifikation der Mitarbeitenden

#### Berufsabschluss

Angaben zum genauen Berufsabschluss der Mitarbeitenden liegen ebenfalls aus den schriftlichen Befragungen der Einrichtungsleitungen vor. Zu t2 fehlen zu N = 5 Mitarbeitenden eines BD allerdings weitere Angaben.

Zur Abfrage der Berufsabschlüsse der Mitarbeitenden wurde – wie bereits bei den Einrichtungsleitungen – wieder auf das Kategoriensystem der Pflegestatistik<sup>13</sup> zurückgegriffen. Dadurch wird perspektivisch eine maximale Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) hergestellt.

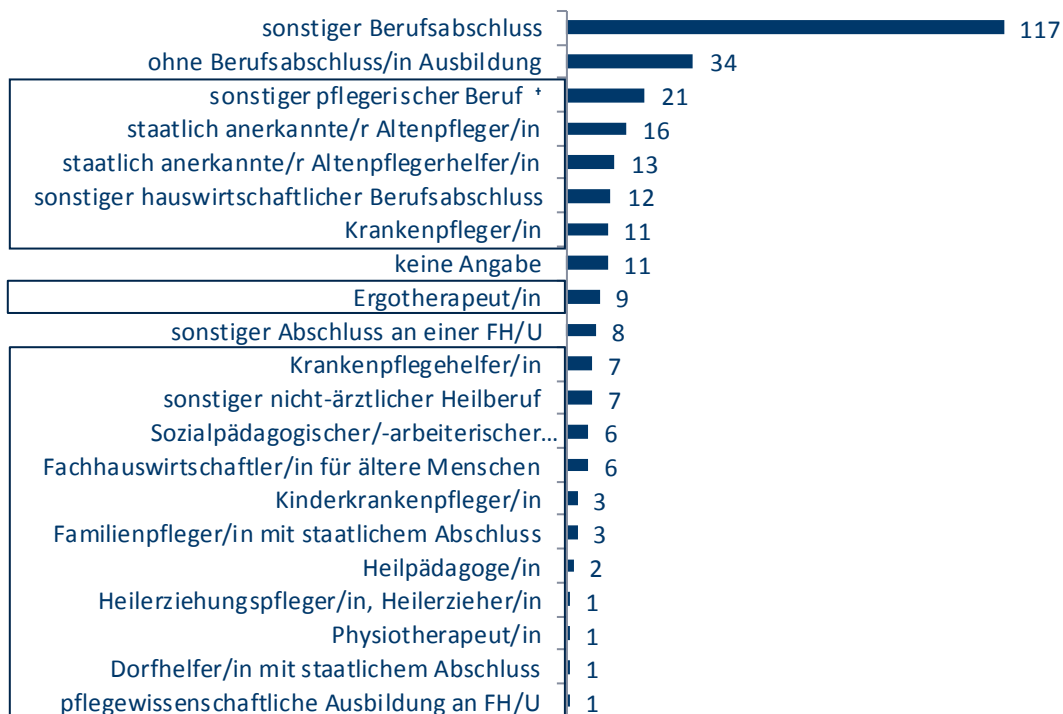
Abbildung 23 zeigt die Gesamtheit der genannten Berufsabschlüsse für die Mitarbeitenden der BD zur Ausgangssituation (t0). Die Summe ( $\Sigma$ ) der Nennungen übersteigt aufgrund der Mehrfachnennungen die Anzahl der Mitarbeitenden der BD. Das Vorkommen der verschiedenen Berufsgruppen unterscheidet sich in BD nicht zwischen t0 und t1 (exakter Test nach Fisher:  $p\geq.082$ ), d.h. die berufliche Zusammensetzung des Personals ist seit der Ausgangssituation relativ konstant geblieben.

---

<sup>13</sup> Statistisches Bundesamt, Wiesbaden: <https://www.destatis.de>

---

Abbildung 23: Berufsabschlüsse Mitarbeitende zur Ausgangssituation in BD (t0)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t0

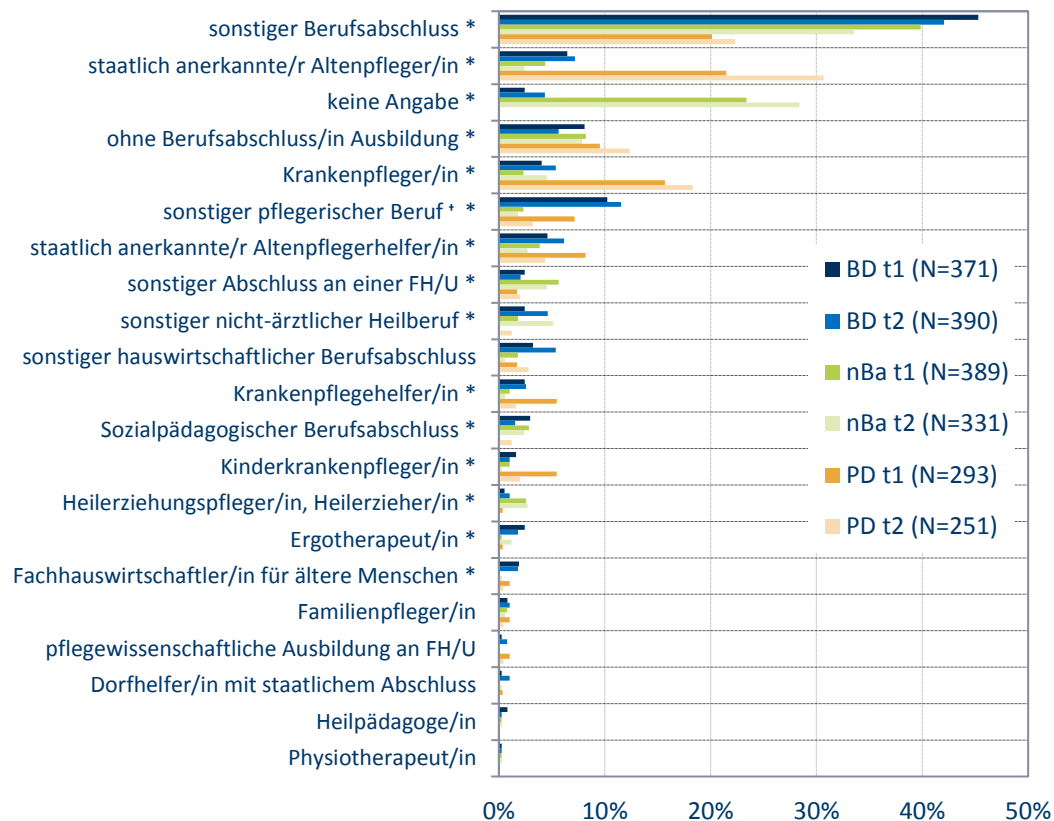
Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Leitungskräfte der BD zu den Berufsabschlüssen der Mitarbeitenden zu t0. Aufgrund von Mehrfachnennungen ist die Summe der Nennungen (N = 279) von Berufsabschlüssen höher als die Anzahl der Mitarbeitenden in den BD (N = 272). „Typische“ Berufsabschlüsse im gesundheitlich-sozialen Bereich entsprechend der Pflegestatistik sind umrandet. \* „sonstiger pflegerischer Beruf“ entspricht Restkategorie (vgl. Fußnote 14).

Abbildung 24 zeigt die Angaben der Einrichtungsleitungen zu den Berufsabschlüssen der Mitarbeitenden in den Folgeerhebungen t1 und t2. In BD unterscheidet sich das Vorkommen zwischen t1 und t2 für keine der beruflichen Kategorien (exakter Test nach Fisher:  $p \geq .103$ ), d.h. die berufliche Zusammensetzung des Personals der BD ist auch über die beiden Folgeerhebungen hinweg (t1, t2) relativ konstant geblieben.

Hingegen finden sich bei den Vergleichseinrichtungen signifikante Abweichungen zwischen t1 und t2 (exakter Test nach Fisher für nBa: „sonstiger nicht-ärztlicher Heilberuf“  $p < .05$ ; für PD: „Altenpfleger/in“, „Krankenpflegehelfer/in“, „Kinderkrankenpfleger/in“, „sonstiger pflegerischer Beruf“ alle  $p < .05$ ; vgl. Abbildung 24). Diese Unterschiede können jedoch nicht mit einer tatsächlichen Veränderung der Personalstruktur in Verbindung gebracht werden, da sich die Stichproben teilnehmender Vergleichseinrichtungen zu t1 und t2 deutlich anders zusammensetzen (vgl. Tabelle 13).



Abbildung 24: Berufsabschlüsse der Mitarbeitenden zu t1 und t2



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1 und t2

Anmerkung: Angaben zu sämtlichen Mitarbeitenden. Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, Niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste. Darstellung bezieht sich auf Angaben der Einrichtungsleitungen zu Berufsabschlüssen der Mitarbeitenden zu t1 und t2. Aufgrund von Mehrfachnennungen ist die Summe der Nennungen von Berufsabschlüssen höher als die Anzahl der Mitarbeitenden. Prozent bezieht sich auf Häufigkeit der Nennung an Gesamtzahl der Mitarbeitenden, für die detaillierte Angaben gemacht werden; \*signifikanter Unterschied zwischen Einrichtungstypen zu mindestens einem Zeitpunkt (t1, t2). † "sonstiger pflegerischer Beruf" entspricht Restkategorie (vgl. Fußnote 14).

Beim Vergleich der Berufsabschlüsse in BD mit nBa und PD treten folgende Unterschiede auf: Mitarbeitende mit „sonstigen Berufsabschlüssen“ sind in BD zu t1 (N = 168, 45.3%) und zu t2 (N = 164, 42.1%) sowie in nBa zu t1 (N = 155, 39.8%) und zu t2 (N = 111, 33.5%) signifikant häufiger vertreten als in PD (t1: N = 59, 20.1%; t2: N = 56, 22.3%) ( $\chi^2_{(df=2, N=1053 \text{ bzw. } 972)} = 48.2 \text{ bzw. } 26.6, p < .001$ ). Hingegen finden sich pflegerische Berufsabschlüsse (Altenpflege/-helfer/innen, Krankenpflege/-helfer/innen, Kinderkrankenpfleger/innen) signifikant häufiger in PD als BD und nBa (t1:  $\chi^2_{(df=2, N=1053)} \geq 6.9, p < .05$ ; zu t2 findet sich dieser Unterschied nur für Altenpflege- und Krankenpfleger/innen:  $\chi^2_{(df=2, N=972)} = 123.5 \text{ und } 43.0, p < .001$ ). Einzig Heilerziehungspfleger/innen finden sich etwas häufiger in nBa als BD und PD (t1 und t2:  $\chi^2_{(df=2, N=1053 \text{ bzw. } 972)} = 9.1 \text{ bzw. } 8.5, p < .05$ ).

Hingegen tauchen „sonstige pflegerische Berufe“ – zu denen in Anlehnung an die Systematik der Pflegestatistik auch Betreuungskräfte gemäß § 87b SGB XI gezählt werden<sup>14</sup> – Ergotherapeuten/innen, nicht-ärztliche Heilberufe, sozialpädagogische/sozialarbeiterische Berufsabschlüsse und Fachhauswirtschaftler für ältere Menschen tendenziell häufiger in BD auf als in den Vergleichseinrichtungen (t1:  $\chi^2_{(df=2, N=1053)} \geq 6.7$ ,  $p < .05$ ; zu t2 nur für „nicht-ärztliche Heilberufe“ und „sonstige pflegerische Berufe“ signifikant:  $\chi^2_{(df=2, N=972)} = 6.8$  und  $381$ ,  $p < .05$ ). Fach-/Hochschulabschlüsse treten zu t1 häufiger in nBa auf als in den anderen beiden Einrichtungstypen ( $\chi^2_{(df=2, N=1053)} = 9.6$ ,  $p < .01$ ). Personen ohne Berufsabschluss (in Ausbildung) finden sich zu t2 seltener in BD als in den Vergleichseinrichtungen ( $\chi^2_{(df=2, N=972)} = 9.3$ ,  $p < .05$ ). Der Anteil von Personen ohne Angaben zum Berufsabschluss („keine Angabe“ in Abbildung 24) ist in nBa gegenüber BD und PD deutlich erhöht (t1:  $\chi^2_{(df=2, N=1053)} = 139.7$ ,  $p < .001$ ; t2:  $\chi^2_{(df=2, N=972)} = 145.9$ ,  $p < .001$ ).

Zur besseren Verdeutlichung der relevanten beruflichen Ausgangsqualifikation wird im Folgenden bei Mehrfachnennung von Berufsabschlüssen dieselbe Priorisierung wie für Einrichtungsleitungen vorgenommen (vgl. Kapitel 3.3.2, Berufsabschluss & Basisqualifikation der Leitung). Dabei werden pflegerische Berufe priorisiert behandelt, d.h. eine Person wird nur einmal entsprechend ihres „höchsten“ pflegerischen Berufsabschlusses gezählt (kontrolliert für Mehrfachnennung).

Abbildung 25 zeigt die Häufigkeiten der beruflichen „Basisqualifikationen“ in BD zu t0 bis t2 sowie in den Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) zu t1 und t2 nach vorgenommener Priorisierung. Die Verteilungen innerhalb der BD unterscheiden sich zwischen t0 und t1 ( $\chi^2_{(df=5, N=643)} = 12.0$ ,  $p < .05$ ), wobei dieser Unterschied auf einen höheren Anteil nicht definierter Berufsabschlüsse zu t1 zurückgeht; lässt man diese Kategorie unberücksichtigt, findet sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten kein Unterschied ( $p = .385$ ). Ebenso wenig findet sich ein Unterschied zwischen t1 und t2 ( $p = .255$ ). Demnach hat sich die berufliche Grundqualifikation der Mitarbeitenden der BD über die Zeit kaum verändert. Genauso verhält es sich bei nBa zu t1 und t2 ( $p = .436$ ). Nur für PD unterscheiden sich die Häufigkeiten zwischen t1 und t2 ( $\chi^2_{(df=5, N=544)} = 25.3$ ,  $p < .001$ ), v.a. da zu t2 weniger typische Berufe im gesundheitlich-sozialen Bereich und vermehrt undefinierte Berufsabschlüsse angegeben werden. Wie bereits erwähnt, können diese Unterschiede aber nicht mit einer tatsächlichen Veränderung der Personalstruktur über die Zeit in Zusammenhang gebracht werden, da sich die Stichproben der teilnehmenden PD zu t1 und t2 deutlich anders zusammensetzen.

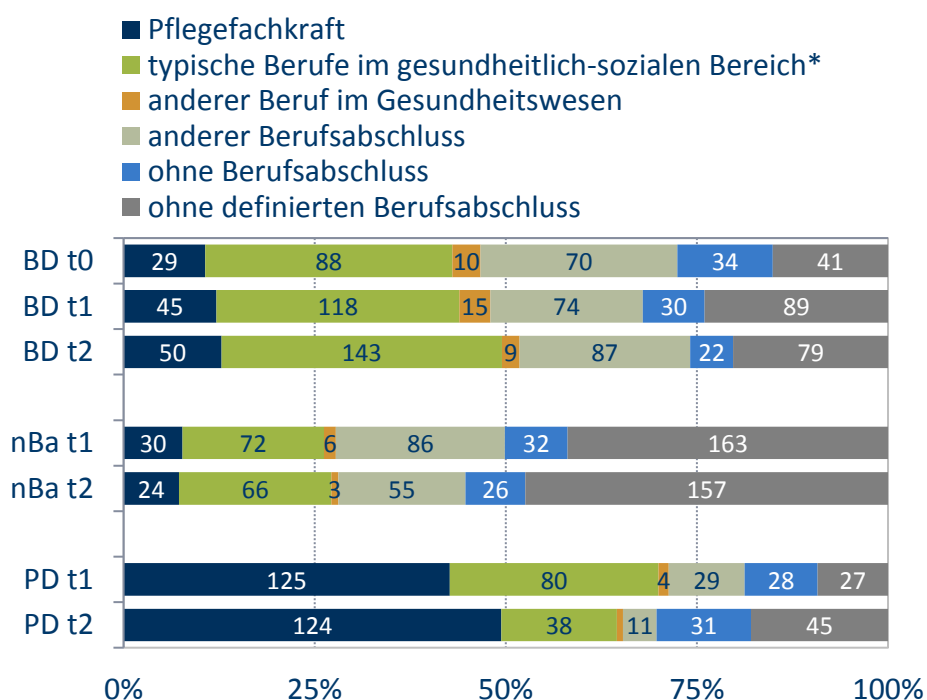
---

<sup>14</sup> Bei der Kategorie „sonstige pflegerische Berufe“ handelt es sich um eine „Restkategorie“, die nicht sämtliche § 87b-Kräfte umfasst, sondern nur Personen für die ansonsten kein anderer Berufsabschluss angegeben wird. Da es sich bei der Qualifizierung gemäß § 87b SGB XI um eine nachträgliche berufliche Weiterbildung handeln kann, werden nur solche 87b-Kräfte zu „sonstigen pflegerischen Berufen“ gezählt, bei denen kein anderer Berufsabschluss vorliegt. Die Qualifikation analog § 87b SGB XI wird separat vom (ursprünglichen) Berufsabschluss erfasst (siehe Kapitel 3.4.4).

---

Die beruflichen Basisqualifikationen der Mitarbeitenden unterscheiden sich sowohl zu t1 als auch zu t2 signifikant zwischen den drei Einrichtungstypen ( $\chi^2_{(df=10, N=1053 \text{ bzw. } 972)} = 226.4 \text{ und } 279.7, p < .001$ ). Dies liegt zum einen an dem bereits erwähnten höheren Anteil von Pflegefachkräften in PD und häufigeren „anderen Berufsabschlüssen“ in BD und nBa, die sich bereits ohne Kontrolle der Mehrfachnennungen zeigten. Darüber hinaus liegt der Anteil „anderer typischer Berufe im gesundheitlich-sozialen Bereich“ (typisch i.S.d. Pflegestatistik) in BD höher als in nBa und PD. BD und PD zeigen so insgesamt mehr gesundheitsrelevante Berufsgruppen als nBa.

Abbildung 25: Berufliche „Basisqualifikation“ der Mitarbeitenden



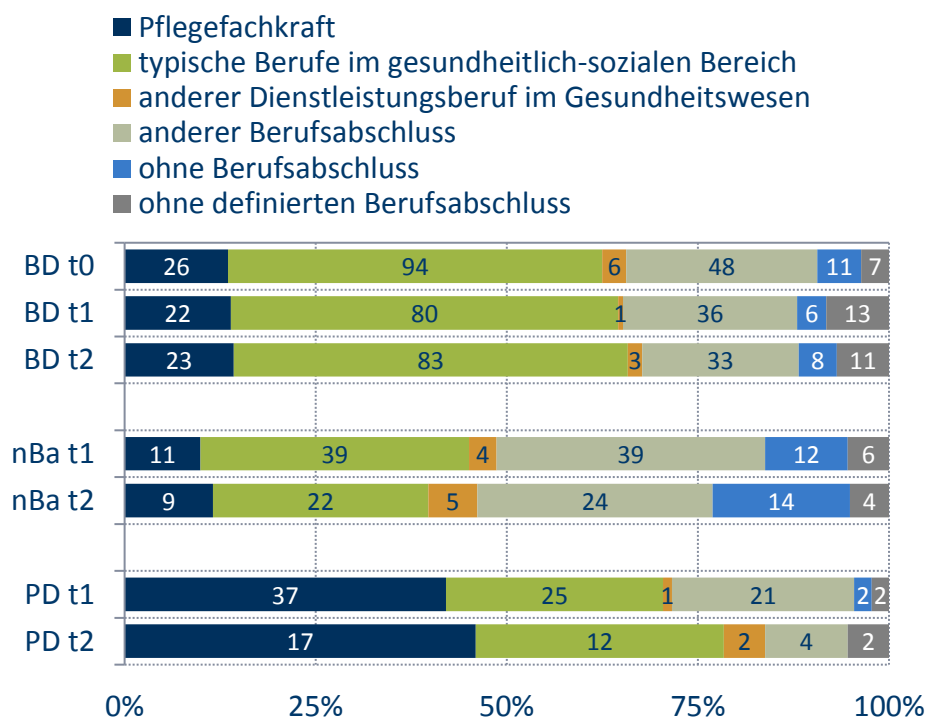
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2

Anmerkung: Angaben zu sämtlichen Mitarbeitenden. \*„Typische Berufe“ i.S.d. Pflegestatistik. „Ohne definierten Berufsabschluss“ umfasst Personen mit „sonstigem Berufsabschluss“ ohne genauere Definition und Personen, für die gar keine Angaben zum Berufsabschluss gemacht werden.

Dafür lässt sich der genaue Berufsabschluss von Mitarbeitenden in nBa häufiger nicht bestimmen („ohne definierten Abschluss“), da die Leitungen für diese Personen keine genauen Angaben machen. Eine mögliche Interpretation dieses Befundes ist, dass die genaue berufliche Ausgangsqualifikation seltener genannt wird (bekannt ist), wenn sie für die Tätigkeit in einer Einrichtung kaum relevant ist und die notwendige Qualifikation erst nachträglich durch entsprechende Schulungen erworben werden kann.

*Mitarbeiterbefragung:* Betrachtet man die Teilnahme der Mitarbeitenden an der Befragung in Abhängigkeit der beruflichen Basisqualifikation, so zeigt sich, dass sich die Zusammensetzung der Stichprobe (Abbildung 26) signifikant von den Angaben der Einrichtungsleitung („Population der Beschäftigten“; Abbildung 25) unterscheidet (BD zu t0:  $\chi^2_{(df=5, N=464)}=28.4$ ,  $p<.001$ ; BD zu t1:  $\chi^2_{(df=5, N=529)}=32.7$ ,  $p<.001$ ; BD zu t2:  $\chi^2_{(df=5, N=551)}=55.0$ ,  $p<.001$ ; nBa zu t1:  $\chi^2_{(df=5, N=500)}=53.6$ ,  $p<.001$ ; nBa zu t2:  $\chi^2_{(df=5, N=409)}=55.0$ ,  $p<.001$ ; PD zu t1:  $\chi^2_{(df=5, N=381)}=20.2$ ,  $p<.01$ ; PD zu t2:  $\chi^2_{(df=5, N=288)}=20.8$ ,  $p<.01$ ).

Abbildung 26: Berufliche „Basisqualifikation“ in der Mitarbeiterbefragung



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bis t2

Anmerkung: Angaben der Mitarbeitenden, die Betreuungsleistungen oder Hauswirtschaft erbringen. Anzahl der Mitarbeitenden mit entsprechender beruflicher Basisqualifikation, die an den Befragungen teilgenommen haben. Weitere Erläuterungen vgl. Abbildung 25.

Diese Unterschiede gehen v.a. auf die Kategorie „ohne definierten Berufsabschluss“ zurück, die bei sämtlichen Einrichtungstypen in der Mitarbeiterbefragung seltener vorkommt als in der Befragung der Einrichtungsleitungen (vgl. Abbildung 25 vs. Abbildung 26). Die geringere Häufigkeit von Personen „ohne definierten Berufsabschluss“ in der Mitarbeiterbefragung könnte – wie bereits erwähnt – damit zusammenhängen, dass die Einrichtungsleitungen die berufliche Ausgangsqualifikation der Mitarbeitenden häufiger nicht nennen (bzw. kennen), wenn sie für die Tätigkeit in der Einrichtung weniger relevant ist. Hingegen würden die Mitarbeitenden selbst

ihren genauen – wenn auch fachlich „irrelevanten“ – Berufsabschluss häufiger nennen.

Lässt man die Gruppe der Personen „ohne definierten Berufsabschluss“ unberücksichtigt, so bleiben dennoch signifikante Unterschiede zwischen den Befragungen der Einrichtungsleitungen und der Mitarbeitenden bestehen (BD zu t0:  $\chi^2_{(df=4, N=416)} = 12.3, p < .01$ ; BD zu t1:  $\chi^2_{(df=4, N=427)} = 14.1, p < .01$ ; PD zu t1:  $\chi^2_{(df=5, N=352)} = 13.8, p < .01$ ; PD zu t2:  $\chi^2_{(df=5, N=241)} = 15.4, p < .01$ ). Diese Unterschiede sind v.a. darauf zurückzuführen, dass in BD zu t0 und t1 anteilig weniger Personen mit typischen Berufsabschlüssen im gesundheitlich-sozialen Bereich in den Einrichtungen sind, als Mitarbeitende dieser Art an der Befragung teilnehmen; in PD sind es zu t1 v.a. Personen mit „anderen Berufsabschlüssen, die in der Mitarbeiterbefragung stärker vertreten sind; zu t2 sind es hingegen – genauso wie in BD – Mitarbeitende mit typischen Berufen im gesundheitlich-sozialen Bereich, die in der Mitarbeiterbefragung übermäßig vertreten sind.

In den Mitarbeiterbefragungen in BD (zu t0 und t1) und PD (zu t2) sind so Personen mit „typisch gesundheitlich-sozialen Berufen“ häufiger vertreten (Leistungs- vs. Mitarbeiterbefragung: BD t0 32.3% vs. 49.0%; BD t1 31.8% vs. 50.6%; PD t2 15.1% vs. 32.4%). Hier wäre die obige Interpretation, dass der berufliche Abschluss von Personen in der Befragung der Führungskräfte häufiger undefiniert bleibt, wenn er irrelevant ist, allerdings nicht plausibel, da es sich bei der Gruppe typisch gesundheitlich-sozialer Berufe um für die Tätigkeit durchaus relevante Abschlüsse handelt. Sowohl in BD als auch PD könnten aber Personen mit typisch gesundheitlich-sozialen und anderen Berufsabschlüssen vorrangig in der Betreuung eingesetzt werden und so verstärkt für die Mitarbeiterbefragung von der Leitung selektiert worden sein (Leistungen waren instruiert, Fragebögen nur an Mitarbeitende zu vergeben, die Betreuung bzw. Hauswirtschaft erbringen). Zudem könnte in BD eine verstärkte Teilnahme der stellvertretenden Führungskräfte an der Mitarbeiterbefragung zu einem erhöhten Anteil typisch gesundheitlich-sozialer Berufe beigetragen haben (die Leistungspositionen werden in der Befragung der Einrichtungsleitungen nicht zur Population der Mitarbeitenden gezählt, sondern separat erhoben).

Zusammenfassend scheinen für den Unterschied bei der beruflichen Zusammensetzung des Personals in der Befragung der Mitarbeitenden („Mitarbeiterstichprobe“) gegenüber der Befragung der Einrichtungsleitungen („Mitarbeiterpopulation“) v.a. eine seltenere Nennung „irrelevanter“ Berufsabschlüsse durch die Einrichtungsleitung und die ausschließliche Einbindung von Personen, die Betreuungsleistungen oder hauswirtschaftliche Versorgung erbringen, in die Mitarbeiterbefragung ausschlaggebend.

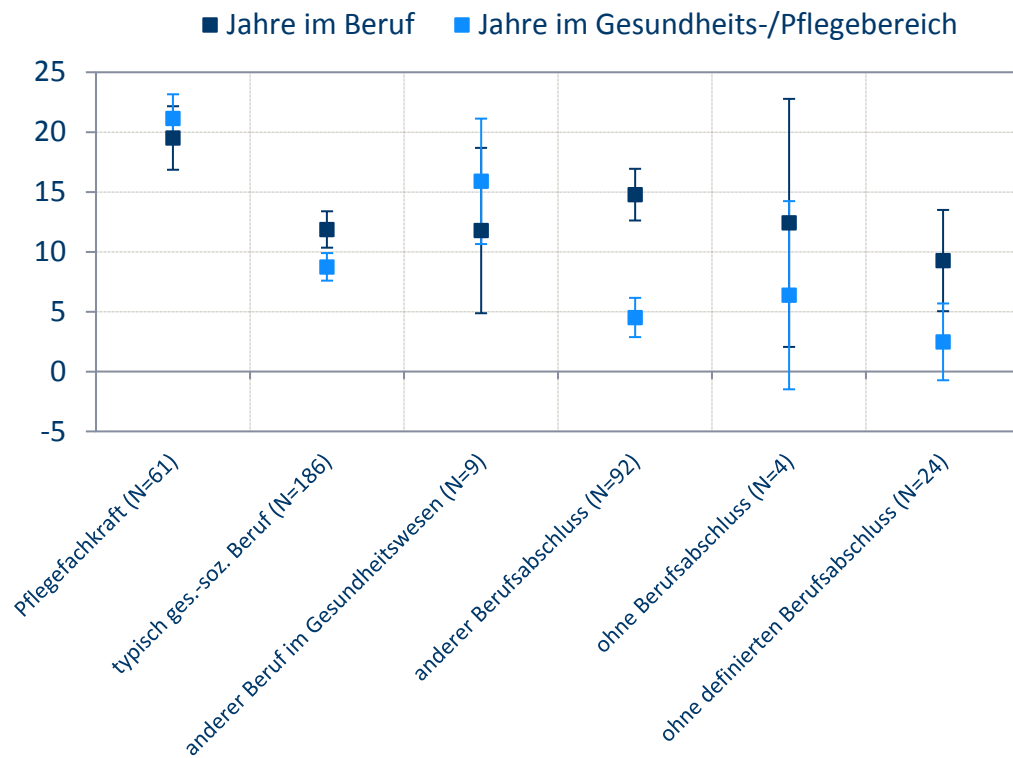
### **Praxiserfahrung**

Wie schon die Einrichtungsleitungen wurden auch die Mitarbeitenden zur Anzahl ihrer Jahre im erlernten Beruf und in einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflege- /Sozialbereich befragt (vgl. Kapitel 3.3.2, Praxiserfahrung). In BD unterscheiden sich die Angaben der Mitarbeitenden zur Anzahl der Jahre im

Beruf nicht signifikant über die drei Erhebungszeitpunkte (ANOVA über  $t_0$ ,  $t_1$ ,  $t_2$ :  $p=.407$ ). Zu den drei Erhebungszeitpunkten geben die Mitarbeitenden der BD im Mittel an, um die 14 Jahre im erlernten Beruf gearbeitet zu haben ( $M = 14.0$ ,  $SD = 11.0$ ,  $Min = 0$ ,  $Max = 45$ ,  $MDN = 11.0$ ,  $N = 406$ ). Auch die Zeit in einer Tätigkeit im Gesundheits-/Pflege-/Sozialbereich unterscheidet sich in BD nicht über die drei Erhebungszeitpunkte (ANOVA über  $t_0$ ,  $t_1$ ,  $t_2$ :  $p=.608$ ). Diese fällt jedoch mit durchschnittlich ca. neun Jahren etwas geringer aus als die Anzahl der Jahre im erlernten Beruf ( $M = 8.9$ ,  $SD = 9.5$ ,  $Min = 0$ ,  $Max = 45$ ,  $MDN = 5.0$ ,  $N = 437$ ). In einer ANOVA (*within-subject design*) entspricht dies einer signifikant längeren Zeit im erlernten Beruf als in einer Tätigkeit im Gesundheits-/Pflege-/Sozialbereich ( $F_{(1,375)} = 56.6$ ,  $p < .001$ ). Anders als bei den Führungskräften (vgl. Kapitel 3.3.2, Praxiserfahrung) zeigt sich bereits für das *Gesamtmittel* der Mitarbeitenden aus BD, dass die berufliche Ausbildung und Tätigkeit anfänglich offenbar weniger auf den Gesundheits- /Pflegebereich konzentriert waren.

Jedoch hatte sich bereits für die Führungskräfte gezeigt, dass sich das Verhältnis der Zeit im erlernten Beruf und in einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich für Pflegefachkräfte und Personen anderer „typischer“ gesundheitlich-sozialer Berufe unterscheidet: Dort waren Pflegefachkräfte bereits länger einer Tätigkeit im Gesundheits-/Pflegebereich nachgegangen als sie Jahre im erlernten Beruf verbracht hatten (vgl. Kapitel 3.3.2, Praxiserfahrung). Abbildung 27 zeigt die Anzahl der Jahre im ausgebildeten Beruf bzw. in einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich für die verschiedenen beruflichen Basisqualifikationen der Mitarbeitenden in BD.

Betrachtet man auch für Mitarbeitende die unterschiedlichen Zeiten im Beruf und in einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich (ANOVA mit *within-subject design*) in Abhängigkeit der verschiedenen beruflichen Basisqualifikationen („*between-subject factor*: „Pflegefachkräfte“, „andere typische Berufe im gesundheitlich-sozialen Bereich“, „andere Berufe im Gesundheitswesen“, „andere Berufe“, „ohne Berufsabschluss“, „ohne definierten Berufsabschluss“), zeigt sich – wie bereits für die Führungskräfte der BD – ein statistisch signifikanter Moderationseffekt der beruflichen Basisqualifikation ( $F_{(5,370)} = 647.2$ ,  $p < .001$ ). Zum einen wiederholt sich hier das bereits für die Führungskräfte gefundene Muster einer im Mittel *längeren* Zeit im Gesundheits- /Pflegebereich als im erlernten Beruf bei Pflegefachkräften (Mittelwert  $\pm$  Konfidenzintervall:  $19.1 \pm 2.7$  vs.  $21.1 \pm 2.0$ ) gegenüber einer im Mittel *kürzeren* Zeit in einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich als im erlernten Beruf bei anderen „typischen gesundheitlich-sozialen Berufen“ (Mittelwert  $\pm$  Konfidenzintervall:  $11.9 \pm 1.5$  vs.  $8.7 \pm 1.2$ ). Zum anderen ist dieser Unterschied aber bei den Mitarbeitenden für „andere Berufsabschlüsse“ gegenüber Pflegefachkräften und „anderen Berufen im Gesundheitswesen“ noch stärker ausgeprägt (vgl. Abbildung 17 und Abbildung 27).

Abbildung 27: Praxiserfahrung (Jahre  $\pm$  Konfidenzintervall) der Mitarbeiter in BD

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bis t2 in BD  
 Anmerkung: Y-Achse entspricht Anzahl der Jahre. Darstellung zeigt Mittel über sämtliche Befragungszeitpunkte t0 bis t2. „Typisch gesundheitlich-soziale Berufe“ i.S.d. Pflegestatistik; „ohne definierten Berufsabschluss“ umfasst Personen mit „sonstigem Berufsabschluss“ ohne genauere Definition und Personen, für die gar keine Angaben zum Berufsabschluss gemacht werden.

Ähnlich wie bei Pflegefachkräften findet die Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens selbstredend bereits im Gesundheitsbereich statt. Hingegen fällt bei Personen mit „anderen Berufsabschlüssen“ die Dauer einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich sehr viel kürzer aus als die Dauer einer Tätigkeit im Bereich der ursprünglichen Berufsausbildung. Verglichen mit diesen „anderen Berufen“ liegen selbst bei „typischen Berufen im gesundheitlich-sozialen Bereich“ die Parameter „Jahre im Beruf“ und „Jahre im Gesundheits- /Pflegebereich“ immer noch relativ nah beieinander. Die Gruppe der Mitarbeitenden mit „anderen Berufsabschlüssen“ können so als die eigentlichen „Quereinsteiger“ bezeichnet werden, die die längste Zeit einer Tätigkeit in einem anderen Berufsfeld nachgegangen sind, während sich bei „anderen typischen Berufen im gesundheitlich-sozialen Bereich“ ein relativ fließender Übergang von Berufsabschluss und einer Tätigkeit im Gesundheits- /Pflegebereich ergibt.

Um zu überprüfen inwiefern sich die Praxiserfahrung zwischen den Mitarbeitenden der drei Einrichtungstypen unterscheidet, wird mit den beiden Indikatoren (Jahre im erlernten Beruf bzw. im Gesundheits- /Pflegebereich) eine

ANOVA (*within-subject design*) mit „Einrichtungstyp“ (BD, nBa, PD) und „beruflicher Basisqualifikation“ (Pflegefachkraft, typische gesundheitlich-soziale Berufe, anderer Beruf im Gesundheitswesen, anderer Berufsabschluss, ohne Berufsabschluss, ohne definierten Berufsabschluss) als gemeinsame unabhängige Variablen (*between-subject factors*) gerechnet. Wie bei BD, sind die beiden Indikatoren der Praxiserfahrung auch bei den Vergleichseinrichtungen relativ konstant über die Erhebungszeitpunkte (ANOVAs für Anzahl der Jahre im Beruf bzw. im Gesundheits- /Pflegebereich zu t1 vs. t2: nBa  $p=.168$  und  $.540$ ; PD:  $p=.185$  und  $.264$ ), weshalb die Werte über sämtliche Erhebungszeitpunkte gemittelt werden.

Dabei bleibt Einrichtungstyp (*between-subject factor*) ohne signifikanten Einfluss auf die abhängigen Variablen (Jahre im erlernten Beruf bzw. im Gesundheits- /Pflegebereich:  $p=.243$ ), während der Effekt der beruflichen Basisqualifikation weiterhin bestehen bleibt ( $F_{(5,607)} = 21.5$ ,  $p<.001$ ). D.h. die Praxiserfahrung der Mitarbeitenden unterscheidet sich nur nach der Art des Berufsabschlusses, nicht aber nach Einrichtungstyp (BD, nBa, PD). Dabei interagiert der Effekt der Ausgangsqualifikation auch nicht mit Einrichtungstyp ( $p=.405$ ); d.h. die in Abbildung 27 ausgewiesenen Werte für verschiedene Berufsgruppen in BD sind auf die anderen beiden Einrichtungstypen (nBa, PD) übertragbar. Wie bei den Einrichtungsleitungen, unterscheidet sich auch bei den Mitarbeitenden die Praxiserfahrung nicht signifikant zwischen BD und den Vergleichseinrichtungen.

### 3.4.3 Primäres Tätigkeitsfeld

Die Einrichtungsleitungen wurden auch nach dem vorrangigen Tätigkeitsfeld der Mitarbeitenden gefragt. Abbildung 28 zeigt die Angaben der drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) zu den drei Erhebungszeitpunkten (t0, t1, t2). Die unterschiedlichen Anteile der verschiedenen Tätigkeitsfelder reflektieren die verschiedenen Schwerpunkte der Einrichtungstypen (BD: Betreuung und Hauswirtschaft; nBa: Betreuung; PD: Pflegesachleistungen).

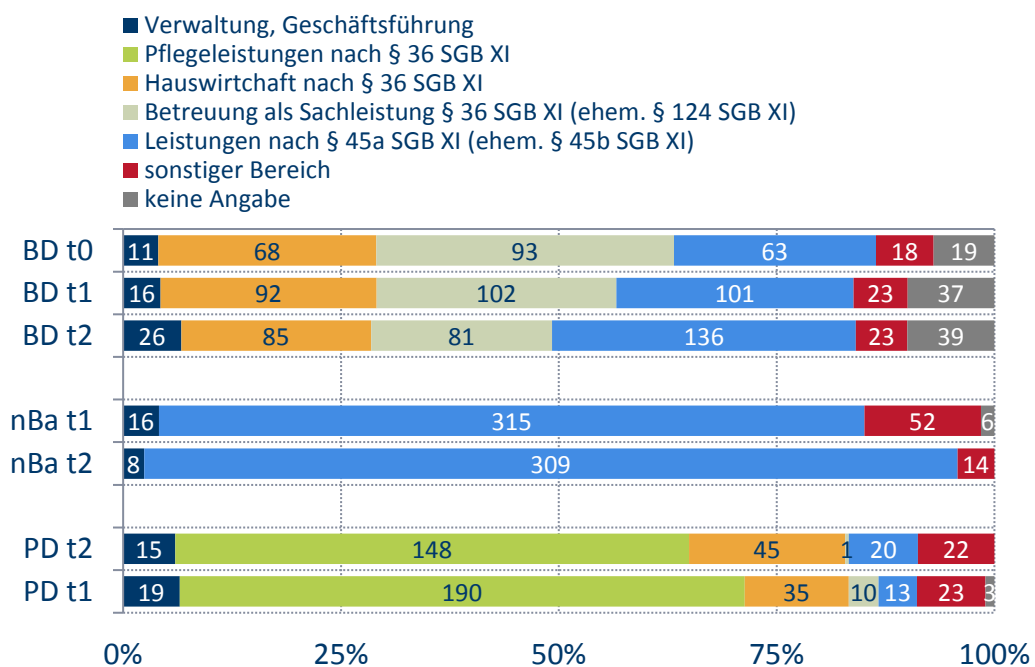
Während in BD die Anteile der Mitarbeitenden für die meisten Tätigkeitsfelder relativ konstant bleiben, nimmt dort aber der Anteil von Personen, die vorrangig in der Betreuung nach § 45a - b SGB XI eingesetzt werden (vor PSG II § 45b, seit PSG II § 45a SGB XI), auf Kosten von Personen für Betreuung als Sachleistung zu (vor PSG II § 124 XI, seit PSG II Teil d. § 36 SGB XI) ( $\chi^2_{(df=10, N=2066)} = 25.1$ ,  $p<.01$ ). Das lässt vermuten, dass die Bedeutung von Betreuungsleistungen als Erstattungsleistung, außerhalb des Sachleistungsanspruchs der Versicherten, für BD über die Zeit zugenommen hat. Der besonders erhöhte Anteil von Mitarbeitenden für § 45a-b SGB XI zu t2 könnte auch mit dem Inkrafttreten des PSG II zusammenhängen, das die Abrechnungsmöglichkeiten von Betreuung als Erstattungsleistung erweitert hat. Denkbar sind aber auch Abrechnungsprobleme: Mit PSG II wurden zwar Betreuungsleistungen als Sachleistung in § 36 SGB XI eingegliedert, womit beim Zugriff auf den Sachleistungsanspruch BD durch § 125 SGB XI Pflegediensten



rechtlich gleichgestellt sind; allerdings werden in § 36 SGB XI explizit nur ambulante Pflegedienste als Leistungserbringer genannt. Da vor PSG II die Grundpflege vor Inanspruchnahme von Betreuung sichergestellt sein musste und zudem aktuelle Abrechnungsmöglichkeiten der BD nicht immer hinreichend bekannt zu sein scheinen (vgl. Kapitel 3.3.3, Abbildung 19), könnte Pflegediensten zumindest für einige Zeit bei der Abrechnung weiterhin ein Vortritt gewährt werden – trotz rechtlicher Gleichstellung von BD und Pflegediensten. BD könnten so zu t2 verstärkt auf Erstattungsleistungen (§ 45a-b SGB XI) „ausweichen“.

Auch für die Vergleichseinrichtungen finden sich signifikante Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten t1 und t2 (nBa:  $\chi^2_{(df=6, N=720)} = 26.1, p < .001$ ; PD:  $\chi^2_{(df=6, N=544)} = 15.7, p < .05$ ); anders als bei BD kann aber aufgrund der anderen Zusammensetzungen der Stichproben teilnehmender Einrichtungen zu t1 und t2 auf keine tatsächliche Veränderung über die Zeit geschlossen werden.

Abbildung 28: Primäres Tätigkeitsfeld der Mitarbeitenden



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2

#### 3.4.4 Spezifische Qualifikation der Mitarbeitenden

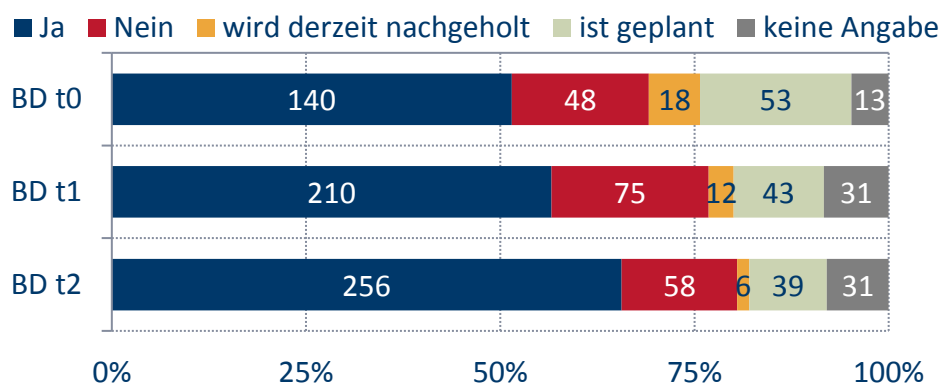
Entsprechend der Mindestanforderungen des Modellprogramms haben Mitarbeitende der BD, die in der häuslichen Betreuung (§ 124 bzw. § 36 SGB XI; ferner § 45a-b SGB XI) eingesetzt werden, eine Qualifizierung analog § 87b (entspricht seit Januar 2017 § 53c) SGB XI aufzuweisen. Für Mitarbeitende der nBa ist die erforderliche Qualifikation und die genaue Stundenzahl der auf die Betreuungstätigkeit vorbereitenden Schulung nach Landesrecht geregelt. Für PD

gibt es zumindest hinsichtlich der Mitarbeitenden, die in der Betreuung eingesetzt werden, keine solchen Vorgaben.

Gemäß den Richtlinien nach § 87b bzw. § 53c SGB XI umfasst die Qualifikation zur Betreuungskraft einen Basiskurs von 100 Stunden, einen Aufbaukurs von 60 Stunden sowie ein zweiwöchiges Praktikum in einer stationären Pflegeeinrichtung. Gängige Weiterbildungsangebote geben zumeist nur die Stundenanzahl der Schulungen (Basiskurs + Aufbaukurs) als Umfang an, so dass die Qualifikationsmaßnahme mindestens 160 Stunden umfasst. Da in nBa eine solche Qualifikation für die Mitarbeitenden nicht vorausgesetzt werden kann, wurde dort in den schriftlichen Befragungen statt nach § 87b SGB XI nur nach der genauen Stundenanzahl der auf die Betreuungstätigkeit vorbereitenden Schulung gefragt. Bei Mitarbeitenden in nBa mit einer Schulung von  $\geq 160$  Stunden wird im Folgenden davon ausgegangen, dass eine Qualifikation äquivalent § 87b SGB XI vorliegt. Bei Altenpfleger/helfer/innen und Krankenpfleger/helfer/innen ist eine zusätzliche Qualifikation (Weiterbildung) nicht erforderlich, sondern wird aufgrund der beruflichen Ausbildung als erfüllt betrachtet.

Abbildung 29 zeigt den Status nach § 87b SGB XI für Mitarbeitende der BD zu den drei Erhebungszeitpunkten (t0, t1, t2). Für N = 5 Mitarbeitende eines BD werden zu t2 keine weiteren Angaben gemacht, weshalb sich die Auswertungen auf N = 390 statt 395 Mitarbeitende beziehen. Da in dem Modellprogramm die Qualifizierung auch im Verlaufe des Modellvorhabens nachgeholt werden kann, wird dies in BD gesondert berücksichtigt. Zu allen drei Zeitpunkten liegt in mehr als der Hälfte der Fälle die Qualifikation bereits vor. Von t0 nach t2 nimmt dieser Anteil kontinuierlich zu, während der Anteil der Personen, die die Qualifizierung im Rahmen des Modellprogramms nachholen bzw. für die die Qualifizierung geplant ist, abnimmt. Der Chi<sup>2</sup>-Test bestätigt einen signifikanten Unterschied zwischen den drei Erhebungszeitpunkten (t0 bis t2) hinsichtlich der Qualifizierung gem. § 87b SGB XI der Mitarbeitenden ( $\chi^2_{(df=8, N=1033)} = 36.1, p < .001$ ).

Abbildung 29: Qualifikation der Mitarbeitenden analog § 87b SGB XI in BD



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t0 bis t2  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben zu sämtlichen Mitarbeitenden zu t0 (N = 272), t1 (N = 371) und t2 (N = 390).

Für einen Anteil von immerhin ca. 15% (zu t2; entspricht 16% aller gültigen Angaben) der Mitarbeitenden liegt jedoch keine Qualifizierung gem. § 87b SGB XI vor, ohne derzeit nachgeholt zu werden oder geplant zu sein. Da die Qualifizierung nur für Mitarbeitende, die in der häuslichen Betreuung eingesetzt werden, verbindlich ist, wird der Status bzgl. § 87b SGB XI nochmals in Abhängigkeit des überwiegenden Tätigkeitsbereichs betrachtet. Tabelle 21 zeigt die Aufschlüsselung nach Tätigkeitsbereich. Dabei wird deutlich, dass zu allen drei Erhebungszeitpunkten (t0, t1, t2) die Mehrheit der Mitarbeitenden ohne formelle Qualifizierung gemäß § 87b SGB XI *nicht* in der häuslichen Betreuung eingesetzt wird. So liegt beispielsweise der Anteil derjenigen, für die keine Qualifikation analog § 87b SGB XI zum Zeitpunkt t2 vorliegt und die dennoch in der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI eingesetzt werden bei 24% (N = 14 von insg. 58). Bezogen auf alle Mitarbeitenden liegt dieser Anteil allerdings lediglich bei 3.6%.

Betrachtet man die berufliche Qualifikation der Mitarbeitenden, die trotz der fehlenden formellen Qualifikation in der häuslichen Betreuung eingesetzt werden, hat zu t0 nur eine Person keinen Berufsabschluss, zu t1 ist nur eine Person ohne definierten Berufsabschluss und zu t2 zeigen sechs einen anderen Berufsabschluss und drei sind ohne definierten Berufsabschluss. Die übrigen Mitarbeitenden ohne formelle Qualifikation nach § 87b SGB XI, die dennoch in der häuslichen Betreuung eingesetzt werden (N = 2 von 3 zu t0, N = 3 von 4 zu t1, N = 5 von 14 zu t2) zeigen einen Berufsabschluss im gesundheitlich-sozialen Bereich, bei denen folglich vermutet werden kann, dass die Qualifikation anderweitig, z.B. durch entsprechende Berufserfahrung erworben wurde. Prinzipiell ist dies natürlich auch bei Personen ohne formellen Berufsabschluss im gesundheitlich-sozialen Bereich denkbar. Insgesamt handelt es sich aber nur um einen sehr geringen Anteil von Personen ohne formelle Qualifikation nach § 87b SGB XI, die in der häuslichen Betreuung eingesetzt werden. Der Verpflichtung zur Qualifizierung analog § 87b SGB XI in dem dafür relevanten Tätigkeitsbereich (§ 124 SGB XI) wird von BD offenbar i.d.R. nachgekommen.

Beim Vergleich des Status der Mitarbeitenden bzgl. der Qualifikation analog § 87b SGB XI findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD; vgl. Abbildung 30: Hier werden Mitarbeitende, bei denen die „Qualifikation geplant“ ist, zu „Nein – liegt nicht vor“ und Mitarbeitende, bei denen die Qualifikation „derzeit nachgeholt“ wird, zu „Ja – liegt vor“ gezählt“: t1 und t2 mit  $\chi^2_{(df=4, N=1053)} = 219.0$  und  $265.2$ ,  $p < .001$ ). Der Unterschied geht auf einen erhöhten Anteil von Personen mit einer Qualifikation analog § 87b SGB XI in BD und PD gegenüber nBa zurück.

Dabei fallen die Anteile der Personen mit einer solchen Qualifikation in BD und PD ähnlich hoch aus („liegt vor“ vs. „liegt nicht vor“ zu t1 und t2:  $p = .844$  und  $.281$ ), d.h. die Mitarbeitenden in BD und PD sind zumindest hinsichtlich § 87b SGB XI gleich gut qualifiziert. In nBa ist dagegen der Anteil von Personen, für die keine Qualifizierung analog § 87b SGB XI vorliegt („liegt nicht vor“) und von Personen, für die keine eindeutigen Angaben gemacht werden („keine Angabe“) erhöht. Selbst wenn die Fälle ohne Angaben (in nBa betrifft dies Fälle ohne genaue Angabe

zur Stundenanzahl der Qualifizierungsmaßnahme) aus der Analyse ausgeschlossen werden, unterscheiden sich die Mitarbeitenden der nBa weiterhin signifikant von denen der BD und PD hinsichtlich ihrer Qualifizierung (t1 und t2 mit  $\chi^2_{(df=2, N=914 \text{ und } 854)} = 152.0$  und  $229.6$ ,  $p < .001$ ). Demnach ist davon auszugehen, dass das betreuerische Qualifikationsniveau der Mitarbeitenden in nBa häufig unter dem der Mitarbeitenden in BD und PD liegt.

---

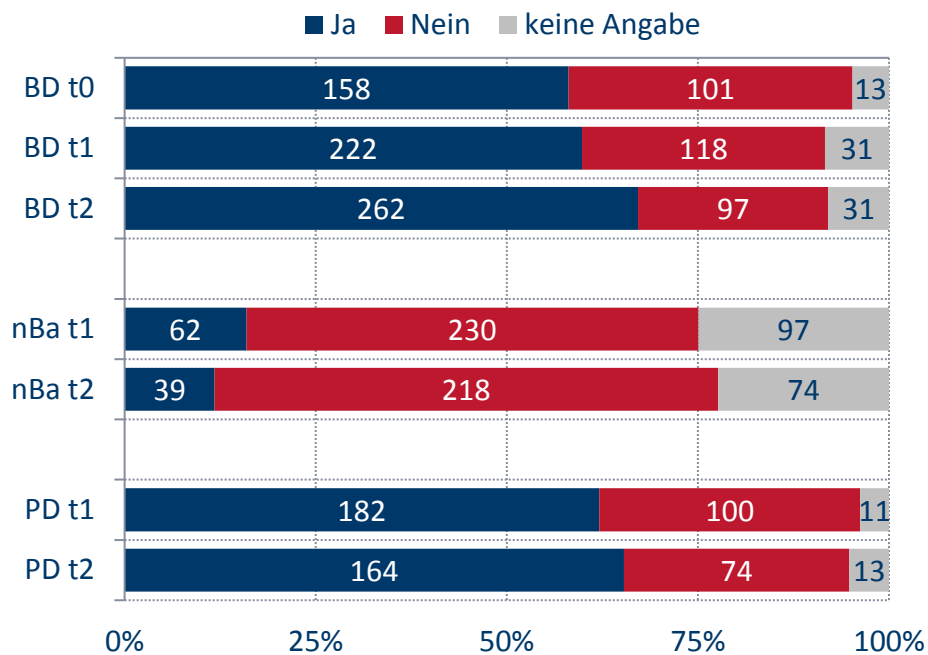
Tabelle 21: Qualifikation § 87b SGB XI nach Tätigkeitsbereich in BD (t0)

Überwiegender Tätigkeitsbereich	Qualifikation analog § 87b SGB XI				
	liegt vor	liegt nicht vor	z.Z. nachgeholt	geplant	keine Angabe
<b>t0</b>					
Verwaltung, Geschäftsführung (N = 11)	4 (2.9%)	4 (8.3%)	1	-	2
häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI (N = 93)	63 (45%)	3 (6.3%)	12	13	2
Leistungen nach § 45b SGB XI (N = 63)	47 (33.6%)	8 (16.7%)	1	7	-
hauswirtschaftliche Versorgung (N = 68)	7 (5%)	20 (41.7%)	4	32	5
sonstiger Bereich (N = 18)	6 (4.3%)	10 (20.8%)	-	1	1
keine Angabe (N = 19)	13 (9.3%)	3 (6.3%)	-	-	3
<b>t1</b>					
Verwaltung, Geschäftsführung (N = 16)	5 (2.4%)	9 (12%)	-	-	2
häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI (N = 102)	78 (37.1%)	4 (5.3%)	8	5	7
Leistungen nach § 45b SGB XI (N = 101)	60 (28.6%)	17 (22.7%)	3	9	12
hauswirtschaftliche Versorgung (N = 92)	36 (17.1%)	24 (32%)	1	24	7
sonstiger Bereich (N = 23)	5 (2.4%)	14 (18.7%)	-	4	-
keine Angabe (N = 37)	26 (12.4%)	7 (9.3%)	-	1	3
<b>t2</b>					
Verwaltung, Geschäftsführung (N = 26)	11 (4.3%)	4 (6.9%)	1	-	10
häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI (N = 81)	61 (23.8%)	14 (24.1%)	1	4	1
Leistungen nach § 45b SGB XI (N = 136)	115 (44.9%)	11 (19%)	1	3	6
hauswirtschaftliche Versorgung (N = 85)	33 (12.9%)	23 (39.7%)	3	24	2
sonstiger Bereich (N = 23)	9 (3.5%)	5 (8.6%)	-	8	1
keine Angabe (N = 39)	27 (10.5%)	1 (1.7%)	-	-	11

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Führungskräfte in BD zu t0 bis t2

Anmerkung: Spaltenprozent. Darstellung bezieht sich auf Angaben zu den Mitarbeitenden zu t0 (N = 272), t1 (N = 371) und t2 (N = 390). Geringere Zellenhäufigkeiten werden ohne Prozentangaben dargestellt.

Abbildung 30: Qualifikation der Mitarbeitenden analog § 87b SGB XI



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2

Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Einrichtungsleitungen zu den Mitarbeitenden zu t0 bis t2. Mitarbeitende, bei denen die Qualifikation geplant ist, werden zu „Nein“ gezählt; Mitarbeitende, bei denen die Qualifikation derzeit nachgeholt wird, werden zu „Ja“ gezählt.

### 3.5 Leistungsempfänger

Als Leistungsempfänger (Nutzer) im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung gelten sämtliche Kunden, die Betreuungsleistungen oder Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung bei den Einrichtungen (BD, nBa, PD) beziehen. Dieser Zusatz ist v.a. für PD relevant, die Kunden ausschließlich mit anderen Leistungsarten (Pflegeleistungen) versorgen können. Hingegen gehören für BD und nBa Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung zum Kerngeschäft und sollten i.d.R. durch jeden Kunden dieser beiden Einrichtungstypen bezogen werden.

Neben der Gesamtzahl der Kunden wurden von den Einrichtungsleitungen auch detaillierte Merkmale zu jedem einzelnen Kunden erhoben. Darüber hinaus wurden auch die Kunden bzw. deren Angehörigen selbst befragt.

Zu t2 machen zwei der verbliebenen und an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmenden BD überhaupt keine Angaben mehr zu ihren Kunden und zwei nennen nur die Anzahl der Kunden (N = 5 und 32). Auch für ein nBa liegen zu t1 nur Angaben zur Anzahl der Kunden vor, ohne dass detaillierte Angaben zu einzelnen Kunden gemacht werden (N = 40); zu t2 macht ebenfalls ein nBa überhaupt keine Angaben mehr zu seinen Kunden. Damit liegt die Summe der

Kunden sämtlicher BD zu t2 eigentlich bei  $N = 1791$  und sämtlicher nBa zu t1 bei  $N = 640$ , bei den Analysen der detaillierten Kundenmerkmale können jedoch nur  $N = 1754$  (BD t2) bzw.  $N = 600$  Kunden (nBa t1) berücksichtigt werden.

### 3.5.1 Deskription der Kunden

Eine Übersicht über die in der Folge detailliert berichteten Kundenmerkmale findet sich in Tabelle 83 bis Tabelle 86 im Anhang. Dort sind Kundenanzahl und die relevanten Merkmalsausprägungen der Kunden für jeden Einrichtungstyp (BD, nBa, PD) zusammenfassend dargestellt.

#### Anzahl der Kunden

Zu t0 berichten die Leitungskräfte der insgesamt 49 BD von  $N = 683$  Kunden; zu t1 hat sich die Anzahl mit  $N = 1488$  Kunden mehr als verdoppelt (Angaben aus  $N = 44$  BD); zu t2 hat sie die Gesamtzahl weiter erhöht auf  $N = 1791$  (Angaben aus  $N = 39$  BD). Zu t0 waren  $N = 11$  BD noch ohne Kunden; zu t1 und t2 hatten sämtliche BD, die noch im Modellprogramm verblieben waren bzw. an den Befragungen teilnahmen, inzwischen Kunden. Im Durchschnitt berichten die Leitungskräfte von ca. vierzehn Kunden pro BD zu t0 ( $M = 13.9$ ,  $SD = 16.0$ ,  $Min = 0$ ;  $Max = 68$ ;  $MDN = 6.0$ ); zu t1 hat sich diese Anzahl im Mittel um ca. neunzehn Kunden erhöht ( $M = 19.0$ ,  $SD = 25.0$ ;  $Min = -3$ ;  $Max = 126$ ;  $MDN = 11.5$ ), sodass durchschnittlich ca. 34 Kunden pro BD versorgt werden ( $M = 33.8$ ,  $SD = 26.6$ ;  $Min = 1$ ;  $Max = 126$ ;  $MDN = 31.0$ ); zu t2 befinden sich im Mittel ca. 46 Kunden in einem BD ( $M = 45.9$ ,  $SD = 42.0$ ,  $Min = 2$ ,  $Max = 181$ ,  $MDN = 34.0$ ). In einer ANOVA mit Messwiederholung (*within-subject design*) entspricht dies einer signifikanten Zunahme der durchschnittlichen Kundenanzahl über die Zeit ( $F_{(2,74)} = 19.9$ ,  $p < .001$ ; in Bonferroni-approximierten paarweisen Vergleichen ist sowohl die Zunahme von t0 nach t1 als auch von t1 nach t2 statistisch signifikant,  $p < .05$ ).

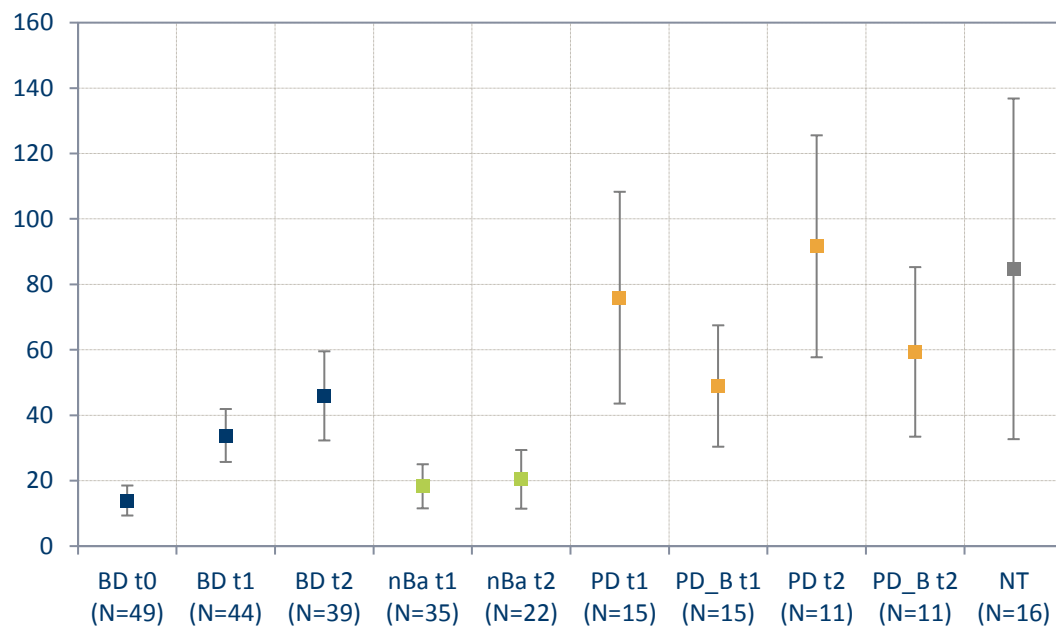
Um abzuschätzen, ob die Größe der BD durch wichtige Rahmenbedingungen (i.S.v. „Startbedingungen“) beeinflusst wird, wird die Kundenanzahl wieder in einer ANOVA mit Messwiederholung, diesmal in Abhängigkeit der Zwischenssubjektfaktoren „Trägerschaft“ (freigemeinnützig vs. privat), „Siedlungsstruktur“ (städtisch vs. ländlich) und „Gründungshistorie“ (Gründung aus Vorgängereinrichtung vs. Neugründung) als Zwischenssubjektfaktoren betrachtet. Dabei zeigt keiner dieser Zwischenssubjektfaktoren einen signifikanten Haupteffekt ( $p \geq .559$ ), d.h. die Kundenanzahl zu den drei Zeitpunkten unterscheidet sich nicht nach Rahmenbedingung. Auch interagiert die Zunahme der Kundenanzahl über die Zeit weder mit Trägerschaft noch mit Siedlungsstruktur oder Gründungshistorie ( $p \geq .151$ ), d.h. auch der Kundenzuwachs erfolgt relativ unabhängig von den untersuchten Rahmenbedingungen.

Von den „Nicht-Teilnehmern“ wird im Durchschnitt eine Kundenanzahl von 85 angegeben (Summe der Kunden  $N = 1356$ ,  $M = 84.8$ ,  $SD = 97.7$ ,  $Min = 13$ ,  $Max = 400$ ,  $MDN = 47.5$ ,  $N = 16$  Einrichtungen d.h. 7 sind ohne Angaben). Von den nBa werden zu t1 im Mittel 22 Kunden angegeben (Summe der Kunden  $N = 640$ ,  $M = 18.2$ ,  $SD = 19.6$ ,  $Min = 1$ ,  $Max = 71$ ,  $MDN = 11.0$ ,  $N = 35$  Einrichtungen) und 20

Kunden zu t2 (Summe der Kunden N = 449, M = 20.4, SD = 20.2, Min = 1, Max = 71, MDN = 9.5, N = 22 Einrichtungen d.h. eine ohne Angaben). Von den PD werden im Mittel ca. 76 Kunden zu t1 (Summe der Kunden N = 1139, M = 75.9, SD = 58.4, Min = 11, Max = 199, MDN = 54.0, N = 15 d.h. eine ohne Angaben) und ca. 92 Kunden zu t2 angegeben (Summe der Kunden N = 1008, M = 91.6, SD = 50.5, Min = 5, Max = 183, MDN = 91.0, N = 11 Einrichtungen). Berücksichtigt man für PD nur Kunden mit Betreuungs- oder haushaltsnahen Leistungen, so werden hier im Schnitt 49 Kunden zu t1 (Summe der Kunden N = 734, M = 48.9, SD = 33.5, Min = 10, Max = 113, MDN = 36.0, N = 15 Einrichtungen) und 59 zu t2 angegeben (Summe der Kunden N = 653, M = 59.4, SD = 38.6, Min = 2.0, Max = 143.0, MDN = 66.0, N = 11 Einrichtungen).

Abbildung 31 zeigt die Mittelwerte der Kundenanzahl ( $\pm$  Konfidenzintervall) in BD (t0, t1, t2) und den anderen Einrichtungen (nBa, „Nicht-Teilnehmer“, PD mit sämtlichen Kunden; PD nur mit Kunden mit Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung).

Abbildung 31: Kundenanzahl (Mittelwert  $\pm$  Konfidenzintervall)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2

Anmerkung: Abkürzungen: t0, Basiserhebung; t1, 1. Folgerhebung; t2, 2. Folgerhebung; BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; PD\_B berücksichtigt nur Kunden mit Betreuungsleistungen oder hauswirtschaftlicher Versorgung; NT, „Nicht-Teilnehmer“; N, Anzahl der Einrichtungen. „Nicht-Teilnehmer“ wurden nur nach Kunden mit Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung gefragt.

In ANOVAs mit der Kundenanzahl als abhängige Variable bestehen signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen (zu t1:  $F_{(3,106)} = 10.4$ ,



$p < .001$ ; zu t2:  $F_{(3,84)} = 6.6$ ,  $p < .001$ ). Diese Unterschiede rühren daher, dass „Nicht-Teilnehmer“ und PD im Mittel mehr Kunden aufweisen als BD (Bonferroni-approximierte paarweise Vergleiche zu t1 und t2:  $ps < .05$ ). „Nicht-Teilnehmer“ und PD unterscheiden sich hingegen genauso wenig wie BD und nBa ( $p \geq .887$ ). Berücksichtigt man für PD ausschließlich Kunden mit Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung, so variiert die Kundenanzahl weiterhin signifikant über die Einrichtungstypen (zu t1:  $F_{(3,106)} = 8.9$ ,  $p < .001$ ; zu t2:  $F_{(3,84)} = 4.8$ ,  $p < .01$ ), allerdings unterscheiden sich dann nur noch „Nicht-Teilnehmer“ von BD und nBa zu t1 bzw. von nBa zu t2 (Bonferroni-approximierte paarweise Vergleiche zu t1 und t2:  $ps < .01$ ), wohingegen sich PD der Kundenzahl der beiden vorrangig betreuerischen Einrichtungstypen (BD, nBa) annähern ( $p \geq .150$ ).

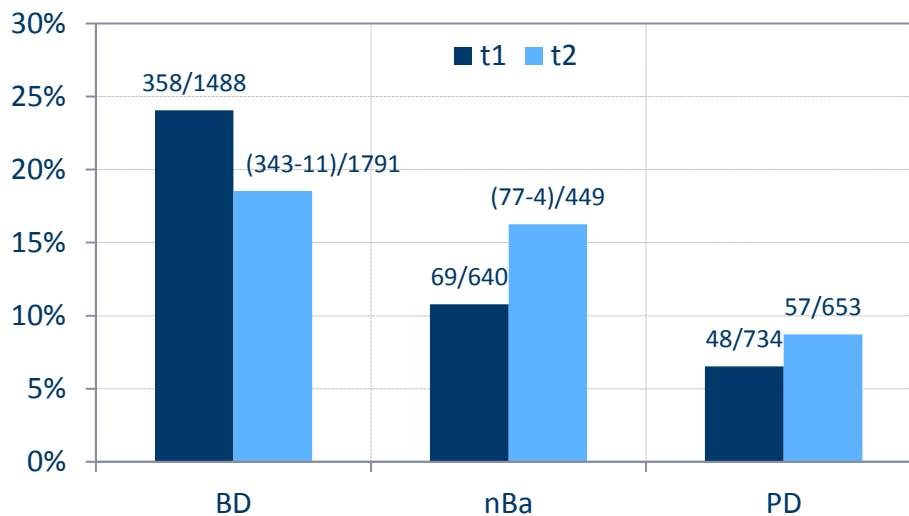
Für die acht BD, die ihre Teilnahme am Modellprogramm wieder beendet haben, ergibt sich in T-Tests kein signifikanter Unterschied in der Anzahl der Kunden zu im Modellprogramm verbliebenen BD (zu t0:  $p = .784$ ; zu t1:  $p = .820$ ).

*Kundenbefragung:* Aus BD erfolgten Rückmeldungen durch  $N = 358$  zu t1 und  $N = 343$  zu t2; aus nBa antworteten  $N = 69$  zu t1 und  $N = 77$  zu t2; aus PD antworteten  $N = 48$  zu t1 und  $N = 57$  Kunden/Angehörige zu t2. Gemessen an der Anzahl der Kunden in den Einrichtungen entspricht dies einer Teilnahmequote von 24.1% in BD zu t1 ( $358/1488$ ), 18.5% in BD zu t2 ( $332/1791$ ; von insgesamt 343 Antwortenden werden 11 nicht mitgezählt, da die Leitungskraft keine Angaben zur Kundenanzahl macht), 10.8% in nBa zu t1 ( $69/640$ ), 16.3% in nBa zu t2 ( $73/449$ ; von insgesamt 77 Antwortenden werden 4 nicht mitgezählt, da die Leitung keine Angaben zur Kundenanzahl macht), 6.5% in PD zu t1 ( $48/734$ ) und 8.7% in PD zu t2 ( $57/653$ ; bei PD werden nur Kunden/Angehörige mit Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung berücksichtigt).

Die Teilnahmequoten unterscheiden sich für BD und nBa signifikant zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (t1 vs. t2:  $\chi^2_{(df=1, N=3969 \text{ und } 1231)} = 9.7$  und  $5.3$ ,  $p < .05$ ) mit einer geringeren Teilnahme zu t2 in BD aber einer erhöhten Teilnahme zu t2 in nBa; für PD bleibt die Teilnahmequote unverändert ( $p = .154$ ). Zwischen den drei Einrichtungstypen besteht zu beiden Erhebungszeitpunkten ein signifikanter Unterschied bzgl. der Teilnahmequote (zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=3337)} = 94.0$ ,  $p < .001$ ; zu t2:  $\chi^2_{(df=2, N=3355)} = 26.0$ ,  $p < .001$ ) mit insgesamt geringeren Teilnahmequoten in den Vergleichseinrichtungen als in BD; zu t2 nähern sich die Teilnahmequoten in BD und nBa allerdings einander an (vgl. Abbildung 36).

Für BD kann anhand der Stichprobengrößen zu t1 und t2 die Häufigkeit eines beliebigen Merkmals mit einem Stichprobenfehler von 5% und einem Vertrauensbereich von 95% ermittelt werden. In nBa wäre dazu eine Stichprobe von mindestens  $N = 241$  zu t1 und  $N = 208$  zu t2 und in PD von mindestens  $N = 253$  zu t1 und  $N = 243$  zu t2 erforderlich gewesen. Da die Stichprobengrößen aber deutlich darunterliegen, ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse aus den Kundenbefragungen in nBa und PD nicht gesichert.

Abbildung 32: Teilnahmequoten in schriftlichen Kundenbefragungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen und Kunden zu t1 und t2  
 Anmerkung: Quote berechnet sich durch Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen von Kunden bzw. Angehörigen an Anzahl der Kunden in den Einrichtungen (gem. Einrichtungsleitung). Bei BD t2 und nBa t2 können 11 bzw. 4 Rücksendungen bei der Berechnung nicht berücksichtigt werden, da die Angaben der Leitungen zur Kundenanzahl fehlen.

Die Teilnehmer der Kundebefragung stammen aus  $N = 37$  BD jeweils zu t1 und t2,  $N = 19$  nBa zu t1 und  $N = 21$  nBa zu t2 und  $N = 6$  PD jeweils zu t1 und t2. Damit liegen zu t1 aus sieben teilnehmenden BD keine Kundenfragebögen vor (zu t1 sind  $N = 47$  im Modellprogramm, aber  $N = 3$  ohne Teilnahme an t1; vgl. Kapitel 3.1) und zu t2 liegen aus vier BD keine Fragebögen vor. Ebenso fehlen zu t1 Fragebögen aus sechzehn nBa und zehn PD und zu t2 aus zwei nBa und fünf PD. Trotz mehrmaliger Rückfragen durch die Studienleitung konnten diese Einrichtungen keine Kunden bzw. Angehörigen für die schriftliche Befragung gewinnen.

### Alter und Geschlecht

Gemäß den Angaben der Leitungskräfte zu t0, t1 und t2 sind die Kunden der BD durchschnittlich um das Jahr 1940 geboren (vgl. Tabelle 22). In einer ANOVA zeigt sich allerdings ein signifikanter Unterschied über die drei Erhebungszeitpunkte ( $F_{(2,3877)} = 5.3$ ,  $p < .01$ ); in Bonferroni-approximierten paarweisen post-hoc Vergleichen geht dieser Haupteffekt auf einen signifikanten Unterschied zwischen t0 und t2 zurück ( $p < .01$ ) mit durchschnittlich etwas älteren Kunden zu t2 als zu t0. Da sich BD zu t0 noch im Aufbau befanden und sich das Alter der Kunden zwischen t1 und t2 nicht wesentlich unterscheidet ( $p = .164$ ), scheint sich die Kundenpopulation der BD in Bezug auf ihr Alter seit t1 zu stabilisieren.

Für die Vergleichseinrichtungen finden sich zwar signifikante Unterschiede zwischen t1 und t2 (nBa:  $F_{(1,1037)} = 17.1$ ,  $p < .001$ ; PD:  $F_{(2,2002)} = 10.8$ ,  $p < .01$ ) mit durchschnittlich älteren Kunden zu t1 (vgl. Tabelle 22). Anders als bei BD (t0 vs. t1)

kann diese Veränderung aber nicht auf eine Veränderung der Kundenpopulation zurückgeführt werden, da sich die Einrichtungen nicht im Aufbau befanden; zudem setzen sich auch die Stichproben teilnehmender Vergleichseinrichtungen zu t1 und t2 deutlich anders zusammen, was einen direkten Vergleich zwischen den Zeitpunkten erschwert (vgl. Tabelle 13).

Das Alter der Kunden unterscheidet sich sowohl zu t1 als auch zu t2 signifikant zwischen den drei Einrichtungstypen (t1:  $F_{(2,3185)} = 63.6, p < .001$ ; t2:  $F_{(2,3058)} = 105.7, p < .001$ ) mit Unterschieden in sämtlichen Bonferroni-approximierten paarweisen Vergleichen (BD vs. nBa, BD vs. PD, nBa vs. PD:  $p < .01$ ); dabei nimmt das durchschnittliche Alter der Kunden von nBa über BD nach PD zu (vgl. Tabelle 22).

Etwa ein Drittel der Kunden in BD ist männlich (t0, t1 und t2: siehe Tabelle 13); das Geschlecht unterscheidet sich im Chi<sup>2</sup>-Test nicht signifikant zwischen den Erhebungszeitpunkten ( $p = .742$ ). Trotz einer generellen Zunahme der Kundenanzahl seit t0, hat sich so die Kundenpopulation in BD zumindest hinsichtlich Geschlecht nicht verändert. Auch für die Vergleichseinrichtungen finden sich bzgl. Geschlecht keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten (t1 vs. t2: nBa  $p = .544$ , PD  $p = .787$ ).

Allerdings bestehen zwischen den drei Einrichtungstypen sowohl zu t1 als auch zu t2 im Chi<sup>2</sup>-Test signifikante Unterschiede hinsichtlich der Geschlechterverteilung (ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=3227 \text{ und } 3031)} = 14.3$  und  $14.9, p < .01$ ), mit einem erhöhten Anteil weiblicher Kunden in BD und PD gegenüber nBa – obwohl Frauen numerisch in allen drei Einrichtungstypen die Mehrheit stellen (Tabelle 22).

Tabelle 22: Alter und Geschlecht der Kunden

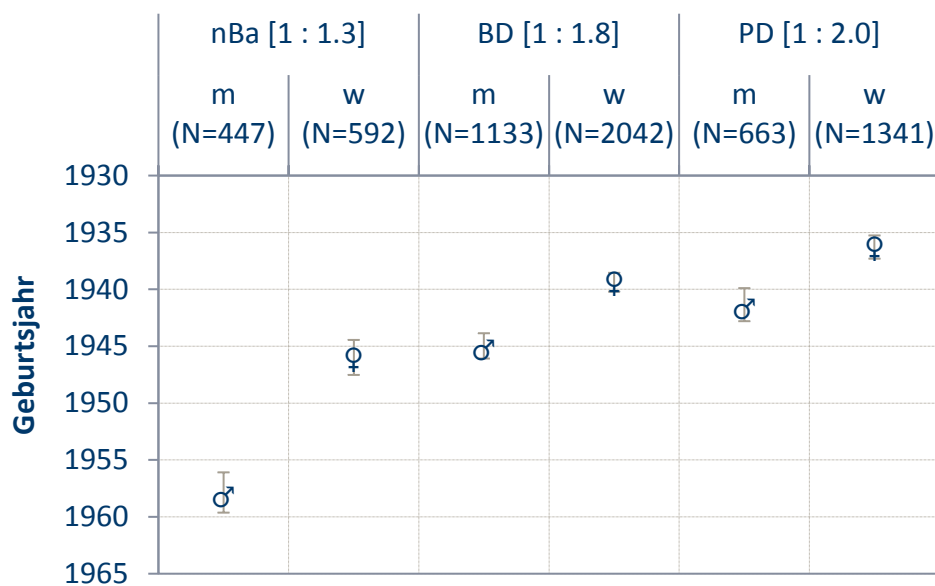
	Geburtsjahr						Geschlecht N		
	M	SD	Min	Max	MDN	N	♂	♀	k.A.
BD t0	1939.3	19.3	1913	2014	1934	674	235 (34.4%)	448 (65.6%)	-
BD t1	1940.7	19.0	1915	2014	1935	1459	537 (36.1%)	951 (63.9%)	-
BD t2	1942.0	18.6	1912	2015	1937	1747	609 (35.3%)	1114 (64.7%)	31
nBa t1	1947.9	26.8	1914	2009	1937	590	252 (42.0%)	348 (58.0%)	-
nBa t2	1955.3	30.4	1911	2015	1940	449	197 (43.9%)	252 (56.1%)	-
PD t1	1937.1	12.9	1914	2009	1934	1139	374 (32.8%)	765 (67.2%)	-
PD t2	1939.0	14.2	1914	2009	1935	865	289 (33.4%)	576 (66.6%)	143

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu z0 bis t2

Anmerkung: Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Min, Minimum; Max, Maximum; MDN, Median; m, männlich; w, weiblich; k.A., keine Angaben.

Somit zeigen Einrichtungen mit einem höheren Durchschnittsalter (PD, BD) zugleich die höheren Anteile weiblicher Kunden, was mit der höheren Lebenserwartung von Frauen erklärbar ist (Frauenanteil nimmt mit höherem Alter der Kunden zu; vgl. Abbildung 33). Da sich die Kunden in PD und BD aus älteren Bevölkerungsschichten zusammensetzt, erhöht sich zwangsläufig auch der Frauenanteil in diesen Einrichtungen.

Abbildung 33: Geburtsjahr der Kunden (Mittelwert  $\pm$  Konfidenzintervall) nach Geschlecht und Einrichtungstyp



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1 und t2

Anmerkung: Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste. N = Anzahl Männer und Frauen (t1 und t2 zusammengefasst). In eckigen Klammern: Mengenverhältnis Männer zu Frauen (t1 und t2 zusammengefasst). Die Unterschiede zwischen „♂“ (männlich) und „♀“ (weiblich) innerhalb jedes Einrichtungstyps entsprechen dem Haupteffekt für „Geschlecht“ auf Geburtsjahr.

In der Folge wird der Zusammenhang von Alter und Geschlecht in den Einrichtungen noch einmal direkt geprüft. Da sich die Kunden der BD weder bzgl. Geschlecht noch bzgl. Alter zwischen t1 und t2 unterscheidet, werden die Populationen zu beiden Erhebungszeitpunkten für die Analyse zusammengefasst. Analog erfolgt dies auch für die Vergleichseinrichtungen – obwohl hier statistische Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten (t1, t2) auftreten, wird nicht davon ausgegangen, dass diese auf tatsächliche Veränderungen der Kundenpopulation zurückzuführen sind; die Zusammenfassung von t1 und t2 zu einer Population ist so auch hier zu vertreten. Durch die Zusammenfassung wird die Power der statistischen Tests erhöht.

In einer gemeinsamen ANOVA mit Geschlecht und Einrichtungstyp als gleichzeitige unabhängige Variablen (UV) und Alter (Geburtsjahr) als abhängige Variable (AV),

zeigen sich zum einen Haupteffekte für Geschlecht ( $F_{(1,6212)} = 184.3$ ,  $p < .001$ ; entspricht durchschnittlich älteren Frauen) und Einrichtungstyp ( $F_{(2,6212)} = 156.4$ ,  $p < .001$ ; entspricht ältesten Kunden in PD > BD > nBa); zum anderen tritt eine statistisch signifikante Interaktion der beiden UV auf ( $F_{(2,6212)} = 12.2$ ,  $p < .001$ ). Da sich die Kunden in PD und BD aus älteren Bevölkerungsschichten zusammensetzt, erhöht sich zwangsläufig auch der Frauenanteil in diesen Einrichtungen.

Abbildung 33 verdeutlicht die beiden Haupteffekte und die Interaktion: Der Haupteffekt des Einrichtungstyps entspricht der Konstante zunehmenden Alters von nBa über BD nach PD; der Haupteffekt für Geschlecht entspricht dem durchgängig höherem Durchschnittsalter der Frauen gegenüber Männern; die Interaktion der beiden UV Einrichtungstyp und Geschlecht geht indes auf einen besonders hoch ausgeprägten Altersunterschied zwischen Männern und Frauen in nBa zurück.

Die Ursache des Interaktionseffekts von Geschlecht und Einrichtungstyp auf Alter geht aus Abbildung 34 hervor. Dort zeigt sich, dass der Anteil der Frauen i.d.R. über dem der Männer liegt; nur in nBa zeigt sich, dass bei besonders jungen Kunden ein höherer Männeranteil vorliegt; dadurch fällt das Durchschnittsalter der Männer in nBa im Vergleich zu anderen Einrichtungen relativ „jung“ aus („relativ viele junge männliche Kunden in nBa“; vgl. dazu <sup>15</sup>).

Die Befunde zu Geschlecht und Alter zeigen, dass das typische Leistungsspektrum der drei Einrichtungstypen verschiedene Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen, teils alterskorrelierten Betreuungs- und Pflegebedarfen adressiert. Unterstützungsbedarfe bei der Bewältigung alltagspraktischer Herausforderungen sind offenbar bereits bei einer jüngeren Population prävalent und werden vorrangig durch nBa adressiert. Mit zunehmendem Alter assoziierte Morbidität und damit einhergehende alltagspraktische Einbuße werden hingegen vermehrt durch BD adressiert. Dass die Kunden dort noch etwas jünger sind als in PD, reflektiert vermutlich die „typische“ Entwicklungslinie v.a. demenzieller Erkrankungen. Typischerweise treten die ersten demenziellen Symptome früher auf als die rein körperlich bedingte Pflegebedürftigkeit; dadurch läge das Alter der Kunden in BD, die vorrangig Betreuung erbringen, unter dem Alter der Kunden in PD, die vorrangig Pflegeleistungen, auch für Kunden ohne Demenz, erbringen.

Man kann so allgemeiner postulieren, dass nBa offenbar Bedarfe adressieren, die früher in der Lebensspanne auftreten, während BD und PD Bedarfe adressieren, die zu einem späteren Zeitpunkt auftreten. Dabei gibt es sowohl alterskorrelierte als auch erkrankungsspezifische Entwicklungslinien, die eine differentielle Inanspruchnahme der drei Einrichtungstypen zu bedingen scheinen. Die nBa adressieren eher erkrankungsbedingte Bedarfe, die früher in der Lebensspanne auftreten; BD adressieren eher spätere Bedarfe erkrankungsbedingter

---

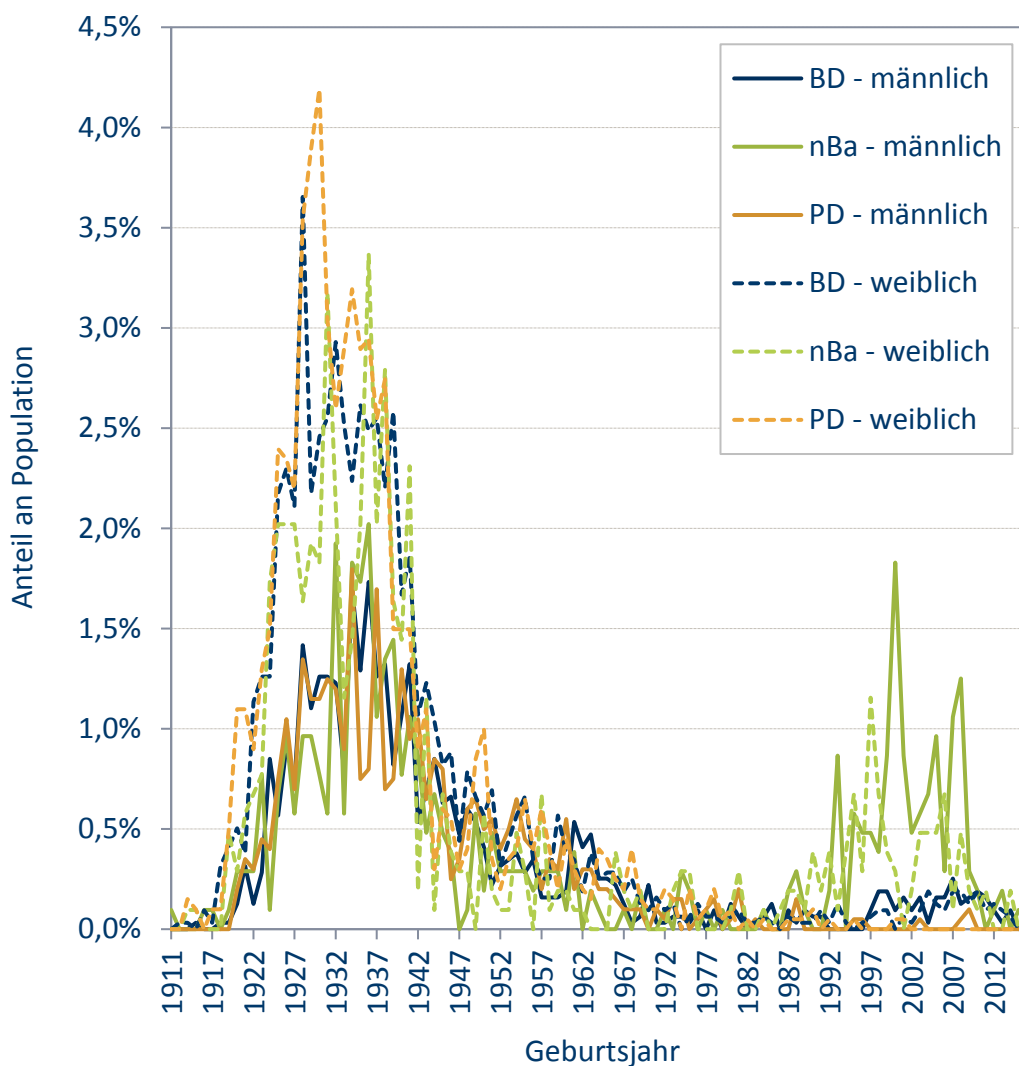
<sup>15</sup> Blencowe et al. (2010): Preterm birth-associated neurodevelopmental impairment estimates at regional and global levels for 2010. *Pediatric Research*; 74(Suppl 19): 17-34.

Kraemer S (2000): The fragile male. *BMJ*; 321: 1609-1612.

---

Entwicklungen (v.a. bei Demenz); PD adressieren v.a. alterskorrelierte Hilfebedarfe, die zu einem späteren Zeitpunkt auftreten. Dies deutet eindeutig daraufhin, dass die drei Einrichtungstypen durch jeweils eigene Zielgruppen genutzt werden.

Abbildung 34: Anteil an Populationen in Einrichtungen nach Alter und Geschlecht



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Populationen zu t1 und t2 wurden zusammengefasst; % (Y-Achse) entspricht Anteil der Kunden an N = 3175 in BD, N = 1039 in nBa und N = 2004 in PD (N entsprechen Kunden mit Angaben zu Geschlecht und Geburtsjahr).

*Kundenbefragung:* Die Angaben der Befragungsteilnehmer zum Alter und Geschlecht der Kunden unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (ANOVA mit Alter t1 vs. t2: BD  $p=.112$ , nBa  $p=.850$ , PD  $p=.561$ ; Chi<sup>2</sup>-Test t1 vs. t2 ohne Fälle mit fehlenden Angaben: BD  $p=.057$ ; nBa  $p=.279$ ; PD  $p=.175$ ) Die Stichproben der Kundenbefragungen zu t1 und t2 werden daher pro Einrichtungstyp zusammengefasst.

Die Teilnehmer der Kundenbefragung in BD geben durchschnittlich das Jahr 1943 als Geburtsjahr an (M = 1942.6, SD = 19.4, Min = 1915, Max = 2013, MDN = 1937, N = 593 d.h. 108 ohne Angabe); ein Drittel der Kunden ist männlich (männlich: N = 236, 33.7%; weiblich: N = 439, 62.6%; ohne Angaben: N = 26, 3.7%). Die Angaben zum Alter und Geschlecht der Kunden in BD unterscheiden sich nicht signifikant zwischen der Kundenbefragung und der Befragung der Führungskräfte (T-Test für Alter in Kundenbefragung vs. Leitungskraft, t1 und t2 zusammengefasst:  $p=.165$ ; Chi<sup>2</sup>-Test für Geschlecht, ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben, t1 und t2 zusammengefasst:  $p=.720$ ).

Auch für die Vergleichseinrichtungen findet sich kein Unterschied zwischen der Stichprobe der Kundenbefragung und der in der Befragung der Leitung beschriebenen Kundenpopulation – weder bzgl. Alter (Geburtsjahr) im T-Test (nBa:  $p=.324$ ; PD:  $p=.084$ ) noch bzgl. Geschlecht im Chi<sup>2</sup>-Test (ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben zum Geschlecht: nBa  $p=.709$ ; PD  $p=.522$ ). Tabelle 23 enthält die deskriptiven Statistiken der Parameter Geburtsjahr und Geschlecht für die Stichproben der Kundenbefragungen in den drei Einrichtungstypen, zusammengefasst für t1 und t2 (BD, nBa, PD).

Tabelle 23: Alter und Geschlecht der Kundenstichproben

Stichprobe	Geburtsjahr						Geschlecht N (%)		
	M	SD	Min	Max	MDN	k.A.	m	w	k.A.
BD t1 + t2 (N=701)	1942.6	19.4	1915	2013	1937	108	236 (33.7%)	439 (62.6%)	26 (3.7%)
nBa t1 + t2 (N=146)	1948.6	26.3	1919	2015	1938	19	64 (43.8%)	80 (54.8%)	2 (1.4%)
PD t1 + t2 (N=105)	1936.1	10.1	1919	1965	1933	10	30 (28.6%)	70 (66.7%)	5 (4.8%)

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Min, Minimum; Max, Maximum; MDN, Median; m, männlich; w, weiblich; k.A., keine Angaben (missing). Aufgrund fehlender signifikanter Unterschiede in der Zusammensetzung der Stichproben zu t1 und t2, wurden die die Angaben zu beiden Erhebungszeitpunkten zusammengefasst.

Ebenso wie die von den Leitungen beschriebenen Populationen, unterscheiden sich auch die Stichproben der Kundenbefragungen signifikant zwischen den drei Einrichtungstypen, mit dem höchsten Durchschnittsalter und Frauenanteil in PD (ANOVA Geburtsjahr:  $F_{(2,812)} = 11.0$ ,  $p<.001$ ; Chi<sup>2</sup>-Test Geschlecht:  $\chi^2_{(df=2, N=919)} = 6.3$ ,  $p<.05$ ). Die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben der Kundenbefragung bzgl. Alter und Geschlecht reflektiert so die unterschiedlichen Populationen in BD, nBa und PD. Vorausgesetzt, dass die Angaben der Einrichtungsleitungen einer Vollerhebung der Kundenpopulation entsprechen, besteht für die Stichproben in den Kundenbefragungen kein Selektionsbias bzgl. der beiden wichtigen demographischen Parameter Alter und Geschlecht.

### Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe/-grad)

Gemäß den Angaben der Leitungskräfte der BD setzt sich die Kundenpopulation sowohl zu t0 als auch zu t1 zur Hälfte aus PS I und zu ca. einem Viertel aus PS II zusammen. Der Anteil von Personen mit PS III nimmt von 7% zu t0 auf 12% zu t1 leicht zu ( $\chi^2$ -Test:  $\chi^2_{(df=5, N=2171)}=28.4$ ,  $p<001$ ; vgl. Tabelle 24).

Zwischen den drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) besteht zu t1 ein signifikanter Unterschied in der relativen Häufigkeit des Status der Pflegestufe ( $\chi^2$ -Test berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben zum Status:  $\chi^2_{(df=8, N=3112)}=287.2$ ,  $p<.001$ ). Dieser Unterschied geht hauptsächlich auf einen erhöhten Anteil von Personen ohne Pflegestufe in PD gegenüber nBa und BD zurück; außerdem findet sich ein höherer Anteil von Personen mit PS I in BD als in nBa und mit PS 0 oder PS III in nBa und BD als in PD (Tabelle 24).

Tabelle 24: Pflegestufenstatus der Kunden zu t0 und t1

	BD t0				BD t1				nBa t1				PD t1				Ps %
	N	%	% <sup>g</sup>	% <sup>PS</sup>	N	%	% <sup>g</sup>	% <sup>PS</sup>	N	%	% <sup>g</sup>	% <sup>PS</sup>	N	%	% <sup>g</sup>	% <sup>PS</sup>	
PS 0	79	11.6	12.2	12.5	170	11.4	11.7	11.8	59	9.8	11.0	11.7	61	5.4	5.4	6.6	5.7
PS I	339	49.6	52.2	53.6	758	50.9	52.2	52.8	238	39.7	44.3	47.1	535	47.0	47.6	58.2	55.8
PS II	165	24.2	25.4	26.1	325	21.8	22.4	22.6	131	21.8	24.4	25.9	240	21.1	21.4	26.1	29.3
PS III	49	7.2	7.6	7.8	183	12.3	12.6	12.7	77	12.8	14.3	15.2	84	7.4	7.5	9.1	9.3
~PS	17	2.5	2.6	-	16	1.1	1.1	-	32	5.3	6.0	-	203	17.8	18.1	-	-
k.A.	34	5.0	-	-	36	2.4	-	-	63	10.5	-	-	16	1.4	-	-	-
<b>Total</b>	<b>683</b>				<b>1488</b>				<b>600</b>				<b>1139</b>				

Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

Anmerkung:

Abkürzungen: t0, Basiserhebung; t1, 1. Folgerhebung; BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; PS, Pflegestufe; %<sup>g</sup>, gültige %, d.h. Spaltenprozent ohne Personen mit fehlenden Angaben zum Pflegestufenstatus (k.A., keine Angabe); %<sup>PS</sup>, Spaltenprozent ohne Personen mit fehlenden Angaben zum Pflegestufenstatus und ohne PS (~PS, keine Pflegestufe) zum Vergleich mit Pflegestatistik; Ps, Prozent gem. aktueller Pflegestatistik (2015).



Die Häufigkeitsverteilung der Pflegestufen in BD und nBa zu t1 unterscheidet sich von der Verteilung im ambulanten Bereich gem. aktueller Pflegestatistik (2015)<sup>16</sup> (PS 0 5.7%, PS I 55.8%, PS II 29.3%, PS III 9.3%) (Chi<sup>2</sup>-Tests:  $p < .001$ ); in PD findet sich dagegen kein Unterschied ( $p = .127$ ). Demnach entsprechen die Kunden teilnehmender PD den typischen Kunden im ambulanten Bereich, wohingegen BD und nBa offenbar einen davon abweichenden, anderen Kundenkreis zeigen.

Zu t2 ändert sich die Abfrage, da seit Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff den Pflege-/Unterstützungsbedarf in Form von *Pflegegraden* statt Pflegestufen abbildet. Bereits anerkannte Pflegestufen sind unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Einschränkungen der Alltagskompetenz (EA) in Pflegegrade (PG) umrechenbar: PS I ohne EA und PS 0 (keine PS mit EA) entsprechen PG 2, PS II ohne EA und PS I mit EA entsprechen PG 3; PS III ohne EA und PS II mit EA entsprechen PG 4 und PS III mit EA und Härtefälle entsprechen PG 5. Allerdings fehlt zu t0 und t1 die Information, um PG 1 (umfasst Fälle, die vor PSG II ohne Leistungsanspruch im Rahmen von SGB XI blieben) sowie PG 5 bei Härtefällen (wurde zu t0 und t1 nicht erfasst) aus den Daten zu berechnen. Deshalb erfolgt die Darstellung für t2 zunächst getrennt von t0 und t1 (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Pflegegrade der Kunden zu t2

	BD t2			nBa t2			PD t2		
	N	%	% <sup>B</sup>	N	%	% <sup>B</sup>	N	%	% <sup>B</sup>
PG 1	58	3.3%	3.4%	31	6.9%	8.3%	13	1.3%	1.4%
PG 2	754	43.0%	44.3%	130	29.0%	34.9%	360	35.7%	38.6%
PG 3	505	28.8%	29.7%	119	26.5%	32.0%	228	22.6%	24.5%
PG 4	229	13.1%	13.4%	59	13.1%	15.9%	121	12.0%	13.0%
PG 5	65	3.7%	3.8%	26	5.8%	7.0%	41	4.1%	4.4%
~PG	92	5.2%	5.4%	7	1.6%	1.9%	169	16.8%	18.1%
k.A.	51	2.9%	-	77	17.1%	-	76	7.5%	-
<i>Total</i>	1754			449			1139		

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t2

Anmerkung: Abkürzungen: t2, 2. Folgerhebung; BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; PG, Pflegegrad; %<sup>B</sup>, gültige %, d.h. Spaltenprozent ohne Personen mit fehlenden Angaben zum Pflegestufenstatus (k.A., keine Angabe); ~PG, kein Pflegegrad.

Auch bzgl. der Pflegegrade zu t2 besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen (Chi<sup>2</sup>-Test berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben zu PG:  $\chi^2_{(df=10, N=3007)} = 196.1$ ,  $p < .001$ ). Dieser Unterschied geht hauptsächlich auf einen höheren Anteil von PG 2 in BD und von Personen ohne PG

<sup>16</sup> Statistisches Bundesamt, Wiesbaden: <https://www.destatis.de>

in PD zurück. Der Unterschied reflektiert so den bereits zu t1 Festgestellten aus mehr Personen mit PS 0 und PS I in BD, die hier unter PG 2 zu fallen scheinen und mehr Personen ohne PS in PD, die hier wahrscheinlich ohne PG bleiben.

Da bereits Alter und Geschlecht *nicht* zwischen t1 und t2 variierten, wäre anzunehmen, dass sich über die beiden Erhebungszeitpunkte die Populationen in den Einrichtungen nicht verändert haben. Allerdings zeigt sich beim Vergleich der Pflegegrade, die auf Grundlage der Angaben zu t1 eindeutig berechnet werden können (lediglich PG 2 bis PG 4), dass in allen drei Einrichtungstypen Unterschiede der Verteilung relativ zu t2 bestehen (Chi<sup>2</sup>-Tests berücksichtigen keine Fälle mit fehlenden Angaben zu PS oder EA zu t1 bzw. PG zu t2; BD:  $\chi^2_{(df=2, N=2820)} = 155.1$ ,  $p < .001$ ; nBa:  $\chi^2_{(df=2, N=735)} = 48.6$ ,  $p < .001$ ; PD:  $\chi^2_{(df=2, N=1505)} = 13.9$ ,  $p < .01$ ). Die Verteilung der PG 2 bis 4 zu t1 (berechnete PG) und t2 (erhobene PG) ist wie folgt:

	BD				nBa				PD			
	t1		t2		t1		t2		t1		t2	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PG 2	378	28.4	754	50.7	80	18.7	130	42.2	328	41.2	360	50.8
PG 3	586	44.0	505	33.9	223	52.2	119	38.6	304	38.2	228	32.2
PG 4	368	27.6	229	15.4	124	29.0	59	19.2	164	20.6	121	17.1

Demnach hat der Anteil von Personen mit PG 2 zu t2 relativ zu t1 (berechneter Anteil) zugenommen; hingegen hat der Anteil von PG 3 und PG 4 abgenommen. Die generelle Zunahme niedrigerer und Abnahme höherer Pflegegrade von t1 nach t2 könnte für eine Veränderung der Population in den Einrichtungen sprechen. Da dies jedoch in allen drei Einrichtungstypen gleichermaßen auftritt, scheint eher eine systematische „Verschiebung“ in der Zuordnung derselben Personengruppen das unterschiedliche Auftreten der Pflegegrade zu t1 und t2 zu bedingen.

Aus einem Abgleich der aktuellen Formel zur Umrechnung von Pflegestufen in Pflegegrade mit den Ergebnissen des Praxistests des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) wird ersichtlich, dass Personen mit dem neuen Begutachtungsverfahren keineswegs immer den Pflegegrad erhalten, der ihnen anhand der Umrechnungsformel – ohne erneute Begutachtung – zugewiesen wird<sup>17</sup>. Da sich zu t2 mit hoher Wahrscheinlichkeit neue Kunden in den Einrichtungen befinden, die bereits mit dem neuen Verfahren beurteilt wurden, fällt sehr wahrscheinlich bei manchen dieser Kunden die Zuordnung zu einem Pflegegrad – unter ansonsten gleichen Voraussetzungen – anders aus als wenn ihr Pflegegrad aus einer vorhergehenden Pflegestufe umgerechnet worden wäre. Damit ist die Verteilung der Pflegegrade zwischen t1 und t2 nicht direkt vergleichbar.

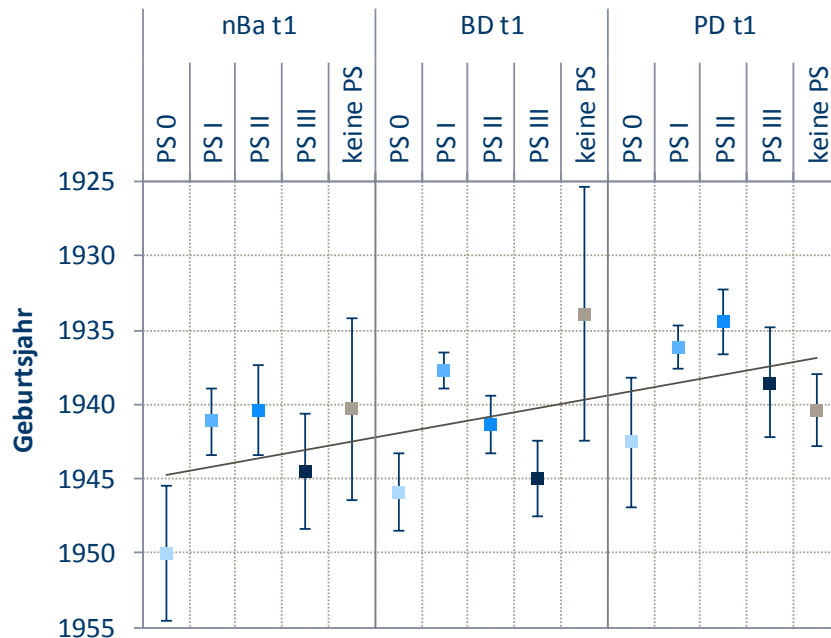
<sup>17</sup> S.116. Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband 2011.

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen Pflegestufe und Alter (zu t1) betrachtet, um nochmals einen Vergleich mit der typischen Verteilung gem. aktueller Pflegestatistik (2015)<sup>16</sup> vorzunehmen und auf unterschiedliche Zielgruppen der Einrichtungstypen zu schließen. Eine analoge Betrachtung der Pflegegrade zu t2 ist nicht angezeigt, da noch keine Pflegestatistik mit Pflegegraden vorliegt.

In einer ANOVA mit Alter (Geburtsjahr) als AV und Pflegestufenstatus (PS 0, PS I, PS II, PS III, keine PS zu t1) und Einrichtungstyp (BD, nBa, PD) als UV, zeigt sich zum einen ein signifikanter Haupteffekt für Pflegestufe ( $F_{(4,3059)}=12.4$ ,  $p<.001$ ), der damit zusammenhängt, dass Personen mit PS 0 und PS III durchschnittlich jünger sind als Personen mit Pflegestufe I und II ( $M \pm$  Konfidenzintervall: PS 0  $1946.2 \pm 2.7$ , PS I  $1938.4 \pm 1.0$ , PS II  $1938.7 \pm 1.4$ , PS III  $1942.7 \pm 2.0$ ; Bonferroni-adjustiert  $p<.05$ ). Der Befund, dass Personen mit Pflegestufe III durchschnittlich jünger sind als Personen mit Pflegestufe I und II ist konsistent mit der Pflegestatistik (2013)<sup>16</sup>. Der Haupteffekt für Einrichtungstyp ( $F_{(2,3059)}=8.8$ ,  $p<.001$ ) entspricht dem Befund durchschnittlich älterer Kunden in PD, der bereits im vorhergehenden Abschnitt berichtet wurde.

Zum anderen zeigt sich aber auch eine signifikante Interaktion zwischen Pflegestufenstatus und Einrichtungstyp ( $F_{(8,3059)}=2.5$ ,  $p<.05$ ). Diese geht v.a. darauf zurück, dass sich das Alter der Pflegestufen I bis III i.d.R. nicht signifikant voneinander unterscheidet außer in BD; dort sind Personen mit Pflegestufe II und III signifikant jünger als Personen mit Pflegestufe I. Zudem liegt das Alter der Personen ohne Pflegestufe i.d.R. über dem Alter von Personen mit Pflegestufe 0, außer in PD; dort unterscheidet sich das Alter von Personen mit Pflegestufe 0 und ohne Pflegestufe nicht voneinander (vgl. Abbildung 35).

Abbildung 35: Geburtsjahr der Kunden (Mittelwert  $\pm$  Konfidenzintervall) nach Pflegestufenstatus und Einrichtungstyp



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1  
 Anmerkung: Abkürzungen: t1, 1. Folgerhebung; BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; PS, Pflegestufe. Trendlinie verdeutlicht den Haupteffekt für „Einrichtungstyp“ auf Geburtsjahr.

Während sich so für BD eher ein umgekehrt linearer Bezug zwischen Alter und PS I bis III zeigt (je höher die Pflegestufe, desto jünger die Kunden), findet sich für nBa und PD kein solcher Zusammenhang. In diesen Einrichtungen unterscheidet sich das Durchschnittsalter der drei Pflegestufen nicht voneinander, wobei insbesondere Pflegestufe I und Pflegestufe II nah beieinanderliegen, während der Mittelwert für Pflegestufe III zumindest numerisch etwas darunterliegt – was konsistent mit der Pflegestatistik ist.

In Hinblick auf die Pflegestatistik erscheint die gemeinsame Verteilung von Alter und Pflegestufe in den BD so vom typischen Muster abzuweichen: In BD fallen Personen mit Pflegestufe II und III relativ zu Personen mit Pflegestufe I „jünger“ aus als aufgrund der Pflegestatistik zu erwarten wäre. Zudem zeigt sich nur für Pflegestufe 0 und I eine Zunahme des durchschnittlichen Alters von nBa über BD nach PD, was dem im vorangegangenen Abschnitt skizzierten alterskorrelierten unterschiedlichen Bedarf entspricht, der vermutlich durch die verschiedenen Einrichtungstypen adressiert wird. Für Pflegestufe II und III findet sich hingegen eine Zunahme des durchschnittlichen Alters nur von nBa nach PD, während diese Pflegestufen in BD relativ jung ausfallen, d.h. unterhalb der linearen Alterszunahme von nBa über BD nach PD liegen. Man kann daher vermuten, dass einerseits alterskorrelierte Ausprägungen des Pflegebedarfs zu einer

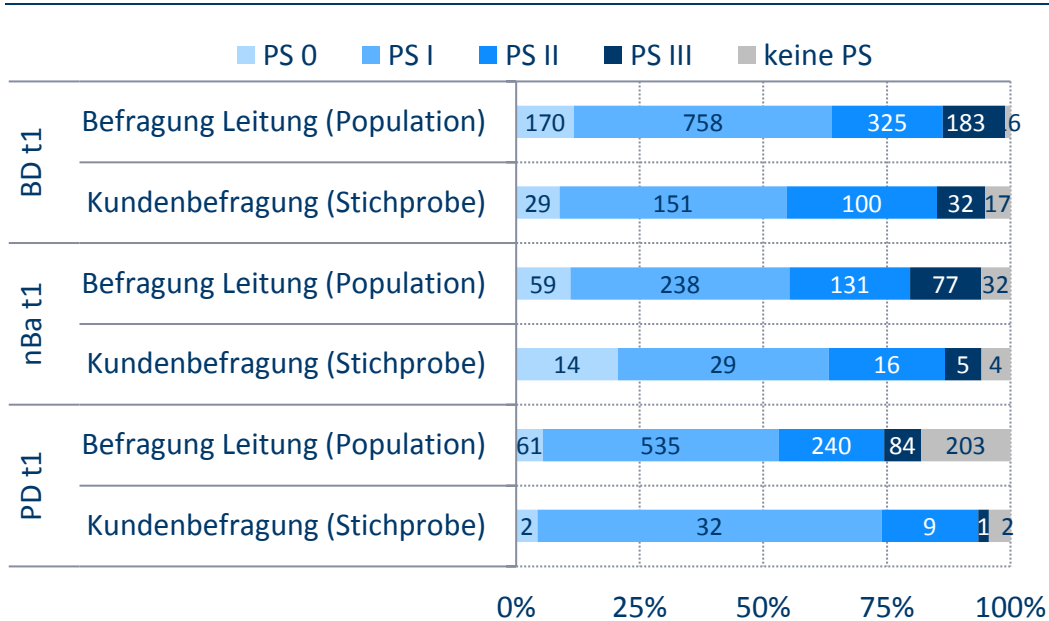
differentiellen Frequentierung der verschiedenen Einrichtungstypen durch unterschiedliche Personengruppen führen (bei PS 0 und PS I). Andererseits verweisen die relativ jungen Personen mit höheren Pflegestufen in BD (PS II und III) auf wahrscheinlich altersunabhängige Hilfebedarfe (evtl. aufgrund von Erkrankung oder Behinderung). Alterskorrelierte und altersunabhängige Hilfebedarfe könnten so parallel zu einer differentiellen Inanspruchnahme der verschiedenen Einrichtungstypen durch unterschiedliche Personengruppen beitragen.

*Kundenbefragung:* Abbildung 36 stellt die Häufigkeiten des Status der Pflegestufe in der Kundenpopulation (Angaben der Einrichtungsleitungen) den Häufigkeiten in der Kundenstichprobe (schriftliche Kundebefragung) zum Erhebungszeitpunkt t1 gegenüber.

Da sich die BD zu t0 noch im Aufbau (Kundenakquise) befanden und die Kundenbefragung (Stichprobe) in zeitlicher Nähe zur t1-Befragung der Leitungskräfte (Population) stattfand, ist der Vergleich zu t1 aussagekräftiger. Der Chi<sup>2</sup>-Test zeigt für BD zu t1 einen signifikanten Unterschied bzgl. des Pflegestufenstatus zwischen der Stichprobe der Befragungsteilnehmer und der Kundenpopulation (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben zur Pflegestufe:  $\chi^2_{(df=4, N=1781)}=37.1, p<.01$ ). Der Unterschied geht v.a. auf eine verringerte Teilnahme von Personen mit PS I (45.9% in Stichprobe vs. 52.2% in Population; vgl. Abbildung 36) und eine erhöhte Teilnahme von Personen mit PS II an der Kundenbefragung zurück (30.4% in Stichprobe vs. 22.4% in Population; vgl. Abbildung 36). Die Stichprobe der Kundenbefragung in BD erscheint so hinsichtlich der Verteilung der Pflegestufen nicht vollständig repräsentativ für die Kundenpopulation dieses Einrichtungstyps.

Bei den Vergleichseinrichtungen zeigt sich bzgl. des Pflegestufenstatus nur für PD ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Stichprobe der Kundenbefragung und der Kundenpopulation (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=4, N=1169)}=11.0, p<.05$ ). Dieser Unterschied geht allerdings auf andere Differenzen als in BD zurück: In PD haben überproportional viel Personen mit PS I an der Befragung teilgenommen (69.6% in Stichprobe vs. 47.6% in Population; vgl. Abbildung 36); dafür haben relativ wenig Personen ohne PS teilgenommen (4.3% in Stichprobe vs. 18.1% in Population; vgl. Abbildung 36). Für nBa liegt hingegen kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Stichprobe und der Population vor ( $p=.144$ ). Für nBa könnte man daher annehmen, dass die Verteilung der verschiedenen Pflegestufen in der Stichprobe der tatsächlichen Verteilung in der Kundenpopulation entspricht – während für BD und PD ein Selektionsbias bzgl. Pflegestufe vorliegt. Allerdings legt die visuelle Inspektion von Abbildung 36 nahe, dass auch für nBa ein Selektionsbias in Form einer verstärkten Teilnahme von Personen mit PS 0 und einer etwas verringerten Teilnahme von Personen mit PS III vorliegt; dieser Unterschied wird vermutlich nur aufgrund der geringeren Fallzahl in der nBa-Stichprobe nicht statistisch signifikant.

Abbildung 36: Pflegestufenstatus in Kundenpopulation und- Stichprobe (t1)



Quelle: IGES; schriftliche Befragungen der Einrichtungsleitungen und Kunden zu t1  
 Anmerkung: Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; PS, Pflegestufe. Häufigkeiten für Population entsprechen Angaben der Leitungskräfte zum Pflegestufenstatus der Kunden zu t1; Häufigkeiten für Stichprobe entsprechen Angaben der Kunden bzw. Angehörigen zum Pflegestufenstatus der Kunden zu t1. Personen mit fehlenden Angaben zum Status der Pflegestufe sind nicht dargestellt (Population: BD N = 36, nBa N = 63, PD N = 16; Stichprobe: BD N = 29, nBa N = 1, PD N = 2).

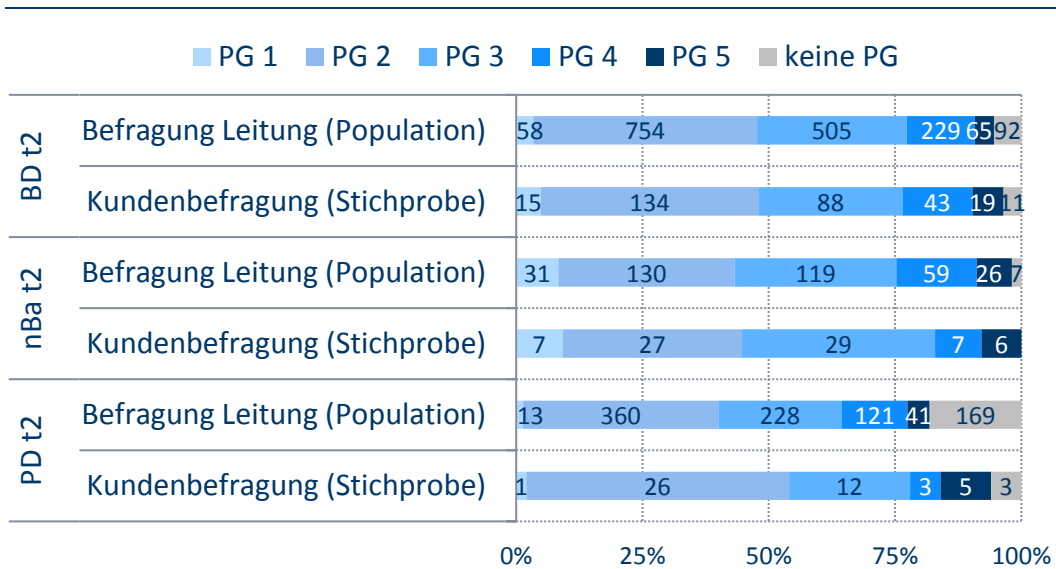
Ob die unterschiedliche Selektion in den drei Einrichtungstypen (PS 0: erhöhte Teilnahme in nBa; PS I: verringerte Teilnahme in BD, vermehrte Teilnahme in PD; PS II: vermehrte Teilnahme in BD; ohne PS: verringerte Teilnahme in PD) zu Unterschieden in der Zusammensetzung der Stichproben in der Kundenbefragung führt, wird überprüft indem die Stichproben direkt miteinander verglichen werden. Tatsächlich zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Stichproben ( $\chi^2_{(df=8, N=443)}=19.8, p<.05$ ), der v.a. auf einen erhöhten Anteil von Personen mit PS 0 in nBa relativ zu BD und PD, einen erhöhten Anteil von Personen mit PS I in PD relativ zu BD und nBa und einen erhöhten Anteil von Personen mit PS II in BD relativ zu nBa und PD zurückgeht. Die Unterschiede zwischen den Kundenstichproben reflektieren so eindeutig die unterschiedliche Selektion in den verschiedenen Einrichtungstypen. Der Gruppenunterschied auf Stichprobenebene (PS 0: erhöhter Anteil in nBa gegenüber BD und PD; PS I: erhöhter Anteil in PD gegenüber BD und nBa; PS II: erhöhter Anteil in BD gegenüber nBa und PD) ist deshalb ein anderer als auf Populationsebene (ohne PS: erhöhter Anteil in PD gegenüber nBa und BD; PS III: erhöhter Anteil in nBa und BD gegenüber PD).

Der Befund, dass die Unterschiede zwischen den Populationen einerseits und den Stichproben andererseits voneinander verschieden ausfallen, legt nahe, dass qualitativ unterschiedliche Selektionsmechanismen wirksam sind. Da sich die Populationen in den Einrichtungstypen unterschiedlich stark aus den verschiedenen Pflegestufen zusammensetzen, hätte derselbe Selektionsbias zwar differentiell wirken (d.h. pro Einrichtungstyp unterschiedliche Pflegestufen unterschiedlich stark selektieren können) aber im Ergebnis ähnliche Stichproben hervorbringen müssen. Da sich aber sowohl die Kundenpopulationen der drei Einrichtungstypen als auch die Stichproben in den Kundenbefragungen unterschiedlich zusammensetzen und diese Unterschiede voneinander abweichen, kann von unterschiedlichen Selektionsmechanismen ausgegangen werden.

Solch unterschiedliche Selektionsmechanismen legen nahe, dass sich die Populationen in den verschiedenen Einrichtungstypen nicht einfach nur in ihren quantitativen Anteilen der verschiedenen Pflegestufen voneinander unterscheiden, sondern sich dieselben Pflegestufen aus jeweils anderen Personengruppen rekrutieren. Dies ist auch konsistent mit der vorhergehenden Interpretation, dass die Frequentierung der verschiedenen Einrichtungstypen offenbar mit dem Alter und weiteren (vom Alter unabhängigen) Personenvariablen zusammenhängt.

Zu t2 unterscheiden sich die Verteilungen der Pflegegrade zwischen der Kundenbefragung und der Befragungen der Leitung nur noch bei PD statistisch signifikant (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben zur Pflegestufe:  $\chi^2_{(df=5, N=982)} = 11.3, p < .05$ ; vgl. Abbildung 43), nicht bei BD ( $p = .232$ ) und nBa ( $p = .523$ ). Somit reflektieren die Stichproben zu t2 v.a. aus BD und nBa – zumindest in Hinblick auf das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe/Pflegegrad) – die Verteilung der Population besser als noch zu t1.

Abbildung 37: Pflegegradstatus in Kundenpopulation und- Stichprobe (t2)



Quelle: IGES; schriftliche Befragungen der Einrichtungsleitungen und Kunden zu t2  
 Anmerkung: Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; PG, Pflegegrad. Häufigkeiten für Population entsprechen Angaben der Leitungskräfte zum Grad der Pflegebedürftigkeit der Kunden zu t2; Häufigkeiten für Stichprobe entsprechen Angaben der Kunden bzw. Angehörigen zum Pflegestufenstatus der Kunden zu t1. Personen mit fehlenden Angaben zum Status des Pflegegrads sind nicht dargestellt (Population: BD N = 51, nBa N = 77, PD N = 76; Stichprobe: BD N = 33, nBa N = 1, PD N = 7).

### Einschränkung der Alltagskompetenz (EA)

Gemäß den Angaben der Leitungskräfte der BD setzt sich die Kundenpopulation sowohl zu t0 als auch zu t1 zu ca. 40% aus Personen mit einer *erheblich* eingeschränkten Alltagskompetenz zusammen. Hingegen hat der Anteil der Personen mit einer *in erhöhtem Maße* eingeschränkten Alltagskompetenz von t0 nach t1 etwas abgenommen; dafür hat der Anteil von Personen ohne EA zugenommen. Im Chi<sup>2</sup>-Test entspricht dies einer signifikanten Veränderung der Kundenpopulation von t0 nach t1 hinsichtlich des EA-Status ( $\chi^2_{(df=3, N=2171)}=18.0$ ,  $p<.001$ ; vgl. Tabelle 26).

Zwischen den drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) besteht zu t1 ein signifikanter Unterschied bzgl. der Häufigkeit von EA (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=4, N=3044)}=345.3$ ,  $p<.001$ ). Dieser Unterschied beruht darauf, dass sich in BD und nBa mehr Personen mit EA befinden als in PD (vgl. Tabelle 26). Zudem unterscheiden sich auch BD und nBa signifikant voneinander, v.a. da sich in nBa mehr Personen mit einer im erhöhten Maße eingeschränkten Alltagskompetenz („erhöhter Betrag“; vgl. Tabelle 26) befinden als in BD, dafür aber in BD ein höherer Anteil der Kunden keine Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist als in nBa (vgl. Tabelle 26).



Tabelle 26: Einschränkung der Alltagskompetenz der Kunden

	BD t0			BD t1			nBa			PD		
	N	%	% <sup>g</sup>	N	%	% <sup>g</sup>	N	%	% <sup>g</sup>	N	%	% <sup>g</sup>
EA liegt vor	536	78.5	79.5	1058	71.1	72.7	471	78.5	87.9	492	43.2	46.8
Grundbetrag	278	40.7	41.2	608	40.9	41.8	236	39.3	44.0	344	30.2	32.7
erhöhter Betrag	258	37.8	38.3	450	30.2	30.9	235	39.2	43.8	148	13.0	14.1
EA liegt nicht vor	138	20.2	20.5	398	26.7	27.3	73	12.2	13.4	562	49.3	53.3
k.A.	9	1.3	-	32	2.2	-	56	9.3	-	85	7.5	-
<i>Total</i>	683			1488			600			1139		

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1  
 Anmerkung: Abkürzungen: t0, Basiserhebung; t1, 1. Folgerhebung; BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; EA, Einschränkung der Alltagskompetenz; %<sup>g</sup>, gültige %, d.h. Spaltenprozent ohne Personen mit fehlenden Angaben zum Pflegestufenstatus (k.A., keine Angabe).

Die verschiedenen Anteile der Kunden mit Einschränkung der Alltagskompetenz zeugen von den unterschiedlichen Schwerpunkten der drei Einrichtungstypen. Da sich Betreuungsleistungen verstärkt an Personen mit psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen richten – die häufig mit einer Einschränkung der Alltagskompetenz einhergehen – ist der erhöhte Anteil von Personen mit derart Einschränkungen in BD und nBa gegenüber PD insofern erwartungsgemäß als, dass Betreuungsleistungen zum Kerngeschäft von BD und nBa nicht aber unbedingt PD zählen.

Der erhöhte Anteil von Personen mit EA in nBa gegenüber BD bzw. der erhöhte Anteil von Personen ohne eine solche Einschränkung in BD relativ zu nBa hängt hingegen sehr wahrscheinlich mit dem leistungsrechtlichen Zugang zu den verschiedenen Einrichtungstypen zusammen: nBa können Betreuungsleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung ausschließlich als Erstattungsleistung erbringen, was bis zum Inkrafttreten des PSG I (Januar 2015) das Vorliegen einer EA voraussetzte. Hingegen ist es BD von Anfang an möglich gewesen, Betreuungsleistungen direkt mit dem Sachleistungsanspruch der Versicherten zu verrechnen. Dadurch können BD immer schon Betreuungsleistungen im Rahmen des Sachleistungsanspruchs der Pflegestufe von Versicherten erbringen, selbst wenn keine Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt. Aufgrund dieser historisch bedingten unterschiedlichen Zugänge könnten sich die Kunden in nBa stärker als in BD aus Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz rekrutieren.

Die Betrachtung von EA zu t2 entfällt, da EA mit Inkrafttreten des PSG II und dem neuen Begutachtungsverfahren (NBA) in die Pflegegrade integriert wurde.

*Kundenbefragung:* Sämtliche Angaben zum EA-Status aus der Kundenbefragung finden sich in Tabelle 27. Unterschiede zwischen der Stichprobe der Kundebefragung und der jeweiligen Population finden sich nur in BD (zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=1846)}=154.7$ ) und PD (zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=1187)}=12.8$ ,  $p<.01$ ) und nicht in nBa (n.s.,  $p=.079$ ). Diese gehen v.a. auf einen höheren Anteil fehlender Angaben zum EA-Status in der Stichprobe zurück (BD: N = 64, 17.9% vs. N = 32, 2.2%; PD: N = 10, 20.8% vs. N = 85, 7.5%). Sehr wahrscheinlich kennen die Kunden bzw. Angehörigen den EA-Status seltener als die Einrichtungsleitungen.

Wiederholt man die Chi<sup>2</sup>-Tests unter Berücksichtigung nur der Fälle, die eindeutige Angaben zum EA-Status machen, bleibt nur für BD (t1) ein signifikanter Unterschied zwischen der Kundenpopulation und den Befragungsteilnehmern ( $\chi^2_{(df=1, N=1750)}=11.1$ ,  $p<.01$ ). Dieser geht auf einen geringeren Anteil von Personen *ohne* EA und einen erhöhten Anteil von Personen *mit* EA in der Kundenbefragung zurück (82% mit EA und 18% ohne EA in der Kundenbefragung vs. 72.7% mit EA und 27.3% ohne EA in der Kundenpopulation). Damit ist die Gruppe von Personen ohne EA in der Kundenbefragung in BD statistisch unterrepräsentiert.

Für nBa und PD finden sich hingegen keine statistischen Unterschiede zwischen der Stichprobe in der Kundenbefragung und der Population, wenn man Personen mit fehlenden Angaben unberücksichtigt lässt (nBa:  $p=.704$ ; PD:  $p=.174$ ). Abbildung 38 stellt den EA-Status der Populationen (Angaben der Einrichtungsleitungen) dem der Stichproben (Kundenbefragung) ohne Berücksichtigung von Personen mit fehlenden Antworten gegenüber. Dabei fällt auf, dass für PD der Unterschied zwischen Stichprobe und Population (Differenz Anteil mit EA in Population vs. Stichprobe) zumindest numerisch ähnlich groß ausfällt wie für BD, vermutlich aufgrund der geringeren Fallzahl aber nicht statistisch signifikant wird. Damit besteht offenbar sowohl für BD als auch PD ein Selektionsbias für Personen mit EA. Dieser könnte damit erklärt werden, dass pflegende/betreuende Angehörige tendenziell eher teilnahmebereit/-fähig sind als Kunden selbst, da sie i.d.R. keine oder zumindest geringere Einschränkungen aufweisen sollten und es ihnen so leichter fallen wird einen Fragebogen ausfüllen können. Im Falle von Kunden mit EA befinden sich wahrscheinlich häufiger betreuende Angehörige in der Nähe, die die alltäglichen Angelegenheiten des Kunden regeln und die Beantwortung des Fragebogens übernehmen können.

Dass bei nBa der Selektionsbias nicht auftritt, könnte damit zusammenhängen, dass sich nBa historisch bedingt vorrangig auf Kunden mit Betreuungsbedarf und die Entlastung von Angehörigen konzentrieren, so dass häufiger davon ausgegangen werden kann, dass betreuende Angehörige in der Nähe sind, die die Beantwortung des Fragebogens übernehmen.

Tabelle 27: Status der EA in der Kundenbefragung (Spalten-%)

Status eingeschränkte Alltagskompetenz (EA)	BD			nBa			PD		
	N	%	% <sup>§</sup>	N	%	% <sup>§</sup>	N	%	% <sup>§</sup>
EA liegt vor	241	67.3	82.0	60	87.0	88.2	22	45.8	58.9
davon ... erhebliche EA (104 EUR)	108	30.2	36.7	23	33.3	33.8	12	25.0	31.6
... in erhöhtem Maße EA (208 EUR)	78	21.8	26.5	34	49.3	50.0	2	4.2	5.3
... ohne Angabe zum genauen Status	55	15.4	18.7	3	4.3	4.4	8	16.7	21.1
EA liegt nicht vor	53	14.8	18.0	8	11.6	11.8	16	33.3	42.1
keine Angabe	64	17.9	-	1	1.4	-	10	20.8	-
<i>Total</i>	358			69			48		

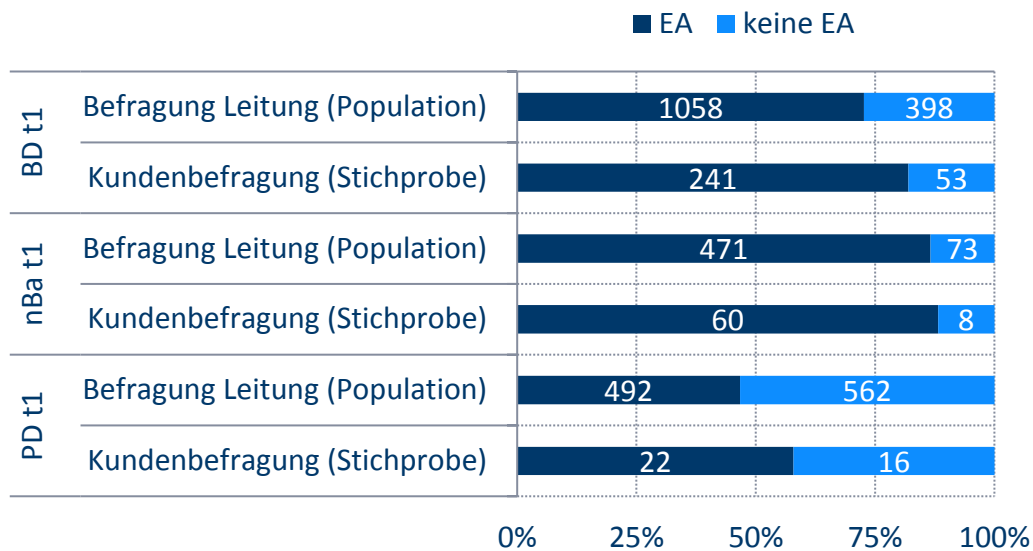
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1  
 Anmerkung: Abkürzungen: EA, Einschränkung der Alltagskompetenz. Darstellung bezieht sich auf Anzahl der Kunden mit entsprechendem Status der EA, die an der Kundenbefragung zu t1 teilgenommen haben. Der EUR-Betrag in Klammern bezieht sich auf die Höhe des zusätzlichen Betrages unter PSG I, der gem. § 45a SGB XI dieser Personengruppe zur Verfügung stand (SGB XI, Fassung vom Januar 2013).

Vergleicht man die Stichproben der drei Einrichtungstypen direkt miteinander, so zeigt sich auch hier ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2_{(df=4, N=475)}=27.9, p<.01$ ), v.a. da sich in den Stichproben der nBa und BD anteilig häufiger Personen mit EA befinden als in PD (vgl. Abbildung 38). Dieser Unterschied reflektiert die verschiedenen Anteile von EA in den Populationen der drei Einrichtungstypen (vgl. Tabelle 26). Durch den Selektionsbias in BD und PD liegen die EA-Anteile in den Stichproben aus den drei Einrichtungstypen jedoch etwas näher beieinander als in den Populationen (vgl. Tabelle 26 und Tabelle 27).

Zudem befinden sich höhere Anteile von Personen ohne Angaben zum EA-Status in BD und PD als nBa (vgl. Tabelle 27). Dies könnte damit erklärt werden, dass für nBa-Kunden das Vorliegen von EA ein bedeutsameres Zugangskriterium darstellt als für Kunden von BD und PD. Zur Abrechnung von Betreuungsleistungen der nBa mit der Pflegekasse musste bis zum Inkrafttreten des PSG I (Januar 2015) sogar eine EA vorliegen. In den anderen beiden Einrichtungstypen konnte der Zugang dagegen auch über den Sachleistungsanspruch erfolgen, so, dass Kunden über Ansprüche aufgrund von EA möglicherweise weniger informiert sind.

Wie bereits bei den Angaben der Leitung zum EA-Status der Kunden erwähnt, entfällt die Betrachtung von EA zu t2, da sie zu diesem Zeitpunkt nicht mehr getrennt vom Pflegebedarf (Pflegetrad) erfasst wird.

Abbildung 38: EA in Kundenpopulation und- Stichprobe



Quelle: IGES; schriftliche Befragungen der Einrichtungsleitungen und Kunden zu t1  
 Anmerkung: Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; EA, Einschränkung der Alltagskompetenz. Häufigkeiten für Population entsprechen Angaben der Leitungskräfte zum Pflegestufenstatus der Kunden zu t1; Häufigkeiten für Stichprobe entsprechen Angaben der Kunden bzw. Angehörigen zum Status der Kunden zu t1. Personen mit fehlenden Angaben sind nicht dargestellt (vgl. Tabelle 27).

### Art der Erkrankung/Einschränkung

Sowohl Leitungen (Kundenpopulation) als auch Kunden bzw. Angehörige (Stichprobe der Kundenbefragung) werden nach der konkreten Art der Einschränkung bzw. Erkrankung der Kunden gefragt (Fremd- bzw. Selbsteinschätzung).

Die Häufigkeit der Angaben für die Kundenpopulationen (Befragung der Leitungskraft) sind Tabelle 28 zu entnehmen. Demnach entfallen für BD die häufigsten Nennungen zu t0 auf demenzielle Erkrankungen; zu t1 und t2 werden hingegen „körperliche Behinderungen“ (Einschätzung der Einrichtungsleitung) am häufigsten genannt. Betrachtet man nur die Anteile (%) an der BD-Population zu t0 und t1, so ist der Anteil von Personen mit einer körperlichen Erkrankung relativ konstant geblieben und unterscheidet sich im Chi<sup>2</sup>-Test nicht zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (t0 vs. t1:  $p=.206$ ); zu t2 hat der Anteil von Personen mit einer körperlichen Behinderung jedoch signifikant zugenommen (t1 vs. t2:  $\chi^2_{(df=1, N=3242)} = 43.5, p<.001$ ). Dagegen hat der Anteil von Personen mit einer demenziellen Erkrankung in BD im Chi<sup>2</sup>-Test von t0 nach t1 zunächst signifikant abgenommen (t0 vs. t1:  $\chi^2_{(df=1, N=2171)} = 59.6, p<.001$ ), von t1 nach t2 jedoch wieder zugenommen (t1 vs. t2:  $\chi^2_{(df=1, N=3242)} = 17.0, p<.001$ ). Ebenso hat der Anteil von Personen mit einer psychischen Erkrankung – zwar in geringerem Umfang,

dennoch signifikant – in BD von t0 nach t1 abgenommen (t0 vs. t1:  $\chi^2_{(df=1, N=2171)}=6.7, p<.05$ ), von t1 nach t2 jedoch wieder zugenommen (t1 vs. t2:  $\chi^2_{(df=1, N=3242)}=27.8, p<.001$ ). Der Anteil von Personen mit „anderen“ Einschränkungen (entspricht Restkategorie von Nennungen, die sich keiner der vordefinierten Kategorien zuordnen lassen, wie z.B. „Diabetes“, „Altersgebrechlichkeit“) bleibt von t0 nach t1 zunächst unverändert ( $p=.117$ ), nimmt aber von t1 nach t2 signifikant zu ( $\chi^2_{(df=1, N=3242)}=9.1, p<.01$ ). Numerisch fällt diese Zunahme von 2% auf 4% aber sehr gering aus und erscheint damit vernachlässigbar. Der Anteil von Personen, für die keine konkrete Einschränkung/Erkrankung genannt wird, hat in BD von t0 nach t1 zunächst signifikant zugenommen (t0 vs. t1:  $\chi^2_{(df=1, N=2171)}=38.4, p<.001$ ), von t1 nach t2 aber wieder abgenommen (t1 vs. t2:  $\chi^2_{(df=1, N=3242)}=99.9, p<.001$ ).

Während bei Betrachtung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) noch unklar war, ob sich die Population oder nur die Zuordnung derselben Personengruppen (durch das neue Begutachtungsverfahren) geändert hat, legen die Befunde zur Art der Einschränkung nun nahe, dass sich die Population in den BD tatsächlich zu t2 verändert hat. Eine Veränderung von t0 nach t1 war zu erwarten, da sich die Dienste zu t0 (Basiserhebung) noch im Aufbau befanden. Die zwischen t1 und t2 ebenfalls gefundenen Unterschiede sprechen nun aber dafür, dass sich die Kundenpopulation auch nach t1 noch entwickelt hat.

Auch bei den Vergleichseinrichtungen zeigen sich Unterschiede über die Zeit (t1 vs. t2); wie bereits erwähnt, setzen sich die Stichproben teilnehmender Vergleichseinrichtungen zu t1 und t2 jedoch deutlich anders zusammen, was einen direkten Vergleich zwischen den Zeitpunkten erschwert.

Tabelle 28: Art der Einschränkung der Kunden (Einschätzung der Leitung)

	BD t0	BD t1	BD t2	nBa t1	nBa t2	PD t1	PD t2
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Demenz	417 (61.1%)	643 (43.2%)	885 (50.5%)	348 (58%)	233 (51.9%)	382 (33.5%)	304 (30.2%)
KB	388 (56.8%)	802 (53.9%)	1145 (65.3%)	202 (33.7%)	132 (29.4%)	636 (55.8%)	616 (61.1%)
GB	56 (8.2%)	121 (8.1%)	133 (7.6%)	108 (18%)	143 (31.8%)	55 (4.8%)	24 (2.4%)
Psych.	93 (13.6%)	147 (9.9%)	284 (16.2%)	42 (7%)	45 (10%)	160 (14%)	177 (17.6%)
Andere	23 (3.4%)	33 (2.2%)	72 (4.1%)	9 (1.5%)	20 (4.5%)	179 (15.7%)	119 (11.8%)
Keine	26 (3.8%)	182 (12.2%)	54 (3.1%)	31 (5.2%)	6 (1.3%)	166 (14.6%)	164 (16.3%)
<i>Total</i>	683	1.488	1.754	600	449	1.139	1.008

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

Anmerkung: Einschätzungen der Einrichtungsleitungen zur Einschränkungsort der Kunden; Mehrfachnennungen, d.h. % entspricht Anteil der Personen mit entsprechender Einschränkung an Total-N (letzte Zeile „Total“). Abkürzungen: t0, Basiserhebung; t1, 1. Folgerhebung; BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych., psychische Erkrankung. „Keine“ entspricht Kunden, für die keine Angaben zu Erkrankung/Einschränkung gemacht werden (keine Angaben).

In der Folge werden zur Vereinfachung für den Vergleich zwischen den drei Einrichtungstypen die Angaben der Leitungen zu t1 und t2 zusammengefasst. Beim Vergleich der Populationen zwischen den drei Einrichtungstypen (vgl. Abbildung 39) zeigen sich signifikante Unterschiede für die relativen Häufigkeiten sämtlicher Einschränkungsorten (Demenz:  $\chi^2_{(df=2, N=6438)}=194.3$ ,  $p<.001$ ; körperliche Behinderung:  $\chi^2_{(df=2, N=6438)}=270.2$ ,  $p<.001$ ; geistige Behinderung:  $\chi^2_{(df=2, N=6438)}=362.4$ ,  $p<.001$ ; psychische Erkrankung:  $\chi^2_{(df=2, N=6438)}=33.5$ ,  $p<.001$ ; andere Einschränkung:  $\chi^2_{(df=2, N=6438)}=264.8$ ,  $p<.001$ ) sowie für die Anteile von Personen ohne spezifische Erkrankung (keine Angabe einer Einschränkung:  $\chi^2_{(df=2, N=6438)}=149$ ,  $p<.001$ ). Diese Unterschiede entsprechen ...

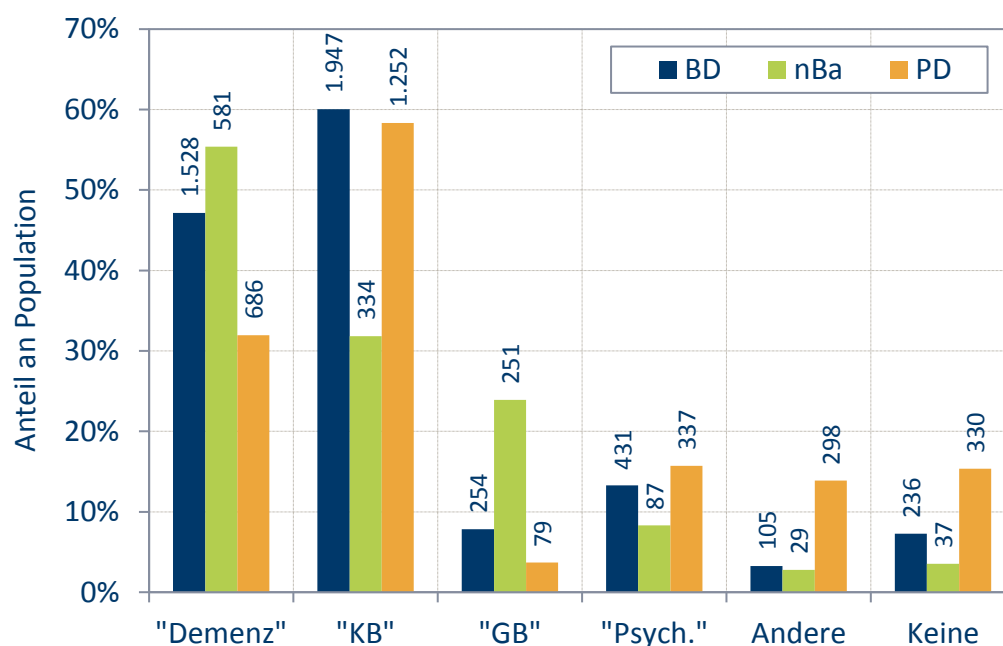
- einem höheren Anteil von Kunden mit demenzieller Erkrankung in nBa > BD > PD;
- einem höheren Anteil von Kunden mit körperlicher Behinderung in BD und PD > nBa;
- einem höheren Anteil von Kunden mit geistiger Behinderung in nBa > BD > PD;

- einem höheren Anteil von Kunden mit psychischer Erkrankung in BD und PD > nBa;
- einem höheren Anteil von Kunden mit anderer Erkrankung in PD > BD und nBa;
- einem höheren Anteil von Kunden ohne (genannte) Erkrankung in PD und BD > nBa.

Die unterschiedlichen Anteile der verschiedenen Einschränkungstypen verweisen wiederholt auf die unterschiedlichen Schwerpunkte der drei Einrichtungstypen. Die Kunden zeigen eine für jeden Einrichtungstyp charakteristische Mischung durch die sich BD, nBa und PD voneinander differenzieren lassen: BD und nBa richten ihren Fokus als vorrangig betruerische Einrichtungen beide auf demenzielle Erkrankungen, unterscheiden sich jedoch durch eine stärkere Konzentration der BD auch auf körperliche und der nBa auf geistige Behinderungen. Zusammen mit dem Befund der insgesamt jüngeren Kunden in nBa untermauert dies den Eindruck der Konzentration von nBa auf früher in der Lebensspanne auftretende Betreuungsbedarfe (z.B. angeborene Behinderung; frühe Stadien der Demenz) und von BD auf später auftretende Betreuungsbedarfe (z.B. im Alter erworbene körperliche Behinderung, spätere Stadien der Demenz). PD zeigen ebenfalls einen Fokus auf spätere Hilfebedarfe, wahrscheinlich liegen diese aber weniger im Bereich der Betreuung, wie die geringere Konzentration auf betreuungsintensive Erkrankungen (Demenz) vermuten lässt.

Abbildung 39: Anteil Art der Einschränkung pro Einrichtungstyp (t1 und t2)

#### Einschätzung der Leitung:



Quelle: IGES; schriftliche Befragungen der Einrichtungsleitungen zu t1 und t2

Anmerkung: Einschätzungen der Einrichtungsleitungen zur Einschränkungart der Kunden; Mehrfachnennungen. Angaben der Einrichtungsleitungen zur Art der Einschränkung von Kunden zu t1 und t2 werden zusammengefasst. Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych., psychische Erkrankung. „Keine“ entspricht Kunden, für die keine Angaben zu Erkrankung/Einschränkung gemacht werden (keine Angaben).

Da sich zudem ein Unterschied bzgl. der relativen Häufigkeit von EA zwischen den Einrichtungstypen gezeigt hat (vgl. Tabelle 26), ist zu vermuten, dass dieselbe Erkrankung in den verschiedenen Einrichtungstypen unterschiedlich häufig mit einer gleichzeitigen Einschränkung der Alltagskompetenz einhergeht.

Tabelle 29 kreuzt die verschiedenen Arten von Erkrankungen/Einschränkungen mit dem EA-Status der Kunden (nur Angaben zu t1, da EA-Status zu t2 nicht mehr erfasst wurde). Dabei wird zusätzlich eine Priorisierung nach Einschränkungart vorgenommen, um für Mehrfachnennungen zu kontrollieren. Jede Person wird nur einmal entsprechend der folgenden Rangordnung gezählt: 1. Demenz, 2. geistige Behinderung, 3. psychische Erkrankung, 4. körperliche Behinderung, 5. Andere. Diese Rangfolge unterstellt, dass der Betreuungsbedarf aufgrund von kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen von 1. nach 5. abnimmt, so dass eine Person nur einmal entsprechend ihres höchsten Betreuungsbedarfs gezählt wird. Zum Beispiel wird eine Person mit Demenz und einer anderen psychischen Erkrankung nur einmal unter „Demenz“ und nicht auch unter „psychische Erkrankung“ gezählt; eine Person mit einer geistigen und körperlichen Behinderung wird nur einmal unter „geistige Behinderung“ nicht auch unter „körperliche Behinderung“ gezählt usw.



Tabelle 29: Art der Einschränkung der Kunden und EA

		BD t1			nBa			PD		
		N	%	% <sup>g</sup>	N	%	% <sup>g</sup>	N	%	% <sup>g</sup>
< Demenz	EA	615	95.6	96.4	334	96.0	97.4	340	89.0	89.2
	keine EA	23	3.6	3.6	9	2.6	2.6	41	10.7	10.8
	k.A.	5	0.8	-	5	1.4	-	1	0.3	-
	<i>Sub-Total</i>	643	100	43.2	348	100	58.0	382	100	33.5
< GB	EA	91	92.9	92.9	53	50.5	93.0	20	54.1	58.8
	keine EA	7	7.1	7.1	4	3.8	7.0	14	37.8	41.2
	k.A.	0	0	-	48	45.7	-	3	8.1	-
	<i>Sub-Total</i>	98	100	6.6	105	100	17.5	37	100	3.2
< Psych.	EA	63	69.2	70.8	18	85.7	85.7	71	60.2	60.7
	keine EA	26	28.6	29.2	3	14.3	14.3	46	39.0	39.3
	k.A.	2	2.2	-	0	0	-	1	0.8	-
	<i>Sub-Total</i>	91	100	6.1	21	100	3.5	118	100	10.4
< KB	EA	153	33.8	35.2	64	69.6	70.3	48	14.9	15.6
	keine EA	282	62.1	64.8	27	29.3	29.7	259	80.2	84.6
	k.A.	19	4.2	-	1	1.1	-	16	5.0	-
	<i>Sub-Total</i>	454	100	30.5	92	100	15.3	323	100	28.4
< Andere	EA	1	5.0	5.0	1	33.3	50.0	11	9.7	9.8
	keine EA	19	95.0	95.0	1	33.3	50.0	101	89.4	90.2
	k.A.	0	0	-	1	33.3	-	1	0.9	-
	<i>Sub-Total</i>	20	100	1.3	3	100	0.7	113	100	9.9
Keine	EA	135	74.2	76.7	1	3.2	4.5	2	1.2	1.9
	keine EA	41	22.5	23.3	29	93.5	95.5	101	60.2	98.1
	k.A.	6	3.3	-	1	3.2	-	63	38.6	-
	<i>Sub-Total</i>	182	100	12.2	31	100	5.2	166	100	14.6
<i>Total</i>		1488	-	100	600	-	100	1139	-	100

Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1

Anmerkung:

Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste; KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych., psychische Erkrankung. „Keine“, Kunden ohne Angabe spezifischer Einschränkungen. Tabelle kontrolliert für Mehrfachnennungen: jede Person nur einmal entsprechend Demenz>GB>Psych.>KB>Andere gezählt. %: Anteil der Personen mit entsprechendem EA-Status an Gruppe mit genannter Einschränkung (an Sub-Total N). %<sup>g</sup>: Anteil an Sub-Total N abzüglich Personen ohne Angaben zum EA-Status („k.A.“, keine Angabe); grau hinterlegt: Anteil der Personen mit genannter Einschränkung insgesamt am jeweiligen Total N (letzte Zeile).

Tatsächlich zeigen sich im Chi<sup>2</sup>-Test (ohne Berücksichtigung von Personen mit fehlenden Angaben zum EA-Status; vgl. Tabelle 29) signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen bzgl. des gemeinsamen Auftretens einer spezifischen Erkrankung und EA (Demenz und EA:  $\chi^2_{(df=2, N=1362)}=30.8$ ,  $p<.001$ ; geistige Behinderung und EA:  $\chi^2_{(df=2, N=189)}=28.2$ ,  $p<.001$ ; psychische Erkrankung und EA:  $\chi^2_{(df=2, N=227)}=6.0$ ,  $p=.05$ ; körperliche Behinderung und EA:  $\chi^2_{(df=2, N=833)}=101.5$ ,  $p<.001$ ). Diese Unterschiede entsprechen ...

- einem erhöhten Anteil von Personen mit Demenz und EA in BD und nBa gegenüber PD (BD, nBa > PD);
- einem erhöhten Anteil von Personen mit geistiger Behinderung und EA in BD und nBa gegenüber PD (BD, nBa > PD);
- einem erhöhten Anteil von Personen mit psychischer Erkrankung und EA in nBa gegenüber BD und diesen beiden gegenüber PD (nBa > BD > PD);
- einem erhöhten Anteil von Personen mit körperlicher Behinderung und EA in nBa gegenüber BD und diesen beiden gegenüber PD (nBa > BD > PD).

Damit ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kunde mit einer gegebenen spezifischen Erkrankung zusätzlich eine Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist in nBa höher als in BD und in diesen beiden Einrichtungstypen höher als in PD. Dies stützt weiterhin die Hypothese, dass die drei Einrichtungstypen ihre Kunden vorrangig aus jeweils unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen beziehen.

*Kundenbefragung:* Die Angaben zur Art der Einschränkung/Erkrankung aus der Kundenbefragung finden sich in Tabelle 30 (selbsteingeschätzte Art der Einschränkung). Zur Vereinfachung werden die Angaben aus t1 und t2 zusammengefasst. Abbildung 40 stellt die Häufigkeiten der Einschränkungsarten in der Kundenbefragung den Angaben der Einrichtungsleitungen gegenüber.

Beim Vergleich der Kundenstichprobe mit den Angaben der Leitungen zeigen sich für BD nur signifikante Unterschiede bzgl. der Anteile „anderer Einschränkungen/Erkrankungen“ ( $\chi^2_{(df=1, N=3943)}=130.3$ ,  $p<.001$ ), die in der Kundenbefragung anteilig häufiger angegeben werden (vgl. Abbildung 40).

Für die Vergleichseinrichtungen zeigen sich insgesamt mehr signifikante Unterschiede zwischen Stichprobe und Angabe der Leitung. Für nBa liegt der Anteil von Personen mit körperlicher Behinderung, psychischen Erkrankungen und anderen Erkrankungen in den Kundenbefragungen höher als in den Befragungen der Einrichtungsleitungen ( $\chi^2_{(df=1, N=1195)}\geq 10.3$ ,  $p<.01$ ); dafür ist der Anteil von Personen mit geistiger Behinderung in den Kundenbefragungen geringer als in den Befragungen der Leitungen ( $\chi^2_{(df=1, N=1195)}=8.7$ ,  $p<.01$ ). Bei PD sind Kunden mit demenziellen und psychischen Erkrankungen in den Kundenbefragungen seltener vertreten als in den Befragungen der Leitungen ( $\chi^2_{(df=1, N=2252)}=8.9$  und  $3.9$ ,  $p<.05$ ); dafür kommen andere Erkrankungen in der Kundenbefragung anteilig häufiger vor ( $\chi^2_{(df=1, N=2252)}=8.0$ ,  $p<.01$ ).

Tabelle 30: Einschränkung/Erkrankung in der Kundenbefragung (t1 und t2)

Art der Einschränkung/ Erkrankung	BD		nBa		PD	
	N	%	N	%	N	%
Demenz	303	43.2%	76	52.1%	19	18.1%
körperliche Behinderung	405	57.8%	66	45.2%	69	65.7%
geistige Behinderung	64	9.1%	19	13.0%	3	2.9%
psychische Erkrankung	101	14.4%	26	17.8%	9	8.6%
Anderer	96	13.7%	12	8.2%	25	23.8%
Keine (k.A.)	40	5.7%	3	2.1%	11	10.5%
<i>Total</i>	701	100%	146	100%	105	100%

Quelle: IGES; schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2

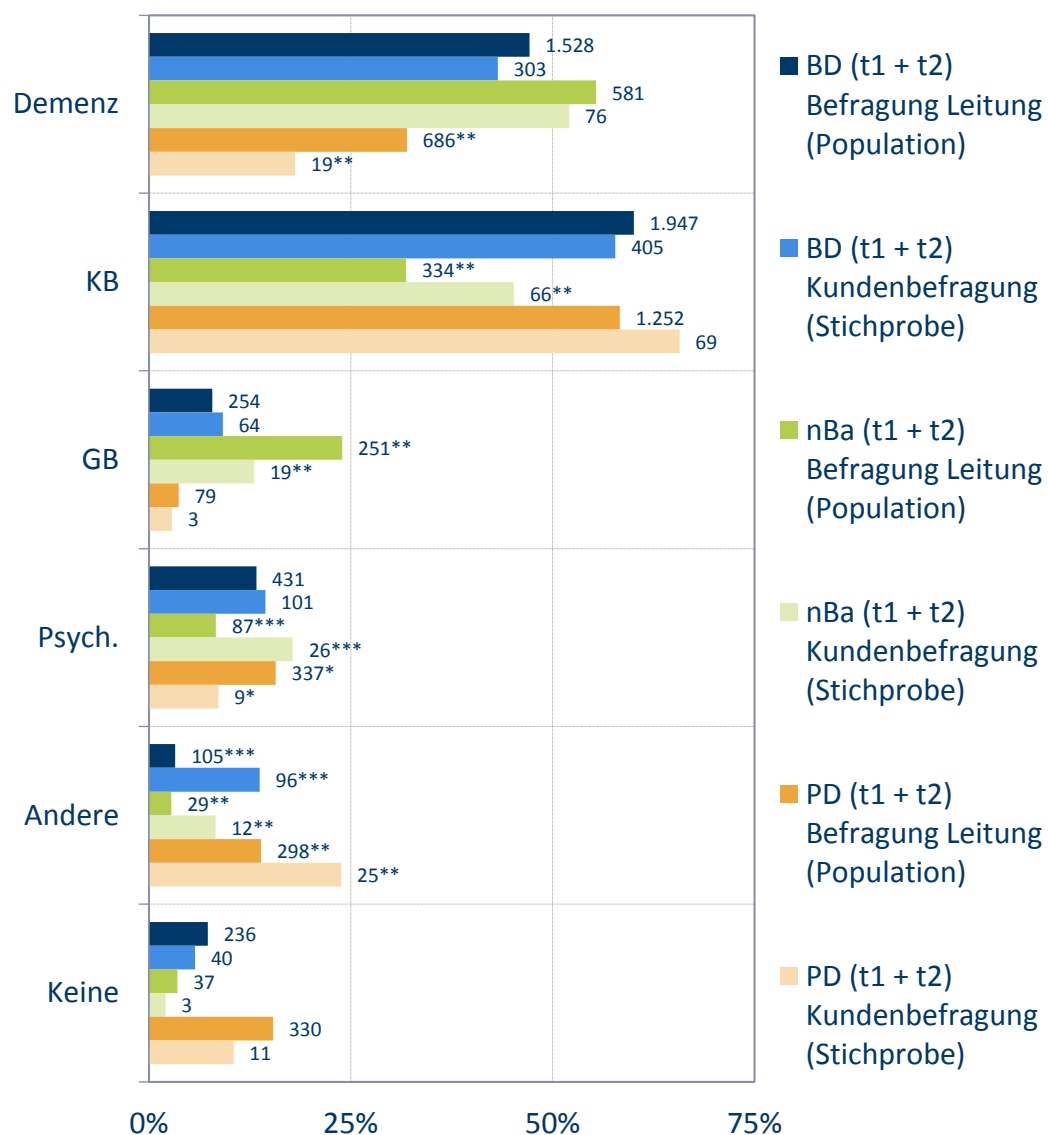
Anmerkung: Einschätzung der Kunden (Selbsteinschätzung) bzw. Angehörigen zur Einschränkung/Erkrankung der Kunden; Mehrfachnennung. Angaben zur Art der Einschränkung/Erkrankung von Kunden zu t1 und t2 werden zusammengefasst. Prozentangaben beziehen sich auf Anteil an sämtlichen Befragungsteilnehmern zu beiden Zeitpunkten (letzte Zeile „Total“). „Keine Einschränkung/Erkrankung“ entspricht Kunden, für die keine Angaben zu Erkrankung/Einschränkung gemacht werden („k.A.“; keine Angaben).

Der einzige Unterschied, der zwischen Stichprobe und Angaben der Leitungen über alle drei Einrichtungstypen hinweg konstant auftritt, ist die vermehrte Angabe „anderer Arten von Einschränkungen“ in der Kundenbefragung. Diese sind wahrscheinlich weniger pflege- /betreuungsrelevant und könnten den Leitungen seltener bekannt sein als prominenterer Einschränkungsarten wie „Demenz“, „körperliche Behinderung“ oder „geistige Behinderung“. Zudem ist zu vermuten, dass die Einrichtungsleitungen ihre Angaben eher an tatsächlich vorhandenen klinischen Diagnosen und Befunden orientieren als „Laien“ (Kunden/Angehörige); andererseits könnten die Angaben durch direkt Betroffene eher ausführlich sein als durch Professionelle. So könnte sowohl ein unterschiedlicher Wissensstand der Kunden/Angehörigen und Leitungen über vorhandene Erkrankungen als auch eine unterschiedliche Bewertung der Relevanz von Diagnosen zu den unterschiedlichen Angaben beigetragen haben. Auf der vorhandenen Datengrundlage kann nicht abschließend geklärt werden, ob dieser Unterschied zwischen den Angaben durch Leitungen und Kunden/Angehörige auf einen echten Unterschied zwischen Kundenpopulation und Stichprobe verweisen.

Hingegen deuten die unterschiedlichen Häufigkeiten der prominenteren spezifischen Einschränkungsarten (Demenz, körperliche/geistige Behinderung, psychische Erkrankungen) wahrscheinlich auf wahre Unterschiede zwischen der Zusammensetzung der Stichproben (Kundenbefragung) und der Populationen (Befragung der Einrichtungsleitungen), d.h. auf einen Selektionsbias. Auch hier wirken offenbar verschiedene Selektionsmechanismen je nach Einrichtungstyp

(wie bereits bei Betrachtung der Pflegestufen/-grade deutlich geworden ist): Bei Demenz wirkt ein Selektionsmechanismus offenbar nur in PD; bei körperlicher Behinderung und psychischen Erkrankungen nur in nBa und PD; bei geistiger Behinderung nur in nBa. Dies hat zur Folge, dass die Unterschiede zwischen den Stichproben etwas anders ausfallen als zwischen den Populationen der drei Einrichtungstypen. Die Populationen zeigen einen höheren Anteil von körperlichen Behinderungen in BD und PD ggr. nBa, die Stichproben hingegen einen höheren Anteil dieser Einschränkungart in PD ggr. BD und nBa; in den Stichproben nähert sich der Anteil von Personen mit geistiger Behinderung in nBa den entsprechenden Anteilen in BD und PD an; psychische Erkrankungen kommen in der Population häufiger in BD und PD als nBa vor, in den Stichproben aber am häufigsten in nBa.

Abbildung 40: Art der Einschränkung Kundenpopulation und- Stichprobe



Quelle: IGES; schriftliche Befragungen der Leitungen und Kunden zu t1 und t 2

Anmerkung: Mehrfachnennungen. Gemeinsame Darstellung für t1 und t2. Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste. X-Achse entspricht Anteil der Kunden mit einer bestimmten Einschränkung an allen Kunden gem. Leitungsbefragung und Kundenbefragung. Zahlen neben Balken entsprechen Anzahl der Kunden mit einer bestimmten Einschränkung; „keine Erkrankung“ entspricht Personen für die keine spezifische Erkrankung/Einschränkung angegeben wird. \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .

Die unterschiedliche Wirksamkeit verschiedener Selektionsmechanismen unterstützt wiederholt die Annahme, dass sich die Kunden der drei Einrichtungstypen nicht einfach nur in ihren quantitativen Anteilen der verschiedenen Erkrankungsarten voneinander unterscheiden, sondern sich dieselben Erkrankungsarten aus jeweils anderen Personengruppen rekrutieren. Die Einrichtungstypen zeigen so wahrscheinlich nicht nur eine für sie jeweils charakteristische Mischung verschiedener Erkrankungsarten, sondern dieselben Erkrankungsarten enthalten auch unterschiedliche Personengruppen; möglich wären hier z.B. unterschiedliche Bedarfskonstellationen.

### 3.5.2 Motive der Inanspruchnahme

Motive, die zur Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen bzw. Leistungen hauswirtschaftlicher Versorgung führen, werden ausschließlich in Kundenbefragungen erhoben.

Die Abfrage der Motive erfolgt zum einen direkt, durch Nennung konkreter *auslösender Ereignisse* oder Vorkommnisse, die zur Inanspruchnahme geführt haben. Zum anderen erfolgt eine Einschätzung der Motive indirekt über die Abfrage von *Problemlagen* der Kunden (die genaue Entwicklung der Items zur Erfassung der Problemlagen wird anderswo beschrieben<sup>18</sup>).

#### Auslösende Ereignisse

Für die große Mehrheit der Kunden aus BD (N = 292, 81.6%), nBa (N = 50, 73.5%) und PD (N = 40, 83.3%) werden zu t1 ein oder mehrere konkrete Ereignisse bzw. Anlässe angegeben, die zur Inanspruchnahme des Dienstes geführt haben; für weniger Kunden wird angegeben, dass nichts Konkretes vorgefallen (BD: N = 32, 8.9%; nBa: N = 16, 23.5%; PD: N = 3, 6.3%) bzw. zumindest nicht bekannt sei („weiß nicht“; BD: N = 16, 4.5%; N = 18, 5% ohne Angaben; nBa: N = 1, 1.5%; N = 1, 1.5% ohne Angaben; PD: N = 4, 8.3%; N = 1, 2.1% ohne Angaben). Dabei besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen (Chi<sup>2</sup>-Test für t1 ohne Berücksichtigung von Personen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=1, N=433)}=11.9$ ,  $p < .01$ ), aufgrund einer häufigeren Nennung auslösender Ereignisse in BD und PD als nBa.

---

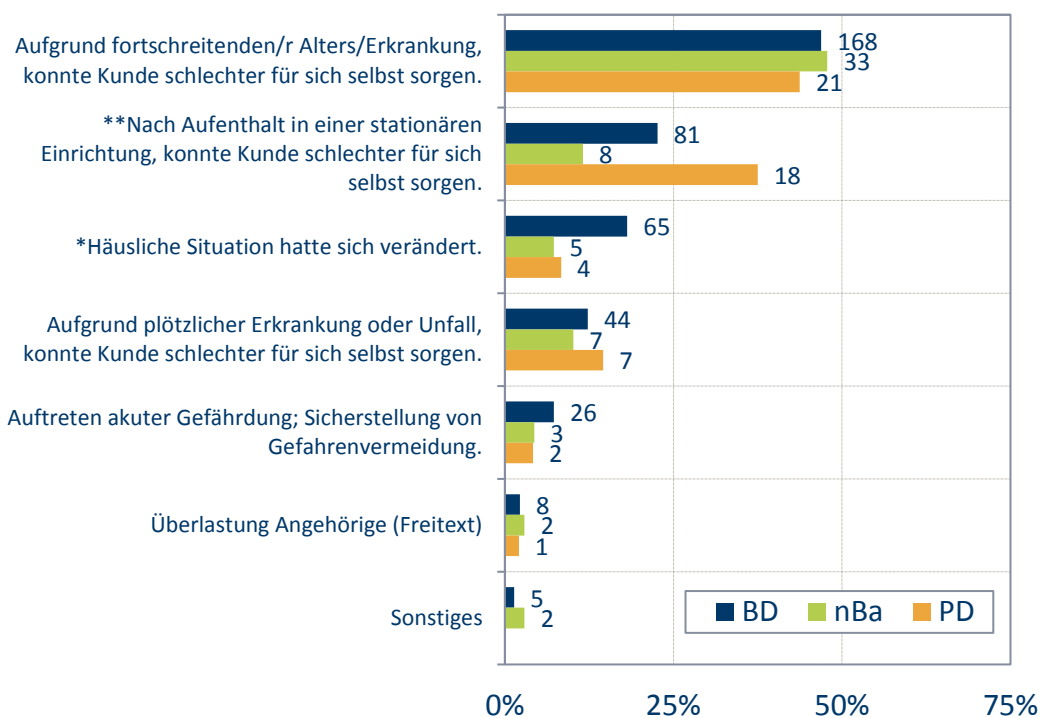
<sup>18</sup> Bewertungsinstrument für Betreuungsleistungen (BBL). Entwicklung eines Messverfahrens zur Bewertung von Betreuungsleistungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung nach § 125 SGB XI. IGES Institut GmbH, August 2015.

Abbildung 41 zeigt die Häufigkeiten der verschiedenen konkreten Ereignisse/Anlässe, die von den Befragten zu t1 als Gründe der erstmaligen Inanspruchnahme genannt werden. Am häufigsten wird angegeben, dass die Einrichtung erstmalig aufgrund fortschreitenden Alters oder einer fortschreitenden Erkrankung in Anspruch genommen wurde. Dies entspricht weniger einem auslösenden plötzlichen Ereignis als vielmehr einer altersbedingt allmählich zunehmenden Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit.

Für zwei Arten auslösender, eher plötzlicher Ereignisse finden sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen:

- Der Aufenthalt in einer stationären Einrichtung wird signifikant häufiger für Kunden in PD als in BD und häufiger in diesen beiden Einrichtungstypen als in nBa genannt.
- Die Veränderung der häuslichen Situation wird signifikant häufiger für Kunden in BD als in nBa und PD genannt.

Abbildung 41: Ereignisse bei erstmaliger Inanspruchnahme der Einrichtungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1  
 Anmerkung: Mehrfachnennungen. Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste. „Sonstiges“ enthält durch die Befragten hervorgebrachte Gründe, die sich keiner der gezeigten Kategorien zuordnen lassen (z.B. angeborene chronische Erkrankung). „Überlastung Angehörige“ zählt streng genommen zu „Sonstiges“ wird aber aufgrund gehäufte Nennung gesondert ausgewiesen. Prozentangaben beziehen sich auf Anteil an sämtlichen Befragungsteilnehmern in BD (N=358), nBa (N=69) und PD (N=48). \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .

Demnach unterscheiden sich die Kunden der drei Einrichtungstypen sowohl nach generellem Vorkommen (insg. häufigere Nennung auslösender Ereignisse) als auch nach der Art der auslösenden Ereignisse (z.B. „häusliche Situation hatte sich verändert“). Das generell häufigere Vorkommen auslösender Ereignisse, sowie die genaue Art der Ereignisse deuten auf eine stärker durch Veränderungen geprägte Entwicklung der Kunden in PD und BD als in nBa: PD werden gehäuft nach stationären Aufenthalten, BD gehäuft bei Veränderung der häuslichen Situation erstmalig genutzt. Die gehäufte Inanspruchnahme von PD verweist wahrscheinlich auf einen erhöhten Pflegebedarf nach stationären Aufenthalten; die gehäufte Inanspruchnahme von BD geht vermutlich auf eine Veränderung des häuslichen Betreuungssettings zurück. Damit erscheinen die Entwicklungslinien der Kunden in PD und BD unterschiedlich: Erstmalige Inanspruchnahme von PD indiziert häufiger eine Transition des Kunden von einem stationären in ein ambulantes Setting; erstmalige Inanspruchnahme von BD indiziert häufiger eine Verschiebung innerhalb des ambulanten Settings.

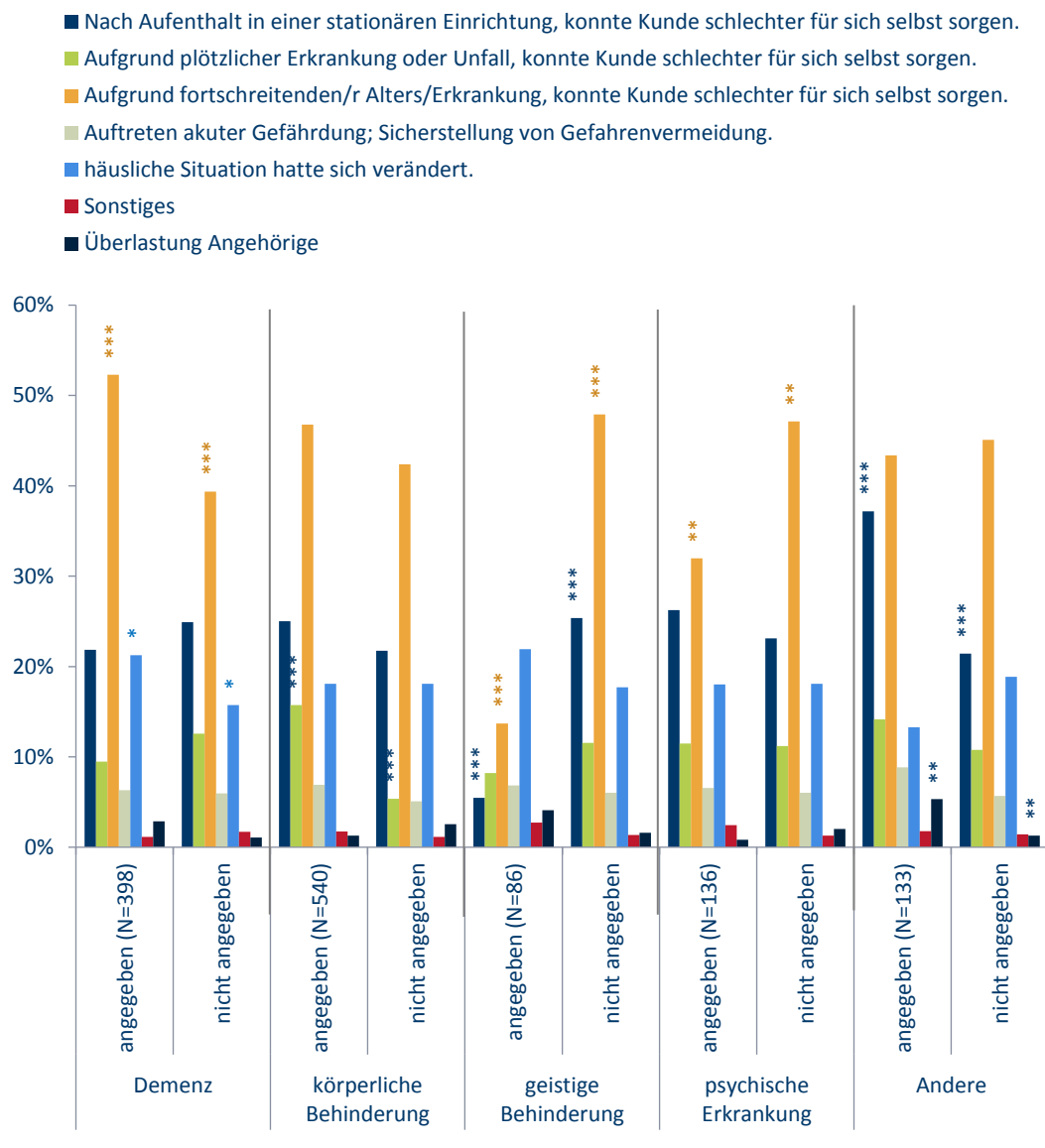
Zu t2 wurde nur noch in BD nach Ereignissen bei erstmaliger Inanspruchnahme gefragt (bei Vergleichseinrichtungen wird nicht wie bei den neu gegründeten BD von einer Entwicklung der Kundschaft über die Zeit ausgegangen, daher zu t2 nicht nochmals erhoben). Im Chi<sup>2</sup>-Test findet sich in BD für keinen der Gründe bei erstmaliger Inanspruchnahme ein signifikanter Unterschied zwischen t1 und t2, d.h. keiner der Gründe wird zu einem der Erhebungszeitpunkte anteilig häufiger oder seltener genannt als zum anderen Erhebungszeitpunkt ( $p \geq .215$ ). Die Situation der Kunden bei erstmaliger Inanspruchnahme der BD scheint so über die Zeit unverändert.

Um abzuschätzen, inwiefern die spezifischen Arten von Einschränkungen / Erkrankungen mit bestimmten Gründen der Inanspruchnahme einhergehen, werden beide Aspekte in Abhängigkeit voneinander betrachtet (siehe Abbildung 42). Die Angaben aus den Kundenbefragungen in BD (t1 und t2) und den Vergleichseinrichtungen (nBa, PD zu t1) werden dazu zusammengefasst.

Dabei zeigt sich, dass einige der konkreten Kategorien auslösender Ereignisse bei Personen mit bestimmten Einschränkungen signifikant häufiger auftreten als bei Personen ohne solche Einschränkungen (ohne Angabe der Einschränkung). Für Kunden mit demenzieller Erkrankung wird häufiger angegeben, dass die Einrichtung das erste Mal aufgrund fortschreitender Erkrankung bzw. Alter ( $\chi^2_{(df=1, N=818)}=13.5, p<.001$ ), einer Veränderung der häuslichen Situation ( $\chi^2_{(df=1, N=818)}=4.1, p<.05$ ) oder Überlastung der Angehörigen ( $\chi^2_{(df=1, N=818)}=3.6, p=.056$ ) genutzt wurde als, wenn diese Erkrankung nicht angegeben wird. Bei Personen mit körperlicher Behinderung hat signifikant häufiger eine plötzliche Erkrankung oder ein Unfall dazu geführt, dass die Person schlechter für sich selbst sorgen konnte als bei Personen ohne eine solche Behinderung ( $\chi^2_{(df=1, N=818)}=21.6, p<.001$ ). Bei Personen mit einer geistigen Behinderung werden „Zustand nach Aufenthalt in einer stationären Einrichtung“ und „fortschreitende/s Alter/Erkrankung“ signifikant seltener als bei Personen ohne eine solche Behinderung genannt ( $\chi^2_{(df=1, N=818)}=14.5$  und  $31.5, p<.001$ ). Das Muster deutet

insgesamt darauf hin, dass bei Personen mit körperlicher oder geistiger Behinderung häufiger akute Situationen oder plötzliche Ereignisse und weniger altersbedingte (alterskorrelierte) auslösende Ereignisse zur Inanspruchnahme der Einrichtungen führen als bei Personen ohne solche Behinderungen.

Abbildung 42: Ereignisse bei Inanspruchnahme der BD nach Einschränkungstyp



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 (zzgl. BD t2)

Anmerkung: Mehrfachnennungen. Gemeinsame Darstellung für Kunden aus BD (t1 N = 358 und t2 N = 343), nBa (t1 N = 69) und PD (t1 N = 48) (insg. N = 818). „Sonstiges“ enthält sonstige hervorgebrachte Gründe, die sich keiner der gezeigten Kategorien von Gründen zuordnen lassen (z.B. angeborene chronische Erkrankung). Prozentangaben (Y-Achse) beziehen sich auf Anteil an der entsprechenden Personengruppe für den der Grund zutrifft (z.B. auf 19% der Personen, für die eine Demenz angegeben wird bzw. auf 21% der Personen, für die keine Demenz angegeben wird, trifft der erste Grund der Liste zu). Signifikante Unterschiede: \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .



## Problemlagen

Die Items, die zur Erfassung der Problemlagen in der Kundenbefragung genutzt wurden, sind an die Module des Neuen Begutachtungsassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit<sup>19</sup> angelehnt. Eine detaillierte Beschreibung der Entwicklung findet sich an anderer Stelle<sup>20</sup>.

Der genaue Wortlaut der Items ist dem Original-Fragebogen zu entnehmen. An dieser Stelle werden der Übersicht halber nur die übergeordneten Konstrukte als Begriff verwendet, die durch die Items abgebildet werden.

Die Problemlagen sind durch die Befragten auf einer 5-stufigen Rating-Skala hinsichtlich ihres Ausprägungsgrades zu bewerten (Problemlage ist 0 = gar nicht, 1 = ein wenig, 2 = mäßig, 3 = deutlich, 4 = stark ausgeprägt). Abbildung 43 zeigt die Häufigkeiten für die Bewertungen der verschiedenen Problemlagen, zusammengefasst für sämtliche Kunden aus BD, nBa und PD zu t1 und t2 (die Angaben zu den Problemlagen unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten t1 und t2: Chi<sup>2</sup>-Tests,  $p \geq .144$ ).

Die am geringsten ausgeprägten Problemlagen entsprechen der sog. „Positiv-Symptomatik“, d.h. sozial inadäquate oder selbst-/fremdgefährdende Verhaltensweisen. Die am stärksten ausgeprägten Problemlagen finden sich in den Bereichen „Mobilität/außerhäusliche Aktivitäten“ und „Alltagstüchtigkeit“ – d.h. Schwierigkeiten z.B. bei der Fortbewegung außer Haus, der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, der Teilnahme an außerhäuslichen Veranstaltungen, der Gestaltung des Tagesablaufs, der Aufrechterhaltung des Tag-/ Nachtrhythmus oder der selbstangeleiteten Beschäftigung.

Für die folgenden Problemlagen und ihre Ausprägungen finden sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen (Chi<sup>2</sup>-Tests ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben): "Alltagstüchtigkeit" mit Planung/ Durchführung zweckhafter alltäglicher Handlungen ( $\chi^2_{(df=1, N=831)}=24.0$ ,  $p < .01$ ), Freizeitgestaltung/Selbstbeschäftigung ( $\chi^2_{(df=8, N=817)}=24.1$ ,  $p < .01$ ) und Wahrnehmung eigener Grundbedürfnisse ( $\chi^2_{(df=8, N=813)}=39.5$ ,  $p < .001$ ); Kommunikative Fähigkeiten mit Pflege sozialer Kontakte ( $\chi^2_{(df=8, N=818)}=29.8$ ,  $p < .001$ ) und Kommunikationsfähigkeit ( $\chi^2_{(df=8, N=817)}=30.5$ ,  $p < .001$ ); Kognitive Fähigkeiten ( $\chi^2_{(df=8, N=809)}=33.7$ ,  $p < .001$ ); "Positiv-Symptomatik" mit Selbst-/Fremdgefährdung ( $\chi^2_{(df=8, N=789)}=31.5$ ,  $p < .001$ ) und sozial inadäquatem Verhalten ( $\chi^2_{(df=8, N=776)}=22.5$ ,  $p < .001$ ). Wie Abbildung 44 zu entnehmen ist, gehen sämtliche dieser Unterschiede mit stärkeren Ausprägung der Problemlagen in BD und nBa gegenüber PD einher.

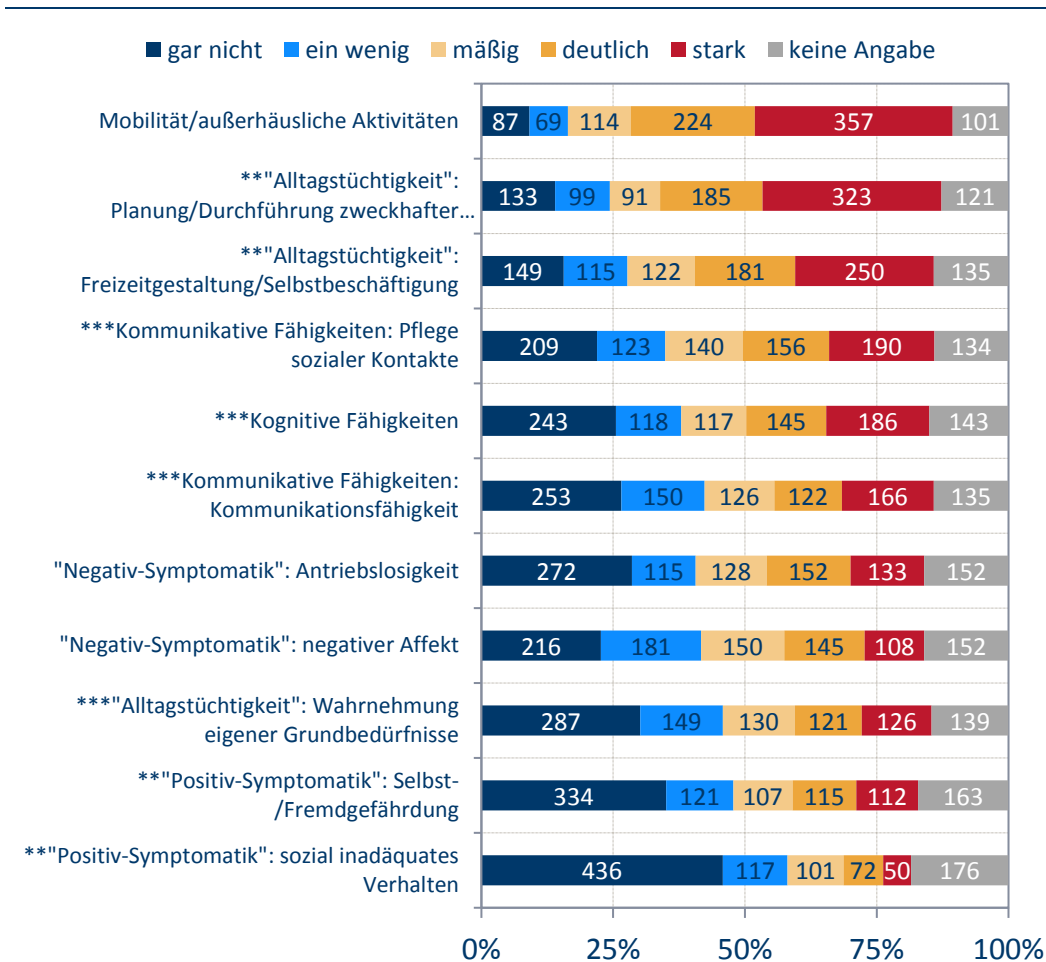
---

<sup>19</sup> Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband 2011.

<sup>20</sup> Bewertungsinstrument für Betreuungsleistungen (BBL). Entwicklung eines Messverfahrens zur Bewertung von Betreuungsleistungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung nach § 125 SGB XI. IGES Institut GmbH, August 2015.

---

Abbildung 43: Ausprägung der Problemlagen (Kundenbefragung t1 und t2)

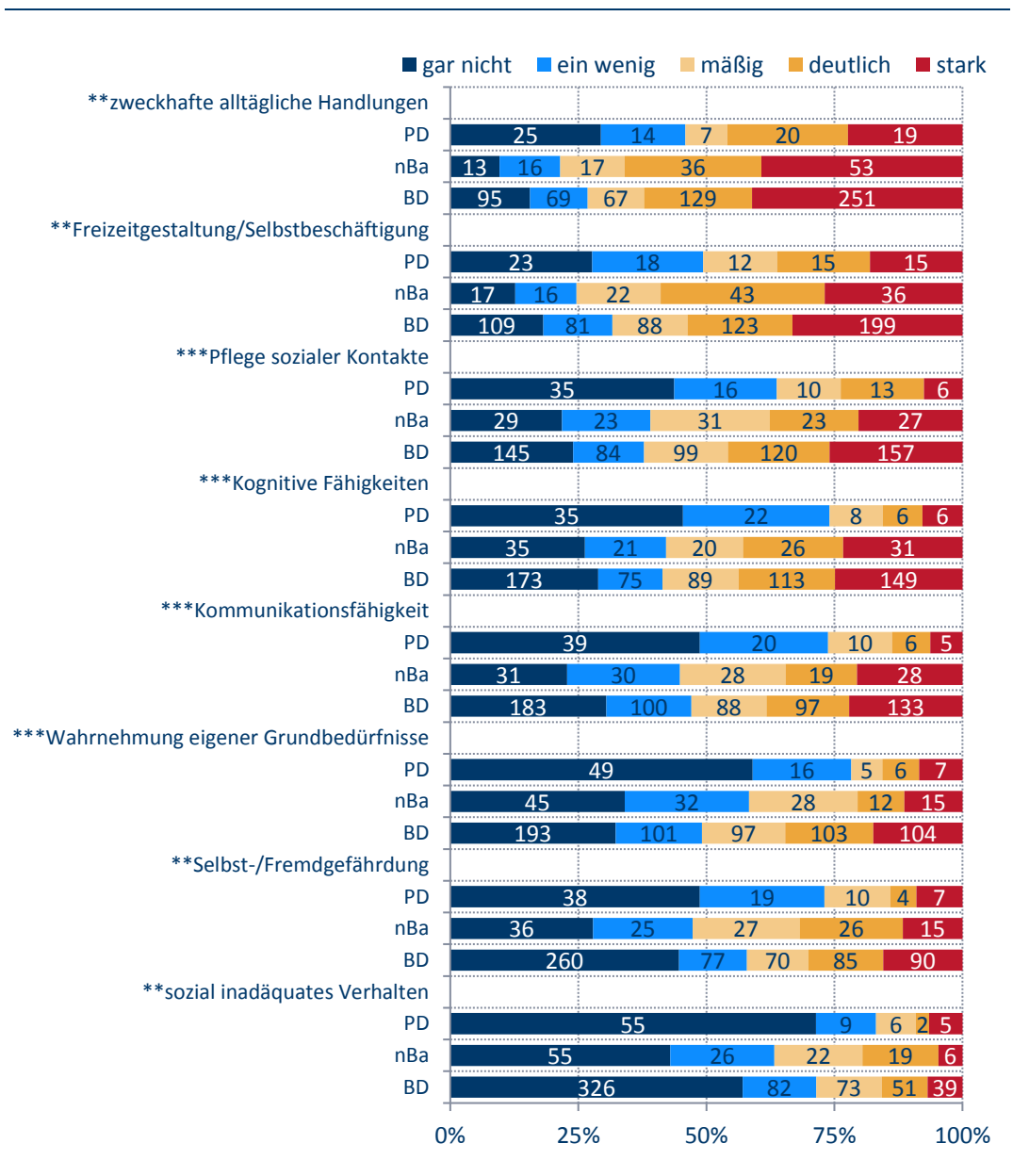


Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf insgesamt N=952 Teilnehmer der Kundenbefragung in BD, nBa und PD zu t1 und t2. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den drei Einrichtungstypen: \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .

Führt man ANOVAs (bei fehlender Varianzhomogenität zusätzlich robuster Test nach Welch) für die Mittelwerte der Ratingskalen der verschiedenen Problemlagen durch, zeigen sich dieselben signifikanten Unterschiede („Planung/Durchführung zweckhafter alltäglicher Handlungen“:  $F_{(2,828)}=9.1$ ,  $p < .001$ , Welch-Test  $p < .001$ ; „Freizeitgestaltung/Selbstbeschäftigung“:  $F_{(2,814)}=6.9$ ,  $p < .01$ , Welch-Test  $p < .01$ ; „Wahrnehmung eigener Grundbedürfnisse“:  $F_{(2,810)}=13.2$ ,  $p < .001$ , Welch-Test  $p < .001$ ; „Pflege sozialer Kontakte“:  $F_{(2,815)}=11.8$ ,  $p < .001$ ; „Kommunikationsfähigkeit“:  $F_{(2,814)}=11.9$ ,  $p < .001$ , Welch-Test  $p < .001$ ; „Kognitive Fähigkeiten“:  $F_{(2,806)}=13.1$ ,  $p < .001$ , Welch-Test  $p < .01$ ; „Selbst-/Fremdgefährdung“:  $F_{(2,786)}=4.9$ ,  $p < .01$ , Welch-Test  $p < .01$ ; „sozial inadäquates Verhalten“:  $F_{(2,773)}=4.8$ ,  $p < .01$ ). Zusätzlich findet sich ein Unterschied für „Antriebslosigkeit“ ( $F_{(2,797)}=3.3$ ,  $p < .05$ ).

In Bonferroni-approximierten post-hoc paarweisen Vergleichen (multiple Vergleiche nach Games-Howell bei fehlender Varianzhomogenität) gehen alle diese Unterschiede mit einer höheren Ausprägung der Problemlagen (Mittelwerte) in BD und nBa als in PD einher, während sich BD und nBa nicht signifikant voneinander unterscheiden (vgl. Abbildung 44; „Planung/Durchführung zweckhafter alltäglicher Handlungen“, „Freizeitgestaltung/Selbstbeschäftigung“, „Wahrnehmung eigener Grundbedürfnisse“, „Pfleger sozialer Kontakte“, „Kommunikationsfähigkeit“, „Kognitive Fähigkeiten“, „Selbst-/Fremdgefährdung“ mit BD bzw. nBa vs. PD,  $p < .05$ ; „sozial inadäquates Verhalten“ mit nBa vs. PD  $p < .05$ ; „Antriebslosigkeit“ mit BD vs. PD  $p < .05$ ).

Abbildung 44: Ausprägung der Problemlagen nach Einrichtungstyp



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung: Prozentangaben beziehen sich auf Anteil an sämtlichen Befragungsteilnehmern in BD (N = 701), nBa (N = 146) und PD (N = 105), abzüglich Personen mit fehlenden Angaben. \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .

Die erfassten Problemlagen orientieren sich an psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen, d.h. berücksichtigen ausschließlich betreuungsrelevante Dimensionen des Neuen Begutachtungsassessments, um gezielt den Betreuungsbedarf (in Abgrenzung zum körperlichen Pflegebedarf) abzubilden. Problemlagen aufgrund rein somatischer Beeinträchtigungen sind explizit kein Bestandteil der Erhebungen. Die Ausprägungen der Problemlagen in den verschiedenen Einrichtungstypen zeigen, dass der Betreuungsbedarf der Kunden in primär betruerischen Einrichtungen (BD, nBa) erwartungsgemäß höher liegt als in primär pflegerischen Einrichtungen (PD).

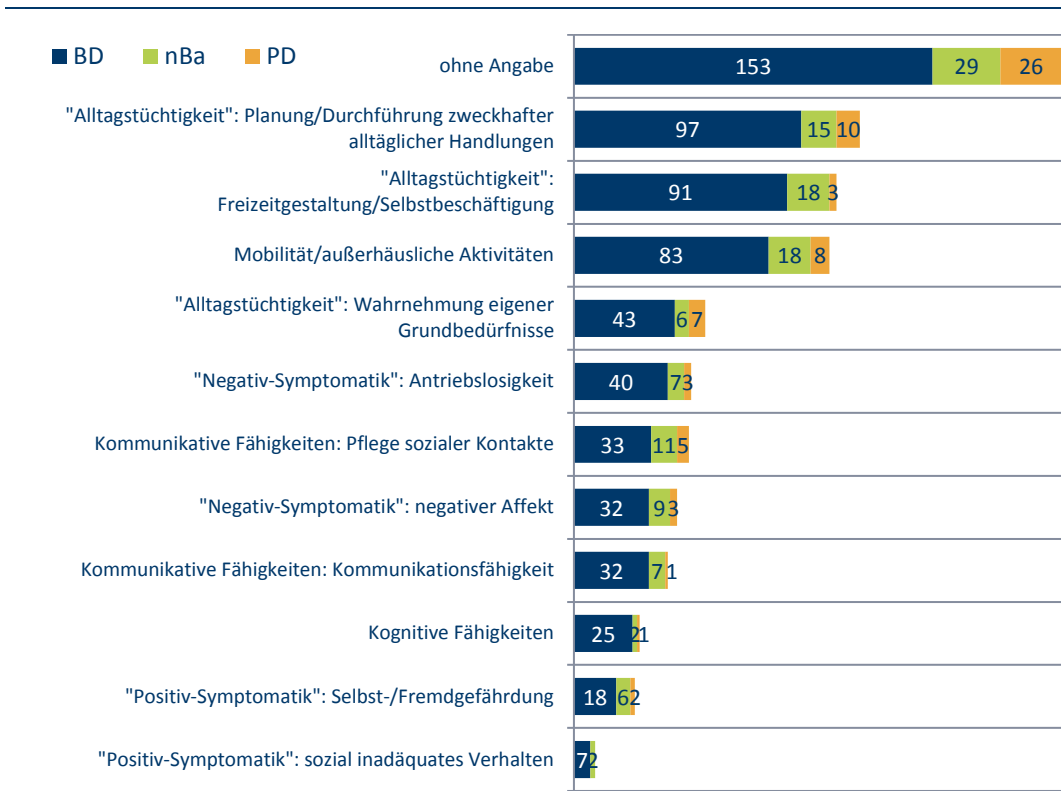
Um die Problemlagen in Beziehung zu Motiven der Inanspruchnahme setzen zu können, wurden die Befragten zu t1 gebeten anzugeben, bei welchen Schwierigkeiten sie sich am meisten die Unterstützung durch den BD wünschen. Die Häufigkeiten der Antworten finden sich in Abbildung 45.

Auffällig ist zunächst der hohe Anteil von Befragten, die keine Angaben zum präferierten Bereich machen (BD zu t1: N = 153, 42.7%; nBa zu t1: N = 29, 42.0%; PD zu t1: N = 26, 54.2%); damit wird für mehr als 40% der Kunden nicht konkretisiert bei welchen Problemlagen genau die Einrichtungen unterstützend zur Seite stehen sollen. Dabei findet sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen bzgl. der relativen Häufigkeit von Kunden für die keine präferierten Unterstützungsbereiche angegeben werden ( $p = .309$ ). Aufgrund des hohen Anteils fehlender Antworten zu t1, wurde zu t2 auf eine Priorisierung der Problemlagen verzichtet.

Insgesamt zeigt sich für Kunden (mit Angaben zum präferierten Unterstützungsbereich zu t1), dass die am häufigsten genannten Problemlagen – bei denen am meisten die Unterstützung durch die Einrichtungen gewünscht wird – auch den am stärksten ausgeprägten Problemlagen entsprechen (vgl. Abbildung 43 und Abbildung 45).

Betrachtet man die Anzahl der zu t1 genannten Bereiche (ohne Berücksichtigung von Personen für die keine Angaben zum präferierten Bereich gemacht werden) in einer ANOVA, findet sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Einrichtungstypen ( $F_{(2,262)} = 3.3$ ,  $p < .05$ ) mit einer durchschnittlich höheren Anzahl von Problembereichen, bei denen die Unterstützung durch die Einrichtung gewünscht wird, für Kunden in BD ( $M = 2.5$ ,  $SD = 0.1$ , Konfidenzintervall:  $\pm 0.1$ ) und nBa ( $M = 2.5$ ,  $SD = 0.1$ , Konfidenzintervall:  $\pm 0.2$ ) als in PD ( $M = 2.0$ ,  $SD = 0.2$ , Konfidenzintervall:  $\pm 0.3$ ). Zusammen mit dem Befund der stärkeren Ausprägung von Problemlagen in BD und nBa gegenüber PD (vgl. Abbildung 44) legt dies weiter nahe, dass der Betreuungsbedarf der Kunden in BD und nBa höher liegt als in PD.

Abbildung 45: Problemlagen und gewünschte Unterstützung



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1

Anmerkung: Mehrfachnennungen. Darstellung bezieht sich auf sämtliche Befragungsteilnehmer in BD (N = 358), nBa (N = 69) und PD (N = 48).

### 3.5.3 Leistungsabruf

#### Abgerufene Leistungen und deren Kombination

Detaillierte Angaben zur genauen Art der durch Kunden abgerufenen Leistung und deren Kombination liegen aus den Befragungen der Einrichtungsleitungen vor. Dort sind Betreuungsleistungen gem. §§ 124 bzw. § 36 und 45a-b, hauswirtschaftliche Versorgung (§ 36 SGB XI) und „sonstige Leistungen“ für jeden Kunden einzeln aufzulisten (Erfassung auf Einzelfallebene); in PD wird zudem nach Pflegeleistungen (gem. § 36 SGB) XI gefragt. In der Kundenbefragung wird zwar ebenfalls nach der Art bezogener Leistungen gefragt, jedoch kann dort nicht das gleiche Differenzierungsniveau wie bei den Leitungen vorausgesetzt werden. So ist z.B. nicht zu erwarten, dass Kunden Betreuung nach § 124 (§ 36) und § 45a-b SGB XI voneinander unterscheiden können. Deswegen wird in den Kundenbefragungen nur nach Einzel- und Gruppenbetreuung im Allgemeinen gefragt.

Abbildung 46 zeigt die Anzahl der Kunden pro Leistungsart gemäß Angaben der Einrichtungsleitungen. Demnach beziehen die meisten Kunden in BD zu sämtlichen Zeitpunkten Betreuungsleistungen im Rahmen von Erstattungsleistungen (§ 45a-b

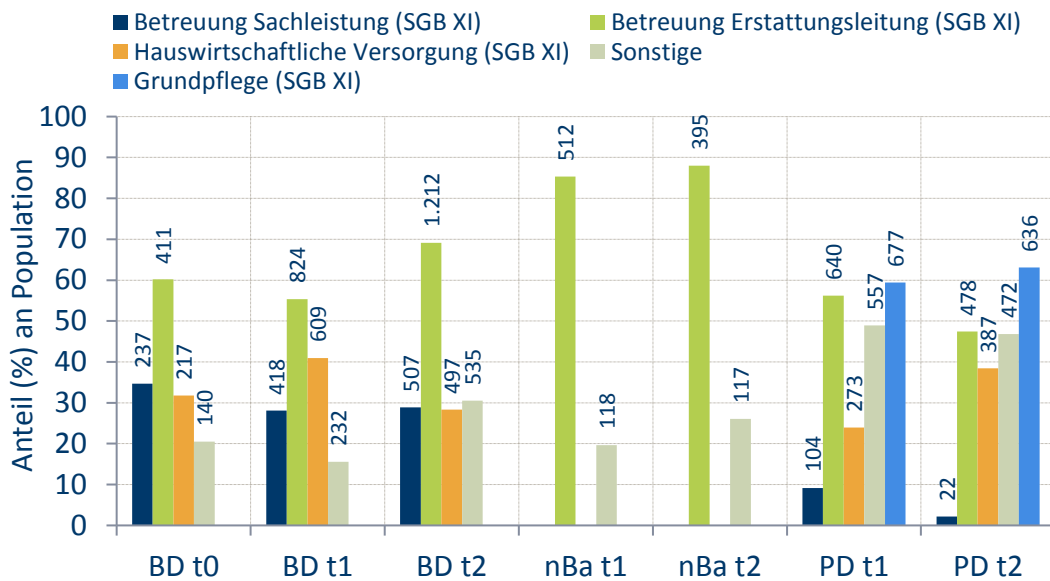
SGB XI); dieser Anteil hat von t0 zu t1 zunächst signifikant abgenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=2171)}=4.4, p<.05$ ), von t1 nach t2 aber wieder deutlich zugenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=3242)}=64.9, p<.001$ ); ebenso hat der Anteil von Personen mit „sonstigen Leistungen“ von t0 nach zu t1 zunächst abgenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=2171)}=7.9, p<.01$ ), von t1 nach t2 aber wieder zugenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=3242)}=99.1, p<.001$ ). Betreuungsleistungen als Sachleistung (gem. § 124 bzw. § 36 SGB XI) haben hingegen von t0 nach t1 abgenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=2171)}=9.7, p<.01$ ) und sind seitdem unverändert geblieben (t1 vs. t2:  $p=.609$ ). Dagegen hat der Anteil von Personen mit hauswirtschaftlicher Versorgung von t0 nach t1 zunächst signifikant zugenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=2171)}=16.6, p<.001$ ), von t1 nach t2 aber wieder abgenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=3242)}=56.8, p<.001$ ). Bei BD zeichnet so eine zunehmende Konzentration der Kunden auf Erstattungsleistungen ab. Betreuung im Rahmen von Erstattungsleistungen erscheint so, zumindest nach Maßgabe des Anteils von Kunden mit dieser Leistungsart, eine Kernleistung der BD zu sein.

Bei nBa hat sich nur der Anteil sonstiger Leistungen von t1 nach t2 verändert, d.h. signifikant zugenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=1049)}=46.7, p<.001$ ). Bei PD hat sowohl der Anteil von Betreuungsleistungen im Rahmen von Sachleistungen als auch im Rahmen von Erstattungsleistungen von t1 nach t2 signifikant abgenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=2147)}=46.7$  und  $16.5, p<.001$ ); dafür hat der Anteil hauswirtschaftlicher Versorgung signifikant zugenommen (t1 vs. t2:  $\chi^2_{(df=1, N=2147)}=52.37, p<.001$ ). Da sich die Stichproben teilnehmender Vergleichseinrichtungen zu t1 und t2 aber deutlich anders zusammensetzen, können diese Veränderungen nicht mit einer tatsächlichen Veränderung des Leistungsbezugs innerhalb der Einrichtungen in Verbindung gebracht werden.

Vergleicht man die Kunden der BD mit denen der Vergleichseinrichtungen (t0 bis t2 zusammengefasst), findet sich in PD ein signifikant geringerer Anteil von Personen mit Betreuungsleistungen als Sachleistung ( $\chi^2_{(df=1, N=6072)}=467.9, p<.001$ ), Erstattungsleistung ( $\chi^2_{(df=1, N=6072)}=60.4, p<.001$ ), hauswirtschaftlicher Versorgung ( $\chi^2_{(df=1, N=2672)}=5.5, p<.05$ ) und sonstigen Leistungen ( $\chi^2_{(df=1, N=6072)}=393.6, p<.001$ ). In nBa findet sich ein signifikant höherer Anteil von Personen mit Erstattungsleistung als in BD und PD ( $\chi^2_{(df=1, N=4974 \text{ und } 3196)}=219.3$  und  $359.0, p<.001$ ) und ein geringerer Anteil mit sonstigen Leistungen als in PD ( $\chi^2_{(df=1, N=3196)}=192.0, p<.001$ ).

Die verschiedenen Anteile der verschiedenen Leistungsarten verweisen auf die Spezialisierung der drei Einrichtungstypen: BD konzentrieren sich stärker als die anderen beiden Einrichtungstypen auf Betreuung im Rahmen von Sachleistungen; nBa konzentrieren sich auf Betreuung im Rahmen von Erstattungsleistungen; PD konzentrieren sich stärker auf Pflegeleistungen und andere Leistungen (vermutlich v.a. häusliche Krankenpflege). Dennoch beziehen in allen drei Einrichtungstypen mehr als die Hälfte der Kunden Betreuung im Rahmen von Erstattungsleistungen (§ 45a-b SGB XI). Diese durchgehend hohen Anteile lassen vermuten, dass es zumindest bei dieser Leistungsart größere Überschneidungen (Konkurrenz) zwischen den drei Einrichtungstypen geben könnte.

Abbildung 46: Inanspruchnahme von Leistungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2  
 Anmerkung: Mehrfachnennungen. Prozent beziehen sich auf Gesamtanzahl der Kunden gem. Angaben der Einrichtungsleitungen in BD zu t0 (N = 683 Kunden aus 49 BD) bzw. t1 (N = 1488 Kunden aus 44 BD) bzw. t2 (N = 1754 aus 41 BD), nBa zu t1 (N = 600 Kunden aus 35 nBa) bzw. t2 (N = 449 aus 23 nBa) und PD zu t1 (N = 1139 aus 16 PD) bzw. t2 (N = 1008 aus 11 PD).

Tabelle 31: Häufigkeit der Kombination von Leistungsarten (t0 bis t2)

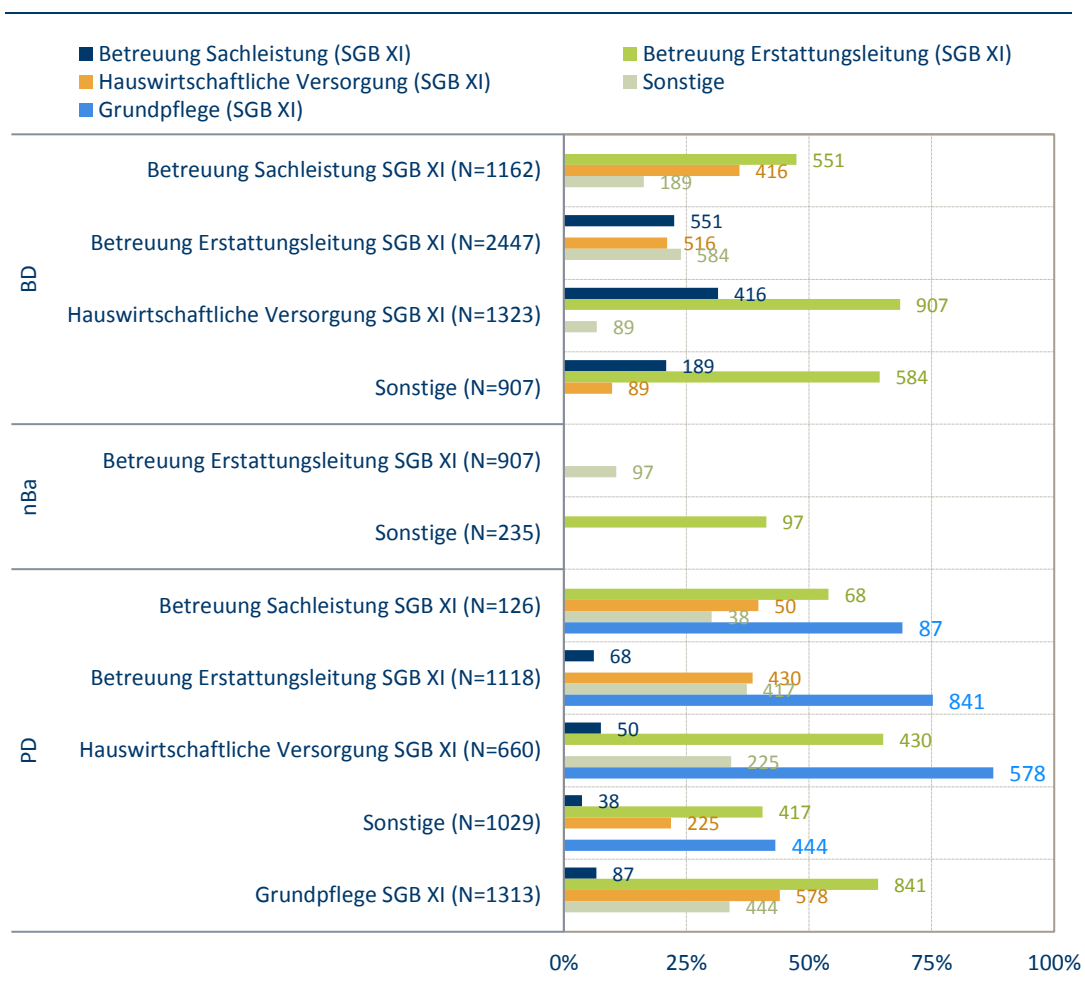
Anzahl der Leistungsarten		BD		nBa		PD	
		N	%	N	%	N	%
ohne Kombination	k.A.	9	0.2%	4	0.4%	20	0.9%
	1	2.381	60.7%	948	90.4%	846	39.4%
mit Kombination	2	1.181	30.1%	97	9.2%	649	30.2%
	3	320	8.2%	-	-	441	20.5%
	4	34	0.9%	-	-	176	8.2%
	5	-	-	-	-	15	0.7%
	Sub-Total	1535	39.1%	97	9.2%	1281	59.7%
Total		3925	100%	1049	100%	2147	100%

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2  
 Anmerkung: Gemeinsame Darstellung für Befragungen zu t0 bis t2. „Ohne Kombination“ enthält Anzahl der Kunden, für die nur eine Leistungsart genannt wird („k.A.“, keine Angaben, d.h. Kunden für die keine genaue Leistungsart genannt wird); „mit Kombination“ enthält Anzahl der Kunden für die ≥ 2 Leistungsarten genannt werden.

Insgesamt sind in BD (t0 bis t2 zusammengefasst) Kombinationen seltener als Fälle ohne Kombinationen (vgl. Tabelle 31). Beim Vergleich der drei Einrichtungstypen findet sich wieder ein signifikanter Unterschied (Chi<sup>2</sup>-Test Kombination vs. keine Kombination ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben, „k.A.“:  $\chi^2_{(df=2, N=7088)}=764.3, p<.001$ ). Dieser hängt damit zusammen, dass der Anteil von Kunden mit Kombinationen von PD (N = 1281, 60.2%) über BD (N = 1535, 39.2%) nach nBa (N = 97, 9.3%) abnimmt. Dieses Muster reflektiert auch das unterschiedliche Leistungsportfolio der Einrichtungstypen nach SGB XI, welches von PD über BD nach nBa abnimmt.

Die Häufigkeit paarweiser Kombinationen der unterschiedlichen Leistungsarten ist in Abbildung 47 abgetragen (zusammengefasst für Erhebungszeitpunkte t0 bis t2). Die häufigsten Kombinationen finden sich mit Betreuung als Erstattungsleistung (§ 45a-b SGB XI) in allen drei Einrichtungstypen (grüne Balken). Die nächst häufigen Kombinationen finden sich mit hauswirtschaftlicher Versorgung (orangene Balken). In PD werden nur Grundpflegeleistungen (§ 36 SGB XI; hellblaue Balken) noch häufiger kombiniert.

Abbildung 47: Paarweise Kombination von Leistungsarten (t0 bis t2)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2



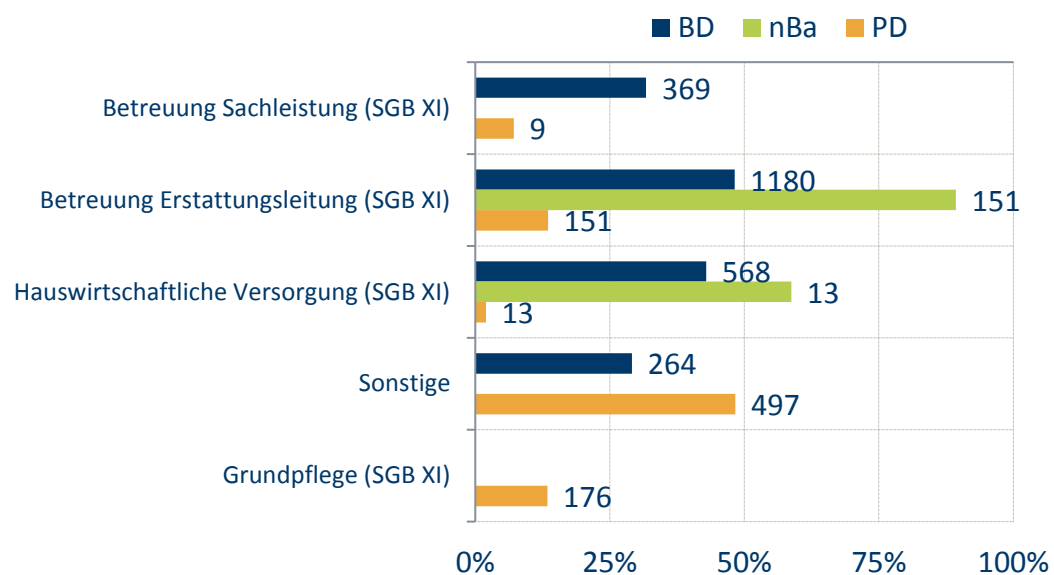
Anmerkung: Gemeinsame Darstellung für Befragungen zu t1 bis t2. Prozent entspricht Anteil der Kunden mit paarweiser Kombination (Anzahl rechts neben Balken) an Gesamtanzahl der Kunden mit jeweiliger Leistung (Kunden mit + ohne Kombination, siehe N in Klammern).

Vergleicht man die Kombinationshäufigkeiten zwischen BD und PD, wird in PD Betreuung als Erstattungsleistung (§ 45a-b SGB XI) häufiger mit hauswirtschaftlicher Versorgung und sonstigen Leistungen aber seltener mit Betreuung im Rahmen des Sachleistungsanspruch als in BD kombiniert ( $\chi^2_{(df=1, N=3565)} \geq 68.8$ ,  $p < .001$ ); hauswirtschaftliche Versorgung wird in PD seltener mit Betreuung als Sachleistung aber häufiger mit sonstigen Leistungen kombiniert als in BD ( $\chi^2_{(df=1, N=1983)} \geq 139.5$  und  $247.4$ ,  $p < .001$ ); sonstige Leistungen werden in PD seltener mit Betreuung als Sachleistung kombiniert als in BD ( $\chi^2_{(df=1, N=1936)} = 51.5$ ,  $p < .001$ ). Insgesamt ergibt sich das Bild, dass Betreuung als Erstattungsleistung in PD eher mit anderen Leistungsarten kombiniert wird, nur in Kombination mit Betreuung als Sachleistung tritt sie eher in BD als PD auf.

Da der allgemeine Anteil der Kunden mit Betreuung als Erstattungsleistung (§ 45a - b SGB XI) in BD etwas größer ausfällt (vgl. Abbildung 46), aber Kombinationen mit dieser Leistungsart in PD häufiger vorkommen als in BD (vgl. Abbildung 47, ist zu vermuten, dass Erstattungsleistungen in PD verstärkt als Ergänzung zu anderen Leistungen genutzt werden, während sie in BD häufiger eine „Kernleistung“ (ohne Kombination mit anderen Leistungen) darstellen. Bei Betreuung als Sachleistung (§ 124 SGB bzw. § 36 XI) ist das Muster etwas anders: Hier fällt der allgemeine Anteil von Kunden mit Betreuung als Sachleistung für BD ebenfalls größer aus als für PD, Kombinationen dieser Leistungsart mit anderen Leistungsarten kommen in BD und PD aber etwa gleich häufig vor. Daraus wäre zu schlussfolgern, dass Betreuung als Sachleistung in beiden Einrichtungstypen (BD, PD) gleichermaßen *keine* Kernleistung darstellt. Allerdings lässt der direkte Vergleich nur paarweiser Kombinationen Pflegeleistungen noch völlig unberücksichtigt (da diese nur in PD vorkommen).

Abbildung 48 bietet daher die vereinfachte Darstellung, wie häufig eine gegebene Leistungsart mit irgendeiner anderen Leistung kombiniert wird. Demnach wird Betreuung als Sachleistung in BD seltener als in PD kombiniert ( $\chi^2_{(df=1, N=1288)} = 33.2$ ,  $p < .001$ ), so dass sie – zumindest relativ betrachtet – in BD eher eine Kernleistung darstellt als in PD.

Abbildung 48: Häufigkeit der Leistungsarten ohne Kombination (t0 bis t2)



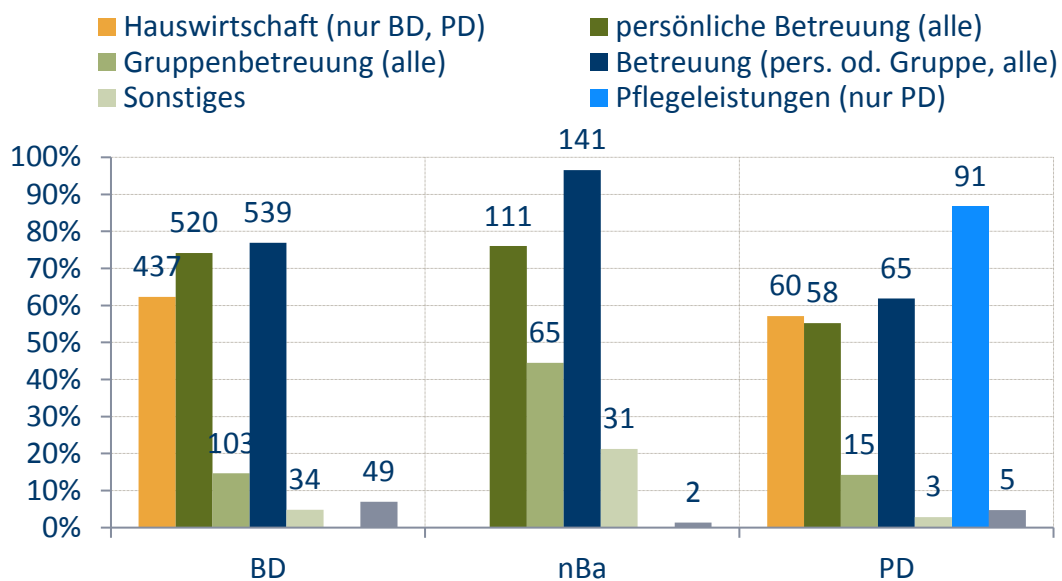
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2

Anmerkung: Gemeinsame Darstellung für Befragungen zu t1 bis t2. Prozent entspricht Anteil der Kunden ohne Kombination mit irgendeiner anderen Leistung (Anzahl rechts neben Balken) an Gesamtanzahl der Kunden mit jeweiliger Leistung (Kunden mit + ohne Kombination).

In nBa werden im Vergleich zu BD und PD Betreuung als Erstattungsleistung und sonstige Leistungen signifikant seltener mit anderen Leistungen kombiniert ( $\chi^2_{(df=1, N=3354 \text{ und } 2025)} \geq 8.3, p < .01$ ). Der geringe Anteil von Kombinationen in nBa erklärt sich aber v.a. durch das insgesamt schmalere Leistungsportfolio und die stärkere Fokussierung auf Erstattungsleistungen. Ein genauerer Vergleich der paarweisen Kombinationen dieses Einrichtungstyps mit BD und PD ist daher ungeeignet.

*Kundenbefragung:* Die Angaben zu bezogenen Leistungen in der Kundenbefragung sind in Abbildung 49 dargestellt. Die Angaben können nicht direkt mit den Ergebnissen aus der Befragung der Leitungskräfte verglichen werden, da sich zum einen der Differenzierungsgrad der Betreuungsleistungen (Sach- und Erstattungsleistungen werden dort nicht differenziert) unterscheidet; zum anderen kann selbst bei Leistungsarten, die mit demselben Differenzierungsgrad erhoben werden („Hauswirtschaftliche Versorgung“), die Interpretation der Kunden/Angehörigen bzgl. der erhaltenen Leistung divergieren; z.B. könnten gemeinsame Aktivitäten, die der Unterstützung der Haushaltsführung dienen, vom Kunden als „hauswirtschaftliche Versorgung“ wahrgenommen, vom BD aber tatsächlich als Betreuungsleistung abgerechnet werden. Der Vergleich der Häufigkeiten der Leistungsarten zwischen den beiden Befragungen ist daher nur unter Vorbehalt möglich.

Abbildung 49: Inanspruchnahme von Leistungen (Kundenbefragung; t1 + t2)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Gemeinsame Darstellung für Kundenbefragungen zu t1 und t2. Prozent beziehen sich auf Anzahl der Kunden mit entsprechender Leistung an sämtlichen Befragungsteilnehmern (t1 + t2 für BD N = 701; nBa N = 146; PD N = 105). „Betreuung (pers. od. Gruppe)“ enthält Personen, die persönliche Betreuung und/oder Betreuung in Gruppen nutzen. Zahl über Balken entspricht Anzahl der Kunden, für die die entsprechende Leistung angegeben wird. Nach „Hauswirtschaft“ wurde explizit nur in BD und PD gefragt, da zum Zeitpunkt der Befragung nBa nur Betreuungsleistungen erbringen konnten; Pflegeleistungen wurden nur in PD erfragt, da sie nur dort zum Leistungsportfolio zählen.

In der Befragung der Führungskräfte der BD (t1 und t2 zusammengefasst; vgl. Abbildung 46) werden für insgesamt N = 2500 Kunden (77.1% von N = 3242) Betreuungsleistungen als Sach- oder Erstattungsleistungen genannt; der Anteil der Kunden mit Betreuungsleistungen in der Kundenbefragung liegt mit 76.9% (N = 539) etwa in dieser Größenordnung ( $p=.899$ ). Auch in PD unterscheidet sich der Anteil der Kunden mit Betreuungsleistungen nicht zwischen der Kundenbefragung (N = 65, 61.9%) und der Befragung der Leitungen (N = 1176, 54.8%;  $p=.151$ ).

Allerdings ist der Anteil von Personen mit Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung in der Kundenbefragung in BD (N = 437, 62.3%) gegenüber der Leitungsbefragung (N = 1106, 34.1%) um ca. 30 Prozentpunkte erhöht ( $\chi^2_{(df=1, N=3943)}=192.8, p<.001$ ); auch in PD liegt der Anteil von Personen mit hauswirtschaftlicher Versorgung in der Kundenbefragung (N = 60, 57.1%) höher als in der Befragung der Einrichtungsleitungen (N = 660, 30.7%;  $\chi^2_{(df=1, N=2252)}=32.1, p<.001$ ). Ob dies daran liegt, dass Personen mit hauswirtschaftlicher Versorgung in der Stichprobe der Kundenbefragung überrepräsentiert sind oder die Wahrnehmung der Befragten bzgl. der Leistungen eine andere ist, kann anhand

der Daten nicht eindeutig entschieden werden. Zudem ist auch möglich, dass v.a. BD hauswirtschaftsnahe Leistungen und originäre Betreuungsleistungen bei der Abrechnung nicht voneinander trennen.

Darüber hinaus fällt in PD der Anteil der Kunden mit Pflegeleistungen in der Kundenbefragung (N = 91, 86.7%) höher aus als in der Leitungsbefragung (N = 1313, 61.2%); in nBa findet sich ein signifikant höherer Anteil von Kunden mit Betreuungsleistungen in der Kundenbefragung (N = 141, 96.6%) als in der Befragung der Leitung (N = 907, 86.5%;  $\chi^2_{(df=1, N=1195)}=12.1, p<.001$ ). Dafür fällt der Anteil mit „sonstigen Leistungen“ in den Kundenbefragungen geringer aus als in den Leitungsbefragungen (BD und PD:  $\chi^2_{(df=1, N=3943 \text{ und } 2252)}=126.0$  und  $81.9, p<.001$ ). Diese Unterschiede sind wahrscheinlich auf verschiedene Differenzierungsgrade in den Befragungen zurückzuführen. In der Kundenbefragung waren die abgefragten Kategorien allgemeiner gehalten, wodurch eine Leistung, die von der Leitung als „sonstige“ klassifiziert worden wäre, von den Kunden immer noch einer konkreteren Kategorie zugeordnet werden konnte (z.B. „privat bezahlte Betreuung“ oder „Krankenpflege nach SGB V“ sind von Kunden zu „Betreuungsleistungen“ oder „Pflegeleistungen“ zu zählen; in der Befragung der Leitungen sind diese unter „Sonstige“ zu zählen).

Beim Vergleich der verschiedenen Betreuungsformen (persönliche Betreuung; Betreuung in Gruppen) zwischen den drei Einrichtungstypen zeigt sich, dass der Anteil von Kunden mit persönlicher Betreuung in nBa und BD (N = 111, 76.0% und N = 520, 74.2%) etwas höher liegt als in PD (N = 65, 61.9%; vgl. Abbildung 49;  $\chi^2_{(df=2, N=952)}=17.5, p<.001$ ). Hingegen liegt der Anteil für Gruppenbetreuung in nBa ca. drei Mal so hoch wie in BD und PD ( $\chi^2_{(df=2, N=952)}=71.1, p<.001$ ; vgl. Abbildung 49). Dieser Unterschied erklärt auch die signifikant unterschiedlichen Anteile von Personen mit irgendeiner Betreuungsform (persönliche Betreuung oder Betreuung in Gruppen:  $\chi^2_{(df=2, N=952)}=46.1, p<.001$ ), der in nBa höher liegt als in BD und PD (vgl. Abbildung 49). Demnach konzentriert sich das Betreuungsangebot von nBa offenbar stärker auf Gruppenbetreuung, während es bei BD und PD stärker auf Einzelbetreuung fokussiert. Vor dem Hintergrund des Befundes, dass Betreuungsleistungen (v.a. Erstattungsleistung, § 45a-b SGB XI) in PD häufiger als in BD mit anderen Leistungen kombiniert werden (vgl. Abbildung 47), ist anzunehmen, dass Einzelbetreuungen in PD häufiger in Ergänzung v.a. zu Pflegeleistungen erbracht werden – z.B. um sich mehr Zeit bei der Pflege zu nehmen. Dagegen entspricht Einzelbetreuung in BD der eigentlichen Kernleistung.

### **Gruppenangebote und „Pooling“**

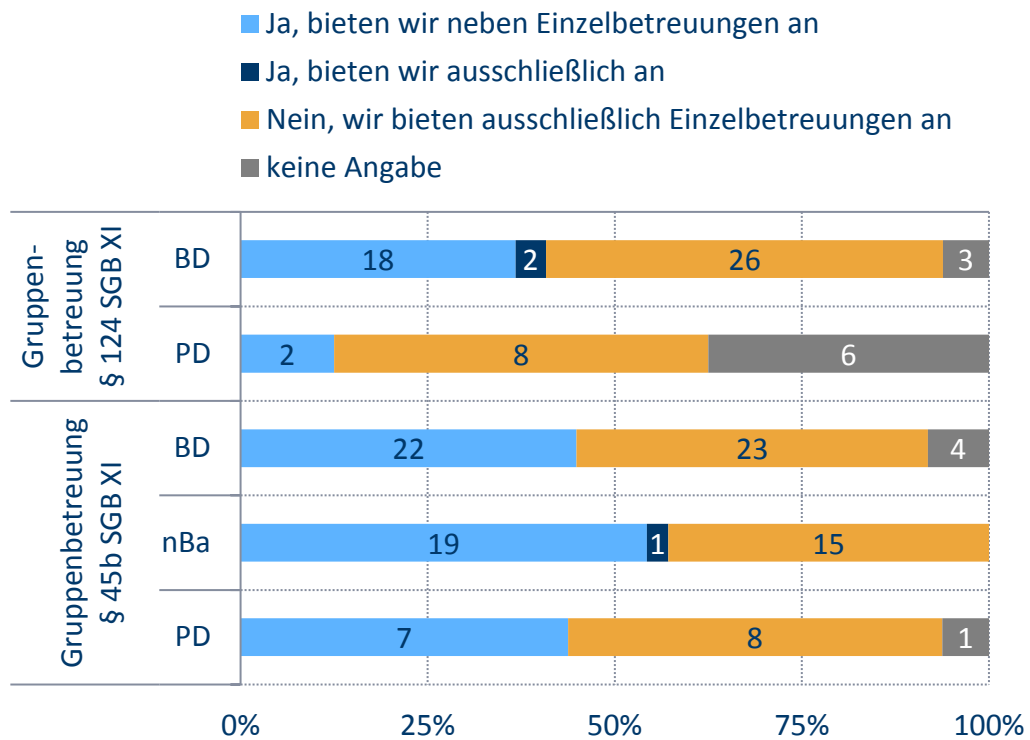
„Pooling“ entspricht dem gemeinsamen Abrufen von Leistungen durch mehrere Versicherte gleichzeitig, z.B. wenn mehre Pflegebedürftige in einer Wohngemeinschaft oder in der Nähe voneinander leben. Dadurch kommt es zu Zeit- und Kosteneinsparungen, sodass ein Kunde einen geringeren Teil des Sachleistungsanspruchs für die erbrachte Leistung investiert als wenn die Leistung für ihn/sie allein erbracht worden wäre. „Pooling“ von Betreuungsleistungen ist so v.a. im Rahmen von Gruppenbetreuung möglich.

Zu t0 (BD) bzw. t1 (nBa, PD) wurden die Leitungen zunächst gefragt, ob sie Gruppenbetreuung anbieten. Zu t2 wurde dann nach der Einschätzung der Bedeutung von Gruppenbetreuung für das Geschäft der Einrichtung gefragt. Hier wurden die Leitungen zudem gebeten einzuschätzen, wie hoch der Anteil der Kunden mit gepoolten Leistungen in ihrer Einrichtung liegt.

Abbildung 50 zeigt die Anteile der Einrichtungen mit Gruppenbetreuung (Angaben beziehen sich bei BD auf t0 und bei nBa und PD auf t1) im Rahmen von § 124 SGB XI (oben) und § 45b SGB XI (unten). Demnach bietet weniger als die Hälfte der BD Gruppenbetreuungen an, wobei Gruppenbetreuungen nach § 45b SGB XI etwas häufiger vorkommen. PD bieten (t1) anteilig etwa so häufig wie BD (t0) Gruppenbetreuung nach § 45b SGB XI an; seltener nach § 124 SGB XI ( $\chi^2_{(df=3, N=65)}=11.6, p<.01$ ), wobei hier für PD die Anzahl fehlender Angaben („keine Angabe“) besonders hoch ausfällt. Die fehlenden Angaben sind vermutlich in der Mehrzahl der Fälle als „Nein“-Antworten zu werten, da es vor den Modellvorhaben in einigen Bundesländern keine Vergütungsvereinbarung zu Betreuungen nach § 124 SGB XI gab. Demnach könnte die Frage von PD öfter übersprungen worden sein, da sie für das Versorgungsgeschehen irrelevant erschien. nBa (t1) bieten zumindest numerisch etwas häufiger als BD (t0) und PD (t1) Gruppenbetreuungen nach § 45b SGB XI an, wobei dieser Unterschied nicht signifikant ausfällt ( $p=.515$ ).

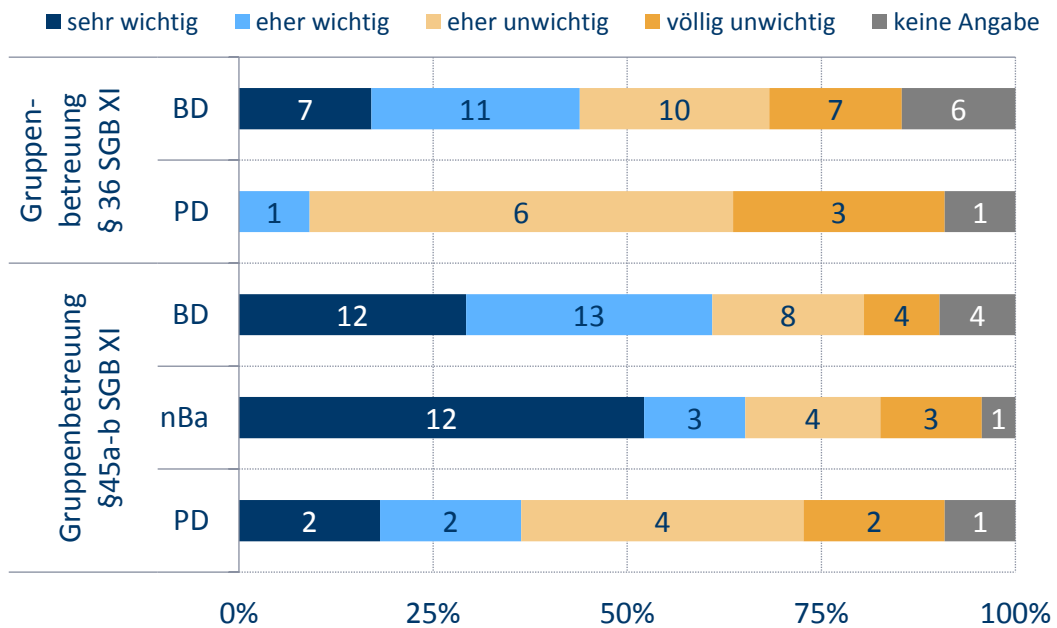
Die Einschätzung der Einrichtungsleitungen zur Bedeutung von Gruppenbetreuungen für das Geschäft der Einrichtung finden sich in Abbildung 51. Dort wird der Bezug von Gruppenbetreuung im Rahmen des Sachleistungsanspruchs allerdings unter § 36 statt § 124 SGB XI abgebildet (die t2-Befragungen fanden nach Inkrafttreten von PSG II statt; zu diesem Zeitpunkt ist § 124 SGB XI in § 36 SGB XI integriert und entfällt somit als separater §). Die Bedeutung von Gruppenbetreuungen im Rahmen des Sachleistungsanspruchs wird von BD häufiger für wichtig erachtet als von PD (Chi<sup>2</sup>-Test mit dichotomisierten Antwortkategorien „wichtig“, umfasst „sehr wichtig“ und „eher wichtig“, vs. „unwichtig“, umfasst „eher unwichtig“ und „völlig unwichtig“:  $\chi^2_{(df=1, N=45)}=5.5, p<.05$ ; Fisher-Test:  $p<.05$ ). Bei der Bewertung der Bedeutung von Gruppenbetreuung im Rahmen von Erstattungsleistungen (§ 45a-b SGB XI) findet sich hingegen kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Einrichtungstypen ( $p=.239$ ); nBa und BD zeigen numerisch jedoch die Tendenz Gruppenbetreuung gem. § 45a-b SGB XI für wichtiger zu erachten.

Abbildung 50: Angebot der Gruppenbetreuung pro Einrichtungstyp



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungen zu t0 (BD) bzw. t1 (nBa, PD)

Abbildung 51: Einschätzung der Bedeutung von Gruppenbetreuung



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungen zu t2

Die Bewertung der Bedeutung von Gruppenbetreuung für das Geschäft reflektiert so die Angaben zum Angebot: Etwas weniger als die Hälfte der BD gibt an Gruppenbetreuung im Rahmen des Sachleistungsanspruchs anzubieten und erachtet diese auch als wichtig für das Geschäft der Einrichtung; PD bieten derart Leistungen hingegen seltener an und erachten sie auch seltener als wichtig. Gruppenangebote im Rahmen von Erstattungsleistungen (§ 45a-b SGB XI) werden tendenziell eher von nBa angeboten und auch als wichtig bewertet.

Betrachtet man die Angaben der Einrichtungsleitungen zum Pooling (zu t2; hier nur BD und PD relevant, da sich Pooling auf Sachleistungsansprüche bezieht), so gibt die große Mehrheit der BD an, keine gepoolten Leistungen zu erbringen (N = 35 von insg. 41 zu t2). Nur N = 6 BD geben gepoolte Leistungen an; dabei handelt es sich in sämtlichen Fällen um gepoolte Betreuungsleistungen und nur in vier Fällen um hauswirtschaftliche Versorgung (Mehrfachangaben). Bei den allermeisten Gruppeangeboten der BD handelt es sich daher offenbar nicht um gepoolte Leistungen. Bei den PD wird sogar nur von einer Einrichtung angegeben (von insg. N = 16 zu t2) gepoolte Leistungen zu erbringen (betrifft hauswirtschaftliche Versorgung). Pooling von Leistungen spielt somit, zumindest innerhalb des im Rahmen der Begleitforschung dokumentierten Versorgungsgeschehens, eine untergeordnete Rolle. In der Folge wird daher weiterhin nur auf Gruppenbetreuung allgemein – ohne Beschränkung auf Pooling – fokussiert.

In der Kundenbefragung wird erfasst, inwiefern Gruppenangebote durch die Kunden auch tatsächlich genutzt werden. Von den insgesamt N = 358 Kunden aus BD, die zu t1 an der Kundenbefragung teilnehmen, befinden sich insgesamt N = 225 in BD, die auch Gruppenbetreuungen anbieten. Nach eigenen Angaben nehmen davon aber nur N = 53 Kunden Gruppenbetreuungen wahr, was einem Anteil von 24% (an N = 225) entspricht. Zu t2 befinden sich N = 148 Kunden in BD, die Gruppenbetreuung anbieten (von insgesamt N = 343, die zu t2 teilnehmen); davon nutzen N = 48 das Gruppenangebot, was einem etwas höheren Anteil als zu t1 von 32% entspricht. In Abbildung 52 (oben) werden die Angaben der Kunden aus BD, die Gruppenbetreuung anbieten, für die beiden Erhebungszeitpunkte t1 und t2 zusammengefasst dargestellt.

Für die meisten BD-Kunden mit Gruppenbetreuung (N = 46 zu t1 und t2; vgl. Abbildung 52) wird angegeben, diese „wöchentlich“ mit einem Durchschnitt von ca. 1- bis 2-mal die Woche zu nutzen (t1: M = 1.5, SD = 0.7, Min = 1, Max = 3, MDN = 1, N = 22 d.h. 1 ohne Angabe; t2: M = 1.5, SD = 0.7, Min = 1, Max = 4, MDN = 1, N = 23). Für N = 29 (N = 14 zu t1 und N = 15 zu t2) Kunden wird sogar angegeben, „täglich“ Gruppenbetreuungen wahrzunehmen. N = 7 (N = 4 zu t1 und N = 3 zu t2) nutzen Gruppenbetreuungen hingegen nur 1- bis 2-mal im Monat (t1: M = 1.5, SD = 0.6, Min = 1, Max = 2, MDN = 1.5, N = 4; t2: M = 2.0, SD = 0, Min = 2, Max = 2, N = 3); N = 10 (N = 3 zu t1 und N = 7 zu t2) nutzen sie noch seltener (zu t1 N = 9 von 53 mit „k.A.“, d.h. ohne genaue Angabe, wie häufig Gruppenbetreuungen genutzt werden).

Von den insgesamt  $N = 69$  Kunden aus nBa, die zu t1 an der Befragung teilnehmen, befinden sich  $N = 41$  in Einrichtungen, die Gruppenbetreuung anbieten; davon nutzen  $N = 28$  Gruppenbetreuung. Zu t2 befinden sich von insgesamt  $N = 77$  in der Kundenbefragung in nBa,  $N = 57$  in Einrichtungen mit Gruppenbetreuung; davon nutzen  $N = 30$  dieses Angebot. Von den insgesamt  $N = 48$  Kunden aus PD, die zu t1 an der Befragung teilnehmen, befinden sich  $N = 21$  in PD, die Gruppenbetreuung anbieten; nur  $N = 8$  von diesen Kunden nutzen Gruppenbetreuung. Zu t2 befinden sich von den insgesamt  $N = 57$  der Kundenbefragung in PD,  $N = 9$  in PD mit Gruppenbetreuung; davon nutzen  $N = 3$  dieses Angebot. In Abbildung 52 werden die Angaben der Kunden aus nBa (mittig) und PD (unten) mit Gruppenbetreuung für die beiden Erhebungszeitpunkte t1 und t2 zusammengefasst dargestellt.

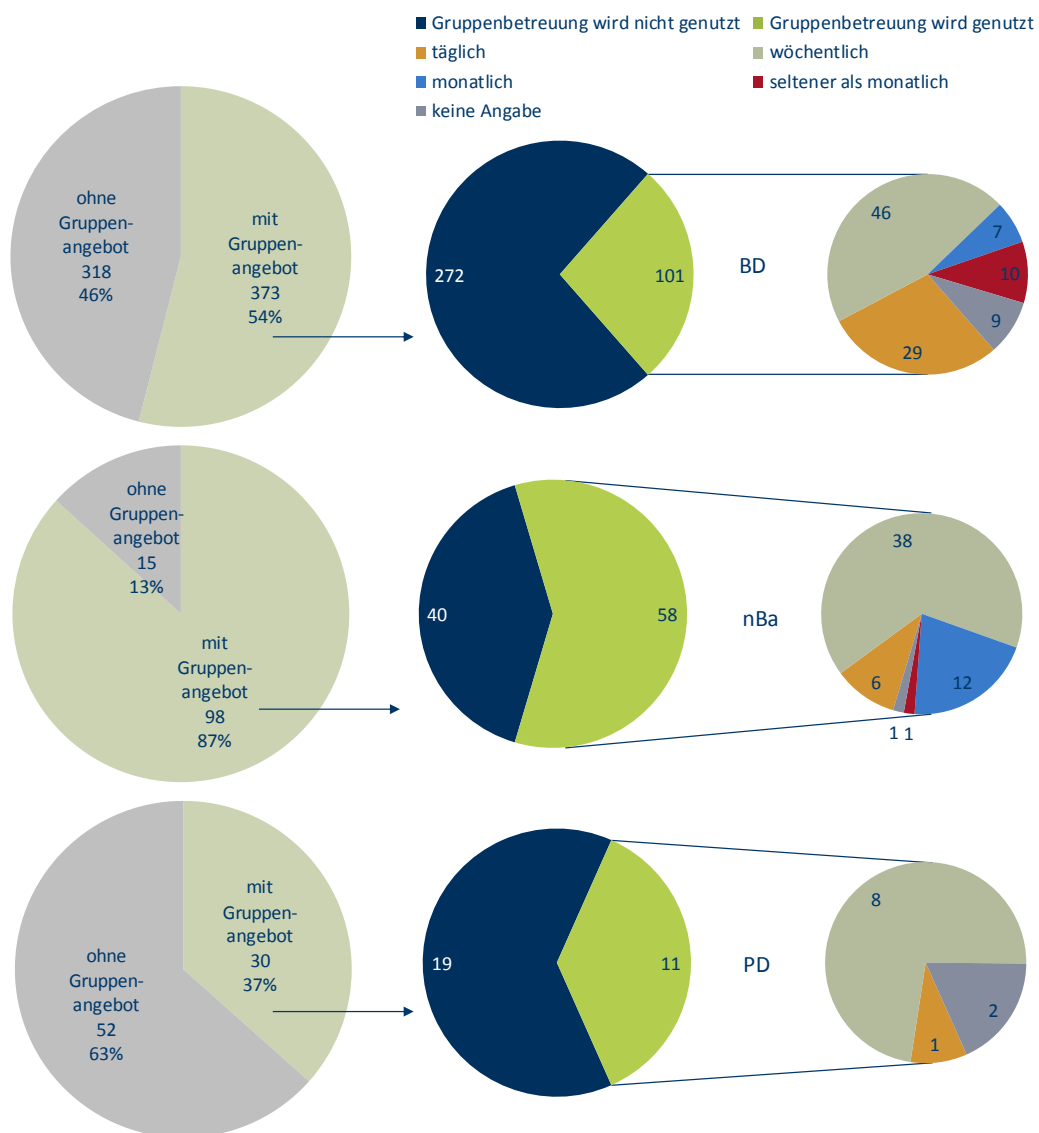
Demnach ist insgesamt der Anteil der Kunden (zu t1 und t2), die sich in Einrichtungen mit Gruppenbetreuungen befinden,  $nBa > BD > PD$  (Chi<sup>2</sup>-Test zusammengefasst für t1 und t2, ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=886)}=57.0, p<.001$ ); der Anteil der Kunden, die in Einrichtungen mit Gruppenangeboten diese auch nutzen, ist dagegen  $nBa > PD > BD$  (Chi<sup>2</sup>-Test zusammengefasst für t1 und t2:  $\chi^2_{(df=2, N=501)}=35.8, p<.001$ ); die Häufigkeit mit der Gruppenbetreuung genutzt werden (stattfinden) ist allerdings in  $BD > PD > nBa$  (Chi<sup>2</sup>-Test zusammengefasst für t1 und t2 mit Kategorien „täglich“, „seltener als täglich“:  $\chi^2_{df=2, N=171}=12.1, p<.01$ ) (vgl. Abbildung 52).

Insgesamt scheint Gruppenbetreuung gegenüber Einzelbetreuung in den BD so eine eher untergeordnete Rolle zu spielen, da häufiger Einzelbetreuungen stattfinden: Selbst wenn Gruppenbetreuungen von den Diensten angeboten werden, wird von weniger als ein Viertel der Teilnehmer der Kundenbefragung angegeben, diese auch zu nutzen. Soweit Gruppenbetreuungen von Kunden in BD aber genutzt werden, geschieht dies mit einer höheren Frequenz als in den Vergleichseinrichtungen. Das Angebot von nBa fokussiert so zwar stärker auf Gruppenbetreuung, diese finden dort aber offenbar seltener statt als in BD.

PD scheinen am seltensten Gruppenbetreuung anzubieten. Liegt das Angebot aber vor, wird es durch einen größeren Anteil der Kunden genutzt als bei BD – es wäre deshalb zu vermuten, dass Gruppenangebote durch PD zwar seltener vorkommen, jedoch mit größeren Gruppen verbunden sind als in BD. Allerdings ist unklar in wie weit der Befund aufgrund der geringen Teilnahmequote (und geringen Zelhäufigkeiten) in PD (ferner auch nBa) für die gesamte Population dieses Einrichtungstyps verallgemeinert werden kann.



Abbildung 52: Nutzung von Gruppenbetreuung (t1 und t2 zusammengefasst)



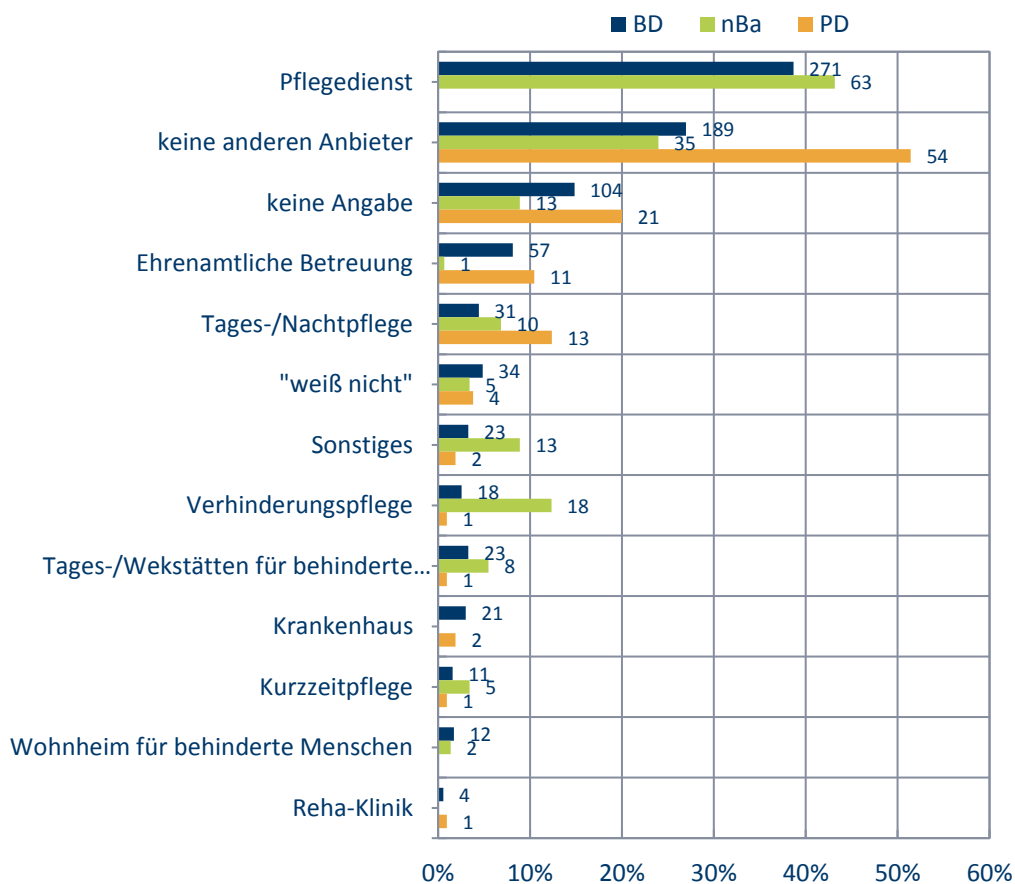
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Gemeinsame Darstellung für Kundenbefragungen zu t1 und t2. Darstellung bezieht sich auf Angaben von insgesamt N = 701 aus BD, N = 146 aus nBa, N = 105 aus PD mit N = 225 BD t1 bzw. 148 BD t2, N = 41 nBa t1 bzw. 57 nBa t2 und N = 21 PD t1 bzw. 9 PD t2, die sich in Einrichtungen mit Gruppenangeboten befinden.

### Kombination mit anderen Anbietern

*Kundenbefragung:* Die Kombination unterschiedlicher Anbieter, die gleichzeitig genutzt werden, wird ausschließlich in der Kundenbefragung erhoben, da eine Erfassung durch die Leitung einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde.

Abbildung 53 zeigt die Häufigkeit der Inanspruchnahme anderer Anbieter gemäß den Angaben in der Kundenbefragung (zusammengefasst für t1 und t2). Die meisten Kombinationen treten mit Leistungen ambulanter Pflegedienste auf (N = 334). Darauf folgt bereits die Angabe, bei keinen weiteren Anbietern Leistungen zu beziehen (N = 278). Da in PD nicht nach „ambulanten Pflegediensten“ als weitere Anbieter gefragt wurde, wird in PD sogar am häufigsten angegeben, keine anderen Anbieter zu nutzen (N = 54, 51.4%); die relative Häufigkeit dieser Angabe fällt in BD (N = 189, 27%) und nBa (N = 35, 24%) signifikant geringer aus als in PD ( $\chi^2_{(df=2, N=952)}=28.7, p<.001$ ). Immerhin 12 bis 24% machen überhaupt keine Angaben zur Kombination mit anderen Anbietern (keine Angabe und „weiß nicht“ in Abbildung 53), was so die dritthäufigste Gruppe in der Befragung stellt.

Abbildung 53: Kombination mit anderen Anbietern (Kundenbefragung; t1 + t2)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Mehrfachantworten. Gemeinsame Darstellung für Kundenbefragung zu t1 und t2; X-Achse entspricht Anteil an Kunden (BD: N = 701; nBa: N = 146; PD: N = 105). Abkürzungen: BD, Betreuungsdienste; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, ambulante Pflegedienste. Die Antwortkategorie „Pflegedienste“ wurde nur in Kundenbefragungen in BD und nBa abgefragt; „Ehrenamtliche Betreuung“ wurde nur in BD und PD abgefragt.

Dienste mit Betreuungsleistungen als Kernleistung (BD, nBa) werden so häufiger in Kombination mit anderen Einrichtungen genutzt als Dienste mit Pflegeleistungen als Kernleistung (PD). Da Kunden aus PD weniger betreuungsbedürftig sind (vgl. Abbildung 44: Ausprägung betreuungsrelevanter Problemlagen) ist anzunehmen, dass sie einen geringeren Betreuungsbedarf (an professionellen oder semi-professionellen Anbietern) aufweisen als Kunden aus BD und nBa. Die Kunden dieser primär betreuerischen Einrichtungen zeigen hingegen einen höheren Betreuungsbedarf und nutzen zugleich häufig ambulante Pflegedienste in Kombination. Somit geht der erhöhte Betreuungsbedarf in dieser Stichprobe häufig mit einem Pflegebedarf (an professionellen Anbietern) einher, während es sich anders herum in PD nicht so verhält. Zumindest für die Kundenbefragung ergibt sich so, dass betreuungsbedürftige Kunden in BD und nBa häufiger auch professioneller Pflege bedürfen als pflegebedürftige Kunden in PD auch (semi-) professioneller Betreuung bedürfen. Auch die geringere Ausprägung betreuungsrelevanter Problemlagen bei Kunden aus PD (vgl. Abbildung 44) legt nahe, dass sich in diesem Einrichtungstyp weniger betreuungsintensive Kunden befinden, die (semi-) professioneller Betreuungsleistungen bedürfen.

#### 3.5.4 „Informelles“ Betreuungsnetz

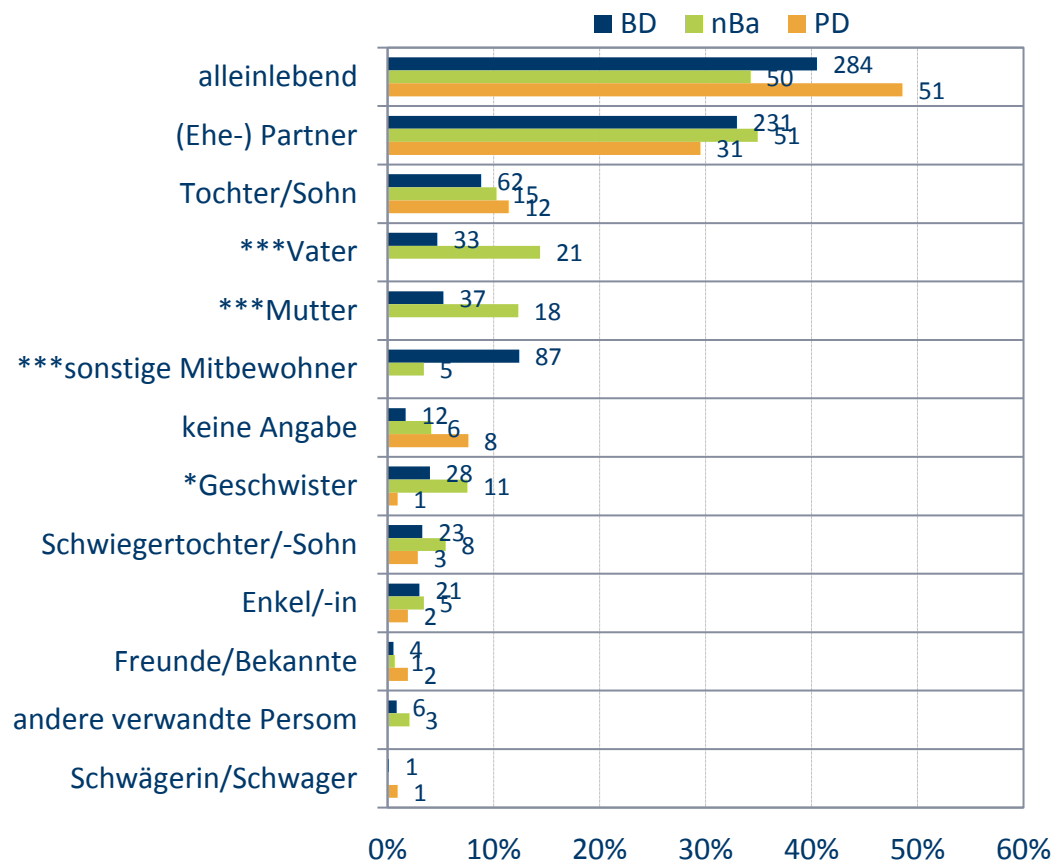
Zur Erfassung des Betreuungsnetzes der Kunden werden weitere Personen, die mit dem Kunden im selben Haushalt leben oder sich hauptsächlich um die Belange des Kunden kümmern (i.S. „pflegender Angehöriger“) erfasst. Diese Angaben werden ausschließlich in der Kundenbefragung erhoben, da eine Darstellung auf Einzelfallebene durch die Leitungskraft mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden wäre.

Laut den Angaben der Befragungsteilnehmer aus BD (t1 und t2 zusammengefasst) leben 40.5% der Kunden allein; dagegen wird für insgesamt 58% der Kunden (N = 405 von N = 701), d.h. die Mehrheit in der Kundenbefragung angegeben, mit anderen Personen zusammenzuleben. Für nBa ergibt sich eine ähnliche Verteilung mit 34% alleinlebenden Personen (N = 50 von N = 148) gegenüber einer Mehrheit der Befragten (N = 90, 61% von N = 148), die mit anderen Personen zusammenlebt. Hingegen gibt in PD nur eine knappe Minderheit an, mit anderen Personen zusammenzuleben (44%, N = 46 von 105). Zudem leben die Befragungsteilnehmer aus nBa signifikant häufiger als in BD und PD mit ihren Eltern und Geschwistern zusammen (Mutter und Vater:  $\chi^2_{(df=2, N=925)}=18.3$  und  $28.2$ ,  $p<.001$ ; Geschwister:  $\chi^2_{(df=2, N=925)}=6.9$ ,  $p<.05$ ). Abbildung 54 zeigt die Häufigkeiten der verschiedenen Personengruppen im Haushalt der Kunden. In allen drei Einrichtungstypen leben die Befragungsteilnehmer, die mit anderen Personen zusammenleben, am häufigsten mit dem (Ehe-) Partner zusammen.

Der Befund, dass Kunden aus PD seltener mit anderen Personen zusammenleben und insgesamt geringere Ausprägungen betreuungsrelevanter Problemlagen zeigen (vgl. Abbildung 44) legt nahe, dass Kunden, die vorrangig aufgrund somatischer Einschränkungen auf Hilfe angewiesen sind, häufiger in der Lage sind

allein zu leben als die insgesamt betreuungsintensiveren Kunden aus BD und nBa. Dass Befragungsteilnehmer aus nBa häufiger mit ihren Eltern zusammenleben, reflektiert das insgesamt niedrigere Durchschnittsalter der Kunden dieses Einrichtungstyps relativ zu BD und PD (vgl. Kapitel 3.5.1) und verweist auf einen stärkeren Fokus der nBa auf jüngere Zielgruppen.

Abbildung 54: Personengruppen im Haushalt (Kundenbefragung; t1 + t2)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Mehrfachnennung. Gemeinsame Darstellung der Kundenbefragungen zu t1 und t2. Prozent beziehen sich auf Gesamtanzahl der Teilnehmer an Kundenbefragung zu t1 und t2 (N = 701 in BD, N = 146 in nBa, N = 105 in PD). Signifikante Unterschiede zwischen BD, nBa, PD bei \*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Zudem werden auch „sonstige Mitbewohner“ von Befragungsteilnehmern aus BD signifikant häufiger genannt als aus nBa und PD ( $\chi^2_{(df=2, N=952)}=23.8$ ,  $p < .001$ ; vgl. Abbildung 54). Zählt man sämtliche Angaben zur Anzahl der Personen im Haushalt zusammen, so leben Kunden aus BD durchschnittlich mit ein bis zwei weiteren Person zusammen (zusammengefasst für Kundenbefragungen zu t1 und t2:  $M = 1.6$ ,  $SD = 4.2$ ,  $Min = 0$ ,  $Max = 82$ ,  $MDN = 1.0$ ,  $N = 689$ ; eine genannte Kategorie ohne Nennung der genauen Anzahl wird automatisch als Anzahl = 1 gezählt); Die höchsten Nennungen liegen mit 9 (in  $N = 16$  Fällen), 10 ( $N = 2$  Fälle), 11 ( $N = 3$  Fälle), 13 ( $N = 6$  Fälle), 21 ( $N = 5$  Fälle), 25 ( $N = 1$  Fall) und 82 Mitbewohnern ( $N = 1$

Fall) in BD vor. Diese Fälle gehen fast ausschließlich auf Kunden zurück, die mit „sonstigen Mitbewohnern“ zusammen in Pflegeeinrichtungen leben (N = 26 in ambulant betreuten Wohngruppen; N = 3 in „stationären“ Pflegeheimen<sup>21</sup>). Von den übrigen N = 5 Kunden mit mehr als 9 Mitbewohnern lebt nur ein Kunde in seinem eigenen Haus und für vier Kunden werden keine genauen Angaben zu den Wohnbedingungen gemacht.

Die durchschnittliche Anzahl der Personen im Haushalt der Kunden der Vergleichseinrichtungen liegt etwas unter der in BD (zusammengefasst für Kundenbefragungen zu t1 und t2; nBa: M = 1.2, SD = 1.4, Min = 0, Max = 8, MDN = 1.0, N = 146; PD: M = 0.5, SD = 0.6, Min = 0, Max = 3, MDN = 0, N = 105); eine ANOVA mit anschließenden post-hoc Vergleichen ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Einrichtungen ( $F_{(2,923)}=4.0$ ,  $p<.05$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p<.001$ , Analyse mit ebenfalls signifikantem Welch-Test wiederholt,  $p<.001$ ), der auf signifikant weniger Personen im Haushalt der Kunden aus PD als in BD und nBa zurückgeht (aufgrund fehlender Varianzhomogenität multiple paarweise Vergleichen nach Games-Howell mit  $p<.001$ ).

Betrachtet man die Anzahl der weiteren Personen im Haushalt der Kunden in Abhängigkeit der Häufigkeit („täglich“, „wöchentlich“, „monatlich oder seltener“; siehe Tabelle 32) der verschiedenen Leistungsarten („Hauswirtschaft“, „persönliche Betreuung“, „Gruppenbetreuung“, „Sonstige“, „Pflegeleistungen; vgl. Kapitel 3.5.3), so zeigt sich, dass eine seltenere Inanspruchnahme von persönlicher Betreuung mit einer höheren Anzahl von Personen im Haushalt der Kunden einhergeht ( $F_{(2,573)}=3.7$ ,  $p<.05$ ; in Bonferroni-adjustierten paarweisen Vergleichen zeigt sich signifikanter Unterschied zwischen „täglich“ und „wöchentlich“ vs. „ $\leq$  monatlich“,  $p<.05$ ; Analyse berücksichtigt nur Kunden, die zu Hause – entweder in der eigenen Wohnung oder bei Verwandten/ Freunden/ Bekannten/ Nachbarn – wohnen;). Auch bei Gruppenbetreuung zeigt sich tendenziell dieser Zusammenhang ( $F_{(2,117)}=4.4$ ,  $p<.05$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p<.05$ , Analyse mit Welch-Test wiederholt,  $p=.092$ ; in multiplen paarweisen Vergleichen nach Games-Howell zeigt sich signifikanter Unterschied zwischen „wöchentlich“ vs. „ $\leq$  monatlich“,  $p<.05$ ). Hingegen zeigt sich für Hauswirtschaft, Pflegeleistungen und sonstige Leistungen kein solcher Unterschied, d.h. die Anzahl weiterer Personen im Haushalt nimmt nicht mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Leistungen ab ( $p\geq.427$ ). Allerdings fallen zumindest bei Pflegeleistungen und sonstigen Leistungen die Gruppen von Personen, die seltener als täglich diese Art Leistungen beziehen, nur sehr klein aus (siehe Tabelle 32).

Berücksichtigt man „Einrichtungstyp“ neben „Häufigkeit der Inanspruchnahme persönlicher- bzw. Gruppenbetreuung“ als zusätzlichen Faktor, so zeigt sich *keine*

---

<sup>21</sup> I.d.R. ruhen ambulante Leistungsansprüche bei einer stationären Versorgung. Grundsätzlich ist es aber möglich, dass Kunden die stationäre Pflege für einen gewissen Zeitraum unterbrechen und diese Zeit bei Angehörigen wohnen oder auf eine Ferienfreizeit fahren.

signifikante Interaktion mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme ( $p=.361$  und  $.215$ ); d.h. das Muster einer geringeren Anzahl weiterer Personen im Haushalt bei häufigerer Inanspruchnahme von Betreuung ist unabhängig vom Einrichtungstyp (BD, nBa, PD).

Wahrscheinlich werden Betreuungsaufgaben häufig durch Angehörige, die im selben Haushalt leben, übernommen. Je mehr Personen im Haushalt leben, desto besser können die Aufgaben auf mehrere Personen verteilt und eine Überlastung betreuender Angehöriger vermieden werden. Ein externer Dienst zur Betreuung würde v.a. erst dann hinzugezogen, wenn eine nur geringe Anzahl betreuender Angehöriger vorhanden ist.

Tabelle 32: Weitere Personen im Haushalt & Inanspruchnahme von Leistungen (Kundenbefragung)

Leistungsart und Häufigkeit der Inanspruchnahme		M	SD	Max	Min	MDN	N	k.A.
<sup>ns</sup> Hauswirtschaft	täglich	0.5	0.6	2.0	0.0	0.0	55	-
	wöchentlich	0.7	1.6	25.0	0.0	0.0	374	7
	≤ monatlich	0.7	1.0	4.0	0.0	0.5	60	-
*Pers. Betreuung	täglich	0.8	2.3	25.0	0.0	0.0	130	-
	wöchentlich	0.9	1.1	8.0	0.0	1.0	450	9
	≤ monatlich	1.3	1.3	4.0	0.0	1.0	40	1
*Gruppenbetreuung	täglich	0.7	1.2	3.0	0.0	0.0	6	-
	wöchentlich	0.8	0.9	5.0	0.0	1.0	96	-
	≤ monatlich	1.6	1.6	7.0	0.0	1.0	28	1
<sup>ns</sup> Sonstige	täglich	0.8	0.9	4.0	0.0	1.0	21	-
	wöchentlich	0.5	0.8	2.0	0.0	0.0	11	-
	≤ monatlich	0.0	-	0.0	0.0	0.0	1	-
<sup>ns</sup> Pflegeleistungen	täglich	0.5	0.7	3.0	0.0	0.0	64	5
	wöchentlich	0.6	0.6	2.0	0.0	1.0	19	-
	≤ monatlich	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2	-

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

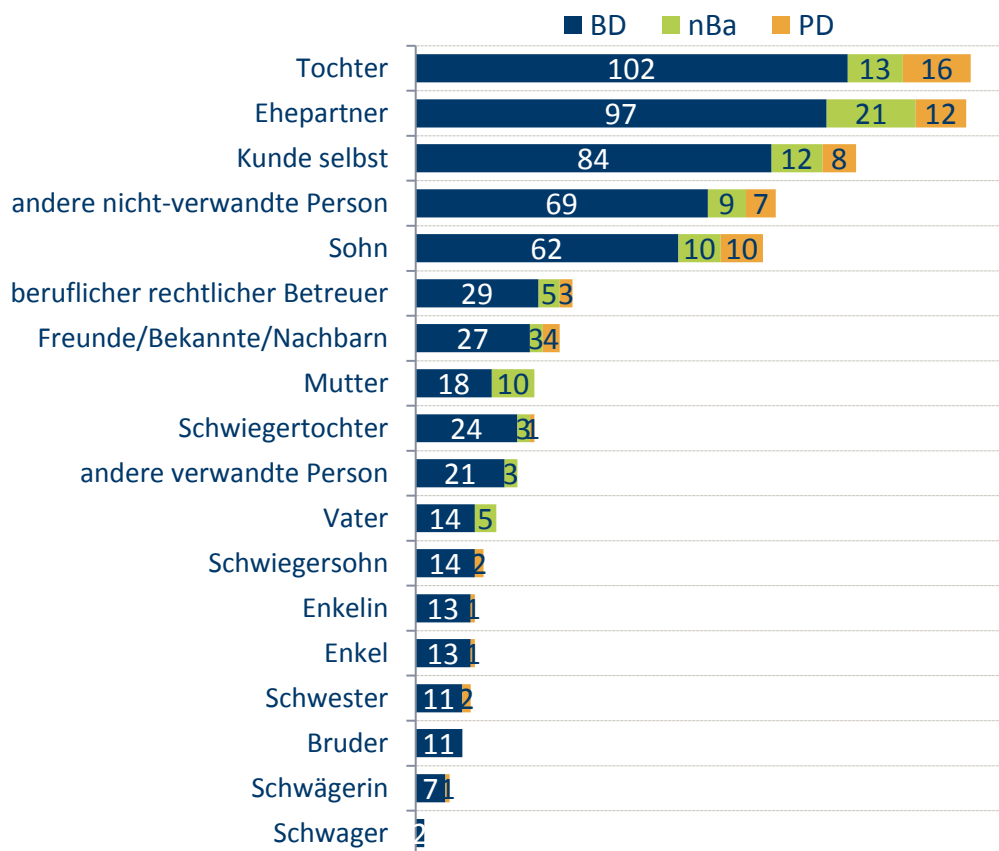
Anmerkung: Gemeinsame Darstellung für Angaben in Kundenbefragung in BD, nBa und PD zu t1 und t2; nur Kunden berücksichtigt, die zu Hause leben. Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Max, Maximum; Min, Minimum; MDN, Median; N, Anzahl der Kunden mit entsprechender Angabe; <sup>ns</sup> nicht signifikant; \* signifikant bei  $p<.05$ . Nach Pflegeleistungen wurde nur in PD gefragt.

Zu t1 wurde einmalig erhoben, wer sich hauptsächlich um die Belange der Kunden kümmert, d.h. die angemessene Pflege und Betreuung sicherstellt. Hier wird für

nur 8% (N = 40) der Kunden angegeben, dass dies ausschließlich der Kunde selbst übernimmt (BD: N = 33, 9.2% von 358; nBa: N = 2, 2.9% von 69; PD: N = 5, 10.4% von 48). Für einen etwas höheren Anteil der Kunden, d.h. 14% (N = 64) wird hingegen angegeben, dass der Kunde dies gemeinsam mit anderen Personen bewerkstelligt (BD: N = 51, 14.2% von 358; nBa: N = 10, 14.5% von 69; PD: N = 3, 6.3% von 48). Für die große Mehrheit der Kunden (N = 358, 75.4%; N = 13, 2.7% ohne Angaben) wird jedoch angegeben, dass die Sicherstellung der Pflege/Betreuung ausschließlich durch andere Personen erfolgt (BD: N = 267, 74.6% von 358; nBa: N = 54, 78.3% von 69; PD: N = 37, 77.1% von 48). Die relativen Häufigkeiten der Kunden, die ihre Pflege und Betreuung allein sicherstellen, die dies gemeinsam mit anderen Personen tun und bei denen die Sicherstellung vollständig durch andere Personen erfolgt, unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den drei Einrichtungstypen ( $p=.185$ ).

Abbildung 55 zeigt die Häufigkeiten der verschiedenen Personengruppen, die sich um die Sicherstellung der Pflege/Betreuung beim Kunden kümmern. Anders als bei der Frage nach weiteren Personen im Haushalt wird bei dieser Frage zusätzlich nach Geschlecht differenziert, um die Pflege durch typischerweise weibliche Angehörige herauszustellen. Wie Abbildung 55 zu entnehmen ist, liegt die Häufigkeit weiblicher Personen tatsächlich über der Häufigkeit des jeweiligen männlichen Pendanten (z.B. „Tochter“ – „Sohn“; „Mutter“ – „Vater“).

Abbildung 55: Personenkreis der „pflegenden Angehörigen“ (Kundenbefragung)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1

Anmerkung: Mehrfachnennung. Gemeinsame Darstellung von Kunden in den Befragungen in BD zu t1 (N = 358 Kunden, 7 Kunden ohne Angaben zur Personengruppe), nBa (N = 69, 3 ohne Angabe) und PD (N = 48, 3 ohne Angabe).

Betrachtet man die Gruppe „anderer nicht-verwandter Personen“ genauer (vgl. Abbildung 55), so handelt es sich hierbei in den meisten Fällen um Personen, die professionellen Pflege- und Betreuungsarrangements zuzurechnen sind (BD: N = 61; nBa: N = 9; PD: N = 5; die übrigen freien Nennungen lassen sich keiner genauen Personengruppe zuordnen).

### 3.5.5 Koordination und Kooperation bei Gestaltung der Abläufe

Die Koordination und Kooperation der Abläufe zur Erbringung von Betreuungsleistungen beim Kunden wird durch unterschiedliche Items in der Befragung der Einrichtungsleitungen, Mitarbeitenden und Kunden operationalisiert. Unter Rückgriff auf das Konzept der „Bezugspflege“ wird erhoben, inwiefern die Planung, Koordination und Durchführung der *Betreuung* eines Kunden durch einen einzelnen Mitarbeitenden übernommen wird (in PD wird die Frage explizit nur auf Betreuungsleistungen eingegrenzt, um es von der klassischen Bezugspflege im Rahmen von Pflegeleistungen abzugrenzen). Diese



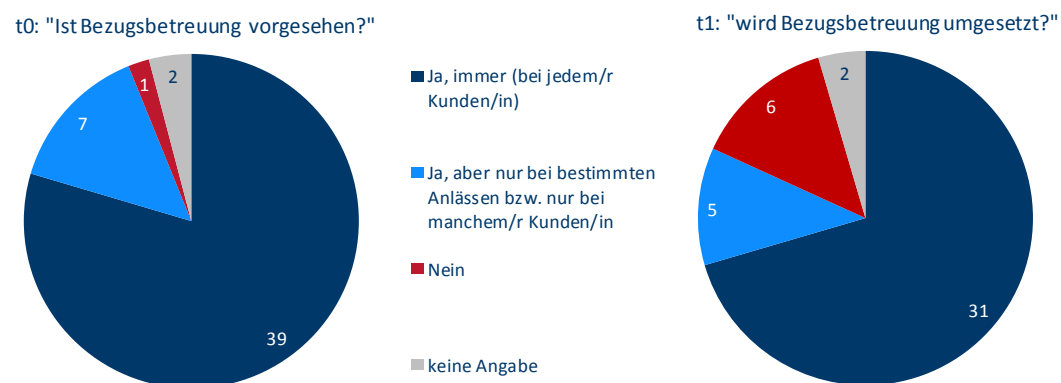
„Bezugsbetreuung“ wird in unterschiedlichen Umfängen bei allen drei Zielgruppen erfragt, wobei die Angaben der Leitungen vermutlich mehr der Absicht zur Umsetzung der „Bezugsbetreuung“ entsprechen, während die Angaben der Mitarbeitenden und Kunden bzw. Angehörigen den Grad der tatsächlichen Umsetzung reflektieren.

Darüber hinaus werden die Leitungen und Mitarbeitenden gefragt, ob sie sich bei gleichzeitiger Versorgung der Kunden durch andere ambulante Einrichtungen mit diesen koordinieren. Analog wird in der Kundenbefragung erhoben, inwiefern sich die Einrichtungen (BD, nBa, PD) mit weiteren an der Pflege/Betreuung beteiligten Einrichtungen und Personen abstimmen.

### „Bezugsbetreuung“

Abbildung 56 zeigt die Angaben der Leitungskräfte der BD zum Anteil der Kunden mit Bezugsbetreuung. Dabei wird zu t0 gefragt, ob Bezugsbetreuung für die Kunden *vorgesehen* ist, während zu t1 gefragt wird, in welchem Ausmaß Bezugsbetreuung bereits *umgesetzt* wird. Zu beiden Zeitpunkten gibt die große Mehrheit der Leitungskräfte an, dass Bezugsbetreuung vorgesehen ist bzw. umgesetzt wird. Der Anteil von BD, in denen keine Bezugsbetreuung umgesetzt wird (t1: N = 6), ist gegenüber dem Anteil, in dem keine Bezugsbetreuung geplant ist (t0: N = 1) etwas erhöht (wenn auch der Unterschied zwischen t0 und t1 für BD nicht statistisch signifikant ausfällt:  $p=.207$ ). Demnach konnte offenbar nicht in allen Fällen, in denen Bezugsbetreuung geplant war, diese auch praktisch umgesetzt werden.

Abbildung 56: „Bezugsbetreuung“ in BD zu t0 und t1 (Angaben Leitungskräfte)

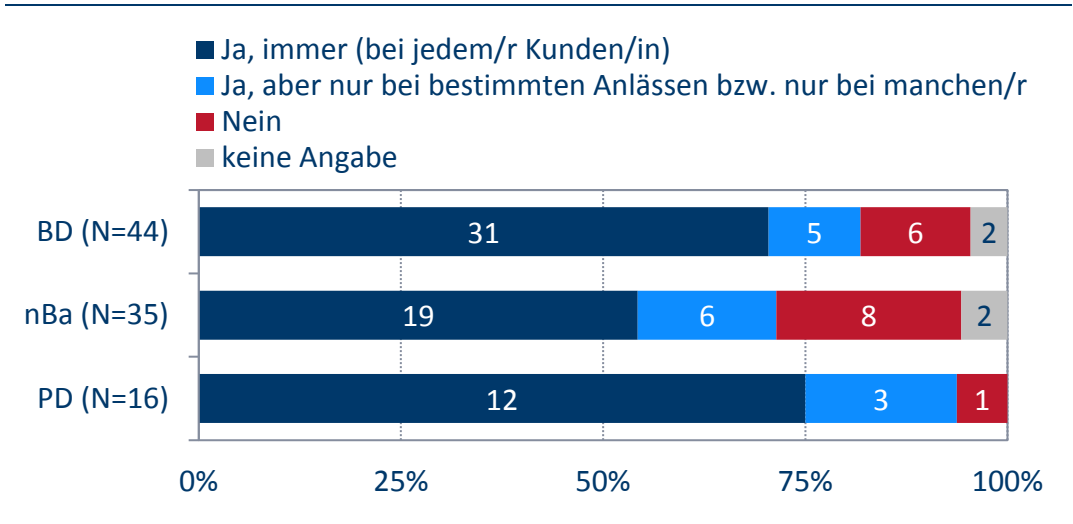


Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t0 bzw. t1  
 Anmerkung: Darstellung enthält Antworten der Leitungskräfte auf die Frage, ob „Bezugsbetreuung“ vorgesehen ist (t0, Basiserhebung N = 49) bzw. umgesetzt wird (t1, 1. Folgerhebung N = 44).

Die Angaben der Leitungen der verschiedenen Einrichtungstypen zum Umsatz von Bezugsbetreuung sind in Abbildung 57 dargestellt. Dabei findet sich zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) kein signifikanter Unterschied bzgl.

der Angabe, ob Bezugsbetreuung umgesetzt wird ( $p=.577$ ). Allerdings zeigt sich zumindest numerisch, dass Bezugsbetreuung offenbar etwas häufiger in BD und PD als in nBa umgesetzt wird.

Abbildung 57: „Bezugsbetreuung“ in BD, nBa und PD zu t1



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Führungskräfte der BD zu t1

Anmerkung: Darstellung enthält Antworten der Führungskräfte auf die Frage, ob „Bezugsbetreuung“ umgesetzt wird.

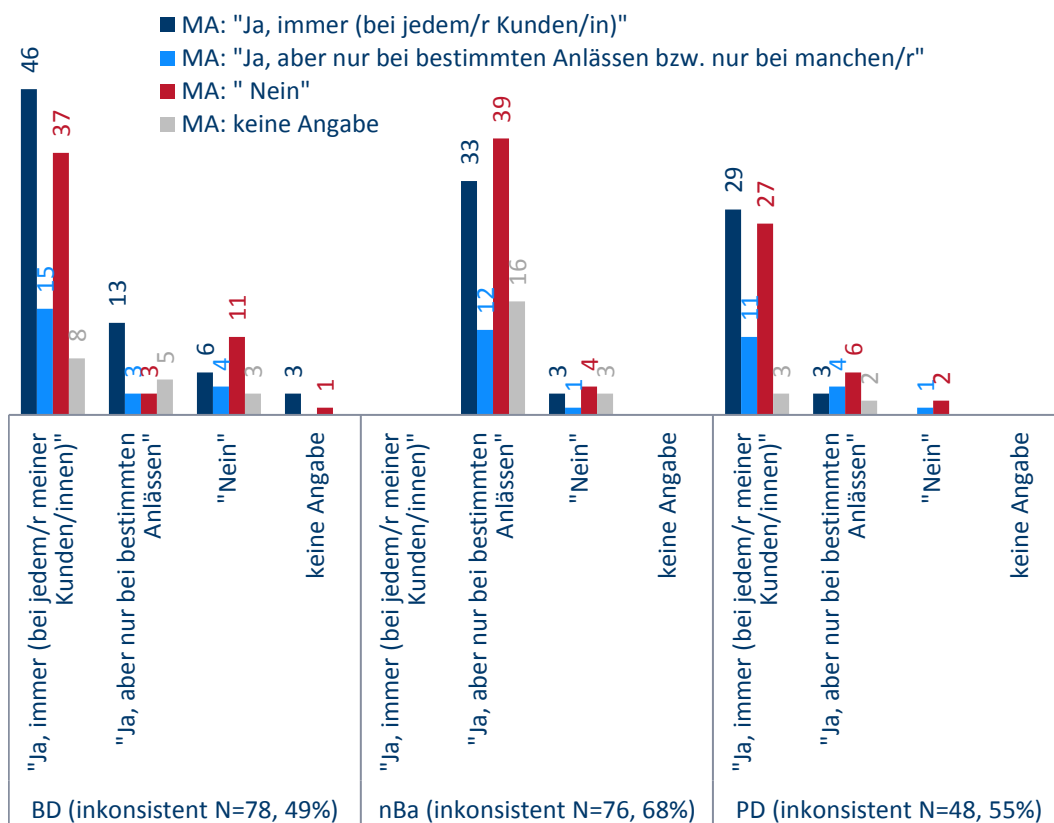
Vergleicht man die Angaben der Mitarbeitenden mit denen der Führungskräfte, so unterscheiden sich die Häufigkeiten zur Umsetzung von Bezugsbetreuung teilweise (vgl. Abbildung 58). Zwar gibt in BD, in denen nach Angabe der Führungskräfte zu t1 sämtliche Kunden Bezugsbetreuung erhalten, auch die Mehrheit der Mitarbeitenden an „allein für die Planung, Koordination und Durchführung der Betreuung zuständig zu sein“ (N = 46, 29.1% von insg. N = 158, die an der Mitarbeiterbefragung zu t1 teilnehmen; siehe Abbildung 58); gleichzeitig gibt aber knapp ein Viertel der Mitarbeitenden an, keine Bezugsbetreuung umzusetzen, obwohl sie laut Leitungskraft in einem BD mit ausschließlicher Bezugsbetreuung beschäftigt sind („MA-t1: Nein“ unter „BD-t1: Ja, immer“ in Abbildung 58). Ähnliche Abweichungen finden sich auch für die Vergleichseinrichtungen (nBa, PD; siehe Abbildung 58). Zählt man die Häufigkeiten „inkonsistenter“ Angaben zusammen, d.h. wenn Einrichtungsleitungen und Mitarbeitende nicht dieselbe Antwort geben, kommt man bei BD auf 49% (N = 78), bei nBa auf 69% (N = 76) und in PD auf 55% (N = 48). Dies entspricht einem signifikanten Unterschied ( $\chi^2_{(df=4, N=357)}=24.0, p<.001$ ) mit einem signifikant höheren Anteil inkonsistenter Angaben in nBa relativ zu BD und PD.

Die Divergenzen zwischen den Angaben der Leitungen und Mitarbeitenden verweisen aber nicht zwangsläufig auf tatsächliche Inkonsistenzen, da Bezugsbetreuung nicht notwendigerweise bedeutet, dass jeder einzelne Mitarbeitende Bezugsbetreuer ist. So könnte es sich bei Personen, die angeben keine Bezugsbetreuung durchzuführen, obwohl ihr Dienst angibt ausschließlich

Bezugsbetreuung umzusetzen, v.a. um Mitarbeitende handeln, die nur mit einem Teil, nicht aber der kompletten Durchführung, Planung und Koordination von Betreuung betraut sind – die eigentliche Bezugsbetreuung erfolgt in diesen Fällen durch einen anderen Mitarbeitenden der Einrichtung.

Tatsächlich ist die Anzahl der Mitarbeitenden, durch die ein Kunde *maximal betreut* wird, in BD mit ausschließlicher Bezugsbetreuung durchschnittlich höher als in BD, in denen gar keine Bezugsbetreuung umgesetzt wird (sämtliche Angaben stammen hier von den Einrichtungsleitungen zu t1; siehe Tabelle 33). Wenngleich dieser Unterschied aufgrund der breiten Streuung statistisch nicht signifikant ausfällt ( $p=.919$ ) und die Mediane numerisch identisch ausfallen bzw. relativ nah beieinander liegen (vgl. Tabelle 33), verweist dies doch darauf, dass auch bei „ausschließlicher Bezugsbetreuung“ offenbar immer noch zusätzliche Mitarbeiter in der Betreuung des einzelnen Kunden eingesetzt werden, die selbst keine Bezugsbetreuer sind. Dies könnte erklären, warum einige Mitarbeitende keine Bezugsbetreuung umsetzen, obwohl sie in einer Einrichtung mit „ausschließlicher Bezugsbetreuung“ arbeiten. Auch in den Vergleichseinrichtungen findet sich bei Angabe der Einrichtungsleitung, dass Bezugsbetreuung umgesetzt werde, nicht automatisch die geringste Anzahl von Mitarbeitenden, durch die ein Kunde maximal betreut wird.

Abbildung 58: „Bezugsbetreuung“ in BD zu t1 (Angaben Mitarbeitende)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitungen und Mitarbeitende zu t1

Anmerkung: Abkürzungen: MA, Mitarbeitende; BD, Betreuungsdienst; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, Pflegedienste. Darstellung enthält Antworten der Mitarbeitenden zu t1 auf die Frage, ob sie „Bezugsbetreuung“ umsetzen (y-Achse bzw. Balken) in Abhängigkeit der Angaben der Einrichtungsleitungen zu t1 (x-Achse). Prozenzte beziehen sich auf Anteil inkonsistenter Angaben an allen Mitarbeitenden, die an der Befragung zu t1 teilgenommen haben (BD: N = 158; nBa: N = 111; PD: N = 88).

Allerdings unterliegt der Begriff „Bezugsbetreuung“ einer gewissen Interpretierbarkeit, sodass sich die Angaben von Leitungs- und Betreuungskräften auch deshalb unterscheiden könnten. Für manche mag Bezugsbetreuung bereits dann vorliegen, wenn nur die *Durchführung* von Betreuungsleistungen durch eine Person allein übernommen wird. Damit könnte man auch den Anteil von Mitarbeitenden erklären, die angeben, Bezugsbetreuung umzusetzen aber in einem Dienst arbeiten, für den die Leitung gar keine Bezugsbetreuung angibt (vgl. Abbildung 58). Dieser Anteil fällt jedoch relativ gering aus (insgesamt N = 10 von 158 in BD, N = 4 von 111 in nBa und N = 1 von 88 in PD), was nicht zuletzt damit zusammenhängen sollte, dass durch das Item im Fragebogen genau definiert wird, was unter Bezugsbetreuung im engeren Sinne zu verstehen ist. Unterschiedliche Interpretationen erscheinen als Ursache der divergierenden Angaben der Leitungen und Mitarbeitenden so eher unwahrscheinlich.

Tabelle 33: Maximale Anzahl Mitarbeitende pro Kunde und „Bezugsbetreuung“ (Angabe Einrichtungsleitungen, t1)

Status	Bezugsbetreuung	M	SD	Max	Min	MDN	N	k.A.
BD	<i>Total</i>	3.5	4.9	31.0	1.0	2.0	39	5
	Ja, immer	3.7	5.6	31.0	1.0	2.0	28	3
	Ja, manchmal	4.5	4.4	11.0	2.0	2.5	4	1
	Nein	2.4	0.5	3.0	2.0	2.0	5	1
	keine Angabe	2.5	1.4	3.5	1.5	2.5	2	-
nBa	<i>Total</i>	2.1	0.9	5.0	1.0	2.0	28	7
	Ja, immer	1.8	0.6	3.0	1.0	2.0	16	3
	Ja, manchmal	3.3	1.4	5.0	2.0	3.0	5	1
	Nein	1.9	0.4	2.0	1.0	2.0	7	1
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-	2
PD	<i>Total</i>	3.2	1.6	6.0	1.0	2.8	16	-
	Ja, immer	2.9	1.3	5.0	1.0	2.8	12	-
	Ja, manchmal	4.7	2.3	6.0	2.0	6.0	3	-
	Nein	2.0	-	2.0	2.0	2.0	1	-
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1

Anmerkung: Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Max, Maximum; Min, Minimum; MDN, Median; N, Anzahl der Leitungen mit entsprechender Angabe zum Status der Bezugsbetreuung und zur maximalen Mitarbeiteranzahl, die einen Kunden betreut; k.A., keine Angabe einer maximalen Mitarbeiterzahl. Darstellung berücksichtigt Angaben von insg. N = 44 Leitungen aus BD, N = 35 Leitungen aus nBa und N = 16 Leitungen aus PD.

### Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Kunden

Das abgefragte Konzept von Bezugsbetreuung ist relativ abstrakt, indem es den gesamten Prozess von der Planung über die Koordination bis hin zur Durchführung der Betreuung durch eine einzige Pflegeperson umfasst. Für den Kunden direkt erlebbar wird v.a. nur die Durchführung sein. Ein „reduziertes“ Konzept, das nur auf die personelle Kontinuität von Mitarbeitenden und das daraus resultierende persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Kunden und Mitarbeitenden bei der *Durchführung* von Betreuung fokussiert, mag deshalb angemessener erscheinen, um sich „Bezugsbetreuung“ aus Kundenperspektive zu nähern.

Daher wird im Folgenden betrachtet, inwiefern Betreuung unter *personeller Kontinuität* erbracht wird („Durchführung der Betreuung durch hauptsächlich einen Mitarbeitenden“) und, ob Kunden in Abhängigkeit davon ein *Vertrauensverhältnis* zu den Mitarbeitenden aufbauen („Nennung einer Bezugsperson beim BD“).

#### *Personelle Kontinuität*

Im Mittel geben die Mitarbeitenden der BD zu t0 an, für ca. 8 Kunden irgendeine Art von Leistung zu erbringen (M = 7.5, SD = 12.4, Min = 0, Max = 90, MDN = 4.0, N = 151 d.h. 41 ohne Angabe); zu t1 hat sich diese Zahl um ca. drei Kunden pro Mitarbeiter erhöht (M = 10.5, SD = 16.4, Min = 1, Max = 82, MDN = 5.0, N = 125 d.h. 33 ohne Angabe) – im T-Test bleibt diese Zunahme jedoch unterhalb einer statistisch signifikanten Veränderung ( $p=.085$ ). Auch zu t2 (M = 9.4, SD = 10.5, Min = 1, Max = 80, MDN = 6.0, N = 154 d.h. 7 ohne Angabe) bleibt pro Mitarbeiter die Anzahl der Kunden, für die irgendeine Art Leistung erbracht wird, unverändert (t1 vs t2:  $p=.501$ ).

Im Schnitt übernehmen zu t0 die Mitarbeitenden die Betreuung von ca. drei Kunden *allein* (M = 3.1, SD = 3.6, Min = 0, Max = 25, MDN = 2.0, N = 140 d.h. 52 ohne Angabe); zu t1 hat sich diese Anzahl nur unwesentlich auf vier Kunden erhöht (M = 4.0, SD = 4.2, Min = 0, Max = 30, MDN = 2.0, N = 117 d.h. 41 ohne Angabe). Für eine größere Anzahl von Kunden (v.a. zu t1) wird die Betreuung hingegen zusätzlich durch andere Mitarbeitende übernommen (t0: M = 4.7, SD = 11.4, Min = 0, Max = 82, MDN = 1.0, N = 140 d.h. 52 ohne Angabe; t1: M = 7.0, SD = 14.7, Min = 0, Max = 72, MDN = 1.0, N = 117 d.h. 41 ohne Angabe).

Die analogen Werte für die Mitarbeitenden der Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) im Vergleich zu BD (zu t1 und t2) finden sich in Tabelle 34. In einer ANOVA zeigt sich sowohl zu t1 als auch zu t2 ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen ( $F_{(2,265)}=23.9$ ,  $p<.001$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität,

Levene-Test  $p < .001$ , Analyse mit signifikantem Welsh-Test wiederholt,  $p < .001$ ). In multiplen paarweisen Vergleichen zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen BD vs. nBa vs. PD (nach Games-Howell:  $ps < .001$ ), dahingehend, dass die Anzahl der Kunden, die vom Mitarbeitenden allein betreut werden, von PD über BD nach nBa abnimmt (vgl. Zeile „insgesamt“ in Tabelle 34).

Auf Grundlage der Angaben zur Anzahl der Kunden, die *insgesamt* durch einen Mitarbeitenden und zur Anzahl der Kunden, die durch den Mitarbeitenden *allein* betreut werden, lässt sich der Umfang der „personellen Kontinuität“ berechnen (zu t0 und t1). Diese liegt in BD sowohl zu t0 als auch zu t1 bei durchschnittlich 58 bis 59% der Kunden, d.h. für 58-59% der durch einen Mitarbeitenden betreuten Kunden, wird die Betreuung von dem Mitarbeitenden allein übernommen (t0: M = 57.6%, SD = 39.7, Min = 0, Max = 100, MDN = 60.0, N = 140 d.h. 52 ohne Angabe; t1: M = 58.9%, SD = 38.7, Min = 0, Max = 100, MDN = 53.8, N = 117 d.h. 41 ohne Angabe).

Tabelle 34: Anzahl Kunden pro Mitarbeiter (Angabe Mitarbeitende)

Einrichtungstyp und Zuständigkeit MA (t1)			Anzahl Kunden						
			M	SD	Max	Min	MDN	N	k.A.
BD	t1	insgesamt	10.5	16.4	82	1	5	125	33
		MA allein	4.0	4.2	30	0	2	117	41
		auch andere MA	7.0	14.7	72	0	1	117	41
nBa	t1	insgesamt	4.1	4.4	21	1	2	83	28
		MA allein	1.6	2.0	12	0	1	80	31
		auch andere MA	2.5	3.8	18	0	1	80	31
PD	t1	insgesamt	31.1	43.9	240	1	14.5	60	28
		MA allein	9.4	16.2	90	0	4	49	39
		auch andere MA	15.2	30.8	179	0	5	49	39

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t1

Anmerkung: Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Max, Maximum; Min, Minimum; MDN, Median; N, Anzahl der Mitarbeitenden mit entsprechender Angabe zur Anzahl der durch sie betreuten Kunden; MA, Mitarbeitende; k.A., keine Angabe zur Kundenzahl. Tabelle berücksichtigt alle Mitarbeitenden, die an der Befragung zu t1 teilgenommen haben (BD: N = 158; nBa: N = 111; PD: N = 88). „insgesamt“ enthält sämtliche Kunden, für die Betreuungsleistungen vom Mitarbeitenden erbracht werden; „MA allein“ enthält Kunden, für die hauptsächlich nur der Mitarbeitende Betreuungsleistungen erbringt; „auch andere MA“ enthält Kunden, für die auch andere Mitarbeitende Betreuungsleistungen erbringen.

Tabelle 35 stellt den Umfang der personellen Kontinuität zu t1 in BD den Vergleichseinrichtungen gegenüber. In einer ANOVA mit Einrichtungstyp als

unabhängige Variable und der personellen Kontinuität als abhängige Variable, ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt ( $F_{(2,243)}=3.4$ ,  $p<.05$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p<.05$ , Analyse mit signifikantem Welsh-Test wiederholt,  $p<.05$ ). In multiplen paarweisen Vergleichen zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen BD vs. PD (nach Games-Howell:  $p<.05$ ), der darauf zurückgeht, dass Mitarbeitende in BD angeben eine größere Anzahl von Kunden allein zu betreuen als in PD; nBa unterscheiden sich diesbezüglich von keinem der beiden anderen Einrichtungstypen (vgl. Zeile „Total“ in Tabelle 35). Man könnte so annehmen, dass offenbar in BD häufiger Bezugsbetreuung umgesetzt wird als in PD.

Betrachtet man jedoch die personelle Kontinuität (gem. Angaben der Mitarbeitenden) in Abhängigkeit des Status der Bezugsbetreuung in den Einrichtungen (gem. Angaben der Einrichtungsleitungen), so zeigt sich kein eindeutiges Verhältnis (vgl. Tabelle 35): Die Angabe der Leitungskraft in BD zu t1, dass Bezugsbetreuung umgesetzt werde, geht nicht etwa mit einem erhöhten Umfang personeller Kontinuität einher. Es ist sogar so, dass BD, für die die Leitungskraft *keine* Bezugsbetreuung zu t1 angibt, die durchschnittlich höchste personelle Kontinuität aufweisen; diese Gruppenunterschiede sind auch statistisch signifikant ( $F_{(2,110)}=3.6$ ,  $p<.05$ ; Analyse berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben, „keine Angabe“ in Tabelle 35).

Tabelle 35 zeigt ebenso die Umfänge der personellen Kontinuität in den Vergleichseinrichtungen. In einer ANOVA mit „Einrichtungstyp“ und „Status Bezugsbetreuung“ als gemeinsame unabhängige Variablen (UV) und der personellen Kontinuität als abhängige Variable, zeigt sich eine statistisch signifikante Interaktion der beiden UV ( $F_{(3,234)}=3.2$ ,  $p<.05$ ; Analyse berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben, „keine Angabe“ in Tabelle 35). Diese Interaktion geht v.a. auf die unterschiedlichen Muster von Bezugsbetreuung und personeller Kontinuität zurück: Anders als bei BD fällt in nBa und PD nämlich das Ausmaß der personellen Kontinuität (Anteil der Kunden, für die der Mitarbeiter allein zuständig ist) im Mittel höher aus, wenn die Leitung angibt, es werde „immer“ bzw. „manchmal“ Bezugsbetreuung umgesetzt als wenn angegeben wird, es werde keine Bezugsbetreuung umgesetzt (siehe Tabelle 35). Dabei muss man allerdings die relativ geringen Fallzahlen beachten („Nein“ zählt nur  $N = 3$  Fälle in PD und  $N = 9$  Fälle in nBa). Die Verallgemeinerbarkeit dieser Interaktion ist daher fraglich.

Dass sich aber in BD eine Tendenz zu größerer personeller Kontinuität zeigt, wenn nach Ansicht der Leitung gar keine Bezugsbetreuung umgesetzt wird (Tabelle 35), und auch in den Vergleichseinrichtungen keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen dem Status der Bezugsbetreuung und personeller Kontinuität zu bestehen scheinen, deutet beides daraufhin, dass Bezugsbetreuung (gem. Angaben der Leitung) nicht zwangsläufig mit einer hohen personeller Kontinuität (gem. Angaben der Mitarbeitenden) einhergeht.

Tabelle 35: Personelle Kontinuität und Bezugsbetreuung

Status Bezugsbetreuung (Angabe der Leitung)		Anteil (%) Kunden, für die MA allein zuständig ist (Angabe MA)						
		M	SD	Max	Min	MDN	N	k.A.
BD	<i>Total</i>	58.9	38.7	100	0	53.8	117	41
	Ja, immer	60.2	38.5	100	0	66.7	82	24
	Ja, manchmal	35.5	37.2	100	0	15.5	14	10
	Nein	70.6	34.4	100	0	85.7	17	7
	keine Angabe	65.0	47.3	100	0	80.0	4	-
nBa	<i>Total</i>	54.6	41.3	100	0	50.0	80	31
	Ja, immer	-	-	-	-	-	-	-
	Ja, manchmal	56.6	41.1	100	0	50.0	71	29
	Nein	38.9	41.7	100	0	50.0	9	2
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-	-
PD	<i>Total</i>	42.0	32.5	100	0	50.0	49	39
	Ja, immer	41.1	32.3	100	0	50.0	41	29
	Ja, manchmal	57.4	37.2	100	17	50.0	5	10
	Nein	29.1	27.2	54	0	33.3	3	-
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitungen und Mitarbeitende zu t1  
 Anmerkung: Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Max, Maximum; Min, Minimum; MDN, Median; N, Anzahl der Mitarbeitenden mit Angabe zum Anteil der durch sie allein betreuten Kunden; MA, Mitarbeitender; k.A., keine Angabe des Kundenanteils. Tabelle berücksichtigt alle Mitarbeitenden, die an der Befragung zu t1 teilgenommen haben (BD: N = 158; nBa: N = 111; PD: N = 88) in Anhängigkeit der Angaben der Einrichtungsleitung zum Status der Bezugsbetreuung.

Analog zur Frage nach der Anzahl der Kunden pro Mitarbeiter, wurden auch die Kunden bzw. Angehörigen zur Anzahl der Mitarbeitenden befragt, die die Betreuung bei ihnen übernehmen. Die Mittelwerte für die Anzahl der Mitarbeitenden beim Kunden (zu t1) finden sich in Tabelle 36. Die Angaben aus der Kundenbefragung in BD decken sich zumindest numerisch mit denen der Mitarbeitenden (vgl. Tabelle 34 und Tabelle 35) – auch wenn hier kein signifikanter Haupteffekt von „Status Bezugsbetreuung“ auf die personelle Kontinuität (Anzahl der Mitarbeitenden beim Kunden) zu beobachten ist (bereits ohne Bonferroni-Approximation ist  $p=.652$ ) und sich in die Anzahl der Mitarbeitenden, die die Betreuung beim Kunden übernehmen, im Mittel nicht signifikant zwischen den Einrichtungstypen unterscheidet (Zeile „Total“ in Tabelle 36; kein Haupteffekt:  $p=.526$ ). Dennoch zeichnet sich konsistent mit der Mitarbeiterbefragung ab (vgl. Tabelle 34), dass Kunden in PD im Schnitt durch mehr Mitarbeitende als in BD (und nBa) betreut werden.



Ein direkter Vergleich zwischen den Einrichtungstypen bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Status der Bezugsbetreuung (vgl. Tabelle 33) bietet sich nicht an, da – wie Tabelle 36 zu entnehmen ist – keine Kunden an der Befragung teilgenommen haben, die sich in PD ohne Bezugsbetreuung befinden (Zeile „Nein“) oder in nBa, in denen angeblich immer Bezugsbetreuung umgesetzt wird (Zeile „Ja, immer“).

Bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Befunde aus der Mitarbeiter- und Kundenbefragung scheint sich insgesamt abzuzeichnen, dass sich BD, für die *keine* Bezugsbetreuung angegeben wird, sogar eher durch eine geringere Anzahl von betreuenden Mitarbeitern pro Kunde (höhere personelle Kontinuität) auszeichnen. Die Umsetzung von Bezugsbetreuung (Angabe der Einrichtungsleitung) bedeutet so nicht immer, dass die Betreuung der Kunden durch nur eine Person oder einen kleineren Personenkreis erfolgt.

Tabelle 36: Anzahl Mitarbeitende pro Kunde und „Bezugsbetreuung“

Status Bezugsbetreuung (Angabe der Leitung)		Anzahl MA pro Kunde						
		M	SD	Max	Min	MDN	N	k.A.
BD	<i>Total</i>	2.8	12.8	205	1	1.0	310	48
	Ja, immer	3.3	15.8	205	1	1.0	204	30
	Ja, manchmal	2.1	0.9	5	1	2.0	42	8
	Nein	1.6	0.9	5	1	1.0	54	10
	keine Angabe	2.1	1.0	4	1	2.0	10	-
nBa	<i>Total</i>	2.4	1.6	8	1	2.0	69	0
	Ja, immer	-	-	-	-	-	-	-
	Ja, manchmal	2.4	1.5	6.5	1	2.0	39	-
	Nein	2.7	1.9	8	1	2.0	22	-
	keine Angabe	1.8	1.4	4	1	1.0	8	-
PD	<i>Total</i>	4.7	3.2	15	1	4.0	41	7
	Ja, immer	5.5	3.6	15	2	4.5	23	3
	Ja, manchmal	3.7	2.1	10	1	3.0	18	4
	Nein	-	-	-	-	-	-	-
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitung und Kundenbefragung zu t1  
 Anmerkung: Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Max, Maximum; Min, Minimum; MDN, Median; N, Anzahl der Kunden/Angehörigen mit entsprechender Angabe zur Anzahl von Mitarbeitenden, die zu Kunden kommen; k.A., Personen mit fehlenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeitenden. Darstellung berücksichtigt Angaben der Kunden/Angehörigen zu t1 differenziert nach Status der Bezugsbetreuung gem. Angaben der Einrichtungsleitung zu t1. Zu t1 haben aus BD N = 158 Personen, aus nBa: N = 111 und aus PD N = 88 teilgenommen.

### Vertrauensverhältnis

Viel ausschlaggebender für die Beurteilung der Bezugsbetreuung sollte sein, ob sich zwischen Kunden und Mitarbeitenden ein Vertrauensverhältnis aufbaut. Gegenüber diesem Kriterium tritt die personelle Kontinuität sicherlich in den Hintergrund; schließlich würde sich ein Vertrauensverhältnis auch bei mehreren betreuenden Mitarbeitern pro Kunde immer noch ausbilden können.

In der Mitarbeiterbefragung zu t2 wurde daher gezielt nach der Anzahl der Kunden gefragt, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht. Hier besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen ( $F_{(2,260)} = 39.4$ ,  $p < .001$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p < .001$ , Analyse mit signifikantem Welch-Test wiederholt,  $p < .001$ ). In multiplen paarweisen Vergleichen zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen BD vs. nBa vs. PD (nach Games-Howell:  $ps < .001$ ), dahingehend, dass die Anzahl der Kunden zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht von PD über BD nach nBa abnimmt. Die Anzahl der Kunden mit Vertrauensverhältnis muss jedoch wieder zur Anzahl der Kunden für die die Mitarbeitenden insgesamt Leistungen erbringen ins Verhältnis gesetzt werden.

Tabelle 37: Anzahl Kunden pro Mitarbeiter mit Vertrauensverhältnis

Anzahl der Kunden für die...		Anzahl Kunden						
		M	SD	Max	Min	MDN	N	k.A.
BD t2	MA Leistung erbringt	9.4	10.5	80	1	6.0	154	7
	Vertrauensverhältnis besteht	7.6	7.5	40	0	5.0	150	11
nBa t2	MA Leistung erbringt	6.0	7.1	38	1	2.5	76	2
	Vertrauensverhältnis besteht	4.1	4.3	20	0	2.0	72	6
PD t2	MA Leistung erbringt	38.8	46.9	250	4	24.0	33	4
	Vertrauensverhältnis besteht	22.9	24.1	98	4	15.0	31	6

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t2

Anmerkung: Abkürzungen: MA, Mitarbeitende; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Max, Maximum; Min, Minimum; MDN, Median; N, Anzahl der Mitarbeitenden mit entsprechender Angabe zur Anzahl der durch sie betreuten Kunden; MA, Mitarbeitende; k.A., keine Angabe zur Kundenzahl. Tabelle berücksichtigt alle Mitarbeitenden zu t1 (BD N = 158; nBa N = 111; PD N = 88).

Vertrauensverhältnisse liegen laut Mitarbeitenden der BD bei durchschnittlich 88% der Kunden vor (t2: M = 88.4%, SD = 21.6, Min = 0, Max = 100, MDN = 100, N = 146, d.h. 15 mit fehlenden Angaben). In den Vergleichseinrichtungen fällt der Anteil der Vertrauensverhältnisse hingegen v.a. in PD geringer aus (nBa: M = 85.1%, SD = 28.0, Min = 0, Max = 100, MDN = 100, N = 72 d.h. 6 ohne Angabe; PD: M = 71.4%, SD = 25.9, Min = 10, Max = 100, MDN = 80, N = 31 d.h. 6 ohne Angabe). In einer ANOVA mit Einrichtungstyp als Faktor entspricht dies einem

signifikanten Haupteffekt ( $F_{(2,246)}=6.3$ ,  $p<.01$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p<.05$ , Analyse mit signifikantem Welsh-Test wiederholt,  $p<.01$ ; in multiplen paarweisen Vergleichen nach Games-Howell zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen PD vs. BD und nBa,  $ps<.05$ ); die Entwicklung von Vertrauensverhältnissen scheint so in BD und nBa gegenüber PD begünstigt.

Betrachtet man die Angaben aus der Kundenbefragung, so zeigt sich auch hier, dass für die Mehrheit der Kunden aus BD ein Vertrauensverhältnis angegeben wird (Frage nach einer Bezugsperson beim Dienst wird bejaht: zu t1 N = 272, 76% von N = 358 Befragungsteilnehmern; zu t2 N = 267, 77.8% von 343). Weniger als ein Viertel gibt an, keinen Bezugsbetreuer zu haben bzw. dies nicht genau zu wissen (zu t1: „Nein“ N = 59, 16.5%; „weiß nicht“ N = 16, 4.5%; N = 11, 3.1% machen keine Angabe; zu t2: „Nein“ N = 41, 12%; „weiß nicht“ N = 21, 6.1%; N = 14, 4.1% machen keine Angabe).

Wie in der Mitarbeiterbefragung findet sich auch in der Kundenbefragung ein signifikanter Unterschied zwischen den Einrichtungstypen (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben zu t1 und t2:  $F_{(2,445 \text{ und } 431)}=13.8$  und  $24.9$ ,  $p<.001$ ), mit einem höheren Anteil von Vertrauensverhältnissen in BD (t1: N = 272, 82%; t2: N = 267, 87.6%) und nBa (t1: N = 59, 88.1%; t2: N = 61, 83.6%) als PD (t1: N = 29, 61.7%; t2: N = 29, 58%). Da sich gezeigt hat, dass Kunden in PD durchschnittlich durch eine höhere Anzahl von Mitarbeitenden betreut werden (vgl. Tabelle 36), könnte man annehmen, dass sich dort ein Vertrauensverhältnis schwieriger ausbilden kann.

Interessanterweise zeigt sich aber in einem T-Test mit „Status Vertrauensverhältnis“ als Gruppenfaktor (Gruppen entsprechen Antwort „ja, Vertrauensverhältnis liegt vor“ und „nein, Vertrauensverhältnis liegt nicht vor“) und „Anzahl betreuender Mitarbeiter beim Kunden“ (personelle Kontinuität) als abhängige Variable (AV), *kein* statistisch signifikanter Zusammenhang (t1 und t2 zusammengefasst:  $p=.473$ ); d.h. die Ausbildung eines Vertrauensverhältnisses erfolgt offenbar relativ unabhängig von der Anzahl der betreuenden Mitarbeitenden. Die höchste personelle Kontinuität sichert nicht automatisch die Ausbildung eines Vertrauensverhältnisses und, andersherum, verhindert eine geringere personelle Kontinuität nicht automatisch die Ausbildung eines Vertrauensverhältnisses. Die höhere Anzahl betreuender Mitarbeiter pro Kunde in PD scheint so kaum verantwortlich für die geringere Angabe von Vertrauensverhältnissen.

Betrachtet man das Vorliegen eines Vertrauensverhältnisses (gem. Angaben aus Kundenbefragung zu t1) in Abhängigkeit des Status der Bezugsbetreuung (gem. Angaben der Einrichtungsleitung zu t1), so zeigt sich ebenfalls allgemein kein Zusammenhang (globaler Chi<sup>2</sup>-Test für sämtliche Kunden:  $p=.170$ ; vgl. oberer Teil „Insgesamt“ in Tabelle 38); d.h. die Angabe der Leitung, dass in der Einrichtung Bezugsbetreuung umgesetzt werde, geht ebenso wenig mit einem höheren Anteil von Kunden mit Vertrauensverhältnis einher. Wenn Kunden angeben, dass eine

Bezugsbetreuung vorhanden sei, findet sich für Einrichtungen, die keine Bezugsbetreuung angeben, numerisch sogar ein etwas höherer Anteil von Kunden mit Vertrauensverhältnis als in Einrichtungen, die angeben immer Bezugsbetreuung umsetzen („Ja, immer“ vs. „Nein“ in oberem Teil von Tabelle 38).

Tabelle 38: Vertrauensverhältnis und „Bezugsbetreuung“ (t1)

Einrichtungstyp und Status Bezugsbetreuung (gem. Leitung)		Bezugsperson vorhanden? (gem. Kundenbefragung)							
		Ja		Nein		weiß nicht		k.A.	
Insgesamt (N=475)	Total	360	75.8%	85	17.9%	18	3.8%	12	2.5%
	Ja, immer	187	71.9%	54	20.8%	13	5.0%	6	2.3%
	Ja, manchmal	90	81.1%	19	17.1%	-	-	2	1.8%
	Nein	68	79.1%	10	11.6%	5	5.8%	3	3.5%
	keine Angabe	15	83.3%	2	11.1%	-	-	1	5.6%
BD (N=358)	Total	272	76.0%	59	16.5%	16	4.5%	11	3.1%
	Ja, immer	168	71.8%	48	20.5%	12	5.1%	6	2.6%
	Ja, manchmal	46	92.0%	2	4.0%	-	-	2	4.0%
	Nein	49	76.6%	8	12.5%	4	6.3%	3	4.7%
	keine Angabe	9	90.0%	1	10.0%	-	-	-	-
nBa (N=69)	Total	59	85.5%	8	11.6%	1	1.4%	1	1.4%
	Ja, immer	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ja, manchmal	34	87.2%	5	12.8%	-	-	-	-
	Nein	19	86.4%	2	9.1%	1	4.5%	-	-
	keine Angabe	6	75.0%	1	12.5%	-	-	1	12.5%
PD (N=48)	Total	29	60.4%	18	37.5%	1	2.1%	-	-
	Ja, immer	19	73.1%	6	23.1%	1	3.8%	-	-
	Ja, manchmal	10	45.5%	12	54.5%	-	-	-	-
	Nein	-	-	-	-	-	-	-	-
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitung und Kundenbefragung zu t1  
 Anmerkung: Zeilenprozent. Darstellung berücksichtigt Angaben aus der Kundenbefragung zu der Frage, ob Kunde bei BD eine Bezugsperson habe, differenziert nach Status der Bezugsbetreuung gem. Angaben der Leitungskraft zu t1.

Allerdings finden sich auf Gruppenebene durchaus signifikante Unterschiede (Chi<sup>2</sup>-Tests ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben/k.A. bzw. „weiß nicht“, jeweils getrennt für BD, nBa und PD): Signifikante Zusammenhänge zwischen Status der Bezugsbetreuung (gem. Angaben der Leitung) und Angabe eines Vertrauensverhältnisses (gem. Kundenbefragung) finden sich sowohl für BD ( $\chi^2_{(df=2, N=321)}=9.4, p<.01$ ) als auch PD ( $\chi^2_{(df=1, N=47)}=4.6, p<.05$ ), nicht aber für nBa ( $p=.704$ ). Dabei zeigen BD mit ausschließlicher Bezugsbetreuung (gem. Angaben

der Leitungskraft) nicht den höchsten Anteil von Kunden mit Vertrauensverhältnis, sondern höhere Anteile finden sich in BD für die nur in manchen Fällen Bezugsbetreuung umgesetzt oder sogar „keine Bezugsbetreuung“ angegeben wird (vgl. Tabelle 38). Für PD findet sich hingegen das entgegengesetzte – aber erwartungskonformere – Muster eines erhöhten Anteils von Kunden mit Vertrauensverhältnis, wenn angegeben wird Bezugsbetreuung „immer umzusetzen“ als wenn dies seltener („manchmal“) geschieht.

Die Angabe der Umsetzung von Bezugsbetreuung ist so zwar wenig prognostisch für die Anzahl der betreuenden Mitarbeitenden; allerdings scheint die Anzahl der betreuenden Mitarbeitenden ohnehin kaum relevant für die Ausbildung eines Vertrauensverhältnisses, so dass Bezugsbetreuung auch bei einer höheren Anzahl betreuender Mitarbeitender häufiger zu Vertrauensverhältnissen bei Kunden führen kann. In BD und nBa zeigt sich jedoch, dass die Angabe, Bezugsbetreuung werde „immer“ umgesetzt, nicht etwa mit vermehrten Vertrauensverhältnissen einhergeht; nur in PD zeigt sich, dass anteilig häufiger Vertrauensverhältnisse vorliegen, wenn nach Auskunft der Leitung mehr Bezugsbetreuung umgesetzt wird. Man kann daher folgern, dass in Einrichtungen mit Betreuungsschwerpunkt (BD, nBa) eine Ausbildung von Vertrauensverhältnissen eher unabhängig vom Konzept der Bezugsbetreuung (gem. Angabe der Einrichtungsleitung) erfolgt, während in PD eine Orientierung am Konzept der Bezugsbetreuung die Ausbildung von Vertrauensverhältnissen zu begünstigen scheint.

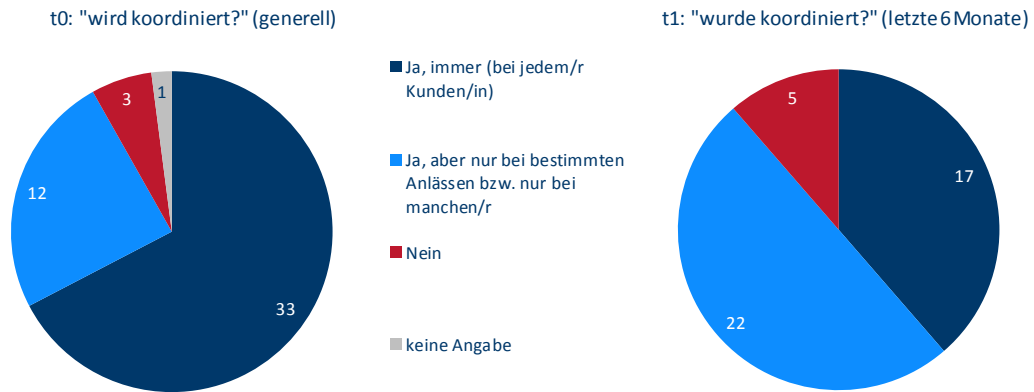
Dies könnte auf den unterschiedlichen Rahmen hindeuten, in dem Betreuung durch Dienste mit Schwerpunkt auf Betreuungs- vs. Pflegeleistungen erbracht wird. Wie in Kapitel 3.5.3 vermutet, könnten PD Betreuungsleistungen vermehrt zur zeitlichen Ergänzung der eigentlichen Kernleistung (Pflegeleistungen) nutzen. Die Ausbildung eines Vertrauensverhältnisses hinge dann kritisch von einer mit Bezugspflege kompatiblen Einsatzplanung des Pflegepersonals ab. Bei Diensten, die auf Betreuungsleistungen fokussieren, könnte der Mechanismus hingegen weniger relevant sein, da Betreuungsleistungen die Ausbildung von Vertrauensverhältnissen stärker begünstigen könnten. Die unterschiedlichen Effekte, die das Konzept „Bezugsbetreuung“ in ambulanten Betreuungs- vs. Pflegediensten zeigt, läge demnach im Wesen der verschiedenen Kernleistungsarten der unterschiedlichen Einrichtungstypen begründet.

### **Koordination mit anderen Pflegeeinrichtungen**

Die Mehrheit der Leitungskräfte der BD gibt zu t0 an, sich bei gleichzeitiger Versorgung der Kunden durch Pflegeeinrichtungen mit diesen zu koordinieren (siehe Abbildung 59). Zu t0 entspricht dies noch mehr dem Vorsatz oder der Absicht der BD, da sich die Modellvorhaben zu diesem Zeitpunkt noch im Aufbau befanden. Zu t1 ist der Anteil der Leitungskräfte, die angeben sich bereits koordiniert zu haben (letzte 6 Monate), gegenüber dem analogen Anteil zu t0 verringert; dafür hat der Anteil der BD, bei denen eine Koordinierung mit Pflegeeinrichtungen nur in *manchen* Fällen vorgenommen wird, von t0 nach t1

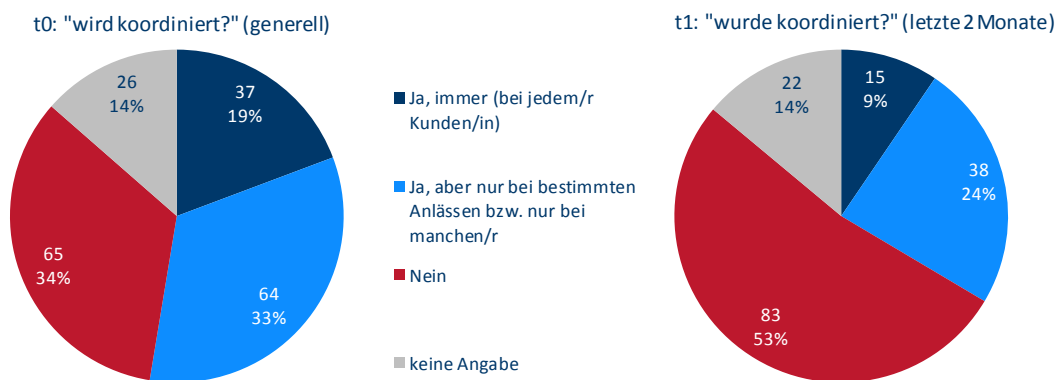
zugewonnen ( $\chi^2_{(df=2, N=92)}=8.4$ ,  $p<.05$ ; Analyse berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben).

Abbildung 59: Koordination der BD mit Pflegeeinrichtungen zu t0 und t1 (Befragung der Leitungskraft)



Quelle: IGES; schriftliche Befragungen der Leitungskräfte der BD zu t0 und t1  
 Anmerkung: Darstellung enthält Antworten der Leitungskräfte auf die Frage, ob sich die BD generell mit Pflegeeinrichtungen koordinieren (t0, Basiserhebung) bzw. sie sich in den letzten 6 Monaten mit Pflegeeinrichtungen koordiniert haben (t1, 1. Folgerhebung). Teilnahme an Befragungen zu t0: N = 49 BD; zu t1: N = 44 BD.

Abbildung 60: Koordination der BD mit Pflegeeinrichtungen zu t0 und t1 (Mitarbeiterbefragung)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden der BD zu t0 und t1  
 Anmerkung: Darstellung enthält Antworten der Mitarbeitenden der BD auf die Frage, ob sie sich generell mit Pflegeeinrichtungen koordinieren (t0, Basiserhebung) bzw. sie sich in den letzten 2 Monaten mit Pflegeeinrichtungen koordiniert haben (t1, 1. Folgerhebung). Teilnahme an Befragungen zu t0: N = 192; zu t1: N = 158 Mitarbeitende.

Auch die Angaben der Mitarbeitenden zeigen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (t0, t1; siehe Abbildung 60;  $\chi^2_{(df=3, N=350)}=15.3$ ,

$p < .01$ ). Hier hat ebenfalls der Anteil der Personen, die angeben sich immer mit Pflegeeinrichtungen zu koordinieren falls ein Kunde gleichzeitig durch sie versorgt wird, von t0 nach t1 abgenommen; auch der Anteil von Personen, die sich nur „manchmal“ mit Pflegeeinrichtungen koordinieren, hat von t0 zu t1 abgenommen. Hingegen hat der Anteil von Personen, die sich *nicht* mit den Pflegeeinrichtungen koordinieren, deutlich zugenommen<sup>22</sup>.

Dies legt nahe, dass die Koordination mit Pflegeeinrichtungen in der Praxis offenbar seltener vorgenommen wird bzw. weniger relevant ist als noch zu Anfang angenommen. Ob die Koordination in den betroffenen Fällen schlicht nicht erforderlich ist, lässt sich allein auf Grundlage dieser Angaben allerdings schlecht feststellen.

Abbildung 61 stellt die Angaben der Leitungskräfte der BD zu t1 den analogen Angaben der Leitungen aus nBa und PD gegenüber. Es findet sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Einrichtungsarten (ohne Berücksichtigung von Fällen mit keinen Angaben:  $\chi^2_{(df=4, N=94)}=9.8$ ,  $p < .05$ ), der v.a. darauf zurückgeht, dass BD und PD häufiger angeben, sich mit anderen gleichzeitig versorgenden ambulanten Anbietern abzusprechen.

Auf Mitarbeiterebene zeigt sich dieser Unterschied aber nicht (zu t1:  $p = .696$ ). Hier wird in allen drei Einrichtungstypen von der Mehrheit der Mitarbeitenden angegeben, sich innerhalb der letzten 2 Monate *nicht* mit anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen koordiniert zu haben. Demnach wäre anzunehmen, dass die Koordination mit anderen Einrichtungen v.a. übergeordnet vonseiten der Einrichtungsleitung erfolgt, während sie im Tagesgeschäft der Mitarbeitenden offenbar kaum eine Rolle spielt.

Um einzuschätzen, inwiefern ein Bedarf zur weiteren Koordination mit anderen beteiligten Akteuren besteht, wird auch in der Kundenbefragung erhoben, wie „gut“ sich die Einrichtungen mit anderen an der Betreuung/Pflege beteiligten Akteuren abstimmen. Bei der Auswertung der Bewertungen werden nur Kunden berücksichtigt, für die tatsächlich angegeben wird, dass sie innerhalb der letzten 2 Monate neben dem BD, nBa bzw. PD noch andere Pflege- oder Betreuungseinrichtungen (ambulanter Pflegedienst, niedrighschwellige Betreuungsangebote, Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Krankenhaus, Reha-Klinik, Wohnheime, Verhinderungspflege bei anderer Einrichtung als BD) genutzt haben.

Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass die BD, nBa bzw. PD sich „immer gut“ mit anderen an der Pflege bzw. Betreuung beteiligten Akteuren abstimmen. Die Einschätzung erfolgt in allen Einrichtungstypen gleichermaßen positiv, d.h. unterscheidet sich nicht statistisch signifikant (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden

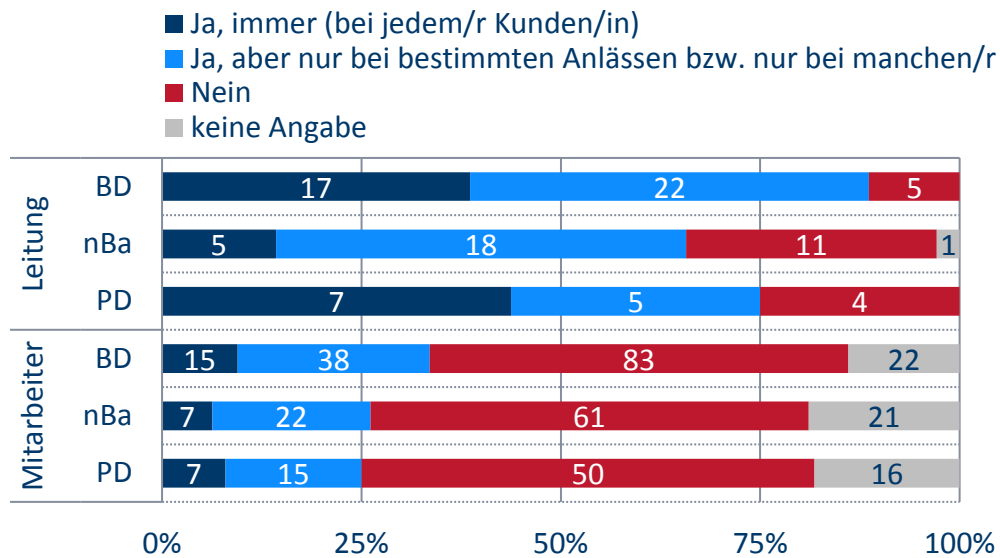
---

<sup>22</sup> Zu t2 wurden nur noch Mitarbeitende der BD nach Koordination mit Pflegeeinrichtungen gefragt. Der Anteil der Koordinierungen hat sich von t1 (siehe Abbildung 68) nach t2 („Ja, immer“ N = 27, 16.8%; „Ja, manchmal“ N = 39, 24.2%, „Nein“ N = 80, 40.9%; keine Angabe N = 15, 9.3%) nicht verändert (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $p = .207$ ).

---

Angaben bzw. „weiß nicht“:  $p=.525$ ). Zusammen mit den Personen, die hier „oft“ angeben, bewerten insgesamt 77% der Befragten die Koordination mit anderen an der Pflege/Betreuung beteiligten Akteuren in einem positiven Sinne. Nur insgesamt 8% der Befragten bewerten eher negativ („nie“, „selten“, „manchmal“). Demnach entspricht das Ausmaß der Abstimmungsprozesse i.d.R. den Erwartungen der Kunden/Angehörigen. Dies würde das geringere Auftreten von Koordinierungen mit anderen Einrichtungen zu t1 relativ zu t0 und in den Angaben der Mitarbeitenden relativ zu den Angaben der Einrichtungsleitungen damit erklären, dass ein größerer Koordinierungsaufwand im Tagesgeschäft schlicht nicht erforderlich ist.

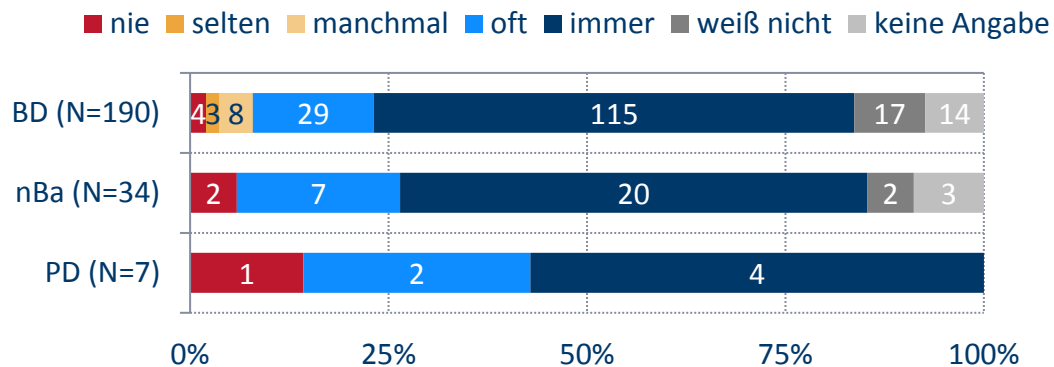
Abbildung 61: Koordination mit anderen an Pflege beteiligten Akteuren (t1)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitung und Mitarbeitende zu t1  
 Anmerkung: Darstellung enthält Antworten der Leitungen und Mitarbeitenden auf die Frage, ob sie sich generell mit anderen an der Pflege bzw. Betreuung beteiligten Einrichtungen koordinieren. Teilnahme von N = 44 BD, N = 35 nBa und N = 16 PD zu t1; N = 158 Mitarbeitende aus BD, N = 111 aus nBa und N = 88 aus PD.



Abbildung 62: Koordination der BD mit Pflegeeinrichtungen zu t1 (Kundenbefragung)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1

Anmerkung: Darstellung enthält Bewertung aus der Kundenbefragung in BD, nBa und PD, ob sich die jeweilige Einrichtung gut mit anderen an der Pflege/Betreuung beteiligten Akteuren koordiniert. Hier werden nur Kunden berücksichtigt, die durch eine andere professionelle Pflege- bzw. Betreuungseinrichtung versorgt werden.

### 3.6 Leistungsinhalte

Betreuungsinhalte werden durch Mitarbeitende und Kunden gemeinsam realisiert und daher ausschließlich bei diesen beiden Zielgruppen erhoben. Den Befragungsteilnehmern wurde dazu die Liste der Betreuungsinhalte vorgelegt, um relevante Betreuungsinhalten auszuwählen (siehe Tabelle 4, Seite 34). In der Befragung der Mitarbeitenden sollten sämtliche Inhalte angekreuzt werden, die mit einer begrenzten Anzahl beliebiger Kunden innerhalb der letzten 2 Monate umgesetzt worden waren (t0 und t1: jeweils zwei Kunden für Leistungen unter § 45b SGB XI und § 124 SGB XI; t2: zwei Kunden mit Betreuungsleistungen ohne Unterscheidung §§ 124 vs. 45b SGB XI, da wiederholt zurückgemeldet worden war, Mitarbeitende könnten schlecht zwischen den Leistungsarten differenzieren). Mitarbeitende in nBa wurden immer nur zu zwei Kunden befragt (nur Leistungen unter § 45b SGB XI). Analog kreuzten Kunden/Angehörige sämtliche Inhalte an, die der Kunde mit Mitarbeitenden bereits umgesetzt hatte. Außerdem konnten die Befragten weitere umgesetzte Betreuungsinhalte nennen, die sich noch nicht in der Liste befanden. Für die Kundenbefragung wurde die Formulierungen mancher Betreuungsinhalte zielgruppengerecht umformuliert.

#### 3.6.1 Beschreibung der Inhalte

In der Kundenbefragung war die Liste der Betreuungsinhalte bzgl. der folgenden drei Aspekte zu bewerten:

- 1) *Eignung*: Ob der Betreuungsinhalt generell für den Kunden in Frage kommt (Antwortkategorien: „Ja“, „Nein“, „weiß nicht“);

- 2) *Präferenz*: wie gern der Kunde den Betreuungsinhalt hat (Antwortkategorien: „ungern“, „eher ungern“, „egal“, „eher gern“, „sehr gern“);
- 3) *Umsetzung*: ob der Betreuungsinhalt bereits mit dem BD umgesetzt worden ist („Ja“, „Nein“).

Fragen 2) und 3) waren nur zu beantworten, wenn Frage 1) mit „Ja“ beantwortet wurde.

Um die Liste zu vervollständigen, wurden die freien Nennungen der Befragungsteilnehmer zu t1 (Mitarbeitenden; Kunden/Angehörige) analysiert. I.d.R. konnten die Nennungen nachträglich den vorhandenen Kategorien der Liste zugeordnet werden (z.B. „Bootsausflug“ zu „Ausflüge (die über die nähere Umgebung hinausgehen)“; „Frühgymnastik/Sitzgymnastik“ zu „Bewegungen in der Wohnung (Übungen, Tanzen)“). Zwei Kategorien werden aufgrund der freien Nennungen und in Abweichung von der ursprünglichen Liste jedoch allgemeiner formuliert (Umformulierung erfolgt in Auswertung und zu t2):

- „Bewegungen in der Wohnung (Übungen, Tanzen)“ zu „*Bewegungsübungen wie sportliche/körperliche Betätigung*“, um auch Nennungen von z.B. „Turnen“, „Ballspiele“, oder „Kicken“ abzubilden.
- „Brett-/Kartenspiele“ zu „*Spielen/Gesellschaftsspiele (z.B. Brett-/Kartenspiele)*“, um auch Nennungen wie „Spielen“, „Puzzeln“ oder „Holzspiele“ zu integrieren.

Folgende Kategorien wurden zu t1 aufgrund der freien Nennungen komplett neu gebildet und zu t2 erstmals in die Liste aufgenommen und regulär erhoben:

- *Pflegerische Handlungen*: Nennungen, die pflegerische Handlungen im Bereich Körperpflege, Ernährung, Mobilität und gesundheitlicher Versorgung des Kunden beschreiben (z.B. Nennung von „Hilfestellung beim Waschen, Hilfestellung Duschen“, „Morgenpflege, Kompressionsstrümpfe“, „Toilettengänge“, „Pflegeanleitung, Pflegeübernahme“ etc.).
- *Hauswirtschaftliche Versorgung*: Nennungen, die Handlungen beschreiben, die der Führung des Haushalts des Kunden dienen und aus denen nicht explizit hervorgeht, dass der Kunde aktiv daran beteiligt ist (z.B. „Wäsche waschen“, „Bett machen“, „Einkaufen“, „Haushaltsreinigung“, „Hauswirtschaftliche Versorgung“ etc.).
- *Administration*: Nennungen, die die Übernahme von planerisch-administrativen Aufgaben im häuslichen Alltag und bei der Versorgung des Kunden beschreiben (entspricht Nennungen: „Post bearbeiten [...] Bank-Geld holen“, „Bürokratische Angelegenheiten [...] Überweisungen ausfüllen [...] Anträge bei Ämtern [...] etc. stellen“, „Führung einer Haushaltskasse“, „Umzugsvorbereitungen“, „Unterstützung beim Ordnen persönlicher Unterlagen“).
- *Integration*: Nennungen von Handlungen, die die Integration des Kunden in eine Gemeinschaft unterstützen (entspricht Nennungen: „Integration in die Gemeinschaft (Mitbewohner)“, „Bewohner wird als Neuer in die WG

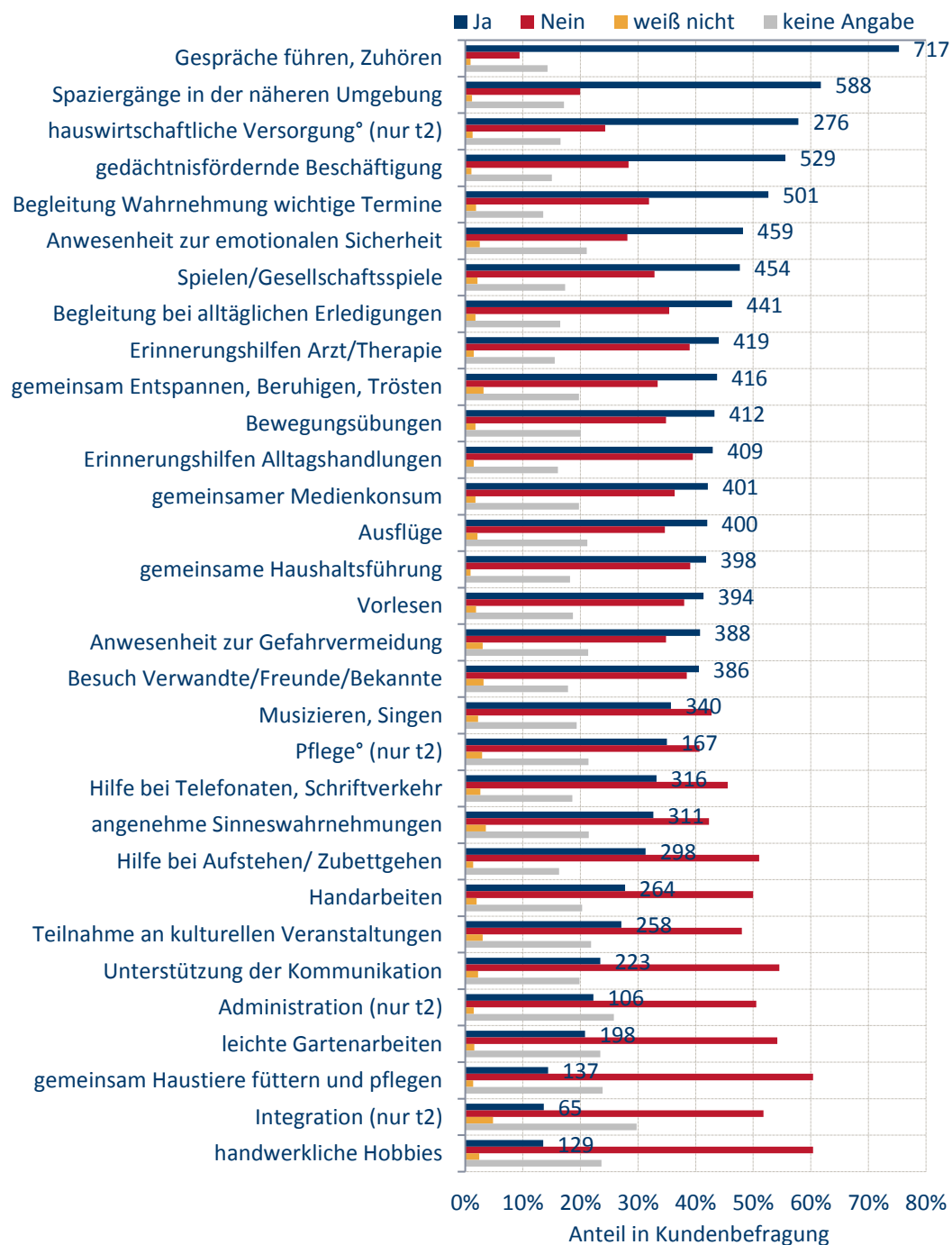
integriert“, „Bewohner wird an die Sozialstruktur der Gruppe herangeführt“, „während des Unterrichts begleiten [...] Einzelbetreuung während des Unterrichts“).

Obwohl es sich bei den ersten beiden Kategorien („pflegerische Handlungen“, „hauswirtschaftliche Versorgung“) streng genommen um andere Leistungsarten, d.h. keine typischen Betreuungsleistungen handelt, wurden sie von Mitarbeitenden bei der Frage nach *Betreuungsinhalten* zu t1 doch spontan genannt und deshalb zu t2 in die Befragungen aufgenommen. Sie werden aber weiterhin nicht als Betreuungsinhalte betrachtet, sondern hier nur berücksichtigt, um die Häufigkeit solcher „untypischen“ Nennungen zu prüfen (vgl. Kapitel 3.6.3).

Abbildung 63 zeigt wie häufig die Betreuungsinhalte in der Kundenbefragung für „geeignet“ oder „ungeeignet“ befunden wurden („Kommt Betreuungsinhalt für den/die Kunden/in in Frage?“; Antwortkategorien: „Ja – Nein – weiß nicht“). Der wichtigste Betreuungsinhalt ist demnach „Gespräche führen, Zuhören“, den 75% der Befragten (N = 717) als geeignet für den Kunden erachten. Am seltensten geeignet ist der Betreuungsinhalt „handwerkliche Hobbies“, den 60% der Befragten (N = 575) als ungeeignet bewerten.

Die Inhalte „Pflege“, „hauswirtschaftliche Versorgung“, „Administration“ und „Integration“ wurden erst zu t2 regulär erfragt. Die prozentualen Anteile in Abbildung 63 für diese Inhalte beziehen sich daher nur auf t2, damit ein geringeres Gesamt-N (insgesamt N = 477; BD-t2 N = 343, nBa-t2 N = 77, PD-t2 N = 57).

Abbildung 63: „Eignung“ der Betreuungsinhalte (Kundenbefragung t1 und t2)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Mehrfachnennung. Gemeinsame Darstellung der Angaben aus Kundenbefragungen zu t1 und t2 in BD, nBa und PD, ob sich Betreuungsinhalt für den/die Kunden/in eignet (X-Achse: prozentualer Anteil an sämtlichen Kunden in Kundenbefragung). Insgesamt N = 952 Kunden (BD = 701, nBa = 146, PD = 105). „Hauswirtschaftliche Versorgung“, „Pflege“, „Administration“, „Integration“ wurden erst zu t2 regulär erfragt. ° Entsprechen streng genommen keinen Betreuungsinhalten.

### Systematik der Betreuungsinhalte


Um die Betreuungsinhalte übergeordneten Klassen zuzuordnen, wurde mit den Bewertungen zur Eignung der Betreuungsinhalte aus der Kundenbefragung („Kommt der Betreuungsinhalt für den/die Kunden/in in Frage?“) eine *Faktorenanalyse* durchgeführt. Dazu erhielten die Antwortkategorien die Werte „Ja“ = 1, „weiß nicht“ = 0 und „Nein“ = -1 (dreistufige Bewertung von insgesamt 29 Betreuungsinhalten, d.h. sämtlichen Kategorien aus Abbildung 63, außer „hauswirtschaftliche Versorgung“ und „Pfleger“, da diese keinen Betreuungsinhalten entsprechen). „Eignung“ wurde als Grundlage für die Faktorenanalyse gewählt, da Betreuungsinhalte, die derselben latenten Klasse angehören, ähnlich geeignet für einen Kunden sein sollten. Auch liefern die Bewertungen zur Eignung eine umfassendere Datengrundlage als „Präferenz“ und „Umsetzung“, die beide nur bedingt (bei Eignung) zu bewerten waren.

Zur Faktorenextraktion wird die Methode der Hauptkomponenten-Analyse mit dem üblichen Extraktionskriterium eines Eigenwerts von  $> 1$  gewählt. Zur Bestimmung der finalen Faktorenlösung und -Ladungen wird das Varimax-Verfahren angewandt; dieses unterstellt, dass die Faktoren untereinander nicht korrelieren und produziert Lösungen mit maximal unabhängigen Faktoren.

Um auf eine große Stichprobe zurückzugreifen und eine möglichst robuste Faktorenstruktur zu erhalten, wurden die Angaben der Kundenbefragungen zu t1 und t2 für die Faktorenanalyse zusammengefasst. Die Faktorenanalyse berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben in irgendeinem der Items (listenweiser Fallausschluss); da „Administration“ und „Integration“ zu t2 das erste Mal erhoben wurden, wurden sie zunächst von der Faktorenanalyse ausgeschlossen. Es wurden so initial  $N = 578$  Personen, die 27 Betreuungsinhalte bewerteten, in die Faktorenanalyse eingeschlossen.

Das Kaiser-Meyer-Olkin Maß<sup>23</sup> für den Gesamtdatensatz (578 Personen \* 27 Betreuungsinhalte) entspricht einem Wert von .919. Auch der Bartlett-Test auf Sphärizität, der die Nullhypothese keiner Zusammenhänge in der Korrelationsmatrix der Betreuungsinhalte testet, ist statistisch signifikant ( $\chi^2_{(df=351)}=5513.3$ ,  $p<.001$ ). Der Datensatz eignet sich somit für eine Faktorenanalyse.

Mit den genannten Einstellungen werden aus dem Datensatz (578 Personen \* 27 Betreuungsinhalte) fünf Faktoren extrahiert. Für diese Faktoren weisen sämtliche Betreuungsinhalte mindestens eine Faktorladung von  $\geq .3$  auf (vgl. Tabelle 39). Inhaltlich werden die Faktoren wie folgt interpretiert:

-  Häusliche Beschäftigung  
Ortsfeste/ stärker fremdangeleitete Beschäftigung (nicht zweckhaft): Hilfen zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen, die sich v.a. auf den

---

<sup>23</sup> Ein Wert nahe 1 bedeutet, dass die partiellen Korrelationen relativ groß im Vergleich zur Summe der Korrelationen sind; üblicherweise wird ein Wert von mindestens 0.6 empfohlen.

häuslichen Bereich konzentrieren und nicht der Verrichtung zweckhafter Alltagsaktivitäten wie Haushaltsführung dienen.

- ♥ Zwischenmenschliche Nähe  
Inhalte, die darauf gerichtet sind, dem Kunden ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln; Betreuungsinhalte, durch die der Betreuer aktiv versucht positive Gefühlszustände, Beruhigung/Entspannung beim Kunden herbeizuführen.
- ⌚ Tagesstruktur und Alltagsbewältigung  
Unterstützung (v.a. Erinnerungshilfen) bei der Gestaltung des häuslichen Alltags und Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer routinierten Tagesstruktur; Unterstützung und Begleitung bei wiederkehrenden und notwendigen zweckhaften Handlungen im Alltag.
- 🏠 Gemeinschaft  
Gemeinschaftliche Aktivitäten zur bedürfnisgerechten Beschäftigung, Teilhabe an sozialen und kulturellen Events sowie gemeinschaftliche Einbindung in zweckhafte Alltagshandlungen.
- ✂ Hobby & Freizeit  
Hilfen zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen, die stärker durch den Kunden initiiert sind bzw. von seinen Interessen geleitet sind, aber nicht der Verrichtung zweckhafter Alltagsaktivitäten dienen und Unterstützung/Integration bei der Kommunikation mit anderen. Es besteht eine gewisse Ähnlichkeit zu Inhalten der Ergo- oder Beschäftigungstherapie.

Während die übergeordneten Faktoren (Dimensionen) zwar maximal unabhängig voneinander sind, zeigen doch einzelne Betreuungsinhalte eine Ladung  $\geq .3$  auf mehr als einem Faktor (vgl. Tabelle 39). Diese Betreuungsinhalte ließen sich auch anderen Faktoren zuordnen (z.B. „gemeinsam Musik hören, Fernsehen“ zeigt ebenfalls hohe Ladungen auf „Häusliche Beschäftigung“ und „Gespräche führen, Zuhören“ zeigt ebenfalls hohe Ladungen auf „Zwischenmenschliche Nähe“). Die finale Zuordnung erfolgt jedoch rein empirisch auf Grundlage der höchsten Ladung.


Führt man eine erneute Faktorenanalyse mit denselben Einstellung aber unter Berücksichtigung auch der „neuen“ genuinen Betreuungsinhalte durch („Administration“ und „Integration“), werden ausschließlich Angaben der t2-Befragung eingeschlossen, weil die „neuen“ Inhalte erst zu diesem Erhebungszeitpunkt abgefragt wurden und Fälle mit fehlenden Werten für irgendeinen der Betreuungsinhalte von der Faktorenanalyse ausgeschlossen werden (listenweiser Fallausschluss führt zu Teildatensatz: 264 Personen \* 29 Betreuungsinhalte). Das Kaiser-Meyer-Olkin Maß<sup>24</sup> für den Teildatensatz entspricht einem Wert von .899 und der Bartlett-Test auf Sphärizität

---

<sup>24</sup> Ein Wert nahe 1 bedeutet, dass die partiellen Korrelationen relativ groß im Vergleich zur Summe der Korrelationen sind; üblicherweise wird ein Wert von mindestens 0.6 empfohlen.

fällt statistisch signifikant aus ( $\chi^2_{(df=406)}=2927, p<.001$ ); auch der Teildatensatz eignet sich somit für eine Faktorenanalyse.

Die erneute Faktorenanalyse mit dem Teildatensatz ergibt einen weiteren Faktor, der die beiden „neuen“ Betreuungsinhalte („Administration“ und „Integration“) enthält; ansonsten ändert sich nur die Zuordnung des Betreuungsinhalts „gemeinsame Haushaltsführung“, der nun statt dem Faktor „Gemeinschaft“ (F4) ebenfalls dem neuen Faktor (F6) zugerechnet wird. Insgesamt ist daher von einer sechsdimensionalen Faktorenstruktur auszugehen, die neben den bereits formulierten fünf Faktoren noch den folgenden Faktor enthält:

-  Wohnumfeld  
Hilfestellungen im Wohnumfeld zur Aufrechterhaltung des Haushalts und Integration in bestehendes oder neues Wohnumfeld; hier ist zu beachten, dass die Betreuungsperson den Kunden bei Aktivitäten im Haushalt nur unterstützt/ begleitet und diese nicht vollständig übernimmt (ansonsten handelt es sich um Inhalte der Kategorie „Hauswirtschaftliche Versorgung“, s.o.).








Um zu analysieren, ob bestimmte Klassen von Betreuungsinhalten für spezifische Problemlagen (vgl. Kapitel 3.5.2) eher geeignet sind als andere, werden für jeden Kunden zunächst die Faktorwerte – individueller Wert eines Kunden für jeden Faktor – mit der Regressionsmethode<sup>25</sup> berechnet; danach wird deren Zusammenhang (Korrelation) mit der Ausprägung der Schwere der Problemlage (Rating) berechnet. Da für die Faktorenanalyse „Ja“-Antworten mit 1 und „Nein“-Antworten mit -1 kodiert sind, hat eine Person, die Betreuungsinhalte eines Faktors besonders häufig mit „Ja“ bewertet, einen hohen (positiven) Faktorwert, während eine Person, die Betreuungsinhalte eines Faktors besonders häufig mit „Nein“ bewertet, einen niedrigen (negativen) Faktorwert hat. Eine höhere positive Korrelation mit der Ausprägung einer Problemlage bedeutet dann, dass Personen mit vermehrten „Ja“-Antworten eines Faktors eine intensivere Problemlage aufweisen; andersherum bedeutet eine stärkere negative Korrelation, dass Personen mit vermehrten „Nein“-Antworten eines Faktors eine intensivere Problemlage aufweisen. Dadurch kann bestimmt werden, welche Klassen von Betreuungsinhalten durch die Kunden/Angehörigen besonders häufig als geeignet oder ungeeignet bei einer gegebenen Problemlage erachtet werden. Die errechneten korrelativen Zusammenhänge (Pearson-Korrelationen) finden sich in Tabelle 40.

---

<sup>25</sup> Janssen J, Laatz W. Faktorenanalyse. Statistische Datenanalysen mit SPSS für Windows. 6. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2007.

---

Tabelle 39: Ergebnis der Faktorenanalyse zu Betreuungsinhalten







Betreuungsinhalte	Faktorladungen					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6 <sup>t2</sup>
 Musizieren, Singen	0.752					
Spielen/Gesellschaftsspiele	0.677			0.343		
Handarbeiten	0.668					
 Vorlesen	0.637	0.400				
gedächtnisfördernde Beschäftigung	0.563	0.349				
Unterstützung der Kommunikation	0.498		0.338			
Bewegungsübungen	0.496					
Anwesenheit zur emotionalen Sicherheit		0.761				
Anwesenheit zur Gefahrvermeidung		0.719				
 gemeinsam Entspannen, Beruhigen, Trösten		0.699				
gemeinsamer Medienkonsum	0.377	0.611				
Hervorrufen angenehmer Sinneswahrnehmungen	0.358	0.562				
Erinnerungshilfen bei Arzt/Therapie			0.714			
Hilfe bei Telefonaten und Schriftverkehr			0.682			0.303
 Hilfestellung bei Aufstehen/Zubettgehen	0.355		0.636			
Erinnerungshilfen Alltagshandlungen			0.610			
Begleitung Wahrnehmung wichtiger Termine			0.603	0.477		0.303
Besuch von Verwandten/Freunden/Bekannten			0.550			0.340
Ausflüge				0.630		
Begleitung bei alltäglichen Erledigungen			0.436	0.613		0.461
 Spaziergänge in der näheren Umgebung	0.320			0.609		
Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen				0.521		
Gespräche führen, Zuhören		0.414		0.427		
handwerkliche Hobbies					0.769	
 gemeinsam Haustiere füttern und pflegen					0.663	
leichte Gartenarbeiten					0.639	
Administration						0.773
 Integration						0.697
gemeinsame Haushaltsführung				0.424		0.467

Quelle: IGES; Faktorenanalyse; schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2

Anmerkung: Symbole/Farben kennzeichnen die inhaltliche Interpretation der Faktoren/Zuordnung der Betreuungsinhalte (Erklärung der Symbole im Text). Tabelle zeigt sämtliche Faktorladungen > 0.3. Faktorladungen der Spalten F1 bis F5 basieren auf Gesamtdatensatz (578 Personen \* 27 Betreuungsinhalte); Faktorladungen in Spalte F6<sup>t2</sup> basieren auf Teildatensatz (nur Angaben in Kundenbefragung zu t2: 264 Personen \* 29 Betreuungsinhalte).



Tabelle 40: Korrelation der Faktorwerte mit Ausprägung der Problemlagen

		 F1: Häusliche Beschäftigung	 F2: Zwischen- menschliche Nähe	 F3: Tagesstruktur & Alltagsbewältigung	 F4: Gemeinschaft	 F5: Hobby	 F6: Wohnumfeld
"Positiv-Symptomatik": Selbst- /Fremdgefährdung	Pearson	0,321	0,378	0,060	-0,098	-0,040	0,057
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,157	0,022	0,350	0,368
	N	548	548	548	548	548	254
"Positiv-Symptomatik": sozial inadäquates Verhalten	Pearson	0,263	0,343	0,131	-0,097	0,071	0,125
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,002	0,023	0,096	0,047
	N	548	548	548	548	548	254
"Negativ-Symptomatik": Antriebslosigkeit	Pearson	0,180	0,259	0,117	-0,003	-0,047	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,006	0,947	0,272	0,542
	N	549	549	549	549	549	256
"Negativ-Symptomatik": negativer Affekt	Pearson	0,104	0,263	0,121	0,018	-0,044	0,093
	Sig. (2-tailed)	0,015	0,000	0,005	0,670	0,303	0,140
	N	547	547	547	547	547	255
Mobilität/außerhäusliche Aktivitäten	Pearson	0,080	0,205	-0,006	-0,023	-0,065	-0,025
	Sig. (2-tailed)	0,059	0,000	0,888	0,590	0,128	0,689
	N	557	557	557	557	557	258
Kognitive Fähigkeiten	Pearson	0,295	0,340	0,123	0,004	-0,049	-0,003
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,004	0,931	0,254	0,958
	N	552	552	552	552	552	258
Kommunikative Fähigkeiten: Kommunikationsfähigkeit	Pearson	0,343	0,312	0,025	-0,126	0,030	-0,062
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,558	0,003	0,480	0,325
	N	553	553	553	553	553	258
Kommunikative Fähigkeiten: Pflege sozialer Kontakte	Pearson	0,205	0,290	0,080	-0,067	-0,036	0,006
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,059	0,116	0,395	0,921
	N	555	555	555	555	555	258
"Alltagstüchtigkeit": Wahrnehmung eigener Grundbedürfnisse	Pearson	0,255	0,376	0,087	-0,158	-0,067	-0,024
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,040	0,000	0,118	0,697
	N	554	554	554	554	554	258
"Alltagstüchtigkeit": Planung/Durchführung zweckhafter alltäglicher Handlungen	Pearson	0,218	0,253	0,117	-0,046	-0,100	-0,120
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,006	0,283	0,019	0,054
	N	553	553	553	553	553	258
"Alltagstüchtigkeit": Freizeitgestaltung/ Selbstbeschäftigung	Pearson	0,257	0,326	0,074	-0,036	-0,055	-0,083
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,084	0,403	0,198	0,186
	N	549	549	549	549	549	255

Quelle: IGES; Faktorenanalyse, schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2

Anmerkung: Abkürzungen: Sig., Signifikanzniveau der Korrelation; N, Anzahl der Befragungsteilnehmer, die für die Berechnung berücksichtigt werden. Grün hinterlegt: signifikante positive Korrelationen. Rot hinterlegt: signifikante negative Korrelationen. Korrelationen in Spalten F1 bis F5 basieren auf Gesamtdatensatz (578 Personen \* 27 Betreuungsinhalte); Korrelationen in Spalte F6 basieren auf Teildatensatz (nur Angaben in Kundenbefragung zu t2: 264 Personen \* 29 Betreuungsinhalte).

Den Ergebnissen der Korrelationsanalyse zufolge werden Betreuungsinhalte der Klasse „Häusliche Beschäftigung“ bei fast allen Problemlagen häufiger als geeignet erachtet, außer bei Einschränkungen im Bereich „Mobilität/außerhäusliche Aktivitäten“. Liegt eine eingeschränkte Mobilität oder Fähigkeit zur Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten vor, so sind Betreuungsinhalte, die sich stärker auf den häuslichen Bereich konzentrieren, in den Augen der Befragungsteilnehmer weniger geeignet. Dies verwundert kaum, wenn man bedenkt, dass das Ziel von

Betreuung gerade die Überwindung oder Minderung von Einschränkungen sein sollte. Hingegen werden Betreuungsinhalte des Faktors „Zwischenmenschliche Nähe“ bei höherer Ausprägungen jeder einzelnen Problemlage häufiger für geeignet befunden. Betreuungsinhalte der Klasse „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ werden selektiver bei höherer Ausprägung der Problemlagen in den Bereichen „Negativ-Symptomatik“ („Negativer Affekt“, „Antriebslosigkeit“), „sozial inadäquates Verhalten“, „kognitive Fähigkeiten“ und „Alltagstüchtigkeit“ („Wahrnehmung eigener Grundbedürfnisse“, „Planung/Durchführung zweckhafter Alltagshandlungen“) für geeignet befunden. Betreuungsinhalte der Klasse „Wohnumfeld“ zeigen nur einen Zusammenhang mit höheren Ausprägungen im Bereich „sozial inadäquates Verhalten“.

Inhalte der Klassen „Gemeinschaft“ und „Hobby“ zeigen selektiv Zusammenhänge mit Problemlagen im Bereich „Positiv-Symptomatik“, „Kommunikationsfähigkeit“ und „Alltagstüchtigkeit“, allerdings in die entgegengesetzte Richtung, d.h. sie werden häufiger als „ungeeignet“ bewertet je stärker die Problemlagen ausgeprägt sind. Diese Problemlagen erschweren wahrscheinlich die sinnvolle Einbindung in derartige Aktivitäten.

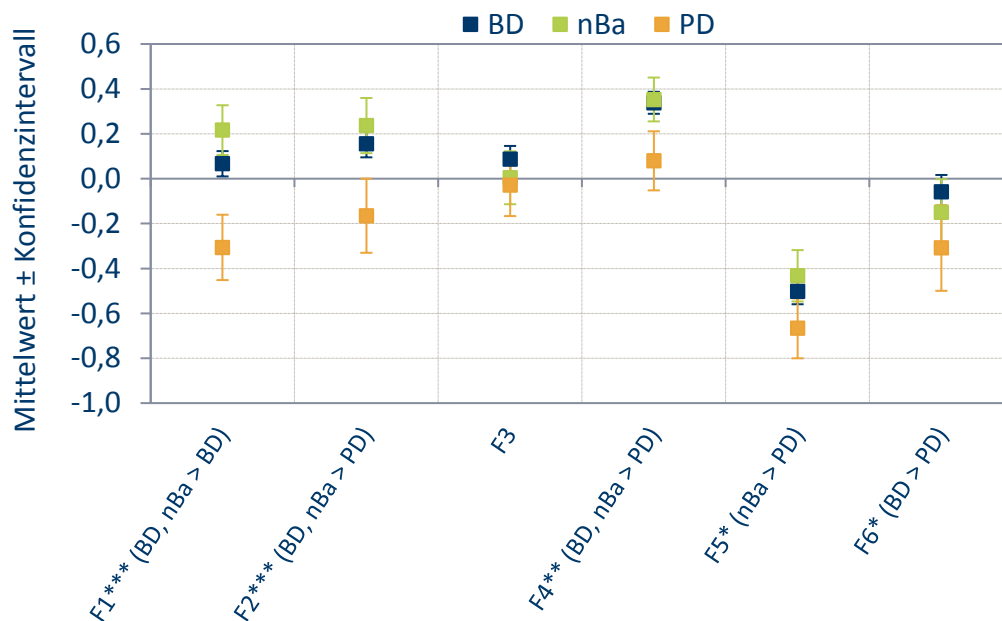
Dieser Befund bedeutet aber nicht, dass einzelne Betreuungsinhalte – trotz fehlender oder gar negativer Zusammenhänge der gesamten Klasse mit der Ausprägung von Problemlagen – im Einzelfall nicht dennoch geeignet sein können. So zeigen die Häufigkeiten zur Eignung in Abbildung 63, dass Betreuungsinhalte der Klassen „Gemeinschaft“ und „Hobby“ durchaus als für Kunden geeignet befunden werden, obwohl sich für die gesamte Klassen keine oder nur negative Zusammenhänge mit spezifischen Problemlagen zeigen.

Bei Bildung der Mittelwerte der Eignung („Ja“ = 1, „weiß nicht“ = 0, „Nein“ = -1) über die einzelnen Betreuungsinhalte pro Faktor und Betrachtung als abhängige Variable mit „Einrichtungstyp“ als unabhängige Variable (UV), ergeben sich in einer ANOVA signifikante Effekte für die Faktoren „Häusliche Beschäftigung“ (F1:  $F_{(2,855)}=15.2$ ,  $p<.001$ ), „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2:  $F_{(2,817)}=8.0$ ,  $p<.001$ ), „Gemeinschaft“ (F4:  $F_{(2,855)}=7.1$ ,  $p<.001$ ), „Hobby“ (F5:  $F_{(2,753)}=3.1$ ,  $p<.05$ ) und „Wohnumfeld“ (F6:  $F_{(2,796)}=3.0$ ,  $p=.05$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p<.01$ , Analyse mit signifikantem Welsh-Test wiederholt,  $p<.05$ ). Die Mittelwerte pro Faktor sind in Abbildung 64 für die drei Einrichtungstypen dargestellt.

Sämtliche dieser Unterschiede gehen damit einher, dass die Betreuungsinhalte der verschiedenen Faktoren für Kunden aus PD eher als „ungeeignet“ bewertet werden als für Kunden aus BD und nBa, während sich die Bewertungen in BD und nBa nicht signifikant voneinander unterscheiden (Bonferroni-approximierte paarweise Vergleiche: Mittelwerte für F1, F2, F4 sind in BD und nBa höher als in PD,  $p<.01$ ; Mittelwerte für F5 sind in nBa höher als in PD,  $p<.05$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität für F6, dort paarweise Vergleiche nach Games-Howell: Mittelwerte in BD höher als in PD,  $p<.05$ ). Es ist zu vermuten, dass die verschiedenen Betreuungsinhalte in PD durchschnittlich seltener als geeignet

befunden werden, da es sich dort um Kunden mit einer geringeren Ausprägung *betreuungsrelevanter* Problemlagen (geringerer Betreuungsbedarf) als in BD und nBa handelt (vgl. Kapitel 3.5.2). Demnach würden Kunden mit geringerem Betreuungsbedarf auch seltener angeben, dass Betreuungsinhalte für sie in Frage kommen.

Abbildung 64: Mittlere „Eignung“ Betreuungsinhalte pro Einrichtungstyp

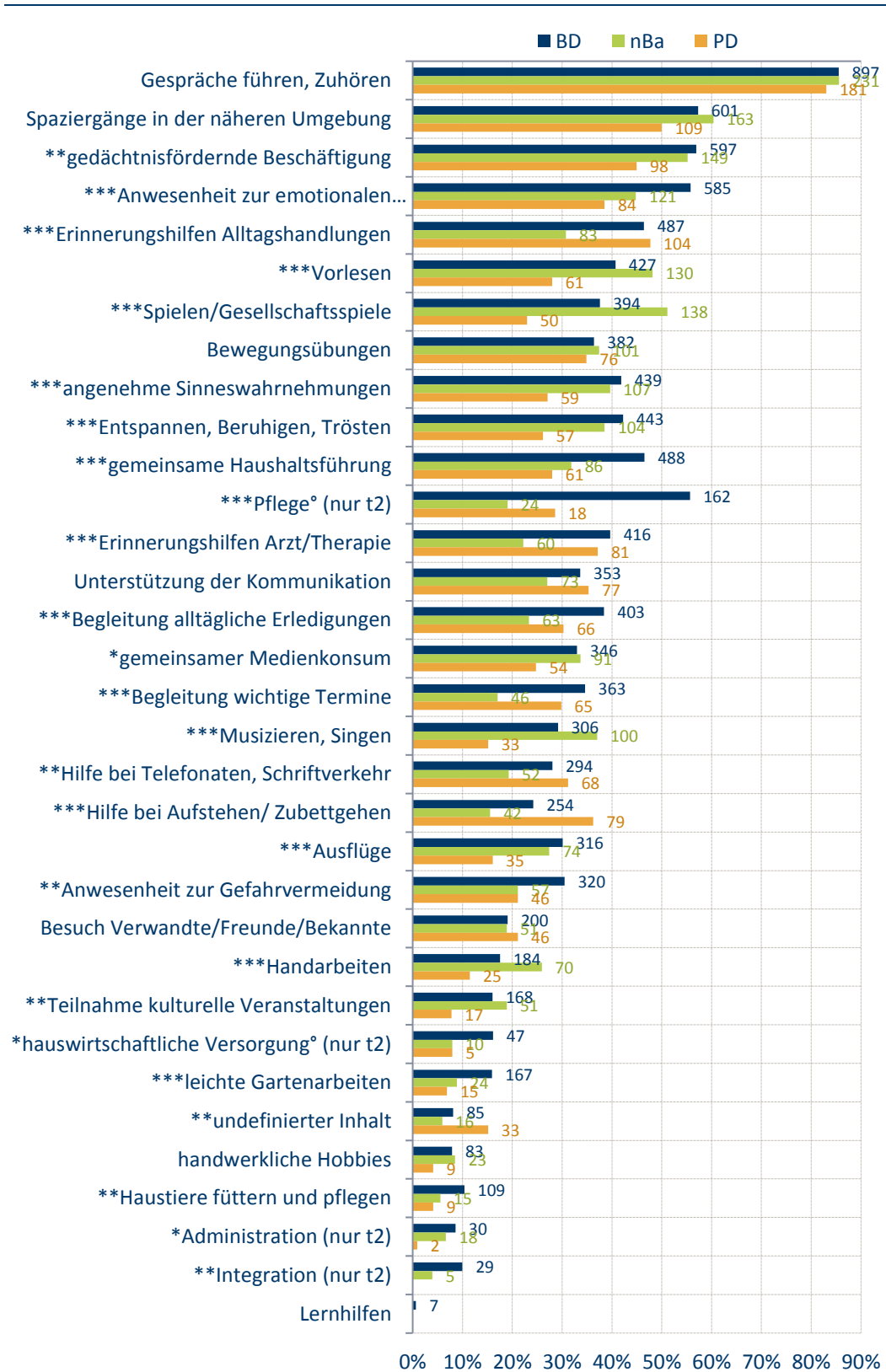


Quelle: IGES; Faktorenanalyse, schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2  
 Anmerkung: Darstellung der mittleren Bewertung der Eignung („Ja“ = 1, „weiß nicht“ = 0, „Nein“ = -1) von Betreuungsinhalten eines Faktors. Anzahl der Fälle pro Mittelwert für F1/F2/F3/F4/F5/F6: N = 627/601/643/631/543/582 aus BD, N = 143/137/140/139/131/136 aus nBa, N = 88/82/92/88/82/81 aus PD. F1 = 🏠 Häusliche Beschäftigung; F2 = ❤️ Zwischenmenschliche Nähe; F3 = 🕒 Tagesstruktur und Alltagsbewältigung; F4 = 🏘️ Gemeinschaft; F5 = 🎮 Hobby; F6 = 🏠 Wohnumfeld. Globaler Signifikanztest: \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ ; Ergebnis der post-hoc paarweisen Vergleiche in Klammern.

### 3.6.2 Umfang/Anteil der Inhalte

Die Häufigkeiten mit denen die verschiedenen Betreuungsinhalte der Liste durch Mitarbeitende umgesetzt wurden, finden sich in Abbildung 65. Dort sind sämtliche Nennungen über Erhebungszeitpunkte (t0 bis t2) und Leistungsarten (§§ 45b und 124 SGB XI) pro Einrichtungstyp (BD, nBa, PD) summiert. Bei den insgesamt N = 825 an den Befragungen teilnehmenden Mitarbeitenden (BD t0: N = 192; BD t1: N = 158; BD t2: N = 161; nBa t1: N = 111; nBa t2: N = 78; PD t1: N = 88; PD t2: N = 37) würden sich insgesamt Angaben zu N = 2526 Kunden ergeben (pro Mitarbeiter Angaben zu vier Kunden bei BD t0-t1 und PD t1 bzw. zwei Kunden bei BD t2, PD t2 und nBa t1-t2). Allerdings wurden nur Angaben zu N = 1537 Kunden gemacht (39% fehlende Angaben).

Abbildung 65: Häufigkeit von Betreuungsinhalten (Mitarbeiterbefragung)



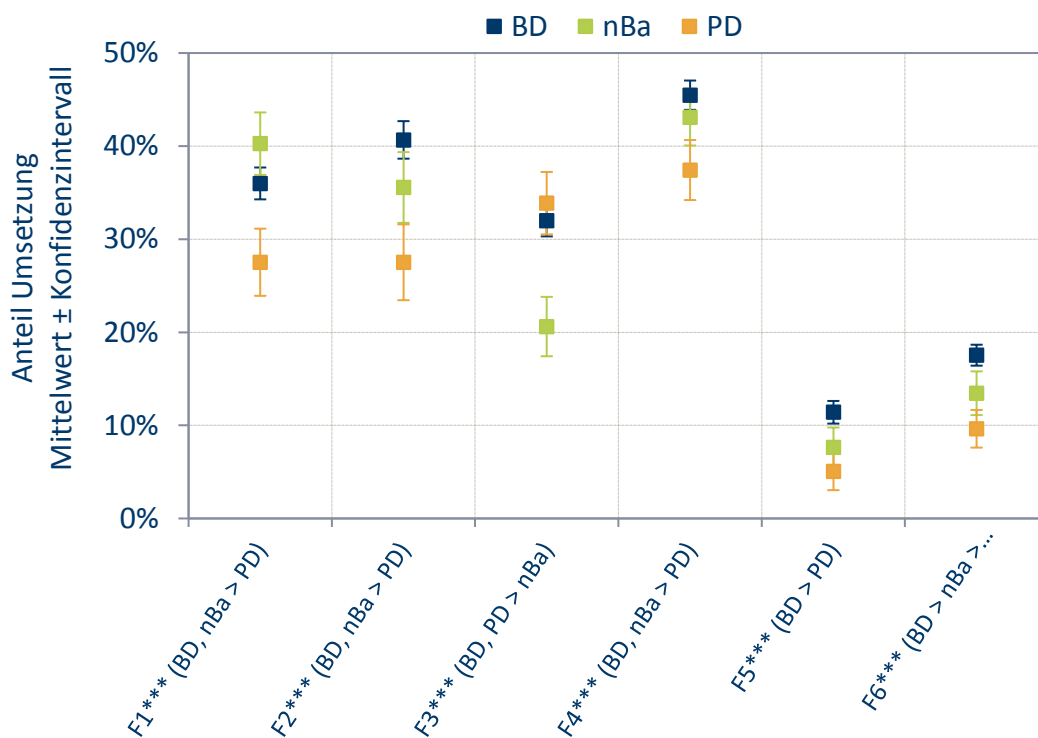
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bis t2

Anmerkung: Mehrfachnennung. Angaben der Mitarbeitenden zu vier konkreten Kunden (BD t0-t1, PD t1) bzw. zwei konkreten Kunden (BD t2, PD t2, nBa t1-t2), ob Betreuungsinhalte bereits umgesetzt wurden. Gemeinsame Darstellung der summierten Angaben aus Mitarbeiterbefragungen in BD (t0, t1, t2), nBa (t1, t2) und PD (t1, t2). X-Achse zeigt prozentualen Anteil der Kunden mit entsprechendem Inhalt an N der Kunden, für die Angaben gemacht werden; entspricht in BD N = 1049 Kunden, in nBa N = 270 Kunden und in PD N = 218 Kunden. „“ Entsprechen keinen Betreuungsinhalten; „undefinierter Inhalt“ entspricht Angabe, dass andere Betreuungsinhalte als in der Liste umgesetzt wurden, ohne Inhalte genauer zu definieren; „Hauswirtschaftliche Versorgung“, „Pflege“, „Administration“, „Integration“ wurden erst zu t2 regulär erfragt, beziehen sich daher auf ein geringeres N (BD N = 291, nBa N = 126, PD N = 63). Signifikante Unterschiede zwischen Einrichtungstypen: \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p \leq .05$ .

Zur Vereinfachung werden die Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen nicht pro Betreuungsinhalt betrachtet (siehe signifikante Unterschiede in Abbildung 65), sondern summarisch für die mithilfe der Faktorenanalyse gewonnen Faktoren (siehe Abbildung 66; vgl. Kapitel 3.6.1). Für diesen Vergleich wird der Anteil der Betreuungsinhalte berechnet, der pro Faktor bereits umgesetzt wurde. Betrachtet man diesen Anteil der Umsetzung eines Faktors (F1 bis F6: Anteil umgesetzter Betreuungsinhalte an allen Betreuungsinhalten eines Faktors) als abhängige Variable mit Einrichtungstyp (BD, nBa, PD) als unabhängige Variable in ANOVAs, ergeben sich signifikante Effekte des Einrichtungstyps auf den Anteil der Umsetzung sämtlicher Faktoren ( $F_{(2,1534)} \geq 9.0$ ,  $p < .001$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Tests  $p < .05$ , Analyse mit ebenfalls signifikanten Welsh-Tests für F1, F2, F3, F5 und F6 wiederholt,  $p < .001$ ). Abbildung 66 zeigt den mittleren Anteil der Umsetzung (in %) und dazugehörige Konfidenzintervalle.

Inhalte der Art „Häusliche Beschäftigung“ (F1), „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2), „Gemeinschaft“ (F4) und „Wohnumfeld“ (F6) werden umfänglicher in BD und nBa als in PD umgesetzt (aufgrund fehlender Varianzhomogenität, post-hoc paarweise Vergleiche nach Games-Howell:  $p < .05$ ), wobei sich BD und nBa nur bzgl. F6 voneinander unterscheiden (BD > nBa,  $p < .01$ ), bzgl. F1, F2 und F4 aber ähnlich ausfallen. Inhalte der Art „Hobby“ (F5) werden umfänglicher in BD als PD umgesetzt; Inhalte der Art „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3) umfänglicher in BD und PD als in nBa (vgl. Abbildung 66). Insgesamt zeigt sich eine umfangreichere Umsetzung verschiedener Arten von Betreuungsinhalten in BD. Partiiell zeigt sich eine stärkere Überlappung von BD mit nBa bei Betreuungsinhalten im Bereich eher *nicht-zweckhafter Beschäftigung* (F1: „Häusliche Beschäftigung“; F2: „Zwischenmenschliche Nähe“; F4: „Gemeinschaft“) und mit PD im Bereich *zweckhafter Alltagsbewältigung* (F3: „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“). Man könnte zusammenfassen, dass BD Betreuungsinhalte zu kombinieren scheinen, die zuvor vorrangig entweder in nBa oder PD vorkamen. Im Bereich der Betreuungsinhalte zur Aufrechterhaltung oder Integration des Wohnumfelds (F6: „Wohnumfeld“) nehmen BD sowohl bzgl. nBa als auch PD eine Vorreiterrolle ein.

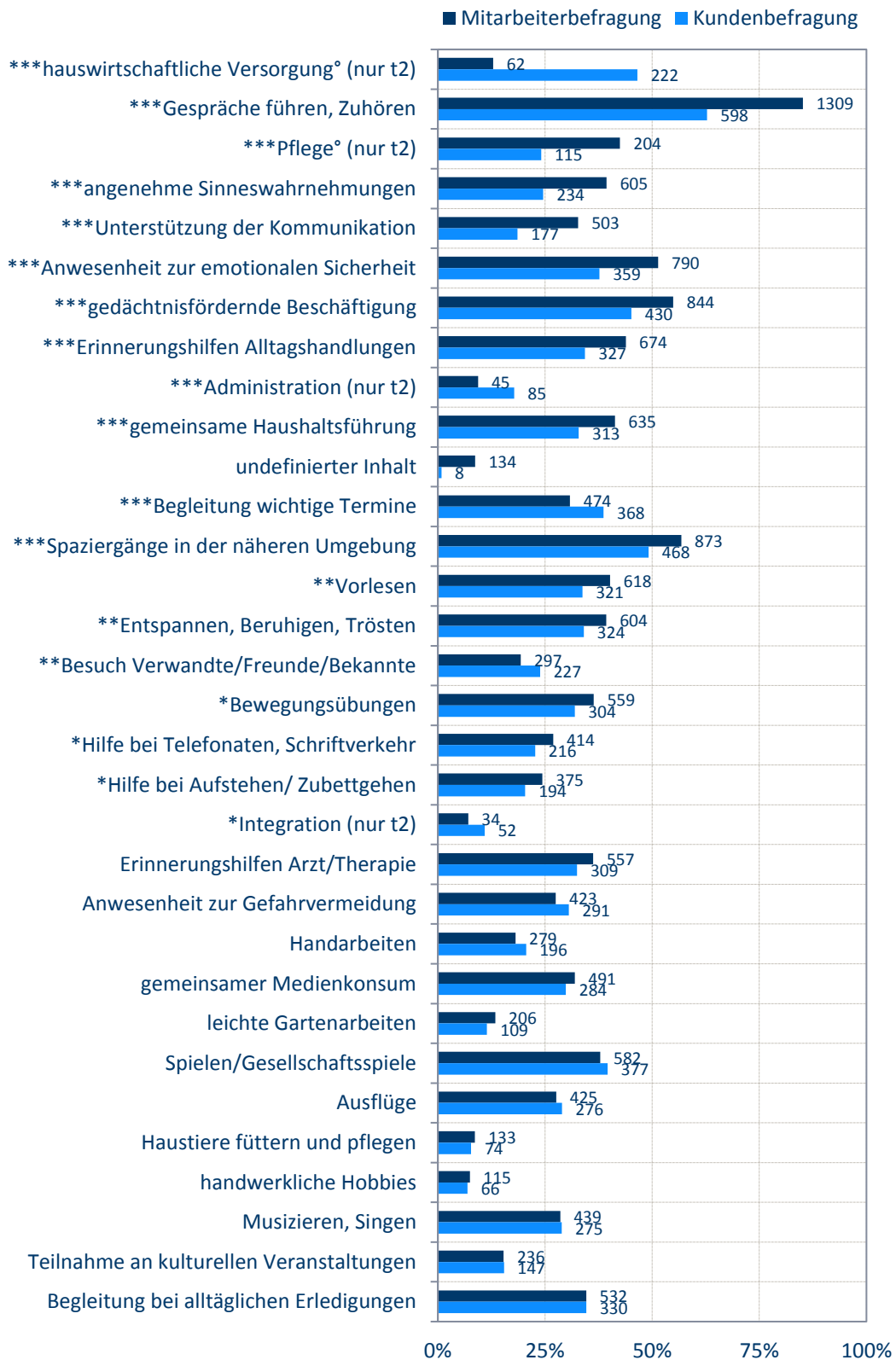
Abbildung 66: Mittlerer Anteil Umsetzung von Inhalten pro Faktor (Mitarbeiter)



Quelle: IGES; Faktorenanalyse, schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bis t2  
 Anmerkung: Mittelwert des Anteils umgesetzter Betreuungsinhalte an allen Betreuungsinhalten eines Faktors. Gemeinsame Darstellung für Mitarbeiterbefragungen zu t0 (nur BD), t1 und t2 (BD, nBa, PD). Insgesamt erfolgten Angaben zu N = 1049 in BD (t0 + t1 + t2), N = 270 in nBa (t1 + t2) und N = 218 in PD (t1 + t2). F1 bis F6 entsprechen Faktoren aus der Faktorenanalyse: F1 = 🏠 Häusliche Beschäftigung; F2 = ❤️ Zwischenmenschliche Nähe; F3 = 🕒 Tagesstruktur und Alltagsbewältigung; F4 = 🏡 Gemeinschaft; F5 = 🎮 Hobby; F6 = 🏠 Wohnumfeld. Globaler Signifikanztest: \*\*\* $p < .001$ ; Ergebnis der post-hoc paarweisen Vergleiche nach Games-Howell in Klammern dahinter.

Die Darstellung der Häufigkeiten umgesetzter Betreuungsinhalte in der Mitarbeiterbefragung im Vergleich zu den analogen Angaben in der Kundenbefragung findet sich in Abbildung 67. Im Chi<sup>2</sup>-Test zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Häufigkeiten mit denen die verschiedenen Betreuungsinhalte von Kunden vs. Mitarbeitenden genannt werden. Zur Vereinfachung werden diese Unterschiede wieder für die mithilfe der Faktorenanalyse gewonnenen Klassen von Betreuungsinhalten statt für jeden Inhalt einzeln betrachtet. Dazu wird wieder der Anteil der Umsetzung pro Faktor berechnet und zwischen den beiden Gruppen (Mitarbeiter vs. Kunden) verglichen. Abbildung 68 zeigt den mittleren Anteil umgesetzter Betreuungsinhalte pro Faktor in der Mitarbeiter und Kundenbefragung.

Abbildung 67: Umgesetzte Betreuungsinhalte Mitarbeiter- vs. Kundenbefragung

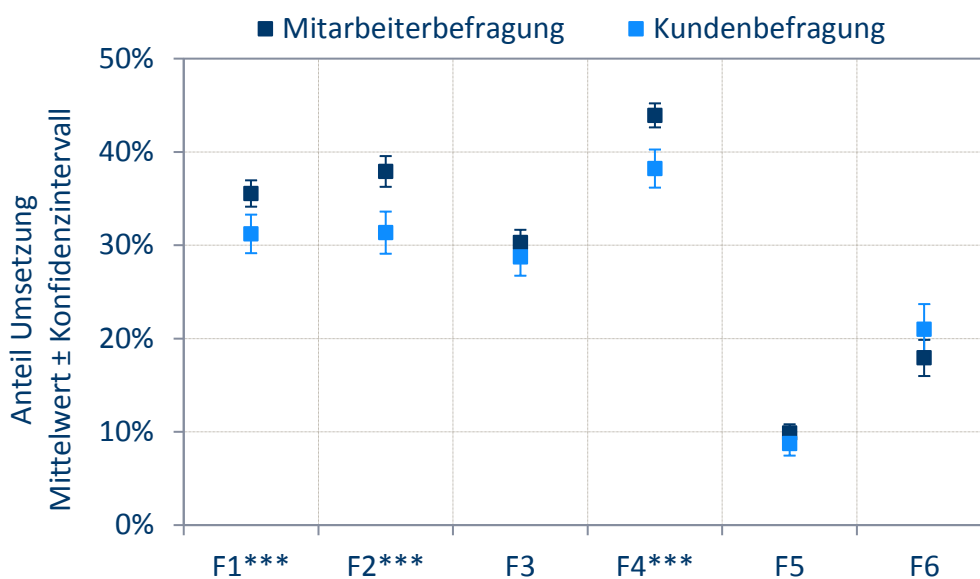


Quelle: IGES; schriftliche Mitarbeiter- bzw. Kundenbefragung zu t0 bis t2

Anmerkung: Mehrfachnennung. Angabe, ob Betreuungsinhalt bereits umgesetzt wurde. Über sämtliche Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) und Erhebungszeitpunkte (t0 bis t2 für Mitarbeitende; t1 bis t2 für Kunden) summierte Angaben. X-Achse zeigt prozentualen Anteil der Kunden mit entsprechendem Inhalt an N der Kunden, für die Angaben gemacht werden; entspricht insgesamt N = 1537 in Mitarbeiterbefragung und N = 952 in Kundebefragung. „o“ Entsprechen eigentlich keinen Betreuungsinhalten; „Hauswirtschaftliche Versorgung“, „Pflege“, „Administration“, „Integration“ wurden erst zu t2 regulär erfragt, beziehen sich daher auf ein geringeres N (Mitarbeiterbefragung zu t2 N = 480; Kundenbefragung zu t2 N = 477). Signifikante Unterschiede zwischen Kunden- vs. Mitarbeiterbefragung: \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ . Liste der Betreuungsinhalte sortiert nach Größe des Unterschieds.

Bei der Umsetzung pro Faktor finden sich signifikante Unterschiede zwischen der Mitarbeiter- und Kundebefragung für „Häusliche Beschäftigung“ (F1:  $F_{(1,2487)} = 12.3$ ,  $p < .001$ ), „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2:  $F_{(1,2487)} = 22.0$ ,  $p < .001$ ) und „Gemeinschaft“ (F4:  $F_{(1,2487)} = 23.8$ ,  $p < .001$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Tests  $p < .001$ , Analyse mit ebenfalls signifikanten Welsh-Tests für F1, F2 und F4 wiederholt,  $p < .01$ ).

Abbildung 68: Umsetzung pro Faktor in Mitarbeiter vs. Kundenbefragung



Quelle: IGES; schriftliche Mitarbeiter- und schriftliche Kundebefragung (t0 bis t2)

Anmerkung: Mittelwert des Anteils umgesetzter Betreuungsinhalte pro Faktor. F1 bis F6 entsprechen Faktoren aus der Faktorenanalyse: F1 = 🏠 Häusliche Beschäftigung; F2 = ❤️ Zwischenmenschliche Nähe; F3 = 🕒 Tagesstruktur und Alltagsbewältigung; F4 = 🏡 Gemeinschaft; F5 = 🎮 Hobby; F6 = 🏠 Wohnumfeld. Mittelwerte für F1 bis F5 beziehen sich auf N = 1537 in Mitarbeiterbefragung und N = 952 in Kundebefragung; Inhalte von F6 wurden erst zu t2 regulär erfragt, daher beziehen sich Mittelwerte nur auf Befragungen zu t2 (Mitarbeiterbefragung N = 480; Kundebefragung N = 477). Signifikante Unterschiede: \*\*\* $p < .001$ .



All diese Unterschiede gehen mit einem höheren Umsetzungsgrad pro Faktor in der Mitarbeitenden- als in der Kundenbefragung einher. Mitarbeitende geben so im Durchschnitt mehr Betreuungsinhalte pro Kunde an als die Kunden bzw. Angehörigen. Numerisch fallen diese Unterschiede allerdings eher gering aus (F1: 36% vs. 31%; F2: 38% vs. 31%; F4: 44% vs. 38%; siehe Abbildung 68). Dabei umfassen die Faktoren mit vermehrter Umsetzung in der Mitarbeiterbefragung v.a. Inhalte (F1 „Häusliche Beschäftigung“, F2 „Zwischenmenschliche Nähe“, F4 „Gemeinschaft“), die auch dann noch umsetzbar scheinen, wenn zweckhafte Alltagsaktivitäten aufgrund eines weitgehenden Fähigkeitsverlustes des Kunden nicht mehr sinnvoll unterstützt werden können.

Abweichungen zwischen den Angaben der Mitarbeitenden und Kunden zur Umsetzung von Betreuungsinhalten könnten so auch damit zusammenhängen, dass sich die Kundenstichprobe, die durch die Mitarbeitenden beschrieben wird, anders zusammensetzt als die Stichprobe in der Kundenbefragung. So könnte sich die Kundenstichprobe in der Mitarbeiterbefragung durch einen weitreichenderen Fähigkeitsverlust (stärkere Einschränkungen der Selbstständigkeit) auszeichnen als die Kundenstichprobe der Kundenbefragung.

Tabelle 41 stellt die Merkmalsausprägungen der Kunden in der Mitarbeiterbefragung den analogen Angaben in der Kundenbefragung gegenüber (zusammengefasst über sämtliche Einrichtungstypen). Dabei zeigen sich signifikante Unterschiede in der Zusammensetzung der Kundenstichproben in der Mitarbeiter- vs. Kundenbefragung (Chi<sup>2</sup>-Tests ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben) hinsichtlich „Pfleigestufe“ (wurde bis t1 erhoben;  $\chi^2_{(df=4, N=1332)}=44.6, p<.001$ , mit einem erhöhten Anteil Personen ohne PS und einem geringeren Anteil mit PS 0 in der Kundenbefragung) bzw. „Pfleugegrad“ (zu t2 erhoben:  $\chi^2_{(df=5, N=810)}=159.7, p<.001$ , erhöhte Anteile höherer PG in Kundenbefragung), „demenzieller Erkrankung“ ( $\chi^2_{(df=1, N=2489)}=6.3, p<.05$ , mit einem geringeren Anteil in der Kundenbefragung), „körperlicher Behinderung“ ( $\chi^2_{(df=1, N=2489)}=103.4, p<.001$ , mit einem erhöhten Anteil in der Kundenbefragung) und „Einschränkung der Alltagskompetenz“ (wurde bis t1 erhoben;  $\chi^2_{(df=1, N=1042)}=10.8, p<.01$ , mit einem geringeren Anteil in der Kundenbefragung). Diese Unterschiede deuten tatsächlich auf einen stärkeren Verlust der Alltagskompetenzen in der von den Mitarbeitenden beschriebenen Stichprobe und bedingen wahrscheinlich die unterschiedlichen Angaben zu Betreuungsinhalten in der Mitarbeiter- und Kundenbefragung.

Tabelle 41: Kundeneigenschaften in der Kunden- und Mitarbeiterbefragung

Variable	Kategorie	Mitarbeiterbefragung			Kundenbefragung		
		N	%	g%	N	%	g%
Geschlecht <sup>ns</sup>	männlich	522	34.0%	35.3%	330	34.7%	35.9%
	weiblich	957	62.3%	64.7%	589	61.9%	64.1%
	k.A.	58	3.8%	-	33	3.5%	-
Pflegestufe <sup>***</sup> <i>nur Angaben zu t0 und t1</i>	PS 0	135	12.8%	15.4%	45	9.5%	9.8%
	PS I	412	39.0%	47.1%	212	44.6%	46.4%
	PS II	231	21.9%	26.4%	125	26.3%	27.4%
	PS III	85	8.0%	9.7%	38	8.0%	8.3%
	keine PS	12	1.1%	1.4%	37	7.8%	8.1%
	k.A.	182	17.2%	-	18	3.8%	-
Pflegegrad <sup>***</sup> <i>nur Angaben zu t2</i>	PG 1	55	11.5%	14.7%	53	11.1%	12.2%
	PG 2	142	29.6%	38.0%	23	4.8%	5.3%
	PG 3	110	22.9%	29.4%	187	39.2%	42.9%
	PG 4	43	9.0%	11.5%	129	27.0%	29.6%
	PG 5	24	5.0%	6.4%	30	6.3%	6.9%
	kein PG	0	-	-	14	2.9%	3.2%
	k.A.	106	22.1%	-	41	8.6%	-
Demenzielle Erkrankung*	angegeben	722	47.0%	47.0%	398	41.8%	41.8%
	nicht angegeben	815	53.0%	53.0%	554	58.2%	58.2%
Körperliche Behinderung <sup>***</sup>	angegeben	552	35.9%	35.9%	540	56.7%	56.7%
	nicht angegeben	985	64.1%	64.1%	412	43.3%	43.3%
Geistige Behinderung <sup>ns</sup>	angegeben	123	8.0%	8.0%	86	9.0%	9.0%
	nicht angegeben	1.414	92.0%	92.0%	866	91.0%	91.0%
Psychische Erkrankung <sup>ns</sup>	angegeben	216	14.1%	14.1%	136	14.3%	14.3%
	nicht angegeben	1.321	85.9%	85.9%	816	85.7%	85.7%
EA <sup>**</sup> <i>nur Angaben zu t0 und t1</i>	liegt vor	566	53.5%	88.2%	323	68.0%	80.8%
	liegt nicht vor	76	7.2%	11.8%	77	16.2%	19.3%
	k.A.	415	39.3%	-	75	15.8%	-
		<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Alter <sup>ns</sup>	Geburtsjahr	1944	21.6	1369	1943	20.1	815

Quelle: IGES

Anmerkung: Spaltenprozent. Abkürzungen: k.A., keine Angabe; g%, Prozent bezogen auf gültige Angaben (ohne „k.A.“); EA, Einschränkung der Alltagskompetenz; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; N, Anzahl der Angaben; <sup>ns</sup> Chi<sup>2</sup>-Test bzw. T-Test nicht signifikant; Chi<sup>2</sup>-Test signifikante Unterschiede zwischen Mitarbeiter- und Kundenbefragung bei \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ . Tabelle zeigt Zusammensetzung der Kundenstichproben in Befragung der Kunden/Angehörigen (t1 und t2 zusammengefasst) und Mitarbeitenden (t0 bis t2 zusammengefasst); einige Merkmale werden nur zu t0 und t1, andere erst ab t2 erhoben (siehe Tabelle). Chi<sup>2</sup>-Tests berücksichtigen keine Fälle mit fehlenden Angaben („k.A.“).

Bei Betrachtung der Umsetzungsgrade pro Faktor blieben bislang Unterschiede für „Pflege“ und „hauswirtschaftliche Versorgung“ unberücksichtigt, da sie nicht als genuine Betreuungsinhalte betrachtet werden. Es zeigt sich, dass die Übernahme pflegerischer Handlungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung durch Betreuungspersonal (in Abgrenzung zur Anleitung/Motivierung bei der Ausführung der Handlungen durch Kunden selbst) in BD häufiger vorkommt als in den Vergleichseinrichtungen– zumindest in der Mitarbeiterbefragung (siehe Abbildung 65). Auch die Angaben für diese „atypischen“ Inhalte unterscheiden sich zwischen der Mitarbeiter- und Kundenbefragung: Hier findet sich eine häufigere Angabe von „Pflege“ und eine seltenere Angabe von „hauswirtschaftlicher Versorgung“ in der Mitarbeiterbefragung (siehe Abbildung 67), was ebenfalls mit den unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Stichproben erklärt werden kann (stärker Beeinträchtigte werden zunehmend Hilfe bei grundpflegerischen Verrichtungen benötigen, wodurch wahrscheinlich die Hauswirtschaft in den Hintergrund tritt).

Gewichtet man die Kundenstichproben entsprechend der einzelnen Merkmale, die signifikant zwischen der Mitarbeiter- und Kundenbefragung variieren (Pflegestufe/-grad, Demenz, körperliche Behinderung, Einschränkung der Alltagskompetenz) und nähert die Stichprobenverteilungen so einander an, bleiben die signifikanten Unterschiede in der Umsetzung von Betreuungsinhalten pro Faktor (siehe Abbildung 68) bei Gewichtung mit „Pflegestufe“ (F1, F2 und F4:  $F_{(1,2139)} = 12.9, 23.9$  und  $17.9, p < .001$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p < .001$ , Analysen mit ebenfalls signifikanten Welch-Tests wiederholt,  $p < .001$ ) oder „Demenz“ bestehen (F1, F2 und F4:  $F_{(1,2487)} = 6.7, 15.8$  und  $19.9, p < .01$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p < .001$ , Analysen mit ebenfalls signifikanten Welch-Tests wiederholt,  $p < .05$ ).

Bei Gewichtung mit „körperlicher Behinderung“ verschwindet hingegen der Unterschied zwischen Mitarbeiter- und Kundenangaben beim Anteil umgesetzter Betreuungsinhalte des Faktors „Häusliche Beschäftigung“ (F1:  $p = .133$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p < .001$ , Analyse mit nicht signifikantem Welch-Test wiederholt,  $p = .148$ ), während die Unterschiede bei den anderen beiden Faktoren bestehen bleiben (F2 und F4:  $F_{(1,2486)} = 11.9$  und  $13.7, p < .01$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p < .001$ , Analysen mit signifikanten Welch-Tests wiederholt,  $p < .01$ ).

Bei Gewichtung mit „Einschränkung der Alltagskompetenz“ (EA) verschwindet ebenfalls der Unterschied beim Faktor „Häusliche Beschäftigung“ (F1:  $p=.202$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p<.001$ , Analyse mit ebenfalls nicht signifikantem Welch-Test wiederholt,  $p=.218$ ); hier verschwindet auch der Unterschied beim Faktor „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2:  $p=.153$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p<.001$ , Analyse mit nicht signifikantem Welch-Test wiederholt,  $p=.165$ ); allein der Unterschied zwischen Mitarbeiter- und Kundenbefragung beim Faktor „Gemeinschaft“ bleibt bestehen (F4:  $F_{(1,1039)} = 4.6$ ,  $p<.05$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität, Levene-Test  $p<.001$ , Analyse mit ebenfalls nicht signifikantem Welch-Test wiederholt,  $p=.165$ ).

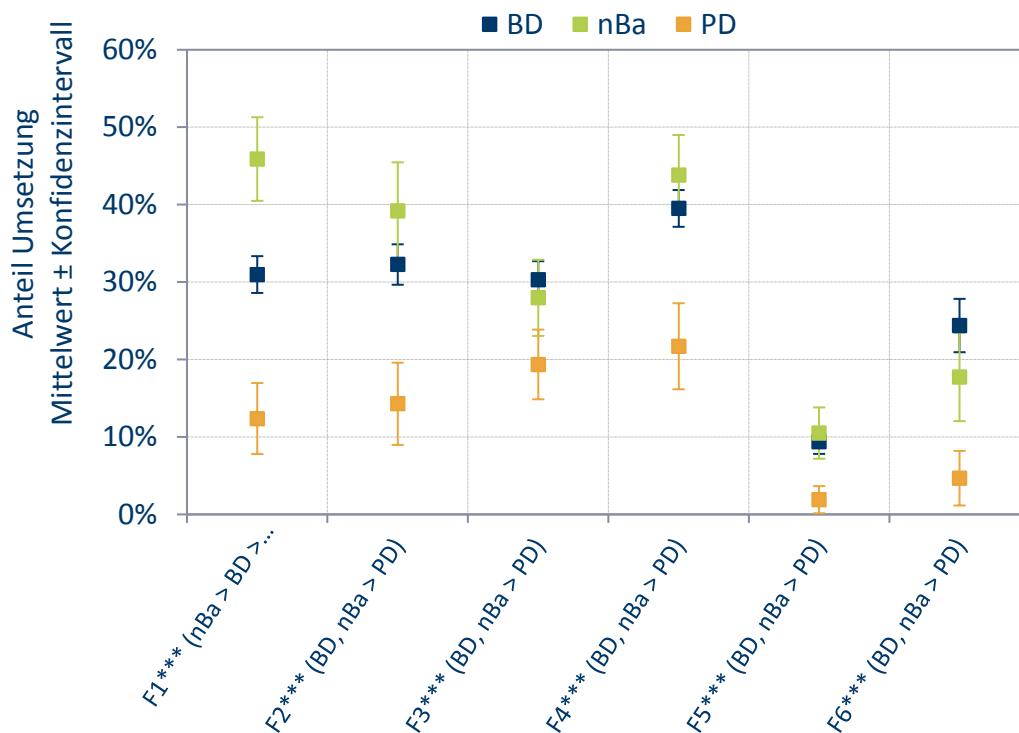
So scheinen Unterschiede in der Zusammensetzung der Kundenstichproben die unterschiedlichen Angaben zu umgesetzten Betreuungsinhalten in der Mitarbeiter- vs. Kundenbefragung zumindest teilweise zu bedingen. Der höhere Anteil von Kunden mit körperlicher Behinderung in der Kundenbefragung (vgl. Tabelle 41) hat offenbar dazu geführt, dass Betreuungsinhalte des Typs „Häusliche Beschäftigung“ (F1) dort seltener umgesetzt werden als in der Mitarbeiterbefragung, da dieser Unterschied verschwindet, wenn man für die unterschiedlichen Anteile durch Gewichtung der Stichproben kontrolliert. Dies reflektiert den Befund, dass Betreuungsinhalte des Typs „Häusliche Beschäftigung“ bei Kunden mit Einschränkungen der Mobilität (die bei körperlicher Behinderung häufig gegeben ist) seltener als geeignet betrachtet werden (siehe Tabelle 40). Andersherum hat der geringere Anteil von Kunden mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der Kundenbefragung ebenfalls dazu geführt, dass Betreuungsinhalte des Typs „Häusliche Beschäftigung“ (F1) seltener umgesetzt werden; ebenso wie „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2). Diese beiden Klassen von Betreuungsinhalten scheinen so besonders häufig bei Kunden mit Einschränkungen der Alltagskompetenz umgesetzt zu werden.

Trotz Berücksichtigung der Gewichtungsvariablen bleiben dennoch Unterschiede beim Umsetzungsgrad von Betreuungsinhalten des Typs „Gemeinschaft“ (F4) bestehen. Dies findet sich darüber hinaus auch für die Unterschiede bei den atypischen Inhalten „Pflege“ und „hauswirtschaftliche Versorgung“ (erst zu t2 erhoben; vgl. Abbildung 67), die trotz Gewichtung der Stichproben bestehen bleiben (Pflegestufe/-grad, Demenz, körperliche Behinderung:  $\chi^2_{(df=1, N=810 \text{ bzw. } 957)} \geq 36.4$ ,  $p<.001$ ; EA entfällt hier als Gewichtungsfaktor, da zu t2 nicht erhoben). Ob für diese Inhalte nur nicht die passende Gewichtungsvariable gefunden wurde oder die unterschiedlichen Angaben der Mitarbeitenden und Kunden zu umgesetzten Betreuungsinhalten auf ein unterschiedliches Verständnis davon deuten, wie die erlebten Betreuungsinhalte zu kategorisieren sind, kann auf der Datengrundlage nicht eindeutig entschieden werden. Dass aber gerade die Gewichtungsvariable „Pflegestufe/-grad“ den Befund einer häufigeren Nennung von „Pflege“ (bei einer selteneren Nennung von „hauswirtschaftlicher Versorgung“; siehe Abbildung 67) in der Mitarbeiter- gegenüber der Kundenbefragung nicht aufhebt (Pflegebedürftigkeit sollte das Ausmaß an Pflegetätigkeiten und hauswirtschaftlicher Versorgung durchaus bedingen),

könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass Mitarbeitende und Kunden dieselben Inhalte unterschiedlich einordnen könnten.

Die unterschiedliche Zusammensetzung der Kundenstichproben und/ oder das unterschiedliche Antwortverhalten in den Mitarbeitenden- und Kundenbefragungen führt auch dazu, dass sich bzgl. der Umsetzungsgrade der Betreuungsinhalte pro Faktor ein etwas anderes Bild ergibt. Die Mittelwerte der umgesetzten Anteile pro Faktor aus der Kundenbefragung sind in Abbildung 69 dargestellt. Im Gegensatz zum Muster in der Mitarbeiterbefragung (Abbildung 66), findet sich in der Kundenbefragung für nBa ein relativ hoher Umsetzungsgrad von Inhalten der „Häuslichen Beschäftigung“ (F1) und „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3). Für PD finden sich dagegen relativ niedrige Umsetzungsgrade für die meisten Faktoren.

Abbildung 69: Mittlerer Anteil Umsetzung von Inhalten pro Faktor (Kunden)



Quelle:

IGES; Faktorenanalyse, schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2

Anmerkung:

Mittelwert des Anteils umgesetzter Betreuungsinhalte an allen Betreuungsinhalten eines Faktors. F1 bis F6 entsprechen Faktoren aus der Faktorenanalyse:

F1 = 🏠 Häusliche Beschäftigung; F2 = ❤️ Zwischenmenschliche Nähe; F3 = 🕒 Tagesstruktur und Alltagsbewältigung; F4 = 🏡 Gemeinschaft; F5 = 🎮 Hobby; F6 = 🏠 Wohnumfeld. Mittelwerte für F1 bis F5 beziehen sich auf N = 952 in Kundenbefragung; Inhalte von F6 wurden erst zu t2 regulär erfragt, daher beziehen sich Mittelwerte nur auf Befragungen zu t2 (N = 477). Signifikante Unterschiede: \*\*\* $p < .001$ .

### 3.6.3 Abgrenzung und Überschneidung zu anderen Leistungen

Die Angaben der Mitarbeitenden und Kunden zu Betreuungsinhalten (vgl. Abbildung 65, Abbildung 67) deuten bereits darauf hin, dass während der Erbringung von Betreuungsleistungen auch Inhalte umgesetzt werden, die typischerweise anderen Leistungsbereichen zuzurechnen sind (Pflege). Dass die Übernahme von pflegenahen Aufgaben durch Betreuungspersonal v.a. in BD aufzutreten scheint (siehe Abbildung 65: BD bei  $N = 162$ , 55.7% der Kunden; nBa bei  $N = 24$ , 19%; PD bei  $N = 18$ , 28.6%; in den Fragebögen wurde explizit nach der Übernahme von pflegerischen Aufgaben durch „Betreuungskräfte“ gefragt), könnte mit der spezifischen Zusammensetzung der jeweiligen Kunden der drei Einrichtungstypen zusammenhängen. Wie bereits bei den Kundenpopulationen (vgl. Kapitel 3.5.1) finden sich auch bei den von den Mitarbeitenden beschriebenen Kundenstichproben Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen: So ist hier ebenfalls das Geschlechterverhältnis der Kunden zugunsten von Frauen  $PD > BD > nBa$  ( $p < .05$ ); das Alter der Kunden in  $PD > BD > nBa$  ( $p < .01$ ); der Anteil von Kunden mit geistiger Behinderung in  $nBa > BD, PD$  ( $p < .001$ ); der Anteil von Kunden mit psychischen Erkrankungen in  $BD, PD > nBa$  ( $p < .05$ ); der Anteil von Kunden mit eingeschränkter Alltagskompetenz in  $BD, nBa > PD$  ( $p = .06$ ) (vgl. Tabelle 85 im Anhang).

Die besondere Merkmalskonstellation der Kunden könnte dazu führen, dass Betreuungskräfte in BD häufiger pflegenahen Aufgaben wahrnehmen als in nBa. Betrachtet man die Umsetzung des atypischen Betreuungsinhalts „Pflege“ (nur zu  $t_2$  regulär erhoben) in Abhängigkeit des Einrichtungstyps (BD, nBa, PD) und der Kundenmerkmale (zusammengefasst über Mitarbeiter- und Kundenbefragungen sowie über Erhebungszeitpunkte; siehe Tabelle 42), so ergeben sich signifikante Zusammenhänge der Häufigkeit der Umsetzung mit Einrichtungstyp ( $\chi^2_{(df=2, N=957)} = 37.8$ ,  $p < .001$ ), Geschlecht (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Anhaben:  $\chi^2_{(df=1, N=924)} = 9.1$ ,  $p < .01$ ), Pflegegrad (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Anhaben:  $\chi^2_{(df=5, N=810)} = 17.4$ ,  $p < .01$ ) und geistiger Behinderung ( $\chi^2_{(df=1, N=957)} = 5.5$ ,  $p < .05$ ). Der Zusammenhang mit Einrichtungstyp besteht, wie bereits in Abbildung 65 dargestellt, aus einem erhöhten Anteil von Kunden in BD, bei denen die Betreuungskräfte pflegenahen Inhalte umsetzen. Der Zusammenhang mit Geschlecht besteht in einer häufigeren Umsetzung pflegenaher Inhalte bei weiblichen Kunden; der Zusammenhang mit Pflegegrad in einer häufigeren Umsetzung bei Kunden mit PG 2 und keiner Umsetzung bei Kunden ohne PG; der Zusammenhang mit geistiger Behinderung in einer selteneren Umsetzung bei Personen mit einer solchen Behinderung (siehe Tabelle 42).

Betrachtet man die Effekte der Kundenmerkmale auf die Umsetzung pflegenaher Inhalte gesondert nach Einrichtungstyp, zeigt sich, dass der Zusammenhang mit Geschlecht nur in BD signifikant wird (BD:  $p < .01$ ; nBa:  $p = .525$ ; PD:  $p = .167$ ), aber in PD zumindest dasselbe Muster mit einer häufigeren Umsetzung pflegerischer Inhalte bei weiblichen Kunden auftritt (siehe Tabelle 43). Der Zusammenhang mit geistiger Behinderung wird dagegen nur in nBa signifikant (nBa:  $p < .05$ ; BD:  $p = .329$ ; PD:  $p = .791$ ), aber auch hier besteht zumindest dasselbe Muster mit einer

selteneren Umsetzung pflegenaher Inhalte bei Personen mit einer geistigen Behinderung in BD und PD (siehe Tabelle 43). Hingegen wird der Zusammenhang mit Pflegegrad zwar wieder nur für BD signifikant (BD:  $p < .01$ ; nBa:  $p = .394$ ; PD:  $p = .202$ ), allerdings tritt das Muster einer häufigeren Umsetzung pflegenaher Inhalte bei Kunden mit PG 2 nur in BD auf, während die Vergleichseinrichtungen sogar ein entgegengesetztes Muster zeigen (siehe Tabelle 43); ähnlich zeigt sich für PG 3 ein höherer Kundenanteil mit Umsetzung pflegenaher Inhalte in BD als in den Vergleichseinrichtungen (siehe Tabelle 43); dagegen finden sich für PG 1 und PG 4 ähnlich hohe Anteile in BD und PD und für PG 5 ähnlich hohe Anteile in BD, nBa und PD (siehe Tabelle 43). Es scheint daher, dass Betreuungskräfte aus BD v.a. im Bereich niedriger bis mittlerer Pflegegrade (v.a. PG 2 bis 3) verstärkt pflegenaher Inhalte umsetzen.

---

Tabelle 42: Zusammenhang Kundenmerkmale mit Umsetzung „Pflege“ (t2)

Variable	Kategorie	Umsetzung „Pflege“		keine Umsetzung			
		N	%	N	%		
Einrichtungstyp ***	BD	252	39.7%	382	60.3%		
	nBa	35	17.2%	168	82.8%		
	PD	32	26.7%	88	73.3%		
Geschlecht**	männlich	88	27.2%	236	72.8%		
	weiblich	222	37.0%	378	63.0%		
	k.A.	9	27.3%	24	72.7%		
Pflegegrad**	PG 1	34	31.5%	74	68.5%		
	PG 2	70	42.4%	95	57.6%		
	PG 3	85	28.6%	212	71.4%		
	PG 4	54	31.4%	118	68.6%		
	PG 5	14	25.9%	40	74.1%		
	kein PG	0	0.0%	14	100%		
	k.A.	62	42.2%	85	57.8%		
Demenzielle Erkrankung <sup>ns</sup>	angegeben	148	34.7%	279	65.3%		
	nicht angegeben	171	32.3%	359	67.7%		
Körperliche Behinderung <sup>ns</sup>	angegeben	173	35.9%	309	64.1%		
	nicht angegeben	146	30.7%	329	69.3%		
Geistige Behinderung*	angegeben	20	22.2%	70	77.8%		
	nicht angegeben	299	34.5%	568	65.5%		
Psychische Erkrankung <sup>ns</sup>	angegeben	35	30.2%	81	69.8%		
	nicht angegeben	284	33,8%	557	66,2%		
		<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Alter <sup>ns</sup>	Geburtsjahr	1943	19.6	316	1944	21.5	1475

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden bzw. Kunden/Angehörigen t2  
 Anmerkung: Zeilenprozent. Abkürzungen: k.A., keine Angabe; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; N, Anzahl der Angaben; <sup>ns</sup>Chi<sup>2</sup>-Test bzw. T-Test nicht signifikant; Chi<sup>2</sup>-Test signifikante Unterschiede bei \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ .  
 Tabelle zeigt Umsetzung von pflegenahen Inhalten zu t2 (Betreuungsinhalt „Pflege“ nur zu t2 regulär abgefragt) in Abhängigkeit der Ausprägung von Kundenmerkmalen (Befragung der Mitarbeitenden und Kunden zu t2 zusammengefasst). Chi<sup>2</sup>-Tests berücksichtigen keine Fälle mit fehlenden Angaben („k.A.“).



Tabelle 43: Kundenmerkmale und Umsetzung „Pflege“ nach Einrichtungstyp

Variable	Kategorie	Umsetzung „Pflege“					
		BD		nBa		PD	
		N	%	N	%	N	%
Geschlecht**	männlich	63	32.1%	17	19.5%	8	19.5%
	weiblich	182	43.2%	17	16.0%	23	31.5%
Pflegegrad**	PG 1	29	41.4%	1	3.4%	4	44.4%
	PG 2	58	52.3%	5	13.9%	7	38.9%
	PG 3	72	35.0%	7	13.7%	6	15.0%
	PG 4	42	37.2%	5	13.2%	7	33.3%
	PG 5	8	27.6%	4	23.5%	2	25.0%
	kein PG	0	-	0	-	0	-
Geistige Behinderung*	angegeben	17	33.3%	2	5.6%	1	33.3%
	nicht angegeben	235	40.3%	33	19.8%	31	26.5%

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden bzw. Kunden/Angehörigen t2  
 Anmerkung: N, Anzahl der der Kunden mit dem entsprechenden Merkmal und Umsetzung pflegerischer Inhalte. Prozente beziehen sich auf Anteil an Kunden mit entsprechendem Merkmal, bei dem pflegerische Inhalte umgesetzt werden.

Dass dieselben mittleren Pflegegrade in den Vergleichseinrichtungen seltener mit der Umsetzung pflegerischer Inhalte durch Betreuungskräfte einhergehen, könnte vor dem Hintergrund des von nBa über BD nach PD zunehmenden Alters, des erhöhten Anteils von Kunden mit einer Einschränkung der Alltagskompetenz in BD und nBa (für eine Übersicht siehe Tabelle 84 bis Tabelle 86 im Anhang) und der häufigeren Einbindung der Kunden aus nBa in ein familiäres „informelles“ Pflegenetzwerk (vgl. Kapitel 3.5.4) so interpretiert werden, dass sich derselbe Pflegegrad auf unterschiedliche einrichtungsspezifische Bedarfs- und Problemkonstellationen bezieht (vgl. Kapitel 3.5.2).

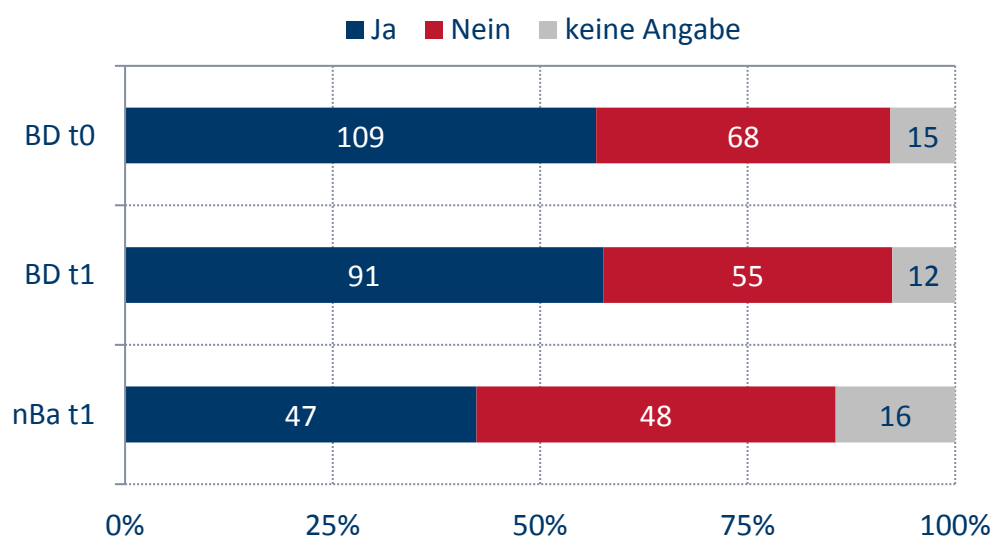
Die Kunden in BD sind jünger und zeichnen sich eher durch psychisch-kognitive Beeinträchtigungen als Kunden in PD aus. Damit überwiegt bei Kunden mit mittlerem Pflegegrad aus BD wahrscheinlich (noch) der Betreuungsbedarf den Pflegebedarf, wodurch die vorrangige Versorgung durch eine Betreuungskraft (BD) angezeigt ist; zwar fallen bei diesen Kunden auch pflegerische Aufgaben an, diese sind in ihrem Ausmaß aber überschaubar und werden so von der Betreuungskraft „miterledigt“. Bei Kunden mit mittlerer Pflegestufe aus PD verhält es sich wahrscheinlich anders: Hier überwiegt der (somatisch bedingte) Pflegebedarf den Betreuungsbedarf, wodurch seltener Betreuungskräfte eingesetzt werden, die die pflegerischen Tätigkeiten miterledigen; stattdessen wird direkt auf Pflegekräfte zurückgegriffen. In nBa könnte die seltenere Übernahme pflegerischer Aufgaben durch Betreuungskräfte mit den insgesamt jüngeren Kunden und der häufigeren

Einbindung der Kunden in ein familiäres, informelles Pflegenetzwerk zusammenhängen (vgl. Kapitel 3.5.4).

Neben den Angaben zur Umsetzung von Inhalten bei *konkreten* Kunden (siehe Abbildung 65, Tabelle 42 und Tabelle 43) wurde in den Mitarbeiterbefragungen zu t0 bzw. t1 auch allgemeiner gefragt, ob generell und bei wie vielen Kunden pflegenaher Aufgaben wahrgenommen werden. Dies wurde nur in den primär betreuerischen Einrichtungen BD und nBa erhoben, da in PD pflegerische Leistungen ohnehin zum Kerngeschäft gehören. Die Verteilung der Antworten in BD und nBa auf die Frage, ob generell pflegerische Aufgaben bei Kunden wahrgenommen werden, findet sich in Abbildung 70 (t0 nur für BD; t1 für BD und nBa).

Zu beiden Erhebungszeitpunkten gibt die Mehrheit der der Mitarbeitenden in BD an, bereits pflegerische Tätigkeiten übernommen zu haben. Wie Abbildung 70 zu entnehmen ist, sind die Häufigkeiten zur Übernahme pflegerischer Handlungen zu t0 (57%) und t1 (58%) sehr ähnlich; sie unterscheiden sich auch im Chi<sup>2</sup>-Test nicht signifikant voneinander (t0 vs. t1:  $\chi^2_{(df=2, N=350)}=0.03$ ,  $p=.988$ ). Hingegen wird in nBa (42%) signifikant seltener als in BD (t1) angegeben, bereits pflegerische Aufgaben übernommen zu haben ( $\chi^2_{(df=2, N=269)}=7.1$ ,  $p<.05$ ). Allerdings fällt der prozentuale Unterschied zwischen BD und nBa bei der allgemeinen Frage nach der bisherigen Übernahme pflegerischer Aufgaben deutlich geringer aus als bei der Frage nach der Umsetzung von Inhalten bei konkreten Kunden (4 bzw. 2 durch Mitarbeitende beliebig auszuwählende Kunden; vgl. Abbildung 65: BD 55.7% vs. nBa 19%).

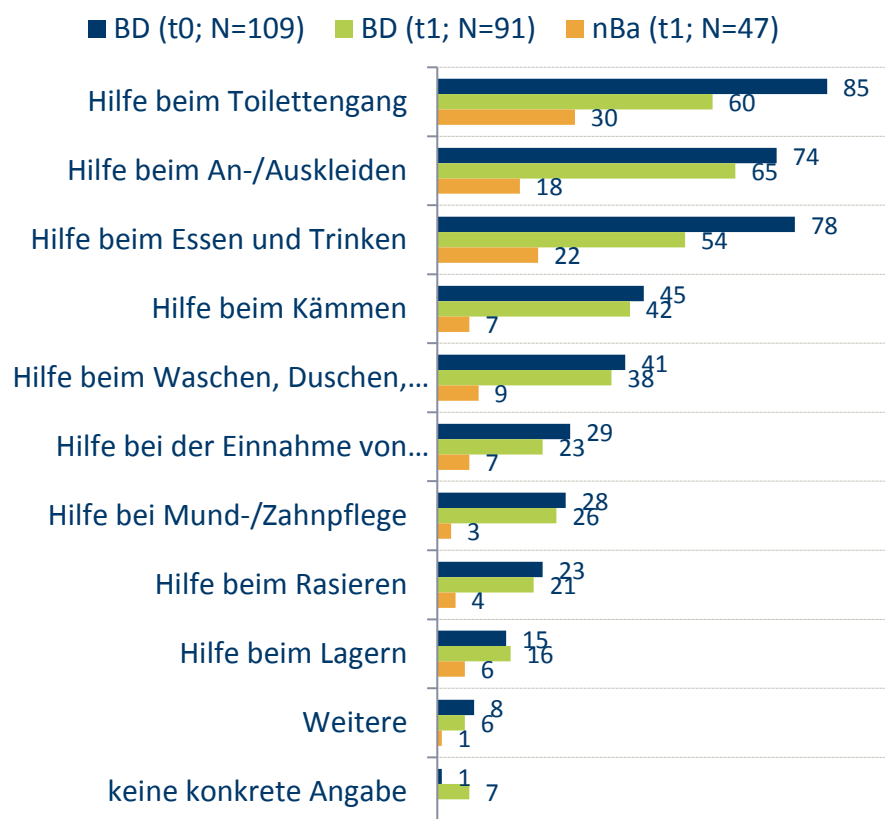
Abbildung 70: Übernahme pflegenaher Aufgaben in BD und nBa



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden in BD und nBa (t0 bzw. t1)  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden, ob bereits pflegerische Tätigkeiten übernommen worden sind. Befragungsteilnehmer BD zu t0: N = 192; BD zu t1: N = 158; nBa: N = 111.

Am häufigsten werden „Hilfe beim Toilettengang“, „Essen und Trinken“ und „An- /Auskleiden“ angegeben (vgl. Abbildung 71). Bei den ersten beiden handelt es sich wahrscheinlich um mehrmals täglich wiederkehrende Handlungen, deren Unterstützung spontan erforderlich wird und die sich so schlecht komplett an andere delegieren oder vollständig mit dem Einsatzplan eines Pflegedienstes koordinieren ließen. Hilfestellungen beim „An-/Auskleiden“ sollten sich zwar besser delegieren lassen, da sie i.d.R. nicht spontan über den Tag verteilt, sondern in zeitlicher Nähe zu Aufsteh- und Zubettgehzeiten auftreten; allerdings kann es sein, dass den Wünschen der Kunden nach individuellen Aufsteh-/Zubettgehzeiten im Rahmen von Betreuungsleistungen besser entsprochen wird und Hilfen beim An-/Auskleiden daher gern bei BD in Anspruch genommen werden. Solche Fälle sind auch aus den Kundeninterviews (vgl. Kapitel 2.6) bereits bekannt.

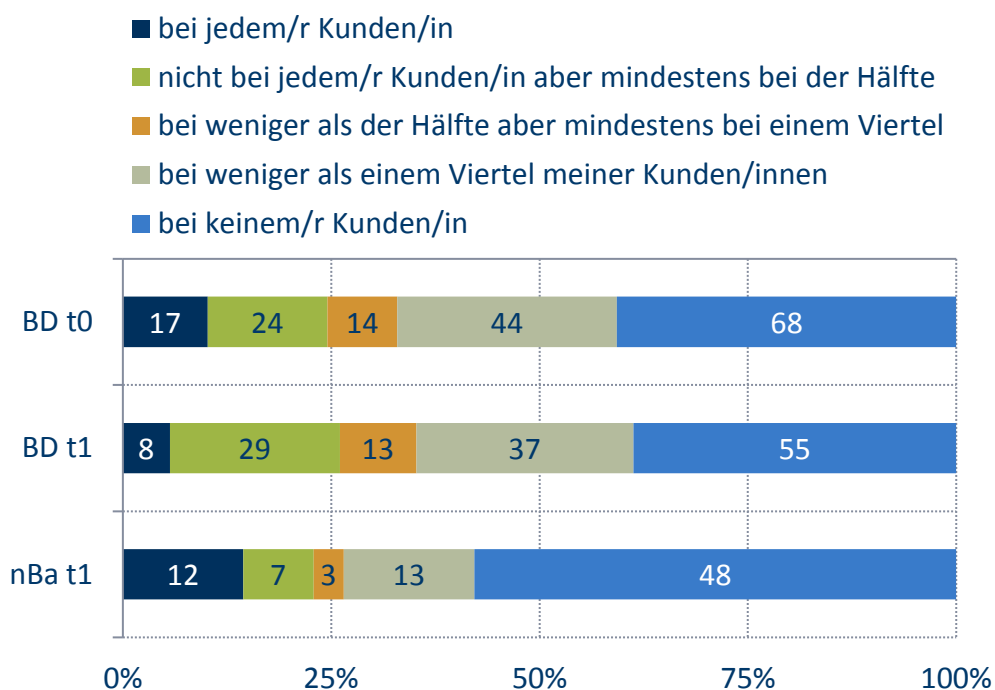
Abbildung 71: Übernahme pflegenaher Aufgaben



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden in BD und nBa (t0 bzw. t1)  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden der BD und nBa, welche Art pflegerischer Aufgabe bereits übernommen worden ist. Kategorie „Weitere“ enthält „Wundversorgung“, „Mobilisation/Hilfe bei Mobilität“, „Maniküre“ und „Einreiben“. Kategorie „keine konkrete Angabe“ umfasst Mitarbeitende, die zwar angeben pflegerische Aufgaben übernommen zu haben, aber keine konkrete Angabe machen, was genau übernommen worden ist. Zu t0 geben insgesamt N = 109 von 192 Mitarbeitenden in BD an pflegerische Aufgaben übernommen zu haben; zu t1 sind es N = 91 von 158 in BD und N = 47 von 111 in nBa.

Fragt man nach den Kundenanteilen mit pflegenahen Aufgaben, so geben Mitarbeitende aus BD und nBa nur selten an, pflegerische Tätigkeiten bei jedem Kunden zu übernehmen. In den meisten Fällen werden pflegerische Tätigkeiten bei weniger als einem Viertel der Kunden übernommen (vgl. Abbildung 72). Dies relativiert die Darstellung in Abbildung 65, nach der bei ca. 56% der Kunden in BD und 19% der Kunden in nBa pflegenahen Aufgaben wahrgenommen werden. Der tatsächliche Anteil der Kunden mit Umsetzung pflegenaher Inhalte durch das Betreuungspersonal liegt in BD wahrscheinlich deutlich niedriger und in nBa etwas höher als durch Abbildung 65 suggeriert wird.

Abbildung 72: Häufigkeit der Übernahme pflegerischer Tätigkeiten



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden in BD und nBa (t0 bzw. t1)  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden der BD und nBa bei welchem Kundenanteil bereits pflegerische Aufgaben übernommen worden sind. Anzahl der Befragungsteilnehmer: BD zu t0 N = 192; BD zu t1 N = 158; nBa N = 111 (fehlende Angaben BD t0 N = 25, BD t1 N = 16, nBa N = 28).

Insgesamt legen die Angaben der Mitarbeitenden nahe, dass pflegerische Aufgaben von einem bedeutsamen Anteil der Mitarbeitenden in BD und nBa durchgeführt werden. Allerdings handelt es sich hierbei zumeist um wenig planbare, kaum systematische pflegerische Tätigkeiten, die v.a. im Zusammenhang mit mehrmals täglich wiederkehrenden Handlungen auftreten und bei einer Begleitung/Betreuung im Alltag unausweichlich erforderlich werden.

### 3.7 Qualität

Von den Einrichtungen geplante und umgesetzte Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung werden hauptsächlich in Befragungen der Leitungen erhoben. In Ergänzung werden auch Mitarbeitende und Kunden gefragt, um zu analysieren, inwiefern die Maßnahmen auch für diese Zielgruppen feststellbar umgesetzt werden und sich mit den Angaben der Leitungen decken. Nur Aspekte der Ergebnisqualität werden vorrangig in der Kundenbefragung erhoben.

Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung sind im Zeitverlauf v.a. im Rahmen der Befragungen der BD relevant, die als neu gegründete Einrichtungen entsprechende Strukturen und Prozesse erst entwickeln müssen. Die BD sind zudem verpflichtet ein QM-Handbuch bei der Studienleitung einzureichen, das die implementierten Prozesse in den Einrichtungen beschreibt. Die Ergebnisse aus der Analyse der QM-Handbücher wurden bereits in Kapitel 3.3.5 detailliert vorgestellt.

Bei vielen der in der Folge untersuchten Qualitätsaspekte handelt es sich um Mindestanforderungen<sup>26</sup>, die gemäß der Vorgaben für BD (ferner auch PD) verbindlich sind (die hier behandelten Mindestanforderungen gehen über die in Kapitel 3.3.5 im Rahmen der QM-Handbücher definierten Mindestanforderungen hinaus). Es wird daher auch geprüft, inwiefern die BD diesen Mindestanforderungen entsprechen.

In den Vergleichseinrichtungen werden analoge Qualitätsaspekte wie in den BD erhoben, allerdings steht bei ihnen weniger die Implementierung im Zeitverlauf im Vordergrund; daher erfolgt dort nur eine einmalige Erhebung zu t1. Eine Basiserhebung in den Vergleichseinrichtungen ist im Design aufgrund der dort bereits etablierten Strukturen und Prozesse nicht vorgesehen; die Befragungen beginnen erst ab t1.

Für nBa muss berücksichtigt werden, dass es sich bei den erhobenen Qualitätsaspekten oftmals nicht um Mindestanforderungen handelt, daher eine Umsetzung nicht im gleichen Umfang wie in BD (und PD) erwartet werden kann. In den Befragungen von PD wird explizit nur auf Maßnahmen im Rahmen von Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung fokussiert, um einen gemeinsamen Referenzrahmen für die Befragungen der unterschiedlichen Einrichtungstypen zu schaffen – Maßnahmen im Bereich der Pflege können zwischen den Einrichtungen schließlich nicht verglichen werden.

---

<sup>26</sup> Für BD: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für Betreuungsdienste gemäß § 125 SGB XI. Schreiben des GKV-Spitzenverbands, 07. Mai 2014.

Für PD: Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011.

---

### 3.7.1 Maßnahmen zur Sicherstellung der Leistung

Hierbei handelt es sich um von den Einrichtungen geplante und umgesetzte Maßnahmen, die sicherstellen, dass eine zuverlässige Versorgung der Kunden mit den vereinbarten Leistungen erfolgt. Die relevanten Items wurden bei den Leitungen in BD zur Basiserhebung und in den Vergleichseinrichtungen zu t1 erhoben. In den Kundenbefragungen erfolgte die Erhebung in sämtlichen Einrichtungstypen ebenfalls zu t1. Items, die die Umsetzung von Mindestanforderungen in BD betreffen, wurden dort bei den Leitungen zu t2 erneut erhoben, soweit sich zu t0 gezeigt hatte, dass den Anforderungen nicht von sämtlichen BD entsprochen wurde.

#### Vertretung bei Ausfall von Mitarbeitenden

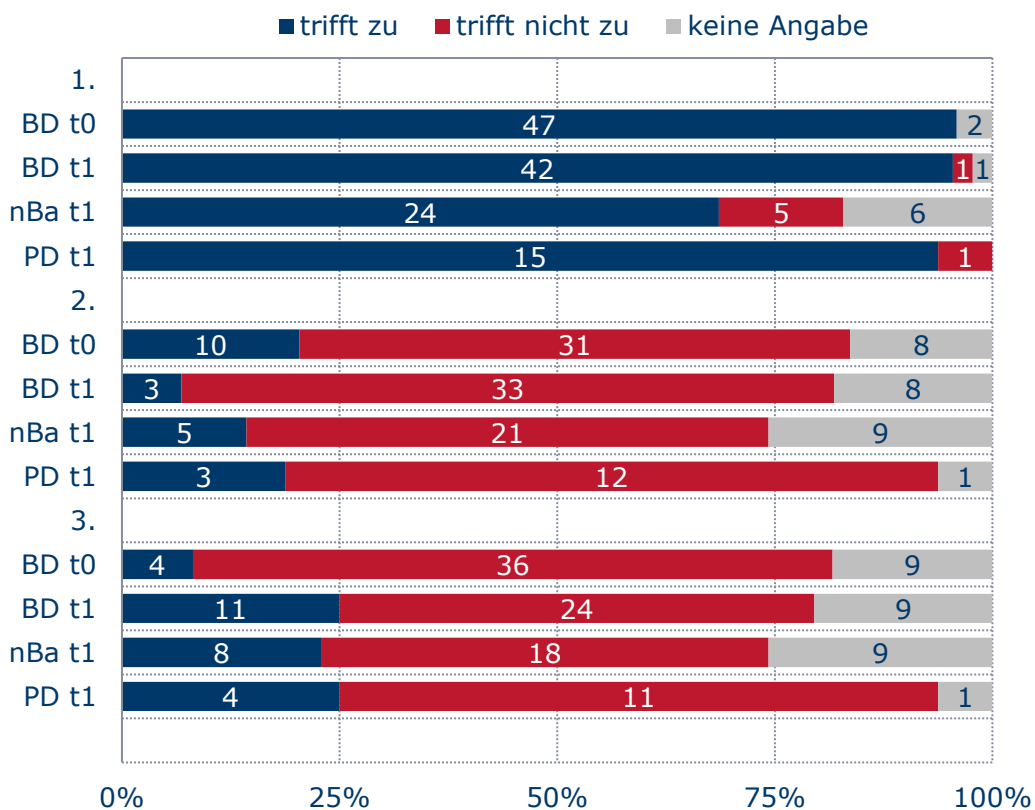
Die zuverlässige und zügige Vertretung von Mitarbeitenden, insbesondere, wenn sie kurzfristig ausfallen, ist eine wichtige Voraussetzung für die kontinuierliche Versorgung von Kunden. Die Einrichtungsleitungen werden deshalb gefragt, wodurch eine Vertretung der Mitarbeitenden (im Bereich der Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlichen Versorgung) sichergestellt wird bzw. ob es vorkommt, dass bei Ausfall eine Vertretung nicht garantiert ist. Analog wird in der Kundenbefragung erhoben, ob die Einrichtungen den vereinbarten (Betreuungs-) Terminen bislang immer nachkommen konnten.

Die Mehrheit der BD-Leitungskräfte verneint, dass bei Ausfall eines Mitarbeitenden nicht für eine Vertretung gesorgt werden kann (siehe „3.“ in Abbildung 73). Der Anteil in BD, der angibt, dass nicht immer für eine Vertretung gesorgt werden kann, hat von t0 nach t1 zugenommen – diese Zunahme verfehlt jedoch knapp die statistische Signifikanz (t0 vs. t1:  $\chi^2_{(df=2, N=93)}=5.4$ ,  $p=.067$ ). Zu t1 findet sich zwischen BD und den Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) kein Unterschied bzgl. der Angabe, ob immer für eine Vertretung gesorgt ist ( $p=.602$ ).

Zu beiden Zeitpunkten geben die meisten Leitungskräfte der BD an, dass die personelle Besetzung es erlaubt, dass die Vertretung i.d.R. durch einen weiteren Mitarbeitenden übernommen wird (siehe „1.“ in Abbildung 73); dabei fallen die Angaben zu t0 und t1 sehr ähnlich aus. Die Angaben der BD unterscheiden sich jedoch signifikant von den Vergleichseinrichtungen (zu t1:  $\chi^2_{(df=4, N=95)}=12.9$ ,  $p<.05$ ; aufgrund geringer Zelhäufigkeit, Analyse mit exaktem Test nach Fisher wiederholt mit BD vs. nBa:  $p<.05$ , BD vs. PD:  $p=.472$ , nBa vs. PD:  $p=.399$ ): in nBa wird seltener als in BD angegeben, dass die personelle Besetzung eine zuverlässige Vertretung erlaube. Deutlich seltener wird angegeben, dass durch Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen für die Vertretung gesorgt werden kann (BD t0 vs. t1:  $p=.168$ ; siehe „2.“ in Abbildung 73); hier findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen BD und den Vergleichseinrichtungen ( $p=.316$ ).

Abbildung 73: Vertretung von Mitarbeitenden bei Ausfall

1. Personelle Besetzung unserer Einrichtung erlaubt i.d.R., dass ein weiterer Mitarbeitender (ggf. auch die Leitungskraft) die Vertretung bei Kunden/innen übernimmt.
2. Durch Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen können wir auf einen erweiterten Kreis von Mitarbeitenden zugreifen, die die Vertretung bei Kunden/innen ggf. übernehmen.
3. Es kann sein, dass bei Ausfall eines unserer Mitarbeitenden, nicht für seine/ihre Vertretung bei Kunden/innen gesorgt ist.



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Einrichtungsleitungen (t0: N = 49 BD; t1: N = 44 BD, N = 35 nBa, N = 16 PD).

**Kundenbefragung:** Die große Mehrheit der Teilnehmer der Kundenbefragung zu t1 (89% von insg. 475; BD, nBa und PD zusammengefasst) gibt an, dass vereinbarte Betreuungstermine bislang immer stattgefunden haben (N = 421). Nur 5% (N = 24) geben an, dass dies nicht immer der Fall gewesen ist (N = 30 fehlende Angaben). Dabei findet sich bzgl. dieser Angabe im Chi<sup>2</sup>-Test kein Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD; „Ja“- vs. „Nein“-Antworten:  $p=.428$ ).

Betrachtet man die Angaben in der Kundenbefragung in Abhängigkeit der Angaben der Einrichtungsleitungen, so zeigt sich, dass der Anteil der Kunden, bei denen eine

Betreuung bereits ausgefallen ist, etwas geringer ausfällt, wenn die Vertretung durch die eigenen Mitarbeitenden der Einrichtung sichergestellt wird (4.9%) als, wenn dies nicht der Fall ist (13.8%; vgl. Tabelle 44;  $\chi^2_{(df=1, N=437)}=4.1$ ,  $p<.05$ ). Andersherum fällt der Anteil der Kunden mit Betreuungsausfall höher aus, wenn von der Leitung angegeben wird, dass nicht immer für eine Vertretung gesorgt sei (10.4% vs. 4.6%; vgl. Tabelle 44;  $\chi^2_{(df=1, N=359)}=4.2$ ,  $p<.05$ ). Zwar zeigt sich für die Angabe, dass durch Kooperationen mit anderen Einrichtungen für die Vertretung gesorgt ist, kein signifikanter Zusammenhang mit den Angaben der Kundenbefragung ( $p=.218$ ) – allerdings entfällt auch keiner der Betreuungsausfälle auf eine Einrichtung mit Kooperationsbeziehungen.

Der Ausfall von (Betreuungs-) Terminen scheint so insgesamt in den Einrichtungen (BD, nBa, PD) nur äußerst selten vorzukommen. Dabei scheint der Rückgriff auf einen ausreichend großen Mitarbeiterstamm und Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen die Sicherstellung der Versorgung weiter zu erhöhen.

Tabelle 44: Vertretung von Mitarbeitenden und Ausfall bei Kunden

Angaben Leitung		Angaben Kunden/Angehörige						
		Betreuung bereits ausgefallen		Betreuung hat immer stattgefunden		gültige Angaben	keine Angaben	Total
		N	% <sup>§</sup>	N	% <sup>§</sup>			
Personelle Besetzung	trifft zu	20	4.9%	388	95.1%	408	28	408
	trifft nicht zu	4	13.8%	25	86.2%	29	2	31
	keine Angabe	-		8		8	-	8
Kooperationen	trifft zu	-	-	22	100.0%	22	-	22
	trifft nicht zu	22	6.5%	318	93.5%	340	24	364
	keine Angabe	2		81		83	6	89
Vertretung nicht immer	trifft zu	10	10.4%	87	89.6%	96	8	104
	trifft nicht zu	12	4.6%	251	95.4%	263	16	279
	keine Angabe	2		84		86	6	92

Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitung und Kunden zu t1

Anmerkung: Zeilenprozent. %<sup>§</sup> bezieht sich auf Anteil an Gesamtheit gültiger Antworten in der Kundenbefragung („Betreuung bereits ausgefallen“; „Betreuung hat immer stattgefunden“). „Personelle Besetzung“ entspricht der Angabe der Einrichtungsleitung, dass die Vertretung durch eigene Mitarbeiter sichergestellt ist; „Kooperationen“ entspricht der Angabe, dass Vertretung durch Kooperationsbeziehungen sichergestellt ist; „Vertretung nicht immer“ entspricht der Angabe, dass nicht in jedem Fall für eine Vertretung gesorgt ist.



### Kundenaufnahme: Beratung-Erstbesuch-Vertragsabschluss

Der Erbringung von Leistungen beim Kunden geht idealerweise eine Beratung über das Leistungsangebot der Einrichtung voraus, damit geeignete Leistungen ausgewählt und von Anfang an die Bedürfnisse des Kunden angepasst werden können. In zeitlicher Nähe zur Beratung sollte auch ein Erstbesuch beim Kunden durchgeführt werden, um die Hilfebedarfe systematisch zu bestimmen und festzulegen, welche Aufgaben zukünftig durch die Einrichtung übernommen werden. Die gemeinsamen Festlegungen werden in einem schriftlichen Vertrag mit dem Kunden fixiert.

Für PD ist der Prozess aus „Kundenberatung-Erstbesuch-Vertragsabschluss“ fester Bestandteil des Vorgehens bei Kundenaufnahme und zählt gemäß den MuG 2011<sup>26</sup> zu den Mindestanforderungen für diesen Einrichtungstyp – zumindest was die Erbringung von Pflegeleistungen anbelangt. In den Befragungen der PD werden die nachgefragten Prozesse daher explizit auf den Bereich der Betreuungsleistungen (und hauswirtschaftlichen Versorgung) eingegrenzt, da dieser intern anderen Vorgaben unterliegen könnte. Bei nBa hingegen werden die Schritte bei Aufnahme neuer Kunden ähnlich allgemein wie in den BD erhoben, da, anders als in PD, Betreuung in nBa ebenfalls zum Kerngeschäft gehört.

#### Kundenberatung

Die Mehrheit der Leitungskräfte der BD gibt zu t0 an (N = 43 von 49), dass vor Vertragsschluss *immer* Beratungen durchgeführt würden. Eine geringere Anzahl (N = 4) gibt an, dass Beratungen nur auf Wunsch der Kunden stattfänden (N = 2 ohne Angabe). In den Vergleichseinrichtungen verteilen sich die Angaben ähnlich (vgl. Tabelle 45; „Ja, auf Wunsch“ vs. „Ja, immer“:  $p=.950$ ).

Auch in der Kundenbefragung wird von der Mehrheit angegeben, vorher durch die jeweilige Einrichtung beraten worden zu sein (N = 367, 77.3%; vgl. Tabelle 45). Etwas mehr als 10% (N = 51, 10.7%) geben aber an, dass vorher *keine* Beratung durchgeführt worden sei (N = 57, 12% ohne Angabe). Die Angaben unterscheiden sich nicht zwischen BD und den Vergleichseinrichtungen ( $p=.483$ ).

Tabelle 45: Beratung von Kunden vor Beginn der Leistungserbringung

	Angabe Einrichtungsleitung				Angabe Kundenbefragung			
	BD	nBa	PD		BD	nBa	PD	<i>insgesamt</i>
Ja, auf Wunsch	4	3	1	Ja	274	54	39	367 (77%)
Ja, immer	43	31	15					
Nein	-	1	-	Nein	38	10	3	51 (11%)
keine Angabe	2	-	-	keine Angabe	46	5	6	57 (12%)
<i>Total</i>	49	35	16	<i>Total</i>	358	69	48	475

Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitung und Kundenbefragung

Anmerkung: Links: Angaben der Leitungen aus BD zu t0 sowie nBa und PD zu t1, ob vor Beginn der Leistungserbringung bei Kunden eine Beratung durchgeführt wird. Rechts: Angaben aus Kundenbefragung zu t1, ob vor Beginn des Leistungsbezugs eine Beratung erfolgt ist.

Betrachtet man die Angaben in der Kundenbefragung (t1) in Abhängigkeit der Angaben der Leitungskräfte zu t0 (BD) bzw. t1 (nBa, PD) (vgl. Tabelle 46), zeigt sich, dass die meisten Kunden, die angeben vorher *keine* Beratung erhalten zu haben (N = 51), auf Einrichtungen entfallen, die eigentlich angeben *immer* eine Beratung durchzuführen (N = 44). Anteilig fallen die Kunden ohne Beratung aber geringer aus, wenn Beratungen vor Leistungserbringung „immer“ als wenn sie nur „auf Wunsch“ durchgeführt werden – wenngleich dieser Unterschied nicht statistisch signifikant ausfällt (nur Berücksichtigung von Fällen mit gültigen Antworten:  $p=.342$ ).

Tabelle 46: Beratung von Kunden vor Beginn der Leistungserbringung

Angaben Leitung	Angaben Kunden/Angehörige: Hat Beratung stattgefunden?						
	Ja		Nein		gültige Angaben	keine Angaben	Total
	N	% <sup>§</sup>	N	% <sup>§</sup>			
Ja, auf Wunsch	18	81.8%	4	18.2%	22	1	23
Ja, immer	340	88.5%	44	11.54%	384	53	437
Nein	2	100.0%	-	-	2	1	3
keine Angabe	7		3		10	2	12

Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitung (t0 bzw. t1) und Kunden (t1)  
 Anmerkung: Zeilenprozent. %<sup>§</sup> bezieht sich auf Anteil an Gesamtheit gültiger Antworten in der Kundenbefragung („Ja“; „Nein“). Angaben der Leitungen aus BD zu t0 sowie nBa und PD zu t1, ob vor Beginn der Leistungserbringung bei Kunden eine Beratung durchgeführt wird. Angaben aus Kundenbefragung zu t1, ob vor Beginn des Leistungsbezugs eine Beratung erfolgt ist.

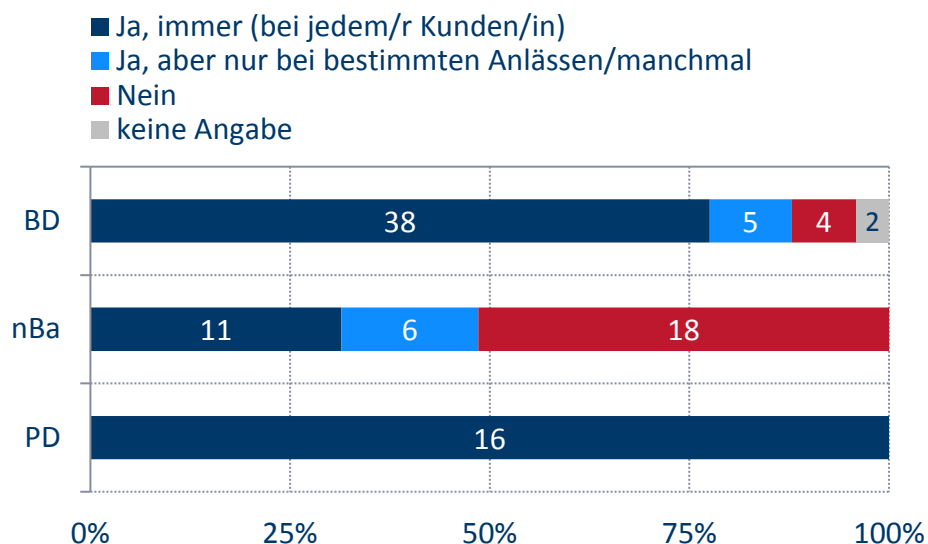
Die Angabe der Kunden, dass keine Beratung stattgefunden habe, verweist nicht zwangsläufig auf ein Versäumnis oder Falschangaben der Einrichtungsleitungen. Es ist nämlich auch denkbar, dass Kunden die Einrichtung aus anderen Zusammenhängen bereits bekannt war und daher keine Beratung erforderlich wurde. Solche Fälle können zumindest aus den Kundeninterviews (vgl. Kapitel 2.6) berichtet werden. Für die vorliegenden Ergebnisse der schriftlichen Kundenbefragung kann allerdings nicht genau bestimmt werden, warum manche Kunden angeben, dass im Vorfeld *keine* Beratung stattgefunden hat.

Zu einer umfassenden Beratung gehört idealerweise auch ein Kostenvoranschlag bzgl. der geplanten Leistungen, um von vornherein transparent über die zu erwartenden Kosten zu informieren. Von der Mehrheit der BD (N = 38) wird angegeben, dass ein solcher Voranschlag immer gemacht würde (N = 2 BD ohne

Angabe zu Kostenvoranschlägen); N = 5 BD geben an, dass ein Kostenvoranschlag nur bei bestimmten Anlässen (bei manchen Kunden) erstellt würde; N = 4 BD geben an, dass *keine* Kostenvoranschläge gemacht würden.

Abbildung 74 zeigt die Angaben zur Erstellung von Kostenvoranschlägen für alle drei Einrichtungstypen. Der Anteil von BD, die angeben, dass immer ein Kostenvoranschlag gemacht werde, ist gegenüber nBa deutlich erhöht; hingegen geben nBa anteilig etwas häufiger an, dass nur „manchmal“ Kostenvoranschläge gemacht werden; die meisten nBa geben jedoch an, dass keine Kostenvoranschläge erstellt werden (globaler  $\chi^2$ -Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=82)}=22.6, p<.001$ ). Hingegen wird von sämtlichen PD angegeben, dass immer ein Kostenvoranschlag gemacht werde, was aufgrund der verbindlichen Vorgaben der MuG zu erwarten war.

Abbildung 74: Erstellung eines Kostenvoranschlags



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

Anmerkung: Angaben der Leitungen aus BD zu t0 (N = 49) sowie nBa (N = 35) und PD (N = 16) zu t1, ob vor Beginn der Leistungserbringung ein Kostenvoranschlag erfolgt ist.

### Erstbesuch

Um den Betreuungsbesuch beim Kunden (Leistungsbezug) begrifflich vom gemeinten „Erstbesuch“ zur systematischen Erfassung der Bedarfe des Kunden (Informationssammlung) zu trennen, zielt das Item explizit auf „verbindliche Verfahrensweisen beim Erstbesuch“. Darüber hinaus wird erfasst, welche genauen Informationen beim Erstbesuch erhoben werden.

Die Mehrheit der Leitungskräfte der BD gibt an, dass verbindliche Verfahrensweisen vorliegen (t0: N = 38 von 49); nur N = 5 geben an, dass es kein verbindliches Vorgehen gibt (N = 6 BD ohne Angaben zum Vorliegen verbindlicher Verfahrensweisen beim Erstbesuch). Tabelle 47 zeigt auch die analogen Angaben

für die Vergleichseinrichtungen. Die Angaben der Vergleichseinrichtungen zu verbindlichen Verfahrensweisen unterscheiden sich nicht von denen der BD (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $p=.384$ ); es zeigt sich jedoch, dass es keine PD ohne verbindliche Verfahrensweisen beim Erstbesuch gibt. Da diese durch die MuG für PD vorgeschrieben sind, entspricht dieses Ergebnis den Erwartungen. Für BD und nBa sind verbindliche Verfahrensweisen beim Erstbesuch zwar nicht vorgegeben, scheinen dennoch auch hier die Regel.

Für sämtliche Einrichtungen mit verbindlichen Verfahrensweisen beim Erstbesuch wird angegeben, dass „aktuelle Hilfebedarfe“ der Kunden erfasst werden (vgl. Tabelle 47) – dies scheint so einzig fester Bestandteil verbindlicher Verfahrensweisen; andere Inhalte kommen ebenfalls vor, aber nicht in sämtlichen Einrichtungen. Die nächst häufigen Informationen, die erfasst werden, sind „Biographie“ und „die Bedürfnisse und Interessen“, die beide anteilig signifikant häufiger in BD und nBa als in PD erfasst werden ( $\chi^2_{(df=2, N=100)}=9.2$ ,  $p<.05$  und  $\chi^2_{(df=2, N=100)}=8.1$ ,  $p<.05$ ).

Tabelle 47: Verfahrensweisen und Erhebungsinhalte bei Erstbesuch

Verbindliche Verfahrensweisen	BD	nBa	PD
Ja	38	32	15
Nein	5	3	-
keine Angabe	6	-	1
<i>Total</i>	49	35	16

genaue Erhebungsinhalte	Verbindliche Verfahrensweisen								
	Ja	Nein	k.A.	Ja	Nein	k.A.	Ja	Nein	k.A.
Biographie	31	2	5	24	1	-	5	-	1
Anamnese	34	2	4	28	2	-	12	-	1
Aktuelle Hilfebedarfe	38	3	5	32	2	-	15	-	1
Bedürfnisse/Interessen	38	3	5	30	2	-	11	-	-
unmittelbares soziales Umfeld	36	3	4	24	1	-	12	-	-
Sonstiges	9	-	1	7	-	-	4	-	-

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

Anmerkung: Mehrfachnennung „genaue Erhebungsinhalte“. Angaben der Leitungen aus BD zu t0 sowie nBa und PD zu t1, ob es verbindliche Verfahrensweisen bei einem Erstbesuch von Kunden gibt (oben) und welche Inhalte dabei erhoben werden (unten). „k.A.“, keine Angabe.

In den meisten BD und nBa werden die erhobenen Informationen zudem schriftlich fixiert (BD: N = 45 „Ja, immer“, N = 2 „Ja, bei bestimmten Anlässen“, N = 2 ohne Angabe; nBa: N = 29 „Ja, immer“, N = 4 „Ja, bei bestimmten Anlässen“; N = 2 „Nein“); dabei unterscheiden sich die relativen Anteile statistisch nicht

zwischen BD und nBa (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $p=.107$ ). In PD wurde der Aspekt der schriftlichen Erfassung nicht gesondert erhoben, da er gemäß MuG bereits Teil der Vorgabe für verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch ist.

Interessanterweise scheinen die Leitungen in BD und nBa zwischen „verbindlichen Verfahrensweisen“ einerseits und der „systematischen Erhebung von Information beim Erstbesuch“ andererseits zu unterscheiden. Es werden nämlich auch konkrete Erhebungsinhalte von Einrichtungen genannt, für die eigentlich gar keine verbindlichen Verfahrensweisen vorliegen (Spalten „Nein“ in Tabelle 47). Außerdem wird in BD häufiger Information beim Erstbesuch schriftlich fixiert als, dass verbindliche Verfahrensweisen angegeben werden (N = 38 vs. 45). Auch bei nBa wird für zwei Einrichtungen angegeben, dass die erhobene Information schriftlich fixiert wird, obwohl keine verbindlichen Verfahrensweisen vorliegen. Das Fehlen von „verbindlichen Verfahrensweisen“ schließt so die systematische Erhebung oder schriftliche Fixierung von Informationen beim Erstbesuch offenbar nicht aus.

Die Fragestellung nach der Systematik beim Erstbesuch sollte daher nicht auf das „Vorliegen verbindlicher Vorgaben für den Erstbesuch“ beschränkt werden. Manche Einrichtungen könnten eine flexiblere Ausgestaltung des Erstbesuchs allzu starren Vorgaben vorziehen. Zählt man sämtliche Einrichtungen hinzu, die irgendeine Art systematischer Informationserhebung angeben (verbindliche Verfahrensweisen, Erhebung eines bestimmten Informationsaspektes *oder* schriftliche Fixierung), so wird immerhin bei N = 47 BD (von insg. 49 zu t0) und sämtlichen nBa sowie PD während des Erstbesuchs irgendeine Art Information erfasst.

Zusammenfassend scheint eine systematische Informationserhebung in allen drei Einrichtungstypen die Regel. Dabei scheinen sich Einrichtungen, die auf Betreuungsleistungen fokussieren (BD, nBa), stärker an dem persönlichen Hintergrund der Kunden („Biographie“; „Bedürfnisse und Interessen“) zu orientieren.

Um die auch für Kunden wahrnehmbare systematische Erfassung von Hilfebedarfen abzubilden, wird in der Kundenbefragung erfasst, ob sich ein Mitarbeitender erkundigt habe, wo genau Unterstützung durch die Einrichtung gewünscht wird. In der Kundenbefragung zu t1 wird von der großen Mehrheit (N = 382 von 475, 80.4% aller bzw. 92% aller gültigen Angaben; BD, nBa und PD zusammengefasst) angegeben, dass dies erfolgt sei (N = 60, 12.6% ohne Angabe dazu) – was sich insgesamt mit den Angaben der Leitungen deckt. Nur 33 Personen von insg. 475 Befragten (6.9% aller bzw. 8% aller gültigen Angaben) geben an, dass keine Erfassung der Hilfebedarfe erfolgt sei. Die Verteilung gültiger Antworten („Ja“, „Nein“) unterscheidet sich dabei nicht statistisch signifikant zwischen den drei Einrichtungstypen ( $p=.457$ ).

Von den 33 Personen, bei denen nach eigener Angabe keine Erhebung der Hilfebedarfe erfolgt sei, entfallen 32 auf Einrichtungen, für die jedoch eine

systematische Erfassung von Hilfebedarfen durch die Leitung angegeben wird. Ähnlich wie bei der Beratung der Kunden, kann auch hier nicht genau bestimmt werden, warum manche Kunden angeben, dass eine Erfassung der Hilfebedarfe nicht stattgefunden habe, obwohl sie sich in einem Dienst befinden, für den die Leitung eine systematische Erfassung angibt. Theoretisch ist wieder möglich, dass eine Erfassung aufgrund der Vorgeschichte nicht notwendig war, z.B. da die Hilfebedarfe bereits aus anderen Zusammenhängen bekannt waren.

### *Vertragsabschluss*

Ob schriftliche Verträge zwischen Kunden und Einrichtungen geschlossen werden, wird nur in BD und nBa erhoben. Für PD sind schriftliche Verträgen durch die MuG verbindlich vorgegeben. Für BD sind schriftliche Verträge mit Kunden ebenfalls verbindlich und die Einhaltung dieser Vorhaben wird im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung genauer geprüft. Für nBa sind schriftliche Verträge nicht allgemein verbindlich.

Die Mehrheit der Leitungskräfte der BD gibt zu t0 an, dass mit *jedem* Kunden ein schriftlicher Vertrag geschlossen wird (N = 42 von 49; 3 BD ohne Angabe hierzu). N = 3 geben jedoch an, dass nur in bestimmten Fällen ein schriftlicher Vertrag geschlossen wird und N = 1 gibt an, dass nur auf Wunsch schriftliche Verträge geschlossen werden. Bei diesen insgesamt N = 4 BD, die nicht in jedem Fall schriftliche Verträge abschließen, handelt es sich in drei Fällen um Dienste, die zumindest immer eine Beratung der Kunden vor Beginn der Leistungserbringung durchführen und in einem Fall um einen Dienst, der zumindest auf Wunsch Beratungen durchführt.

Die Angaben, dass immer schriftliche Verträge geschlossen werden, tritt anteilig häufiger in BD (42/49) als in nBa auf (17/35). Dafür tritt in nBa die Angabe, dass keine Verträge geschlossen werden (6/35) und die Angabe, dass Verträge nur bei bestimmten Anlässen geschlossen werden (9/35) häufiger auf als in BD (0/49 und 3/49); insgesamt geht dies mit einem signifikanten Unterschied der relativen Anteile dieser Antworten zwischen BD und nBa einher ( $\chi^2_{(df=4, N=84)}=19.1, p<.01$ ).

Anders als die Beratung von Kunden vor Vertragsabschluss und verbindliche Verfahrensweisen beim Erstbesuch, ist der Abschluss von schriftlichen Verträgen durch BD mit den Kunden gemäß den Vorgaben im Rahmen des Modellprogramms *verbindlich*. Da zu t0 noch nicht alle BD dieser Vorgabe zu entsprechen konnten, wurden sie zu t2 wiederholt nach dem Abschluss von Verträgen gefragt. Zu t2 geben von den insgesamt N = 41 im Modellprogramm verbliebenen Einrichtungen N = 32 an immer Verträge abzuschließen, N = 8 geben an auf Wunsch Verträge abzuschließen und N = 1 BD gibt an nur in bestimmten Fällen Verträge abzuschließen. Insgesamt hat sich so die Anzahl (Anteil) der BD, die nicht in jedem Fall schriftliche Verträge abschließen, zu t2 sogar noch erhöht. Gründe, warum der Vorgabe schriftlicher Verträge weiterhin nicht von sämtlichen BD nachgekommen wird, sind nicht bekannt. Denkbar wäre, dass bei Kunden, die nur Erstattungsleistungen (§ 45a-b SGB XI) beziehen, auf einen schriftlichen Vertrag

verzichtet wird, da hier bislang auch bei niedrigschwelligen Betreuungsangeboten der Abschluss von Verträgen nicht zwingend vorgeschrieben war.

#### *Gesamtprozess der Kundenaufnahme*

Insgesamt entsprechen zu t0 N = 31 (von insgesamt N = 49) BD sämtlichen Vorgaben der MuG (2011), d.h. in diesen BD findet immer eine Beratung inklusive Kostenvoranschlag, ein Erstbesuch zur systematischen Erfassung der Hilfebedarfe und eine vertraglich-schriftliche Fixierung der vereinbarten Leistungen statt. Damit sind gleichzeitig auch die Mindestanforderungen des Modellprogramms für BD nach § 125 SGB XI erfüllt. Aufgrund der Zunahme von BD, die nicht im jeden Fall schriftliche Verträge mit den Kunden abschließen, hat sich der Anteil der BD, die den MuG entsprechen, zu t2 jedoch verringert (N = 22 von insgesamt 41 im Modellprogramm verbliebenen BD). Zu t0 entsprechen N = 7 und zu t2 N = 9 BD nicht den Mindestanforderungen des Modellprogramms aufgrund des fehlenden Abschlusses schriftlicher Verträge.

### **3.7.2 Überprüfung der Betreuungsqualität seitens des Leistungserbringers**

Hierbei handelt es sich um von den Einrichtungen geplante und umgesetzte Maßnahmen, die sicherstellt, dass die vom Kunden erhaltenen Leistungen in zufriedenstellend hoher Qualität erbracht werden. Die relevanten Items wurden wieder bei den Leitungen der BD zur Basiserhebung und in den Vergleichseinrichtungen zu t1 erhoben; teilweise wurden analoge Items in den Mitarbeiterbefragungen genutzt. In den Kundenbefragungen erfolgte die Erhebung in sämtlichen Einrichtungstypen zu t1. Items, die die Umsetzung von Mindestanforderungen in BD betreffen, wurden in diesem Einrichtungstyp bei Leitungen und Mitarbeitenden zu t2 erneut erhoben, soweit sich zu t0 gezeigt hatte, dass den Anforderungen nicht immer entsprochen wurde.

#### **Betreuungsdokumentation**

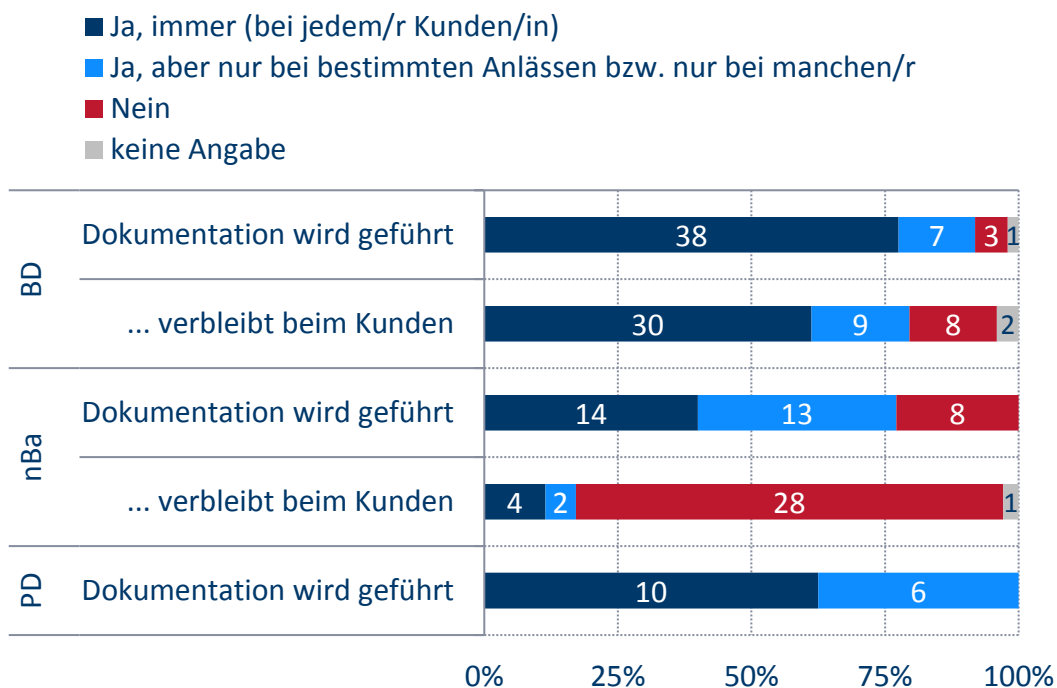
Die Betreuungsdokumentation ist ein Verfahren zur Sicherstellung der Informationsweitergabe unter den Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes und dient der Sicherung der Betreuungsqualität und der Transparenz der Leistung. Die Betreuungsdokumentation ist bei den Kunden aufzubewahren. Die Nutzung einer Betreuungsdokumentation ist entsprechend den Vorgaben im Rahmen des Modellprogramms<sup>26</sup> für BD *verbindlich*. Analog ist für PD die Nutzung einer „Pflegedokumentation“ gemäß der MuG *verbindlich*. In Abgrenzung zur Pflegedokumentation wird in der Befragung jedoch gezielt auf Dokumentationen im Rahmen von Betreuungsleistungen fokussiert. Für nBa gibt es keine allgemeingültigen Vorgaben zum Führen einer Dokumentation.

Die meisten Leitungskräfte der BD geben zu t0 an, dass sie ein kontinuierliches Dokumentationssystem nutzen, das festhält „was genau während einer Betreuung gemacht worden bzw. passiert ist“ (N = 38 von 49). Allerdings geben N = 7 Leitungskräfte an, eine solche Dokumentation nur bei bestimmten Anlässen bzw. bei manchen Kunden zu nutzen und N = 3 geben sogar an, dass nicht genau

dokumentiert wird, was während einer Betreuung gemacht worden bzw. passiert ist (N = 1 ohne Angabe zum Status der Betreuungsdokumentation).

Abbildung 75 stellt die Angaben BD zur Betreuungsdokumentation den analogen Angaben aus den Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) gegenüber. Die Verteilung der Antworten unterscheidet sich signifikant zwischen den drei Einrichtungstypen (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=6, N=99)}=16.9, p<.01$ ), was damit zusammenhängt, dass für BD anteilig häufiger angegeben wird, dass „immer“ eine Betreuungsdokumentation geführt werde, während in nBa häufiger angegeben wird, dass keine geführt werde. Zudem wird in nBa und PD anteilig häufiger als in BD angegeben, dass eine Betreuungsdokumentation nur „bei bestimmten Anlässen“ (manchmal) geführt werde.

Abbildung 75: Führung einer Betreuungsdokumentation



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

Anmerkung: Angaben der Leitungen aus BD zu t0 sowie nBa und PD zu t1, ob eine Betreuungsdokumentation geführt wird.

Die Frage nach dem Verbleib der Dokumentationen wurde nur in BD und nBa gestellt, da für PD entsprechend der MuG der Verbleib beim Kunden eine verbindliche Vorgabe darstellt und somit vorausgesetzt wird. Die Mehrheit der Leitungskräfte der BD (N = 30) gibt an, dass die Dokumentationen im häuslichen Umfeld des Kunden aufbewahrt werden. N = 9 Leitungskräfte geben jedoch an, dass die Dokumentationen nur bei bestimmten Anlässen bzw. nur bei manchen Kunden im häuslichen Umfeld verbleiben und N = 8 geben sogar an, dass die Dokumentationen nie im häuslichen Umfeld des Kunden verbleiben. Bzgl. nBa



findet sich ein signifikanter Unterschied (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=3, N=81)}=34.2$ ,  $p<.001$ ), da in BD die Dokumentationen mehrheitlich „immer“ beim Kunden verbleiben, während für nBa mehrheitlich angegeben wird, dass dies nicht der Fall ist (vgl. Abbildung 75).

Zu t2 wurden die Items zur Betreuungsdokumentation in BD erneut gestellt. Zu diesem Zeitpunkt geben N = 26 Leitungskräfte (von insgesamt N = 41) an, dass immer eine Betreuungsdokumentation geführt werde; N = 11 geben an, dass dies nur manchmal der Fall sei und N = 3 geben an, dass keine Betreuungsdokumentation geführt werde (N = 1 BD ohne Angaben zu t2). Damit hat zu t2 relativ zu t0 der Anteil der BD, die angeben immer einer Dokumentation zu führen, abgenommen, während der Anteil der BD, die nur manchmal eine Betreuungsdokumentation führen, zugenommen hat; im Chi<sup>2</sup>-Test ist der Unterschied zwischen t0 und t2 aber nicht signifikant ( $p=.485$ ).

Kreuzt man die Angaben der Leitungskräfte der BD zum *Verbleib* mit denen zur *Kontinuität* der Dokumentation (siehe Tabelle 48), kann zu t0 bei insgesamt N = 44 BD davon ausgegangen werden, dass für jeden Kunden irgendeine Form von Betreuungsdokumentation genutzt wird. Damit ist nur bei N = 5 BD nicht gesichert, ob eine Betreuungsdokumentation entsprechend den Mindestanforderungen des Modellprogramms geführt wird.

Tabelle 48: Angaben der Leitungskräfte zur Betreuungsdokumentation

	<b>Verbleib der Dokumentation im häuslichen Umfeld</b>	<b>Kontinuität: Dokumentation, was genau während einer Betreuung gemacht worden bzw. passiert ist</b>				<b>Total</b>
		<b>jeder Kunde</b>	<b>mancher Kunde</b>	<b>Nein</b>	<b>keine Angabe</b>	
t0	jeder Kunde	24	4	2	-	30
	mancher Kunde	8	1	-	-	9
	Nein	5	2	1	-	8
	keine Angabe	1	-	-	1	2
	<i>Total</i>	38	7	3	1	49
t2	jeder Kunde	14	7	1	-	22
	mancher Kunde	8	2	2	1	13
	Nein	3	2	-	-	5
	keine Angabe	1	-	-	-	1
	<i>Total</i>	26	11	3	1	41

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t0 und t2

Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Leitungskräfte der BD zu t0. Grau hinterlegt sind BD, von denen angenommen wird, dass für jeden Kunden irgendeine Form von Betreuungsdokumentation geführt wird.

Kreuzt man auch zu t2 die Angaben zur Kontinuität mit den Angaben zum Verbleib der Betreuungsdokumentation (siehe Tabelle 48), kann für insgesamt N = 34 BD (von insg. N = 41) angenommen werden, dass für jeden Kunden irgendeine Art Betreuungsdokumentation geführt wird. Dies entspricht einem etwas geringeren Anteil als zu t1 (44/49). Auch hier bleibt unklar, warum der Vorgabe zum Führen einer Betreuungsdokumentation weiterhin nicht immer entsprochen wird.

### **Betreuungsplan**

Als sog. „Betreuungsplan“ gilt – in Anlehnung an den Pflegeplan gem. MuG (2011) – jedes Verfahren, das festhält, wie bestehende Problemlagen angegangen und vorhandene Ressourcen des Kunden genutzt werden können. Der Betreuungsplan ist Teil der Betreuungsdokumentation und fixiert in Abstimmung mit dem Kunden identifizierte Ziele der Betreuung, die mit angemessenen Betreuungsmaßnahmen verfolgt werden. Der Betreuungsplan wird kontinuierlich evaluiert und aktualisiert, d.h. den ggf. veränderten Erfordernissen der Situation angepasst. Mit ihm erfolgt eine kontinuierliche Überprüfung der Qualität der erbrachten Betreuungsleistungen indem abgeglichen wird, inwiefern die Leistungen der gegenwärtigen Situation (noch) angemessen sind. Die Nutzung eines schriftlich fixierten Betreuungsplans ist entsprechend den Vorgaben des Modellprogramms für BD *verbindlich*.

Die Auswertung der Kundenperspektive auf den Betreuungsplan wurde bereits im vorangegangenen Kapitel 3.7.1 („Erstbesuch“, „Ermittlung von Hilfebedarfen“) vorgestellt. Da das entsprechende Item allgemein formuliert ist, kann es sowohl auf Planungsprozesse bei der Kundenaufnahme als auch allgemeiner auf Planungsprozesse im weiteren Verlauf der Betreuung bezogen werden.

Die Mehrheit der Leitungskräfte aus BD gibt zu t0 (N = 37 von 49) an, dass bereits zu Beginn der Betreuung ein Betreuungsplan formuliert wird (N = 2 ohne Angabe); davon geben N = 24 an, dass der Betreuungsplan *immer* gemeinsam mit Kunden bzw. Angehörigen formuliert wird und N = 13 geben an, dass er zumindest in manchen Fällen gemeinsam formuliert wird. Hingegen geben N = 10 Leitungskräfte (von 49) an, dass zu Anfang *kein* Betreuungsplan formuliert wird; davon geben dennoch N = 4 Leitungskräfte an, dass der Betreuungsplan gemeinsam mit den Kunden/Angehörigen formuliert wird, d.h. die Formulierung des Planes erfolgt offenbar erst später und nicht bereits zu Beginn der Betreuung. Insgesamt wird so von 41 BD angegeben, dass ein Betreuungsplan formuliert wird.

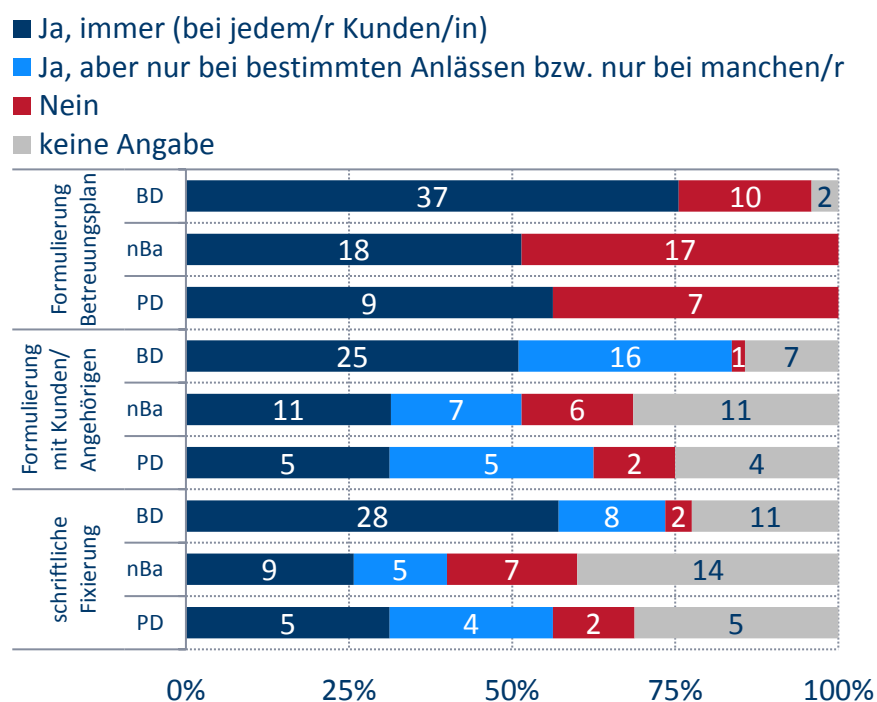
Es wird allerdings von nur insgesamt N = 28 Leitungskräften angegeben, dass der Betreuungsplan *schriftlich fixiert* wird (hierbei handelt es sich sämtlich um BD, die den Betreuungsplan bereits zu Anfang der Betreuung formulieren); N = 8 geben an, dass eine schriftliche Fixierung nur bei manchen Kunden erfolgt; N = 2 geben an, dass dies nie erfolgt (N = 11 machen keine Angabe zum Status der schriftlichen Fixierung). Auf Grundlage der Angaben der Leitungskraft kann so nur bei N = 28 BD angenommen werden, dass ein schriftlicher Betreuungsplan erstellt wird, d.h. zu t0 war bei N = 21 BD nicht gesichert, ob ein Betreuungsplan entsprechend den Mindestanforderungen (schriftliche Fixierung) genutzt wird.

---

Abbildung 76 stellt die Angaben zur Betreuungsplanung aus den BD den analogen Angaben aus den Vergleichseinrichtungen gegenüber. Von den Vergleichseinrichtungen wird signifikant seltener als von den BD angegeben, dass zu Beginn der Betreuung ein Betreuungsplan erstellt wird ( $\chi^2_{(df=2, N=98)}=7.3$ ,  $p<.05$ ). Ebenso geben BD anteilig signifikant häufiger als nBa und PD an, dass der Betreuungsplan schriftlich fixiert wird ( $\chi^2_{(df=2, N=70)}=10.3$ ,  $p<.05$ ). Der Unterschied bzgl. der Angaben zur gemeinsamen Formulierung des Betreuungsplans mit Kunden bzw. Angehörigen verfehlt knapp die statistische Signifikanz ( $\chi^2_{(df=2, N=78)}=8.4$ ,  $p=.077$ ), zeigt aber ein ähnliches Muster, mit ebenfalls anteilig häufigerer Angabe in BD als nBa und PD.

Da es sich bei der Arbeit mit Betreuungsplänen um eine verbindliche Vorgabe für BD handelt, der zu t0 nicht alle Einrichtungen entsprechen, wurden die relevanten Items zu t2 nochmals erhoben. Die Erstellung schriftlicher Betreuungspläne wird zu t2 von N = 23 BD in jedem Fall vorgenommen, von N = 10 nur manchmal und von N = 3 gar nicht (N = 5 ohne Angaben hierzu; es geben aber immerhin N = 32 an, Betreuungspläne zu nutzen ohne, dass sie notwendigerweise schriftlich fixiert sind, N = 7 nutzen diese manchmal, N = 2 ohne Angaben hierzu). Damit ist der Anteil der BD, der mit Betreuungsplänen arbeitet, seit t0 relativ konstant geblieben (t0 vs. t2:  $p=.913$ ), so dass zu t2 weiterhin nicht gesichert ist, dass sämtliche BD in jedem Fall mit schriftlich fixierten Betreuungsplänen arbeiten.

Abbildung 76: Verfahren zur Formulierung eines Betreuungsplans



Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

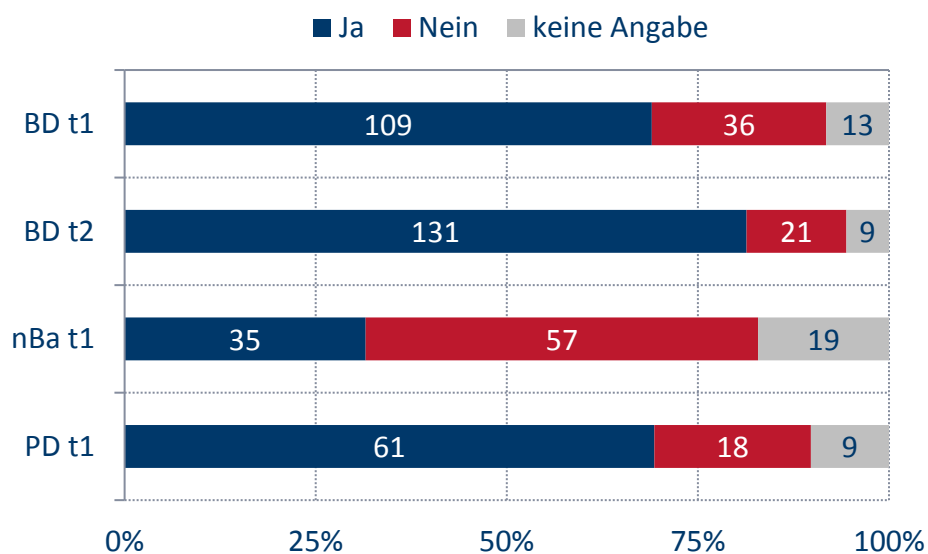
Anmerkung: Angaben der Leitungen aus BD zu t0 sowie nBa und PD zu t1, ob ein Betreuungsplan zu Anfang der Betreuung formuliert wird, die Formulierung gemeinsam mit Kunden bzw. Angehörigen erfolgt und ob er schriftlich fixiert wird.

**Mitarbeiterbefragung:** Auch die Mitarbeitenden werden gefragt, ob sie bei der Versorgung von Kunden einen Betreuungsplan berücksichtigen. Sowohl zu t0 als auch zu t1 geben ca. 70% der Befragten in BD an, einen Betreuungsplan zu nutzen (t0: N = 134, 69.8% der insg. 192 Teilnehmer zu t0; t1: N = 109, 69.0% der 158 Teilnehmer zu t1); zu beiden Zeitpunkten geben jeweils N = 36 Mitarbeitende (entspricht 18.8% zu t0 und 22.8% zu t1) an keinen Betreuungsplan zu nutzen (Fälle ohne Angaben zu t0: N = 22, 11.5%; zu t1: N = 13, 8.2%). Die verschiedenen Anteile unterscheiden sich zwischen t0 und t1 nicht signifikant voneinander ( $p=.450$ ).

Von t1 zu t2 hat der Anteil der Mitarbeitenden, die angeben einen Betreuungsplan zu nutzen, jedoch signifikant zugenommen (t2: Nutzung eines Betreuungsplans N = 131, 81.4%; keine Nutzung: N = 21, 13%; fehlende Angaben N = 9, 5.6%; t1 vs. t2, Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=1,N=297)} = 5.8$ ,  $p<.05$  (siehe Abbildung 77). Da allerdings zu t2 der Anteil der BD mit Nutzung von Betreuungsplänen nicht höher liegt als bereits zu t0, kann dies nicht i.S. einer allgemein breiteren Anwendung interpretiert werden.

Vergleicht man die Angaben der Mitarbeitenden aus BD, nBa und PD zu t1 (Vergleichseinrichtungen wurden nur zu t1 zum Betreuungsplan befragt), zeigt sich im Chi<sup>2</sup>-Test ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2_{(df=4,N=357)}=44.8$ ,  $p<.001$ ), dahingehend, dass Mitarbeitende aus BD und PD häufiger angeben einen Betreuungsplan zu nutzen als Mitarbeitende aus nBa (vgl. Abbildung 77).

Abbildung 77: Nutzung eines Betreuungsplans durch Mitarbeitende



Quelle: IGES; schriftliche Befragung Mitarbeitenden zu t1 bzw. t2

Anmerkung: Angaben der Mitarbeiter aus BD (t1: N = 158; t2 = 161), nBa (t1: N = 111) und PD (t1: N = 88) , ob ein Betreuungsplan benutzt wird.

Betrachtet man die Angaben der Mitarbeitenden in Abhängigkeit der Angaben der Leitungen, zeigen sich folgende Inkonsistenzen: Einerseits wird von Mitarbeitenden angegeben, Betreuungspläne zu nutzen, obwohl sie in Einrichtungen arbeiten, in denen gemäß Angaben der Leitung eigentlich keine Betreuungspläne formuliert werden; andersherum wird auch angegeben, *keine* Betreuungspläne zu nutzen, obwohl laut Leitung eigentlich immer Betreuungspläne formuliert werden (siehe Tabelle 56).

Insgesamt sind in BD zu t0 25.8%, zu t1 23.6% und zu t2 22.2% aller Angaben inkonsistent (vgl. Tabelle 49, rote Felder). Zumindest in BD könnte die Nutzung von Betreuungsplänen zu t0 durch Mitarbeitende, für deren Einrichtung eigentlich keine Formulierung von Betreuungsplänen durch die Leitungskraft angegeben wird, auch damit zusammenhängen, dass sich die Dienste zu t0 noch im Aufbau befanden. Der Status der Nutzung könnte sich zwischen der ersten Befragung der Leitungskraft und der ersten Befragung der Mitarbeitenden geändert haben (Leitungskraft wird immer vor den Mitarbeitenden befragt). Ab t1 scheint diese Erklärung aber nicht mehr plausibel, da zu diesem Zeitpunkt die Betreuungsplanung in den BD bereits etabliert sein sollte. Auch bleibt die Größenordnung inkonsistenter Angaben über die Erhebungszeitpunkte in etwa konstant.

Tabelle 49: Nutzung eines Betreuungsplans; Leitung &amp; Mitarbeitende

		Nutzung des Betreuungsplans durch Mitarbeitende:					
Angabe Leitung, ob Betreuungsplan formuliert wird		Ja		Nein		keine Angabe	
		N	%	N	%	N	%
BD t0	Ja	104	55.9%	26	14.0%	17	9.1%
	Nein	22	11.8%	7	3.8%	3	1.6%
	keine Angabe	4	2.2%	1	0.5%	2	1.1%
	<i>Total</i>	186 (100%) <sup>†</sup>					
BD t1	Ja	84	53.2%	22	11.8%	8	4.3%
	Nein	22	11.8%	12	6.5%	4	2.2%
	keine Angabe	3	1.6%	2	1.1%	1	0.5%
	<i>Total</i>	158 (100%)					
BD t2	Ja	100	74.1%	15	11.1%	8	5.9%
	Nein	15	11.1%	1	0.7%	1	0.7%
	keine Angabe	6	4.4%	2	1.5%	0	-
	<i>Total</i>	148 (100%) <sup>†</sup>					
nBa t1	Ja	17	15.3%	23	12.4%	8	4.3%
	Nein	18	9.7%	34	18.3%	11	5.9%
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-
	<i>Total</i>	111 (100%)					
PD t1	Ja	31	35.2%	11	5.9%	6	3.2%
	Nein	30	16.1%	7	3.8%	3	1.6%
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-
	<i>Total</i>	88 (100%)					

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitung und Mitarbeitenden

Anmerkung: % beziehen sich auf Anteil an Total. Abkürzung: t0, Basiserhebung; t1, erste Folgerhebung; t2, 2. Folgerhebung. Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zu t0, t1 bzw. t2, ob sie bei der Versorgung der Kunden einen Betreuungsplan nutzen. Die Angaben werden mit den Angaben der Leitungen zur Erstellung eines Betreuungsplans gekreuzt (BD: Leitung zu t0 mit Mitarbeitenden zu t0 bzw. t1 und Leitung zu t2 mit Mitarbeitenden zu t2; nBa und PD: Leitung zu t1 mit Mitarbeitenden zu t1). <sup>†</sup>Zu t0 können N = 6 Mitarbeitende keinem BD zugeordnet werden, daher werden hier nur Ergebnisse für 186 statt 192 Mitarbeitende gezeigt; zu t2 können N = 11 Mitarbeitende keinem BD zugeordnet werden und N = 2 stammen aus einem BD, dessen Leitung zu t2 nicht an der Befragung teilnahm (kurz darauf wurde Ausstieg aus Modellprogramm mitgeteilt), daher werden nur Ergebnisse für 148 statt 161 Mitarbeitende gezeigt. Rote Felder kennzeichnen inkonsistente Angaben.

Das Ausmaß inkonsistenter Angaben variiert signifikant zwischen BD und den Vergleichseinrichtungen (Vergleich erfolgt für Mitarbeiterbefragungen zu t1, da nBa und PD nur zu diesem Zeitpunkt zu Betreuungsplänen befragt wurden:  $\chi^2_{(df=2, N=311)}=9.7, p<.01$ ). Innerhalb BD und nBa treten beide Arten inkonsistenter Kombinationen (Mitarbeitende ohne Betreuungsplan, obwohl dieser von Leitung angegeben wird vs. mit Betreuungsplan, obwohl dieser von Leitung nicht angegeben wird) etwa gleich häufig auf, während innerhalb PD häufiger angegeben wird einen Betreuungsplan zu nutzen, obwohl dieser von der Leitung gar nicht angegeben wird. Das könnte daran liegen, dass Mitarbeitende in PD den Betreuungsplan mit der Pflegeplanung gleichsetzen und deswegen anteilig häufiger angeben, einen Betreuungsplan zu nutzen.

Bei Mitarbeitenden, die angeben keinen Betreuungsplan zu nutzen, obwohl sie in Einrichtungen mit Betreuungsplänen arbeiten, könnte es sich um Personal handeln, das vorrangig mit der Erbringung anderer Leistungen als Betreuung (z.B. hauswirtschaftlicher Versorgung) beschäftigt ist. Allerdings zeigt sich, dass Mitarbeitende, die angeben *keinen* Betreuungsplan zu nutzen, durchaus zu einem hohen Anteil Betreuungsleistungen erbringen (siehe Tabelle 50). In BD wird so der Vorgabe des Modellprogramms zur Verwendung von Betreuungsplänen offenbar nicht von allen Betreuungskräften entsprochen.

Tabelle 50: Art der Leistung und Nutzung eines Betreuungsplans

		Nutzung Betreuungsplan durch Mitarbeitenden:					
		Ja		Nein		keine Angabe	
	Art der Leistung, die Mitarbeitender erbringt	N	%	N	%	N	%
BD	Betreuung § 124 SGB XI <sup>t0-t1</sup>	166	68.3%	42	58.3%	12	34.3%
	Hauswirtschaft § 36 SGB XI <sup>t0-t2</sup>	201	53.7%	49	52.7%	18	40.9%
	Betreuung § 45b SGB XI <sup>t0-t1</sup>	133	54.7%	38	52.8%	11	31.4%
	Einzelbetreuung <sup>t2</sup>	110	84.0%	16	76.2%	5	55.6%
	Gruppenbetreuung <sup>t2</sup>	21	16.0%	2	9.5%	0	-
nBa	Betreuung § 45b SGB XI <sup>t1</sup>	24	68.6%	36	63.2%	6	37.5%
PD	Betreuung § 124 SGB XI <sup>t1</sup>	25	41.0%	4	22.2%	2	22.2%
	Betreuung § 45b SGB XI <sup>t1</sup>	36	59.0%	6	33.3%	3	33.3%
	Hauswirtschaft § 36 SGB XI <sup>t1</sup>	45	73.8%	10	55.6%	1	11.1%

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bis t2

Anmerkung: Mehrfachnennung. Spaltenprozent, d.h. % entsprechen Anteil der Mitarbeitenden, die entsprechende Leistung erbringen, an Mitarbeitenden mit entsprechendem Status zur Nutzung von Betreuungsplänen. Das Befragungsschema wechselt zwischen t0-t1 und t2 (t0-t1: Unterscheidung §§ 45b vs. 124 SGB XI; t2: keine Unterscheidung mehr zwischen §§ 45b und 124 SGB XI, stattdessen „Einzel-/Gruppenbetreuung“); Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) werden nur zu t1 befragt.

### Erfassung der Wirkung von Betreuung

Die Wirkung von Betreuung wird vorrangig bei Kunden bzw. Angehörigen erfasst („Ergebnisqualität“; dazu Kapitel 3.7.4). Darüber hinaus werden die Leitungen gefragt, inwiefern sie „Ergebnisqualität“ im Rahmen der eigenen QM-Prozesse berücksichtigen; v.a. um den Betreuungsplan der Situation anzupassen (Aktualisierung), sollte das Ergebnis von Betreuung in irgendeiner Weise durch die Einrichtungen registriert werden. Ein wechselseitiger Prozess aus Betreuungsplanung und- Bewertung (Wirkungserfassung) erlaubt die bisher erbrachten Leistungen im Sinne der übergeordneten Ziele einzuschätzen und den Betreuungsplan bei Bedarf zu aktualisieren. Bei den Einrichtungsleitungen wird deshalb gezielt erhoben, ob und auf welche Weise die Wirkung von Betreuung bei der Planung berücksichtigt wird.

Zu t<sub>0</sub> geben N = 23 Leitungskräfte der BD (von insg. N = 49) an, dass sie beabsichtigen die Auswirkungen der Betreuungsleistungen systematisch bei jedem Kunden zu erfassen (N = 2 ohne Angabe hierzu); N = 18 Leitungskräfte geben hingegen an, dass sie dies nur bei manchen Kunden vorhaben und N = 6 geben an, dies nicht vorzuhaben. Bei den sechs BD, in denen eine systematische Erfassung *nicht* vorgesehen ist, handelt es sich in zwei Fällen um Leitungskräfte, die dennoch angeben, dass Betreuungspläne formuliert werden (vgl. Tabelle 51). Demnach wäre für diese zwei Fälle zu schlussfolgern, dass zwar Betreuungspläne verfasst, jedoch nicht systematisch aktualisiert werden. Andersherum wird für einen BD ohne Formulierung von Betreuungsplänen angegeben, dass dennoch die Wirkung von Betreuung systematisch erfasst wird. Hier wäre zu schlussfolgern, dass die systematische Erfassung offenbar für andere Zwecke als die Betreuungsplanung erfolgt.

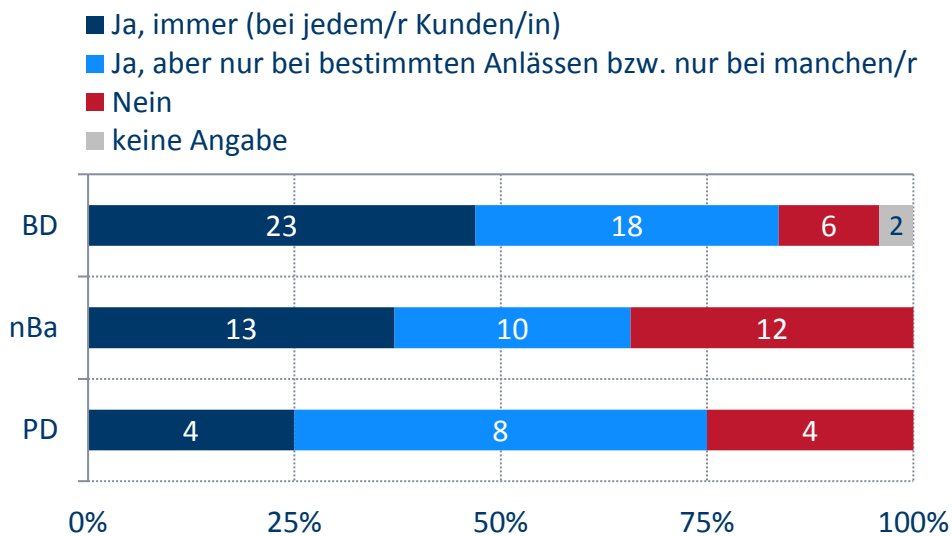
Da die Wirkungserfassung von Betreuung (bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung) für BD verbindlich ist und zu t<sub>0</sub> noch nicht sämtliche BD dieser Mindestvorgabe entsprechen, wird zu t<sub>2</sub> erneut danach gefragt. Die Verteilung der Antworten zur Wirkungserfassung in BD ändert sich zu t<sub>2</sub> gegenüber t<sub>0</sub> jedoch nicht (insg. N = 41 BD zu t<sub>2</sub>; davon geben N = 21 Leitungen an, dass eine Wirkungserfassung immer vorgesehen ist; N = 11 geben an, dass sie manchmal vorgesehen ist; N = 7 geben an, dass keine Wirkungserfassung vorgesehen ist; N = 2 ohne Angaben; t<sub>0</sub> vs. t<sub>2</sub>:  $p=.570$ ).

Insgesamt sind zu t<sub>0</sub> die Angaben aus N = 34 BD mit dem wechselseitigen Prozess aus Betreuungsplanung und- Bewertung kompatibel (vgl. Tabelle 51); für N = 12 BD fehlt mindestens ein Element – die Formulierung von Betreuungsplänen oder die systematische Erfassung der Wirkung. Zu t<sub>2</sub> sind es N = 25 BD, deren Angaben mit dem wechselseitigen Prozess kompatibel sind; bei N = 12 fehlt weiterhin mindestens ein Element.

Die Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) geben anteilig seltener an, die Wirkung von Betreuungsleistungen systematisch zu erfassen, als BD; wenngleich dieser Unterschied die statistische Signifikanz verfehlt (Vergleich erfolgt für Angaben aus BD zu t<sub>0</sub> und nBa bzw. PD zu t<sub>1</sub>:  $p=.140$ ; siehe Abbildung 78).



Abbildung 78: Systematische Erfassung der Wirkung von Betreuung



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1  
 Anmerkung: Angaben der Leitung aus BD zu t0 (N = 49), nBa (N = 35) und PD (N = 16) zu t1.

Kreuzt man auch für Vergleichseinrichtungen die Angaben zur Erfassung der Wirkung von Betreuung und zur Formulierung von Betreuungsplänen, so weisen N = 11 nBa (von insg. N = 35) und N = 7 PD (von insg. N = 16) beide Elemente auf (vgl. Tabelle 51). Damit fällt der Anteil der Einrichtungen, die mit dem wechselseitigen Prozess aus Betreuungsplanung- und -Bewertung nicht übereinstimmen, in nBa und PD höher aus als in BD ( $\chi^2_{(df=2, N=100)}=15.3, p<.001$ ). Der wechselseitige Prozess aus Betreuungsplanung und systematischer Wirkungserfassung scheint so in BD eher implementiert als in den Vergleichseinrichtungen.

Die am häufigsten genannten Informationsquellen zur Überprüfung der Ergebnisqualität stellen das Nachfragen im persönlichen Gespräch mit Kunden bzw. Angehörigen (N = 37 BD zu t0, N = 23 nBa zu t1, N = 10 PD zu t1) und die subjektive Einschätzung der betreuenden Mitarbeitenden dar (N = 31 BD zu t0, N = 11 nBa zu t1, N = 11 PD zu t1). Darüber hinaus nennen N = 19 Leitungskräfte aus BD systematische Vergleiche zwischen schriftlichen Dokumentationen und N = 11 nennen schriftliche Befragungen der Kunden bzw. Angehörigen; diese Nennungen treten in den Vergleichseinrichtungen signifikant seltener auf als in BD (systematische Vergleiche zwischen schriftlichen Dokumentationen: N = 3 nBa, N = 3 PD,  $\chi^2_{(df=2, N=100)}=10.3, p<.01$ ; schriftliche Befragungen der Kunden bzw. Angehörigen: N = 1 nBa, N = 3 PD,  $\chi^2_{(df=2, N=100)}=6.4, p<.05$ ). Somit werden von BD nicht nur häufiger beide Elemente einer wechselseitigen Betreuungsplanung und -Bewertung angegeben, sondern offenbar auch eine stärker empirisch geprägte Art der Wirkungserfassung.

Tabelle 51: Betreuungsplanung und Erfassung der Wirkung von Betreuung

Systematische Wirkungserfassung		Formulierung von Betreuungsplänen			Total
		Ja	Nein	keine Angabe	
BD t0	Ja, immer	22	1	-	23
	Ja, manchmal	12	6	-	18
	Nein	2	3	1	6
	keine Angabe	1	-	1	2
	<i>Total</i>	37	10	2	49
BD t2	Ja, immer	18	3	-	21
	Ja, manchmal	7	2	2	11
	Nein	5	2	-	7
	keine Angabe	2	-	-	2
	<i>Total</i>	32	7	2	41
nBa t1	Ja, immer	9	4	-	13
	Ja, manchmal	2	8	-	10
	Nein	7	5	-	12
	keine Angabe	-	-	-	-
	<i>Total</i>	18	17	-	35
PD t1	Ja, immer	3	1	-	4
	Ja, manchmal	4	4	-	8
	Nein	2	2	-	4
	keine Angabe	-	-	-	-
	<i>Total</i>	9	7	-	16

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Leitungen (BD zu t0 und t2; nBa und PD zu t1), ob Betreuungspläne formuliert werden, gekreuzt mit der Angabe zur systematischen Erfassung der Wirkung von Betreuung. Grau unterlegt sind BD, deren Angaben einem wechselseitigen Prozess aus Betreuungsplanung und -Bewertung entsprechen. Rot unterlegte Felder kennzeichnen Einrichtungen mit einem unvollständigen Prozess aus Betreuungsplanung und -Bewertung (Erläuterung im Text).

### Beschwerdemanagement

Entsprechend den Mindestanforderungen des Modellprogramms ist durch BD ein Beschwerdemanagement sicherzustellen und anzuwenden. Dies ist an die besonderen Anforderungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen abzustimmen. Bereits in Kapitel 3.3.5 hat sich gezeigt, dass ein Beschwerdemanagement offenbar in den meisten BD implementiert wird (N = 36 von 40 QM-Handbüchern aus BD), allerdings wird von den wenigsten explizit auf

die besonderen Erfordernisse bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingegangen (nur N = 7 BD mit Äußerungen hierzu; vgl. Kapitel 3.3.5, Tabelle 20).

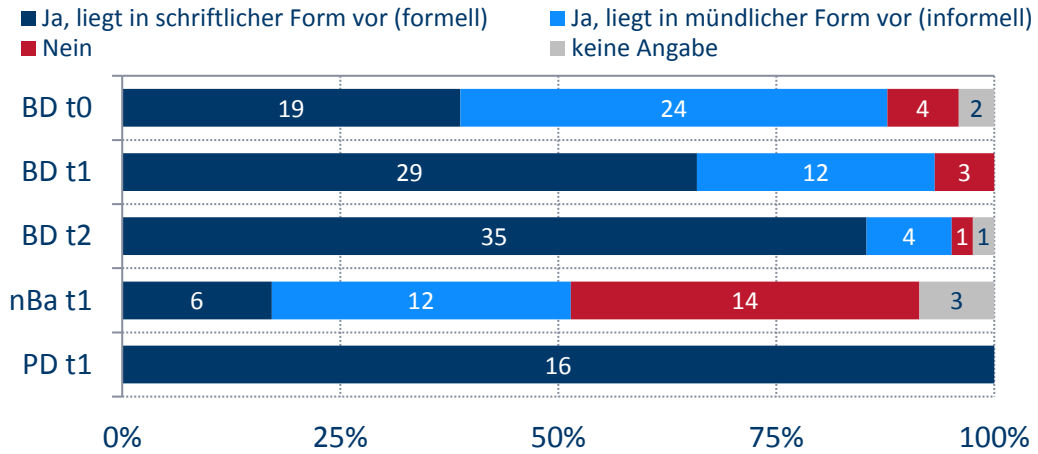
In den schriftlichen Befragungen wird zusätzlich differenziert, ob das Verfahren zum Beschwerdemanagement in schriftlicher Form vorliegt – die schriftliche Regelung des Beschwerdemanagements ist gemäß den Mindestanforderungen des Modellprogramms für BD verbindlich. In BD hat der Anteil der Einrichtungen mit schriftlichen Regelungen zum Beschwerdemanagement von t0 nach t1 signifikant zugenommen ( $\chi^2$ -Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=91)}=6.1, p<.05$ ; siehe Abbildung 79); von t1 nach t2 findet sich ein weiterer Anstieg, der nur knapp die statistische Signifikanz verfehlt ( $\chi^2_{(df=2, N=84)}=5.4, p=.068$ ; siehe Abbildung 79). BD bleiben jedoch anteilig hinter PD zurück, bei denen sämtliche Einrichtungen schriftliche Regelungen zum Beschwerdemanagement zeigen (N = 16); schriftliche Regelungen liegen in BD aber immer noch häufiger vor als in nBa (globaler  $\chi^2$ -Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben für BD t1 vs. nBa t1 und PD t1:  $\chi^2_{(df=4, N=92)}=37.4, p<.001$ ; für BD t2 vs. nBa t1 und PD t1:  $\chi^2_{(df=4, N=88)}=48.7, p<.001$ ).

Die Mitarbeitenden geben mehrheitlich an, dass sie sich ausreichend auf den Umgang mit Beschwerden vorbereitet fühlen. Dabei zeigt sich in den Befragungen der Mitarbeitenden aus BD zu t0 bis t2 kein Unterschied ( $\chi^2$ -Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben zu t1 bis t2:  $p=.090$ ). Zudem unterscheiden sich Angaben ebenso wenig zwischen Mitarbeitenden aus BD und den Vergleichseinrichtungen ( $\chi^2$ -Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben zu t1:  $p=.615$ ).

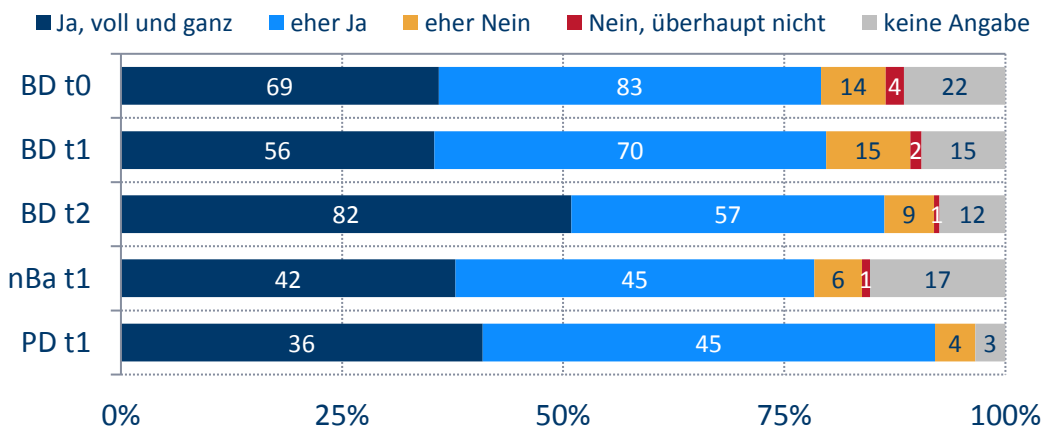
Kreuzt man die Angaben der Mitarbeitenden mit den Angaben der Leitungen, so ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen von (schriftlichen) Regelungen zum Beschwerdemanagement und der Angabe der Mitarbeitenden, ob sie sich ausreichend auf den Umgang mit Beschwerden vorbereitet fühlen (siehe Tabelle 52;  $\chi^2$ -Tests für dichotomisierte Bewertungen der Mitarbeitenden „Ja, voll und ganz“ und „eher Ja“ vs. „Nein, überhaupt nicht“ und „eher Nein“ gekreuzt mit Auskunft der Leitung zum Beschwerdemanagement, separat für BD, nBa und PD:  $p \geq .240$ ). Zumindest für das subjektive Gefühl der Mitarbeitenden, wie gut sie sich auf den Umgang mit Beschwerden vorbereitet fühlen ist so unerheblich, ob überhaupt Regelungen zum Beschwerdemanagement vorliegen.

Abbildung 79: Beschwerdemanagement in den Einrichtungen

Angabe der Leitungen: Existiert eine Regelung zum Umgang mit Beschwerden durch Kunden (sog. "Beschwerdemanagement")?



Angabe Mitarbeitende: Wissen Sie wie Sie auf Beschwerden zu reagieren haben und welche weiteren Schritte notwendig sind?



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden  
 Anmerkung: Angaben der Leitungen zum Vorliegen von Regelungen zum Beschwerdemanagement (oben) bzw. der Mitarbeitenden, wie gut sie sich auf den Umgang mit Beschwerden vorbereitet fühlen (unten) zu t0 (BD), t1 (BD, nBa, PD) und t2 (BD).

Tabelle 52: Vorbereitung auf Beschwerden in Abhängigkeit der Regelungen

Angabe Leitung: Beschwerde- management		Angabe Mitarbeitende: Auf Beschwerden ausreichend vorbereitet?				
		Ja		Nein		keine Angabe
		N	%	N	%	
BD t0	schriftlich	53	35.8%	7	41.2%	9
	mündlich	81	54.7%	7	41.2%	11
	liegt nicht vor	12	8.1%	3	17.6%	-
	keine Angabe	2	1.4%	-	-	1
	<i>Total</i>	148 (100%)		17 (100%)		21
BD t1	schriftlich	89	70.6%	10	58.8%	9
	mündlich	32	25.4%	6	35.3%	6
	liegt nicht vor	5	4.0%	1	5.9%	-
	keine Angabe	-	-	-	-	-
	<i>Total</i>	126 (100%)		17 (100%)		15
BD t2	schriftlich	106	83.5%	6	66.7%	6
	mündlich	16	12.6%	3	33.3%	3
	liegt nicht vor	1	0.8%	-	-	1
	keine Angabe	4	3.1%	-	-	2
	<i>Total</i>	127 (100%)		9 (100%)		12
nBa t1	schriftlich	22	25.3%	2	28.6%	-
	mündlich	37	42.5%	4	57.1%	-
	liegt nicht vor	24	27.6%	1	14.3%	-
	keine Angabe	4	4.6%	-	-	-
	<i>Total</i>	87 (100%)		7 (100%)		0

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitung und Mitarbeitenden zu t0 bis t2

Anmerkung: Spaltenprozent. Abkürzung: t0, Basiserhebung, t1, erste Folgerhebung; t2, 2. Folgerhebung. Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden, ob sie sich ausreichend auf den Umgang mit Beschwerden vorbereitet fühlen („Ja, voll und ganz“ und „eher Ja“ entspricht „Ja“-Spalte; „Nein, überhaupt nicht“ und „eher Nein“ entspricht „Nein“-Spalte). Die Angaben werden mit den Angaben der Leitungen zum Beschwerdemanagement gekreuzt. Angaben für PD sind nicht dargestellt, da sämtliche Einrichtungen angeben, dass Regelungen zum Beschwerdemanagement in schriftlicher Form vorliegen.

### 3.7.3 Weitere Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und –Sicherung

#### Einarbeitungskonzept

Inwiefern eine angemessene Vorbereitung auf die Tätigkeit in den Einrichtungen erfolgt, wird im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das Vorliegen eines Einarbeitungskonzepts bei den Einrichtungsleitungen und der Bewertung der erfolgten Einarbeitung bei den Mitarbeitenden erhoben. Eine angemessene Einarbeitung der Mitarbeitenden ist der erste Schritt, um neue Mitarbeitende für die geltenden Qualitätsmaßstäbe zu sensibilisieren.

In Abweichung zu den bisherigen QM-Maßnahmen, werden die Angaben zum Einarbeitungskonzept bei BD erst ab t1 (statt t0) betrachtet, da zur Basiserhebung noch nicht davon ausgegangen wurde, dass bereits ein vollständig entwickeltes Konzept vorliegt.

Zu t1 wird von der Mehrheit der Führungskräfte der BD angegeben, dass ein Einarbeitungskonzept vorliegt (N = 29 von 44; siehe Abbildung 80); zu t2 hat der Anteil mit Einarbeitungskonzept weiter zugenommen (N = 37 BD von 41; N = 4 weiterhin ohne Einarbeitungskonzept; t1 vs. t2:  $\chi^2_{(df=1, N=85)}=7.2, p<.01$ ). Gegenüber den Vergleichseinrichtungen besteht zu t1 ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2_{(df=4, N=95)}=29.4, p<.001$ ) dahingehend, dass bei nBa seltener ein Einarbeitungskonzept vorliegt; von PD unterscheiden sich BD hingegen nicht signifikant (zu t1:  $p=.353$ ).

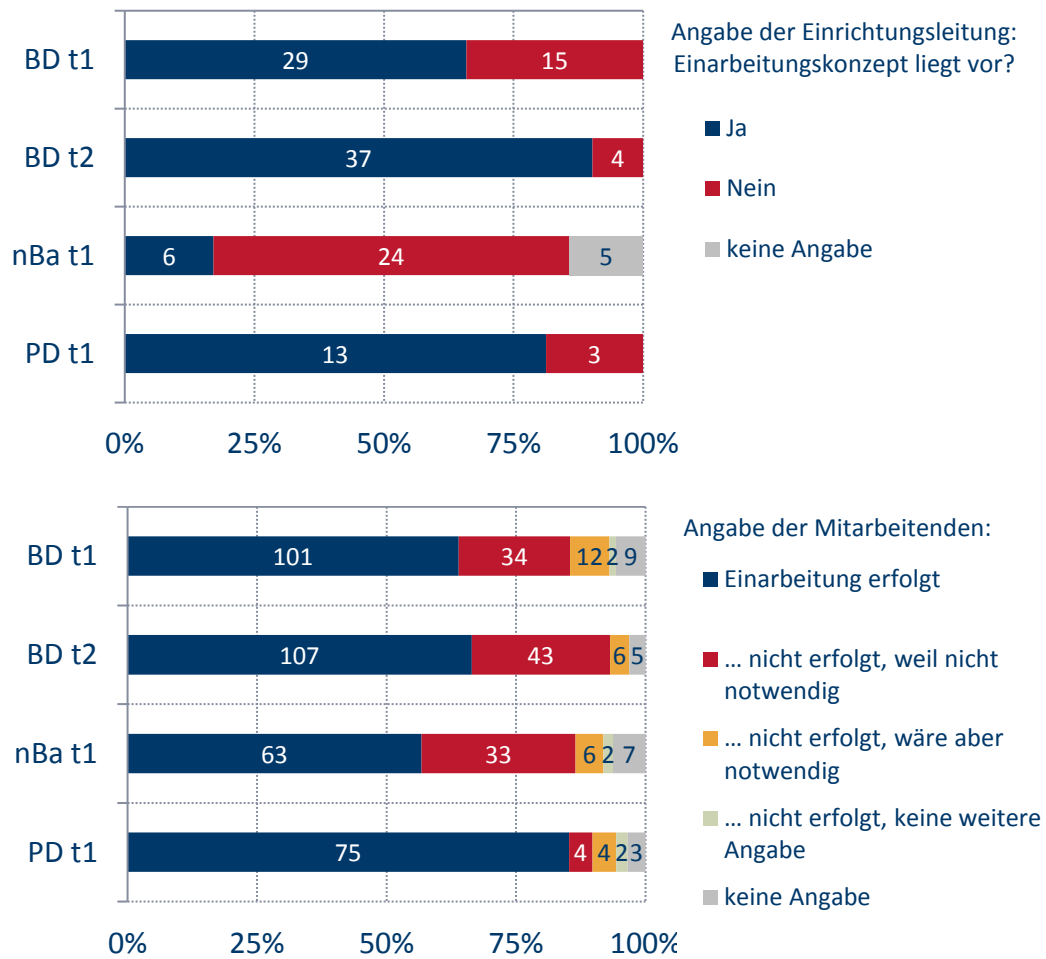
Befragt man die Mitarbeitenden in BD zu t1, wird von ihnen in etwa so häufig wie in nBa (t1) angegeben, dass sie eingearbeitet worden sind (BD t1: N = 101, 63.9%; nBa t1: N = 63, 58.3%); in PD gibt ein insgesamt höherer Anteil der Befragten an, eingearbeitet worden zu sein (PD t1: N = 75, 85.2%; siehe Abbildung 80; globaler Chi<sup>2</sup>-Test für Befragungen zu t1 ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=338)}=18.4, p<.001$ ). Anders als bei den Leitungen, bleibt in BD die Verteilung der Angaben der Mitarbeitenden zur Einarbeitung von t1 nach t2 unverändert ( $p=.523$ ; siehe Abbildung 80).

Bei Berücksichtigung der Mitarbeitenden, die keine Einarbeitung erhalten haben, da ihrer Ansicht nach keine erforderlich war, kann in allen drei Einrichtungstypen von einem in etwa gleich hohen Anteil „eingearbeiteter“ Mitarbeiter ausgegangen werden (siehe Abbildung 80). In BD bleibt die Verteilung der Angaben der Mitarbeitenden, die nicht eingearbeitet wurden, von t1 nach t2 unverändert (N = 43 von 49 Mitarbeitenden „ohne Einarbeitung“ geben an, dass eine Einarbeitung nicht erforderlich gewesen sei; nur N = 6 von 49 geben an, dass sie sich eine Einarbeitung gewünscht hätten; BD t1 vs. t2:  $p=.085$ ).

Betrachtet man die Angaben der Mitarbeitenden in Abhängigkeit der Angaben der Einrichtungsleitungen zum Einarbeitungskonzept, findet sich zu t1 kein signifikanter Zusammenhang (Chi<sup>2</sup>-Tests für jeweils BD, nBa und PD ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $p\geq.560$ ), d.h. ob eine Einarbeitung der Mitarbeitenden stattfindet, ist zu diesem Zeitpunkt unabhängig davon, ob ein Einarbeitungskonzept vorliegt (vgl. Tabelle 53). Für BD ändert sich

dies jedoch zu t2: Hier findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines Einarbeitungskonzepts und der Angabe der Mitarbeitenden, ob sie eingearbeitet wurden ( $\chi^2_{(df=1, N=143)}=6.0, p<.05$ ); dabei befinden sich Mitarbeitende, die nicht eingearbeitet wurden, häufiger in Einrichtungen ohne Einarbeitungskonzept (siehe Tabelle 53).

Abbildung 80: Einarbeitungskonzept und Einarbeitung der Mitarbeitenden



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungen und Mitarbeitenden zu t1 bzw. t2  
 Anmerkung: Angaben der Leitungen zum Vorliegen eines Einarbeitungskonzepts (oben);  
 Angaben der Mitarbeitenden, ob eine Einarbeitung erfolgt ist (unten).

Tabelle 53: Einarbeitung in Abhängigkeit des Einarbeitungskonzepts

Angabe Leitung: Einarbeitungskonzept		Angabe Mitarbeitende: Hat Einarbeitung stattgefunden?				
		Ja		Nein		keine Angabe
		N	%	N	%	
BD t1	liegt vor	70	69.3%	33	68.8%	2
	liegt nicht vor	31	30.7%	15	31.3%	7
	keine Angabe	0	-	0	-	0
	<i>Total</i>	101 (100%)		48 (100%)		9
BD t2	liegt vor	95	96%	37	84.1%	5
	liegt nicht vor	4	4%	7	15.9%	0
	keine Angabe	0	-	0	-	0
	<i>Total</i>	99 (100%)		44 (100%)		5
nBa t1	liegt vor	14	22.2%	9	22.0%	1
	liegt nicht vor	35	55.6%	30	73.2%	4
	keine Angabe	14	22.2%	2	4.9%	2
	<i>Total</i>	63 (100%)		41 (100%)		
PD t1	liegt vor	60	80.0%	8	80.0%	2
	liegt nicht vor	15	20.0%	2	20.0%	1
	keine Angabe	0	-	0	-	-
	<i>Total</i>	75 (100%)		10 (100%)		3

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitung und Mitarbeitenden zu t1 bzw. t2  
 Anmerkung: Spaltenprozent. Abkürzung: t1, erste Folgerhebung; t2, 2. Folgerhebung.  
 Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden, ob sie eingearbeitet wurden. Die Angaben werden mit den Angaben der Leitungen zum Vorliegen eines Einarbeitungskonzepts gekreuzt.

### Dauerhafte Anleitung

Die Anleitung der Mitarbeitenden erfolgt in den Einrichtungen durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte. In BD und nBa handelt es sich gleichermaßen um eine Person mit einem einschlägigen Berufsabschluss im pflegerischen, gesundheitlichen oder sozialen Bereich; allerdings wird in BD zusätzlich eine Leitungsqualifikation analog § 71 SGB XI gefordert (vgl. Kapitel 2.2.1). In PD müssen die Mitarbeitenden durch eine verantwortliche Pflegefachkraft angeleitet werden, die ebenfalls eine Leitungsqualifikation analog § 71 SGB XI aufweist. Die Anleitung der Mitarbeitenden kann im Rahmen von Team- /Dienstbesprechungen, Fallbesprechungen im Team oder Supervisionen durch externe Personen erfolgen.



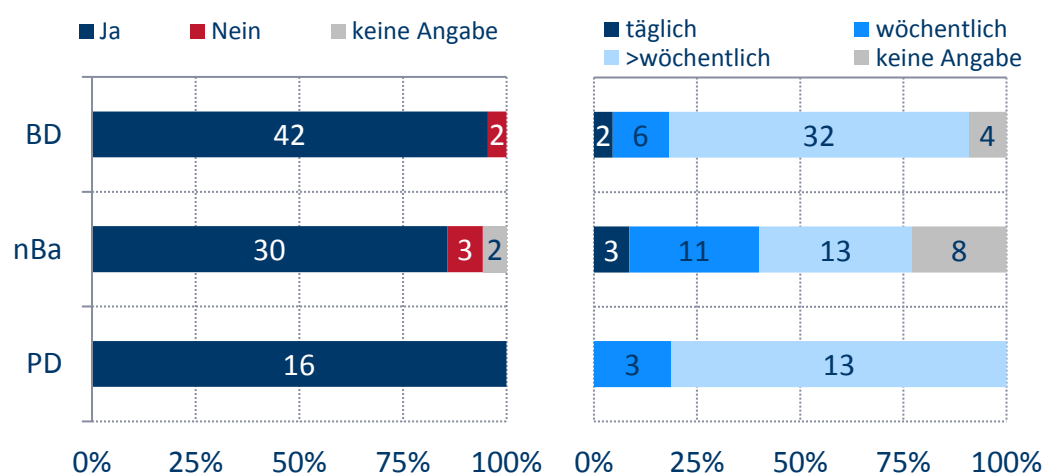
### Team-/Dienstbesprechungen

Die Durchführung von Team-/Dienstbesprechungen in BD wurde sowohl zur Basiserhebung (t0) als auch zur ersten Folgerhebung (t1) bei den Einrichtungsleitungen erhoben, da zu t0 nicht davon ausgegangen wurde, dass die Besprechungen bereits regulär stattfanden.

Zu beiden Erhebungszeitpunkten wird von der großen Mehrheit der Führungskräfte der BD angegeben, dass regelmäßig Team- /Dienstbesprechung stattfinden (t0: N = 47; t1: N = 42). Nur von jeweils zwei Einrichtungen wird dies pro Erhebungszeitpunkt nicht angegeben (t0: N = 1 „Nein“, N = 1 keine Angabe; t1: N = 2 „Nein“). Dabei handelt es sich zu den beiden Zeitpunkten um jeweils andere Einrichtungen. Sämtliche dieser insgesamt vier Einrichtungen ohne regelmäßige Besprechungen zu einem der Erhebungszeitpunkte weisen neben der Leitungskraft und ihrer Stellvertretung weitere Mitarbeitende auf; nur einer der Dienste weist zu t0 noch keine Kunden auf. Warum keine regelmäßigen Besprechungen durchgeführt werden, scheint somit zumindest in drei Fällen nicht an einer (zu) geringen Mitarbeiter- oder Kundenzahl zu liegen.

Von sämtlichen Leitungen der PD werden regelmäßige Team- /Dienstbesprechungen angegeben, was gemäß den Vorgaben der MuG zu erwarten war. Allerdings zeigen auch nBa einen relativ hohen Anteil von Einrichtungen, die regelmäßig Team- /Dienstbesprechungen durchführen (vgl. Abbildung 81). Zudem wird von nBa im Mittel eine höhere Frequenz der Besprechungen angegeben als von BD und PD (seltener Angabe von „alle x Wochen“:  $\chi^2_{(df=2, N=95)}=13.7, p<.001$ ; stattdessen werden häufiger wöchentliche oder gar tägliche Besprechungen angegeben; vgl. Abbildung 81).

Abbildung 81: Regelmäßige Durchführung von Team-/Dienstbesprechungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t1

Anmerkung: Angaben zur regelmäßigen Durchführung von Team- /Dienstbesprechungen (links) und genauen Häufigkeit der Besprechungen (rechts) von Leitung aus BD (N = 44; 4 ohne Angabe zur genauen Häufigkeit), nBa (N = 35; 8 ohne Angaben zur genauen Häufigkeit) und PD (N = 16).

*Mitarbeiterbefragung:* Die Angaben der Mitarbeitenden decken sich insgesamt mit denen der Einrichtungsleitungen, d.h. auch dort gibt die Mehrheit an, dass regelmäßig Team-/Dienstbesprechungen stattfinden (vgl. Tabelle 54). In BD bleiben die Angaben der Mitarbeitenden von t0 nach t1 relativ konstant ( $p=.066$ ), unterscheiden sich aber zwischen t1 und t2 signifikant voneinander ( $\chi^2_{(df=3, N=314)}=13.0, p<.01$ ), da zu t2 deutlich mehr Mitarbeitende angeben, dass regelmäßige Team- /Dienstbesprechungen stattfinden (siehe Tabelle 54).

Beim Vergleich der drei Einrichtungstypen (zu t1) zeigt sich, dass nach Angaben der Mitarbeitenden Team- /Dienstbesprechungen in BD und nBa häufiger unregelmäßig stattfinden; zudem liegt der Anteil von Mitarbeitenden, die angeben, dass keine Dienstbesprechungen durchgeführt werden, in BD etwas höher als in den Vergleichseinrichtungen (globaler Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=4, N=321)}=22.8, p<.001$ ). Zu t2 hat der Anteil der Mitarbeitenden, die angeben, dass regelmäßig Besprechungen durchgeführt werden, in BD zwar deutlich zugenommen; der Anteil, der unregelmäßige Team- /Dienstbesprechungen angibt, bleibt in BD aber größer als in PD (siehe Tabelle 54).

Um die Angaben der Leitungskräfte und Mitarbeitenden auf gegenseitige Konsistenz zu prüfen, werden die Angaben beider Zielgruppen miteinander gekreuzt. Das Ergebnis findet sich in Tabelle 54. Vollständig konsistente Angaben finden sich in 71% der Fälle aus BD zu t0 (N = 131 von 186), in 65% der Fälle aus BD zu t1 (N = 102 von 158) und 81% der Fälle aus BD zu t2 (N = 122 von 150). Dies entspricht jedoch einer relativ konservativen Bewertung, da selbst der Unterschied zwischen der Angabe regelmäßiger und unregelmäßiger Besprechungen als Inkonsistenz gewertet wird. Ist man etwas toleranter und zählt nur die Paarung von Positiv- und Negativ-Antworten zu eindeutig inkonsistenten Angaben (vgl. Tabelle 54), finden sich in BD zu t0 nur in 5% der Fälle (N = 10), zu t1 in 8% der Fälle (N = 12) und zu t2 in 4% der Fälle (N = 6) Inkonsistenzen. In den Vergleichseinrichtungen fallen die Häufigkeiten eindeutig inkonsistenter Angaben ähnlich gering aus wie in BD (Vergleich zu t1:  $p=.332$ ).

Die Angaben der Mitarbeitenden zur Häufigkeit von Team-/Dienstbesprechungen müssen jedoch an den Angaben zur eigenen Teilnahme an diesen Besprechungen relativiert werden. Mitarbeitende, die nur selten an den Besprechungen teilnehmen, sind wahrscheinlich weniger gut in der Lage zu beurteilen, wie häufig sie eigentlich stattfinden. Tatsächlich zeigt sich in den meisten Fällen eindeutig inkonsistenter Angaben, dass die Mitarbeitenden überhaupt keine Angabe machen (können), wie häufig sie an den Besprechungen teilnehmen bzw. angeben, selbst gar nicht an den Besprechungen teilzunehmen (BD zu t0: N = 9 von 10; BD zu t1: N = 12 von 12; BD zu t2: N = 6 von 6; nBa: N = 5 von 5; PD: N = 2 von 2). Es taucht insgesamt nur eine Person mit einer eindeutig inkonsistenten Angabe auf,

die angibt „immer“ an Besprechungen teilzunehmen (in BD zu t0: N = 1 Person, die angibt, dass regelmäßig Besprechungen stattfinden, obwohl die Leitung dies verneint). Die wenigen Inkonsistenzen bei der Einschätzung der Regelmäßigkeit von Team-/ Dienstbesprechungen sind so offenbar auf ein häufigeres Fernbleiben einiger weniger Mitarbeitender von den Besprechungen zurückzuführen.

Tabelle 54: Team-/Dienstbesprechungen gem. Leitung & Mitarbeitenden

Angabe Leitung: regelmäßige Team-/ Dienstbesprechungen		Angabe Mitarbeitende: Finden Besprechungen statt?							
		regelmäßig		unregelmäßig		Nein		keine Angabe	
		N	%	N	%	N	%	N	%
BD t0	Ja	129	69.4%	24	12.9%	9	4.8%	18	9.7%
	Nein	1	0.5%	2	1.1%	-	-	-	-
	k.A.	3	1.6%	-	-	-	-	-	-
<i>Total</i>		186 (100%) <sup>†</sup>							
BD t1	Ja	100	63.3%	34	21.5%	12	7.6%	10	6.3%
	Nein	-	-	-	-	2	1.3%	-	-
	<i>Total</i>	158 (100%)							
BD t2	Ja	122	81.3%	14	9.3%	6	4.0%	5	-
	Nein	2	1.3%	1	0.7%	0	-	0	-
	<i>Total</i>	150 (100%) <sup>†</sup>							
nBa t1	Ja	69	62.2%	19	17.1%	5	4.5%	18	16.2%
	<i>Total</i>	111 (100%)							
PD t1	Ja	76	86.4%	2	2.3%	2	2.3%	8	9.1%
	<i>Total</i>	88 (100%)							

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitung und Mitarbeitenden  
 Anmerkung: % beziehen sich auf Anteil an Total. Abkürzung: t0, Basiserhebung; t1, erste Folgerhebung; t2, 2. Folgerhebung. Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden, in welchem Umfang Team-/Dienstbesprechungen beim BD stattfinden. Die Angaben werden mit den Angaben der Leitungen zur Regelmäßigkeit der Besprechungen gekreuzt (Angaben der Mitarbeitenden zu t0 mit Angaben der Leitungen zu t0; Angaben der Mitarbeitenden zu t1 und t2 mit Angaben der Leitungen zu t1). <sup>†</sup>Zu t0 können N = 6 und zu t2 N = 11 Mitarbeitende keinem BD zugeordnet werden, daher werden Ergebnisse für 186 statt 192 zu t1 bzw. 150 statt 161 Mitarbeitende zu t2 gezeigt. Grau unterlegte Felder kennzeichnen vollständig konsistente Angaben; rot unterlegte Felder kennzeichnen eindeutig inkonsistente Angaben.

### Supervision

Anders als Team-/Dienstbesprechungen, die mehr der internen Koordination von Prozessabläufen dienen, richtet sich „Supervision“ stärker auf die inhaltliche Ausgestaltung von Betreuung. Im Rahmen der Befragungen wird Supervision im

Zusammenhang mit problematischen Betreuungssituationen (Krisensituationen), die eine stärkere fachliche Anleitung erfordern, erhoben.

Von fast allen Leitungskräften der BD wird zu t0 angegeben, dass für Mitarbeitende generell die Möglichkeit zur Supervision besteht, d.h. Probleme in Betreuungssituationen mit einer entsprechend qualifizierten Person zu besprechen (N = 48 von 49; N = 1 ohne Angabe). Zu t1 wird die Frage in BD leicht abgeändert gestellt, d.h. es wird nicht gefragt, ob generell die Möglichkeit besteht, sondern ob diese Möglichkeit innerhalb der letzten sechs Monate von den Mitarbeitenden genutzt wurde. Die Mehrheit der Leitungskräfte (N = 32 von 44) gibt an, dass die Mitarbeitenden diese Möglichkeit bereits genutzt haben. Von N = 12 Leitungskräften wird jedoch zu t1 angegeben, dass diese Möglichkeit in den letzten sechs Monaten nicht genutzt wurde.

In den Vergleichseinrichtungen wird die Frage nach der *generellen* Möglichkeit zur Supervision in den schriftlichen Befragungen der Einrichtungsleitungen zu t1 gestellt. Daher sind nur die Angaben aus BD zu t0 direkt mit denen aus nBa und PD (zu t1) vergleichbar. Hier findet sich in BD (t0) anteilig etwas häufiger als in den Vergleichseinrichtungen (t1) die Angabe, dass generell die Möglichkeit zur Supervision besteht ( $\chi^2_{(df=4, N=100)}=12.0, p<.05$ ; siehe Abbildung 82, oben).

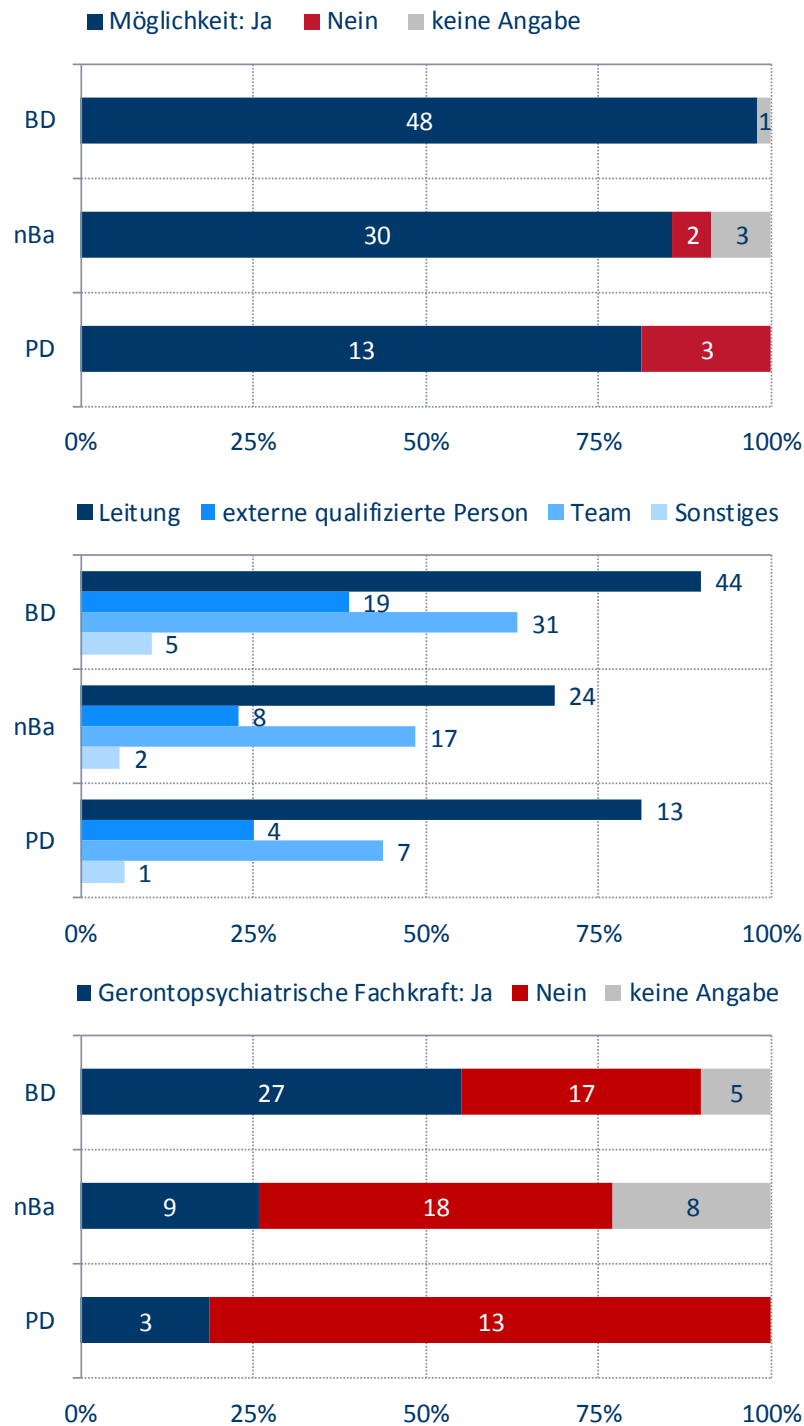
Zumindest numerisch finden sich auch Unterschiede zwischen den drei Einrichtungstypen bzgl. des supervidierenden Personenkreises. In BD und PD besteht häufiger als in nBa die Möglichkeit zur Supervision durch die Leitung ( $\chi^2_{(df=2, N=100)}=6.0, p=.05$ ), allerdings muss hier bedacht werden, dass es sich bei sieben nBa um „Einpersonenunternehmen“ handelt, während BD mindestens einen weiteren und PD mindestens zwei weitere Mitarbeitende aufweisen (vgl. Kapitel 3.4). Interessanter ist daher der Befund, dass es sich bei mindestens einer der supervidierenden Personen in BD häufiger um eine gerontopsychiatrische Fachkraft handelt als in nBa und PD ( $\chi^2_{(df=4, N=100)}=17.1, p<.01$ ).

*Mitarbeiterbefragung:* Die Angaben der Leitungskräfte decken sich insgesamt mit den Angaben der Mitarbeitenden. Auch hier wird von der Mehrheit der Befragten aus BD angegeben, dass generell die Möglichkeit zur Supervision besteht („Besprechung von Problemen mit fachlich qualifizierter Person“ zu t0: N = 174, 90.6% von 192). Nur ein sehr geringer Anteil der Mitarbeitenden verneint dies (zu t0: N = 4, 2.1%; N = 14, 7.3% ohne Angaben).

Etwa die Hälfte der Befragten hat zu t0 eine Supervision auch bereits genutzt (N = 99, 51.6% von 192); zu t1 hat sich dieser Anteil deutlich erhöht auf über 80% der Befragten (N = 130, 82.3% von 158; zu t1 wird gefragt, ob eine Supervision innerhalb der letzten 2 Monate genutzt worden sei). In den Vergleichseinrichtungen zeigen sich zu t1 ähnlich hohe Anteile der Mitarbeitenden, die (innerhalb der letzten 2 Monate) bereits ein supervidierendes Gespräch geführt haben (nBa: N = 84, 75.7%; PD: N = 70, 79.5%;  $p=.881$ ).

---

Abbildung 82: Möglichkeit zur Supervision in den Einrichtungen



Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1

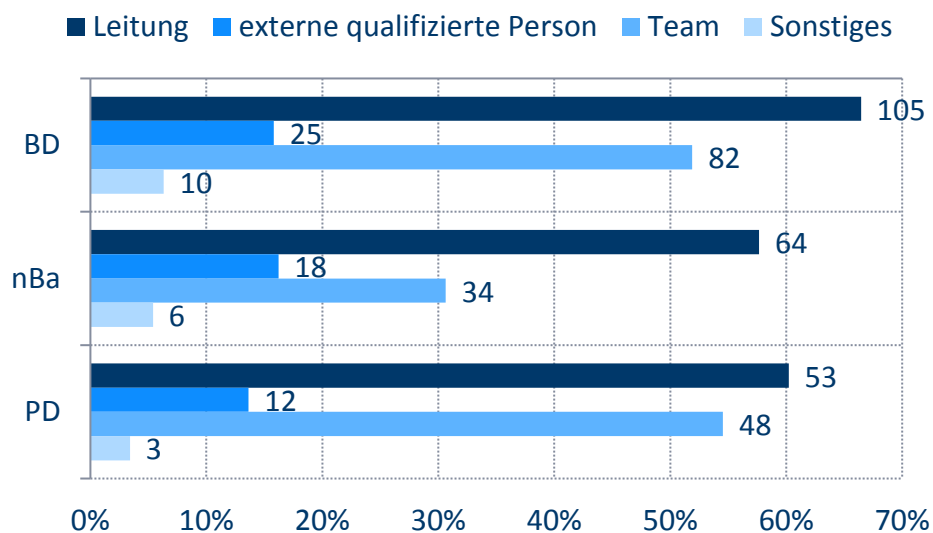
Anmerkung:

Angaben der Leitung aus BD zu t0 (N = 48), nBa und PD zu t1 (N = 35 bzw. 16), ob für die Mitarbeitenden generell die Möglichkeit zur Supervision besteht (oben), mit wem die Supervision möglich ist (Mitte; Mehrfachnennungen) und, ob es sich bei einer der supervidierenden Personen um eine gerontopsychiatrische Fachkraft handelt (unten).

Zu beiden Erhebungszeitpunkten gibt die Mehrheit der Mitarbeitenden in BD an, dass derzeit genug Möglichkeiten zur Supervision geboten werden (t0: N = 148, 77.1% von 192; t1: N = 131, 82.9% von 158); ein nur geringer Prozentsatz verneint dies (t0: N = 11, 5.7%; t1: N = 11, 7.0%) (Personen ohne Angaben t0: N = 33, 17.2%; t1: N = 16, 10.1%). In den Vergleichseinrichtungen gibt ein vergleichbar hoher Anteil an, dass derzeit genug Möglichkeiten zu Supervision geboten werden (nBa: N = 94, 84.7%; PD: N = 74, 84.1%) bzw. ein vergleichbar geringer Anteil gibt an, dass nicht genug Möglichkeiten geboten werden (nBa: N = 8, 7.2%; PD: N = 4, 4.5%) ( $p=.152$ ).

Die Angaben zum supervidierenden Personenkreis decken sich mit den Angaben der Einrichtungsleitungen. Auch von den Mitarbeitenden wird am häufigsten angegeben, dass eine Supervision durch die Einrichtungsleitung erfolgt ist (t1); die nächst häufige Angabe erfolgt für Supervision im Team. Dies findet sich zwar für alle drei Einrichtungstypen, allerdings wird für nBa anteilig seltener als für BD und PD angegeben, dass eine Supervision im Team erfolgt ist ( $\chi^2_{(df=2, N=357)}=15.4, p<.001$ ; siehe Abbildung 83). Dabei ist zu berücksichtigen, dass – anders als BD und PD – einige der nBa (N = 7) überhaupt keine Mitarbeitenden (außer der Fachkraft) haben, womit die Möglichkeit zur Supervision im Team automatisch entfällt.

Abbildung 83: Für Supervision genutzter Personenkreis durch Mitarbeitende



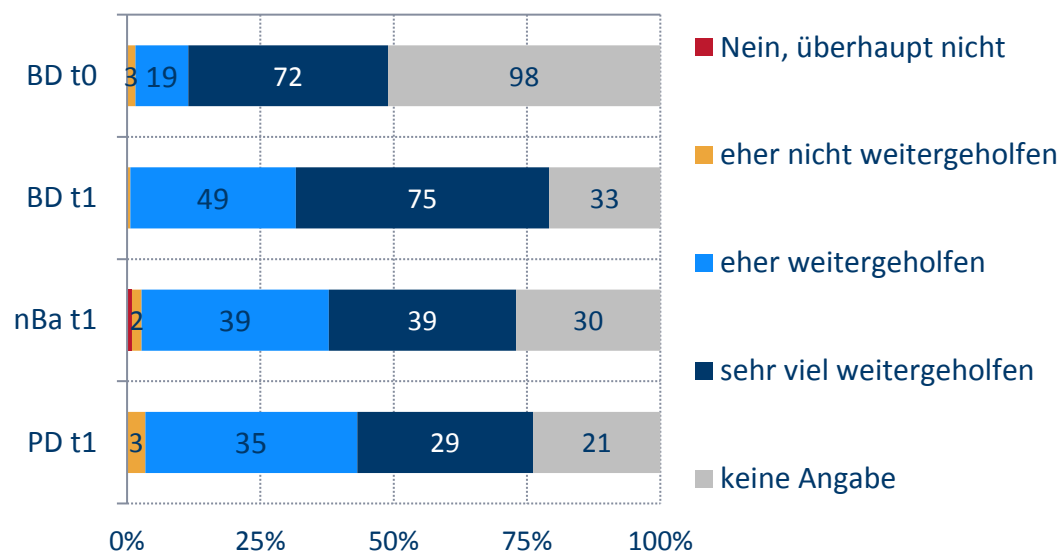
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t1  
 Anmerkung: Mehrfachnennungen. Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zur ersten Folgerhebung (t1), bei welcher Personengruppe sie eine Supervision genutzt haben. % bezieht sich auf N = 158 aus BD; N = 111 aus nBa; N = 88 aus PD.

Von den meisten Mitarbeitenden wird die Supervision als hilfreich empfunden; nur eine sehr geringe Anzahl Mitarbeitende bewertet das Gespräch als (eher) nicht hilfreich (siehe Abbildung 84). Zu t0 fällt in BD der Anteil von Personen, die keine

Bewertung der Supervision vornehmen („keine Angabe“) relativ hoch aus – vermutlich da sich zu diesem Zeitpunkt die BD noch im Aufbau befanden und viele Mitarbeitende noch nicht bzw. gerade erst mit der Tätigkeit begonnen hatten. Zu t1 findet sich bzgl. der Bewertung der Supervision kein Unterschied zwischen den Mitarbeitenden aus BD und den Vergleichseinrichtungen ( $p=.323$ ).

Betrachtet man die Bewertung, wie hilfreich eine Supervision empfunden wurde, in Abhängigkeit der Personengruppen durch die supervidiert wurde (zu t1), so ergeben sich innerhalb BD und nBa keine signifikanten Unterschiede, d.h. die Supervision durch eine bestimmte Personengruppe wird nicht als hilfreicher empfunden als die Supervision durch andere Personengruppen (Chi<sup>2</sup>-Tests berücksichtigen aufgrund der geringen Anzahl von negativen Bewertungen nur die Kategorien „eher weitergeholfen“ und „sehr viel weitergeholfen“:  $p \geq .070$ ). Der größte Unterschied, wenn auch nicht signifikant, zeigt sich dabei in BD für „Supervision durch die Leitung“, die insgesamt als etwas hilfreicher bewertet wird als Supervision durch andere Gruppen (anteilig häufigere Angabe von „sehr viel weitergeholfen“, vgl. Abbildung 85). In PD wird dieser Unterschied als einziger statistisch signifikant ( $\chi^2_{(df=1, N=64)}=4.1$ ,  $p < .05$ ), d.h. im Schnitt bewerten die Mitarbeitenden die Supervision durch die Pflegedienstleitung als hilfreicher als durch andere Personengruppen.

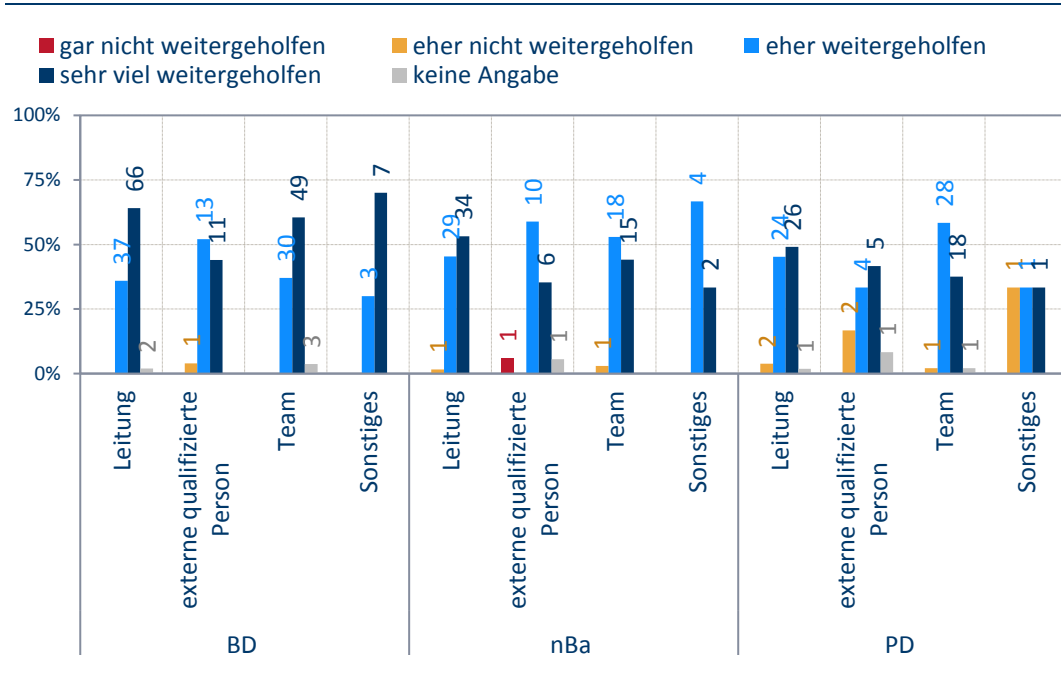
Abbildung 84: Bewertung wie hilfreich Supervision empfunden wurde



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t1

Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zur ersten Folgerhebung (t1); insgesamt N = 158 aus BD; N = 111 aus nBa; N = 88 aus PD.

Abbildung 85: Bewertung der Supervision bei verschiedenen Personengruppen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t1

Anmerkung: Mitarbeitende zur ersten Folgeerhebung (t1), die bewerten wie hilfreich sie die Supervision bei der entsprechenden Personengruppe empfunden haben. Y-Achse entspricht Anteil der Mitarbeitenden mit entsprechender Bewertung an allen Mitarbeitenden, die angeben eine Supervision bei der Personengruppe genutzt zu haben.

### Fallbesprechungen

In Fallbesprechungen wird die Situation des Kunden regelhaft im Team besprochen und analysiert. So kann der Betreuungsplan im Sinne der definierten Ziele bewertet und über etwaige Aktualisierungen abgestimmt werden. Fallbesprechungen stellen neben der Supervision eine weitere fallbezogene Methode dar, um Lösungen zu generieren; fokussieren aber – zumindest gemäß der hier umgesetzten Operationalisierung – weniger auf die fachliche Anleitung bei außerordentlichen Problem- oder Krisensituationen, sondern sind regelmäßiger Bestandteil der Betreuungsplanung und- Bewertung.

Zu t0 und t1 wird für jeweils nur einen BD angegeben, dass keine Fallbesprechungen durchgeführt werden; dabei handelt es sich zu beiden Erhebungszeitpunkten um eine jeweils andere Einrichtung (beide BD befinden sich nach wie vor im Modellprogramm). Bei dem BD ohne Fallbesprechung zu t0 handelt es sich um eine Einrichtung, die zu diesem Zeitpunkt weniger als fünf Kunden und kaum mehr Mitarbeitende als die Leitungskraft und ihre Stellvertretung hat. Bei dem BD zu t1 handelt es sich um eine Einrichtung, die mehr Mitarbeitende als Kunden aufweist. In diesen Einrichtungen werden vermutlich, aufgrund der relativen Größe der Dienste, regelhafte Fallbesprechungen für nicht notwendig erachtet.



Zudem machen drei Einrichtungen zu t0 keine Angaben hinsichtlich Fallbesprechungen; zwei dieser BD haben zu diesem Zeitpunkt noch keine Kunden und führen zu t1 schließlich Fallbesprechungen durch; einer weist eine nur geringfügige Kundenanzahl zu t0 auf und ist zu t1 aus dem Modellprogramm ausgeschieden.

Bei den Vergleichseinrichtungen finden sich nur unter den nBa Einrichtungen, die angeben keine Fallbesprechungen durchzuführen (N = 3; bei sämtlichen dieser Einrichtungen handelt es sich um Einrichtungen mit weiteren Mitarbeitenden). N = 5 nBa machen zu Fallbesprechungen keine Angaben; hierbei handelt es sich aber in sämtlichen Fällen um Einrichtungen, die keine weiteren Mitarbeiter aufweisen („Einpersonenunternehmen“). Bei PD wird von sämtlichen Einrichtungen angegeben, dass Fallbesprechungen durchgeführt werden (N = 16).

Differenziert man die Regelmäßigkeit der Fallbesprechungen (zu t0 und t1 jeweils N = 1 BD bzgl. Regelmäßigkeit nicht berücksichtigt, da keine Fallbesprechungen durchgeführt werden), gibt knapp die Mehrheit der BD an, dass regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt werden (t0: N = 26; t1: N = 23). Etwas weniger geben an, dass die Fallbesprechungen nur bei Bedarf durchgeführt werden (t0: N = 19; t1: N = 20; fehlende Angaben finden sich nur zu t0: N = 3). Ebenso gibt eine geringfügige Mehrheit der PD an (N = 9), dass regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt werden (N = 7 mit bedarfsweise Fallbesprechungen). Von nBa wird hingegen mehrheitlich angegeben (N = 17), dass Fallbesprechungen nur bei Bedarf stattfinden (N = 10 mit regelmäßigen Fallbesprechungen; N = 3 ohne Fallbesprechungen; N = 5 ohne Angaben).

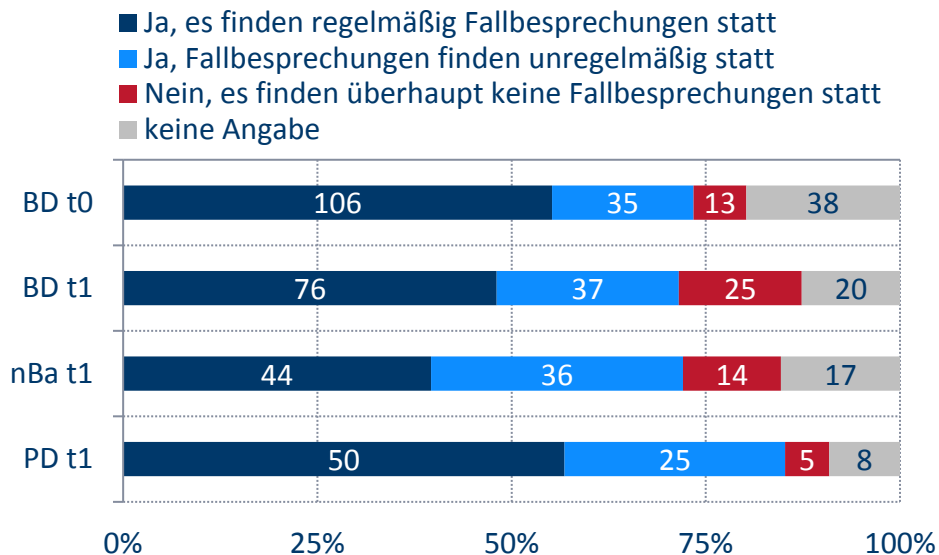
*Mitarbeiterbefragung:* Bei den Befragungen der Mitarbeitenden zeigt sich insgesamt eine ähnliche Verteilung, mit etwa der Hälfte der Befragten in BD, die angibt, dass regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt werden (t0: N = 106, 55.2% von 192; t1: N = 76, 48.1% von 158); rund 20% die angeben, dass diese nur bei Bedarf durchgeführt werden (t0: N = 35, 18.2%; t1: N = 37, 23.4%); und einer Minderheit, die angibt, dass überhaupt keine Fallbesprechungen durchgeführt werden (t0: N = 13, 6.8%; t1: N = 25, 15.8%) (Personen ohne Angaben zu t0: N = 38, 19.8%; zu t1: N = 20, 12.7%). So hat in der Mitarbeiterbefragung der Anteil von Personen, die angeben, dass keine Fallbesprechungen durchgeführt werden, von t0 nach t1 signifikant zugenommen ( $\chi^2_{(df=1, N=292)}=6.0$ ,  $p<.05$ ; Chi<sup>2</sup>-Test berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben).

Zu t2 liegt in BD der Anteil der Mitarbeitenden, die angeben, dass regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt werden, zwar geringfügig höher (N = 97, 60.2%) und der Anteil der Angaben, dass Fallbesprechungen nur unregelmäßig stattfinden, fällt dafür etwas geringer aus (N = 28, 17.4%); der Anteil „ohne Fallbesprechungen“ liegt zu t2 aber immer noch ähnlich hoch wie zu t1 (t2: N = 26, 16.1%; N = 10, 6.2% ohne Angaben); insgesamt unterscheiden sich die Angaben der Mitarbeitenden aus BD nicht zwischen t1 und t2 ( $p=.139$ ).

Bei PD zeigt sich zu t1 gegenüber BD und nBa ein etwas höherer Anteil, der angibt, dass regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt werden. Dafür liegt in BD und

nBa der Anteil ohne Fallbesprechungen etwas höher (t1). Insgesamt verfehlt der Unterschied zwischen den Angaben der Mitarbeitenden aus den drei Einrichtungstypen aber die statistische Signifikanz ( $p=.081$ ).

Abbildung 86: Angaben Mitarbeitende zur Häufigkeit von Fallbesprechungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bzw. t1  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zur Basiserhebung (BD t0) und ersten Folgeerhebung (t1); insgesamt N=192 zu t0 aus BD, N=158 zu t1 aus BD, N=111 aus nBa, N=88 aus PD

Kreuzt man die Angaben der Leitungen mit denen der Mitarbeitenden, sind in BD zu t0 45%, zu t1 42% und zu t2 46% aller Angaben vollständig konsistent (siehe Tabelle 55). Lässt man Inkonsistenzen aufgrund der Unterscheidung von „regelmäßigen Fallbesprechungen“ und „Fallbesprechungen bei Bedarf“ unberücksichtigt, so sind in BD zu t0 8%, zu t1 15% und zu t2 16% aller Angaben eindeutig inkonsistent. In den Vergleichseinrichtungen fallen die eindeutigen Inkonsistenzen ähnlich gering aus (nBa: N = 16, 14.4%; PD: N = 5, 5.7%) und unterscheiden sich in ihrem Anteil nicht wesentlich vom Anteil in BD (zu t1:  $p=.077$ ).

Die Inkonsistenzen bestehen i.d.R. aus der Angabe der Mitarbeitenden, dass keine Fallbesprechungen durchgeführt werden, während die Leitung das Gegenteilige angibt. Diese Inkonsistenzen könnten daher rühren, dass einige Mitarbeitende nicht regelmäßig an den Fallbesprechungen teilnehmen (vgl. Ausführungen zu „Team-/Dienstbesprechungen“), daher auch die genaue Regelmäßigkeit von Fallbesprechungen schlecht einschätzen können. Nur zu t0 geben N = 3 Mitarbeitende aus BD und zu t1 N = 3 Mitarbeitende aus nBa an, dass Fallbesprechungen durchgeführt werden, obwohl die Leitungskraft dies verneint. Zumindest in BD ließe sich dies mit dem zeitlichen Abstand zwischen den

Befragungen beider Zielgruppen während des Aufbaus der Einrichtung erklären (Mitarbeitende wurden erst nach der Leitungskraft befragt); die Fallbesprechungen könnten in einigen wenigen BD erst nach der Befragung der Leitung, jedoch vor Befragung der Mitarbeitenden begonnen haben.

Tabelle 55: Fallbesprechungen gem. Leitung und Mitarbeitenden

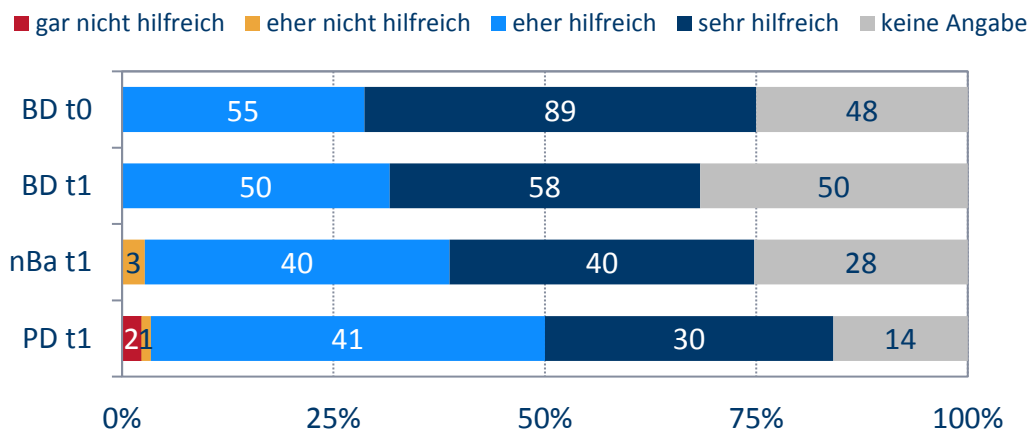
Angabe Leitung: Fallbesprechungen		Angabe Mitarbeitende: Finden Fallbesprechungen statt?							
		regelmäßig		bei Bedarf		Nein		keine Angabe	
		N	%	N	%	N	%	N	%
BD t0	regelmäßig	70	37.6%	19	10.2%	6	3.2%	19	10.2%
	bei Bedarf	25	13.4%	14	7.5%	6	3.2%	19	10.2%
	Nein	2	1.1%	1	0.5%	-	-	-	-
	keine Angabe	5	2.7%	-	-	-	-	-	-
<i>Total</i>		186 (100%) <sup>†</sup>							
BD t1	regelmäßig	48	30.4%	19	12.0%	6	3.8%	7	4.4%
	bei Bedarf	28	17.7%	18	11.4%	18	11.4%	13	8.2%
	Nein	-	-	-	-	1	0.6%	-	-
	<i>Total</i>	158 (100%)							
BD t2	regelmäßig	59	39.3%	15	10.0%	6	4.0%	3	2.0%
	bei Bedarf	31	20.7%	9	6.0%	18	12.0%	7	4.7%
	Nein	-	-	1	0.7%	1	0.7%	-	-
	<i>Total</i>	150 (100%) <sup>†</sup>							
nBa t1	regelmäßig	16	14.4%	9	8.1%	9	8.1%	8	7.2%
	bei Bedarf	27	24.3%	25	22.5%	4	3.6%	9	8.1%
	Nein	1	0.9%	2	1.8%	1	0.9%	-	-
	<i>Total</i>	111 (100%)							
PD t1	regelmäßig	29	33.0%	8	9.1%	2	2.3%	5	5.7%
	bei Bedarf	21	23.9%	17	19.3%	3	3.4%	3	3.4%
	<i>Total</i>	88 (100%)							

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungen und Mitarbeitenden zu t0 bis t2  
 Anmerkung: % beziehen sich auf Anteil an Total. Abkürzung: t0, Basiserhebung; t1, erste Folgeerhebung; t2, 2. Folgeerhebung. Tabelle bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden, in welchem Umfang Fallbesprechungen bei der Einrichtung stattfinden; „Nein“ bedeutet, dass überhaupt keine Fallbesprechungen durchgeführt werden. Die Angaben werden mit den Angaben der Einrichtungsleitung zur Regelmäßigkeit der Besprechungen gekreuzt. <sup>†</sup> Zu t0 können N = 6 und zu t2 N = 11 Mitarbeitende keinem BD zugeordnet werden; daher entspricht die Summe der Fälle zu t0 N = 186 statt 192 und zu t2 N = 150 statt 161. Grau unterlegte Felder kennzeichnen vollständig konsistente Angaben zwischen Leitungskraft und Mitarbeitenden; rot unterlegte Felder kennzeichnen eindeutig inkonsistente Angaben.

Die Fallbesprechungen werden fast ausnahmslos von den Mitarbeitenden als hilfreich bewertet (nur zu t0 und t1 erhoben; siehe Abbildung 87). In BD finden sich keine negativen Bewertungen; in den Vergleichseinrichtungen nur vereinzelt. Lässt man die Anteile fehlender Angaben außer Acht – die zu t1 in BD etwas höher liegen – so findet sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen ( $p=.197$ ).

Betrachtet man die Bewertung der Fallbesprechungen der Mitarbeitenden in Abhängigkeit der Regelmäßigkeit von Fallbesprechungen (gem. Angaben der Einrichtungsleitungen), zeigt sich zumindest für BD und PD tendenziell eine anteilig bessere Bewertung, wenn Fallbesprechungen regelmäßig stattfinden als, wenn sie nur bei Bedarf stattfinden (vgl. Abbildung 88); dieser Unterschied ist aber nur für BD zu t1 statistisch signifikant ( $\chi^2_{(df=1, N=108)}=4.0, p<.05$ ; Chi<sup>2</sup>-Test berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben).

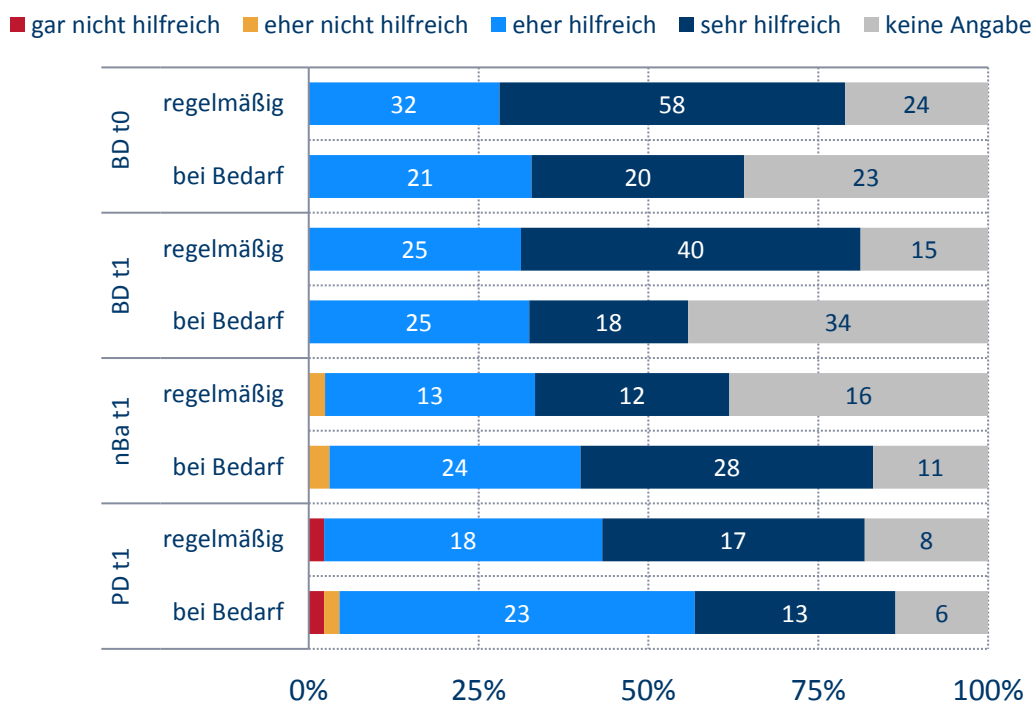
Abbildung 87: Bewertung der Fallbesprechungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden

Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zur Basiserhebung (t0) und ersten Folgerhebung (t1); insgesamt N = 192 zu t0 aus BD, N = 158 zu t1 aus BD, N = 111 aus nBa, N = 88 aus PD.

Abbildung 88: Bewertung Fallbesprechungen in Abhängigkeit der Regelmäßigkeit



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungen und Mitarbeitenden zu t0 bzw. t1  
 Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zur Basiserhebung (BD t0) und ersten Folgeerhebung (t1), wie hilfreich sie die Fallbesprechungen empfinden in Abhängigkeit der Regelmäßigkeit der Fallbesprechungen (gem. Angaben der Einrichtungsleitungen, Y-Achse). X-Achse entspricht Anteil der Mitarbeitenden mit der entsprechenden Bewertung an allen Mitarbeitenden in einer Einrichtung mit der entsprechenden Regelmäßigkeit von Fallbesprechungen. Darstellung berücksichtigt keine Fälle mit fehlenden Angaben oder inkonsistenten Angaben. Insgesamt nahmen N = 192 Mitarbeitende aus BD zu t0, N = 158 Mitarbeitende aus BD zu t1, N = 111 aus nBa und N = 88 aus PD teil.

### Fort-/Weiterbildungen der Mitarbeitenden

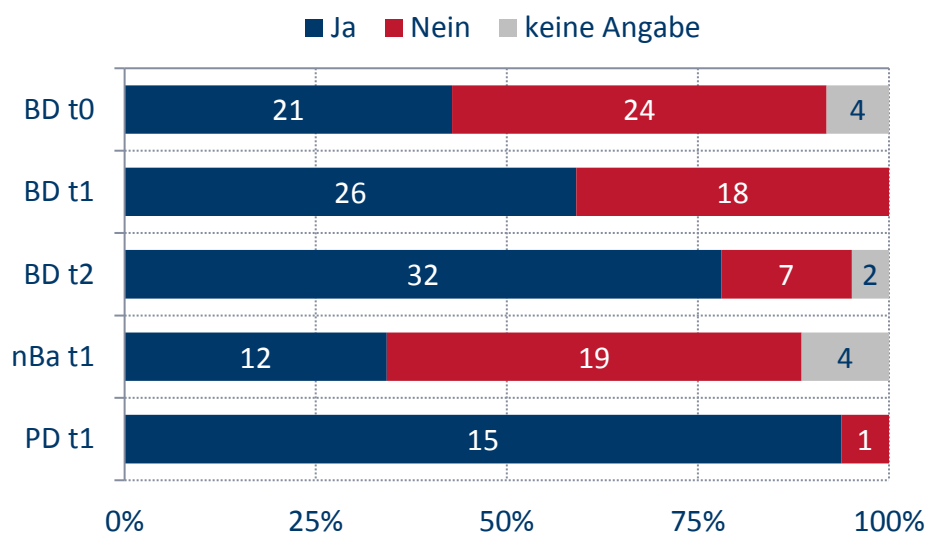
Regelmäßige Fortbildung des Personals ist gemäß den Mindestanforderungen des Modellprogramms für BD bzw. MuG für PD verbindlich. Durch kontinuierliche Fortbildung wird die fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden sichergestellt und weiterentwickelt. Von den Einrichtungen muss ein Fortbildungsplan vorgehalten werden, der sicherstellt, dass alle Mitarbeitenden angemessen in die Fortbildungen eingezogen werden. Eine kontinuierliche Fortbildung ist für Beschäftigte von nBa nicht in gleichem Maße vorgeschrieben.

Aus den BD geben zu t0 weniger als die Hälfte der Leitungskräfte an, dass ein entsprechender Fortbildungsplan vorliegt (N = 21); etwas mehr Leitungskräfte geben an, dass ein solcher Plan noch nicht vorliegt (N = 24; N = 4 ohne Angabe). Zu t1 hat sich die Verteilung etwas zu Gunsten von BD mit Fortbildungsplan verschoben (N = 26) und eine geringere Anzahl gibt nun an, dass kein

entsprechender Plan vorliegt (N = 18); zu t2 hat die Anzahl der Einrichtungen mit Fortbildungsplan weiter zugenommen (t1 vs. t2, Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben :  $\chi^2_{(df=1, N=83)} = 5.2, p < .05$ ), so dass nun N = 32 (von insg. N = 41) angeben, dass ein Fortbildungsplan vorliegt; dass kein solcher vorliegt wird nur noch von N = 7 BD angegeben (N = 2 BD mit fehlenden Angaben).

Abbildung 89 stellt die Angaben der BD den analogen Angaben der Vergleichseinrichtungen gegenüber. Wie deutlich zu erkennen ist, liegt der Anteil der Einrichtungen mit Fortbildungsplan in nBa noch deutlich unter dem Anteil in BD; dahingegen weisen fast sämtliche PD einen Fortbildungsplan auf (Chi<sup>2</sup>-Test zu t1 ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=91)} = 13.2, p < .01$ ). Das Ergebnis der PD ist auf Grundlage der MuG erwartungskonform. BD liegen zu t2 nur noch leicht unter dem Anteil der PD (t1) mit Fortbildungsplan (exakter Test nach Fisher ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $p = .414$ ).

Abbildung 89: Vorliegen eines Fortbildungsplans



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen

Anmerkung: Angaben der Leitung aus BD zu t0 (N = 48), t1 (N = 44) und t2 (N = 41), nBa und PD zu t1 (N = 35 bzw. 16), ob ein Fortbildungsplan vorliegt.

**Mitarbeiterbefragung:** Die Mitarbeitenden wurden befragt, ob sie im Rahmen ihrer Tätigkeit bei der Einrichtung bereits an Fort- /Weiterbildungen teilgenommen haben und wie sie die dortigen Fortbildungsmöglichkeiten bewerten. In BD wurde außerdem gefragt, ob generell mit den Mitarbeitenden darüber gesprochen worden sei, dass sie an Fortbildungen teilnehmen sollen. Dieses Item wurde nur für BD genutzt, da ein Fortbildungsplan in den neu gegründeten Einrichtungen erst entwickelt werden musste, dennoch die Notwendigkeit von Fortbildungen bereits im Vorfeld an Mitarbeitende kommuniziert werden konnte.

Die Mitarbeitenden der BD geben zu sämtlichen Erhebungszeitpunkten (t0, t1, t2) mehrheitlich an, dass mit ihnen darüber gesprochen wurde, dass sie regelmäßig an Fortbildungen teilnehmen sollten (t0: N = 150, 78.1% von 192; t1: N = 125, 79.1% von 158; t2: N = 131, 81.4% von 161). Zu allen drei Zeitpunkten geben nur ca. 13% der Befragten an, dass mit ihnen noch nicht darüber gesprochen worden sei (t0: N = 25, 13.0%; t1: N = 21, 13.3%; t2 = 22, 13.7%) (Personen ohne Angaben zu t0: N = 17, 8.9%; zu t1: N = 12, 7.6%; zu t2: N = 8, 5%); die Angaben unterscheiden sich zwischen den Zeitpunkten nicht voneinander (t0 vs. t1:  $p=.913$ ; t1 vs. t2:  $p=.626$ ).

Im Rahmen ihrer Tätigkeit beim BD haben zu t0 knapp die Hälfte der Befragten an Fortbildungen teilgenommen (N = 94, 49%); zu t1 hat sich dieser Anteil um zehn Prozentpunkte (N = 95, 60.1%) und zu t2 um weitere dreizehn Prozentpunkte erhöht (N = 119, 73.9%). Entsprechend liegt der Anteil der Personen, die angeben, noch nicht an Fortbildungen teilgenommen zu haben zu t0 etwas höher (N = 83, 43.2%) als zu t1 (N = 55, 34.8%) und zu t1 höher als zu t2 (N = 36, 22.4%) (Personen mit fehlenden Angaben zu t0: N = 15, 7.8%; zu t1: N = 8, 5.1%; zu t2: N = 6, 3.7%).

In den Vergleichseinrichtungen findet sich zu t1 noch ein signifikant höherer Anteil von Mitarbeitenden, die bereits an Fortbildungen teilgenommen haben als in BD (Chi<sup>2</sup>-Quadrat-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=338)}=27.9$ ,  $p<.001$ ), zu t2 nähern sich BD dem Niveau in nBa an, bleiben jedoch unter dem in PD (zu t1) (siehe Abbildung 90).

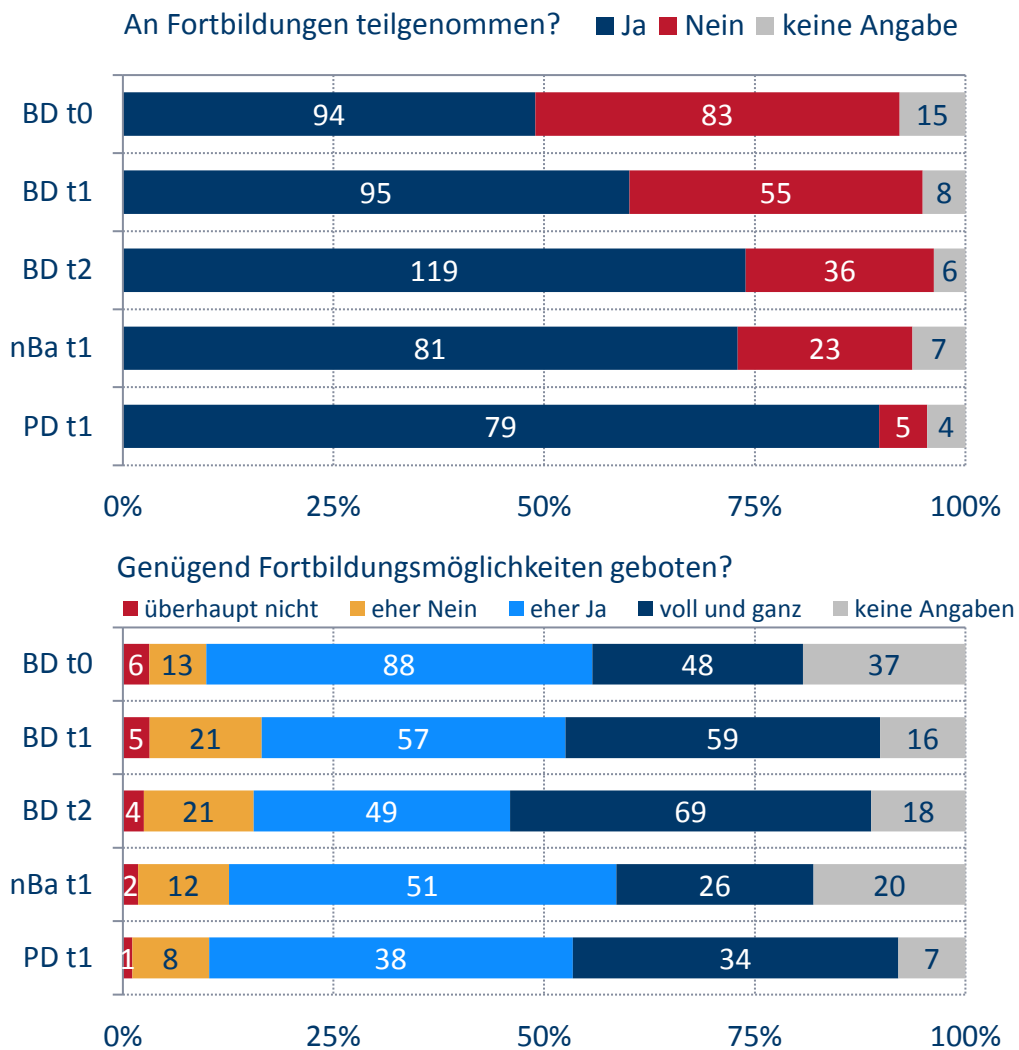
Die Fortbildungsmöglichkeiten beim BD werden insgesamt nur von einer geringen Anzahl der Befragten als nicht ausreichend empfunden (t0: N = 19, 9.9%; t1: N = 26, 16.5%; t2: N = 25, 15.5%); dabei unterscheiden sich die Angaben der Mitarbeitenden zwischen t0 und t1 signifikant voneinander (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=3, N=297)}=9.2$ ,  $p<.05$ ), bleiben aber von t1 nach t2 unverändert ( $p=.684$ ). Der Unterschied zwischen t0 und t1 geht hauptsächlich darauf zurück, dass der Anteil von Personen, die die Fortbildungsmöglichkeiten mit „voll und ganz ausreichend“ bewerten, zugenommen hat.

Abbildung 90 zeigt auch die analogen Bewertungen der Mitarbeitenden aus den Vergleichseinrichtungen. Die Bewertung der Fortbildungsmöglichkeiten unterscheidet sich nicht zwischen den drei Einrichtungstypen (Chi<sup>2</sup>-Test zu t1 ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $p=.093$ ).

Betrachtet man die Angaben der Mitarbeitenden zu den Fortbildungen in Abhängigkeit des Vorliegens eines Fortbildungsplans (Angaben der Leitung), zeigen sich signifikante Zusammenhänge: So wurde zu t1 und t2 in BD, in denen ein Fortbildungsplan vorliegt, mit Mitarbeitenden anteilig häufiger darüber gesprochen, dass sie an Fortbildungen teilnehmen sollen (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben: t1  $\chi^2_{(df=1, N=146)}=9.8$ ,  $p<.01$ ; t2  $\chi^2_{(df=1, N=139)}=8.6$ ,  $p<.01$ ; vgl. Abbildung 91). Zudem haben anteilig mehr Mitarbeitende bereits an Fortbildungen teilgenommen, wenn für den BD ein Fortbildungsplan vorliegt (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben; t0:  $\chi^2_{(df=1, N=166)}=4.6$ ,  $p<.05$ ; t1:  $\chi^2_{(df=1, N=150)}=11.0$ ,  $p<.01$ ; t2:

$\chi^2_{(df=1, N=140)}=35.3, p<.001$ ; vgl. Abbildung 91). Zu t1 und t2 fällt ebenfalls die Bewertung der Fortbildungsmöglichkeiten positiver aus, wenn in den BD ein Fortbildungsplan vorliegt (Chi<sup>2</sup>-Tests ohne Fälle mit fehlenden Angaben; t1:  $\chi^2_{(df=3, N=137)}=10.2, p<.05$ ; t2:  $\chi^2_{(df=3, N=127)}=28.8, p<.001$ ; vgl. Abbildung 91).

Abbildung 90: Teilnahme an Fort-/Weiterbildung und Bewertung der Möglichkeit



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden

Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zur Basiserhebung (t0), ersten Folgerhebung (t1) und zweiten Folgerhebung (t2); insgesamt N = 192 zu t0, N = 158 zu t1 und N = 161 zu t2 aus BD, N = 111 aus nBa zu t1, N = 88 aus PD zu t1.

In nBa (zu t1) fällt der Anteil Mitarbeitender, die bereits an Fortbildungen teilgenommen haben, zwar ebenfalls größer aus, wenn ein Fortbildungsplan vorliegt, allerdings fällt dieser Unterschied nicht statistisch signifikant aus (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $p=.553$ ). Für PD (zu t1) zeigt sich ebenfalls keine vermehrte Teilnahme an Fortbildungen, wenn ein



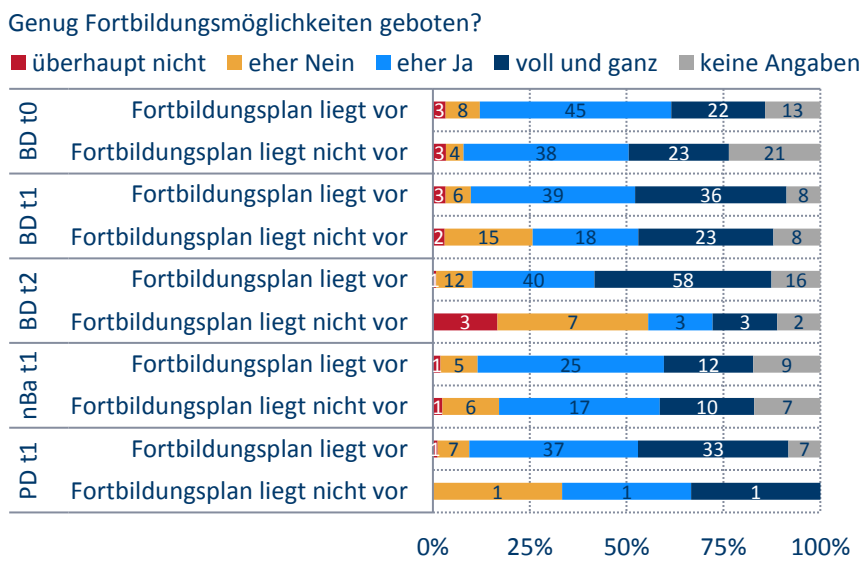
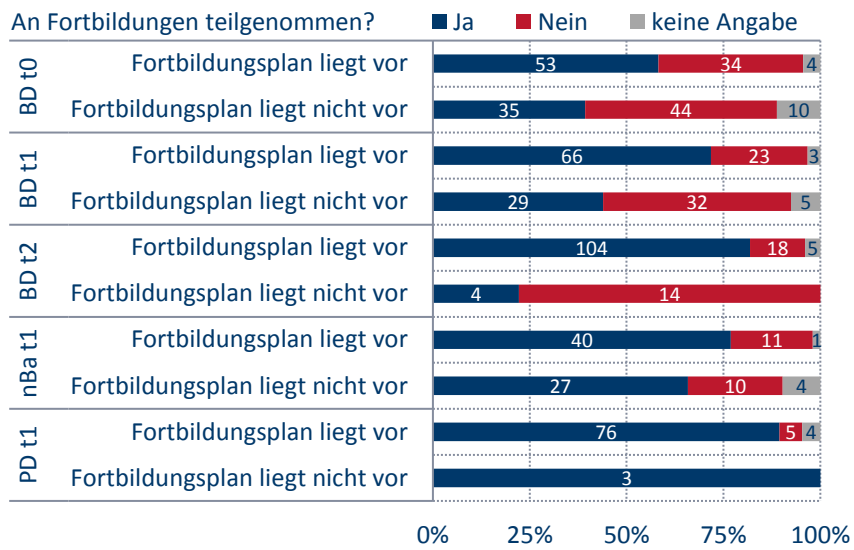
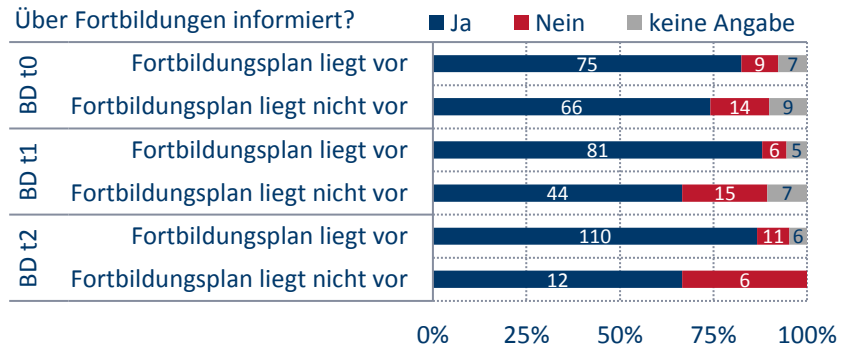
Fortbildungsplan vorliegt ( $p=.657$ ). Zudem zeigt sich weder in nBa noch PD ein Zusammenhang des Vorliegens eines Fortbildungsplans mit der Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit den Fortbildungsmöglichkeiten ( $p=.860$  und  $.582$ ). Allerdings ist für PD zu berücksichtigen, dass es ohnehin nur eine Einrichtung ohne Fortbildungsplan gibt, aus der nur eine sehr geringe Anzahl von Mitarbeitenden stammt; daher ist eigentlich kein sinnvoller Vergleich in Abhängigkeit des Fortbildungsplans möglich.

Zusammenfassend ist bereits zu t1 in den meisten BD die Vorgabe eines Fortbildungsplans umgesetzt. Von t0 über t1 nach t2 ist insgesamt eine Zunahme sowohl des Anteils der BD mit Fortbildungsplan als auch des Anteils der Mitarbeitenden, die bereits an Fortbildungen teilgenommen haben, zu verzeichnen.

Insgesamt kann die Vorgabe eines Fortbildungsplans auf Grundlage der vorliegenden Daten als sinnvoll bewertet werden, da die Analysen zeigen, dass diese Pläne mit vermehrter Teilnahme der Mitarbeitenden an Fortbildungen und erhöhter Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit den Fortbildungsmöglichkeiten einhergehen.

---

Abbildung 91: Fort-/Weiterbildungen für Mitarbeitende nach Status Fortbildungsplan



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungen und Mitarbeitenden

Anmerkung: Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zur Basiserhebung (t0), 1. Folgerhebung (t1) und 2. Folgerhebung (t2) gekreuzt mit Angaben der Einrichtungsleitung, ob zum jeweiligen Zeitpunkt ein Fortbildungsplan vorliegt (Einrichtungen ohne Angabe zum Fortbildungsplan werden in Darstellung nicht berücksichtigt).

### 3.7.4 Ergebnisqualität: Wirksamkeit von Betreuung

Ergebnisqualität wird zum einen über die Zufriedenheit der Kunden bzw. Angehörigen mit den erbrachten Betreuungsleistungen erfasst (siehe dazu Kapitel 3.9). Angaben zur Zufriedenheit unterliegen jedoch häufig Tendenzen sozialer Erwünschtheit (Deckeneffekte) und können die tatsächliche Veränderung (Verbesserung) der Situation nicht immer akkurat abbilden.

Es empfiehlt sich daher zur Messung der Betreuungsqualität, auch auf weitere Kriterien zurückzugreifen. Dies erfolgt im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung v.a. über die Messung der „Wirksamkeit von Betreuung“, die hier den wichtigsten Aspekt der Betreuungs- /Ergebnisqualität darstellt. In diesem Kapitel werden die Wirksamkeit von Betreuung sowie die Auswirkungen der in den letzten beiden Kapiteln behandelten QM-Maßnahmen auf diesen Aspekt der Betreuungsqualität analysiert.

#### Operationalisierung

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wird die Wirksamkeit von Betreuung über ihr primäres Ziel definiert: Die Folgen von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern. In Folge der Pflegebedürftigkeit ist unter anderem mit einer Zunahme der körperlichen sowie psychischen Belastungen sowie einer Minderung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen und (pflegenden) Angehörigen zu rechnen. Dem soll Betreuung entgegenwirken, indem sie gezielt hilft Belastungen zu reduzieren und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten oder zu fördern.

Die Kundenbefragung erfasst dazu die Belastungsreduktion bei Kunden und Angehörigen, indem die aktuelle Belastung bei Nutzung von Betreuungsleistungen (bzw. Leistungen hauswirtschaftlicher Versorgung) der früheren Belastung, als die Einrichtung (die Leistung) noch nicht genutzt wurde, gegenübergestellt wird. Hier wird bei der Instruktion genau darauf geachtet, dass nicht ein Zeitpunkt vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit durch die Antwortenden bewertet wird, sondern ein Zeitpunkt kurz vor erstmaliger Nutzung der Einrichtung; ansonsten könnten die Antwortenden einen relativ beschwerdefreien Zustand zur Referenz wählen, der sich sehr wahrscheinlich auch durch Nutzung von Betreuungsleistungen nicht wiederherstellen ließe.

Die aktuelle und frühere Belastung werden beide in derselben Befragung erhoben, daher handelt es sich um eine indirekte bzw. selbsteingeschätzte Veränderungsmessung (i.S. einer retrospektiven Studie). Eine direkte Veränderungsmessung ist nur im Rahmen der Längsschnittstudie möglich (i.S. einer prospektiven Studie; vgl. Kapitel 4).

---

Für die Erhebung der früheren und aktuellen Belastung wird eine fünfstufige Ratingskala genutzt (0 = gar nicht; 1 = ein wenig; 2 = mäßig; 3 = deutlich; 4 = stark). Darüber hinaus wird die frühere und aktuelle „Lebensqualität“ auf einer 10-stufigen Ratingskala von 0 („das schlechteste Leben“) bis 10 („das beste Leben“) erhoben. Dieses Format entspricht der Cantril-Ladder, einem weit verbreiteten Instrument zur Messung von Lebensqualität<sup>27</sup>. Die Entwicklung der Items zur Erfassung der Belastung und Lebensqualität in der Kundenbefragung ist an anderer Stelle genauer beschrieben<sup>28</sup>.

Das Ergebnis der Kundenbefragung zur Belastung und Lebensqualität ist in Tabelle 56 dargestellt (gemeinsame Darstellung über Erhebungszeitpunkte und Einrichtungstypen). Insgesamt ist festzustellen, dass die Belastung sowohl der Kunden als auch der Angehörigen zum Zeitpunkt *ohne* Nutzung von Betreuungsleistungen durchschnittlich höher angegeben wird als zum Zeitpunkt der Nutzung. Ebenso ist die Lebensqualität der Kunden und Angehörigen zum Zeitpunkt *ohne* Nutzung geringer als zum Zeitpunkt *mit* Nutzung. Dies schlägt sich in einer *positiven* Differenz der früheren relativ zur aktuellen *Belastung* und einer *negativen* Differenz der früheren relativ zur aktuellen *Lebensqualität* nieder. Sämtliche dieser Differenzen sind im T-Test statistisch signifikant (d.h. Differenzen sind von Null signifikant verschieden; Belastungsreduktion Kunde:  $t_{(df=704)}=15.4$ ,  $p<.001$ ; Belastungsreduktion Angehörige:  $t_{(df=690)}=14.4$ ,  $p<.001$ ; Zunahme Lebensqualität Kunde:  $t_{(df=810)}=-22.9$ ,  $p<.001$ ; Zunahme Lebensqualität Angehörige:  $t_{(df=332)}=-12.4$ ,  $p<.001$ ). Demnach ist anzunehmen, dass die Nutzung von Betreuungsleistungen (bzw. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung) zur Reduktion der Belastung und Steigerung der Lebensqualität der Kunden und Angehörigen beigetragen hat.

---

<sup>27</sup> OECD. OECD Guidelines on measuring subjective well-being. OECD Publishing, 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>

<sup>28</sup> Bewertungsinstrument für Betreuungsleistungen (BBL). Entwicklung eines Messverfahrens zur Bewertung von Betreuungsleistungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung nach § 125 SGB XI. IGES Institut GmbH, August 2015.

---

Tabelle 56: Belastungsempfinden und Lebensqualität in der Kundenbefragung

	M	SD	MDN	Min	Max	N	k.A.
derzeitige Belastung Kunde (mit Nutzung)	1.6	1.2	0	4	1	738	214
frühere Belastung Kunde (ohne Nutzung)	2.4	1.4	0	4	3	713	239
Belastungsveränderung Kunde	0.9	1.5	-4	4	0	705	247
derzeitige Belastung Angehörige (mit Nutzung)	1.6	1.3	0	4	2	709	243
frühere Belastung Angehörige (ohne Nutzung)	2.4	1.5	0	4	3	697	255
Belastungsveränderung Angehörige	0.8	1.5	-4	4	0	691	261
derzeitige Lebensqualität Kunde (mit Nutzung)	5.8	2.2	0	10	6	831	121
frühere Lebensqualität Kunde (ohne Nutzung)	3.4	2.4	0	10	3	819	133
Veränderung Lebensqualität Kunde	-2.4	3.0	-10	8	-2	811	141
derzeitige Lebensqualität Angehörige (mit Nutzung)	6.4	2.2	0	10	7	338	139
frühere Lebensqualität Angehörige (ohne Nutzung)	4.0	2.7	0	10	4	335	142
Veränderung Lebensqualität Angehörige	-2.4	3.5	-10	8	-2	333	144

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Abkürzungen: M, arithmetisches Mittel; MDN, Median; SD, Standardabweichung; Min, Minimum; Max, Maximum; N, Anzahl der Fälle mit Angaben; k.A., keine Angabe (missing). Werte beziehen sich auf Angaben in den Kundenbefragungen zur Belastung auf 5-stufiger (von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „stark“) und zur Lebensqualität auf 10-stufiger Ratingskala (von 0 = „schlechtestes Leben“ bis 10 = „bestes Leben“). Gemeinsame Darstellung für Kunden aus BD, nBa und PD zu t1 und t2. Insgesamt nahmen N = 952 Personen an der Befragung teil; „Lebensqualität der Angehörigen“ wurde nur zu t2 erfasst (insgesamt N = 477 Befragungsteilnehmer).

In separaten T-Tests pro Einrichtungstyp zeigt sich, dass fast alle Veränderungsparameter (Outcomes) statistisch signifikant ausfallen (signifikant von 0 verschieden sind; BD: Belastungsveränderung Kunde  $t_{(df=526)}=15.8$ ,  $p<.001$ ; Belastungsveränderung Angehörige  $t_{(df=517)}=13.5$ ,  $p<.001$ , Veränderung Lebensqualität Kunde  $t_{(df=601)}=-19.2$ ,  $p<.001$ , Veränderung Lebensqualität Angehörige  $t_{(df=243)}=-11.0$ ,  $p<.001$ ; nBa: Belastungsveränderung Kunde  $t_{(df=111)}=3.2$ ,  $p<.01$ ; Belastungsveränderung Angehörige  $t_{(df=109)}=4.5$ ,  $p<.001$ , Veränderung Lebensqualität Kunde  $t_{(df=127)}=-8.6$ ,  $p<.001$ , Veränderung Lebensqualität Angehörige  $t_{(df=60)}=-5.2$ ,  $p<.001$ ; PD: Belastungsveränderung Angehörige

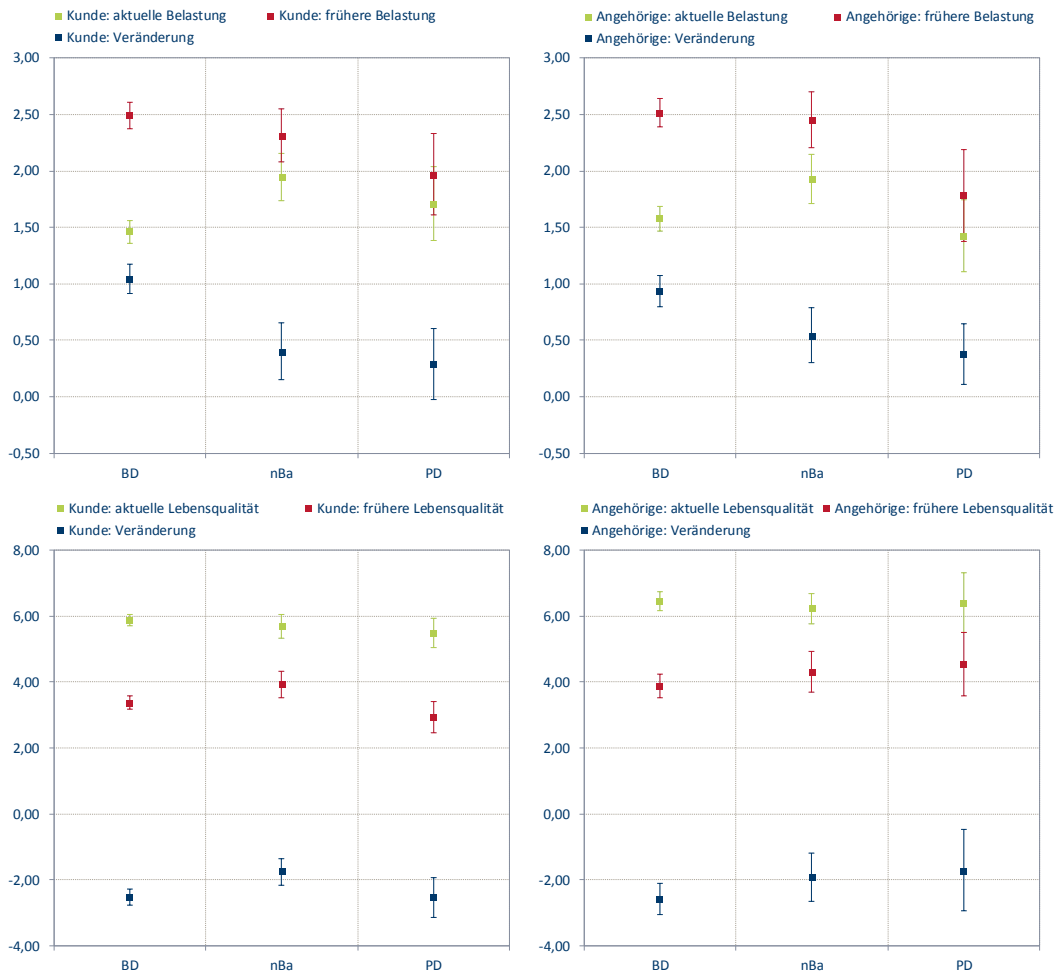
$t_{(df=62)}=2.8$ ,  $p<.001$ , Veränderung Lebensqualität Kunde  $t_{(df=80)}=-8.4$ ,  $p<.001$ , Veränderung Lebensqualität Angehörige  $t_{(df=27)}=-2.8$ ,  $p<.01$ ); damit verfehlt nur ein Outcome-Parameter in PD knapp die statistische Signifikanz (Belastungsveränderung Kunde  $t_{(df=65)}=1.8$ ,  $p=.071$ ).

Betrachtet man die Parameter in Anhängigkeit des Einrichtungstyps (ANOVAs mit Einrichtungstyp als unabhängige Variable) zeigt sich, dass Kunden aus BD früher im Durchschnitt stärker belastet waren als Kunden aus Vergleichseinrichtungen ( $F_{(2,710)}=4.7$ ,  $p<.01$  mit  $BD > PD$  im Bonferroni-approximierten Paarvergleich,  $p<.05$ ; vgl. Abbildung 92). Dafür sind Kunden aus BD aktuell geringer belastet als Kunden aus Vergleichseinrichtungen ( $F_{(2,735)}=8.1$ ,  $p<.001$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität Analyse mit ebenfalls signifikantem Welch-Test,  $p<.001$ , wiederholt; mit  $BD < nBa$  im Paarvergleich nach Games-Howell,  $p<.001$ ; vgl.

Abbildung 92). Dies schlägt sich in einer durchschnittlich stärkeren Belastungsreduktion bei Kunden aus BD gegenüber Kunden aus Vergleichseinrichtungen nieder ( $F_{(2,702)}=14.5$ ,  $p<.001$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität Analyse mit ebenfalls signifikantem Welch-Test,  $p<.01$ , wiederholt; mit  $BD > nBa$  und  $PD$  im Paarvergleich nach Games-Howell,  $p<.001$ ; vgl. Abbildung 92). Darüber hinaus wird die frühere Lebensqualität der Kunden in  $nBa$  höher bewertet als in  $BD$  und  $PD$  ( $F_{(2,816)}=4.8$ ,  $p<.01$  mit  $nBa > BD$  und  $PD$  im Bonferroni-approximierten Paarvergleich,  $p<.05$ ; vgl. Abbildung 92), während sich die aktuelle Lebensqualität der Kunden nicht zwischen den Einrichtungstypen unterscheidet ( $p=.265$ ); entsprechend fällt die Differenz der früheren zur aktuellen Lebensqualität (Verbesserung der Lebensqualität) in  $BD$  höher aus als in  $nBa$  ( $F_{(2,808)}=3.5$ ,  $p<.05$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität Analyse mit ebenfalls signifikantem Welch-Test,  $p<.01$ , wiederholt; mit  $BD > nBa$  im Paarvergleich nach Games-Howell,  $p<.01$ ; vgl. Abbildung 92).

Bei den Angehörigen treten ebenfalls Unterschiede bzgl. der früheren Belastung ( $F_{(2,694)}=7.0$ ,  $p<.01$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität mit Welch-Test wiederholt,  $p<.01$ ) und derzeitigen Belastung auf ( $F_{(2,706)}=4.3$ ,  $p<.05$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität mit Welch-Test wiederholt,  $p<.01$ ); hier zeigt sich eine höhere frühere Belastung in  $BD$  und  $nBa$  als in  $PD$  (paarweise Vergleiche nach Games-Howell,  $p<.05$ ) und eine geringere aktuelle Belastung in  $BD$  und  $PD$  als in  $nBa$  (paarweise Vergleiche nach Games-Howell,  $p<.05$ ); entsprechend fällt die Belastungsreduktion der Angehörigen in  $BD$  höher aus als in den Vergleichseinrichtungen ( $F_{(2,688)}=6.1$ ,  $p<.01$ ; aufgrund fehlender Varianzhomogenität mit Welch-Test wiederholt,  $p<.001$ ; mit  $BD > PD$  und  $nBa$  im Paarvergleich nach Games-Howell,  $p<.05$ ; vgl. Abbildung 92). Bzgl. Lebensqualität ergeben sich für Angehörige keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen ( $p\geq.235$ ).

Abbildung 92: Belastungsempfinden und Lebensqualität nach Einrichtungstyp



Quelle:

IGES; schriftliche Kundenbefragung in BD, nBa und PD zu t1 und t2

Anmerkung:

Gemeinsame Darstellung für Kundenbefragungen zu t1 und t2 (gemeinsame Mittelwerte). Obere Grafiken zeigen Mittelwerte der fünfstufigen Ratingskala (0 = „gar keine“ bis 4 = „starke Belastung“)  $\pm$  Konfidenzintervall für aktuelle und frühere Belastung sowie deren Differenz für Kunden (links) und Angehörige (rechts) getrennt nach Einrichtungstyp. Untere Grafiken zeigen Mittelwerte der zehnstufigen Ratingskala (0 = „schlechtestes Leben“ bis 10 = „bestes Leben“)  $\pm$  Konfidenzintervall für aktuelle und frühere Lebensqualität sowie deren Differenz für Kunden (links) und Angehörige (rechts) getrennt nach Einrichtungstyp. Fallzahlen für Kunden/Angehörige: BD Belastung aktuell N = 550/532, früher N = 534/522, Veränderung N = 527/518; BD Lebensqualität aktuell N = 616/246, früher N = 607/245, Veränderung N = 602/244; nBa Belastung aktuell N = 116/111, früher N = 112/110, Veränderung N = 112/110; nBa Lebensqualität aktuell N = 129/61, früher N = 129/62, Veränderung N = 128/61; PD Belastung aktuell N = 72/66, früher N = 67/65, Veränderung N = 66/63; PD Lebensqualität aktuell N = 86/31, früher N = 83/28, Veränderung N = 81/28.

Insgesamt ergibt sich das Bild, dass sich in BD und nBa vermehrt Kunden und Angehörige befinden, die ursprünglich stärker belastet waren als Kunden bzw. Angehörige aus PD. Dabei findet sich die stärkste Belastungsreduktion für Kunden und Angehörige aus BD, d.h. durch die Nutzung von BD konnte die Belastung stärker als in den Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) reduziert werden, so dass Kunden bzw. Angehörige in BD aktuell weniger belastet erscheinen als in der Vergleichseinrichtung (nBa). Die Wirksamkeit von Betreuung (bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung) scheint so in BD höher auszufallen als in Vergleichseinrichtungen. Bzgl. Lebensqualität ergeben sich nur für Kunden Unterschiede: Kunden in BD und PD litten früher unter einer stärker geminderten Lebensqualität als Kunden aus nBa; die Verbesserung der Lebensqualität der Kunden fällt in BD und PD aber größer aus als in nBa, so dass sich die aktuelle Lebensqualität nicht mehr zwischen den drei Einrichtungstypen unterscheidet.

An dieser Stelle wird betont, dass die Items zur Erfassung der Belastungsreduktion sich auf Belastungen durch sog. „betreuungsrelevante Problemlagen“ beschränken (siehe Kapitel 3.5.2). Damit kann nicht der Anspruch erhoben werden, die Outcome-Parameter reflektierten eine insgesamt höhere Wirksamkeit der BD gegenüber den Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) auf das körperliche und psychische Wohlbefinden. Auf Grundlage der vorliegenden Daten kann nur eine erhöhte Wirksamkeit für die Reduzierung der Belastung durch die abgebildeten betreuungsrelevanten Problemlagen angenommen werden.

### **Auswirkungen auf die Ergebnisqualität**

In der Folge wird die Betreuungsqualität i.S. der Wirksamkeit von Betreuung (Outcome) auf Zusammenhänge mit unterschiedlichen Kunden- und Einrichtungsmerkmalen untersucht. Dies soll erlauben genauer zu bestimmen, welche Kunden besonders von den Betreuungsleistungen profitieren und welche Einrichtungsmerkmale mit einer besonders hohen Wirksamkeit einhergehen.

Entsprechend dem ökosystemischen Rahmenmodell (vgl. Kapitel 2.1) sind moderierende Einflüsse auf die Ergebnisqualität auf unterschiedlichen Ebenen möglich. An dieser Stelle interessieren v.a. moderierende Einflüsse, die mit Merkmalen der Kunden (Mikrosystem Kunde) und mit Prozessen und Strukturen innerhalb der Einrichtungen (Mesosystem Einrichtung) sowie bei der konkreten Ausgestaltung der Betreuung (Exosystem Kunde und Einrichtung) in Zusammenhang stehen.

#### *Kundenmerkmale*

In der Folge wird zunächst der Einfluss wichtiger Kundeneigenschaften (Selbstauskunft durch Kunden bzw. Angehörige zu: Alter, Geschlecht, Pflegestufe/-grad, Einschränkung der Alltagskompetenz, Vorliegen einer demenziellen Erkrankung/körperlichen Behinderung/geistigen Behinderung/psychischer Erkrankung/anderen Einschränkung) auf die Outcome-Parameter (Belastungsreduktion bzw. Veränderung der Lebensqualität der Kunden bzw. Angehörige) untersucht. Dazu werden Belastungsreduktion und Veränderung der

---



Lebensqualität als abhängige Variablen (AV) mit den Kundeneigenschaften als effektkodierte unabhängige Variablen (UV) in linearen Regressionsmodellen untersucht. Fälle mit fehlenden Angaben für irgendeine der einzuschließenden Variablen werden von der Analyse ausgeschlossen (listenweiser Fallausschluss), d.h. nicht sämtliche Teilnehmer der Kundenbefragung können in die Regressionsanalyse eingeschlossen werden.

Folgende effektkodierte Variablen werden bei der Regressionsanalyse berücksichtigt („-1“ kennzeichnet die Referenzkategorie bei der Effektkodierung):

- Geschlecht: weiblich (1), männlich (-1)
- Alter:
  - bis 1940 geboren (1),
  - bis 1965 geboren (1)
  - bis 1990 geboren (1)
  - nach 1990 geboren (-1)
- Pflegestufe:
  - Pflegestufe 0: liegt vor (1),
  - Pflegestufe I: liegt vor (1),
  - Pflegestufe II: liegt vor (1),
  - Pflegestufe III: liegt vor (1),
  - keine Pflegestufe (-1)
- Einschränkung der Alltagskompetenz: liegt vor (1), liegt nicht vor (-1)
- Demenzielle Erkrankung: liegt vor (1), liegt nicht vor (-1)
- Körperliche Behinderung: liegt vor (1), liegt nicht vor (-1)
- Geistige Behinderung: liegt vor (1), liegt nicht vor (-1)
- Psychische Erkrankung: liegt vor (1), liegt nicht vor (-1)
- Andere Erkrankung/Einschränkung: liegt vor (1), liegt nicht vor (-1)

Für Alter und Pflegestufe werden mehrere effektkodierte Variablen gebildet, um sämtliche Ausprägungen abzubilden. Bei den übrigen Variablen handelt es sich um dichotome Variablen, die jeweils eine effektkodierte Variable erfordern. Tabelle 57 zeigt das vorläufige Ergebnis der Regressionsanalysen; da auch „Einschränkung der Alltagskompetenz“ und „Pflegestufe“ in das Modell eingeschlossen werden, beschränken sich die Analysen lediglich auf Kundenbefragungen zu t1.

Für Kunden mit Demenz, KB oder GB zeigt sich im Mittel eine stärkere Belastungsreduktion als für Kunden für die diese Einschränkungsarten nicht angegeben werden. Für Angehörige von Kunden mit einer Demenz oder KB zeigt sich im Mittel ebenfalls eine stärkere Belastungsreduktion als wenn diese Einschränkungen nicht angegeben werden. Zudem zeigt sich für Angehörige von Kunden, die nach 1965 bis 1990 geboren sind („bis 1990 geboren“ in Tabelle 57), eine im Mittel stärkere Belastungsreduktion. Hingegen zeigt sich für Angehörige von Kunden mit EA im Mittel eine geringere Belastungsreduktion.

Für den Parameter der Lebensqualität zeigen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge, allerdings verfehlen „Geburtsjahr nach 1965 bis 1990“ und KB nur knapp die statistische Signifikanz; auch hier deuten die Regressionsgewichte

auf eine stärkere Verbesserung der Lebensqualität, wenn diese Merkmale vorliegen.

Tabelle 57: Regressionsanalysen zur Auswirkung von Kundeneigenschaften auf Betreuungsqualität (t1)

	Veränderung Belastung Kunde (N = 243)			Veränderung Belastung Angehörige (N = 254)			Veränderung Lebensqualität Kunde (N = 288)		
	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.
Konstante	.798	.087	.000	.752	.093	.000	-2.38	.169	.000
bis 1940 geboren	.006	.051	.905	-.072	.056	.193	.037	.099	.707
bis 1965 geboren	-.037	.036	.310	-.031	.037	.410	-.020	.071	.784
bis 1990 geboren	.033	.021	.118	.055	.023	<u>.016</u>	-.078	.041	.057
Geschlecht (w)	.053	.044	.223	-.024	.046	.611	.020	.086	.817
PS I	-.014	.045	.757	-.036	.047	.449	-.083	.088	.346
PS II	.062	.041	.128	.068	.043	.116	.074	.078	.340
PS III	-.004	.024	.858	-.034	.028	.215	.100	.051	.054
PS 0	-.026	.030	.390	-.014	.031	.657	-.045	.060	.457
EA	-.071	.042	.097	-.100	.045	<u>.027</u>	-.134	.085	.116
Demenz	.261	.062	<u>.000</u>	.300	.066	<u>.000</u>	.077	.115	.503
KB	.126	.052	<u>.016</u>	.140	.055	<u>.013</u>	-.188	.099	.058
GB	.078	.034	<u>.024</u>	.014	.037	.708	.024	.068	.718
Psych. Erkrankung	.070	.037	.061	.075	.040	.064	-.071	.071	.322
Andere Einschränkung	-.019	.030	.524	.012	.032	.709	.047	.057	.410

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1

Anmerkung: Signifikante p-Werte sind unterstrichen. Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz; w, weiblich; PS, Pflegestufe; EA, Einschränkung der Alltagskompetenz; KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; psych. Erkrankung, psychische Erkrankung. Der Regressionskoeffizient der jeweiligen Referenzkategorie wird nicht gezeigt; er entspricht aufgrund der Effektkodierung dem Abstand der Summe der ausgewiesenen Regressionskoeffizienten einer Variablen von Null (zu einer Variablen gehörende effektkodierte Variablen sind durch Rahmenlinien voneinander getrennt).

Numerisch fallen die Regressionskoeffizienten der Kundeneigenschaften jedoch relativ gering aus. Dagegen zeigt die Konstante des Regressionsmodells eine Belastungsreduktion von ca. 0.8; d.h., dass sich die Belastungsbewertung bei Nutzung einer Einrichtung im Mittel um fast eine Kategorie verbessert, z.B. eine

deutliche Belastung (3) reduziert sich auf eine nur noch mäßige Belastung (2). Der höchste Regressionskoeffizient der Personenvariablen liegt dagegen bei gerade mal 0,3, d.h. konkret, dass sich die Belastungsreduktion bei Vorliegen einer demenziellen Erkrankung nur unwesentlich weiter steigert als durch die generell festzustellende Verbesserung (Konstante). Dasselbe gilt für die Veränderung der Lebensqualität: Gegenüber der generellen Verbesserung der Lebensqualität, die bei Nutzung der Einrichtungen zu verzeichnen ist, zeigen die Personenmerkmale nur geringfügige Einflüsse.

Um die Stichprobengröße für die Analyse zu erhöhen, wird in der Folge auch die Kundenbefragung zu t2 berücksichtigt. Zu t2 wird allerdings „Einschränkung der Alltagskompetenz“ nicht weiter erhoben, entfällt so als Einflussgröße für das Regressionsmodell. Außerdem werden zu t2 Pflegegrade statt Pflegestufen erhoben. Zur Vereinheitlichung werden die zu t1 erfassten Pflegestufen nach dem folgenden Schema in Pflegegrade umgerechnet: keine PS = PG 1; PS 0 = PG 2; PS I – EA = PG 2; PS I + EA = PG 3; PS II – EA = PG 3; PS II + EA = PG 4; PS III – EA = PG 4; PS III + EA = PG 5.

Die Ergebnisse der mit dem Gesamtdatensatz (Kundenbefragung t1 + t2) wiederholten Regressionsanalysen finden sich in Tabelle 58 (die Fallzahlen der effektkodierten Variablen in den Modellen finden sich in Tabelle 87 im Anhang). Aufgrund der insgesamt größeren Stichprobe, sind die Befunde der Regressionsanalysen mit dem Gesamtdatensatz als die belastbareren anzusehen. Einige der mit dem Teildatensatz (t1) gefundenen Zusammenhänge lassen sich mit dem Gesamtdatensatz bestätigen: Die Belastungsreduktion ist weiterhin für Kunden mit demenziellen Erkrankungen oder KB und deren Angehörige besonders deutlich ausgeprägt; allerdings findet sich kein Zusammenhang mit GB; stattdessen zeigt sich nun für Kunden mit psychischen Erkrankungen bzw. deren Angehörige eine signifikant höhere Belastungsreduktion. Zudem wird der Zusammenhang des Geburtsjahres „nach 1965 bis 1990“ mit einer höheren Belastungsreduktion – neben Angehörigen – nun auch für Kunden statistisch signifikant. Dagegen zeigen Kunden mit „Geburtsjahr bis 1940“ eine im Mittel signifikant geringere Belastungsreduktion.

Mit dem Gesamtdatensatz zeigen sich erstmals auch signifikante Zusammenhänge für die Veränderung der Lebensqualität (Lebensqualität der Angehörigen wurde zu t2 erstmalig erfasst): Hier gehen Geburtsjahre „nach 1940 bis 1990“ mit einer stärkeren Verbesserungen der Lebensqualität der Kunden, wohingegen Geburtsjahre „bis 1940“ mit einer geringeren Verbesserung der Lebensqualität sowohl der Kunden als auch der Angehörigen einhergehen; zudem geht KB mit einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität der Kunden und psychische Erkrankung mit einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität sowohl der Kunden als auch Angehörigen einher (siehe Tabelle 58). Darüber hinaus zeigen sich Zusammenhänge des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) mit der Veränderung der Lebensqualität: PG 3 geht im Mittel mit einer stärkeren Verbesserung, PG 5 mit einer im Mittel geringeren Verbesserung der Lebensqualität sowohl der Kunden als auch der Angehörigen einher. Zudem zeigt

sich für Angehörige weiblicher Kunden eine stärkere Verbesserung der Lebensqualität (siehe Tabelle 58).

Tabelle 58: Regressionsanalysen zur Auswirkung von Kundeneigenschaften auf Betreuungsqualität (t1 und t2)

	Veränderung Belastung Kunde (N = 548) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Belastung Angehörige (N = 535) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Kunde (N = 627) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Angehörige (N = 278) <sup>t2</sup>		
	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.
Konstante	.828	.061	.000	.804	.063	.000	-2.45	.113	.000	-2.35	.202	.000
bis 1940 geb.	-.068	.035	.054	-.089	.036	<u>.014</u>	.225	.064	<u>.001</u>	.268	.119	<u>.025</u>
bis 1965 geb.	.007	.027	.796	-.006	.028	.824	-.174	.051	<u>.001</u>	-.122	.094	.197
bis 1990 geb.	.037	.015	<u>.015</u>	.032	.015	<u>.028</u>	-.073	.027	<u>.007</u>	-.073	.043	.089
Geschl. (w)	.038	.030	.207	.005	.031	.882	-.068	.056	.228	-.240	.100	<u>.017</u>
PG1	.001	.014	.934	.017	.014	.216	-.017	.026	.507	.003	.042	.940
PG2	-.008	.030	.795	-.015	.031	.627	.040	.056	.483	-.020	.109	.854
PG3	.008	.030	.796	.010	.031	.745	-.159	.054	<u>.003</u>	-.225	.097	<u>.021</u>
PG4	.012	.024	.622	.024	.026	.357	-.027	.045	.545	.086	.080	.288
PG5	-.016	.017	.336	-.031	.018	.089	.157	.032	<u>.000</u>	.124	.060	<u>.040</u>
Demenz	.129	.040	<u>.001</u>	.179	.041	<u>.000</u>	-.041	.073	.573	-.145	.135	.282
KB	.072	.035	.039	.071	.036	<u>.049</u>	-.177	.064	<u>.006</u>	-.006	.113	.961
GB	.005	.023	.848	-.019	.025	.466	.032	.044	.468	.118	.089	.187
Psych. E.	.058	.022	<u>.010</u>	.060	.023	<u>.009</u>	-.118	.042	<u>.005</u>	-.132	.062	<u>.035</u>
Andere E.	.009	.023	.693	.023	.025	.353	-.019	.042	.655	-.114	.085	.184

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Signifikante p-Werte sind unterstrichen. Fallzahlen der effektkodierten Variablen finden sich in Tabelle 87 im Anhang. Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz; Geschl., Geschlecht; w, weiblich; PG, Pflegegrad; KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych. E., psychische Erkrankung; Andere E., andere Einschränkung. Der Regressionskoeffizient der jeweiligen Referenzkategorie wird nicht gezeigt; er entspricht aufgrund der Effektkodierung dem Abstand der Summe der ausgewiesenen Regressionskoeffizienten einer Variablen von Null (zu einer Variablen gehörende effektkodierte Variablen sind durch Rahmenlinien voneinander getrennt). „Veränderung der Lebensqualität der Angehörigen“ wurde zu t2 erstmals erfasst.

Das Muster der erhöhten Wirksamkeit der BD gegenüber den Vergleichseinrichtungen bleibt auch dann bestehen, wenn man die

Kundenmerkmale aus Tabelle 58 als Kontrollvariablen mit „Einrichtungstyp“ (effektkodierte Variable) in gemeinsamen Regressionsmodellen berücksichtigt (vgl. Tabelle 88 im Anhang). Damit wäre die erhöhte Wirksamkeit der BD auf die Outcome-Parameter nicht durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Kunden bedingt, sondern könnte mit spezifischen Strukturen und Prozessen zusammenhängen.

#### *Prozesse und Strukturen (Einrichtungsvariablen)*

Um die Auswirkung umgesetzter QM-Maßnahmen (vgl. Kapitel 3.7.1 bis 3.7.3) zu analysieren, wird auch ihr Einfluss auf die Belastungsreduktion bzw. die Veränderung der Lebensqualität in Regressionsmodellen geschätzt. Die Outcome-Parameter werden wieder als abhängige Variablen (AV) mit den QM-Maßnahmen als effektkodierte unabhängige Variablen (UV) in ein lineares Regressionsmodell eingeschlossen.

Die UV werden durch die Antworten der Leitungen definiert (Zeitpunkt der Angabe durch die Leitung findet sich in der folgenden Liste in Klammern hinter den Variablen). Angaben der Leitungen zu t1 definieren i.d.R. die UV für die Kundenbefragung zu t1, Angaben der Leitung zu t2 die UV für die Kundenbefragung zu t2. Soweit zu t1 oder t2 die entsprechenden Angaben von der Leitung nicht erhoben wurden, wird auf Angaben der unmittelbar vorhergehenden Leitungsbefragung zurückgegriffen, d.h. Angaben der Leitung zu t0 gelten für die Kundenbefragung zu t1 und Angaben der Leitung zu t1 gelten für die Kundenbefragung zu t2. Fälle mit fehlenden Angaben für irgendeine der einzuschließenden Variablen werden von der Analyse ausgeschlossen (listenweiser Fallausschluss); dadurch ist nicht jede der ursprünglichen Kategorien der UV mit Fällen besetzt („Durchführung von Team- /Dienstbesprechungen“ kann bei der Analyse deshalb nicht berücksichtigt werden, da sich sämtliche Kunden im Datensatz der Kundenbefragung in Einrichtungen befinden, die angeben regelmäßig solche Besprechungen durchzuführen). Folgende Variablen und Kategorien werden in die Regressionsanalyse eingeschlossen („-1“ kennzeichnet die Referenzkategorie bei der Effektkodierung):

- Supervision generell durch Mitarbeitende genutzt (Angabe BD, nBa, PD zu t1): „Ja“ (1); „Nein“ (-1)
- Supervision durch gerontopsychiatrische Fachkraft durch Mitarbeitende genutzt (Angabe BD, nBa, PD zu t1): „Ja“ (1); „Nein“ (-1)
- Vertretung
  - ... erfolgt durch eigene Mitarbeitende des BD (Angabe zu t1): „Ja“ (1); „Nein“ (-1)
  - ... der Mitarbeitenden erfolgt durch Kooperationen (Angabe zu t1): „Ja“ (1); „Nein“ (-1)
  - ... ist nicht in jedem Fall sichergestellt (Angabe zu t1): „Ja“ (1); „Nein“ (-1)
- Fallbesprechungen werden durchgeführt (Angabe BD, nBa, PD zu t1):
  - „regelmäßig“ (1); „finden nicht statt“ (-1)

- „bei Bedarf“ (1); „finden nicht statt“ (-1)
- Beratung vor Vertragsabschluss (Angabe BD zu t0; nBa, PD zu t1): „Ja, immer, bei jedem Kunden“ (1); „Ja, auf Wunsch“ (-1)
- Verbindliche Verfahrensweisen für Erstbesuch (Angabe zu BD t0; nBa, PD zu t1): „Ja“ (1); „Nein“ (-1)
- Formulierung eines Betreuungsplans vor Leistungserbringung (Angabe BD zu t0 und t2; nBa, PD zu t1): „Ja“ (1); „Nein“ (-1)
- Wirkungserfassung der Betreuung erfolgt (Angabe BD zu t0 und t2; nBa, PD zu t1):
  - bei jedem Kunden: „Ja, bei jedem“ (1); „Nein, erfolgt gar nicht“ (-1)
  - bei manchen Kunden (t0): „Ja, bei manchen“ (1); „Nein, erfolgt gar nicht“ (-1)
- Fortbildungsplan liegt vor (Angabe BD zu t1 und t2; nBa, PD zu t1): „Ja“ (1); „Nein“ (-1)
- Betreuungsdokumentation (Angabe BD zu t0 und t2; nBa, PD zu t1)
  - immer: „Ja, wird immer geführt“ (1); „Nein, wird nicht geführt“ (-1)
  - manchmal: „Ja, wird bei besonderen Anlässen geführt“ (1); „Nein, wird nicht geführt“ (-1)
- Berufliche Ausgangsqualifikation der Leitung (Angabe BD, nBa, PD zu t1 und t2)
  - Pflegefachkraft: „Ja“ (1); „Nein, anderer im Gesundheitswesen“ (-1)
  - anderer „typischer“ Berufsabschluss im gesundheitlich-sozialen Bereich(zu t1): „Ja“ (1); „ „Nein, anderer im Gesundheitswesen“ (- 1)
- Einrichtungstyp (über Erhebungszeitpunkte t0 bis t2 konstant):
  - BD (1); PD (-1)
  - nBa (1); PD (-1)

Für die Variablen „Vertretung“, „Fallbesprechungen“, „Wirkungserfassung“, „Betreuungsdokumentation“, „berufliche Ausgangsqualifikation der Leitung“ und „Einrichtungstyp“ müssen jeweils mehrere effektkodierte Variablen gebildet werden, um sämtliche Ausprägungen der ursprünglichen Variablen abzubilden. Bei den übrigen Variablen handelt es sich um dichotome Variablen, die jeweils eine effektkodierte Variable erfordern.

Tabelle 59 zeigt das Ergebnis der Regressionsanalysen (Fallzahlen der effektkodierten Variablen sind Tabelle 89 im Anhang zu entnehmen). Zwar fallen die Regressionsgewichte – verglichen mit der generellen Verbesserung, die durch Nutzung der Einrichtungen zu verzeichnen ist (Konstante) – wieder relativ gering aus; in der Summe können die QM-Variablen aber durchaus einen Wechsel zwischen Kategorien vorhersagen. Signifikante Effekte finden sich für:

- Veränderung Belastung der Kunden
  - Verstärkte Belastungsreduktion (positive  $\beta$ ):
    - Supervision durch gerontopsychiatrische Fachkraft, Vertretung bei Ausfall erfolgt durch Kooperationspartner bzw. ist nicht in

- jedem Fall sichergestellt; Fallbesprechungen erfolgen regelmäßig, Wirkungserfassung erfolgt immer (bei jedem Kunden), anderer „typischer“ gesundheitlich-sozialer Berufsabschluss der Leitung;
- Verringerte Belastungsreduktion (negative  $\beta$ )
    - Fallbesprechungen erfolgen bei Bedarf, Wirkungserfassung erfolgt nur manchmal (bei manchen Kunden), Betreuungsdokumentation wird nach jeder Betreuung (immer) geführt, Leitung ist Pflegefachkraft;
  - Veränderung Belastung der Angehörigen
    - Verstärkte Belastungsreduktion (positive  $\beta$ ):
      - Vertretung bei Ausfall ist nicht in jedem Fall sichergestellt, Fallbesprechungen erfolgen regelmäßig, Wirkungserfassung erfolgt immer (bei jedem Kunden), anderer „typischer“ gesundheitlich-sozialer Berufsabschluss der Leitung;
    - Verringerte Belastungsreduktion (negative  $\beta$ ):
      - Fallbesprechungen erfolgen bei Bedarf, Wirkungserfassung erfolgt bei Bedarf, Leitung ist Pflegefachkraft;
  - Veränderung Lebensqualität der Kunden
    - Verstärkte Steigerung der Lebensqualität (negative  $\beta$ )
      - anderer „typischer“ gesundheitlich-sozialer Berufsabschluss der Leitung;
    - Verringerte Steigerung der Lebensqualität (positive  $\beta$ )
      - Fallbesprechungen erfolgen bei Bedarf, Leitung ist Pflegefachkraft;
  - Veränderung Lebensqualität der Angehörigen
    - Verstärkte Steigerung der Lebensqualität (negative  $\beta$ )
      - anderer „typischer“ gesundheitlich-sozialer Berufsabschluss der Leitung;
    - Verringerte Steigerung der Lebensqualität (positive  $\beta$ )
      - Leitung ist Pflegefachkraft.

Demnach steht eine regelmäßiger bzw. häufigere Umsetzung der QM-Maßnahmen „Fallbesprechungen“ und „Wirkungserfassung“ mit einer erhöhten Wirksamkeit von Betreuung in Zusammenhang; dies betrifft sowohl Parameter der empfundenen Belastung als auch der Lebensqualität (hier nur Fallbesprechungen). Durch den direkten Bezug der beiden QM-Maßnahmen zur Betreuungsplanung- und Ausgestaltung (regelmäßige Reflektion über Betreuungssituationen im Rahmen von Fallbesprechungen; kontinuierliche Überprüfung der Wirkung von Betreuung) scheint unmittelbar nachvollziehbar, wie sie zu einer erhöhten Wirksamkeit von Betreuung i.S. der Belastungsreduktion und Steigerung der Lebensqualität von Betroffenen beitragen können. Dies gilt ebenso für den Befund der erhöhten Belastungsreduktion bei Kunden, wenn die Mitarbeitenden durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft supervidiert werden.

Auch, dass die Sicherstellung der Versorgung durch Kooperationspartner bei kurzfristigem Ausfall von Personal mit einer erhöhten Wirksamkeit von Betreuung (verringertem Belastungsempfinden) einhergeht, scheint nachvollziehbar: Die Zuverlässigkeit der Leistungserbringung könnte die empfundene Entlastung, zumindest zu einem gewissen Anteil, mitbestimmen; je besser man sich darauf verlassen kann, dass Betreuung zu den vereinbarten Terminen stattfindet, desto mehr Sicherheit könnte dies den Betroffenen im täglichen Umgang mit betreuungsrelevanten Problemlagen geben.

Tabelle 59: Regressionsanalysen zur Auswirkung von QM-Maßnahmen auf Betreuungsqualität

Variable (Kategorie)	Veränderung Belastung Kunde (N = 409) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Belastung Angehörige (N = 395) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Kunde (N = 465) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Angehörige (N = 179) <sup>t2</sup>		
	$\beta$	SE	Sig	$\beta$	SE	Sig	$\beta$	SE	Sig	$\beta$	SE	Sig
Konstante	.834	.056	.000	.848	.059	.000	-2,42	.123	.000	-2.48	.212	.000
Supervision generell (Ja)	-.004	.026	.875	.049	.029	.094	-.011	.063	.857	-.035	.106	.741
Supervision g. FK (Ja)	.160	.042	<u>.000</u>	.043	.044	.327	-.105	.091	.248	-.163	.228	.475
Vertretung eig. MA (Ja)	.021	.018	.228	.036	.019	.052	-.008	.040	.850	-.105	.077	.176
Vertretung Koop. (Ja)	.046	.018	<u>.013</u>	.005	.020	.811	-.035	.039	.361	.048	.080	.550
Vertretung n. sicher (Ja)	.141	.040	<u>.000</u>	.154	.045	<u>.001</u>	.057	.088	.516	-.147	.260	.573
Fallbesprech. regelm.	.087	.040	<u>.031</u>	.197	.046	<u>.000</u>	-.165	.092	.074	-.083	.198	.674
Fallbesprech. Bedarf	-.092	.039	<u>.017</u>	-.190	.043	<u>.000</u>	.213	.084	<u>.012</u>	.070	.189	.711
Beratung (immer)	-.001	.006	.866	.010	.008	.184	.006	.016	.681	-.002	.018	.923
v. Verfahren Erstbes. (Ja)	.015	.015	.335	.012	.018	.516	-.025	.033	.445	-.016	.042	.703
Betreuungsplan (Ja)	-.055	.046	.226	-.020	.050	.682	.079	.101	.433	.251	.209	.232
Wirkungserf. immer	.215	.039	<u>.000</u>	.177	.042	<u>.000</u>	-.156	.085	.066	-.208	.200	.300
Wirkungserf. Bedarf	-.187	.033	<u>.000</u>	-.132	.034	<u>.000</u>	.131	.070	.060	.177	.113	.121
Fortbildungsplan (Ja)	.022	.036	.541	.053	.039	.175	-.010	.079	.902	-.279	.164	.092
Betreuungsdok. immer	-.090	.040	<u>.023</u>	-.077	.045	.088	-.093	.088	.291	-.089	.240	.710
Betreuungsdok. Bedarf	.046	.035	.187	.032	.039	.414	.058	.078	.458	.265	.258	.306
Ausgangsqual. PFK	-.363	.040	<u>.000</u>	-.336	.042	<u>.000</u>	.295	.087	<u>.001</u>	.797	.147	<u>.000</u>
Ausgangsqual. typ.	.381	.041	<u>.000</u>	.350	.043	<u>.000</u>	-.265	.089	<u>.003</u>	-.809	.158	<u>.000</u>
BD (Ja)	-.004	.044	.931	-.055	.048	.248	.126	.099	.203	.347	.213	.106
nBa (Ja)	-.034	.035	.327	.042	.037	.255	-.002	.078	.978	-.147	.165	.375

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2



Anmerkung: Signifikante p-Werte sind unterstrichen. Fallzahlen der effektkodierten Variablen finden sich in Tabelle 89 im Anhang. Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz; MA, Mitarbeitende; geronto, gerontopsychiatrische Fachkraft; regelm., regelmäßig; PFK, Pflegefachkraft; typ., anderer typischer Beruf im gesundheitlich-sozialen Bereich; BD, Betreuungsdienst; nBa, niedrigschwelliges Betreuungsangebot. Vor den Klammern steht der Name der in das Regressionsmodell eingeschlossenen effektkodierten Variablen; in Klammern dahinter die Kategorie, für die der Regressionskoeffizient ausgewiesen wird. Der Regressionskoeffizient der Referenzkategorie (i.d.R. Angabe „Nein“ oder „trifft nicht zu“) wird nicht gezeigt; er entspricht aufgrund der Effektkodierung dem Abstand der Summe der ausgewiesenen Regressionskoeffizienten einer Variablen von Null.

Die übrigen Zusammenhänge erscheinen auf den ersten Blick weniger plausibel: Die Angabe, dass eine Versorgung nicht in jedem Fall sichergestellt werden kann, geht mit einer erhöhten Wirksamkeit einher; dagegen geht eine regelmäßiger bzw. häufigere Führung der Betreuungsdokumentation und ein pflegefachlicher Hintergrund der Einrichtungsleitung mit einer verringerten Wirksamkeit einher. Hier wäre anzunehmen, dass es sich eher um vermittelte Zusammenhänge als direkte (wahre) Einflussgrößen handelt.

Die erhöhte Wirksamkeit von Betreuung, wenn bei Ausfall von Personal die Vertretung nicht sichergestellt werden kann, könnte durch ein besonders ausgeprägtes Vertrauensverhältnis bedingt sein, in dem es für mit den Kunden eng vertraute Mitarbeitende schlicht keinen Ersatz geben kann. Zumindest in den persönlichen Interviews mit den Kunden und Angehörigen (vgl. Kapitel 2.6) wurde berichtet, dass Kunden es sogar vorzögen auf die Betreuung zu verzichten statt durch einen anderen Mitarbeiter als die ihnen vertraute Betreuungskraft betreut zu werden.

Auch die negativen Zusammenhänge der häufigeren Führung der Betreuungsdokumentation und dem pflegefachlichen Hintergrund der Einrichtungsleitung (negative Regressionskoeffizienten bei Belastungsveränderung; positive Koeffizienten bei Veränderung der Lebensqualität) sollten nicht so interpretiert werden, dass diese Einrichtungsmerkmale eine geringere Wirksamkeit von Betreuung bedingen.

So wäre hier z.B. möglich, dass die negativen Zusammenhänge einer regelmäßigeren Betreuungsdokumentation und pflegefachlichen Ausgangsqualifikation der Leitung damit zusammenhängen, dass es sich bei Einrichtungen mit diesen Merkmalen häufiger um Dienste handelt, die ein stärker an Pflegedienste angelehntes Betreuungskonzept verfolgen (z.B. Ausgründungen aus PD). Diese Dienste könnten zwar besser auf bekannte Strukturen zur Qualitätssicherung (z.B. aus einer Vorgängereinrichtung) zurückgreifen, gleichzeitig aber noch weniger stark auf den Bereich der Betreuung spezialisiert sein – die Dienste würden stärker im Stil oder als „Ergänzung“ von Pflegediensten geführt. Hingegen könnten sich Einrichtungen, in denen die berufliche Qualifikation der Leitung einem anderen „typischen“ gesundheitlich-sozialen

Beruf entspricht, durch eine von Anfang an spezifischere Ausrichtung auf „Betreuung“ als eigenständigen und von Grundpflege tatsächlich verschiedenen Bereich auszeichnen.

Betrachtet man ausgehend von dieser Überlegung die Outcome-Parameter in Abhängigkeit der Gründungshistorie der BD, zeigt sich tatsächlich, dass die Veränderung der Belastung bzw. Lebensqualität für Ausgründungen aus PD geringer ausfallen; dieser Unterschied ist in separaten ANOVAs für sämtliche Outcome-Parameter statistisch signifikant (Analyse erfolgt für t1 und t2 gemeinsam, Belastungsreduktion Kunden:  $F_{(3,521)}=20.0$ ,  $p<.001$ ; Belastungsreduktion Angehörige:  $F_{(3,512)}=19.6$ ,  $p<.001$ ; Veränderung der Lebensqualität Kunde:  $F_{(3,595)}=11.9$ ,  $p<.001$ ; Veränderung Lebensqualität Angehörige, nur zu t2 erhoben:  $F_{(2,241)}=5.6$ ,  $p<.05$ ). Tabelle 60 zeigt die Outcome-Parameter in Abhängigkeit der Gründungshistorie der BD. Die stärksten Verbesserungen zeigen sich demnach für Neugründungen; für Ausgründungen aus PD zeigen sich geringere Veränderungen.

Tabelle 60: Parameter der Ergebnisqualität nach Gründungshistorie

Gründungshistorie BD	M	SD	Min	Max	N
Veränderung Belastung Kunde <sup>t1+t2</sup>					
neu gegründet	1.49	1.61	-3.0	4.0	285
gegründet aus PD	0.54	1.09	-1.0	4.0	52
gegründet aus nBa	0.51	1.24	-3.0	4.0	181
gegründet aus Sonstige	0.43	1.13	-1.0	2.0	7
<i>Total</i>	1.05	1.52	-3.0	4.0	525
Veränderung Belastung Angehörige <sup>t1+t2</sup>					
neu gegründet	1.40	1.70	-4.0	4.0	280
gegründet aus PD	0.33	1.26	-4.0	4.0	49
gegründet aus nBa	0.45	1.21	-3.0	4.0	180
gegründet aus Sonstige	-0.29	0.76	-2.0	0.0	7
<i>Total</i>	0.94	1.57	-4.0	4.0	516
Veränderung Lebensqualität Kunde <sup>t1+t2</sup>					
neu gegründet	-3.21	3.10	-10.0	6.0	314
gegründet aus PD	-1.43	2.40	-9.0	5.0	65
gegründet aus nBa	-1.82	3.21	-10.0	8.0	212
gegründet aus Sonstige	-3.00	2.56	-5.0	2.0	8
<i>Total</i>	-2.52	3.15	-10.0	8.0	599
Veränderung Lebensqualität Angehörige <sup>t2</sup>					
neu gegründet	-3.19	3.54	-10.0	7.0	150
gegründet aus PD	-2.00	2.13	-6.0	2.0	24
gegründet aus nBa	-1.50	4.13	-10.0	8.0	70
gegründet aus Sonstige	-	-	-	-	-
<i>Total</i>	-2.59	3.68	-10.0	8.0	244

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitung zu t0, Kundenbefragung zu t1 und t2  
 Anmerkung: Gemeinsame Darstellung für Kundenbefragungen zu t1 und t2 in BD. Abkürzungen: M, arithmetisches Mittel; SD, Standardabweichung; Min, Minimum; Max, Maximum; N, Anzahl der Fälle mit Angaben. Insgesamt nahmen N = 701 Personen an der Kundenbefragung in BD zu t1 und t2 teil. Mittelwerte entsprechen mittlerer Differenz der Belastung auf 5-stufiger (von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „stark“) und Lebensqualität auf 10-stufiger Ratingskala (von 0 = „schlechtestes Leben“ bis 10 = „bestes Leben“) für einen früheren Zeitpunkt ohne BD minus dem gegenwärtigen Zeitpunkt mit BD.

Bei den Zusammenhängen der Einrichtungsmerkmale (QM-Maßnahmen) mit den Outcome-Parametern (Wirkung von Betreuung) ist aber zu berücksichtigen, dass sie auch von der spezifischen Zusammensetzung der Kunden abhängen können – wie bereits gezeigt wurde, scheinen unterschiedliche Kundengruppen unterschiedlich stark von Betreuung zu profitieren (siehe Tabelle 58).

Werden Einrichtungs- und Kundenmerkmale im Regressionsmodell nicht parallel berücksichtigt, reflektieren die Regressionskoeffizienten der QM-Maßnahmen bloß Zusammenhänge, die im Mittel der Stichprobe bestehen; wenn sich die Stichprobe nun in spezifischer Weise zusammensetzt (z.B. verhältnismäßig viel Kunden mit körperlicher Behinderung; vgl. Tabelle 86 im Anhang), könnten die Zusammenhänge eher spezifische als generelle Effekte der QM-Maßnahmen reflektieren.

Um auf den „reinen“ (generellen) Effekt der QM-Maßnahmen zu schließen, werden in der Folge Kunden- und Einrichtungsmerkmale parallel in die Regressionsmodelle eingeschlossen. Dabei werden sämtliche Kundenmerkmale berücksichtigt, die in den früheren Regressionsmodellen einen signifikanten Zusammenhang mit mindestens einem Outcome-Parameter gezeigt haben (sämtliche außer „andere Art der Einschränkung“; siehe Tabelle 58). Die Ergebnisse der wiederholten Regressionsanalysen finden sich in Tabelle 61.

Demnach bestehen einige signifikante Zusammenhänge der QM-Maßnahmen fort, die auch ohne Kontrolle der Kundenmerkmale bereits beobachtbar waren (erhöhte Wirksamkeit, wenn Vertretung nicht immer sichergestellt ist, Fallbesprechungen immer durchgeführt werden, Wirkungserfassung immer erfolgt, anderer typischer Berufsabschluss im gesundheitlich-sozialen Bereich der Einrichtungsleitung vorliegt; geringere Wirksamkeit, wenn Fallbesprechungen bei Bedarf durchgeführt werden, Wirkungserfassung bei Bedarf erfolgt, pflegefachlicher Berufsabschluss der Einrichtungsleitung vorliegt). Darüber hinaus zeigen sich aber auch weitere Zusammenhänge, die über das Gesamtmittel der Stichprobe noch nicht beobachtbar waren, solange nicht für die Kundenmerkmale kontrolliert wurde (erhöhte Wirksamkeit, wenn ein Fortbildungsplan vorliegt; geringere Wirksamkeit, wenn zu Beginn der Betreuung ein Betreuungsplan formuliert wird). Der Befund, dass die Sicherung und Weiterentwicklung der fachlichen Qualifikation der Mitarbeitenden durch geeignete Fortbildungen zur gesteigerten Ergebnisqualität beiträgt, erscheint nachvollziehbar.

Tabelle 61: Regressionsanalysen zur gemeinsamen Auswirkung von Kunden- und Einrichtungsmerkmalen auf Betreuungsqualität

Variable (Kategorie)	Veränderung Belastung Kunde (N = 303) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Belastung Angehörige (N = 296) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Kunde (N = 351) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Angehörige (N = 150) <sup>t2</sup>		
	$\beta$	SE	Sig	$\beta$	SE	Sig	$\beta$	SE	Sig	$\beta$	SE	Sig
Konstante	.776	.061	.000	.797	.068	.000	-2.51	.131	.000	-2.43	.219	.000
Geschlecht (w)	.011	.032	.723	.003	.036	.926	-.106	.069	.127	-.283	.124	<u>.025</u>
PG 1	-.004	.015	.766	-.010	.015	.514	-.003	.033	.915	.002	.048	.968
PG 2	-.004	.030	.888	-.020	.032	.543	.148	.067	<u>.027</u>	-.012	.122	.922
PG 3	.008	.031	.809	-.008	.035	.827	-.173	.066	<u>.009</u>	-.198	.114	.085
PG 4	.018	.025	.473	.067	.029	<u>.021</u>	-.042	.053	.428	.055	.095	.560
PG 5	-.026	.016	.089	-.028	.019	.137	.077	.035	<u>.030</u>	.153	.069	<u>.029</u>
Demenz	.025	.041	.545	.097	.046	<u>.037</u>	-.002	.089	.983	-.048	.163	.770
KB	.111	.035	<u>.002</u>	.127	.040	<u>.002</u>	-.178	.075	<u>.018</u>	-.120	.128	.349
GB	-.039	.032	.225	-.042	.037	.251	.135	.068	<u>.047</u>	.041	.130	.755
Psych. Erkrankung	.016	.025	.534	.003	.028	.909	-.067	.054	.217	.015	.085	.862
Geburtsjahr bis 1940	-.043	.043	.317	-.080	.048	.097	.229	.089	<u>.011</u>	.067	.161	.676
Geburtsjahr bis 1965	-.020	.030	.507	-.010	.033	.759	-.175	.068	<u>.010</u>	-.107	.121	.379
Geburtsjahr bis 1990	.021	.016	.213	.013	.016	.423	-.051	.032	.110	-.030	.050	.558
Supervision generell (Ja)	-.009	.027	.743	.049	.033	.140	-.012	.066	.853	-.200	.122	.105
Supervision g. FK (Ja)	.170	.047	<u>.000</u>	.041	.053	.431	-.131	.100	.193	-.021	.254	.935
Vertretung eig. MA (Ja)	.005	.021	.805	.036	.024	.130	-.027	.047	.576	-.103	.078	.189
Vertretung Koop. (Ja)	.034	.021	.110	.018	.023	.440	-.027	.043	.535	.123	.084	.144
Vertretung n. sicher (Ja)	.126	.047	<u>.008</u>	.112	.057	<u>.049</u>	.098	.098	.321	.262	.317	.410
Fallbesprech. regelm.	.052	.045	.243	.112	.054	<u>.038</u>	.006	.100	.953	-.003	.220	.989
Fallbesprech. Bedarf	-.050	.043	.237	-.103	.051	<u>.043</u>	.044	.091	.625	-.046	.203	.821
Beratung (immer)	-.002	.006	.772	.011	.009	.188	-.003	.016	.843	-	-	-
v. Verfahren Erstbes. (Ja)	-.003	.014	.849	-.007	.018	.703	-.016	.032	.622	.021	.055	.709
Betreuungsplan (Ja)	-.045	.050	.369	.014	.057	.803	.082	.106	.439	.501	.225	<u>.028</u>
Wirkungserf. immer	.185	.042	<u>.000</u>	.110	.049	<u>.024</u>	-.089	.090	.323	-.204	.240	.398
Wirkungserf. Bedarf	-.137	.036	<u>.000</u>	-.066	.039	.094	.081	.076	.289	.214	.130	.104
Fortbildungsplan (Ja)	.100	.041	<u>.016</u>	.136	.048	<u>.005</u>	-.088	.090	.332	-.351	.190	.067
Betreuungsdok. immer	-.073	.046	.110	-.018	.055	.743	-.144	.099	.146	-.334	.264	.209
Betreuungsdok. Bedarf	.036	.041	.374	.003	.048	.951	.059	.090	.513	.485	.293	.101
Ausgangsqual. PFK	-.300	.046	<u>.000</u>	-.284	.052	<u>.000</u>	.229	.097	<u>.020</u>	.586	.185	<u>.002</u>
Ausgangsqual. typ.	.320	.047	<u>.000</u>	.293	.052	<u>.000</u>	-.213	.098	<u>.031</u>	-.566	.193	<u>.004</u>
BD (Ja)	-.016	.049	.746	-.095	.056	.094	.147	.107	.172	.452	.232	.054
nBa (Ja)	-.018	.043	.681	.062	.049	.201	-.010	.097	.917	-.195	.192	.313

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung: Signifikante p-Werte sind unterstrichen. Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz; w, weiblich; PG, Pflegegrad; KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; MA, Mitarbeitende; g. FK, gerontopsychiatrische Fachkraft; PFK, Pflegefachkraft; BD, Betreuungsdienst; nBa, niedrigschwelliges Betreuungsangebot. Vor den Klammern steht der Name der in das Regressionsmodell eingeschlossenen effektkodierten Variablen; in Klammern dahinter die Kategorie, für die der Regressionskoeffizient ausgewiesen wird. Der Regressionskoeffizient der Referenzkategorie (i.d.R. Angabe „Nein“ oder „trifft nicht zu“) wird nicht gezeigt; er entspricht aufgrund der Effektkodierung dem Abstand der Summe der ausgewiesenen Regressionskoeffizienten einer Variablen von Null. „Veränderung der Lebensqualität der Angehörigen“ wurde zu t2 erstmals erfasst.

Der Zusammenhang der Erstellung von Betreuungsplänen zu Beginn der Betreuung mit einer geringeren Verbesserung der Lebensqualität der Angehörigen erscheint hingegen nicht sofort plausibel. Hier könnte man anführen, dass die eigentlich anzunehmende förderliche Wirkung von Betreuungsplänen sich „statistisch umkehrt“, wenn man für die „systematische Wirkungserfassung“ kontrolliert. Die regelmäßige Wirkungserfassung sollte Bestandteil einer jeden Betreuungsplanung sein und zeigt auch einen förderlichen Effekt auf die Belastungsverringerung. Wenn Betreuungspläne nur pro forma entworfen werden ohne, dass eine systematische Wirkungserfassung erfolgt, verfehlen die Pläne offenbar ihren eigentlichen Zweck. Die Erstellung von Betreuungsplänen ohne den notwendigen Bestandteil der Wirkungserfassung ist so kaum förderlich für den Outcome.

Stellt man die Befunde der Regressionsanalysen, die nur die Einrichtungsmerkmale einschließen (Tabelle 59), den Analysen gegenüber, die parallel auch die Kundenmerkmale berücksichtigen (Tabelle 61), treten folgende Kombinationen auf:

- i.) eine QM-Variable, die in den separaten Analysen einen signifikanten Effekt gezeigt hat, zeigt bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Kundenmerkmale keinen Effekt (z.B. „Betreuungsdokumentation – immer“ auf Belastung des Kunden);
- ii.) eine QM-Variable, die in den separaten Analysen keinen Effekt gezeigt hat, zeigt bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Kundenmerkmale einen signifikanten Effekt (z.B. „Fortbildungsplan – ja“ auf Belastung des Kunden);
- iii.) eine Variable zeigt sowohl mit als auch ohne gleichzeitige Berücksichtigung der Kundenmerkmale einen Effekt (z.B. „Wirkungserfassung – immer“ auf Belastung des Kunden); oder
- iv.) eine Variable zeigt sowohl mit als auch ohne gleichzeitige Berücksichtigung der Kundenmerkmale keinen Effekt (z.B. „Beratung vor Beginn der Leistungserbringung“ auf Belastung des Kunden).

Interessant sind hier v.a. i) und ii), die Veränderungen der Stärke des Zusammenhangs der QM-Variablen mit der Wirksamkeit von Betreuung durch die

---

Kontrolle der Kundenmerkmale anzeigen. Die Kombinationen können wie folgt interpretiert werden:

- i.) Zusammenhänge der QM-Variablen mit den Outcome-Parametern (Wirksamkeit von Betreuung) bestehen im Mittel der Stichprobe; kontrolliert man für die Stichprobencharakteristika (Kundenmerkmale), verschwinden die Zusammenhänge. Es ist also anzunehmen, dass die früheren Zusammenhänge auf spezifische Kundenmerkmale zurückzuführen sind, d.h. spezifische Kunden scheinen von spezifischen QM-Maßnahmen besonders zu profitieren (bzw. weniger zu profitieren). Dieses Muster wird in der Folge „Spezialisierung“ genannt (*spezifische Kunden profitieren von spezifischen QM-Maßnahmen*).
- ii.) Im Mittel der Stichprobe bestehen keine Zusammenhänge einer QM-Variablen mit den Outcome-Parametern; kontrolliert man für die Stichprobencharakteristika (Kundenmerkmale), treten Zusammenhänge auf. Es ist also anzunehmen, dass die früher fehlenden Zusammenhänge auf spezifische Kundenmerkmale zurückzuführen sind, d.h. eine spezifische QM-Maßnahme ist unabhängig von spezifischen Kundeneigenschaften generell (mehr oder weniger) wirksamkeitsfördernd. Dieses Muster wird in der Folge „Generalisierung“ genannt (QM-Maßnahmen sind *generell* mehr/weniger wirksamkeitsfördernd).
- iii.) Zeigt eine QM-Variable sowohl mit als auch ohne Kontrolle der Kundenmerkmale signifikante Zusammenhänge mit den Outcome-Parametern, ist davon auszugehen, dass sowohl spezifische Kunden besonders von der QM-Maßnahme profitieren als auch, dass die QM-Maßnahme generell mehr/weniger wirksamkeitsfördernd ist.
- iv.) QM-Variablen, die sowohl mit als auch ohne Kontrolle der Kundenmerkmale *keine* Zusammenhänge zeigen, werden als irrelevant für die Wirksamkeit von Betreuung betrachtet.

Tabelle 62 zeigt die Kategorisierung der betrachteten QM-Variablen nach diesem Bewertungsschema. Zusätzlich zur Kategorisierung nach „Spezialisierung“ und „Generalisierung“ ist auch die Richtung des Zusammenhangs der QM-Variablen mit den Outcome-Parametern relevant (entsprechend den Regressionsgewichten in Tabelle 61). In Tabelle 62 indiziert „+“, dass spezifische Kunden verstärkt von der QM-Maßnahme profitieren (bei „Spezialisierung“) bzw. die QM-Maßnahme generell wirksamkeitsfördernd ist (bei „Generalisierung“); analog indiziert „-“, dass spezifische Kunden weniger von der QM-Maßnahme profitieren (bei „Spezialisierung“) bzw. die QM-Maßnahme generell weniger wirksamkeitsfördernd ist (bei „Generalisierung“).

Auf Grundlage dieser Bewertung können „Vertretung durch Kooperationsbeziehungen bei Personalausfall“ und „regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen“ als besonders geeignet erachtet werden, um bei spezifischen Kunden zu einer erhöhten Wirksamkeit von Betreuung beizutragen („(+) Spezialisierung“; diese „spezifischen Kunden“ werden durch die Merkmalsverteilung in der Stichprobe charakterisiert; vgl. Tabelle 86 im Anhang).

Dies gilt prinzipiell auch für „Supervision durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft“, „Vertretung nicht immer sichergestellt“ (entspricht wahrscheinlich gesteigertem Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitenden und Kunden; s.o.), „Wirkungserfassung erfolgt immer“ und „berufliche Ausgangsqualifikation der Leitung im gesundheitlich-sozialen Bereich“; allerdings zeigen diese Einrichtungsmerkmale darüber hinaus auch einen generell förderlichen Effekt („(+) Beides“), d.h. deren förderliche Wirkung geht wahrscheinlich über die Stichprobe hinaus und ist auf die Population der Betreuungskunden im Allgemeinen übertragbar; so geht z.B. die Supervision durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft sowohl mit einer erhöhten Wirksamkeit bei spezifischen Kunden (Stichprobe) als auch mit einem generell wirksamkeitsförderlichen Effekt (relativ unabhängig von der Stichprobe) für die Belastungsreduktion der Kunden einher.

QM-Maßnahmen, die mit „(+) Beides“ gekennzeichnet sind, versprechen den umfassendsten förderlichen Effekt auf die Wirksamkeit von Betreuung, da sowohl die Stichprobe – die in vielen Merkmalen der typischen (mehrheitlichen) Kundenpopulation gleicht (vgl. Tabelle 84 und Tabelle 86 im Anhang) – als auch Betreuungskunden im Allgemeinen besonders zu profitieren scheinen. Insgesamt können aber sämtliche QM-Maßnahmen, die in Tabelle 62 mit „+“ klassifiziert werden, als geeignet betrachtet werden, um die Wirksamkeit von Betreuung zu steigern – sei es für den der Mehrheit der Population entsprechenden „typischen“ Betreuungskunden („Spezialisierung“) oder den Betreuungskunden generell, der den mehrheitlich vertretenen Merkmalsausprägungen nicht immer entspricht („Generalisierung“).

Es ist zu erwähnen, dass „Einrichtungstyp“ (BD, nBa, PD) in keiner Regressionsanalyse zum Einfluss der Einrichtungsmerkmale auf die Wirksamkeit von Betreuung mit einem signifikanten Zusammenhang einhergeht (vgl. Tabelle 59, Tabelle 61 und Tabelle 62). Dies mag zunächst verwundern, da sich in vorhergehenden Analysen durchaus Unterschiede bei der Veränderung des Belastungsempfindens und der Lebensqualität zwischen den Einrichtungstypen gezeigt haben (vgl. Abbildung 92). Dass diese Unterschiede nun nicht mehr auftreten, geht offenbar auf die Berücksichtigung der QM-Maßnahmen (ferner auch Kundenmerkmale) im Regressionsmodell zurück. Wie sich gezeigt hat, unterscheiden sich die drei Einrichtungstypen bei der Umsetzung der hier berücksichtigten QM-Maßnahmen systematisch voneinander; dabei zeigen BD im Mittel eine häufigere Umsetzung der relevanten QM-Maßnahmen als die Vergleichseinrichtungen (Supervision durch gerontopsychiatrische Fachkraft, regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen, kontinuierliche Wirkungserfassung, Nutzung von Betreuungsplänen und- Dokumentationen). Der Vorteil der BD geht wahrscheinlich auf die spezifische Wirkung dieser QM-Maßnahmen zurück; daher ist dieser Vorteil nicht mehr beobachtbar, wenn man für die Umsetzung dieser Maßnahmen kontrolliert.



Tabelle 62: Generalisierte und spezifische Effekte von QM-Maßnahmen

Variable (Kategorie)	Veränderung Belastung Kunde	Veränderung Belastung Angehörige	Veränderung Lebensqualität Kunde	Veränderung Lebensqualität Angehörige
Supervision generell (Ja)				
Supervision g. FK (Ja)	(+) Beides			
Vertretung eig. MA (Ja)				
Vertretung Koop. (Ja)	(+) Spezialisierung			
Vertretung n. sicher (Ja)	(+) Beides	(+) Beides		
Fallbesprech. regelm.	(+) Spezialisierung	(+) Beides		
Fallbesprech. Bedarf	(-) Spezialisierung	(-) Beides	(-) Spezialisierung	
Beratung (immer)				
v. Verfahren Erstbes. (Ja)				
Betreuungsplan (Ja)				(-) Generalisierung
Wirkungserf. immer	(+) Beides	(+) Beides		
Wirkungserf. Bedarf	(-) Beides	(-) Spezialisierung		
Fortbildungsplan (Ja)	(+) Generalisierung	(+) Generalisierung		
Betreuungsdok. immer	(-) Spezialisierung			
Betreuungsdok. Bedarf				
Ausgangsqual. PFK	(-) Beides	(-) Beides	(-) Beides	(-) Beides
Ausgangsqual. typ.	(+) Beides	(+) Beides	(+) Beides	(+) Beides
BD (Ja)				
nBa (Ja)				

Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung:

Tabelle zeigt Bewertung von QM-Maßnahmen nach dem folgenden Schema:  
 i) „Spezialisierung“ von QM-Maßnahmen, d.h. die Maßnahmen nehmen besonders Einfluss auf die Outcome-Parameter (Wirksamkeit von Betreuung) bei spezifischen Kunden; ii) „Generalisierung“ von QM-Maßnahmen, d.h. die Maßnahmen zeigen generell einen Einfluss, unabhängig von spezifischen Kundeneigenschaften; iii) „Beides“, d.h. QM-Maßnahmen zeigen sowohl i) „Spezialisierung“ als auch ii) „Generalisierung“; iv) QM-Maßnahmen sind irrelevant (grau hinterlegt); „+“ entspricht förderlichen Effekten auf die Wirksamkeit von Betreuung, „-“ entspricht weniger förderlichen Effekten.







### *Betreuungsinhalte*

Es konnte bereits gezeigt werden, dass sich – zumindest aus Sicht der Kunden bzw. Angehörigen – unterschiedliche Betreuungsinhalte unterschiedlich gut eignen, um betreuungsrelevante Problemlagen zu adressieren (vgl. Kapitel 3.6.1, insb. Tabelle 40). In Ergänzung zur Bewertung der Eignung durch Kunden bzw. Angehörige, wird in der Folge geprüft, inwiefern die Umsetzung spezifischer Betreuungsinhalte mit einer stärkeren Belastungsreduktion und Verbesserung der Lebensqualität einhergeht.







Dazu wird wieder auf die Systematik der Betreuungsinhalte aus der Faktorenanalyse zurückgegriffen (vgl. Kapitel 3.6.1). Da eine Klasse (Faktor) mehrere Betreuungsinhalte umfasst, kann der Anteil umgesetzter Betreuungsinhalte jedes Faktors berechnet werden (vgl. Kapitel 3.6.2, insb. Abbildung 66). Je mehr Betreuungsinhalte eines Faktors mit einem Kunden umgesetzt wurden, desto mehr nähert sich der Anteil des Faktors für den Kunden dem Wert 1 an. Eine Klasse von Betreuungsinhalten ist dann besonders gut geeignet zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität beizutragen, wenn sie bei vermehrter Umsetzung mit einer verstärkten Belastungsreduktion bzw. Verbesserung der Lebensqualität einhergeht.

Betrachtet man die Indikatoren der Betreuungsqualität (Outcome-Parameter) in separaten Regressionsanalysen als abhängige Variablen (AV: Veränderung des Belastungsempfindens bzw. der Lebensqualität der Kunden und Angehörigen) mit dem Anteil der Umsetzung als unabhängige Variable (UV, Prädiktor; siehe Tabelle 63), ergeben sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Anteil der Umsetzung des Faktors „Wohnumfeld“ (F6) und sämtlichen Outcome-Parametern. Dabei geht eine vollständige Umsetzung der Inhalte dieses Faktors (Wert 1) mit einer Verbesserung um fast eine Bewertungskategorie bei der Belastung der Kunden und Angehörigen (z.B. „deutliche“ Belastung reduziert sich auf eine „mäßige“ Belastung) und mit einer Verbesserung um zwei Kategorien bei der Lebensqualität der Kunden und Angehörigen einher (z.B. Lebensqualität steigert sich von 4/„eher unzufrieden“ auf 6/„eher zufrieden“). „Wohnumfeld“ (F6) hat den stärksten Effekt bei Angehörigen; bei den Kunden fällt sein Effekt etwas schwächer aus. Die stärksten Effekte finden sich dort stattdessen für „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3). Hier geht eine vollständige Umsetzung der Inhalte mit einer Verbesserung um knapp eine Bewertungskategorie bei der Belastung und knapp zwei Bewertungskategorien bei der Lebensqualität der Kunden einher. Zudem finden sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Anteil der Umsetzung des Faktors „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2) und der Belastungsreduktion der Angehörigen. Für die Faktoren „Gemeinschaft“ (F4) und „häusliche Beschäftigung“ (F1) finden sich dagegen umgekehrte Zusammenhänge mit den Outcome-Parametern, d.h. eine vermehrte Umsetzung geht mit einer geringeren Belastungsreduktion für Angehörige (bei F4) bzw. einer geringeren Verbesserung der Lebensqualität der Kunden (bei F1) einher (siehe Kapitel 3.8.4 für eine detailliertere Diskussion). Kunden und Angehörige profitieren so offenbar von unterschiedlichen Inhalten unterschiedlich stark.

Tabelle 63: Regressionsanalysen zur Auswirkung der Betreuungsinhalte auf Betreuungsqualität

	Veränderung Belastung Kunde (N = 639) <sup>t1-t2</sup>			Veränderung Belastung Angehörige (N = 622) <sup>t1-t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Kunde (N = 726) <sup>t1-t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Angehörige (N = 305) <sup>t2</sup>		
	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.
Konstante	.277	.117	.018	.382	.119	.001	-1.34	.210	.000	-1.02	.360	.005
 F1	-.149	.230	.517	-.236	.235	.315	1.60	.425	.000	.823	.770	.286
 F2	.318	.209	.129	.516	.218	.018	.133	.391	.734	-.893	.740	.228
 F3	1.07	.218	.000	.979	.223	.000	-1.92	.407	.000	-1.33	.733	.070
 F4	-.091	.235	.698	-.474	.240	.049	-1.42	.431	.001	-.623	.801	.437
 F5	.514	.287	.074	.437	.301	.147	-.191	.538	.722	-.830	1.02	.414
 F6	.613	.267	.022	.795	.283	.005	-1.73	.512	.001	-2.32	.764	.003

Quelle: IGES; Faktorenanalyse, schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2

Anmerkung: Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz; F1 =  Häusliche Beschäftigung; F2 =  Zwischenmenschliche Nähe; F3 =  Tagesstruktur und Alltagsbewältigung; F4 =  Gemeinschaft; F5 =  Hobby; F6 =  Wohnumfeld. „Veränderung der Lebensqualität Angehörige“ wurde erst zu t2 erhoben; ebenso wurden zwei der insgesamt drei zu F6 gehörenden Betreuungsinhalte („Administration“, „Integration“; vgl. Kapitel 3.6.1) erst zu t2 erhoben, daher ist zu t1 keine Einschätzung des Umsetzungsanteils für diesen Faktor möglich; die Regressionsanalysen berücksichtigen jedoch den Umsetzungsanteil aller Faktoren (F1 bis F6) gleichzeitig; für die Regressionsanalysen wurden fehlende Werte bei F6 daher durch den mittleren Umsetzungsanteil zu t2 ersetzt, um t1 und t2 gemeinsam in den Analysen berücksichtigen zu können.

Demnach eignen sich Betreuungsinhalte der Klassen „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3) sowie „Wohnumfeld“ (F6) besonders, um das Belastungsempfinden zu reduzieren bzw. die Lebensqualität zu verbessern. Die Betreuungsinhalte, die in besonderem Maße zu einer Verbesserung des Belastungsempfindens beitragen, könnte man auch unter dem Begriff „zweckhafte Alltagsbegleitung“ zusammenfassen. Diese Inhalte scheinen konzeptuell direkt auf das übergeordnete Ziel von Betreuung zu fokussieren – „Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen so weit wie möglich zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern [...] und zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der

Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen beizutragen“<sup>29</sup> – indem sie zweckhafte Alltagsaktivitäten und die Haushaltsführung des Kunden unterstützen und aufrechterhalten. Solche Betreuungsinhalte könnten zu einem geringeren Belastungsempfinden und einer höheren Lebensqualität der Kunden bzw. Angehörigen beitragen, indem sie den Umgang mit betreuungsrelevanten Problemlagen erleichtern und einen Verbleib im eignen häuslichen Umfeld trotz gegebener Einschränkungen ermöglichen.

Des Weiteren tragen auch Betreuungsinhalte mit eher nicht-zweckhaftem Charakter (i.S. alltagspraktischer Erforderlichkeiten) zur Steigerung der Lebensqualität des Kunden („Gemeinschaft“, F4) bzw. Entlastung der Angehörigen bei („Zwischenmenschliche Nähe, F2). Der Zusammenhang mit „Gemeinschaft“ könnte ein gesteigertes Empfinden von Sinnhaftigkeit und positivem Affekt des Kunden durch die Einbindung in gemeinschaftliche Aktivitäten und damit einhergehendem sozialen Austausch reflektieren<sup>30</sup>. Bei Inhalten des Typs „Zwischenmenschliche Nähe“ handelt es sich dem Eindruck nach vorrangig um Inhalte, die bei einer geringen Selbststeuerungskompetenz oder schwierigen Verhaltensweisen des Kunden, wie z.B. herausforderndem, selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten, angezeigt sind. In diesen Fällen müsste dauerhaft jemand beim Kunden sein, um Gefahren und Risiken zu vermeiden. Auf Seite der pflegenden Angehörigen wäre unter solchen Umständen eine hohe Belastung zu vermuten, da ihre eigene Gestaltungsfreiheit im Tagesablauf stark eingeschränkt würde<sup>31</sup>. Bei Übernahme der „beaufsichtigenden“ Betreuung durch eine ambulante Einrichtung, könnte den Angehörigen ein Stück ihrer Autonomie wieder zurückgegeben werden, was sich schließlich in einem geringeren Belastungsempfinden auf Angehörigenseite äußern könnte.

Wiederholt man die ANOVAs zum Einrichtungseffekt (BD, nBa, PD) auf die Outcome-Parameter (vgl. Abbildung 92) unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Umsetzungsgrade der sechs Klassen von Betreuungsinhalten, so bleibt nur noch ein signifikanter Unterschied bei der Wirksamkeit auf das Belastungsempfinden bestehen. Die zuvor signifikanten Unterschiede aus Abbildung 92 bei der Wirkung auf Belastungsempfinden der Angehörigen und der Lebensqualität der Kunden verschwinden hingegen (sind nicht mehr weiter signifikant; vgl. Tabelle 90 im Anhang). Die erhöhte Wirksamkeit der BD geht so – zumindest in gewissen Anteilen – auf die vermehrte Umsetzung bestimmter Betreuungsinhalte zurück.

---

<sup>29</sup> § 124 SGB XI, Begründung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes zu Absatz 2.

<sup>30</sup> Datta D et al (2015): Role of social interaction on quality of life. National Journal of Medical Research; 5(4): 290-292.

Stillmann TF et al (2009): Alone and without purpose: Life loses meaning following social exclusion. Journal of Experimental Social Psychology; 45(4): 686-694.

<sup>31</sup> Zank S, Schacke C (2007): Abschlussbericht der Phase 2 der Längsschnittstudie zur Angehörigenbelastung durch die Pflege demenziell Erkrankter (LEANDER). Verfügbar unter <http://www.hf.uni-koeln.de>

---

### 3.7.5 Abstimmung mit dem Pflegeplan

Die Kooperation und Koordination mit weiteren an der Pflege beteiligten Akteuren wurde bereits in Kapitel 3.3.4 und 3.5.5 behandelt. Hier zeigte sich, dass BD und PD anteilig häufiger Kooperationen mit anderen Einrichtungen unterhalten und sich häufiger mit diesen abstimmen als nBa. Insbesondere kooperieren BD häufiger als nBa mit Pflegediensten. Kooperationen zwischen BD und Pflegediensten erscheinen v.a. deshalb zentral, da beide ihre Leistungen direkt über den Sachleistungsanspruch der Versicherten verrechnen dürfen.

Bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von BD und Pflegediensten wird deren gemeinsame Abstimmung so unentbehrlich, um Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung aufeinander abzustimmen und gleichsam sicherzustellen. Dies gewinnt durch Inkrafttreten des PSG II, nach dem nun alle drei Leistungsarten gleichermaßen unter häuslicher Pflegehilfe gem. § 36 SGB XI gefasst werden, weiter an Bedeutung, da Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nicht mehr sichergestellt sein müssen, um Betreuung in Anspruch zu nehmen. Dadurch kommt es zu einer leistungsrechtlichen Gleichstellung der BD und PD beim Zugriff auf den Sachleistungsanspruch der Versicherten. Die Einrichtungen sollten daher geeignete Prozesse implementieren, um den Bedarf an Pflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und Betreuung im Überblick zu behalten und bei etwaigen Mängeln weitere Leistungsanbieter miteinzubeziehen.

Im Folgenden wird deshalb darauf fokussiert, inwiefern Qualitätsmängel im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung durch die Einrichtungen dokumentiert und gemeldet werden. Die Feststellung derartiger Mängel würde eine Überprüfung und verbesserte gegenseitige Abstimmung des Betreuungs- und Pflegeplans erfordern, um durch einen geeigneteren Leistungsmix eine angemessene Versorgung der Kunden sicherzustellen.

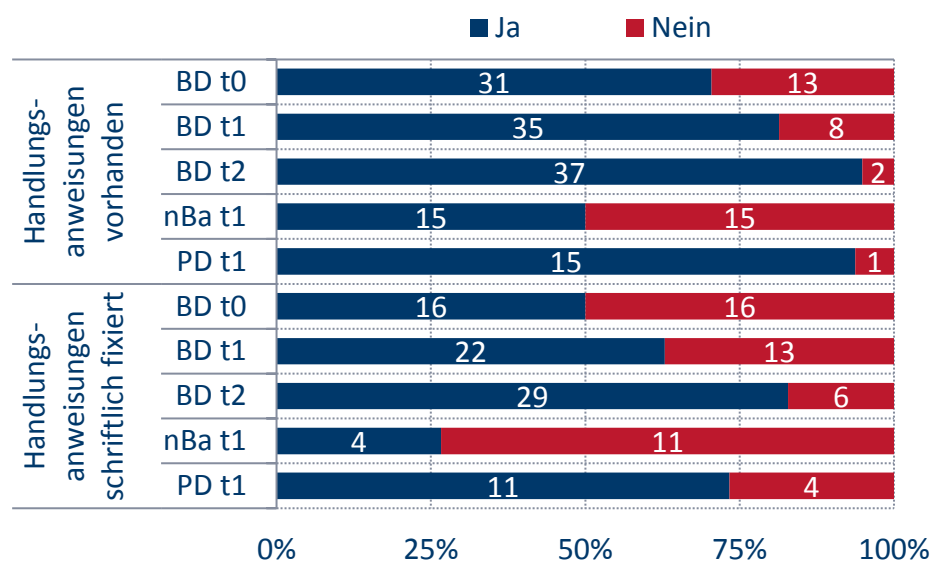
Die Leitungskräfte und Mitarbeitenden in BD werden zu sämtlichen Erhebungszeitpunkten (t0, t1, t2) gefragt, ob Handlungsanweisungen im Falle der Feststellung von Mängeln in der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung vorliegen. Zudem werden die Mitarbeitenden gefragt, ob sie solche Mängel bereits festgestellt haben, wem sie sie gemeldet haben und wie gut sie sich darauf vorbereitet fühlen. In den Vergleichseinrichtungen erfolgt die analoge Befragung zu t1.

Zu allen drei Erhebungszeitpunkten wird von der Mehrheit der Leitungskräfte der BD angegeben, dass es klare Handlungsanweisungen gibt, was bei Feststellung von Mängeln im Bereich der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung durch Mitarbeitende zu tun ist (t0: „Ja“ N = 31 von 49, „Nein“ N = 13; t1: „Ja“ N = 35 von 44, „Nein“ N = 8; t2: „Ja“ N = 37 von 41, „Nein“ N = 2). Die Unterschiede zwischen t0 und t1, sowie zwischen t1 und t2 fallen aber nicht statistisch signifikant aus (exakter Test nach Fisher:  $p=0.317$  und  $.092$ ). Dass die Handlungsanweisungen schriftlich fixiert vorliegen, wird von deutlich weniger Diensten angegeben. Die Häufigkeit dieser Angabe hat von t0 über t1 nach t2 aber ebenfalls zugenommen (t0: „Ja“ N = 16, „Nein“ N = 16; t1: „Ja“ N = 22, „Nein“ N = 16; t2: „Ja“ N = 29,

„Nein“ N = 6), unterscheidet sich jedoch nicht statistisch signifikant zwischen den Erhebungszeitpunkten (exakter Test nach Fisher: t0 vs. t1  $p=0.331$ ; t1 vs. t2  $p=0.106$ ).

Von nBa wird seltener als von PD und BD angegeben, dass es Handlungsanweisungen bei Feststellung von Mängeln gibt und, dass diese schriftlich fixiert sind (globaler  $\chi^2$ -Test zu t1 ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=89)}=13.1$  und  $7.8$ ,  $p<0.05$ ; siehe Abbildung 93); BD und PD unterscheiden sich hingegen bereits zu t1 nicht signifikant voneinander (exakter Test nach Fisher:  $p\geq 0.421$ ).

Abbildung 93: Handlungsanweisungen bei Feststellung von Mängeln



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2

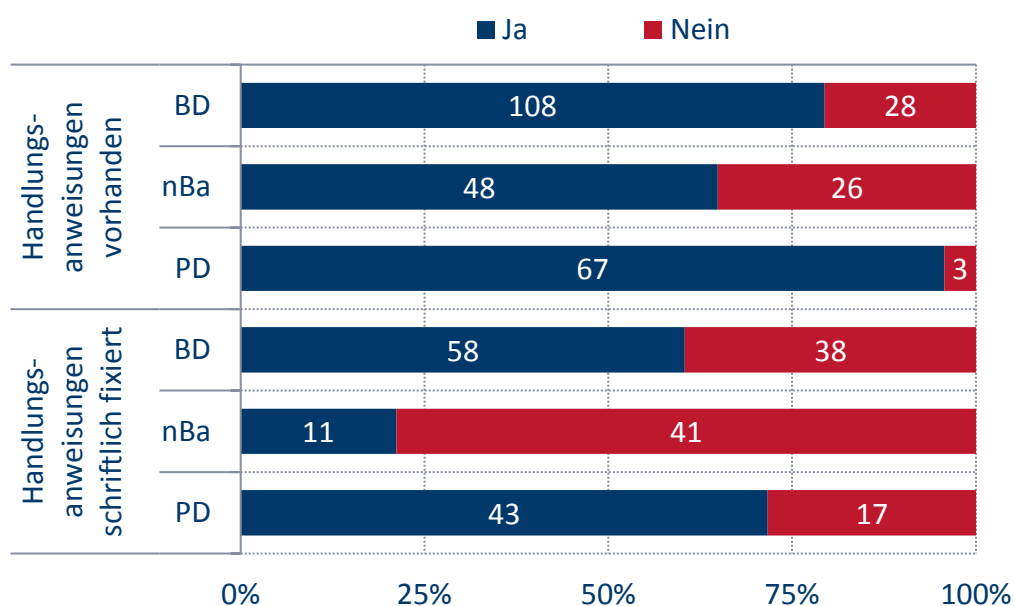
Anmerkung: Darstellung der Angaben der Leitungen aus BD zu t0 bis t2 und nBa und PD zu t1, ob Handlungsanweisungen bei Feststellung von Mängeln in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung vorliegen. Fälle ohne Angabe bei „Handlungsanweisungen vorhanden“: BD t0 N = 5, BD t1 N = 1, BD t2 N = 2, nBa t1 N = 5, PD N = 0. Fälle ohne Angabe bei „Handlungsanweisungen schriftlich fixiert“ (bezieht sich i.d.R. nur auf Fälle, die angeben, dass Handlungsanweisungen vorhanden sind): BD t2 N = 2. Bei BD t0 gibt eine Leitungskraft nur an, dass keine schriftlichen Handlungsanweisungen vorliegen, ohne sich zum generellen Vorliegen zu äußern.

**Mitarbeiterbefragung:** Die Angaben der Leitungskräfte decken sich insgesamt mit denen der Mitarbeitenden, da zu sämtlichen Erhebungszeitpunkten auch von der Mehrheit der Mitarbeitenden angegeben wird, dass Handlungsanweisungen vorliegen (t0: N = 127, 66.1% von 192; t1: N = 108, 68.4% von 158; t2: N = 121, 75.2% von 161); nur von einer Minderheit wird angegeben, dass diese nicht vorliegen (t0: N = 26, 13.5%; t1: N = 28, 17.7%; t2: N = 19, 11.8%) (Fälle ohne Angaben zu t0: N = 39, 20.3%; zu t1: N = 22, 13.9%; zu t2: N = 21, 13%). Deutlich weniger Mitarbeitende geben an, dass die Handlungsanweisungen schriftlich

vorliegen (t0: N = 65, 33.9%; t1: N = 58, 36.7%; t2: N = 71, 44.1%); die Angaben der Mitarbeitenden der BD, ob Handlungsanweisungen vorliegen bzw. schriftliche fixiert sind, unterscheiden sich nicht statistisch signifikant zwischen t0 und t1 ( $p=.215$  bzw.  $.574$ ) bzw. t1 und t2 ( $p=.293$  bzw.  $.287$ ).

Bei den Vergleichseinrichtungen wird von den Mitarbeitenden – wie bereits von den Leitungen – in nBa seltener als in BD angegeben, dass es Handlungsanweisungen bei Feststellung von Mängeln gibt und, dass diese schriftlich fixiert sind (globaler  $\chi^2$ -Test zu t1 ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=280 \text{ und } 208)}=21.1$  und  $31.7$ ,  $p<.01$ ; siehe Abbildung 94). Allerdings unterscheiden sich hier auch BD und PD bzgl. der Angabe, ob Handlungsanweisungen vorliegen, was in PD häufiger vorkommt als in BD ( $\chi^2$ -Test zu t1 ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=1, N=206)}=9.6$ ,  $p<.01$ ); jedoch sind die Handlungsanweisungen in BD und PD etwa gleich häufig schriftlich fixiert ( $p=.152$ ).

Abbildung 94: Handlungsanweisungen bei Feststellung von Mängeln; Mitarbeiterbefragung



Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t1

Anmerkung:

Darstellung der Angaben der Mitarbeitenden aus BD, nBa und PD zu t1, ob Handlungsanweisungen bei Feststellung von Mängeln in der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung vorliegen. Fälle ohne Angabe bei „Handlungsanweisungen vorhanden“: BD N = 22, nBa N = 37, PD N = 18. Fälle ohne Angabe bei „Handlungsanweisungen schriftlich fixiert“ (bezieht sich i.d.R. nur auf Fälle, die angeben, dass Handlungsanweisungen vorhanden sind): BD N = 12, PD N = 7. Bei nBa gibt vier Fälle die nur angeben, dass keine schriftlichen Handlungsanweisungen vorliegen, ohne sich zum generellen Vorliegen zu äußern.

Kreuzt man die Angaben der Leitungen mit denen der Mitarbeitenden, sind aus BD zu t0 und t1 jeweils 24% aller Angaben inkonsistent, zu t2 sind es nur 10%. Die Angaben aus nBa fallen in 28% und aus PD in nur 5% der Fälle inkonsistent aus (siehe Tabelle 64); der Unterschied zwischen den Einrichtungstypen ist im Chi<sup>2</sup>-Test zu t1 statistisch signifikant ( $\chi^2_{(df=2, N=357)}=18.8, p<.001$ ). Verglichen mit PD scheint in BD zu t1 die eindeutige Kommunikation von Handlungsanweisungen noch verbesserungsfähig. Für nBa mag dieser Aspekt weniger zentral sein, da diese Einrichtung nicht direkt über eine sinnvolle Aufteilung des zur Verfügung stehenden Sachleistungsanspruchs befinden muss. Die Angaben aus BD unterscheiden sich jedoch zu t2 nicht mehr von PD (BD t2 vs. PD t1:  $p=.175$ )

Die Mitarbeitenden wurden außerdem gebeten anzugeben, wie gut sie sich im Falle der Feststellung von Mängeln informiert fühlen. Dies erlaubt die Einschätzung der Handlungsfähigkeit unabhängig von formalen Handlungsanweisungen. Hier zeigt sich zu t1, dass sich Mitarbeitende in BD und nBa etwas schlechter informiert fühlen als Mitarbeitende in PD (siehe Zeile „Total“ in Tabelle 65; aufgrund geringer Zelhäufigkeiten wurden Antworten für Chi<sup>2</sup>-Test dichotomisiert zu „sehr schlecht informiert“ + „eher schlecht informiert“ = „schlecht informiert“ und „eher gut informiert“ + „sehr gut informiert“ = „gut informiert“:  $\chi^2_{(df=2, N=277)}=7.4, p<.05$ ). Dies reflektiert so auch den erhöhten Anteil inkonsistenter Angaben zu den Handlungsanweisungen in BD und nBa zu t1.



Tabelle 64: Handlungsanweisungen bei Mängeln gem. Angaben der Leitung &amp; Mitarbeitenden

Angaben Leitung: Status Handlungsanweisung bei Feststellung von Mängeln in Grundpflege/ hauswirtsch. Versorgung		Angabe Mitarbeitende: liegen Handlungsanweisungen bei Mängeln vor?					
		Ja		Nein		keine Angabe	
		N	%	N	%	N	%
<b>BD t0</b>	<b>schriftlich</b>	63	33.9%	2	1.1%	13	7.0%
	<b>mündlich</b>	23	12.4%	11	5.9%	12	6.5%
	<b>liegen nicht vor</b>	32	17.2%	11	5.9%	11	5.9%
	<b>keine Angabe</b>	5	2.7%	1	0.5%	2	1.1%
	<i>Total</i>	186 <sup>†</sup> (100%)					
<b>BD t1</b>	<b>schriftlich</b>	67	42.4%	14	8.9%	14	8.9%
	<b>mündlich</b>	27	17.1%	12	7.6%	4	2.5%
	<b>liegen nicht vor</b>	12	7.6%	2	1.3%	3	1.9%
	<b>keine Angabe</b>	2	1.3%	-	-	1	0.6%
	<i>Total</i>	158 (100%)					
<b>BD t2</b>	<b>schriftlich</b>	93	62.8%	7	4.7%	14	9.5%
	<b>mündlich</b>	11	7.4%	7	4.7%	2	1.4%
	<b>liegen nicht vor</b>	1	0.7%	-	-	2	1.4%
	<b>keine Angabe</b>	6	4.1%	3	2.0%	2	1.4%
	<i>Total</i>	148 <sup>†</sup> (100%)					
<b>nBa t1</b>	<b>schriftlich</b>	4	3.6%	1	1.4%	1	0.9%
	<b>mündlich</b>	20	18.0%	8	10.8%	12	10.8%
	<b>liegen nicht vor</b>	22	19.8%	15	20.3%	19	17.1%
	<b>keine Angabe</b>	2	1.8%	2	2.7%	5	4.5%
	<i>Total</i>	111 (100%)					
<b>PD t1</b>	<b>schriftlich</b>	50	56.8%	2	2.3%	13	14.8%
	<b>mündlich</b>	16	18.2%	1	1.1%	4	4.5%
	<b>liegen nicht vor</b>	1	1.1%	-	-	1	1.1%
	<b>keine Angabe</b>	-	-	-	-	-	-
	<i>Total</i>	88 (100%)					

Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden

Anmerkung: % beziehen sich auf Anteil an Total. Abkürzung: t0, Basiserhebung; t1, erste Folgerhebung; t2, 2. Folgerhebung. Tabelle bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zu t0 bis t2, ob Handlungsanweisungen im Falle von Mängeln in der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung vorliegen; \*Zu t0 können N = 6 Mitarbeitende keinem BD zugeordnet werden, daher werden hier nur Ergebnisse für 186 statt 192 Mitarbeitende gezeigt; zu t2 können N = 11 Mitarbeitende keinem BD zugeordnet werden und N = 2 stammen aus einem BD, dessen Leitung zu t2 nicht an der Befragung teilnahm (kurz darauf wurde Ausstieg aus Modellprogramm mitgeteilt), daher werden nur Ergebnisse für 148 statt 161 Mitarbeitende gezeigt. Grau unterlegte Felder kennzeichnen konsistente Angaben zwischen Leitungskraft und Mitarbeitenden; rot unterlegte Felder kennzeichnen inkonsistente Angaben.

Zu t2 fühlen sich Mitarbeitende aus BD allerdings durchschnittlich genauso gut informiert wie Mitarbeitende aus PD (zu t1), was bei einer Feststellung von Mängeln zu tun ist (Chi<sup>2</sup>-Test für BD t2 vs. PD t1 mit dichotomisierten Antworten:  $p=.661$ ).

Vergleicht man die Bewertung der Mitarbeitenden in Abhängigkeit der Angaben der Leitungen zum Vorliegen von Handlungsanweisen (Tabelle 65), zeigt sich, dass sich Mitarbeitende in BD *ohne* Handlungsanweisungen genauso gut vorbereitet fühlen wie Mitarbeitende in Diensten *mit* Handlungsanweisungen (exakter Test nach Fisher mit dichotomisierten Antworten: BD zu t0  $p=.215$ , BD zu t1  $p=.296$ , BD zu t2  $p=.922$ ). Auch in nBa unterscheiden sich die Bewertungen der Mitarbeitenden nicht zwischen Einrichtungen mit und ohne Handlungsanweisungen (t1:  $p=.558$ ). Für PD zeigt sich zwar ein signifikanter Zusammenhang (exakter Test nach Fisher:  $p<.01$ ), allerdings erscheint dieses Ergebnis aufgrund der insgesamt nur zwei Fälle aus PD ohne Handlungsanweisungen vernachlässigbar.

Zumindest auf Grundlage der Angaben der Teilnehmer der Mitarbeiterbefragung scheint so das Vorliegen formaler Handlungsanweisungen für die eigene Handlungsfähigkeit nicht unbedingt ausschlaggebend. Dies bedeutet nicht, dass Handlungsanweisungen generell irrelevant sind; lediglich für die Stichprobe der Mitarbeiterbefragung scheint kein direkter Zusammenhang zwischen formalen Handlungsanweisungen und der subjektiv empfundenen Handlungsfähigkeit zu bestehen.

Tabelle 65: Handlungsfähigkeit bei Feststellung von Mängeln

Angaben Leitung: Handlungs- anweisung bei Mängeln liegen vor		Angaben Mitarbeitende: wie gut informiert?								
		sehr schlecht informiert		eher schlecht informiert		eher gut informiert		sehr gut informiert		keine Angabe
BD t0	Total	6	4.3%	11	7.9%	69	49.6%	53	38.1%	53
	Ja	4	4.4%	9	9.9%	47	51.6%	31	34.1%	33
	Nein	1	2.5%	2	5.0%	17	42.5%	20	50%	14
	keine Angabe	-	-	-	-	3	-	1	-	4
BD t1	Total	4	3.0%	19	14.2%	72	53.7%	39	29.1%	23
	Ja	4	3.4%	18	15.1%	60	50.4%	37	31.1%	18
	Nein	-	-	1	7.7%	10	76.9%	2	15.4%	4
	keine Angabe	-	-	-	-	2	-	-	-	1
BD t2	Total	1	0.7%	12	8.1%	73	49.3%	62	41.9%	13
	Ja	-	-	10	7.9%	61	48.4%	55	43.7%	4
	Nein	-	-	-	-	1	-	1	100%	1
	keine Angabe	1	-	1	-	5	-	2	-	2
nBa t1	Total	3	4.2%	14	19.4%	38	52.8%	17	23.6%	36
	Ja	2	6.1%	4	12.1%	19	57.6%	8	24.2%	13
	Nein	1	3%	8	24.2%	16	48.5%	8	24.2%	20
	keine Angabe	-	-	2	-	3	-	1	-	3
PD t1	Total	3	4.2%	2	2.8%	50	70.4%	16	22.5%	17
	Ja	2	2.9%	1	1.4%	50	72.5%	16	23.2%	17
	Nein	1	50.0%	1	50.0%	-	-	-	-	-
	keine Angabe	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden  
 Anmerkung: Zeilenprozent (gültige Prozent). Abkürzung: t0, Basiserhebung; t1, erste Folgerhebung; t2, zweite Folgerhebung. Darstellung bezieht sich auf Angaben der Mitarbeitenden zu t0 und t1, wie gut sie sich im Falle von Mängeln in der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung vorbereitet fühlen. Total entspricht nicht immer Spaltensumme, da nicht für jeden Mitarbeitenden Angaben der Leitung vorliegen.

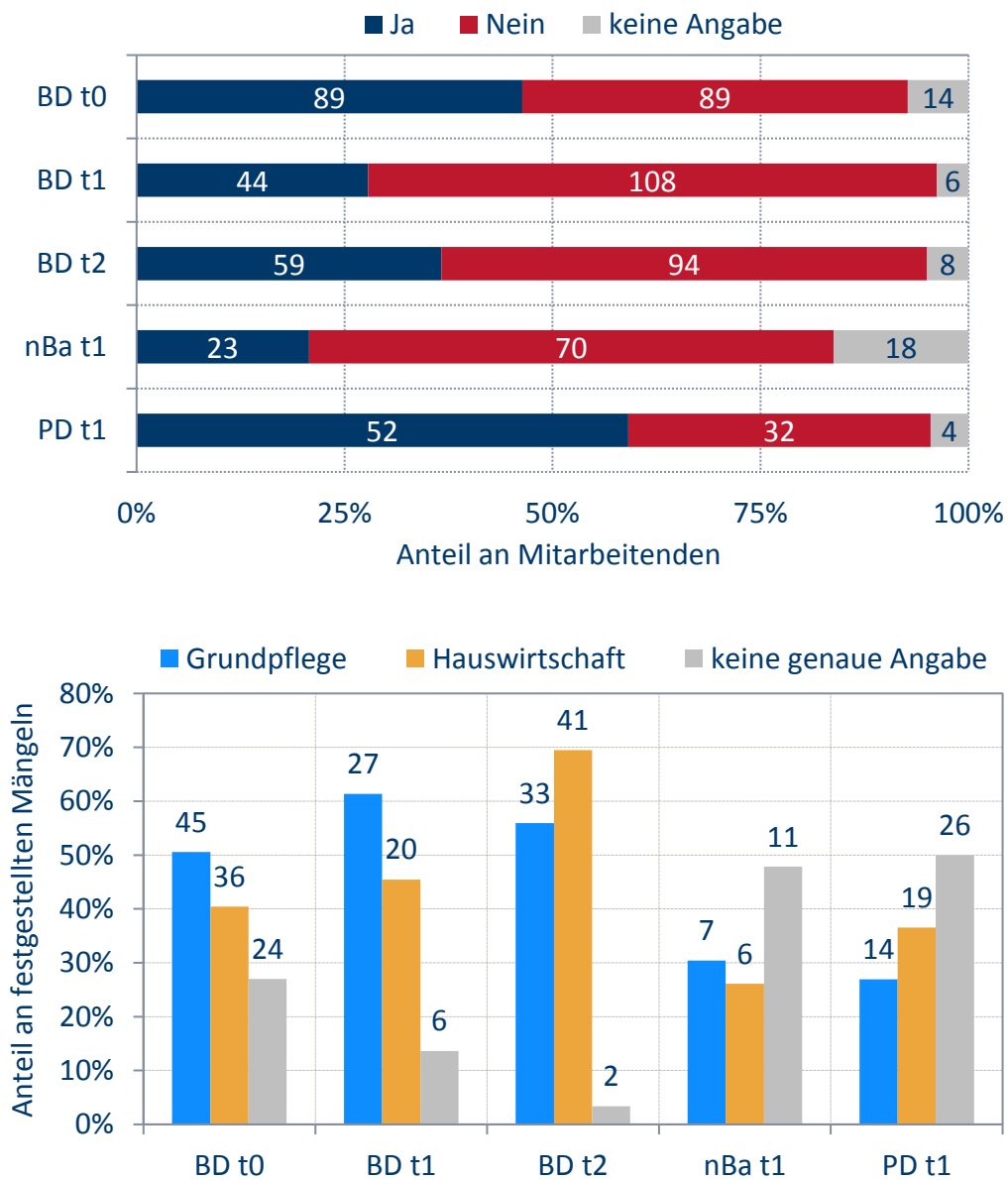
Dass bereits Mängel in der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung festgestellt worden seien, wird in BD zu t0 von etwas weniger als der Hälfte der befragten Mitarbeitenden angegeben (N = 89, 46.4% von 192). Zu t1 hat sich dieser Anteil gegenüber t0 signifikant reduziert (t1: N = 44, 27.8% von 158; t0 vs. t1:  $\chi^2_{(df=2, N=350)}=17.1, p<.001$ ) und bleibt zu t2 relativ konstant (t2: N = 59, 36.6% von 161, t1 vs. t2:  $p=.182$ ) (Fälle mit fehlenden Angaben zu t0: N = 14, 7.3%; zu t1: N = 6, 3.8%; zu t2: N = 8, 5%).

Die Feststellung von Mängeln in der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung wird häufiger von Mitarbeitenden aus PD als BD und nBa berichtet (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=343)}=32.8, p<.001$ ; vgl. Abbildung 95, oben). Allerdings konkretisieren die Mitarbeitenden aus PD den Mangel häufiger nicht genau (BD vs. PD vs. nBa zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=119)}=15.3, p<.001$  vgl. Abbildung 95, unten).

In BD erfolgte in den meisten Fällen eine Meldung an die Leitungskraft des BD (nur zu t0 und t1 erfragt; siehe Abbildung 96), gefolgt von Angehörigen des Kunden und die Pflegedienstleitung; Meldungen direkt an die Pflegekasse werden kaum genannt. Auch in den Vergleichseinrichtungen geben die Mitarbeitenden mehrheitlich an, dass sie die Mängel ihrer Einrichtungsleitung gemeldet hätten. Dabei wird dieser Personenkreis von Mitarbeitenden in PD anteilig noch etwas häufiger als in BD (und nBa) angegeben (zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=357)}=48.8, p<.001$ ; vgl. Abbildung 96). Auch sonstige Personenkreise werden von Mitarbeitenden aus PD anteilig häufiger genannt als in den anderen beiden Einrichtungstypen (zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=357)}=17.5, p<.001$ ); dafür werden in BD anteilig Angehörige etwas häufiger genannt.

Zusammenfassend fühlt sich die Mehrheit der Mitarbeitenden gut vorbereitet, wie bei Feststellung von Mängeln in der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung zu reagieren ist. Dabei tritt diese Bewertung relativ unabhängig davon auf, ob in den Einrichtungen formale Handlungsanweisungen vorliegen oder nicht. Allerdings zeigt sich, dass sich die Mitarbeitenden in BD (zu t2) und PD (zu t1), wo häufiger Handlungsanweisungen vorliegen, durchschnittlich besser vorbereitet fühlen als Mitarbeitende in nBa (zu t1). Das häufigere Fehlen klarer Handlungsanweisungen in BD zu t1 (ferner nBa) geht hingegen mit einem höheren Anteil inkonsistenter Angaben (zwischen Einrichtungsleitung und Mitarbeitenden) zum aktuellen Status der Handlungsanweisungen und der häufigeren Angabe, nicht ausreichend auf die Feststellung von Mängeln vorbereitet zu sein, einher. Zudem melden die Mitarbeitenden in BD die Mängel seltener an die eigene Einrichtungsleitung und häufiger an Angehörige als in PD (zu t1). Insgesamt erschien zu t1 in BD die Kommunikation klarer Handlungsanweisungen bei der Feststellung von Mängeln noch ausbaufähig. Zu t2 scheint sich dies aber soweit verbessert zu haben, dass kein Unterschied mehr zu PD feststellbar ist. Selbst wenn Handlungsanweisungen keinen direkten Einfluss auf die subjektiv empfundene Vorbereitung der Mitarbeitenden zeigen, scheinen sie doch zumindest Klarheit über allgemein gültige Vorgaben zu schaffen.

Abbildung 95: Bisherige Feststellung von Mängeln; Mitarbeiterbefragung



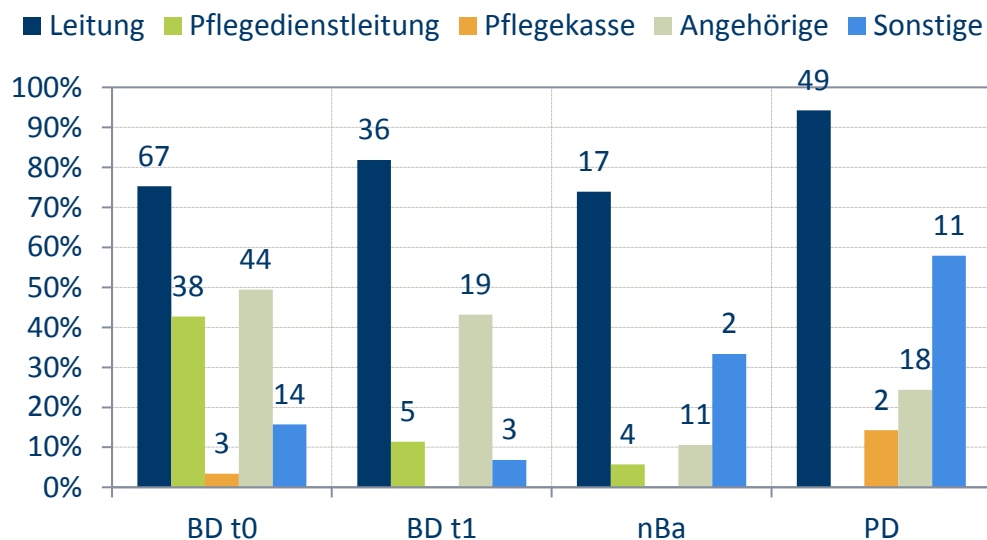
Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bis t2

Anmerkung:

Darstellung der Angaben der Mitarbeitenden aus BD zu t0 bis t2 und nBa und PD zu t1, ob in den letzten 2 Monaten Mängel in der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung bei Kunden festgestellt wurden. Obere Grafik zeigt die generelle Häufigkeit der Angabe, ob Mängel festgestellt wurden; untere Grafik zeigt Anteil der konkreten Art von Mängeln an allen Feststellungen (Mehrfachnennung möglich); „keine genaue Angabe“ entspricht Mitarbeitenden, die angeben bereits einen Mangel festgestellt zu haben, nicht aber genau definieren worin dieser bestand.

Abbildung 96: Bisherige Feststellung von Mängeln; Mitarbeiterbefragung



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bzw. t1

Anmerkung: Darstellung der Angaben der Mitarbeitenden aus BD zu t0 und t1 und nBa und PD zu t1 (Item nicht zu t2 erhoben), wem sie in den letzten 2 Monaten Mängel in der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung bei Kunden gemeldet haben. Y-Achse zeigt Anteil des konkreten Personenkreises, dem Mangel gemeldet wurde, an allen Feststellungen (Mehrfachnennung möglich).

## 3.8 Wirtschaftlichkeit

### 3.8.1 Methoden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Die generellen Methoden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind in Kapitel 2.3.3 des vorliegenden Berichts bereits allgemein dargelegt worden: Neben betriebswirtschaftlichen Kennwerten, wird der subjektive Nutzen betrachtet, den die Kunden aus den erhaltenen Leistungen ziehen. Während betriebswirtschaftliche Größen mehr auf die Wirtschaftlichkeit von *Einrichtungen* zielen, befasst sich der subjektive Nutzen verstärkt mit der Wirtschaftlichkeit von *Leistungen*. Die Wirtschaftlichkeit von Einrichtungen interessiert v.a. in Bezug auf BD, die sich als neuer Anbietertyp gegenüber bereits etablierten alternativen Anbietern von Betreuungsleistungen auf dem Markt zu behaupten haben. Hingegen soll die Wirtschaftlichkeit von Leistungen auch für die Vergleichseinrichtungen betrachtet werden.

In der Folge werden vorherige Befunde zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zusammengefasst und durch weitere Analysen ergänzt.

### 3.8.2 Betriebswirtschaftliche Aspekte

#### Wachstum der BD

Die betriebswirtschaftlichen Kennwerte „Mitarbeiter- und Kundenanzahl“ sind bereits in den Kapiteln 3.4.1 und 3.5.1 berichtet worden. In den BD zeigt sich insgesamt eine signifikante Zunahme sowohl der Mitarbeiter- als auch der Kundenanzahl über die Zeit, wobei sich die Mitarbeiterzahl nur von t0 nach t1 erhöht hat und danach stabil geblieben ist, während die Kundenanzahl von t1 nach t2 weiter zugenommen hat. Die durchschnittliche Größe der BD (Mitarbeiter- und Kundenanzahl) bleibt dabei unterhalb der Größe von an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmenden PD und ähnelt eher der von nBa (wenn man allerdings nur Kunden mit Betreuungsleistungen berücksichtigt, nähert sich die Größe der BD den teilnehmenden PD an).

In den Kapiteln zur Mitarbeiter- und Kundenanzahl wurde bereits deren Abhängigkeit von makrosystemischen Variablen analysiert. Dabei zeigte sich, dass sich sowohl die Mitarbeiter- als auch die Kundenanzahl relativ unabhängig von den betrachteten Rahmenbedingungen (Trägerschaft, Siedlungsstruktur, Gründungshistorie) entwickelte. In der Folge wird darüber hinaus die Abhängigkeit der betriebswirtschaftlichen Kennwerte von Aspekten der Struktur- und Prozessqualität (QM-Maßnahmen) analysiert.

Dazu wird die Veränderung der Mitarbeiter- bzw. Kundenanzahl in BD als abhängige Variable mit den QM-Maßnahmen (vgl. Kapitel 3.7.1 bis 3.7.3) als effektkodierte unabhängige Variablen in linearen Regressionsmodellen betrachtet. Sowohl die abhängigen als auch die unabhängigen Variablen werden durch die Antworten der Leistungskräfte definiert; die abhängige Variable entspricht der Differenz der Mitarbeiter- bzw. Kundenanzahl zu t1 relativ zu t0 bzw. zu t2 relativ zu t1; die effektkodierten QM-Variablen entsprechen den Variablen, die bereits für die Analyse in Kapitel 3.7.4 verwendet wurden (vgl. Tabelle 59: „Supervision der Mitarbeitenden“, „Sicherstellung der Vertretung bei Personalausfall“, „Durchführung von Fallbesprechungen“, „Beratung der Kunden vor Vertragsabschluss“, „verbindliche Verfahrensweisen bei Erstbesuch“, „Formulierung von Betreuungsplänen“, „Wirkungserfassung von Betreuung“, „Vorliegen eines Fortbildungsplans“, „Führen einer Betreuungsdokumentation“, „berufliche Ausgangsqualifikation der Leitung“). Anders als bei den Regressionsmodellen zur Betreuungsqualität kann hier zusätzlich die „Durchführung von Team-/Dienstbesprechungen“ als Variable in den Modellen berücksichtigt werden.

Für die Analyse werden sämtliche BD berücksichtigt, die zu t2 im Modellprogramm verblieben sind (N = 41). Auf Ebene der abhängigen Variable (AV) wird im Regressionsmodell nicht zwischen Veränderungen von t0 nach t1 und t1 nach t2 unterschieden, d.h. die Differenzen bilden eine gemeinsame AV – dadurch liefert jeder BD zwei Fälle für die Analyse (t0 vs. t1 + t1 vs. t2); bei N = 41 BD entspricht dies insgesamt N = 82 Fällen. Die genaue Ausprägung der unabhängigen Variablen (UV) wird durch die Angabe der Leitung zu den QM-Maßnahmen zu t1 oder t2

definiert, d.h. Angaben der Leitung zu t1 definieren die UV für t1-t0-Differenzen und Angaben zu t2 definieren die UV für t2-t1-Differenzen. Wenn zum jeweiligen Zeitpunkt für eine QM-Maßnahme keine Angabe vorliegt, wird sie durch Angaben zum nächstliegenden (i.d.R. früheren) Zeitpunkt ersetzt; um die Fallzahl für das Regressionsmodell weiter zu maximieren, werden weiterhin fehlende Werte durch das Gesamtmittel der vorhandenen Werte ersetzt.

Das Ergebnis der Regressionsanalysen für die beiden betriebswirtschaftlichen Kennwerte (Veränderung Mitarbeiter- und Kundenanzahl) findet sich in Tabelle 66. Wie Tabelle 66 zu entnehmen ist, ist keiner der Regressionskoeffizienten der QM-Variablen statistisch signifikant. Ebenso ist die Varianzaufklärung keines der Modelle statistisch signifikant ( $p \geq .662$ ). Das Wachstum der BD (Entwicklung der betriebswirtschaftlichen Kennwerte) erweist sich so als relativ unabhängig von der Umsetzung der QM-Maßnahmen.

### **Attraktivität der BD**

Anhand der Anzahl der ursprünglich teilnahmebereiten Einrichtungen (N = 122; Stand 19.05.2015) im Verhältnis zur finalen Anzahl der in das Modellprogramm eingeschlossenen BD (N = 49) soll im Folgenden analysiert werden, welche Beweggründe für diese Entwicklung ausschlaggebend gewesen sein könnten.

Bei den Diensten, die ihre Interessensbekundung noch vor Beginn des Modellprogramms wieder zurückgezogen haben (sog. „Nicht-Teilnehmer“; insg. N = 73), handelt es sich i.d.R. um Einrichtungen, die – sowohl was die Kunden- als auch was die Mitarbeiteranzahl betrifft – größer ausfallen als die an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmenden Einrichtungen (unabhängig vom Einrichtungstyp BD, PD, nBa; vgl. Kapitel 3.4.1, Abbildung 21 und 3.5.1, Abbildung 31). Die Teilnahme am Modellprogramm bzw. der wissenschaftlichen Begleitforschung erscheint so v.a. für kleinere Einrichtungen attraktiv. Hierbei mögen auch betriebswirtschaftliche Abwägungen der Einrichtungen ausschlaggebend gewesen sein.

Die genauen Gründe für den Rücktritt von einer Teilnahme am Modellprogramm wurden bei den Nicht-Teilnehmern anhand eines Fragebogens erfragt. Abbildung 97 zeigt die Angaben der Nicht-Teilnehmer zu Gründen, die ursprünglich ausschlaggebend waren, sich als Modelleinrichtung zu bewerben (insgesamt antworteten nur N = 23 von insgesamt 73 Nicht-Teilnehmern). Zu dem Zeitpunkt als sich die Einrichtungen um eine Teilnahme bewarben (bis Februar 2014), war das PSG I noch nicht in Kraft (Inkrafttreten zum Januar 2015), d.h. über den Betrag nach § 45b SGB XI für sog. „Zusätzliche Betreuungsleistungen“ hinaus, gab es – außer einiger Ausnahmen von Pflegediensten, die seit dem PNG bereits Leistungen nach § 124 SGB XI erbrachten – keine Möglichkeiten ambulante Betreuungsleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung abzurechnen.



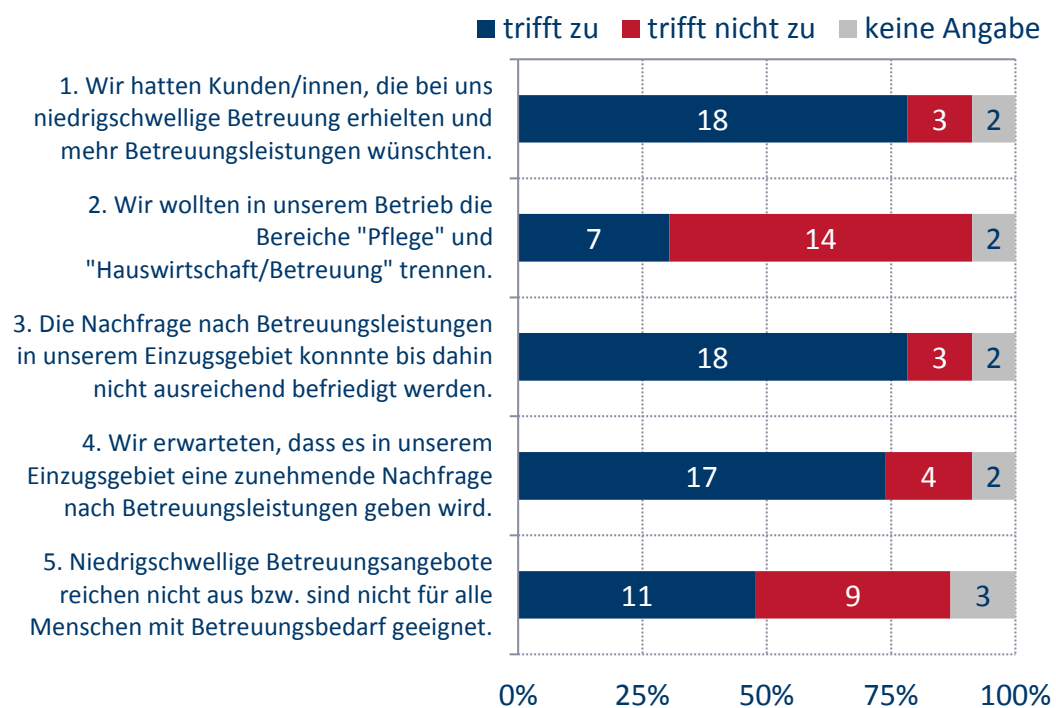
Tabelle 66: Regressionsanalysen zur Auswirkung von QM-Maßnahmen auf Mitarbeiter- und Kundenanzahl

Variable (Kategorie)	Differenz Kundenanzahl			Differenz Mitarbeiteranzahl		
	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.
Konstante	16.346	2.794	.000	1.938	.534	.001
Supervision generell (Ja)	-1.447	1.921	.454	-.086	.367	.814
Supervision gerontopsychiatr. FK (Ja)	-1.938	1.655	.246	-.042	.316	.896
Vertretung durch eigene MA (Ja)	.691	.491	.164	.054	.094	.567
Vertretung d. Kooperationsbeziehungen (Ja)	-1.753	1.218	.155	.104	.233	.657
Vertretung nicht immer sicher gestellt (Ja)	.675	1.878	.720	.272	.359	.451
Fallbesprechungen regelmäßig	1.778	1.948	.365	.133	.372	.721
Fallbesprechungen bei Bedarf	-1.700	2.004	.400	-.216	.383	.574
Beratung (immer)	.124	1.171	.916	-.116	.224	.605
verbindliches Verfahren für Erstbesuch (Ja)	1.364	1.107	.222	.378	.211	.079
Betreuungsplan (Ja)	-.567	1.420	.691	-.077	.271	.776
Wirkungserfassung erfolgt immer	.307	1.973	.877	.151	.377	.689
Wirkungserfassung erfolgt bei Bedarf	.505	1.862	.787	-.285	.356	.426
Fortbildungsplan (Ja)	-2.230	1.664	.185	-.359	.318	.263
Betreuungsdokumentation immer	.384	1.683	.820	-.092	.321	.776
Betreuungsdokumentation bei Bedarf	.561	1.342	.677	.203	.256	.430
Dienstbesprechung regelmäßig (Ja)	1.178	1.208	.333	.042	.231	.858
Ausgangsqual. Pflegefachkraft	2.132	1.675	.208	.232	.320	.470
Ausgangsqual. anderer typ. ges.-soz. Beruf	-1.601	1.924	.408	.029	.367	.937

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen der BD zu t0 bis t2  
 Anmerkung: Analysen beruhen auf N = 41 Fällen (BD). Abkürzungen:  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz. Vor den Klammern steht der Name der in das Regressionsmodell eingeschlossenen Variable; in Klammern dahinter die Kategorie, für die der Regressionskoeffizient ausgewiesen wird. Der Regressionskoeffizient der Referenzkategorie (i.d.R. Angabe „Nein“) wird nicht gezeigt; er entspricht aufgrund der Effektkodierung dem Abstand der Summe der ausgewiesenen Regressionskoeffizienten einer Variablen von Null. In dem Modell werden Veränderungen von t0 nach t1 und t1 nach t2 nicht unterschieden, sondern gemeinsam betrachtet; die Ausprägung der unabhängigen Variablen wird dennoch durch die Angaben der Leitungskraft zu t1 (für Differenzen t1-t0) und t2 (für Differenzen t2-t1) definiert.

Die deutlichste Zustimmung der Nicht-Teilnehmer galt Gründen, die auf einen bislang nicht gedeckten Betreuungsbedarf hindeuten. Dieser bestand nach Einschätzung der Befragten zum Zeitpunkt der Bewerbung sowohl aufseiten der Bestandskunden (vgl. Aussage 1 in Abbildung 97) als auch bei potentiellen Neukunden im Einzugsgebiet (vgl. Aussage 3). Zudem wurde häufig davon ausgegangen, dass der Bedarf an Betreuungsleistungen in Zukunft weiter steigen würde (Aussage 4). Diese Angaben zusammen mit dem Wachstum der BD legen nahe, dass die Wirtschaftlichkeit von BD keineswegs an der Nachfrage nach Betreuungsleistungen scheitert; im Gegenteil schien man mit der Gründung von BD auf einen bislang nicht gedeckten und zunehmenden Bedarf zu reagieren.

Abbildung 97: Gründe für die Bewerbung als Modellvorhaben



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Nicht-Teilnehmer

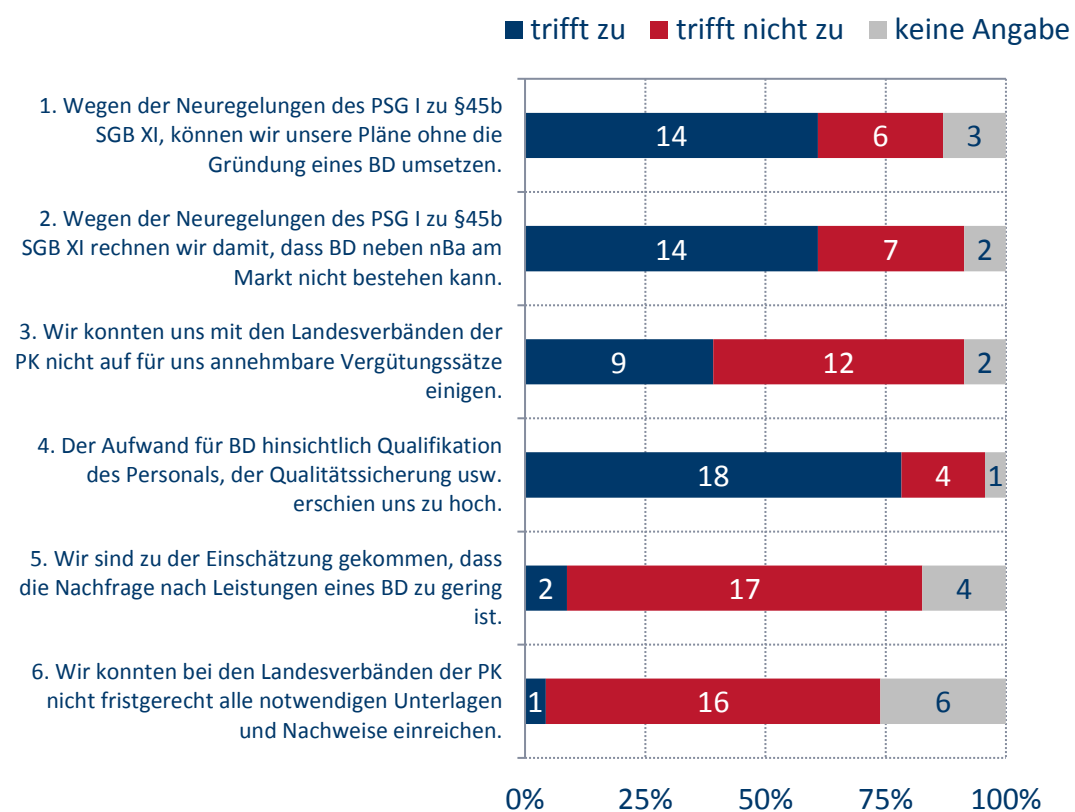
Anmerkung: Rücksendung der Fragebögen erfolgte durch insgesamt N = 23 Teilnehmer.

Betrachtet man im Gegenzug die Gründe, die zum vorzeitigen Rückzug von der Teilnahme am Modellprogramm geführt haben, so spiegeln diese zunächst die ursprünglichen Gründe der Bewerbung wider: Die Mehrheit der Befragten verneint, dass die Nachfrage nach Betreuungsleistungen in ihrem Einzugsgebiet zu gering gewesen sei und man daher von einer Teilnahme am Modellprogramm abgesehen hätte (vgl. Aussage 5 in Abbildung 98).

Allerdings wird der Aufwand für die Qualitätsanforderungen an BD von der Mehrheit der Befragten als zu hoch bewertet (vgl. Aussage 4 in Abbildung 98). Dies liegt zum einen daran, dass sich das Betreuungskonzept der meisten befragten Einrichtungen seit Inkrafttreten des PSG I offenbar auch mit weitaus geringeren

Qualitätsanforderungen umsetzen lässt (vgl. Aussage 1); denn seit PSG I haben auch niedrigschwellige Betreuungsangebote die Möglichkeit, durch die Umwidmung des Sachleistungsanspruchs der Versicherten auf ein erweitertes Budget für Betreuungsleistungen zuzugreifen.

Abbildung 98: Gründe für den Ausstieg aus dem Modellprogramm



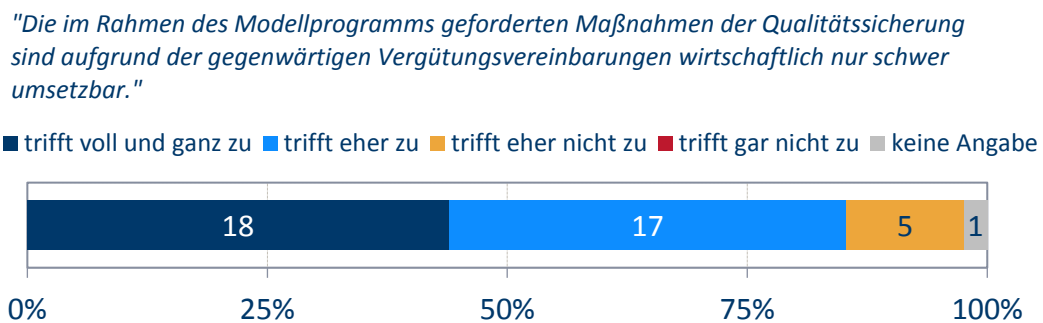
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Nicht-Teilnehmer

Anmerkung: Rücksendung der Fragebögen erfolgte durch insgesamt N = 23 Teilnehmer.  
Abkürzungen: PSG I, Erstes Pflegestärkungsgesetz; BD, Betreuungsdienst; nBa, niedrigschwellige Betreuungsangebote; PK, Pflegekasse.

Zum anderem muss die Bewertung der Qualifikationsanforderungen an BD als „zu hoch“ aber auch vor dem Hintergrund der Leistungsvergütung betrachtet werden. Zunächst wurde in den persönlichen Interviews mit den Einrichtungsleitungen der BD (zwischen t1 und t2) die Thematik der Wirtschaftlichkeit gezielt angesprochen. Die Ergebnisse der Interviews mit den Leitungen der BD finden sich in Kapitel 3.3.3. Hier zeigt sich, dass etwa die Hälfte der interviewten Führungskräfte (N = 20 von insg. 42; vgl. Abbildung 19) der Ansicht ist, dass die Vergütung der Leistungen der BD zu gering ausfällt und die Einrichtungen daher Schwierigkeiten haben wirtschaftlich zu bestehen (die andere Hälfte der Führungskräfte widerspricht dieser Aussage nicht etwa, sondern äußert sich nur spontan nicht zu diesem Aspekt).

Daraufhin wurde zu t2 nochmals strukturierter erhoben, inwiefern die im Rahmen des Modellprogramms von BD geforderten Maßnahmen der Qualitätssicherung unter gegebenen Vergütungsvereinbarungen wirtschaftlich umsetzbar sind. Von der großen Mehrheit der Führungskräfte wird hier angegeben, dass die geforderten Maßnahmen der Qualitätssicherung wirtschaftlich schwer umsetzbar seien (vgl. Abbildung 99). Vor diesem Hintergrund ist allerdings darauf hinzuweisen, dass zumindest die Maßnahmen zur Qualifizierung des Personals im Rahmen des Modellprogramms finanziert wurden. Auch unterliegen die BD nicht denselben Qualitätsanforderungen wie Pflegedienste.

Abbildung 99: Angaben der Leitungen zur Profitabilität von BD (zu t2)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitung der BD zu t2

Tabelle 67 stellt die Vergütung von Leistungen der drei Einrichtungstypen für die konsekutiven Zeitpunkte t1 und t2 einander gegenüber. Zudem wird auch die Vergütung der BD, die zu t2 weiterhin im Modellprogramm verblieben sind, mit der Vergütung ausgeschiedener BD verglichen.

Zu t1 fällt die Vergütung von Leistungen nach § 45b SGB XI für PD signifikant höher aus als für BD ( $t_{(df=51)}=-2.9, p<.01$ ); zu t2 fällt in PD neben der Vergütung nach § 45b SGB XI ( $t_{(df=46)}=-2.9, p<.05$ ) auch die Vergütung von Leistungen nach § 124 SGB XI ( $t_{(df=40)}=-2.8, p<.01$ ) höher aus als in BD. Hier ist zu berücksichtigen, dass die unterschiedlichen Ergebnisse zu t1 und t2 nicht mit einer über die Zeit veränderten Vergütung in Zusammenhang stehen; tatsächlich unterscheidet sich die Vergütung pro Einrichtungstyp nicht zwischen den Zeitpunkten ( $p\geq.264$ ). Die Unterschiede gehen so wahrscheinlich darauf zurück, dass sich die Stichproben der PD, ferner auch BD, zu t1 und t2 jeweils anders zusammensetzen. Insgesamt deuten die Befunde auf eine höhere Vergütung von Betreuungsleistungen der PD als BD. Der Unterschied zwischen BD und nBa verfehlt hingegen die statistische Signifikanz (zu t1  $p=.068$ , zu t2  $p=.146$ ) mit einer etwas höheren Vergütung von Betreuungsleistungen in BD als in nBa.

Darüber hinaus unterscheidet sich tendenziell auch die Vergütung von Leistungen nach § 124 SGB XI zwischen BD, die nach t2 weiterhin im Modellprogramm verblieben sind und ausgeschiedenen BD (zu t1:  $t_{(df=41)}=1.9, p=.059$ ). Dies könnte

einen Hinweis darauf liefern, dass es für BD mit niedrigeren Vergütungsvereinbarungen schwierig gewesen zu sein scheint, wirtschaftlich zu bestehen. Zudem wird auch in den sog. „Exit-Befragungen“ nach Beendigung der Teilnahme am Modellprogramm (vgl. Kapitel 2.5) von fast allen befragten Leitungen (N = 4 von 5) angegeben, dass unter den gegebenen Vergütungsvereinbarungen keine Grundlage geboten wurde, wirtschaftlich mit dem BD zu bestehen und dies entscheidend zum Ausscheiden aus dem Modellprogramm beigetragen hat (insgesamt standen N = 5 Leitungen von insgesamt neun ausgeschiedenen BD für „Exit“-Befragungen zur Verfügung; davon gaben N = 4 die Vergütung als Grund an, eine Leitung machte keine Angabe).

Tabelle 67: Vergütungssätze in EUR pro Stunde für Betreuungsleistungen

Typ	Art der Betreuungsleistung	Vergütung in EUR/Stunde						N	k.A.
		M	SD	Max	Min	MDN			
BD t1	§ 124 SGB XI	22.14	4.78	34.50	15.00	22.22	43	1	
	§ 45b SGB XI	22.65	4.99	36.00	15.00	22.80	37	7	
BD t2	§ 124 SGB XI	23.46	5.77	44.56	16.20	22.80	37	4	
	§ 45b SGB XI	23.63	4.98	32.50	16.00	23.40	37	4	
BD verblieben <sup>†</sup>	§ 124 SGB XI	22.58	4.76	34.50	16.20	22.38	39	1	
	§ 45b SGB XI	22.48	4.40	32.50	16.00	22.80	35	5	
BD ausgeschieden <sup>†</sup>	§ 124 SGB XI	17.85	2.50	20.85	15.00	17.77	4	-	
	§ 45b SGB XI	25.50	14.85	36.00	15.00	25.50	2	2	
nBa t1	§ 45b SGB XI	18.64	10.79	65.00	6.00	18.90	30	5	
nBa t2	§ 45b SGB XI	18.97	13.68	65.00	6.90	14.00	21	-	
PD t1	§ 124 SGB XI	25.86	10.19	38.82	6.60	26.00	9	7	
	§ 45b SGB XI	27.28	5.89	41.60	15.00	26.00	16	-	
PD t2	§ 124 SGB XI	31.48	7.56	44.56	26.00	28.00	5	6	
	§ 45b SGB XI	27.10	4.57	32.40	17.10	26.00	11	-	

Quelle: IGES; schriftliche Befragung Einrichtungsleitungen zu t1 und t2

Anmerkung: Angaben beziehen sich auf Vergütung von Betreuungsleistungen für eine Einzelperson (keine Gruppenbetreuung). In nur N = 9 von 16 zu t1 und N = 5 von 11 PD zu t2 liegt offenbar ein Versorgungsvertrag für § 124 SGB XI vor. <sup>†</sup>„verblieben“ bzw. „ausgeschieden“ entsprechen BD, die am Ende der Begleitforschung im Modellprogramm verblieben bzw. ausgeschieden sind; die Vergütung für diese beiden Gruppen bezieht sich auf den Zeitpunkt t1. Abkürzungen: M, arithmetisches Mittel; SD, Standardabweichung; Max, Maximum; Min, Minimum; MDN, Median; N, Anzahl der Einrichtungsleitungen mit Angaben; k.A., keine Angabe, Anzahl der Einrichtungen ohne Angaben.

Die geringere Vergütung von Betreuungsleistungen der BD gegenüber PD tritt auf, obwohl im Gegensatz zu BD bei PD keinerlei (bei nBa geringere)

Qualifikationsanforderungen an das Betreuungspersonal gestellt werden. Wenn Leistungen von Betreuungskräften mit geringerem und höherem Qualifikationsprofil identisch vergütet werden, könnte dies tatsächlich als unwirtschaftlicher Personaleinsatz gewertet werden.

Darüber hinaus kann auch der Befund, dass fast die Hälfte der Leitungskräfte anführt, dass es bei Abrechnungen mit den Pflegekassen zu unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwänden komme (N = 19 von insg. 42; N = 14 widersprechen dieser Aussage; der Rest bleibt ohne spontane Angabe zu diesem Aspekt; vgl. Abbildung 19) als Hinweis auf betriebswirtschaftlich erschwerende Bedingungen gewertet werden. Die erhöhten Aufwände entstünden oftmals dadurch, dass die Sachbearbeiter der Pflegekassen nicht ausreichend über die Modellvorhaben informiert seien. Grundsätzlich wurden aber alle Pflegekassen vom GKV-Spitzenverband zum Modellvorhaben in Kenntnis gesetzt.

V.a. die von fast der Hälfte BD beklagte zu geringe Vergütung steht in starkem Kontrast zur hohen Nachfrage nach Leistungen der BD: Dass sich die Akquise von Kunden schwierig gestaltet, wird nur von einer absoluten Minderheit der Leitungskräfte der BD angegeben (N = 5 von insg. 42 vgl. Abbildung 19); viel häufiger widersprechen die Leitungskräfte dieser Aussage (N = 17 von insg. 42 widersprechen; N = 20 äußern sich spontan nicht dazu), was sich auch mit dem generell zu verzeichnenden Kundenzuwachs der BD über die Erhebungszeitpunkte (t0 bis t2) deckt. Mit den derzeitigen Vergütungsverträgen gestaltet sich jedoch die Mitarbeiterakquise oftmals schwierig, da sich mit den gültigen Stundensätzen kaum qualifiziertes Personal finden ließe (N = 21 von insgesamt 42; vgl. Abbildung 19).

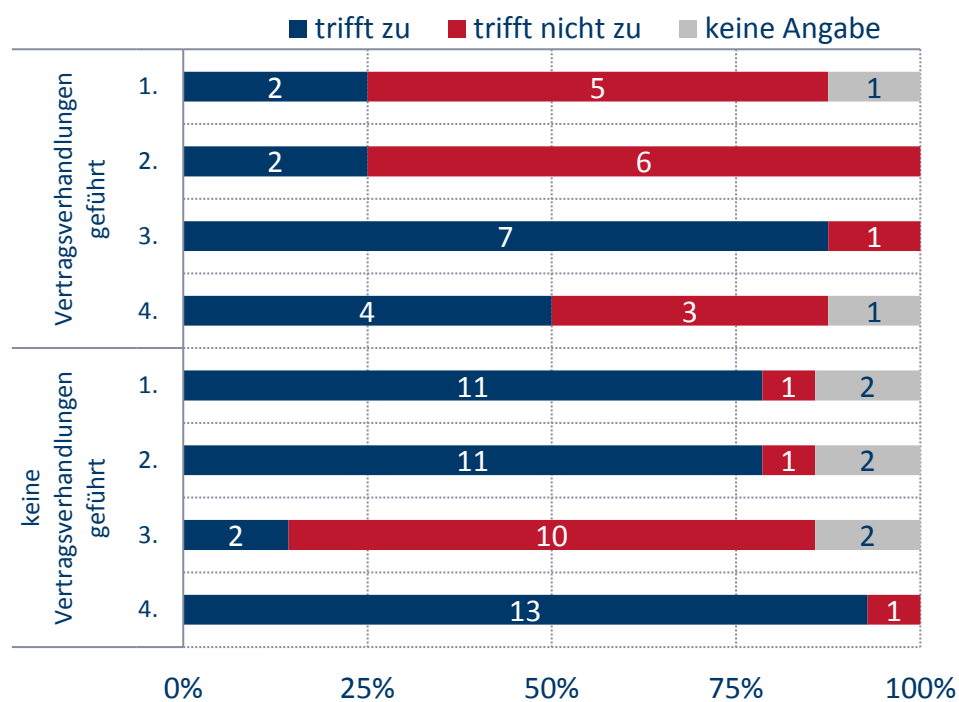
Bei den Nicht-Teilnehmern findet sich die Einschätzung der BD als „unwirtschaftlich“ v.a. in der vermehrten Zustimmung zur Aussage, dass seit der Neuregelung durch PSG I, BD auf dem Markt neben niedrighwelligen Angeboten kaum bestehen könnten (vgl. Aussage 2 in Abbildung 98). Die hohen Qualitätsanforderungen an BD sind voraussichtlich mit höheren Kosten als bei niedrighwelligen Angeboten verbunden, die sich mit geringen Vergütungssätzen schlechter decken lassen. Daher erscheint manchen Nicht-Teilnehmern wohl die Fortführung eines niedrighwelligen Angebots gegenüber der Gründung eines BD lukrativer. Die Zustimmung zur Aussage, sich nicht auf annehmbare Vergütungssätze mit den Pflegekassen geeinigt zu haben, wird jedoch nur von N = 9 der befragten Nicht-Teilnehmer bestätigt; allerdings geben ohnehin nur N = 8 an, überhaupt Vergütungsverhandlungen geführt zu haben, wovon fast alle (N = 7) bestätigen, sich *nicht* mit den Pflegekassen geeinigt zu haben.

Abbildung 100 stellt die Angaben zum Ausstieg aus dem Modellvorhaben getrennt für Einrichtungen dar, die Vertragsverhandlungen mit den Pflegekassen geführt haben gegenüber solchen, die dies nicht getan haben. Dadurch können Einrichtungen, die bereits in unmittelbarer Nähe zum Inkrafttreten von PSG I entschieden haben, nicht weiter als Modellvorhaben teilzunehmen – so erst gar keine Vertragsverhandlungen geführt haben – und solche, denen auch nach PSG I

das Modellprogramm noch attraktiv genug schien um mit den Pflegekassen in Vertragsverhandlungen zu treten, voneinander unterschieden werden.

Die meisten Einrichtungen, die bereits vor Vertragsverhandlungen aus dem Modellprogramm ausgeschieden sind, konnten ihr Betreuungskonzept offenbar auch im Rahmen der durch PSG I erweiterten Betreuungsmöglichkeiten (vgl. Aussagen 1 und 2 in Abbildung 100) mit geringeren Qualifikationsanforderungen als an BD realisieren (vgl. Aussage 4 in Abbildung 100). Diejenigen, die in Vertragsverhandlungen mit den Pflegekassen getreten sind, geben hingegen fast alle an, sich nicht auf annehmbare Vergütungssätze geeinigt zu haben (Aussage 3); die Qualifikationsanforderungen an BD hält hier jedoch nur die Hälfte für zu hoch (Aussage 4).

Abbildung 100: Ausstieg aus dem Modellprogramm und Vertragsverhandlungen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Nicht-Teilnehmer

Anmerkung: Rücksendung der Fragebögen erfolgte durch insgesamt N = 23 Teilnehmer. Darstellung zeigt Angaben von Einrichtungen, die Vertragsverhandlungen mit den Pflegekassen geführt haben gegenüber Einrichtungen, die dies nicht getan haben. Es werden nur Aussagen berücksichtigt, die sich statistisch signifikant zwischen beiden Einrichtungsgruppen unterscheiden (ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben): 1. „Wegen der Neuregelungen des PSG I zu §45b SGB XI, können wir unsere Pläne ohne die Gründung eines BD umsetzen.“ ( $\chi^2_{(df=1, N=19)}=8.1, p<.01$ ); 2. „Wegen der Neuregelungen des PSG I zu §45b SGB XI rechnen wir damit, dass BD neben nBa am Markt nicht bestehen kann.“ ( $\chi^2_{(df=1, N=20)}=9.4, p<.01$ ); 3. „Wir konnten uns mit den Landesverbänden der PK nicht auf für uns annehmbare Vergütungssätze einigen“ ( $\chi^2_{(df=1, N=20)}=9.8, p<.01$ ); „4. „Der Aufwand für BD hinsichtlich Qualifikation des Personals, der Qualitätssicherung usw. erschien uns zu hoch.“ ( $\chi^2_{(df=1, N=21)}=3.9, p<.05$ ).

Dass die Qualitätsanforderungen als zu hoch betrachtet werden, muss so in zweierlei Hinsicht interpretiert werden: Einerseits gibt es „Aussteiger“ vor den Vergütungsverhandlungen, für die v.a. ausschlaggebend war, dass sich seit PSG I eine vermehrte Betreuung auch mit geringeren Qualitätsanforderungen als für BD (d.h. auch kostengünstiger) umsetzen lässt; von dieser Gruppe werden die Qualitätsanforderungen an BD als zu hoch erachtet, da sich ihr Betreuungskonzept offenbar mit geringeren Qualitätsanforderungen realisieren lässt. Andererseits gibt es „Aussteiger“ nach den Vertragsverhandlungen, denen die hohen Qualitätsanforderungen an BD nicht per se unangemessen erscheinen, für die aber die Vergütungssätze zu gering ausfielen, um kostendeckend zu arbeiten. Die Qualitätsanforderungen werden so nur mit Bezug auf die Vergütungssätze als zu hoch eingestuft; das Betreuungskonzept dieser Gruppe scheint aber insgesamt eher mit höheren Qualitätsanforderungen kompatibel.

Die letztendlich am Modellprogramm teilnehmenden Einrichtungen (BD) ähneln wahrscheinlich zu einem erheblichen Anteil der letzten Gruppe. In den persönlichen Interviews mit den Leitungen wurde jedenfalls von keiner einzigen Leitungskraft angegeben, dass die Qualifikationsanforderungen zu hoch seien; im Gegenteil, wird dort eher angegeben, dass eine höhere Qualifikation der Mitarbeitenden auch eine hohe Qualität der Leistung sichere (vgl. Kapitel 3.3.3, Abbildung 19). Höhere Qualitätsanforderungen an BD könnten so gerade als wichtiges Unterscheidungsmerkmal zu bestehenden Betreuungsangeboten am Markt fungieren.

### **3.8.3 Positionierung der BD in Konkurrenz mit anderen Anbietern**

Bei der Etablierung von BD als neuem Anbietertyp am Markt spielt die Abgrenzung zu bereits bestehenden Betreuungsangeboten eine zentrale Rolle. Wahrscheinlich sehen viele Leitungskräfte in erhöhten Qualifikationsanforderungen an das Betreuungspersonal der BD (relativ zu Anforderungen bei niedrigschwelligen Angeboten und ambulanten Pflegediensten) auch gerade deshalb eine Stärke (N = 16 von insg. 42 sind der Ansicht, dass die Qualifikation der Mitarbeitenden eine hohe Qualität der Leistungen sichert; der Rest der Interviewten, N = 26, äußert sich spontan nicht zu diesem Aspekt; vgl. Abbildung 19). Zudem wird häufig angegeben, dass BD von Pflegediensten als Ergänzung wahrgenommen würden (N = 11 von insg. 44); obwohl das Gegenteil – die Wahrnehmung der BD durch Pflegedienste als Konkurrenz – etwas häufiger angegeben wird (N = 14 von insg. 44), spricht die gute Einbindung der BD in ein Kooperationsnetzwerk, dem meistens auch Pflegedienste angehören, doch eher für eine Wahrnehmung als sinnvolle Ergänzung (vgl. Kapitel 3.3.4: zu t1 kooperieren insg. N = 36 BD praktisch mit anderen Einrichtungen, davon N = 29 mit Pflegediensten; zu t2 kooperieren insg. N = 34 mit anderen Einrichtungen, davon N = 33 mit Pflegediensten).

Auch in den schriftlichen Befragungen der Leitungskräfte der BD wurde wiederholt auf die Positionierung des neuen Anbietertyps BD in Abgrenzung zu bestehenden Betreuungsangeboten eingegangen. Dazu wurden Aussagen formuliert, die einen



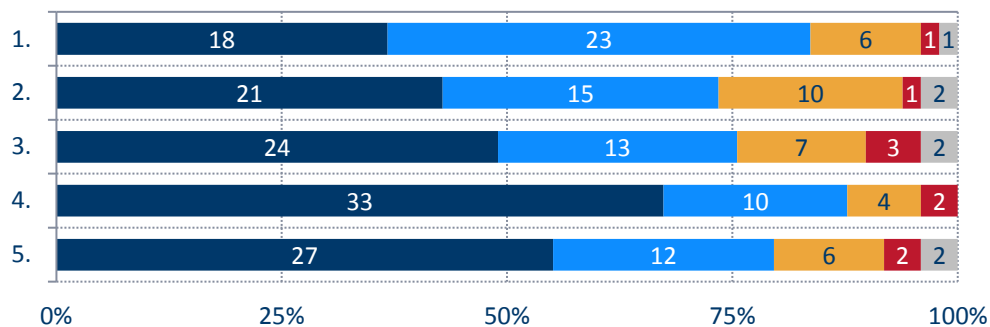
Vorteil gegenüber den bereits etablierten Einrichtungen beschreiben. Die Leitungskräfte drückten ihre Zustimmung oder Ablehnung gegenüber diesen Aussagen anhand einer vierstufigen Ratingskala aus („trifft genau zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“). Das Ergebnis der Bewertung von Aussagen, die zu t0 vorgelegt wurden, ist in Abbildung 101 dargestellt. Demnach stimmen zu t0 mindestens drei Viertel der Befragten zu, dass BD gegenüber Pflegediensten und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten bestimmte Vorteile besitzen (siehe Abbildung 101). Dies stützt die Annahme, dass BD – auch aus Sicht der Leitungen am Modellprogramm teilnehmender Einrichtungen – eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Versorgungslandschaft bieten.

Abbildung 101: Positionierung der BD in Konkurrenz zu anderen Anbietern (t1)

BD werden gebraucht, weil...

1. ... die ambulanten Pflegedienste zu wenige Betreuungsleistungen anbieten.
2. ... die niedrigschwelligen Betreuungsangebote nicht genügend Plätze/Kapazitäten haben.
3. ... es Kunden gibt, die eine besonders qualifizierte Betreuung benötigen, die von den niedrigschwelligen Angeboten nicht geleistet werden kann.
4. ... es Kunden gibt, die Betreuung und Hauswirtschaftsleistungen gern aus einer Hand beziehen möchten.
5. ... unser Betreuungsdienst flexibler als andere Anbieter auf die Wünsche und Bedürfnisse der Kunden eingeht.

■ trifft genau zu ■ trifft eher zu ■ trifft eher nicht zu ■ trifft überhaupt nicht zu ■ keine Angabe



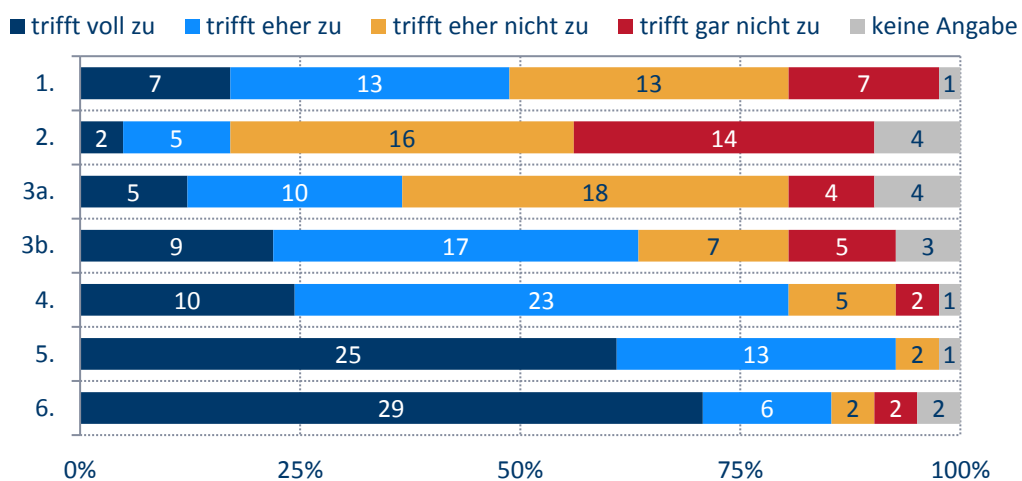
Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t0

Zu t2 fokussierten die Items zur Positionierung der BD stärker auf Entwicklungen des aktuellen pflegepolitischen Hintergrunds (v.a. PSG I und II). Das Ergebnis der Bewertungen der Aussagen zu t2 ist in Abbildung 102 dargestellt. Demnach ist die Hälfte der Leitungskräfte der BD der Ansicht, dass die geforderten Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen des Modellvorhabens eine angemessene Qualität der Betreuung gewährleisten, während die andere Hälfte meint, diese ließe sich auch mit geringeren Anforderungen sicherstellen (siehe Aussage 1 in Abbildung 102). Ähnlich wie bei den Nicht-Teilnehmern (vgl. Abbildung 100), scheint es so auch bei BD einerseits Einrichtungen zu geben, die die höheren Qualitätsanforderungen als zentral für ihr Betreuungskonzept erachten, während

andere ihr Betreuungskonzept auch mit geringeren Anforderungen umsetzen würden.

Abbildung 102: Positionierung der BD in Konkurrenz zu anderen Anbietern (t2)

1. Es würden auch geringere Anforderungen an die Maßnahmen der Qualitätssicherung als im Rahmen des Modellprogramms ausreichen, um eine angemessene Qualität der durch Betreuungsdienste erbrachten Leistungen sicherzustellen.
2. Die zur Anerkennung von niedrigschwelligen Angeboten erforderlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung sind nicht ausreichend, um eine angemessene Qualität der durch diese Einrichtungen erbrachten Leistungen sicherzustellen.
3. Die Pflegestärkungsgesetze I und II werden zu einer verstärkten Konkurrenz der Betreuungsdienste ...
  - a) ... mit niedrigschwelligen Angeboten führen.
  - b) ... mit ambulanten Pflegediensten führen.
4. Andere Anbieter als Pflegedienste sollten auch bestimmte, weniger gut planbare grundpflegerische Tätigkeiten übernehmen.
5. Zur angemessenen Versorgung von betreuungsbedürftigen Personen, die gleichzeitig durch einen Pflegedienst versorgt werden, ist eine Koordination des Betreuungsdienstes mit dem Pflegedienst unbedingt erforderlich.
6. Nach Ende des Modellvorhabens werden wir den Betreuungsdienst (in einem ggf. veränderten Rahmen) fortführen.



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Leitungskräfte der BD zu t2

Anmerkung: Aussage 4. entspricht streng genommen dem Wortlaut folgender Antwortkategorien: „trifft voll zu“ = „Ja, BD sollten – bei entsprechender Eignung der Mitarbeiter – pflegerische Tätigkeiten genauso wie Betreuungsdienste erbringen dürfen“; „trifft eher zu“ = „BD sollten zumindest bestimmte pflegerische Tätigkeiten erbringen dürfen, die im Alltag spontan erforderlich werden“; „trifft eher nicht zu“ = „eigentlich nicht – nur in Notsituationen sollten derart Tätigkeiten von Mitarbeitern des BD übernommen werden“; „trifft gar nicht zu“ = „auf gar keinen Fall; derart Tätigkeiten müssen, wenn sie anfallen, an einen Pflegedienst oder Angehörige delegiert werden“.

Die Einschätzung, dass die höheren Qualitätsanforderungen an BD zu einer Sicherstellung angemessener Qualität führen, geht aber nicht zwangsläufig mit der Einschätzung einher, die geringeren Anforderungen an niedrigschwellige Betreuungsangebote seien nicht ebenfalls ausreichend; insgesamt wird nämlich von der breiten Mehrheit der Führungskräfte der BD anerkannt, dass eine angemessene Qualität auch bei niedrigschwelligem Angebot sichergestellt sei (vgl. Aussage 2). Damit sind in den Augen der Führungskräfte die höheren bzw. geringeren Anforderungen dem unterschiedlichen Zweck von BD bzw. niedrigschwelligem Angebot jeweils angemessen; wahrscheinlich wird von der Mehrheit der Führungskräfte nicht erwartet, dass BD mit niedrigschwelligem Angeboten (durch PSG I und II) in eine verstärkte Konkurrenz treten werden (Aussage 3a), da BD und nBa mit ihren verschiedenen Anforderungen jeweils eigene Marktsegmente bedienen.

Damit übereinstimmend konnte festgestellt werden, dass sich die Kunden der verschiedenen Einrichtungstypen unterschiedlich zusammensetzen bzw. sich unterschiedlich stark aus verschiedenen Populationen rekrutieren (vgl. v.a. Kapitel 3.5.1). Dabei scheinen betreuungsrelevante Problemlagen bei Kunden aus BD und nBa zwar ähnlich stark ausgeprägt (vgl. Kapitel 3.5.2), allerdings befinden sich in nBa eher jüngere Kunden und solche, die häufiger mit ihrer Familie zusammenleben (vgl. Kapitel 3.5.4). In jüngeren Jahren bzw. früheren Stadien fortschreitender Erkrankungen (z.B. Demenz) oder bei stärkerer Einbindung in ein informelles familiäres Pflegenetzwerk könnte die niedrigschwellige Unterstützung durch nBa (noch) ausreichend sein, während bei einer (häufig alterskorrelierten) Verschlechterung des Zustandes oder, wenn pflegende Angehörigen im unmittelbaren häuslichen Umfeld der Kunden (plötzlich) fehlen, stärker professionalisierte Leistungen der BD erforderlich würden. BD und niedrigschwellige Angebote wären so zu unterschiedlichen Lebensabschnitten der Kunden unterschiedlich relevant bzw. geeignet.

Obwohl der Befund der differentiellen Inanspruchnahme durch verschiedene Populationen auch für BD und PD gilt – Kunden aus PD i.d.R. sogar geringer ausgeprägte betreuungsrelevanter Problemlagen aufweisen (vgl. Kapitel 3.5.2) – somit nicht von einer direkten Konkurrenz um dieselben Marktsegmente auszugehen ist, nimmt dennoch die Mehrheit der Führungskräfte der BD an, dass ihre Einrichtung mit Pflegediensten in eine verstärkte Konkurrenz treten wird (siehe Aussage 3b in Abbildung 102). Diese Einschätzung erfolgt allerdings mit der gleichzeitig mehrheitlichen Angabe, dass es auch BD möglich sein sollte grundpflegerische Tätigkeiten zu übernehmen (Aussage 4) – eine Leistungsart, die bislang allein durch Pflegedienste abgerechnet werden darf. Zudem ist seit Inkrafttreten von PSG II die Sicherstellung der Grundpflege (und hauswirtschaftlichen Versorgung) keine Voraussetzung mehr, um Betreuungsleistungen im Rahmen des Sachleistungsanspruchs zu nutzen; somit sind BD und Pflegedienste beim Zugriff auf den Sachleistungsanspruch leistungsrechtlich gleichgestellt. Die Einschätzung einer Verschärfung der Konkurrenz von BD mit Pflegediensten erscheint damit nachvollziehbar.

Allerdings wird von der großen Mehrheit der Führungskräfte der BD offenbar anerkannt, dass die Übernahme pflegenaher Aufgaben durch BD die Leistungen der Pflegedienste nicht ersetzen kann, da eine Koordination zwischen BD und Pflegediensten weiterhin für notwendig erachtet wird (siehe Aussage 5 in Abbildung 102). In Kapitel 3.6.3 wurde zudem bereits deutlich, dass es sich bei durch BD wahrgenommene pflegenaher Aufgaben meistens um wenig planbare Hilfestellungen handelt, die im Tagesverlauf spontan erforderlich werden. Den Führungskräften der BD geht es bei der Forderung, Pflegeleistungen erbringen zu dürfen, so offenbar nicht um die Übernahme eines originären Marktsegments der Pflegedienste, sondern um eine realistische Einschätzung des notwendigen Aufgabenspektrums von Betreuung.

Obwohl sich BD so eher in Konkurrenz zu Pflegediensten als niedrighschwelligen Angeboten sehen, legt die Gesamtheit der bisherigen Befunde doch die Annahme nahe, dass BD die bestehende Versorgungslandschaft sinnvoll ergänzen statt in direkte Konkurrenz zu den bestehenden Anbietern von Betreuungsleistungen zu treten.

#### **3.8.4 Nutzen und Aufwand (Wirtschaftlichkeit der Leistungen)**

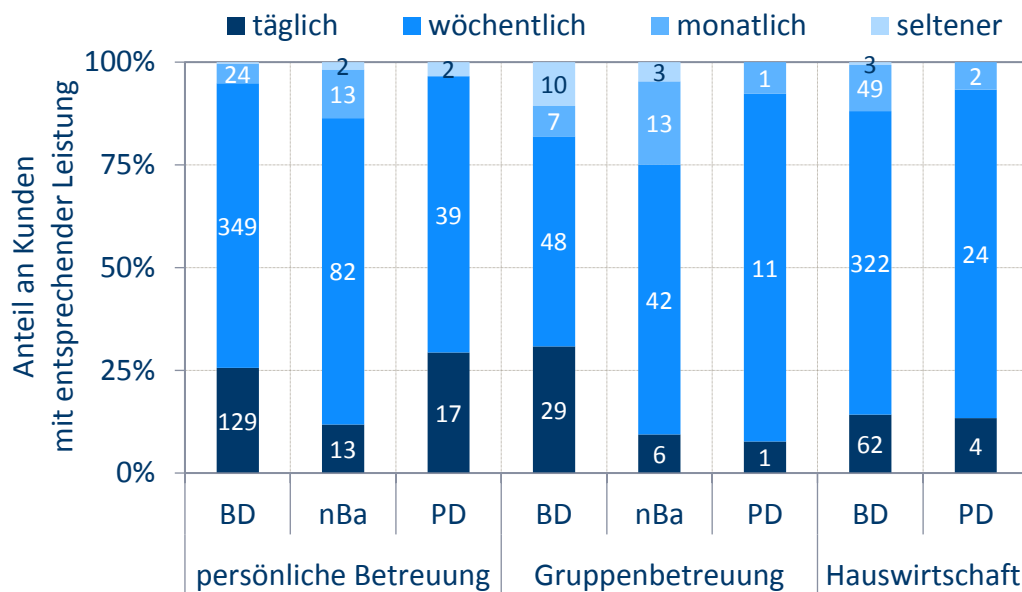
Zur Analyse der Wirtschaftlichkeit der *Leistungen* wird im Folgenden auf den subjektiven Nutzen für Kunden und Angehörige zurückgegriffen, den diese aus der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen ziehen. Der Nutzen wird durch die bereits vorgestellten Parameter der Ergebnisqualität operationalisiert (vgl. Kapitel 3.7.4, „Wirksamkeit von Betreuung“: Verbesserung des Belastungsempfindens bzw. der Lebensqualität) und steht dem Aufwand gegenüber, der sich durch den Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen definiert. Als besonders wirtschaftlich kann eine Leistung v.a. dann betrachtet werden, wenn Nutzen und Aufwand in einem günstigen Verhältnis stehen, d.h. die Verbesserung des Belastungsempfindens bzw. der Lebensqualität (Nutzen) relativ hoch, aber der Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen (Aufwand) relativ gering ausfallen. Die Befunde zum Nutzen wurden in Kapitel 3.7.4 detailliert vorgestellt. Im Folgenden wird es deshalb nur darum gehen, die subjektiv feststellbare Verbesserung (Nutzen) ins Verhältnis zum Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen (Aufwand) zu setzen.

##### **Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Einrichtungstyp**

Dazu wird das Verhältnis der Indikatoren der Ergebnisqualität (Nutzen), d.h. die Belastungsreduktion und Verbesserung der Lebensqualität seit Nutzung der Betreuungsleistungen bzw. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung (siehe Kapitel 3.7.4), dem Umfang der Inanspruchnahme (Aufwand mit den Ausprägungen: Inanspruchnahme „täglich“, „wöchentlich“, „monatlich oder seltener“) gegenübergestellt. Zunächst wird überprüft, ob sich die Häufigkeit der Inanspruchnahme generell zwischen den Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) unterscheidet. Dadurch wird kontrolliert, ob der bei der Wirksamkeit (Nutzen) feststellbare Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen (vgl. Abbildung 92)

mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme konfundiert ist (z.B. nBa werden generell seltener als BD in Anspruch genommen, daher fällt die Wirksamkeit von BD höher aus). Abbildung 103 zeigt die Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung bei den drei Einrichtungstypen.

Abbildung 103: Häufigkeit der Inanspruchnahme nach Einrichtungstyp



Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung:

Mehrfachantworten bzgl. Leistungsart. Gemeinsame Darstellung der Angaben aus Kundenbefragungen zu t1 und t2. Insgesamt erfolgten Antworten von N = 358 Teilnehmern zu t1 und N = 343 zu t2 aus BD, N = 69 zu t1 und N = 77 zu t2 aus nBa, N = 48 zu t1 und N = 57 zu t2 aus PD. Prozent beziehen sich auf Anteil an Personen mit Häufigkeitsangaben zu entsprechender Leistungsart (Personen ohne Angaben zur Häufigkeit der Nutzung nicht gezeigt: Persönliche Betreuung BD N = 16, nBa N = 1; Gruppenbetreuung BD N = 9, nBa N = 1, PD N = 2; Hauswirtschaft BD N = 1, PD N = 30.).

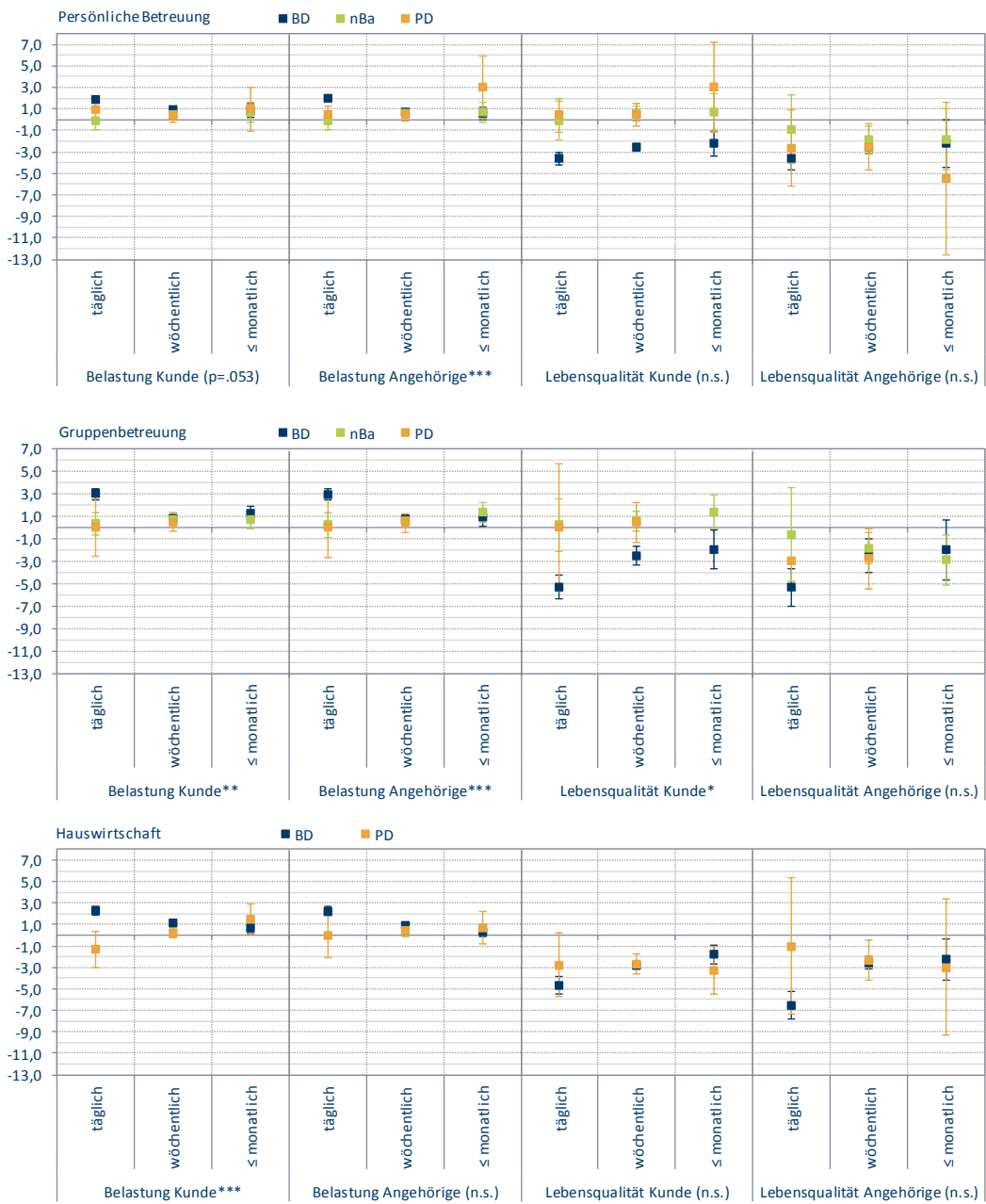
Sowohl die Häufigkeit der Inanspruchnahme persönlicher Betreuung als auch von Gruppenbetreuung unterscheidet sich zwischen den drei Einrichtungstypen ( $\chi^2$ -Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben, „monatlich“ und „seltener [als monatlich]“ zu einer Kategorie zusammengefasst  $\chi^2_{(df=4, N=332 \text{ und } df=4, N=171)} = 19.5$  und  $14.4$ ,  $p < .01$ ) mit häufigerer Inanspruchnahme bei BD und PD als bei nBa. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung unterscheidet sich hingegen nicht zwischen den Einrichtungstypen (BD vs. PD:  $p = .472$ ).

Im Folgenden wird die Analyse zur unterschiedlichen Wirkung der Einrichtungstypen (siehe Abbildung 92) unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Häufigkeit der Inanspruchnahme wiederholt, um den Effekt der Einrichtung vom Effekt der Häufigkeit der Inanspruchnahme zu trennen:

In getrennten ANOVAs pro Leistungsart mit den Outcome-Parametern als abhängige Variablen (AV) und Einrichtungstyp sowie Häufigkeit der Inanspruchnahme als unabhängige Variablen (UV) bleiben dieselben signifikanten Haupteffekte für „Einrichtungstyp“ bestehen, die auch ohne Kontrolle der Häufigkeit aufgetreten sind (Belastungsreduktion Kunde:  $F_{(2,125 \text{ bis } 505)} \geq 5.6$ ;  $p < .01$ , Belastungsreduktion Angehörige:  $F_{(2,124 \text{ bis } 500)} \geq 4.2$ ,  $p < .05$ ; Verbesserung Lebensqualität Kunde:  $F_{(2,580)} \geq 3.9$ ,  $p < .05$ ; vgl. Abbildung 92). Die erhöhte Wirksamkeit von BD findet sich so auch unter Kontrolle der Häufigkeit der Inanspruchnahme. Dagegen findet sich nur ein Haupteffekt für die Häufigkeit der Inanspruchnahme selbst („Häufigkeit Gruppenbetreuung“ auf „Lebensqualität Angehörige“:  $F_{(2,60)} = 7.1$ ,  $p < .01$ ), d.h. es tritt kaum ein genereller Effekt der häufigeren Inanspruchnahme auf („viel hilft nicht viel“).

Allerdings interagiert „Einrichtungstyp“ mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme von persönlicher Betreuung (Belastung Kunde  $F_{(4,505)} = 2.4$ ,  $p = .053$ , Belastung Angehörige  $F_{(4,500)} = 5.9$ ,  $p < .001$ ), Gruppenbetreuung (Belastung Kunde  $F_{(3,125)} = 5.6$ ,  $p < .01$ , Belastung Angehörige  $F_{(3,124)} = 6.3$ ,  $p < .001$ , Lebensqualität Kunde  $F_{(3,145)} = 3.8$ ,  $p < .05$ ) und hauswirtschaftlicher Versorgung (nur BD und PD; Belastung Kunde  $F_{(2,373)} = 7.6$ ,  $p < .001$ ). In Abbildung 104 werden die Interaktionen veranschaulicht, indem die Outcome-Parameter in Abhängigkeit der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Leistungen (Persönliche Betreuung, Gruppenbetreuung, Hauswirtschaft) pro Einrichtungstyp abgetragen werden. Nur innerhalb BD zeigt sich durchgehend eine stärker ausgeprägte Belastungsreduktion und Verbesserung der Lebensqualität bei häufigerer Inanspruchnahme (siehe Abbildung 104). In getrennten ANOVAs pro Einrichtungstyp fallen sämtliche dieser Effekte der Häufigkeit in BD signifikant aus, wohingegen in den Vergleichseinrichtungen – bis auf eine Ausnahme (Hauswirtschaft bei PD auf Belastungsempfinden der Kunden) – keine signifikanten Effekte der Häufigkeit der Inanspruchnahme auftreten (siehe Tabelle 68); d.h. viel hilft offenbar doch viel – aber nur in BD. Für den einzig signifikanten Effekt bei PD zeigt sich sogar ein gegenteiliges Muster: Dort ist eine häufigere Inanspruchnahme von hauswirtschaftlicher Versorgung mit einer geringeren Belastungsreduktion für Kunden verbunden (siehe Abbildung 104). Die fehlenden (bzw. anderen) Effekte in nBa und PD führen offenbar dazu, dass in der gemeinsamen ANOVA keine generellen Haupteffekte für Häufigkeit der Inanspruchnahme auftreten.

Abbildung 104: Nutzen und Häufigkeit der Inanspruchnahme (Aufwand)



Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung:

Gemeinsame Darstellung Kundenbefragungen zu t1 und t2; insgesamt Antworten von N = 358 zu t1 und N = 343 zu t2 aus BD, N = 69 zu t1 und N = 77 zu t2 aus nBa und N = 48 zu t1 und N = 57 zu t2 aus PD. Abbildung zeigt mittlere Differenz ± Konfidenzintervall der Belastung auf 5-stufiger (von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „stark“) und Lebensqualität auf 10-stufiger Ratingskala (von 0 = „schlechtestes Leben“ bis 10 = „bestes Leben“) für einen früheren Zeitpunkt ohne Nutzung vs. gegenwärtigen Zeitpunkt mit Nutzung (Y-Achse). Belastung: positive Differenz zeigt Belastungsreduktion; Lebensqualität: negative Differenz zeigt Verbesserung der Lebensqualität. Interaktion „Häufigkeit“ x „Einrichtungstyp“: \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001, n.s. nicht signifikant.

Tabelle 68: Nutzen in Abhängigkeit der Häufigkeit der Inanspruchnahme (Aufwand); separate ANOVAs pro Einrichtungstyp

Abhängige Variable (AV)	Unabh. Variable (UV) Häufigkeit	BD			nBa			PD		
		F-Wert	p-Wert	N	F-Wert	p-Wert	N	F-Wert	p-Wert	N
Veränderung Belastung Kunde <sup>t1,t2</sup>	Persönliche Betreuung	14.9	<u>.000</u>	389	0.8	.442	88	0.8	.466	37
	Gruppenbetreuung	19.9	<u>.000</u>	76	0.2	.800	47	0.2	.645	10
	Hauswirtschaft	17.4	<u>.000</u>	337	2.0	.153	25	4.9	<u>.012</u>	42
Veränderung Belastung Angehörige <sup>t1,t2</sup>	Persönliche Betreuung	25.7	<u>.000</u>	386	1.5	.240	85	2.4	.101	38
	Gruppenbetreuung	18.0	<u>.000</u>	74	2.2	.124	47	0.1	.753	11
	Hauswirtschaft	18.4	<u>.000</u>	321	3.3	.059	21	0.3	.774	36
Veränderung Lebensqualität Kunde <sup>t1,t2</sup>	Persönliche Betreuung	5.1	<u>.006</u>	441	.8	.438	97	1.1	.353	51
	Gruppenbetreuung	7.3	<u>.001</u>	84	2.4	.097	58	0.0	.931	11
	Hauswirtschaft	12.6	<u>.000</u>	380	1.2	.307	29	0.2	.836	52
Veränderung Lebensqualität Angehörige <sup>t2</sup>	Persönliche Betreuung	5.3	<u>.005</u>	195	0.2	.798	42	0.1	.913	16
	Gruppenbetreuung	19.1	<u>.000</u>	34	1.1	.341	28	-	-	5
	Hauswirtschaft	16.1	<u>.000</u>	151	0.5	.589	21	0.2	.860	14

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Tabelle zeigt Effekt (F-Wert und p-Wert) der „Häufigkeit der Inanspruchnahme“ („täglich“, „wöchentlich“, „≤ monatlich“) auf Outcome-Parameter (Belastung und Lebensqualität Kunde/Angehörige) pro Einrichtungstyp; N zeigt Anzahl der Befragungsteilnehmer, die für Analysen berücksichtigt werden.

Die Häufigkeiten der Inanspruchnahme bieten jedoch nur ein relativ grobes Maß zur Einschätzung des Aufwands; z.B. könnten Betreuungsleistungen täglich eine Stunde oder im Extremfall 24 Stunden erbracht werden – beide Angaben wurden in der bisherigen Analyse unter derselben Kategorie gefasst. Um den Aufwand genauer abzuschätzen, wurde daher in den Kundenbefragungen zu t2 nach der genauen Stundenanzahl der erbrachten Leistungen gefragt. Die verfügbare Fallzahl fällt hier allerdings deutlich geringer aus, da nur Angaben zu t2 berücksichtigt werden und teilweise keine Angaben zur genauen Stundenanzahl gemacht werden (Anzahl gültiger Angaben: BD max. N = 174, min. N = 25; nBa max. N = 43, min N = 17; PD max. N = 18, min. N = 3; siehe Tabelle 69). Die Analysen zur genauen



Stundenanzahl der Inanspruchnahme sind wegen ihrer geringeren Fallzahlen so in Ergänzung zu den Analysen mit den einfachen Häufigkeiten der Inanspruchnahme (höhere Fallzahlen) zu betrachten.

In ANOVAs mit „Einrichtungstyp“ als Faktor und „Stunden der Inanspruchnahme pro Monat“ als Kovariate ergeben sich signifikante Zusammenhänge für die Belastungsreduktion der Kunden und Angehörigen mit den Kovariaten „Stunden persönlicher Betreuung pro Monat“ ( $F_{(1,212 \text{ und } 199)} = 7.3 \text{ und } 5.6, p < .05$ ) und „Stunden Hauswirtschaft pro Monat“ ( $F_{(1,150 \text{ und } 128)} = 8.9 \text{ und } 10.1, p < .01$ ; vgl. Tabelle 69). Für Veränderungen der Lebensqualität zeigt sich nur für Kunden ein signifikanter Zusammenhang mit der Kovariaten „Stunden Hauswirtschaft pro Monat“ ( $F_{(1,165)} = 4.2, p < .05$ ); „Stunden persönlicher Betreuung pro Monat“ verfehlt hier knapp die statistische Signifikanz ( $F_{(1,229)} = 3.8, p = .051$ ; vgl. Tabelle 69). Anders als für die Häufigkeiten der Inanspruchnahme, zeigen sich für den weitaus feiner differenzierenden Parameter „Stunden der Inanspruchnahme“ so durchaus Haupteffekte. Dabei entsprechen die Regressionskoeffizienten für „Stunden persönlicher Betreuung pro Monat“ und „Stunden Hauswirtschaft pro Monat“ einer zunehmenden Belastungsreduktion bzw. Verbesserung der Lebensqualität mit höherer Stundenanzahl (positive Regressionskoeffizienten bei Belastungsveränderung der Kunden bzw. Angehörigen  $\beta \geq .002, p < .05$ ; negative Regressionskoeffizienten bei Veränderung der Lebensqualität der Kunden:  $\beta \geq -.004, p \leq .51$ ; siehe Tabelle 69), d.h. Kunden bzw. Angehörige profitieren offenbar generell umso mehr von der Nutzung der Einrichtungen, je mehr Stunden persönlicher Betreuung oder Hauswirtschaft dort bezogen werden.

Wichtig ist, dass auch unter Kontrolle der „Stunden der Inanspruchnahme“ als Kovariate weiterhin Haupteffekte für „Einrichtungstyp“ auftreten (Effekt „Einrichtungstyp“ auf Belastungsveränderung Kunden und Angehörige unter Kontrolle „Stunden persönliche Betreuung pro Monat“ bzw. „Stunden Gruppenbetreuung pro Monat“; Effekt Einrichtungstyp auf Lebensqualität der Kunden unter Kontrolle „Stunden Gruppenbetreuung im Monat“; siehe Tabelle 69) – d.h. für sämtliche Outcome-Parameter, für die sich bereits mit und ohne Kontrolle der Häufigkeit der Inanspruchnahme („täglich“ vs. „wöchentlich“ vs. „≤ monatlich“) Effekte des Einrichtungstyps zeigten (vgl. Abbildung 92 und Abbildung 104), zeigen sich auch bei Kontrolle des genauen Stundenumfangs weiterhin diese Haupteffekte; BD sind weiterhin im Mittel mit den stärksten Verbesserungen der Kunden- bzw. Angehörigensituation assoziiert (siehe Tabelle 69).

Damit ist der Effekt des Einrichtungstyps auf die Outcome-Parameter nicht mit einem unterschiedlichen Ausmaß der Inanspruchnahme konfundiert, d.h. derselbe Umfang in Anspruch genommener Betreuungsleistungen (bzw. Leistungen hauswirtschaftlicher Versorgung) führt in BD zu einer stärkeren Entlastung im Bereich betreuungsrelevanter Problemlagen bzw. Verbesserung der Lebensqualität als in den Vergleichseinrichtungen. Somit fällt das Verhältnis des Nutzens zum Aufwand in BD besonders günstig aus. Die Leistungen der BD können demnach als besonders wirtschaftlich erachtet werden.

Tabelle 69: Nutzen in Abhängigkeit der Inanspruchnahme in Stunden (Aufwand; Kovariate) und des Einrichtungstyps (Faktor)

AV	Kovariate in Stunden; $\beta \pm \text{KI}$	Faktor „Einrichtungstyp“ (UV)							
		BD		nBa		PD		p	
		M $\pm$ KI	N	M $\pm$ KI	N	M $\pm$ KI	N		
Veränderung Belastung Kunde	Persönliche Betreuung	.003 $\pm$ .002**	1.2 $\pm$ .2	164	.5 $\pm$ .5	39	.2 $\pm$ .9	13	**
	Gruppen- betreuung	.001 $\pm$ .004 <sup>ns</sup>	2.0 $\pm$ .6	29	.6 $\pm$ .8	17	.7 $\pm$ 1.8	3	*
	Haus- wirtschaft	.004 $\pm$ .003**	1.4 $\pm$ .3	137	-	-	.6 $\pm$ .7	16	ns
Veränderung Belastung Angehörige	Persönliche Betreuung	.002 $\pm$ .002*	1.3 $\pm$ .2	156	.6 $\pm$ .5	35	-.1 $\pm$ .9	12	**
	Gruppen- betreuung	-.003 $\pm$ .004 <sup>ns</sup>	1.8 $\pm$ .7	26	.7 $\pm$ .8	20	-.1 $\pm$ 1.7	4	*
	Haus- wirtschaft	.005 $\pm$ .003**	1.2 $\pm$ .3	120	-	-	.7 $\pm$ 1	11	ns
Veränderung Lebensqualität Kunde	Persönliche Betreuung	-.004 $\pm$ .004 <i>p</i> =.051	-3.1 $\pm$ .5	174	-1.9 $\pm$ .9	43	-2.8 $\pm$ 1.5	16	ns
	Gruppen- betreuung	.002 $\pm$ .007 <sup>ns</sup>	-4.3 $\pm$ 1.1	31	-2.0 $\pm$ 1.3	23	-1.7 $\pm$ 3.1	4	*
	Haus- wirtschaft	-.005 $\pm$ .005*	-3.2 $\pm$ .5	150	-	-	-3.1 $\pm$ 1.4	18	ns
Veränderung Lebensqualität Angehörige	Persönliche Betreuung	-.004 $\pm$ .005 <sup>ns</sup>	-3.1 $\pm$ .6	152	-2.1 $\pm$ 1.2	36	-2.5 $\pm$ 2.2	11	ns
	Gruppen- betreuung	.005 $\pm$ .009 <sup>ns</sup>	-4.7 $\pm$ 1.6	25	-2.3 $\pm$ 1.8	20	-1.6 $\pm$ 4.6	3	ns
	Haus- wirtschaft	-.005 $\pm$ .007 <sup>ns</sup>	-3.5 $\pm$ .7	117	-	-	-2.7 $\pm$ 2.3	10	ns

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t2

Anmerkung: Abkürzung: AV, Abhängige Variable; UV, Unabhängige Variable;  $\beta$ , Regressionskoeffizient der Kovariaten (Inanspruchnahme der entsprechenden Leistung in Stunden); KI, Konfidenzintervall; \* $p$ <.05, \*\* $p$ <.01, \*\*\* $p$ <.001, <sup>ns</sup>nicht signifikant; M, Mittelwert; N, Anzahl in ANOVA eingeschlossener Fälle. Tabelle zeigt mittlere Differenz  $\pm$  Konfidenzintervall (M  $\pm$  KI) der Belastung auf 5-stufiger (von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „stark“) und Lebensqualität auf 10-stufiger Ratingskala (von 0 = „schlechtestes Leben“ bis 10 = „bestes Leben“) für einen früheren Zeitpunkt ohne Nutzung vs. gegenwärtigen Zeitpunkt mit Nutzung. Belastung: positive Differenz zeigt Belastungsreduktion; Lebensqualität: negative Differenz zeigt Verbesserung der Lebensqualität.













### **Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art der Betreuungsinhalte**

Um konkrete Betreuungsinhalte zu identifizieren, die mit einem besonders günstigen Nutzen-Aufwands-Verhältnis einhergehen, wird auf die sechsdimensionale Faktorenstruktur der Betreuungsinhalte zurückgegriffen (siehe Kapitel 3.6.1). Pro Klasse von Betreuungsinhalten (Faktor) wird wieder der Anteil der Betreuungsinhalte berechnet, der mit dem Kunden bereits umgesetzt wurde (Prozent pro Klasse; vgl. Kapitel 3.6.2). Wie in Kapitel 3.7.4 wird das Ausmaß der Belastungsreduktion und der Verbesserung der Lebensqualität in Abhängigkeit des Umsetzungsgrads der Faktoren betrachtet; diesmal aber unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Betreuungsaufwands, d.h. der Anzahl der Tage, an denen bisher Betreuung bei der Einrichtung genutzt wurde (sog. „Betreuungstage“: berechnet sich aus Summe der Tage mit Inanspruchnahme von persönlicher Betreuung oder Gruppenbetreuung pro Monat multipliziert mit der Anzahl der Monate, die der Kunde bereits bei der Einrichtung ist; bei Inanspruchnahme „täglich“ entspricht dies  $30.4 \text{ Tage} * \text{Anzahl der Monate}$ ; bei „wöchentlich“ =  $4.35 \text{ Tage} * \text{Anzahl der Monate}$ ; „monatlich“ =  $1 * \text{Anzahl der Monate}$ ). Analog können auch „Betreuungsstunden“ berechnet werden (hier wird die Anzahl der Monate bei der Einrichtung statt mit der Summe der Tage, mit der Summe der Stunden pro Monat für persönliche Betreuung oder Gruppenbetreuung multipliziert; dies ist nur für t2 möglich, da nur zu diesem Zeitpunkt die genaue Stundenanzahl erhoben wurde).

Tabelle 70 zeigt die Regressionskoeffizienten für den Umsetzungsgrad der sechs Faktoren der Betreuungsinhalte (F1 bis F6) unter gleichzeitiger Berücksichtigung eines der beiden Aufwandsparemeter („Betreuungstage“, oberer Teil bzw. „Betreuungsstunden“, unterer Teil). Durch die parallele Berücksichtigung der Anzahl erfolgter „Betreuungstage“ bzw. „Betreuungsstunden“ im Modell, wird für den Aufwand (bisherige Inanspruchnahme) kontrolliert, d.h. die Regressionsgewichte der Faktoren reflektieren den reinen Effekt ihrer Umsetzung unabhängig von der Zeit, die für die Umsetzung benötigt wurde.

Die Regressionsgewichte sind direkt miteinander vergleichbar, indem sie das Ausmaß der Veränderung bei identischer Skalierung auf der Zeitachse (Aufwand) abbilden (z.B.: bei gleichbleibendem Aufwand i.S. von Betreuungstagen oder -Stunden geht eine Erhöhung des Umsetzungsgrad um 1, d.h. 100% aller Inhalte des Faktors werden umgesetzt, mit einer Belastungsreduktion des Kunden von 0.98, d.h. um fast eine Kategorie, bei „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ aber nur 0.19 bei „Zwischenmenschliche Nähe“ einher). Dadurch werden Klassen von Betreuungsinhalten identifizierbar, die bei gleichem Aufwand mit einem mehr oder weniger hohen Nutzen assoziiert sind.

Tabelle 70: Nutzen in Abhängigkeit der Inanspruchnahme (Aufwand; Kovariate) und der Umsetzung von Betreuungsinhalten

	Veränderung Belastung Kunde		Veränderung Belastung Angehörige		Veränderung Lebensqualität Kunde		Veränderung Lebensqualität Angehörige	
	$\beta \pm KI$	<i>p</i>	$\beta \pm KI$	<i>p</i>	$\beta \pm KI$	<i>p</i>	$\beta \pm KI$	<i>p</i>
Konst.	.33+-597	.278	.598+-619	.058	-1.496+-1.138	.010	.153+-2.45	.902
 F1	.136+-566	.636	.125+-572	.667	1.466+-1.064	<u>.007</u>	1.049+-1.931	.285
 F2	.196+-514	.455	.296+-522	.265	.196+-965	.690	-1.233+-1.844	.189
 F3	.983+-561	<u>.001</u>	.576+-565	<u>.046</u>	-1.949+-1.058	<u>.000</u>	-5.49+-2.003	.589
 F4	-.339+-588	.257	-.389+-584	.192	-1.677+-1.09	<u>.003</u>	-1.339+-2.028	.194
 F5	.494+-695	.163	.7+-715	.055	-.24+-1.341	.726	-.314+-2.446	.801
 F6	.533+-646	.105	.913+-691	<u>.010</u>	-1.298+-1.263	<u>.044</u>	-2.085+-1.909	<u>.032</u>
Tage	.000+-0	<u>.029</u>	.000+-0	.237	.000+-0	<u>.013</u>	.000+-0	.626
Typ	$F_{(2,381)}=4.0, p<.05$		$F_{(2,382)}=0.7, p=.491$		$F_{(2,436)}=1.8, p=.165$		$F_{(2,182)}=1.1, p=.336$	
Konst.	-.218+-1.04	.680	.423+-1.15	.467	-1.728+-1.84	.065	-1.002+-3.085	.522
 F1	-.203+-906	.658	.134+-916	.773	1.874+-1.747	<u>.036</u>	.968+-2.375	.421
 F2	.265+-833	.530	.246+-81	.548	.343+-1.583	.669	-.856+-2.101	.421
 F3	1.174+-1.02	<u>.024</u>	.417+-974	.398	-.665+-1.936	.498	-.813+-2.511	.523
 F4	-.401+-1.0	.429	-1.01+-967	<u>.042</u>	-1.72+-1.853	.069	-.459+-2.494	.716
 F5	1.058+-1.05	<u>.048</u>	1.377+-1.05	.010	.132+-2.031	.898	-.582+-2.795	.681
 F6	.88+-916	.060	1.587+-974	<u>.002</u>	-3.396+-1.765	<u>.000</u>	-4.579+-2.557	<u>.001</u>
Stunden	+0.000+-0	.849	-0.000+-0	.101	+0.000+-0	.602	+0.000+-0	.054
Typ	$F_{(2,128)}=0.5, p=.607$		$F_{(2,121)}=0.2, p=.806$		$F_{(2,143)}=0.4, p=.657$		$F_{(2,118)}=0.5, p=.628$	

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung: Abkürzungen:  $\beta$ , Regressionskoeffizient; KI, Konfidenzintervall. Tabelle zeigt Regressionskoeffizienten des Umsetzungsgrades von Betreuungsinhalten pro Faktor (F1 = 🏠 Häusliche Beschäftigung; F2 = ❤️ Zwischenmenschliche Nähe; F3 = 🕒 Tagesstruktur und Alltagsbewältigung; F4 = 🏡 Gemeinschaft; F5 = 🎮 Hobby; F6 = 🏠 Wohnumfeld) sowie den Haupteffekt für Einrichtungstyp („Typ“: BD, nBa, PD) auf Outcome-Parameter (Belastung und Lebensqualität Kunden bzw. Angehörige; Lebensqualität der Angehörigen erst zu t2 erhoben). Der obere Tabellenteil berücksichtigt die Anzahl der Tage mit Betreuungsleistungen als Kovariate („Betreuungstage“), damit Angaben aus Kundenbefragungen zu t1 und t2; der untere Tabellenteil berücksichtigt die Anzahl der Stunden mit Betreuungsleistungen („Betreuungsstunden“) als Kovariate, damit nur Angaben zu t2, da die genaue Stundenanzahl erst zu diesem Erhebungszeitpunkt erhoben wurde. Anzahl eingeschlossener Fälle oberer Tabellenteil: Belastung Kunde N = 391 (BD N = 284, nBa N = 75, PD N = 32), Belastung Angehörige N = 392 (BD N = 289, nBa N = 74, PD N = 29), Lebensqualität Kunde N = 446 (BD N = 326, nBa N = 85, PD N = 35), Lebensqualität Angehörige N = 192 (BD N = 144, nBa N = 38, PD N = 10); Anzahl eingeschlossener Fälle unterer Tabellenteil: Belastung Kunde N = 138 (BD N = 96, nBa N = 34, PD N = 8), Belastung Angehörige N = 131 (BD N = 92, nBa N = 33, PD N = 6), Lebensqualität Kunde N = 153 (BD N = 107, nBa N = 36, PD N = 10), Lebensqualität Angehörige N = 128 (BD N = 92, nBa N = 31, PD N = 5).

Bei gleichem Umfang der Inanspruchnahme reduzieren besonders die Inhalte des Typs „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3) und Inhalte des Typs „Wohnumfeld“ (F6) die Belastung beider Zielgruppen (Kunden und Angehörige; oberer Teil in Tabelle 70). Die Lebensqualität der Kunden profitiert bei gleichbleibenden Aufwänden besonders von Inhalten des Typs „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3) und „Gemeinschaft“ (F4); die Lebensqualität beider Zielgruppen (Kunden und Angehörige) besonders von Inhalten des Typs „Wohnumfeld“ (F6).

Für Betreuungsinhalte des Typs „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3), „Gemeinschaft“ (F4) und „Wohnumfeld“ (F6) kann so von einem besonders günstigen Nutzen-Aufwands-Verhältnis ausgegangen werden. Das soll aber keineswegs bedeuten, dass andere Inhalte per se als unwirtschaftlich zu betrachten sind. Es zeigt sich für sie nur *im Mittel* nicht derselbe lineare Zusammenhang („je mehr umgesetzt wurde, desto größer die Verbesserung“). Im konkreten Einzelfall mögen andere Inhalte sogar angemessener sein als Inhalte dieser im Mittel besonders wirtschaftlichen Klassen.

Verglichen mit den Ergebnissen in Tabelle 63 (Einfluss der Betreuungsinhalte auf Outcome ohne Kontrolle des Aufwands), verschwindet unter Kontrolle des Aufwands („Betreuungstage“ bzw. „Betreuungsstunden“) und des Einrichtungstyps lediglich der förderliche Zusammenhang von „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2) mit Entlastung der Angehörigen (siehe Tabelle 70). Wenn man statt der „Betreuungstage“ den feiner differenzierenden Parameter „Betreuungsstunden“ als Kovariate berücksichtigt (unterer Teil in Tabelle 70) verschwinden nur der signifikante förderliche Zusammenhang von F3 mit Belastung der Angehörigen und Lebensqualität der Kunden, der bei Kontrolle der Betreuungstage noch zu beobachten war. Dafür taucht ein förderlicher

signifikanter Zusammenhang von „Hobby“ (F5) mit Entlastung der Kunden und Angehörigen erstmals auf.

Das Verschwinden zuvor beobachtbarer förderlicher Zusammenhänge bzw. Auftreten „neuer“ Zusammenhänge des Umsetzungsgrads von Betreuungsinhalten mit Entlastung geht hauptsächlich auf die Kontrolle der Aufwandsparameter zurück: Wiederholt man nämlich die Analysen *ohne* Berücksichtigung der Aufwandsparameter („Betreuungstage/-Stunden“), d.h. nur mit Kontrolle des Einrichtungstyps (siehe Tabelle 90 im Anhang), ist der Zusammenhang von „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2) mit Entlastung der Angehörigen weiterhin signifikant ( $\beta = .502 \pm .428$ ,  $p < .05$ ), ebenso wie die Zusammenhänge von „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3) mit Entlastung der Kunden und Angehörigen ( $\beta \geq .960$ ,  $p < .001$ ) und mit Lebensqualität der Kunden ( $\beta = -1.856 \pm .803$ ,  $p < .001$ ); auch sind die Zusammenhänge von „Hobby“ (F5) mit Entlastung der Kunden und Angehörigen weiterhin nicht signifikant ( $\beta \leq .412$ ,  $p \geq .116$ ). Demnach scheint der Zusammenhang von F2 bzw. fehlende Zusammenhang von F5 mit der Entlastung v.a. durch den Faktor „Aufwand“ vermittelt. Da der Zusammenhang von „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3) mit Entlastung der Angehörigen bzw. Lebensqualität der Kunden erst bei zusätzlicher Kontrolle der feiner differenzierenden „Betreuungsstunden“ unter die Signifikanzgrenze sinkt (vgl. Tabelle 70), scheint auch er zu einem gewissen Anteil abhängig vom Aufwand. Diese Abhängigkeit ist unmittelbar plausibel, da ein möglichst hoher Aufwand möglichst viele „Betreuungstage/-Stunden“ bedeutet, was im Mittel mit einer stärkeren Verbesserung einhergehen sollte.

Für Betreuungsinhalte des Typs „Häusliche Beschäftigung“ (F1) und „Gemeinschaft“ (F4) treten auch bei Kontrolle des Aufwands weiterhin negative Zusammenhänge mit den Outcome-Parametern auf, d.h. eine vermehrte Umsetzung ist bei F1 mit einer im Durchschnitt geringeren Verbesserung der Lebensqualität der Kunden (positive Regressionskoeffizienten) und bei F4 mit einer geringeren Entlastung der Angehörigen (negative Regressionskoeffizienten) verbunden (dies ist ebenfalls der Fall, wenn man nur für Einrichtungstyp kontrolliert, siehe Tabelle 90 im Anhang). Diese gegenläufigen Muster könnten im Falle von F1 damit zusammenhängen, dass Inhalte der „Häuslichen Beschäftigung“ v.a. dann angezeigt sind, wenn es zu einer zunehmenden Verschärfung betreuungsrelevanter Problemlagen in den Bereichen „Positivsymptomatik: Selbst-/Fremdgefährdung“, „kognitive Fähigkeiten“ und „Kommunikative Fähigkeiten“ kommt und zweckhaftere Inhalte („F3: Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“, „F6: Wohnumfeld“) kaum noch in Frage kommen (vgl. Korrelationen in Tabelle 40). Die Einbuße an Lebensqualität, die mit der Verschärfung der Problemlagen einhergehen, sind auch durch die vermehrte Umsetzung von Betreuungsinhalten zur Beschäftigung des Kunden nicht wiederherzustellen. Die geringere Entlastung von Angehörigen bei vermehrtem Umsatz von Inhalten des Typs „Gemeinschaft“ (F4) könnten hingegen darauf zurückgehen, dass diese Inhalte vorrangig außerhalb des gemeinsamen

Haushalts des Kunden und Angehörigen umgesetzt werden, so dass alltägliche Aufgaben der Haushaltsführung weiterhin Angehörigen allein zufallen.

Die Ergebnisse in Tabelle 70 zeigen auch, dass die Haupteffekte für Einrichtungstyp bei gleichzeitiger Kontrolle des Umsetzungsgrades von Betreuungsinhalten weiterhin nicht auftreten (dies war bereits bei Betrachtung nur des Umsetzungsgrades ohne die Aufwandparameter der Fall; vgl. Tabelle 90 im Anhang). Lediglich für die Belastungsreduktion der Kunden bleibt ein Haupteffekt von „Einrichtungstyp“ bestehen, wenn man für die Anzahl der „Betreuungstage“ kontrolliert. Dieser Haupteffekt verschwindet aber auch, wenn man den weitaus feineren Aufwandparameter „Betreuungsstunden“ als Kovariate berücksichtigt. Da die Haupteffekte bei alleiniger Kontrolle des Aufwands weiter zu beobachten sind (vgl. Abbildung 104 und Tabelle 69) und erstmals verschwinden, wenn für die Umsetzung von Betreuungsinhalten statistisch kontrolliert wird, scheint die unterschiedliche Wirksamkeit der Einrichtungen (erhöhte Wirksamkeit von BD; siehe Abbildung 92) v.a. von der Umsetzung spezifischer Betreuungsinhalte abhängig.

Obwohl die statistisch signifikanten Regressionsgewichte der Aufwandparameter („Betreuungstage“, „Betreuungsstunden“) numerisch nur sehr niedrig ausfallen (= .000, gekürzt auf drei Nachkommastellen), fällt dennoch einer von ihnen statistisch signifikant aus (entspricht „Betreuungstage“ mit  $\beta = -.00007$  auf Belastung der Kunden). Dies reflektiert, dass innerhalb eines Tages mit Betreuung kaum große Veränderungen zu erwarten sind. Allerdings fällt dieses Regressionsgewicht für „Betreuungstage“ negativ aus, d.h. es findet sich eher eine Verschlechterung der Situation bei längerer Inanspruchnahme. Dieses Muster könnte auf einen progredienten Verlauf der Einschränkungen des Kunden hindeuten, der nach anfänglicher Verbesserung der Situation wieder zu einer Verschlechterung (wiederholte Zunahme der Belastung) führen könnte. Für den feiner differenzierenden Parameter „Betreuungsstunden“ sind keine signifikanten Zusammenhänge beobachtbar, was zum Teil auf die deutlich geringere Stichprobe für diese Analyse zurückführbar sein könnte (nur Angaben zu t2). Da sich dennoch zeigt, dass sich durch Berücksichtigung der Betreuungsstunden im Modell durchaus Zusammenhänge verändern (vgl. Tabelle 70 vs. Tabelle 63 in Kapitel 3.7.4), spielt die Zeitkomponente (Aufwand) sowohl in Form genutzter Betreuungstage als auch Betreuungsstunden durchaus eine Rolle.

### **3.8.5 Gesamteinschätzung der Wirtschaftlichkeit**

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Wirtschaftlichkeit von BD im betriebswirtschaftlichen Sinne anhand des Wachstums der Einrichtungen (Anzahl der Mitarbeitenden und Kunden) sowie quantitativer und qualitativer Informationen aus den Befragungen der Einrichtungsleitungen analysiert. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungen wurde anhand ihres subjektiven Nutzens für Kunden bzw. Angehörige und seines Verhältnisses zum Aufwand untersucht.

---

Betriebswirtschaftlich erweisen sich weder die Rahmenbedingungen der BD noch die umgesetzten QM-Maßnahmen als Prädiktoren des Kunden- bzw. Mitarbeiterzuwachses; vielmehr scheint hier der hauptsächlich erklärende Faktor die Zeit. Dabei stabilisiert sich die Mitarbeiteranzahl der BD seit t1, während die Kundenanzahl zu t2 weiter zugenommen hat. Eine Kundenzunahme zu t1 war zu erwarten, da sich die BD zu t0 noch im Aufbau befanden und teilweise noch gar keine Kunden zu verzeichnen hatten. Allerdings spricht das zu t2 weiterhin zu beobachtende Wachstum der Einrichtungen und die Angaben der Leitungskräfte zur problemlosen Kundenakquise dafür, dass BD einen kontinuierlichen und sogar zunehmenden Kundenzulauf verzeichnen; wahrscheinlich da sie auf eine steigende Nachfrage in der Bevölkerung reagieren. Die Wirtschaftlichkeit der BD im Sinne einer ausreichend hohen Nachfrage scheint so – unabhängig von Rahmenbedingungen und umgesetzten QM-Maßnahmen – gegeben; BD scheinen in ganz unterschiedlichen Kontexten einem ausgeprägten Bedarf zu begegnen.

In Abgrenzung zu bestehenden Betreuungsangeboten scheinen BD auf einen bislang nicht gedeckten Bedarf zu reagieren, da sie ihre Kunden schwerpunktmäßig aus anderen Populationen beziehen. Auf den spezifischen Bedarf ihres Kundenkreises mit ausgeprägten betreuungsrelevanten Problemlagen wird durch BD mit einer bestimmten Struktur- und Prozessqualität reagiert (Qualifikation der Einrichtungsleitung und des Betreuungspersonals; umgesetzte QM-Maßnahmen). Viele der Leitungskräfte der BD sind der Ansicht, dass die höheren Anforderungen erforderlich sind, um eine angemessene Qualität der Leistung (Ergebnisqualität) sicherzustellen. Obwohl ca. die Hälfte der Leitungskräfte der Ansicht ist, dass auch geringere Anforderungen als im Rahmen des Modellprogramms genügen würden, um eine ausreichend hohe Qualität zu sichern, wird dennoch zugleich von der großen Mehrheit anerkannt, dass Kunden der BD eine qualifizierte Form der Betreuung benötigen, die von niedrigschwelligen Angeboten nicht geleistet werden kann. Dies bedeutet nicht, dass in den Augen der Leitungskräfte niedrigschwellige Angebote als geringer qualifizierte Anbieter obsolet werden; niedrigschwellige Angebote erfüllen neben den höher qualifizierten BD weiterhin einen wichtigen Zweck. Die stärkere Professionalisierung der BD entspricht aber offenbar einer bestimmten Bedarfskonstellation auf Kundenseite, die durch vorhandene Anbieter (Pflegedienste, niedrigschwellige Angebote) noch nicht abgedeckt wird.

Zwar wird von den Leitungen der BD eine erhöhte Konkurrenz mit Pflegediensten wahrgenommen und Betreuungskräfte aus BD scheinen tatsächlich häufig pflegenaher Aufgaben wahrzunehmen; allerdings spricht die Einbindung der BD in ein Kooperationsnetzwerk, dem meistens Pflegedienste angehören, eher für den Stellenwert der BD als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Versorgungslandschaft und gegen eine Konkurrenz mit etablierten Anbietern um dieselben Marktsegmente. Zudem scheint es sich bei pflegerischen Tätigkeiten der BD vorrangig um im Alltag spontan erforderlich werdende Hilfestellungen zu handeln (vgl. Kapitel 3.6.3). Ähnlich wie die Betreuungsleistungen der PD v.a. im Umfeld punktuell erbrachter körperbezogener Pflege erfolgen, werden pflegenaher



Tätigkeiten durch BD im Umfeld einer kontinuierlichen Alltagsbegleitung erbracht. Dadurch entsteht aber keine Konkurrenz zwischen BD und PD im Bereich ihrer jeweiligen Kernleistung. Die Wirtschaftlichkeit von BD im Sinne der Erschließung einer eigenen „Marktnische“ scheint so ebenfalls gegeben.

Auch die bisherigen Befunde zur Ergebnisqualität sprechen für den Erfolg des neuen Anbietertyps BD: Die Betreuung durch BD scheint besonders wirtschaftlich auszufallen, da dasselbe Ausmaß der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen bei Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) mit geringeren Verbesserungen betreuungsrelevanter Problemlagen und der Lebensqualität auf Kunden- bzw. Angehörigenseite einhergeht. An dieser Stelle wird ausdrücklich betont, dass der Befund keineswegs bedeutet, dass Betreuungsleistungen der nBa und PD schlicht durch „wirtschaftlichere“ Leistungen der BD ersetzt werden sollten. Die Betreuungsleistungen der bereits etablierten Anbieter haben auch aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung weiterhin ihre Berechtigung und führen ebenfalls zu einer Entlastung der Kunden bzw. Angehörigen und Verbesserung der Lebensqualität. Im Einzelfall wird die genaue Eignung der verschiedenen Anbietertypen für einen Kunden von der gesamten Bedarfskonstellation abhängen, die neben der Ausprägung betreuungsrelevanter Problemlagen v.a. auch die genaue Art der Einschränkung bzw. Erkrankung, das Alter, Wohnumfeld und das informelle und familiäre Betreuungsnetzwerk des Kunden umfassen wird.

Die im Rahmen der Begleitforschung gefundene höhere Wirksamkeit und höhere Wirtschaftlichkeit von Leistungen der BD erklären sich wahrscheinlich zu einem gewissen Anteil auch durch eine höhere Konvergenz der in den Erhebungsinstrumenten fokussierten Problemlagen. Diese sind in PD per se geringer ausgeprägt, wodurch weniger Verbesserungspotenzial gegeben ist. Die Verbesserung betreuungsrelevanter Problemlagen wird mit Nutzung einer Einrichtung a priori geringer ausfallen, wenn sich die Kunden dieser Einrichtung durch ein geringeres Belastungsniveau auszeichnen. Die Problemlagen in nBa sind hingegen mit denen in BD vergleichbar. Hier belegt der Unterschied eine erhöhte Wirksamkeit der BD gegenüber nBa bei gleicher Problemlage. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich die Bedarfskonstellationen zwischen BD und nBa dennoch aufgrund der unterschiedlichen Kundenpopulationen voneinander unterscheiden; bei bestimmten Bedarfskonstellationen mag niedrigschwellige Betreuung trotz der stärkeren Wirkung „professioneller“ Betreuung präferiert und insgesamt für geeigneter befunden werden.

Bezogen auf betreuungsrelevante Problemlagen versprechen Betreuungsinhalte der Art „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“, „Gemeinschaft“, „Hobby“ und „Wohnumfeld“ besonders wirtschaftlich zu sein, indem sie im Vergleich zu anderen Betreuungsinhalten ein besonders günstiges Nutzen-Aufwands-Verhältnis zeigen (höherer Nutzen bei gleichbleibenden Aufwänden). Dabei gehen Betreuungsinhalte, die offenbar direkt der zweckhaften Alltagsbegleitung dienen („Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“, „Wohnumfeld“), mit einem geringeren Belastungsempfinden und einer höheren Lebensqualität auf Kunden- bzw. Angehörigenseite einher; genau genommen ist eine vermehrte Umsetzung von

„Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ mit Verbesserungen nur auf Kundenseite und eine vermehrte Umsetzung von „Wohnumfeld“ mit Verbesserungen sowohl auf Kunden- als auch auf Angehörigenseite assoziiert. Dagegen ist die vermehrte Umsetzung weniger zweckhafter Inhalte der Art „Gemeinschaft“ nur mit einer Steigerung der Lebensqualität der Kunden und der Art „Hobby“ nur mit einer Entlastung der Angehörigen verbunden.

Im Gesamtmittel zeigt sich jedoch die stärkste Belastungsreduktion und Verbesserung der Lebensqualität bei vermehrter Umsetzung der Inhalte des Typs „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ und „Wohnumfeld“ (höchster Mittelwert der Regressionskoeffizienten über sämtliche Analysen in Tabelle 70). Diese Inhalte, die direkt auf die zweckhafte Alltagsbegleitung zielen, zeigen so insgesamt das günstigste Nutzen-Aufwandsverhältnis.

Der rege Kundenzulauf, die Erschließung eines eigenen Marktsegments (Kundenkreises), die offenbar sinnvolle Ergänzung der bestehenden Versorgungslandschaft sowie die hohe Wirksamkeit von Leistungen der BD sprechen durchaus für eine hohe Wirtschaftlichkeit dieses neuen Einrichtungstyps. Die betriebswirtschaftlichen Erfolgsaussichten werden aus Sicht der großen Mehrheit der Führungskräfte der BD (> 75%; vgl. Abbildung 99) jedoch durch zu geringe Vergütungssätze gemindert. Hier zeigt sich beim Vergleich mit Vergütungssätzen für dieselben Leistungsarten bei PD tatsächlich eine geringere Vergütung von Leistungen bei BD. Dabei muss auch bedacht werden, dass für PD direkt keinerlei Qualifikationsvoraussetzungen an das Betreuungspersonal geknüpft werden. Zudem geben die Führungskräfte von BD, die ihre Teilnahme am Modellprogramm beendet haben, gehäuft an (vier von fünf Führungskräften, die für die Exit-Befragung zu Verfügung standen), dass eine zu geringe Vergütung entscheidend zum Ausstieg aus dem Modellprogramm beigetragen hat.

### 3.9 Akzeptanz

Wie bereits das Kriterium der Wirtschaftlichkeit lässt sich auch das Kriterium der Akzeptanz sowohl auf *Einrichtungen* als auch *Leistungen* beziehen. Die Analyse in Bezug auf Einrichtungen erfolgt anhand von Angaben aus der Kundenbefragung zur Zufriedenheit. Die Analyse der Akzeptanz in Bezug auf Leistungen fokussiert auf die Präferenz der Kunden bzgl. konkreter Betreuungsinhalte.

#### 3.9.1 Zufriedenheit

Abbildung 105 zeigt die Angaben zur Zufriedenheit in der Kundebefragung. Die Items wurden in Anlehnung an die Bewertungssystematik der Pflege-Transparenzvereinbarungen (Befragung der Pflegebedürftigen)<sup>32</sup> entwickelt; allerdings wurde statt der 4-stufigen Bewertungsskala („immer“ – „häufig“ –

---

<sup>32</sup> Qualitätsprüfungs-Richtlinien MDK-Anleitung Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI – Ambulante Pflege. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV-Spitzenverband; Stand 2016.

„gelegentlich“ – „nie“) eine 5-stufige Skala („immer“ – „oft“ – „manchmal“ – „selten“ – „nie“) in der wissenschaftlichen Begleitforschung genutzt, um das übliche 5-stufige Antwortformat vorangegangener Ratings der schriftlichen Befragung beizubehalten.

Analog der Bewertungssystematik der Pflege-Transparenzvereinbarungen erfolgt eine Umrechnung der ursprünglichen Ratings der Items in Skalenwerte von 0 bis 10 („immer“ = 10; „oft“ = 7.5; „manchmal“/„selten“ = 5; „nie“ = 0). Das arithmetische Mittel der Skalenwerte (M) wird entsprechend der Zuordnung in Tabelle 71 in Schulnoten umgerechnet.

Tabelle 71: Notenzuordnung in der Befragung zur Kundenzufriedenheit

Schulnote	Skalenwert (M)
Sehr gut (1 – 1.4)	9.31 – 10
Gut (1.5 – 2.4)	7.91 – 9.3
Befriedigend (2.5 – 3.4)	6.51 – 7.9
Ausreichend (3.5 – 4.4)	5.11 – 6.5
Mangelhaft (4.5 – 5.0)	0 – 5.1

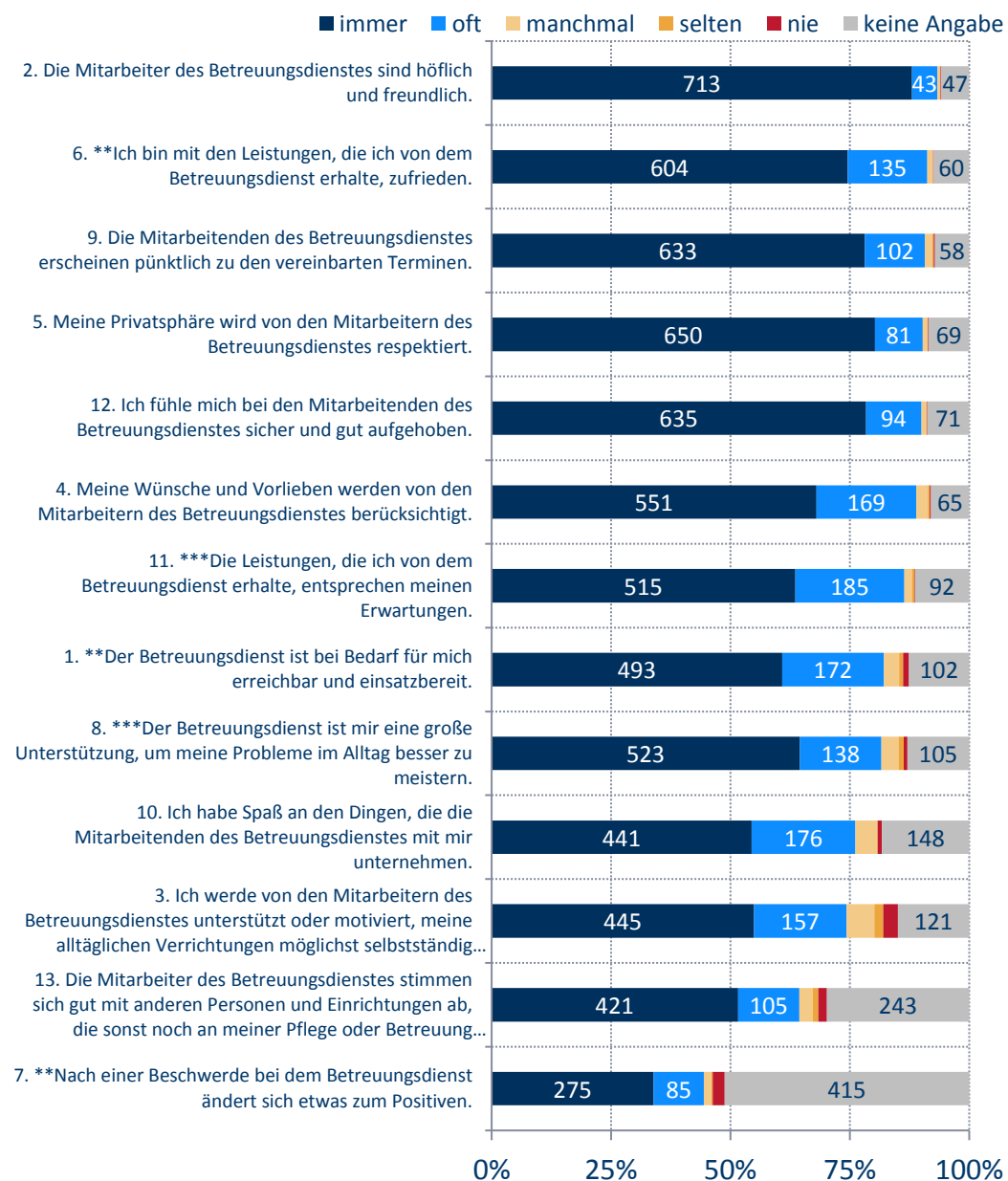
Quelle: MDS, GKV-Spitzenverband<sup>32</sup>

Anmerkung: Skalenwert (M) entspricht dem arithmetischen Mittel der Ratings in der Kundenbefragung nach folgender Zuordnung: „immer“ = 10; „oft“ = 7.5; „manchmal“/„selten“ = 5; „nie“ = 0.

In einer MANOVA mit dem arithmetischen Mittel der Skalenwerte (M) der Items zur Kundenzufriedenheit als abhängige Variablen und Einrichtungstyp als unabhängige Variable, zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Angaben aus BD, nBa und PD für die Items 1, 6, 7, 8 und 11 (Analyse umfasst aufgrund fehlender Angaben auf mindestens einem der 13 Items nur insgesamt N = 270 Personen:  $F_{(2,267)} \geq 5.1$ ,  $p < .01$ ). Diese Unterschiede gehen mit einer im Mittel schlechteren Bewertung von nBa im Vergleich zu BD und PD einher (siehe Abbildung 106). Bildet man den durchschnittlichen Skalenwert über sämtliche Items, so unterscheidet sich auch dieser zwischen den Einrichtungstypen mit einer insgesamt „nur“ „guten“ Note für nBa und „sehr guten“ Note für BD und PD ( $F_{(2,267)} = 5.7$ ,  $p < .01$ ; siehe Tabelle 72).

Betrachtet man jedoch den durchschnittlichen Skalenwert (sämtliche Items) von sämtlichen Befragungsteilnehmern (mindestens ein beantwortetes Item zur Zufriedenheit), unterscheidet sich die mittlere Bewertung nicht mehr statistisch signifikant zwischen den drei Einrichtungstypen ( $p = .255$ ; siehe Tabelle 72).

Abbildung 105: Angaben aus Kundenbefragung zur Zufriedenheit



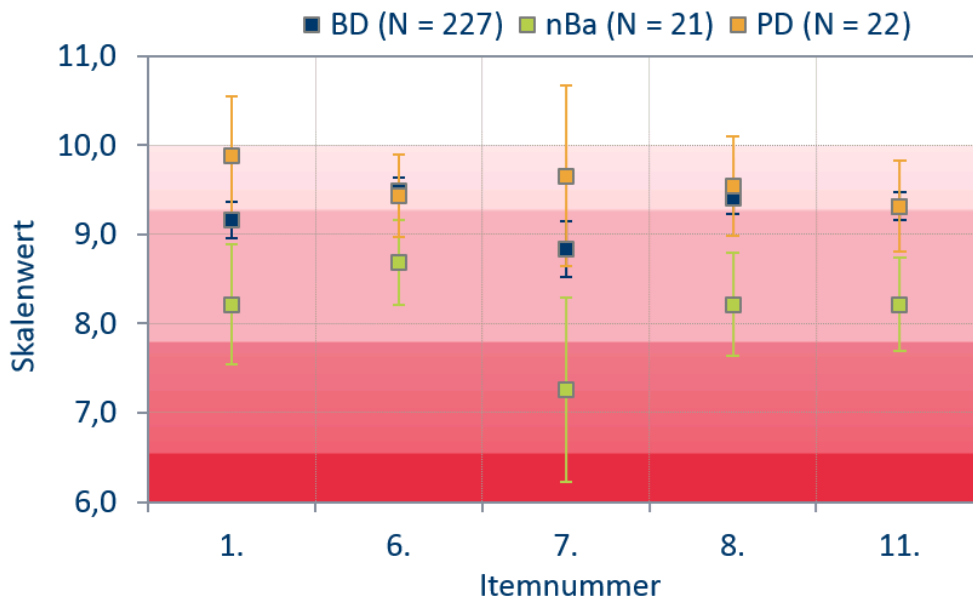
Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung:

Gemeinsame Darstellung der Angaben in Kundenbefragungen zu t1 (BD, nBa, PD) und t2 (nur BD). Items sind nach Anteil der Zustimmung („immer“ + „oft“) sortiert. Nummern der Items kennzeichnen ihre Reihenfolge in der Kundenbefragung. Insgesamt erfolgten Antworten von N = 358 Teilnehmern zu t1 und N = 343 zu t2 aus BD, N = 69 zu t1 aus nBa und N = 48 zu t1 aus PD. Prozent beziehen sich auf Anteil an allen Teilnehmern zu t1 und t2 (gemeinsame Darstellung für BD, nBa und PD). Items mit Unterschieden zwischen Einrichtungstypen (BD, nBa, PD): \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Abbildung 106: Unterschiede in Skalenwerten der Kundenzufriedenheit



Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung:

1. Einrichtung ist bei Bedarf für mich erreichbar und einsatzbereit; 6. Ich bin mit den Leistungen zufrieden; 7. Nach Beschwerden ändert sich etwas zum Positiven; 8. Die Einrichtung ist eine große Unterstützung, um Probleme im Alltag besser zu meistern; 11. Die Leistungen entsprechen meinen Erwartungen. Insgesamt erfolgten Rückmeldungen von N = 701 Teilnehmern aus BD (t1 und t2), N = 69 aus nBa (t1) und N = 48 aus PD (t1); aufgrund fehlender Angaben berücksichtigt Darstellung nur insgesamt N = 270 Teilnehmer (Teilnehmer mit gültigen Angaben auf sämtlichen Items). Die Farbgebung des Hintergrunds kennzeichnet die Notengrenzen (10 bis 9.31: sehr gut; 9.3 bis 7.91: gut; ab 7.9: befriedigend, Achse endet hier).

Tabelle 72: Mittlerer Skalenwert der Items zur Zufriedenheit

	Note	M	SD	Max	Min	MDN	N	
Nur Teilnehmer mit vollständigen Angaben (N = 270)	BD	sehr gut	9.33	0.82	10.00	5.58	9.62	227
	nBa	gut	8.69	1.02	10.00	6.92	9.04	21
	PD	sehr gut	9.40	0.92	10.00	6.54	9.81	22
Sämtliche Teilnehmer (mindestens ein Item beantwortet; N = 767)	BD	gut	9.24	1.03	10.00	0.00	9.58	660
	nBa	gut	9.11	0.92	10.00	6.75	9.35	66
	PD	sehr gut	9.42	0.78	10.00	6.54	9.72	47

Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

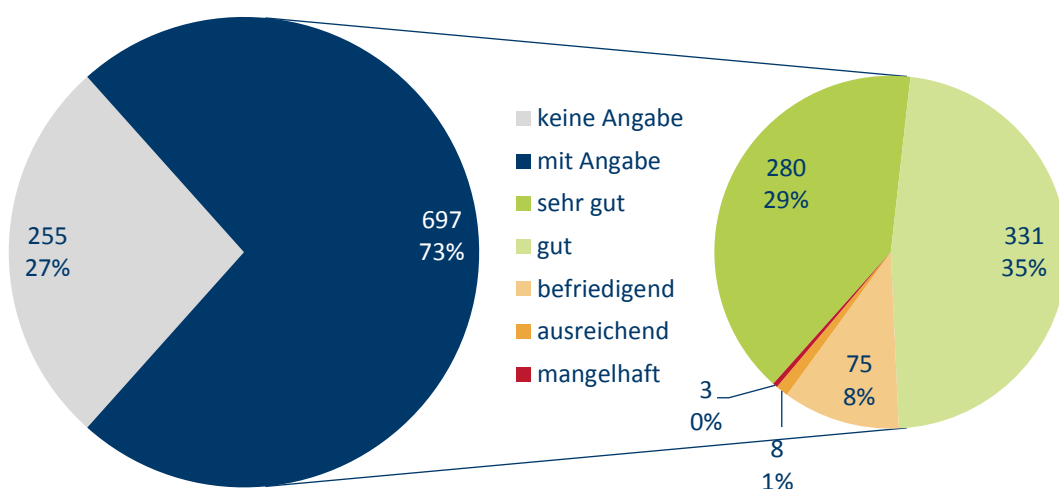
Anmerkung:

Insgesamt erfolgten Rückmeldungen von N = 701 Teilnehmern aus BD (t1 und t2), N = 69 aus nBa (t1) und N = 48 aus PD (t1); nur insgesamt N = 270 Teilnehmer machten vollständige Angaben (beantworteten sämtliche Items zur Zufriedenheit); Angaben zu mindestens einem Item machten N = 767. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten findet sich nur für Teilnehmer mit vollständigen Angaben.

Die Befragungsteilnehmer wurden auch gebeten, selbst eine Schulnote für die betreuende Einrichtung zu vergeben. Die Häufigkeiten für diese *direkte* Notenvergabe sind in Abbildung 107 dargestellt; 27% der Befragungsteilnehmer (N = 255) machen keine Angabe zur Schulnote; die gültigen Angaben unterscheiden sich nicht zwischen den Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) – weder bei Berücksichtigung nur der Teilnehmer mit vollständigen Angaben (ANOVA mit N = 205;  $p=.360$ ) noch bei Berücksichtigung sämtlicher Teilnehmer (ANOVA mit N = 697;  $p=.869$ ).

Die auf Grundlage der Items berechneten und die direkt von den Teilnehmern vergebenen Noten korrelieren statistisch signifikant miteinander (Teilnehmer mit vollständigen Angaben:  $r(205)=.396$ ,  $p<.001$ ); sämtliche Teilnehmer:  $r(697)=.473$ ,  $p<.001$ ). Betrachtet man die Differenzen zwischen den direkt vergebenen und berechneten Noten, zeigt sich, dass die direkt vergebenen Noten im Durchschnitt schlechter ausfallen; diese Differenz unterscheidet sich nicht zwischen den Einrichtungstypen (Teilnehmer mit vollständigen Angaben:  $p=.577$ ; N = 200 mit mittlerer Differenz M = 0.1, SD = 0.7, Max = 3.0, Min = - 2.0, MDN = 0.0; sämtliche Teilnehmer:  $p=.239$ ; N = 520 mit mittlerer Differenz M = 0.2, SD = 0.7, Max = 4.0, Min = - 2.1, MDN = 0.0).

Abbildung 107: Direkte Notenvergabe durch Kunden/Angehörige



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1

Vergleicht man die direkt vergebenen und die berechneten Noten in einer ANOVA (N = 520 mit Messwiederholung), fällt der Unterschied zwischen den beiden Parametern statistisch signifikant aus ( $F_{(1,519)} = 38.6$ ,  $p<.001$ ); wie bereits erwähnt sind direkt vergebene Noten im Mittel etwas schlechter (M = 1.7, SD = 0.72, Min = 1, Max = 5, MDN = 2.0) als berechnete Noten (M = 1.5, SD = 0.67, Min = 1, Max = 5, MDN = 1.2). Da die Streuung bei den direkt vergebenen Noten etwas höher ausfällt, spricht dies für eine im Mittel breitere Nutzung der Gesamtskala von 1 bis 6, damit eine stärkere Differenzierung der direkt vergebenen als der

berechneten Noten. Die direkt vergebenen Noten eignen sich evtl. sogar besser, um Unterschiede zwischen Einrichtungen zu erheben, als die berechneten Noten, da sie mit einem vergleichsweise geringen Erhebungsaufwand (weniger Items) verbunden und intuitiv leichter zugänglich sind, ohne an Differenzierungskraft zu verlieren.

Bei Betrachtung der direkten Notenvergabe in einem Regressionsmodell mit den Ratings der 13 Items zur Zufriedenheit als Prädiktoren, ergibt sich nur ein signifikantes Regressionsgewicht (Ergebnis der Regressionsanalyse in Tabelle 91 im Anhang; Item „Ich bin mit den Leistungen, die ich von der Einrichtung erhalte, zufrieden“ mit  $\beta = -.535$ ,  $SE = .140$ , Konfidenzintervall =  $\pm .276$ ,  $p < .001$ ; d.h. ein Wechsel um zwei Ratingkategorien führt zu einer Veränderung der Note um den Faktor 1, z.B. ein Wechsel der Bewertung von „selten“ nach „oft“ führt zu einer Verbesserung um durchschnittlich eine Note). Die Zufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen entscheidet so hauptsächlich darüber, welche Note von den Befragten für die gesamte Einrichtung vergeben wird.

Um zu analysieren durch welche Aspekte die Zufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen ihrerseits beeinflusst wird, wird das Rating dieses Items in Abhängigkeit der übrigen Ratings (übrige 12 Items zur Zufriedenheit) betrachtet. Das Ergebnis der Regressionsanalyse findet sich in Tabelle 73. Die Zufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen hängt demnach entscheidend davon ab, ob die Privatsphäre der Kunden durch die Mitarbeitenden respektiert wird, die erhaltenen Leistungen den Erwartungen der Kunden bzw. Angehörigen entsprechen, die genutzte Einrichtung eine Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen im Alltag darstellt und die Mitarbeitenden höflich und freundlich sind. Führt man eine analoge Regressionsanalyse für die Erwartung der Kunden bzw. Angehörigen in Abhängigkeit der übrigen Ratings (übrige 11 Items zur Zufriedenheit) durch, zeigt sich, dass die Antwort auf die Frage, ob die erhaltenen Leistungen den eigenen Erwartungen entsprechen, entscheidend davon abhängt, inwiefern die Einrichtung als eine Unterstützung bei alltäglichen Problemen empfunden wird, die Wünsche und Vorlieben der Kunden/Angehörigen berücksichtigt werden, die Einrichtung gut erreichbar ist und sich Kunden/Angehörige sicher aufgehoben fühlen (siehe Tabelle 73, rechts). Das auf Grundlage dieser Regressionsanalysen entwickelte Modell zur kausalen Abhängigkeit der Zufriedenheit wird in Abbildung 108 veranschaulicht. Nur die Beziehung zwischen „Nach einer Beschwerde bei dem Betreuungsdienst ändert sich etwas zum Positiven“ und „Erwartung bzgl. Leistung“ wird im Modell nicht gezeigt. Hierbei handelt es sich um den einzigen signifikant negativen Zusammenhang. Da eine Beschwerde für gewöhnlich voraussetzt, dass den Erwartungen nicht entsprochen wurde, ist dieser Zusammenhang nachvollziehbar, für das Modell aber wenig informativ.

Zusammenfassend ergibt sich das Bild, dass die Kunden bzw. Angehörigen mit den betreuenden Einrichtungen insgesamt sehr zufrieden sind. Die Bewertung unterscheidet sich nur unwesentlich zwischen den Einrichtungstypen. Lediglich bei

Teilnehmern, die sämtliche Items zur Zufriedenheit bearbeiten, zeigt sich eine höhere Zufriedenheit mit BD und/oder PD als nBa.

Tabelle 73: Regressionsanalyse zur Zufriedenheit mit erhaltenen Leistungen

	Zufriedenheit mit Leistungen (N=163)			Leistung entspricht Erwartungen (N=164)		
	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.
Konstante	-.157	.303	.605	-.191	.341	.577
Die Einrichtung ist bei Bedarf für mich erreichbar und einsatzbereit.	.033	.035	.359	.094	.039	.017
Die Mitarbeiter der Einrichtung sind höflich und freundlich.	.204	.078	.009	-.005	.088	.959
Ich werde von den Mitarbeitern der Einrichtung unterstützt oder motiviert, meine alltäglichen Verrichtungen möglichst selbstständig durchzuführen.	-.027	.033	.415	.010	.038	.793
Meine Wünsche und Vorlieben werden von den Mitarbeitern der Einrichtung berücksichtigt.	.010	.052	.851	.150	.058	.011
Meine Privatsphäre wird von den Mitarbeitern der Einrichtung respektiert.	.320	.080	.000	.154	.089	.085
Nach einer Beschwerde bei der Einrichtung ändert sich etwas zum Positiven.	-.017	.023	.471	-.066	.026	.011
Die Einrichtung ist mir eine große Unterstützung, um meine Probleme im Alltag besser zu meistern.	.111	.044	.013	.188	.049	.000
Die Mitarbeitenden der Einrichtung erscheinen pünktlich zu den vereinbarten Terminen.	.065	.050	.196	.018	.057	.747
Ich habe Spaß an den Dingen, die die Mitarbeitenden der Einrichtung mit mir unternehmen.	.056	.033	.087	.055	.037	.136
Die Leistungen, die ich von der Einrichtung erhalte, entsprechen meinen Erwartungen.	.196	.055	.000	-	-	-
Ich fühle mich bei den Mitarbeitenden der Einrichtung sicher und gut aufgehoben.	.047	.079	.553	.389	.085	.000
Die Mitarbeiter der Einrichtung stimmen sich gut mit anderen Personen und Einrichtungen ab, die sonst noch an meiner Pflege oder Betreuung beteiligt sind.	.036	.032	.254	.040	.036	.261

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2



Anmerkung: Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz des Regressionskoeffizienten.

Abbildung 108: Einflüsse auf die Zufriedenheit



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung: Abbildung zeigt unterstellte Abhängigkeit der Zufriedenheit von unterschiedlichen Faktoren: Sicherheitsgefühl: „Ich fühle mich bei den Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes sicher und gut aufgehoben.“; Erreichbarkeit: „Der Betreuungsdienst ist bei Bedarf für mich erreichbar und einsatzbereit.“; Präferenzen: „Meine Wünsche und Vorlieben werden von den Mitarbeitern der Einrichtung berücksichtigt.“; Alltagsbewältigung: „Die Einrichtung ist mir eine große Unterstützung, um meine Probleme im Alltag besser zu meistern.“; Wahrung der Privatsphäre: „Meine Privatsphäre wird von den Mitarbeitern der Einrichtung respektiert.“; Erwartungen bzgl. Leistung: „Die Leistungen, die ich von der Einrichtung erhalte, entsprechen meinen Erwartungen.“; Freundlichkeit Mitarbeitende: „Die Mitarbeiter der Einrichtung sind höflich und freundlich.“; Zufriedenheit mit Leistungen: „Ich bin mit den Leistungen, die ich von der Einrichtung erhalte, zufrieden.“. Bewertung der Faktoren erfolgte anhand auf 5-stufiger Skala („immer – oft – manchmal – selten – nie“).

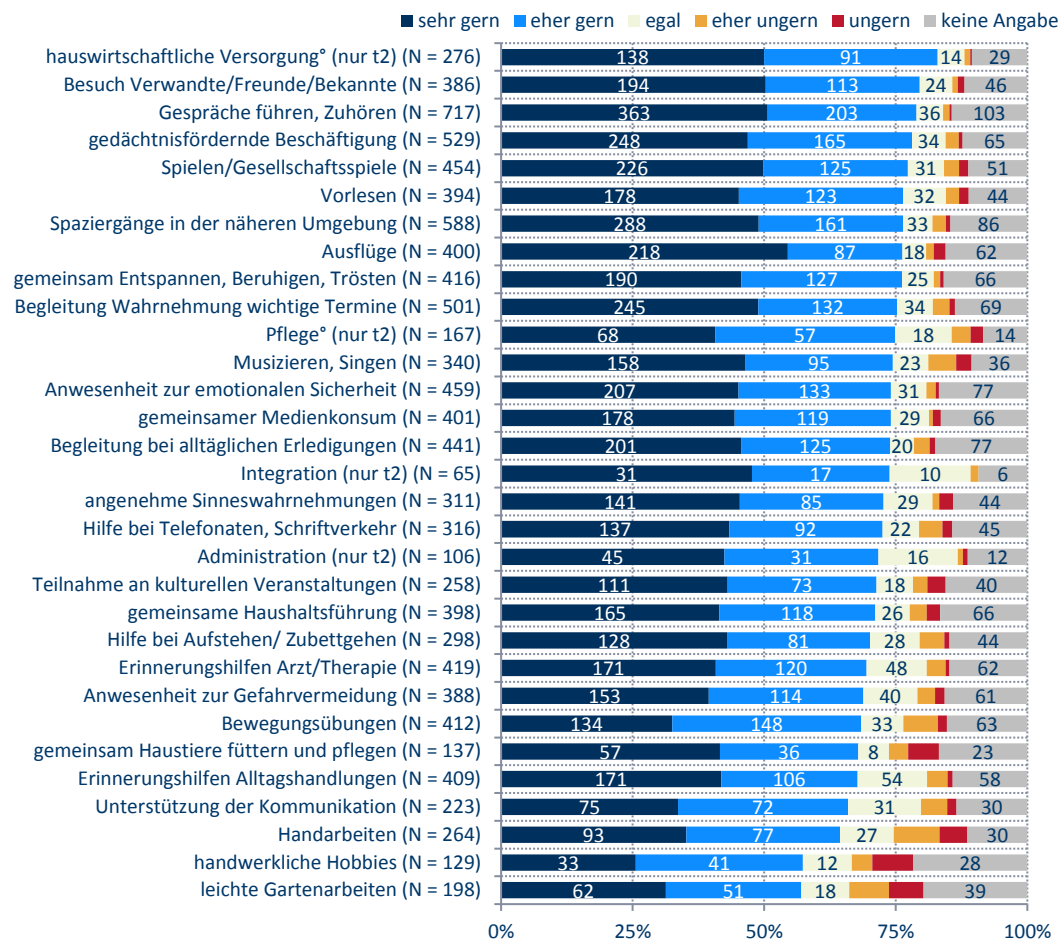
Der in Kapitel 2.3 formulierte Fragenkatalog (vgl. Tabelle 14 für eine Übersicht) sieht auch einen Vergleich der Angaben zur Zufriedenheit in Abhängigkeit der Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Da diese Kundeneigenschaft nur zu t1 erhoben wurde, beschränkt sich die Analyse auf diesen Erhebungszeitpunkt. Hier zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit einer Einschränkung der Alltagskompetenz – weder unterscheidet sich die berechnete Note (ANOVA für Teilnehmer mit vollständigen Angaben:  $p=.179$ ; sämtliche Teilnehmer:  $p=.116$ ) noch die direkte Notenvergabe (ANOVA für Teilnehmer mit vollständigen Angaben:  $p=.548$ ; sämtliche Teilnehmer:  $p=.911$ ).

### 3.9.2 Präferenz

Um besonders geschätzte Betreuungsinhalte zu identifizieren, werden die Präferenzratings aus der Kundenbefragung betrachtet. Dort wurden Betreuungsinhalte, die für den Kunden in Frage kommen („geeignet sind“; vgl.

Kapitel 3.6.1) von den Befragten auf einer 5-stufigen Ratingskala bewertet. Das Ergebnis dieser Bewertung ist in Abbildung 109 dargestellt.

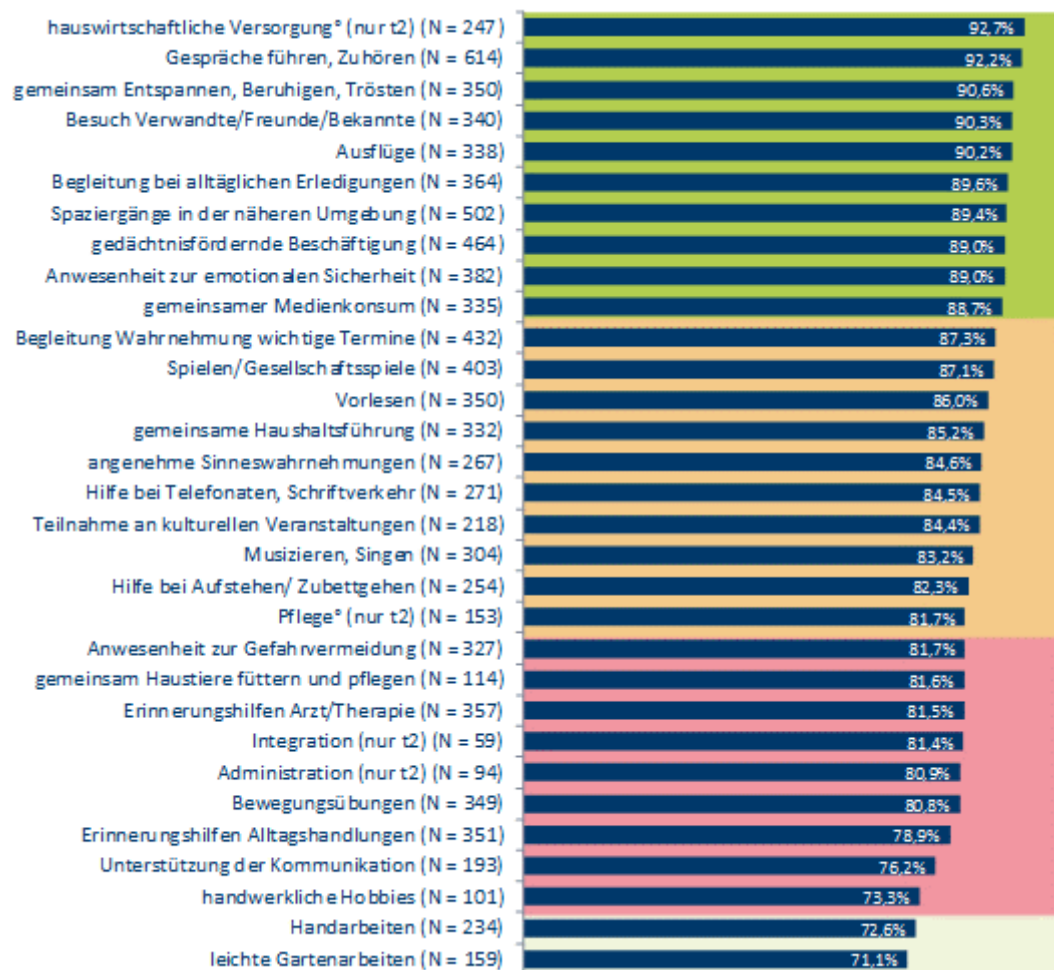
Abbildung 109: Präferenz bzgl. Betreuungsinhalten



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Gemeinsame Darstellung Kundenbefragungen zu t1 und t2. X-Achse: Prozent an allen Personen (N) für die der entsprechende Betreuungsinhalt in Frage kommt (N in Klammern entspricht „Ja“ in Abbildung 63). Sortierung nach beliebtesten Betreuungsinhalten (Anteil „sehr gern“ + „eher gern“). „Hauswirtschaftliche Versorgung“, „Pflege“, „Administration“, „Integration“ wurden erst zu t2 regulär erfragt. „°“ Entsprechen streng genommen keinen Betreuungsinhalten.

Aufgrund des hohen Anteils fehlender Angaben empfiehlt sich eine Prozentuierung an der Summe der gültigen Angaben. Diese Darstellung findet sich in Abbildung 110. Sämtliche Betreuungsinhalte werden von mindestens 70% der Kunden, für die dieser Inhalt in Frage kommt, präferiert (Angabe „sehr gern“ oder „eher gern“). Am stärksten werden „Gespräche führen, Zuhören“, am wenigsten „leichte Gartenarbeiten“ präferiert.

Abbildung 110: Anteil Kunden, die Betreuungsinhalt präferieren (gültige Angaben)



Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung:

Anteil (% gerundet auf eine Nachkommastelle) der „sehr gern“- und „eher gern“-Angaben an allen Personen, für die der entsprechende Betreuungsinhalt in Frage kommt („Ja“ in Abbildung 63) und die gültigen Angaben zur Präferenz machen (entspricht N in Klammern). Sortierung nach beliebtesten Betreuungsinhalten (Anteil „sehr gern“ + „eher gern“). Farbgrößen markieren Betreuungsinhalte, ab denen ein signifikanter Unterschied zum jeweils zuletzt am meisten präferierten Betreuungsinhalt auftritt (z.B. ab „Anwesenheit zur Gefahrvermeidung“ werden Inhalte relativ zu „Begleitung Wahrnehmung wichtiger Termine“ signifikant seltener präferiert); weitere Erläuterungen im Text. „\*“ Entsprechen streng genommen keinen Betreuungsinhalten.

Da sämtliche Betreuungsinhalte von mindestens 70% der Kunden, für die dieser Inhalt in Frage kommt, gemocht werden, wird in der Folge ein normorientierter Ansatz zur weiteren Differenzierung genutzt. Dazu werden in absteigender Reihenfolge der Präferenzurteile sukzessive Chi<sup>2</sup>-Tests durchgeführt, die den jeweils am meisten präferierten Betreuungsinhalt zur Referenz nehmen und die weniger präferierten Betreuungsinhalte solange gegen ihn testen, bis signifikante

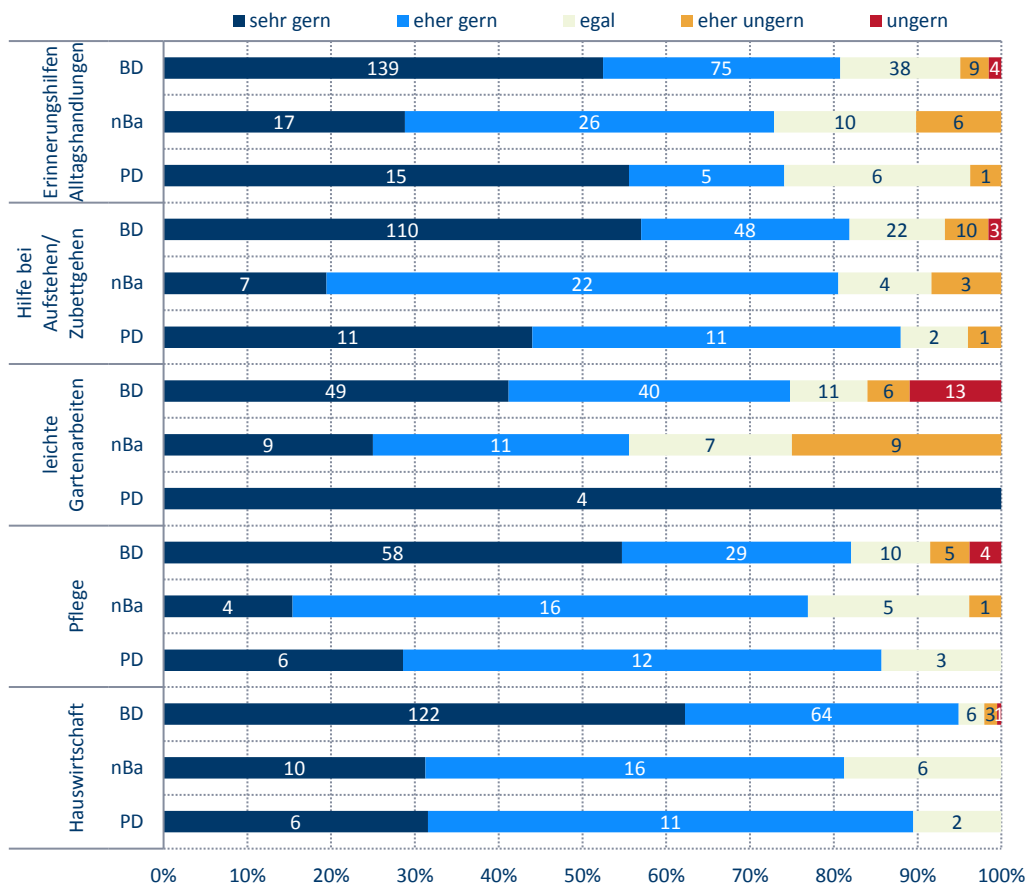
Unterschiede in den Präferenzurteilen auftreten. Der erste Betreuungsinhalt mit einem signifikanten Unterschied wird sodann als neue Referenz gesetzt und das Verfahren wird für die nachfolgenden weniger präferierten Inhalte fortgeführt. Abbildung 110 verdeutlicht das Ergebnis dieses sukzessiven Testens anhand von Farbgrößen: Ab „Begleitung Wahrnehmung wichtige Termine“ werden die Betreuungsinhalte signifikant seltener präferiert als der am meisten präferierte Betreuungsinhalt („Gespräche führen, Zuhören“;  $p < .01$ ; „hauswirtschaftliche Versorgung“ wird zwar am stärksten präferiert, wird jedoch nicht als originärer Betreuungsinhalt betrachtet; zudem wurde dieser atypische Inhalt erst ab t2 regulär erhoben); analog werden ab „Anwesenheit zur Gefahrvermeidung“ Inhalte signifikant seltener präferiert als zuletzt „Begleitung Wahrnehmung wichtige Termine“ usw. Die so entwickelten Cut-Offs können genutzt werden, um Gruppen von Betreuungsinhalten voneinander zu trennen – die trotz der allgemein hoch ausfallenden Präferenzurteile – stärker und weniger stark präferiert werden.

Der in Kapitel 2.3 formulierte Fragenkatalog (vgl. Tabelle 14) sieht auch einen Vergleich der Präferenzen zwischen den drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) und in Abhängigkeit der Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Es zeigen sich jedoch nur wenig Unterschiede in Abhängigkeit dieser Variablen.

Nur für wenige Betreuungsinhalte (bzw. atypischen Inhalte) unterscheidet sich die Präferenzbewertung signifikant zwischen Kunden der verschiedenen Einrichtungstypen: „Erinnerungshilfen Alltagshandlungen“ ( $\chi^2_{(df=8, N=351)}=18.4, p < .05$ ), „Hilfen beim Aufstehen/Zubettgehen“ ( $\chi^2_{(df=8, N=254)}=24.3, p < .01$ ), „leichte Gartenarbeiten“ ( $\chi^2_{(df=8, N=159)}=26.6, p < .01$ ), „Pflege“ ( $\chi^2_{(df=8, N=153)}=22.4, p < .01$ ), „Hauswirtschaft“ ( $\chi^2_{(df=8, N=247)}=25.5, p < .01$ ). Die unterschiedliche Verteilung der Präferenzurteile für diese Inhalte ist in Abbildung 111 abgetragen; durchschnittlich werden sie von Kunden aus nBa etwas weniger präferiert als von Kunden aus BD und PD. Die etwas schlechter ausfallenden Präferenzurteile in nBa deuten auf eine geringere ausgeprägte Akzeptanz von in Frage kommenden Betreuungsinhalten durch die Kunden.

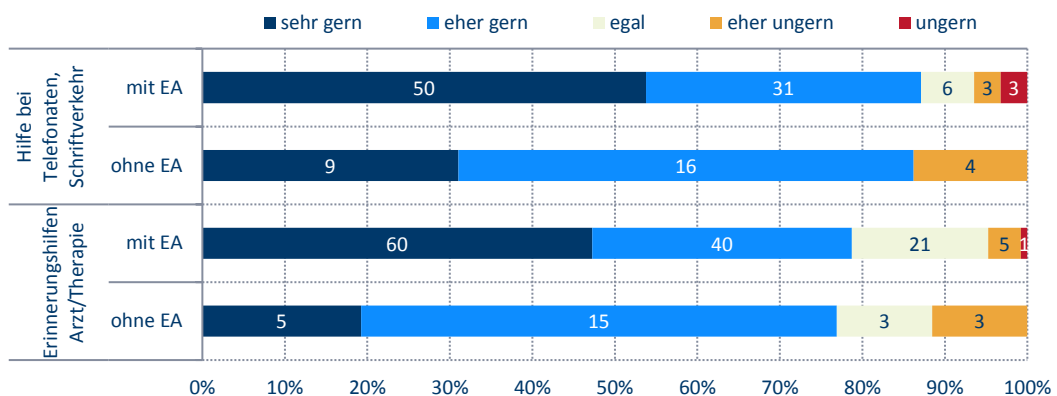
Ebenso findet sich wenig statistische Unterschiede in Abhängigkeit der Einschränkung der Alltagskompetenz: „Hilfe bei Telefonaten und Schriftverkehr“ und „Erinnerungshilfen Arzt/ Therapie“ wird von Personen ohne Einschränkung der Alltagskompetenz etwas weniger präferiert als von Personen mit Einschränkung der Alltagskompetenz ( $\chi^2_{(df=4, N=122 \text{ und } 153)}=12.2 \text{ und } 11.0, p < .05$ ). Abbildung 112 zeigt die beiden Unterschiede für den jeweiligen Betreuungsinhalt. Dieser Unterschied könnte so interpretiert werden, dass Kunden mit geringeren kognitiven oder psychischen Einschränkungen wahrscheinlich präferieren ihre Angelegenheiten möglichst selbstständig zu erledigen.

Abbildung 111: Präferenzurteile in Abhängigkeit des Einrichtungstyps



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Abbildung 112: Präferenzurteile und Einschränkung der Alltagskompetenz (EA)



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung: Abkürzung: EA, Einschränkung der Alltagskompetenz.

Der Wunsch die eigenen Angelegenheiten möglichst autonom und selbstständig zu erledigen wird gemäß der Selbstbestimmungstheorie<sup>33</sup> als psychologisches Grundbedürfnis verstanden. Die Unterstützung durch Mitarbeitende im Alltag könnte diesem Bedürfnis zunächst entgegenstehen und als eine Verringerung der eigenen Selbstständigkeit und Autonomie interpretiert werden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung mag die Akzeptanz jedoch steigen, da sich die Interpretation dieser Leistung in Einklang mit dem Unterstützungsbedarf verändert.

### **3.10 Weiterführende Bewertungen**

Ausgehend von bisherigen Befunden erfolgt, teilweise unter Ergänzung weiterer Befunde, eine Verdichtung der Analysen, um zu einer allgemeineren Bewertung der Bedeutung von Betreuungsleistungen und- Diensten in der ambulanten Pflege zu gelangen. Hierbei kommt der Perspektive der Leistungserbringer, die sich als Akteure in nächster Nähe zum Versorgungsgeschehen befinden, eine besondere Bedeutung zu.

#### **3.10.1 Allgemeine Bewertung der Betreuungsleistungen**

Die Befunde der vorhergehenden Kapitel legen die Interpretation nahe, dass mit den Betreuungsleistungen des neuen Anbietertyps (BD) offenbar auf eine bislang nicht gedeckte Nachfrage reagiert wird. Dabei werden von den Führungskräften der BD höhere Qualifikationsanforderungen an das Betreuungspersonal oftmals für notwendig erachtet, um angemessen auf die spezifischen Kunden zu reagieren (vgl. Kapitel 3.8.3). Anhand der Daten zur Wirksamkeit von Betreuung lässt sich tatsächlich ein Vorteil der Betreuungsleistungen der BD gegenüber diesen Leistungen bei nBa und PD zeigen (vgl. Kapitel 3.7.4, 3.8.4). Dieser Vorteil scheint zum einen mit der Umsetzung spezifischer Betreuungsinhalte zusammenzuhängen, da der Einrichtungseffekt verschwindet, wenn für die Inhalte kontrolliert wird (vgl. Kapitel 3.8.4); d.h. BD scheinen vermehrt Betreuungsinhalte umzusetzen, die mit einer stärkeren Verbesserung der Kunden- und Angehörigensituation einhergehen (Outcome-Parameter: Belastungsempfinden und Lebensqualität). Zum anderen scheinen aber auch bestimmte Aspekte der Struktur- und Prozessqualität der BD einen Beitrag zu leisten, da der systematische Einrichtungseffekt auch dann verschwindet, wenn für die Umsetzung bestimmter QM-Maßnahmen statistisch kontrolliert wird. BD zeichnen sich gegenüber den bereits etablierten Anbietern (nBa und PD) so offenbar sowohl durch spezifische Leistungsinhalte als auch spezifische Strukturen und Prozesse aus.

---

<sup>33</sup> Ryan RM, Deci EL (2008): Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In John OP, Robins RW, Pervin LA (Hrsg.): Self-determination of personality: Theory and research. New York: Guilford Press, 654-678.

---

Konsistent mit der Abhängigkeit der Wirksamkeit der Betreuung von konkreten Inhalten, wird von einem erheblichen Anteil der Führungskräfte der BD angegeben, dass auch geringere formelle Anforderungen an BD als im Rahmen des Modellprogramms genügen würden, um eine angemessene Qualität der Leistung sicherzustellen (vgl. Kapitel 3.8.3) – offenbar werden Inhalte für wichtiger erachtet. Vor dem Hintergrund der gleichzeitigen Abhängigkeit von Aspekten der Struktur- und Prozessqualität (vgl. Kapitel 3.7.4) kann aber nicht pauschal geschlossen werden, QM-Maßnahmen seien für die erhöhte Wirksamkeit der Betreuungsleistungen der BD generell unerheblich. Der Umsetzungsgrad der verschiedenen Betreuungsinhalte könnte sich zwischen den drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) auch gerade deshalb systematisch unterscheiden, da die spezifischen Strukturen und Prozesse die Umsetzung bestimmter Inhalte unterschiedlich begünstigen. Durch das Modellprogramm könnte ein Rahmen für BD geschaffen worden sein, der besonders mit solchen Betreuungsinhalten kompatibel ist, die in erhöhtem Maße zu einer Verringerung des Belastungsempfindens und Steigerung der Lebensqualität von Kunden und Angehörigen beitragen.

In PD erfolgen Betreuungsleistungen zumeist in Ergänzung zur eigentlichen Kernleistungen (Pflege); dadurch unterliegen sie vermutlich primär der Zielstellung von Pflegeleistungen (vgl. Kapitel 3.5.3, ferner 3.8.5). Betreuungsleistungen der nBa weisen hingegen verstärkt Beschäftigungscharakter auf („Häusliche Beschäftigung“, F1; „Zwischenmenschliche Nähe“, F2; „Gemeinschaft“, F4); zweckhafte Inhalte („Wohnumfeld“, F6; „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“, F3) werden dagegen umfänglicher von BD umgesetzt (vgl. Kapitel 3.6.2); damit verfolgen nBa weniger das Ziel einer direkten Unterstützung der selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung der Kunden als vielmehr eine Förderung gemeinschaftlicher, eher „freizeitlicher“ Aktivitäten, die sich besonders eignen, um die Teilhabe am sozialen Leben zu steigern und betreuende Angehörige (stundenweise) zu entlasten. BD fokussieren auf ein breiteres Feld und bieten darüber hinaus zweckhafte Unterstützung bei der Bewältigung alltagspraktischer Anforderungen (über den Bereich der körperbezogenen Pflege hinaus).

Damit verfolgen die Betreuungsleistungen der verschiedenen Anbietertypen jeweils einen anderen Schwerpunkt: Betreuungsleistungen der BD zeigen das größte Potenzial im Bereich betreuungsrelevanter Problemlagen allgemein; demgegenüber nehmen PD ihre Kompetenz selektiver im Bereich körperbezogener Pflegemaßnahmen wahr und können unter zusätzlicher Nutzung von Betreuungsleistungen mehr Zeit darauf verwenden gezielt die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in diesem Bereich zu fördern, z.B. indem sie eher anleitend zu Seite stehen als selbst Hand anzulegen; nBa unterstützen v.a. die Teilhabe am sozialen Leben und können so helfen das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen durch gemeinschaftliche Aktivitäten zu steigern (vgl. Kapitel 3.7.4). Die Betreuungsleistungen eines Anbietertyps lassen sich daher nicht einfach durch die Betreuungsleistungen eines anderen Anbietertyps substituieren.

---

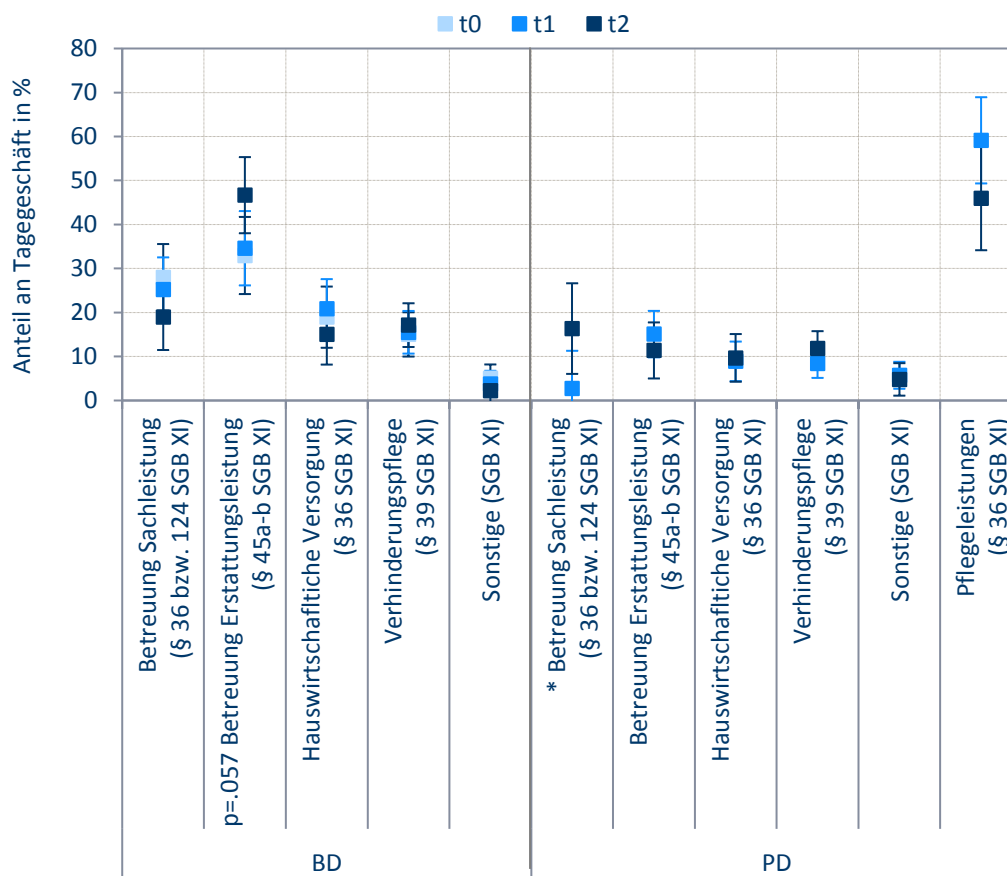
Der Blick auf den Anteil der Kunden mit Inanspruchnahme der verschiedenen Arten von Leistungen zeigt (vgl. Kapitel 3.5.3, Abbildung 46), dass in PD 47 bis 56% der Kunden Betreuungsleistungen nach § 45a-b SGB XI beziehen; das sind anteilig nur geringfügig weniger als Personen mit Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI (59 bis 63%). Allerdings beziehen in PD anteilig nur wenig Kunden ausschließlich Betreuungsleistungen ( $\geq 70\%$  mit Betreuungsleistungen nach §§ 45a-b bzw. als Sachleistung beziehen gleichzeitig Pflegeleistungen gem. § 36 SGB XI). Dennoch spräche allein der Kundenanteil mit Betreuungsleistungen für eine immer noch relativ hohe Bedeutung dieser Leistungsart fürs Tagesgeschäft der PD – zumindest bei den an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmenden Einrichtungen – und somit möglicherweise für eine verstärkte Konkurrenz der verschiedenen Anbietertypen mit derselben Leistung um dieselbe Finanzierungsgrundlage.

Um die tatsächliche Bedeutung der unterschiedlichen Leistungsarten nach SGB XI besser einzuschätzen, wurden die Einrichtungsleitungen nach dem Anteil am Tagesgeschäft gefragt (für nBa entfällt diese Frage, da im Rahmen der Pflegeversicherung nur Leistungen nach § 45a-b SGB XI erbracht werden können). Die Ergebnisse der Einschätzung durch die Einrichtungsleitungen (BD, PD) finden sich in Abbildung 113: Der Anteil der verschiedenen Leistungsarten von BD und PD ist über die Zeit relativ konstant geblieben, d.h. unterscheidet sich statistisch kaum über die Erhebungszeitpunkte (BD t0 bis t2, PD t1 bis t2); erwähnenswerte Unterschiede treten lediglich für Leistungen nach § 45a-b SGB XI bei BD und Betreuungsleistungen als Sachleistung bei PD auf (MANOVAs mit % der verschiedenen Leistungsarten am Tagesgeschäft als AVs; für BD § 45a-b SGB XI:  $F_{(2,118)} = 2.9$ ,  $p = .057$ ; für PD Betreuung als Sachleistung:  $F_{(2,25)} = 4.4$ ,  $p < .05$ ); diese Unterschiede deuten auf eine leichte Zunahme der Leistungen nach § 45a-b SGB XI von t0 nach t2 bei BD und eine deutliche Zunahme von Betreuung als Sachleistung von t1 nach t2 bei PD. Die Zunahme der Leistungen gem. § 45a-b SGB XI in BD wird auch durch die Zunahme der Kundenanzahl mit dieser Leistungsart reflektiert (vgl. Kapitel 3.5.3, Abbildung 46). Die Zunahme des Anteils von Betreuungsleistungen als Sachleistung am Tagesgeschäft der PD findet hingegen keine solche Entsprechung; hier hat sich die Anzahl (Anteil) von Kunden mit Betreuungsleistungen als Sachleistung von t1 nach t2 eher noch verringert.

Betrachtet man den Anteil der verschiedenen Leistungsarten gemittelt über sämtliche Erhebungszeitpunkte, unterscheidet sich der Anteil am Tagesgeschäft für Betreuung als Sachleistung (§ 36 bzw. § 124 SGB XI), Betreuung als Erstattungsleistung (§ 45a-b SGB XI) und Hauswirtschaftliche Versorgung (§ 36 SGB XI) zwischen BD und PD ( $F_{(1146)} \geq 4.5$ ,  $p < .05$ ); Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) verfehlt knapp die statistische Signifikanz ( $p = .051$ ). Die Unterschiede gehen mit signifikant höheren Anteilen von Betreuungsleistungen, hauswirtschaftlicher Versorgung und Verhinderungspflege in BD einher (Anteil von Pflegeleistungen wird nicht verglichen, da diese nur von PD erbracht werden). Allgemein setzen sich in BD Betreuungsleistungen von übrigen anteilig seltener bezogenen Leistungen ab, während in PD die Betreuungsleistungen selbst zu den seltener bezogenen Leistungen gehören (siehe Abbildung 113).



Abbildung 113: Anteil verschiedener Leistungsarten SGB XI am Tagesgeschäft



Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2

Anmerkung:

Einschätzung der Einrichtungsleitungen, wie hoch der prozentuale Anteil der verschiedenen Leistungsarten am Tagesgeschäft ausfällt. Leitungen aus BD wurden von t0 bis t2, Leitungen aus PD nur zu t1 und t2 gefragt. Leitungen der nBa wurden nicht danach gefragt, da für sie nur einer Leistungsart gem. § 45b SGB XI in Frage kommt. Unterschiede zwischen Erhebungszeitpunkten für BD unter „Betreuung Erstattungsleistungen“ mit  $p=.057$ , für PD unter „Betreuung Sachleistung“ mit  $*p<.05$ .

Allerdings scheinen Betreuungsleistungen als Sachleistungen für BD über die Zeit an Bedeutung zu verlieren und in die Nähe seltenerer Leistungsarten zu rücken. Die von manchen Leitungen der BD eingeschätzte priorisierte Leistungsabrechnung von Pflegediensten und damit einhergehende Unklarheit über das noch zur Verfügung stehende Budget (siehe Kapitel 3.3.3), könnte zumindest für manche BD zu einem Ausweichen auf andere Leistungsarten außerhalb des Sachleistungsanspruchs der Versicherten geführt haben (für eine weitere Diskussion siehe das folgende Zwischenkapitel „Besonderheiten bei pflegebedürftigen Menschen“).

Die Anzahl der Kunden pro Leistungsart ist nun am Anteil am Tagesgeschäft zu relativieren, um die tatsächliche Bedeutung der unterschiedlichen Leistungsarten

nach SGB XI für das Tagesgeschäft der beiden Einrichtungstypen einzuschätzen. Während die Angaben zur Anzahl der Kunden noch auf einen klaren Mehrbezug von Erstattungsleistungen gegenüber Betreuung als Sachleistung in BD deuteten (vgl. Abbildung 46: zu t1 28% mit Sachleistung vs. 55% mit Erstattungsleistung; zu t2 29% vs. 69%), fällt dies bei Betrachtung des Anteils am Tagesgeschäft weniger eindeutig aus (über sämtliche Erhebungszeitpunkte im Mittel 24% für Sachleistungen vs. 38% für Erstattungsleistungen); d.h. Betreuungsleistungen im Rahmen von Erstattungsleistungen überwiegen anteilig zwar immer noch die Leistungsfinanzierung im Rahmen des Sachleistungsanspruchs, allerdings divergieren die Prozente nicht in dem Ausmaß wie bei der Anzahl der Kunden. Je geringer die Differenz zwischen dem Anteil am Tagesgeschäft und dem Anteil der Kunden mit der entsprechenden Leistung ausfällt, desto eher spricht dies für ein relativ hohes Leistungsvolumen pro Person. Im Falle von Betreuung als Sachleistung sprechen die Daten so für ein relativ hohes Leistungsvolumen pro Person in BD. Dagegen liegt der Prozentwert für den Anteil von Erstattungsleistungen am Tagesgeschäft weiter unterhalb des Prozentwerts des Kundenanteils mit dieser Leistung, was für ein geringeres Leistungsvolumen pro Person spricht.

Einschränkend muss berücksichtigt werden, dass die Interpretation des Leistungsvolumens nur unter Vorbehalt erfolgt. Denn von dem Verhältnis des Anteils der Personen mit einer Leistungsart relativ zum Anteil dieser Leistungsart am Tagesgeschäft kann nicht notwendigerweise auf das Leistungsvolumen pro Person geschlossen werden, da auch andere Faktoren, wie die Verwaltung verschiedener Leistungsarten, deren Anteil am Tagesgeschäft unterschiedlich erhöhen können. Zwar war das Item im Fragebogen so formuliert, dass nur die Anteile der eigentlichen Leistungen (nicht deren Verwaltung) am Tagesgeschäft geschätzt werden sollten („Summe der Leistungen muss 100% ergeben“); es ist aber nicht ganz auszuschließen, dass die Leitungen die Verwaltung verschiedener Leistungsarten bei ihren Angaben zum Anteil am Tagesgeschäft mitberücksichtigt haben.

Geht man aber davon aus, dass tatsächlich nur der Anteil der verschiedenen Leistungsarten an der täglichen Leistungserbringung von den Leitungen geschätzt wurde, ergäbe sich folgendes Bild: Da in BD nur eine Minderheit Betreuung als Sachleistung bezieht (28-35%), spricht dies für eine relativ kleine Gruppe von Personen, die vorrangig Betreuung als Sachleistung mit einer relativ hohen Inanspruchnahme pro Kopf bezieht, so dass relativ wenig Personen einen relativ hohen Anteil am Tagesgeschäft der BD ausmachen. Hingegen wird Betreuung als Erstattungsleistung bei BD von der Mehrheit Kunden bezogen, allerdings offenbar in einem weitaus geringerem pro-Kopf-Volumen, so dass relativ viel Personen einen relativ geringen Anteil am Tagesgeschäft ausmachen. Anders ausgedrückt: Kunden, die in BD im Rahmen des Sachleistungsanspruchs betreut werden, zeigen zumeist ein relativ hohes Inanspruchnahme-Volumen; Kunden, die dort im Rahmen von Erstattungsleistungen betreut werden, zeigen zumeist ein relativ geringes Inanspruchnahme-Volumen. Man könnte so auch einen höheren

Betreuungsbedarf bei Personen mit Betreuung im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs postulieren als bei Personen, die Betreuung als Erstattungsleistung beziehen. Allerdings treten auch Kombinationen beider Leistungsarten auf, so dass der zweite Teil dieser Aussage auf Kunden bezogen werden sollte, die „nur“ Erstattungsleistungen beziehen. Sobald die Kunden Betreuung als Sachleistung beziehen, zeigt sich im Mittel aber ein relativ hohes Inanspruchnahme-Volumen pro Kopf, d.h. ein evtl. erhöhter Betreuungsbedarf.

Das geringere Inanspruchnahme-Volumen bei Erstattungsleistungen könnte aber auch mit den dafür vorgesehenen Höchstbeträgen von 104 und 208 EUR monatlich vor PSG II bzw. 125 EUR monatlich seit PSG II (Entlastungsbetrag) zusammenhängen. Das Inanspruchnahme-Volumen von Erstattungsleistungen ist durch diese Beträge gedeckelt, es sei denn der Sachleistungsanspruch der Versicherten wird umgewidmet (bis zu 40%). Jedoch wird von den Leitungskräften der BD (zu t2) angegeben, dass nur ca. 6% der Betreuungsleistungen durch Umwidmung des Sachleistungsanspruchs finanziert werden (M = 6.2, SD = 10.4, Min = 0, Max = 50, MDN = 0, N = 40); der Großteil der Betreuung wird dagegen durch Erstattungsleistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags finanziert (M = 38.7, SD = 24.5, Min = 0, Max = 99, MDN = 30, N = 40), gefolgt von Sachleistungen (M = 22.8, SD = 25.4, Min = 0, Max = 100, MDN = 15, N = 40) und Verhinderungspflege (M = 20.2, SD = 10.6, Min = 0, Max = 80, MDN = 15, N = 40). Die Umwidmung von Sachleistungen zählt gemeinsam mit privat finanzierten (M = 7.4, SD = 10.6, Min = 0, Max = 40, MDN = 4.8, N = 40) und durch andere SGB oder Institutionen finanzierte Betreuungsleistungen (M = 4.7, SD = 9.2, Min = 0, Max = 40, MDN = 0, N = 40) zu den seltensten Vergütungsarten bei BD.

Aufgrund dieser Befunde kann das verringerte Inanspruchnahme-Volumen pro Kopf unter Erstattungsleistungen nicht notwendigerweise mit einem geringeren Betreuungsbedarf in Verbindung gebracht werden. Die verringerte Inanspruchnahme kann auch andere Gründe haben, z.B., wenn Sachleistungsansprüche bereits für andere Leistungsarten aufgebraucht wurden oder bürokratische Hürden bei der Umwidmung des Sachleistungsanspruchs bestehen.

Des Weiteren lässt sich durch den Abgleich des Anteils der Kunden mit Betreuungsleistungen und dem Anteil dieser Leistungsart am Tagesgeschäft vermuten, dass Betreuungsleistungen in PD (vorrangig Erstattungsleistungen) zwar für eine relativ große Gruppe von Personen, allerdings mit einem relativ geringen pro-Kopf-Volumen erbracht werden. Dies stützt weiterhin die Hypothese, dass Betreuungsleistungen in PD vorrangig zur Ergänzung von Pflegeleistungen genutzt werden.

Wie bereits zu Anfang dieses Kapitels erwähnt, werden bestimmte Klassen von Betreuungsinhalten durch die drei Anbietertypen in unterschiedlichem Maße umgesetzt (vgl. Kapitel 3.6.2); dies erklärt auch die erhöhte Wirksamkeit von Betreuungsleistungen der BD, da diese besonders wirksame Betreuungsinhalte vermehrt umsetzen. Da auch der Anteil der Leistungsarten am Tagesgeschäft

systematisch zwischen den Einrichtungstypen variiert, interessiert wiederum ihr Zusammenhang mit der Umsetzung bestimmter Betreuungsinhalte – d.h., ob bestimmte Leistungsarten die Umsetzung bestimmter Inhalte begünstigen oder die Ausgestaltung vorrangig in Abhängigkeit der Einrichtungen erfolgt.

Wiederholt man die MANOVA aus Kapitel 3.6.2 unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Leistungsart (umgesetzte Betreuungsinhalte unter Sach- vs. Erstattungsleistung gemäß Befragung der Mitarbeitenden in BD und PD zu t1), so bleiben die Unterschiede bzgl. der Umsetzung von Betreuungsinhalten zwischen den Einrichtungstypen bestehen ( $F_{(1,1748)} \geq 4.7$ ,  $p < .05$ ; vgl. Abbildung 66), während sich keine Haupteffekte für die Leistungsart ergeben ( $p \geq .309$ ); es finden sich lediglich signifikante Interaktionen zwischen Einrichtungstyp und Leistungsart für Betreuungsinhalte des Typs „Häusliche Beschäftigung“ (F1:  $F_{(1,1748)} = 17.3$ ,  $p < .001$ ), „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2:  $F_{(1,11748)} = 11.4$ ,  $p < .01$ ), „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3:  $F_{(1,1748)} = 15.0$ ,  $p < .001$ ) und „Gemeinschaft“ (F4:  $F_{(1,17489)} = 16.0$ ,  $p < .001$ ); Inhalte dieser Klassen werden in BD umfänglicher unter Sachleistungen aber in PD umfänglicher unter Erstattungsleistungen umgesetzt. Die persistierenden Haupteffekte des Einrichtungstyps bei fehlenden Haupteffekten der Leistungsart deuten darauf hin, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Betreuungsleistungen mehr von der Einrichtungs- als Leistungsart abhängt; die Interaktionen belegen sogar, dass die unterschiedlichen Anbieter Typen (BD, PD) dieselben Leistungsarten (Betreuung als Sachleistung vs. Erstattungsleistung) mit unterschiedlichen Betreuungsinhalten füllen.

Zusammenfassend unterscheiden sich die Betreuungsleistungen der drei Einrichtungstypen sowohl in Form (Leistungsart; begleitende QM-Maßnahmen) als auch Inhalt (Art umgesetzter Betreuungsinhalte), Umfang (Anteil an Tagesgeschäft) und Zweck (zweckhafte Alltagsbegleitung, weniger zweckhafte Beschäftigung, Ergänzung von Pflegeleistungen). Zudem ist nicht erkennbar, dass Betreuungsleistungen der BD mit den Betreuungsleistungen der etablierten Angebote um exakt denselben Kundenkreis konkurrieren. Dabei zeigen Betreuungsleistungen der BD einen Vorteil gegenüber Betreuungsleistungen der etablierten Anbieter, um Belastungen in einem breiteren Spektrum betreuungsrelevanter Problemlagen zu reduzieren.

### **3.10.2 Besonderheiten bei pflegebedürftigen Menschen**

Bei Kunden, die gleichzeitig betreuungs- und pflegebedürftig sind, besteht die Notwendigkeit der Abstimmung des Betreuungs- mit dem Pflegeplan. Darauf wurde im Einzelnen bereits in den Kapiteln 3.5.5 (Abschnitt „Koordination mit anderen Pflegeeinrichtungen“; ferner Kapitel 3.5.3) und 3.7.5 eingegangen. Demnach unterhalten BD in der Mehrzahl der Fälle Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten und geben an, sich bei gleichzeitiger Versorgung der Kunden durch Pflegedienste mit diesen abzustimmen. Allerdings besteht im Tagesgeschäft offenbar kaum Notwendigkeit für die Mitarbeitenden sich mit anderen Einrichtungen zu koordinieren; wahrscheinlich wird zu Beginn des Leistungsbezugs

eine Abstimmung übergeordnet v.a. vonseiten der Einrichtungsleitungen vorgenommen, während sie im Tagesgeschäft der Mitarbeitenden kaum eine Rolle spielt. Jedenfalls findet sich auch in den Antworten der Kundenbefragung kein Hinweis darauf, dass eine vermehrte Abstimmung der an der Pflege und Betreuung beteiligten Einrichtungen untereinander notwendig sei.

Die Erbringung bestimmter weniger gut planbarer pflegerischer Tätigkeiten sollte nach Ansicht der Mehrheit der Leitungskräfte auch für BD möglich sein, auch wenn die Mitarbeitenden der BD bisher grundsätzlich nur selten pflegerische Tätigkeiten bei jedem Kunden übernommen haben (vgl. Abbildung 72). Allerdings wird von der großen Mehrheit der Leitungskräfte offenbar dennoch anerkannt, dass BD die Leistungen der Pflegedienste nicht ersetzen sollen (vgl. Abbildung 102; Koordination mit Pflegediensten ist weiterhin erforderlich). In der Realität werden pflegenaher Aufgaben zwar durch einen bedeutsamen Anteil der Mitarbeitenden der BD (auch nBa) wahrgenommen, allerdings handelt es sich nach Angabe der Mitarbeitenden dabei zumeist um wenig planbare Tätigkeiten, die bei einer Begleitung im Alltag unausweichlich sind (z.B. Hilfe beim Toilettengang oder An- /Auskleiden; siehe Kapitel 3.6.3). Wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 3.8.3), geht es den Leitungskräften der BD bei ihrer Forderung nach der Möglichkeit von Pflegeleistungen durch BD wahrscheinlich um eine realistische Einschätzung des notwendigen Aufgabenspektrums von Betreuung und Rechtsicherheit, wenn pflegenaher Aufgaben durch das Betreuungspersonal wahrgenommen werden (müssen).

Reibungspunkte bei der Koordination mit Pflegediensten scheinen damit weniger in Bezug auf eine Konkurrenz um dieselbe Leistung als vielmehr um dieselbe Finanzierungsgrundlage unterschiedlicher Leistungen zu bestehen: Mehr als ein Drittel der interviewten Leitungskräfte der BD äußert, dass bei gleichzeitiger Versorgung von Kunden durch ambulante Pflegedienste unklar ist, welcher Anteil des Sachleistungsanspruchs nach Abrechnung der Pflegeleistungen verbleibe (Kapitel 3.3.3, Abbildung 19). Dieses Problem erscheint v.a. dann plausibel, wenn Kunden durch einen Pflegedienst außerhalb des Kooperationsnetzwerkes des BD versorgt werden. Die Pflegedienste sind offenbar nicht immer bereit Auskunft über verbleibende Sachleistungsansprüche zu geben; auch für Kunden sei oftmals nicht transparent, welches Anspruchsvolumen verbleibe.

Die Interviews mit den Leitungskräften, in denen diese Problematik thematisiert wurde, wurden noch vor Inkrafttreten des PSG II geführt; d.h. zu diesem Zeitpunkt bestand die Maßgabe, dass zuerst Grundpflege (und hauswirtschaftliche Versorgung) sichergestellt sein mussten, bevor Betreuungsleistungen in Anspruch genommen werden durften; die Abrechnung erfolgte vorrangig für Leistungen der Grundpflege nach § 36 SGB XI, wodurch Pflegedienste gegenüber BD einen Vorteil beim Zugriff auf den Sachleistungsbetrag ihrer Kunden hatten. Mit Inkrafttreten des PSG II im Januar 2017 ist diese Priorisierung formell aufgehoben. Leistungen der Grundpflege (nun „körperbezogene Pflegemaßnahmen“) und Betreuungsleistungen (nun „pflegerische Betreuungsmaßnahme“) werden gleichsam unter dem Begriff der „häuslichen Pflegehilfe“ gefasst, wodurch BD und

PD beim Zugriff auf den Sachleistungsanspruch der Versicherten leistungrechtlich gleichgestellt sind.

Damit besteht – zumindest theoretisch – auch für Pflegedienste verstärkt die Notwendigkeit, sich mit BD, als gleichermaßen zugangsberechtigt, abzustimmen. Allerdings wurde in den persönlichen Interviews von einigen Leitungskräften berichtet, dass es bei den Abrechnungen mit den Pflegekassen zu Schwierigkeiten gekommen sei, da nach Ihrer Einschätzung Sachbearbeiter nicht immer ausreichend über die Abrechnungsmöglichkeiten der Modellvorhaben informiert gewesen seien. Dadurch könnte es in der Praxis auch nach Inkrafttreten von PSG II – zumindest für einige Zeit – weiterhin zur priorisierten Abrechnung von Pflegediensten gekommen sein.

Es sollte so über Möglichkeiten nachgedacht werden, wie verbleibende Sachleistungsansprüche für gleichzeitig versorgende Einrichtungen transparent gemacht werden können – selbstverständlich nur mit Einwilligung der Versicherten. Eine Informationspflicht der Pflegekassen besteht zumindest gegenüber den Versicherten. Allerdings lassen die Angaben der Leitungskräfte vermuten, dass Kunden dennoch häufig nicht genügend über ihren Sachleistungsanspruch informiert sind. Auch in den persönlichen Interviews mit Kunden bzw. Angehörigen (vgl. Kapitel 2.6) hat sich dieser Eindruck zumindest in manchen Fällen bestätigt, wenn Betroffene mit der Information der Kassen überfordert waren und nur unter Aufwendung entsprechender zeitlicher (und kognitiver) Ressourcen durch zumeist Angehörige ein Überblick über bestehende Ansprüche hergestellt werden konnte.

Bereits mit dem PNG konnte offenbar die Information für Betroffene beim Eintreten von Pflegebedürftigkeit, d.h. v.a. im Vorfeld des Leistungsbezugs verbessert werden<sup>34</sup>. Allerdings scheint die Information für Versicherte *während* des laufenden Leistungsbezugs nicht immer ausreichend – zumindest legen die in der wissenschaftlichen Begleitforschung gesammelten Befragungsergebnisse dies nahe.

Grundsätzlich ist es den Versicherten möglich, sich Rechnungen der Leistungserbringer bei den Pflegekassen zeigen zu lassen; auch besteht durch die monatlich zu unterzeichnenden Leistungsnachweise die Möglichkeit, verbleibende Sachleistungsansprüche abzuschätzen. Mit einer entsprechenden Vollmacht der Versicherten ist es auch Einrichtungen möglich, sich bei den Pflegekassen direkt über verbleibende Sachleistungsansprüche zu informieren. Allerdings ist der genaue Rechnungsbetrag Schwankungen unterworfen, sodass selbst auf Grundlage erfolgter Abrechnungen keine numerisch exakte Einschätzung des verbleibenden Sachleistungsbetrags für Folgemonate möglich ist. Die gemeinsame Abstimmung gleichzeitig versorgender Einrichtungen scheint so unabdingbar.

---

<sup>34</sup> Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

---

### 3.10.3 Stärken und Entwicklungsbedarf der Betreuungsdienste

Die Analyse der Angaben der Leitungskräfte (ferner auch der Nicht-Teilnehmer) sprechen dafür, dass sich BD durch höhere Qualitätsanforderungen an das Betreuungspersonal und spezifische QM-Maßnahmen von bestehenden Betreuungsangeboten absetzen können (vgl. Kapitel 3.3.3 und 3.8.3). Zwar zeigt das Personal in PD im Durchschnitt eine höhere Qualifikation als in BD<sup>35</sup>, allerdings wird in PD kaum Personal vorrangig in der Betreuung eingesetzt (Kapitel 3.4.2, Abbildung 28). Zudem erfolgt, wie bereits dargelegt, die Erbringung von Betreuungsleistungen in PD v.a. in (zeitlicher) Ergänzung zu Pflegeleistungen und in nBa v.a. im Bereich „eher nicht zweckhafter“, „gemeinschaftlicher“ Beschäftigung; bei BD erfolgt Betreuung hingegen verstärkt als zweckorientierte Alltagsbegleitung (vgl. Kapitel 3.6.2 und 3.8.4).

Damit verfolgen die Einrichtungstypen schwerpunktmäßig unterschiedliche Betreuungskonzepte, die mit jeweils eigenen Stärken in ihrem speziellen Bereich assoziiert sind. Durch die Konzentration auf Betreuung als Kernleistung (vgl. Kapitel 3.5.3), die durch ein entsprechend qualifiziertes Personal erbracht wird (Kapitel 3.4.2) und durch bestimmte QM-Maßnahmen flankiert wird (Fallbesprechungen, Wirkungserfassung, Supervision durch gerontopsychiatrische Fachkraft, Sicherstellung der Versorgung durch Kooperationspartner bei Personalausfall; vgl. Kapitel 3.7.4), werden bei der Betreuung durch BD vermutlich andere Akzente gesetzt als bei den Vergleichseinrichtungen. Die Ergebnisse zur Betreuungsqualität zeigen tatsächlich, dass sich die Belastung von Kunden bzw. Angehörigen unter Nutzung von BD im Bereich betreuungsrelevanter Problemlagen stärker verringert und die Lebensqualität stärker verbessert als bei Nutzung von Vergleichseinrichtungen (Kapitel 3.7.4). Dies spricht für die spezifische Stärke der BD gegenüber anderen Betreuungsangeboten und für die Wirksamkeit der erhöhten Qualitätsanforderungen an BD.

Dass die Bezahlung der Betreuungsleistungen der BD geringer ausfällt als bei PD (vgl. Kapitel 3.8.2) – zumindest bei den an der wissenschaftlichen Begleitforschung beteiligten Einrichtungen – wird nur von einer absoluten Minderheit der Leitungskräfte als Vorteil für die BD gesehen (N = 2 von insg. 42; vgl. Kapitel 3.3.3, Abbildung 19: „dieselbe“ Leistung wird von qualifizierterem Personal für dasselbe oder weniger Geld erbracht, was für einen verstärkten Kundenzulauf sorgt).

Die von einigen Leitungskräften als zu gering bewertete Bezahlung steht in starkem Widerspruch zu den höheren Qualitätsanforderungen an die Betreuungsleistungen der BD: Die Legitimation der BD wird gerade durch die höheren Qualifikationsanforderungen an das Betreuungspersonal und die besonderen QM-Maßnahmen im Bereich der Betreuung begründet; erst diese Anforderungen bieten die Möglichkeit, sich zukünftig als neuer Anbietertyp am Markt öffentlich gegenüber anderen, v.a. geringer qualifizierten

---

<sup>35</sup> wird die Qualifizierung analog § 87b SGB XI zum Maßstab genommen, fällt die Qualifikation in BD und PD vergleichbar hoch aus; berücksichtigt man aber Berufsabschlüsse liegt die Qualifikation in PD durchschnittliche höher.

Betreuungsangeboten profilieren zu können. Auch leistungsrechtlich wird die direkte Vergütung mit dem Sachleistungsanspruch der Versicherten erst durch die höheren Qualifikationsanforderungen an BD (relativ zu nBa) legitimierbar. Entwicklungsbedarf besteht demnach offenbar v.a. bzgl. einer angemessenen Vergütung der Leistungen der BD.

Die Qualifikation des Betreuungspersonals wurde zwar in den bisherigen Analysen nicht direkt als Einflussgröße der Ergebnisqualität untersucht; sie hat als fachlicher Hintergrund der Betreuung direkt erbringenden Person aber einen unmittelbaren Bezug zur Ausgestaltung der Betreuungssituation und erscheint – neben QM-Maßnahmen und Betreuungsinhalten – eine durchaus plausible Einflussgröße für die Wirksamkeit von BD. Sie konnte in den bisherigen Analysen nicht als eigenständige Einflussvariable berücksichtigt werden, da dies eine Erfassung der Qualifikationsprofile von Betreuungskräften pro Kunde erfordert hätte, was aus erhebungstechnischen Gründen nicht zu realisieren gewesen wäre. Die Auswirkungen der Qualifikationsprofile werden jedoch sehr wahrscheinlich durch die in den Analysen eingeschlossene Variable „Einrichtungstyp“ (vgl. Kapitel 3.7.4 und 3.8.4) reflektiert, da sich die Qualifikationsprofile der Mitarbeitenden systematisch zwischen BD, nBa und PD unterscheiden (vgl. Kapitel 3.4.2 und 3.4.3).

Zwar verschwindet der Haupteffekt des Einrichtungstyps, wenn für die umgesetzten Betreuungsinhalte kontrolliert wird (vgl. Kapitel 3.8.4); allerdings bedeutet dies nicht, dass dem Einrichtungstyp bzw. den spezifischen Qualifikationsprofilen keine Bedeutung zufällt. Die erhöhte Wirksamkeit von BD scheint zwar hauptsächlich über die Betreuungsinhalte vermittelt; wie bereits erwähnt wird aber der Rahmen für besonders wirksame Inhalte wahrscheinlich erst durch die speziellen QM-Maßnahmen geschaffen. Analog kann dies auch für die spezifischen Qualifikationsprofile der Mitarbeitenden in BD angenommen werden.

In nBa liegt das Qualifikationsniveau der Mitarbeitenden im Durchschnitt deutlich unter dem von BD und PD. In PD liegt eine Qualifikation analog § 87b SGB XI in gleichem Umfang wie in BD vor, wird dort aber i.d.R. automatisch über die Berufsausbildung zur Pflegefachkraft erworben. In BD wird sie hingegen häufiger durch die Absolvierung einer Qualifizierungsmaßnahme erworben. Man könnte daher annehmen, dass in BD und PD zwar ein vergleichbares Qualifikationsniveau analog § 87b SGB XI vorliegt, allerdings die Qualifikation zur Erbringung von Betreuungsleistungen in PD eher indirekt über einen allgemeineren Bereich (Pflege) und in BD mehr direkt in einem stärker abgegrenzten Bereich (Betreuung) erfolgt. Obwohl in PD insgesamt ein höheres Qualifikationsniveau des Personals vorliegt, könnte es in BD zur Ausbildung einer spezifischen Expertise kommen, die sich besonders eignet, um betreuungsrelevante Problemlagen zu adressieren.

Die Qualifizierungsmaßnahme gemäß § 87b SGB XI (seit Januar 2017 in § 53c SGB XI verschoben) wird durch die „Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-



Spitzenverbandes definiert<sup>36</sup>. Schulisch-berufliche Zugangsvoraussetzungen des Betreuungspersonals werden durch die Richtlinien nicht gestellt. In der Vergangenheit ist der Einsatz von Betreuungskräften deswegen wiederholt in die Kritik geraten.<sup>37</sup>

Bei einer vom IGES Institut durchgeführten Studie<sup>38</sup> zeigte sich für den stationären Bereich zwar, dass ein bedeutsamer Anteil der Wohnbereichsleitung und der zusätzlichen Betreuungskräfte den praktischen Anteil der Qualifizierungsmaßnahme als nicht ausreichend empfand (sowohl die Betreuungskräfte als auch die Wohnbereichsleitungen gaben mehrheitlich an, dass die Qualifizierung zwar hilfreich war, sie sich aber mehr praktische Grundlagen gewünscht hätten); dennoch fanden sich in der damaligen Untersuchung keine Hinweise, dass die Betreuungskräfte mehrheitlich mit der Betreuungstätigkeit überfordert bzw. unzufrieden waren. Offenbar bereitete die Qualifizierungsmaßnahme die Mitarbeitenden ausreichend auf ihre Tätigkeit vor.

Auch in den persönlichen Gesprächen mit den Führungskräften wurde nur von einer Minderheit direkt angesprochen (insgesamt N = 5), dass die Qualifizierungsmaßnahme nach § 87b SGB XI für eine Vorbereitung auf die Tätigkeit bei dem Dienst nicht immer ausreiche; sie sichere zwar eine gewisse „Mindestqualifikation“, allerdings seien für die Arbeit bei dem Dienst häufig noch weitere Kenntnisse erforderlich. Von der Mehrheit der interviewten Führungskräfte wurde dies aber nicht erwähnt, so dass auch für den ambulanten Bereich angenommen werden kann, dass die Qualifizierungsmaßnahme ausreichend auf die Betreuungstätigkeit vorbereitet; v.a. die Ergebnisse zur erhöhten Ergebnisqualität (Kapitel 3.7.4 und 3.8.4) sprechen für die Wirksamkeit der Qualifikation der Mitarbeitenden in BD.

Eine angemessene Vorbereitung auf die Tätigkeit in BD hängt vermutlich stärker als in stationären Settings auch von der Einarbeitung der Mitarbeitenden ab, da die Qualifizierungsmaßnahme i.d.R. stationär erfolgt, die Betreuungskräfte der BD aber in einem ambulanten Setting eingesetzt werden. Deshalb wurde im Rahmen der aktuellen wissenschaftlichen Begleitforschung – neben der verbindlichen Absolvierung der Qualifizierungsmaßnahme – auch erfasst ob eine Einarbeitung der Mitarbeitenden erfolgt ist (bzw. notwendig war). Dabei zeigte sich, dass in BD (und nBa) seltener eine Einarbeitung erfolgte als in PD, eine Einarbeitung aber häufiger auch nicht erforderlich war (vgl. Kapitel 3.7.3).

---

<sup>36</sup> Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften und stationären Pflegeeinrichtung (Betreuungskräfte-RL) vom 19. August 2008 in der Fassung von 23. November 2016.

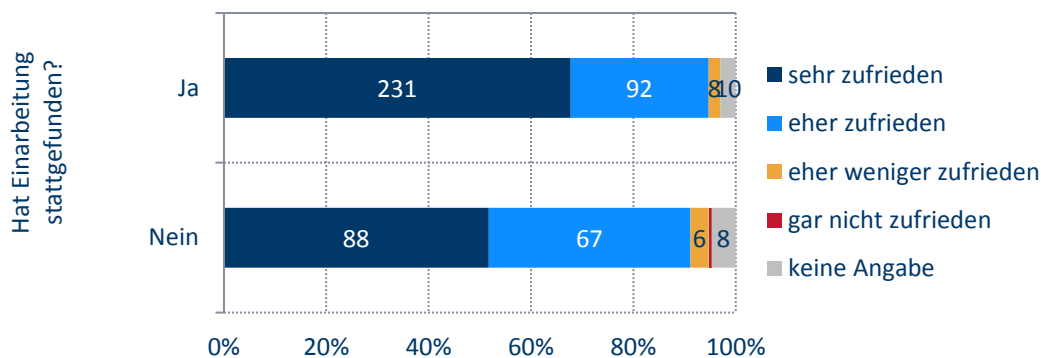
<sup>37</sup> Für eine jüngere Stellungnahme: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe eV. (DBfK) (2016). Position des DBfK zu Betreuungskräften nach § 87b SGB XI. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Betreuungskraefte-87b-SGB-XI-2016-05-30.pdf>

<sup>38</sup> Sara Geerdes, Antje Schwinger (2012): Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Band 9) – Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen.

---

Unabhängig von der Angabe, ob eine Einarbeitung erforderlich war oder nicht, findet sich dennoch ein statistisch signifikanter Zusammenhang der erfolgten Einarbeitung mit der Zufriedenheit der Mitarbeitenden bzgl. ihrer Tätigkeit bei der Einrichtung (Chi<sup>2</sup>-Test für Angaben zu t1 ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=3, N=493)}=12.9$ ,  $p<.01$ ; Zufriedenheit wurde nur zu t1 erfragt). Demnach sind Mitarbeitende, die durch die Einrichtung eingearbeitet wurden, tendenziell zufriedener mit ihrer Tätigkeit (siehe Abbildung 114). Die Zufriedenheit ist hingegen nicht davon abhängig, ob ein Einarbeitungskonzept vorliegt (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $p=.844$ ); ebenso wenig unterscheidet sich die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zwischen den Einrichtungstypen ( $p=.527$ ).

Abbildung 114: Zufriedenheit der Mitarbeitenden nach Einarbeitung



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t1

Anmerkung: Gemeinsame Darstellung der Angaben der Mitarbeitenden aus BD, nBa und PD zu t1. Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit Tätigkeit bei der Einrichtung gekreuzt mit Angaben zur Einarbeitung. Mitarbeitende, die nicht angeben, ob sie eingearbeitet wurden (N = 34) sind nicht dargestellt.

Betrachtet man allerdings den Effekt der Einarbeitung in Abhängigkeit der „beruflichen Basisqualifikation“ der Mitarbeitenden (vgl. Kapitel 3.4.2), zeigt sich, dass die höhere Zufriedenheit mit der Tätigkeit bei Einarbeitung v.a. auf Mitarbeitende mit einem „anderen Berufsabschluss“ zurückgeht; allein diese Gruppe zeigt eine statistisch signifikant erhöhte Zufriedenheit bei Einarbeitung als ohne Einarbeitung (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=2, N=130)}=11.5$ ,  $p<.01$ ; vgl. Abbildung 115).

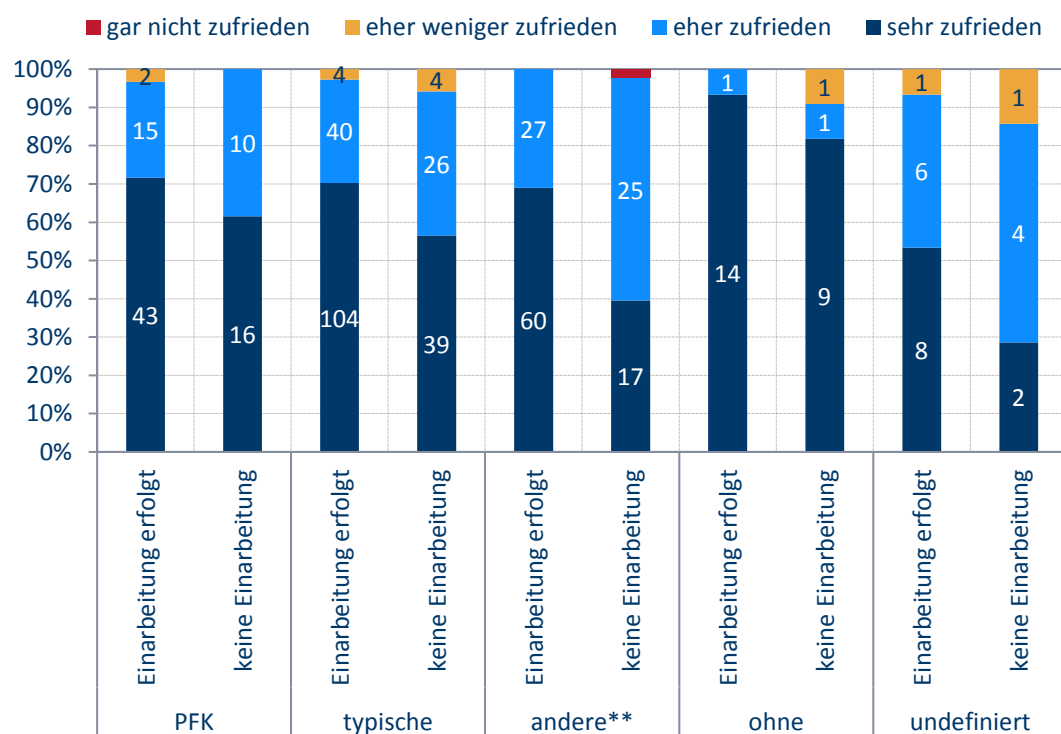
Für die anderen Gruppen finden sich zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede ( $p\geq.115$ ), allerdings finden sich ähnliche Muster für „typische Berufe im gesundheitlich-sozialen Bereich“, Personen ohne Berufsabschluss und Personen mit „undefiniertem Berufsabschluss“. Bei diesen Gruppen handelt es sich i.d.R. um Mitarbeitende, die erst mit der Absolvierung der Qualifizierungsmaßnahme nach § 87b SGB XI eine formale Qualifikation zur Betreuungskraft erlangen. Eine Einarbeitung von Personen, die ihre betreuende Qualifikation nicht im Rahmen

einer pflegerischen Ausbildung erworben haben, scheint so wichtig, um die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit ihrer Tätigkeit zu fördern.

Selbst wenn ein formales Einarbeitungskonzept weniger ausschlaggebend für die Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber ihrer Tätigkeit bei der Einrichtung scheint – die Entwicklung eines entsprechenden Konzepts so zunächst weniger dringlich ist – so besteht doch durchaus Entwicklungsbedarf bei Einrichtungen, die eine Einarbeitung ihrer Mitarbeitenden nicht standardmäßig vornehmen.

Zusammenfassend besteht Entwicklungsbedarf in Bezug auf BD v.a., soweit die QM-Maßnahmen, die einen Zusammenhang mit der erhöhten Wirksamkeit von BD gezeigt haben, noch nicht umgesetzt werden (Fallbesprechung; Supervision durch gerontopsychiatrische Fachkraft; Wirkungserfassung für Betreuungsplanung). Zudem fördert eine gezielte Einarbeitung die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit ihrer Tätigkeit und ist v.a. bei Personen, die ihre Qualifikation außerhalb eines typischen Berufsabschlusses erwerben, angezeigt; hier sollte eine Einarbeitung in jedem Fall erfolgen und sich nicht nach der Einschätzung der Mitarbeitenden richten, ob eine Einarbeitung notwendig sei.

Abbildung 115: Zufriedenheit, berufliche Basisqualifikation und Einarbeitung



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t1

Anmerkung: Gemeinsame Darstellung der Angaben der Mitarbeitenden aus BD, nBa und PD. Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit Tätigkeit bei der Einrichtung gekreuzt mit Angaben zur Einarbeitung getrennt nach beruflicher Basisqualifikation. Abkürzungen: „PFK“, Pflegefachkraft; „typische“, typische Berufe im gesundheitlich-sozialen Bereich entsprechend der Pflegestatistik; „andere“, andere Berufsabschlüsse außerhalb des typisch gesundheitlich-sozialen Bereichs; „ohne“, ohne Berufsabschluss; „undefiniert“, ohne definierten Berufsabschluss, umfasst Personen mit anderem Berufsabschluss ohne genauere Definition des Berufs und Personen, die gar keine Angaben zum Berufsabschluss machen; \*\* $p < .01$ . Personen mit fehlenden Angaben werden in Abbildung nicht berücksichtigt.

### 3.10.4 Bewertung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Das Zusammenspiel mit anderen Akteuren (Kapitel 3.3.4 und 3.5.3) sowie die Koordination und Kooperation bei der Gestaltung der Abläufe (Kapitel 3.5.5) wurden bereits detailliert in früheren Kapiteln analysiert. Zusammenfassend hat sich bislang folgendes Bild ergeben: BD unterhalten i.d.R. Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen inkl. Pflegediensten; dabei werden BD (generell Dienste mit Betreuungsleistungen als Kernleistung, d.h. auch nBa) offenbar häufiger in Kombination mit Pflegediensten genutzt als anders herum – wahrscheinlich da betreuungsbedürftige Kunden (in BD und nBa stärkere Ausprägungen betreuungsrelevanter Problemlagen) häufiger auch professioneller Pflege bedürfen als die primär pflegebedürftige Kunden aus PD (dort Betreuung häufig in Ergänzung zur Pflege erbracht) professioneller Betreuung bedürfen (in der Stichprobe ist Betreuungsbedürftigkeit wahrscheinlich häufiger mit Pflegebedürftigkeit assoziiert als anders herum). Allerdings ist in der Praxis die Koordinierung mit Pflegeeinrichtungen offenbar kaum relevant; sie wird durch Mitarbeitende nur selten vorgenommen und ist wohl auch tatsächlich nicht weiter erforderlich, da das Ausmaß der Abstimmungsprozesse i.d.R. den Erwartungen der Kunden/Angehörigen entspricht.

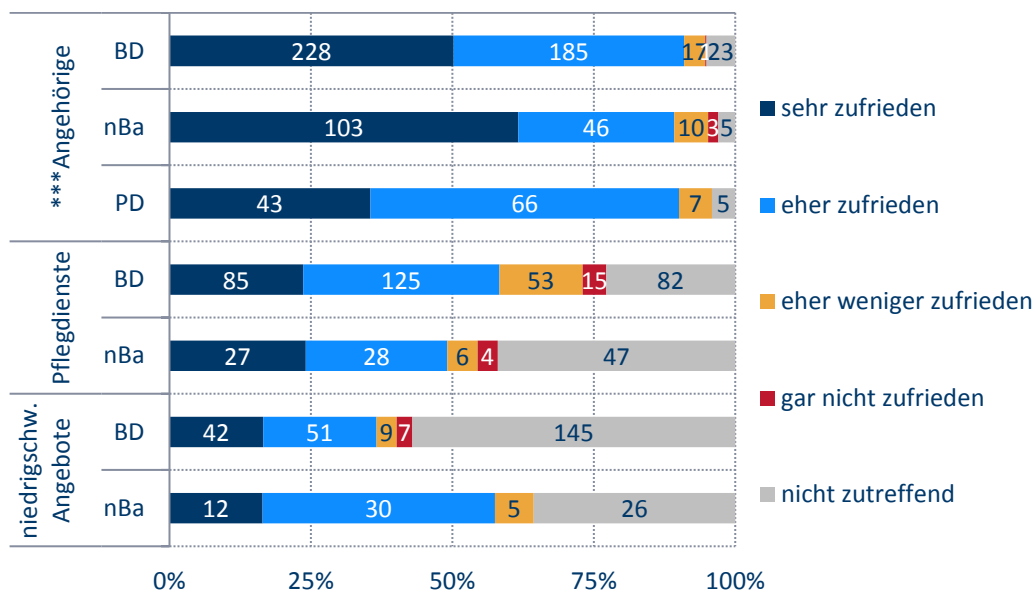
Hingegen zeichnet sich bzgl. der Angehörigen von Kunden mit Betreuungsleistungen ein höherer Abstimmungsbedarf ab: Kunden aus BD und nBa leben häufiger mit Angehörigen zusammen als Kunden aus PD (diese leben signifikant häufiger allein). Dabei nimmt die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen (nicht Pflegeleistungen) mit einer abnehmenden Anzahl von Personen im Kundenhaushalt zu; dieses Muster zeigt sich gleichsam für alle drei Einrichtungstypen – wahrscheinlich werden Betreuungs- eher als Pflegehandlungen durch Angehörige im selben Haushalt übernommen; je weniger Personen im Haushalt, desto schlechter können die Aufgaben verteilt und desto eher könnte es zur Überlastung betreuender Angehörigen kommen. Insgesamt verweisen diese Befunde auf den besonderen Stellenwert der Angehörigen bei Kunden mit Betreuungsleistungen. Die Abstimmung mit dieser Zielgruppe erfolgt aus Sicht der Kunden bzw. Angehörigen in zufriedenstellendem Ausmaße (vgl. Kapitel 3.5.5).

Im Folgenden wird über diesen Befund hinaus, auch die Zufriedenheit des Leistungserbringers (hier: der Mitarbeitenden) bzgl. der Zusammenarbeit mit anderen an der Pflege und Betreuung beteiligten Akteuren untersucht. In den Mitarbeiterbefragungen wurden die Teilnehmer gebeten ihre Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit weiteren beteiligten Akteuren anzugeben. Dabei wird hier auf die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wichtigsten Akteure – neben den BD – fokussiert: Pflegedienste, niedrigschwellige Betreuungsangebote und Angehörige.

Abbildung 116 zeigt das Ergebnis der Befragung. Es finden sich signifikante Unterschiede bei der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit der Angehörigen (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben oder der Angabe „nicht zutreffend“:  $\chi^2_{(df=6, N=709)} = 30.2, p < .001$ ) durch Mitarbeitende der drei Einrichtungstypen. Mitarbeitende in BD und nBa geben im Durchschnitt an, zufriedener mit der Zusammenarbeit mit den Angehörigen zu sein als Mitarbeitende aus PD. Tendenziell zeigt sich diese vermehrte Zufriedenheit auch in nBa gegenüber BD. Damit nimmt die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Angehörigen von PD über BD nach nBa zu. Vermutlich nutzen die Mitarbeitenden bei der Bewertung der Angehörigen unterschiedliche Maßstäbe. Die Reihenfolge zunehmender Zufriedenheit verläuft dabei analog der beruflich-fachlichen Expertise (vermehrt Pflegefachkräfte in PD, vermehrt typische Berufe aus dem gesundheitlich-sozialen Bereich bzw. andere Berufsgruppen mit Weiterbildung nach § 87b SGB XI in BD, vermehrt undefinierte Berufsgruppen in nBa ohne Weiterbildung nach § 87b SGB XI); man könnte so vermuten, dass die Bewertung mit der fachlichen Expertise kritischer ausfällt.

Hingegen fällt die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit der Zusammenarbeit mit den professionellen Akteuren in BD und den Vergleichseinrichtungen ähnlich aus ( $p \geq .083$ ).

Abbildung 116: Zufriedenheit mit Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bis t2  
 Anmerkung: Gemeinsame Darstellung der Angaben aus Mitarbeiterbefragungen in BD zu t0 bis t2 und PD bzw. nBa zu t1 und t2. Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit Zusammenarbeit mit weiteren an der Pflege/Betreuung des Kunden beteiligten Akteuren (Angehörige, Pflegedienste, niedrigschwellige Betreuungsangebote); getrennte Darstellung der Angaben der Mitarbeitenden aus BD, nBa und PD; \*\* $p < .01$  verweist auf Unterschied zwischen Einrichtungstypen in der Bewertung. Fälle mit fehlenden Angaben zur Zufriedenheit werden nicht dargestellt.

Betrachtet man das Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure in den Angaben der Leitungen und in der Kundenbefragung, so unterhalten BD verstärkt Kooperationen mit Pflegediensten, die sich auch auf Ebene der Kundenangaben in Form einer häufigeren Kombination dieser beiden Anbietertypen zeigen (vgl. Kapitel 3.3.4 und 3.5.3). Bei niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sieht das etwas anders aus: Obwohl fast die Hälfte aller BD angibt mit niedrigschwelligen Angeboten zu kooperieren, wird in der Kundenbefragung relativ selten angegeben, dass neben BD gleichzeitig ein niedrigschwelliges Angebot genutzt wird (nur 8% der Kunden nutzen auch ein niedrigschwelliges Angebot).

Kooperationen zwischen BD und Pflegediensten scheinen so in der Praxis häufig mit einer gleichzeitigen Inanspruchnahme einherzugehen, während dies bei Kooperationen mit niedrigschwelligen Angeboten seltener der Fall zu sein scheint. Unter Zugrundelegung der unterschiedlichen Zusammensetzung der Populationen in den Einrichtungen und der daraus abgeleiteten Hypothese, dass BD und nBa zu unterschiedlichen Lebensabschnitten (oder Krankheitsstadien) der Kunden unterschiedlich relevant sind, ist anzunehmen, dass Kooperationen von niedrigschwelligen Angeboten mit BD weniger in der gleichzeitigen Leistungserbringung (Kombination) als wahrscheinlich in einem Wechsel von

einem niedrigeren in ein höheres Betreuungssetting bestehen. Für die Grundpflege durch PD kann hingegen kein Zusammenhang mit der Anzahl der Personen im Haushalt des Kunden beobachtet werden, so dass Pflegedienste sowohl parallel zu dem niedrigeren (nBa) als auch dem höheren Betreuungssetting (BD) genutzt werden (vgl. Kapitel 3.5.3).

Zusammenfassend scheint in der Stichprobe Betreuungsbedürftigkeit häufiger mit Pflegebedürftigkeit einherzugehen als anders herum; Kooperationen mit Pflegediensten sind daher für primär betreuerische Einrichtungen (BD, nBa) eher erforderlich als anders herum. Betreuungskunden (Kunden aus BD, nBa) leben häufiger mit (betreuenden) Angehörigen zusammen als Kunden der Pflegedienste, wodurch für BD und nBa der Abstimmungsbedarf mit Angehörigen steigt – i.d.R. scheinen aber sowohl Kunden/Angehörige als auch Mitarbeitende mit der gegenseitigen Abstimmung zufrieden. Bei Kunden aus nBa wird offenbar ein großer Anteil der erforderlichen Betreuung noch durch Angehörige aufgefangen, während sich bei BD eine häufigere Inanspruchnahme professioneller Betreuungsleistungen abzeichnet. Zwar leben auch Kunden aus BD häufig mit einem (Ehe-) Partner zusammen, allerdings ist aufgrund des erhöhten Alters der Kunden zu vermuten, dass die Angehörigen aufgrund eigener altersbedingter Einschränkungen die Betreuung immer weniger selbst sicherstellen können.

### **3.10.5 Bewertung der Auswirkung auf strukturelle Rahmenbedingungen**

Im Folgenden werden die bisher gesammelten Befunde, teilweise unter Ergänzung zusätzlicher Analysen, verdichtet, um einzuschätzen inwiefern es zu Wechselwirkungen der BD mit bestehenden Versorgungsstrukturen kommt. Im Rahmen des öko-systemischen Modellansatzes entspricht dies einer Analyse von Wechselwirkungen des Mesosystems (BD) mit dem Exo- bzw. Makrosystem.

#### **Wirkung von Wettbewerb bzw. verstärkter Konkurrenzsituation**

Aufgrund der insgesamt geringen Anzahl von BD im Modellprogramm, ist es nur eingeschränkt möglich die Wirkung von Wettbewerb bzw. verstärkter Konkurrenz zwischen Einrichtungen dieses neuen Anbietertyps zu untersuchen. Ursprünglich gab es insgesamt zehn Landkreise mit mehr als einem BD (Berlin: N = 3; Bochum: N = 2; Bonn: N = 3; Coesfeld: N = 2; Dortmund: N = 2; Elbe-Elster: N = 2; Köln: N = 2; Mainz-Bingen: N = 2; Ravensburg: N = 2; Solingen: N = 2). Nach Beendigung von t2 hat sich die Anzahl in nur einem dieser Landkreise reduziert (von N = 3 auf 1). In den übrigen Landkreisen mit mehr als einem BD sind auch nach t2 noch sämtliche Einrichtungen aus t0 im Modellprogramm verblieben. Dies könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass es zumindest zwischen BD i.d.R. keinen Konkurrenzdruck zu geben scheint, der zum Ausscheiden der Einrichtungen aus dem Modellprogramm geführt hat. Dieser fehlende Konkurrenzdruck könnte aber auch schlicht mit der geringen Anzahl von BD in den Landkreisen zusammenhängen.

Darüber hinaus konnten fünf von neun ausgeschiedenen Leitungskräften ausgeschiedener BD für Exit-Befragungen gewonnen werden. Hier wurde gefragt,

inwiefern eine zu geringe Nachfrage zum Austritt aus dem Modellprogramm beigetragen hat. Dass die Nachfrage nach Leistungen der BD zu gering war, wird allerdings nur von einer Leitungskraft angegeben (N = 1 stimmt dieser Aussage zu, N = 3 stimmen ihr nicht zu, N = 1 ohne Angabe hierzu). Wie bereits erwähnt, erklären fast alle der befragten Leitungskräfte (N = 4 von 5), dass v.a. die Vergütung ausschlaggebend war, die Teilnahme am Modellprogramm zu beenden (N = 4 stimmen dieser Aussage zu; N = 1 ohne Angabe hierzu). Die Vergütungssätze nach Verhandlung mit den Landesverbänden der Pflegekassen seien für diese BD zu gering ausgefallen, so dass der Dienst nicht wirtschaftlich hätte arbeiten können; auch hätten die Mitarbeitenden nicht angemessen bezahlt werden können (N = 3 stimmen dieser Aussage zu; N = 1 verneinen sie; N = 1 ohne Angabe hierzu). Tatsächlich zeigen ausgeschiedene BD (N = 4) durchschnittlich geringere Vergütungssätze als weiterhin im Modellprogramm verbliebene BD (N = 39; vgl. Kapitel 3.8.2, Tabelle 67).

Dabei weisen die ausgeschiedenen BD eine durchschnittliche Vergütung von ca. 18 EUR pro Stunde für Betreuung als Sachleistung auf (siehe Tabelle 67). Zu t2 befinden sich noch N = 5 BD mit einer ebensolchen oder geringeren Vergütung ( $\leq 18$  EUR) weiterhin im Modellprogramm; man könnte so unterstellen, dass BD – entgegen der Angaben ausgeschiedener Dienste – mit den Vergütungssätzen durchaus wirtschaftlich bestehen können. Allerdings wird von sämtlichen Leitungskräften der verbliebenen BD mit einer Vergütung  $\leq 18$  EUR angegeben, dass der Dienst die Qualitätsvorgaben mit den aktuellen Vergütungssätzen nur schwer umsetzen kann (vgl. Kapitel 3.8.2, Abbildung 99). Zusammengenommen deuten die Ausführungen der Leitungskräfte daraufhin, dass das wirtschaftliche Bestehen der BD weniger durch die Konkurrenz mit anderen Anbietern oder eine zu geringe Nachfrage herausgefordert wird als durch die derzeit zu geringe Vergütung der Leistungen.

Nach Sichtung der bisherigen Ergebnisse gibt es tatsächlich wenig Anlass von einer direkten Konkurrenz der BD mit bereits etablierten Anbietern von Betreuungsleistungen (Pflegedienste, niedrigschwellige Betreuungsangebote) auszugehen. Wie in den vorangegangenen Kapiteln wiederholt dargelegt wurde, heben sich BD von den etablierten Anbietern in vielerlei Hinsicht ab (Zusammensetzung der Kunden, Art der umgesetzten QM-Maßnahmen und Betreuungsinhalte, Qualifikationsprofile des Personals). Zumindest die mit BD kooperierenden Einrichtungen haben offenbar erkannt, dass der neue Anbietertyp sich durch ein spezifisches Leistungsportfolio mit einem besonderen Fokus auf betreuungsrelevante Problemlagen auszeichnet und so die bestehende Versorgungslandschaft eher ergänzt als mit ihr in unmittelbare Konkurrenz zu treten. Ein Drittel der Leitungskräfte der BD berichtet, dass bestehende Anbieter (v.a. Pflegedienste) sie als Konkurrenz wahrnehmen und dies sich mit PSG II noch verstärken wird (vgl. Abbildung 19 und Kapitel 3.8.3). Diese Angabe muss jedoch an dem Befund relativiert werden, dass dennoch die meisten BD Kooperationen mit Pflegediensten unterhalten. Die Wahrnehmung einiger BD als Konkurrenz entsteht so wahrscheinlich weniger aufgrund eines ähnlichen Leistungsportfolios



von BD und Pflegediensten als vielmehr eines allgemeineren Wettkampfs um begrenzte Sachleistungsansprüche der Versicherten.

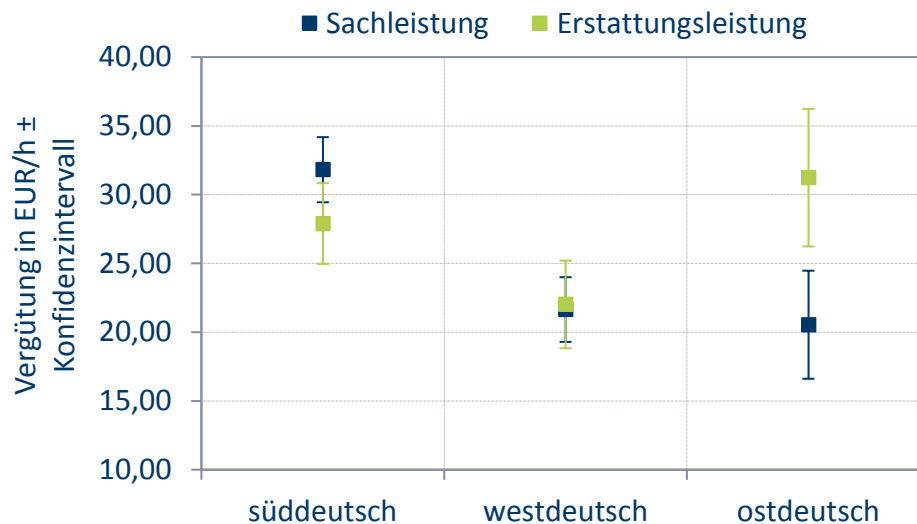
Betrachtet man die Zunahme der Kundenzahl in BD von t0 nach t1 (vgl. Kapitel 3.5.1) in Abhängigkeit der Anzahl recherchierter Vergleichseinrichtungen im Landkreis der BD (vgl. Kapitel 3.3.1, Abbildung 14), zeigt sich hier *kein* Zusammenhang (lineare Regression mit Anzahl der Vergleichseinrichtungen als unabhängige Variable und Zunahme der Kunden als abhängige Variable:  $R^2=.036$ ,  $p=.805$ ; nicht bei sämtlichen BD wurde eine Recherche im Landkreis vorgenommen, daher bezieht die Analyse nur N = 15 BD mit ein). Auch auf Grundlage dieser Daten, gibt es so keinen Hinweis darauf, dass der Erfolg der BD (i.S. eines Kundenzuwachses) von der Menge anderer, bereits etablierter Anbieter (höhere Versorgungsdichte) im Landkreis abhängt. Dies entspricht weiterhin der Annahme, dass es vonseiten der bestehenden Betreuungsangebote durch Pflegedienste und niedrigschwellige Angebote offenbar keinen direkten Konkurrenzdruck für BD zu geben scheint, wahrscheinlich da sie eine andere Marktnische besetzen.

Hingegen lässt sich die Höhe der Vergütung (EUR pro Stunde) von Betreuung als Sachleistung (§ 124 bzw. § 36 SGB XI) – nicht aber als Erstattungsleistung (§ 45a-b SGB XI) – bei BD aus der Anzahl recherchierter niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Landkreis vorhersagen: In einer Regressionsanalyse mit der Anzahl recherchierter Pflegedienste und niedrigschwelliger Angebote im Landkreis als gemeinsame Prädiktoren und der Höhe der Vergütung von Betreuung als Sachleistung als abhängige Variable (AV; Vergütung zu t1 und t2 wird gemeinsam als AV betrachtet; insgesamt N = 26 Angaben), erklärt das Modell insgesamt 34% der Varianz der AV ( $R^2=.342$ ,  $F_{(2,23)}=5.9$ ,  $p<.01$ ). Dabei geht eine höhere Anzahl niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Landkreis mit einer höheren Vergütung der Leistungen einher (Sachleistungen:  $\beta=.397$ ,  $t_{(1)}=3.4$ ,  $p<.01$ ). Das Regressionsgewicht für die Anzahl recherchierter Pflegedienste fällt hingegen nicht signifikant aus ( $p=.692$ ). Für Betreuung als Erstattungsleistung zeigen sich demgegenüber überhaupt keine Zusammenhänge ( $R^2=.144$ ,  $p=.180$ ).

Der Zusammenhang der Versorgungsdichte mit der Vergütung von Sachleistungen könnte durch den Faktor Bundesland vermittelt sein (sowohl Vergütung als auch die Versorgung mit niedrigschwelligen Angeboten unterscheiden sich nach Bundesland). Um diesen möglichen Zusammenhang zu prüfen wird in einer ANOVA der Effekt des Bundeslandes (aufgrund der geringen Fallzahl zusammengefasst zu „süddeutschen“, „westdeutschen“ und „ostdeutschen“ Bundesländern – entspricht: Baden-Württemberg; Nordrhein-Westfalen + Niedersachsen; Sachsen + Sachsen-Anhalt) sowie der Anzahl der recherchierten niedrigschwelligen Angebote und Pflegedienste im Landkreis als unabhängige Variablen auf die Vergütung von Leistungen als abhängige Variable analysiert (jeweils eine ANOVA für Sach- bzw. Erstattungsleistungen; Angaben der Leitungen zu t1 und t2 werden als gemeinsame AV zusammengefasst). Das Ergebnis der Analysen zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Bundesländern (Gruppen) bzgl. der Vergütung von Betreuung sowohl als Sachleistung ( $F_{(2,21)}=22.0$ ,

$p < .001$ ) als auch als Erstattungsleistung ( $F_{(2,20)} = 6.8$ ,  $p < .01$ ). Die unterschiedlichen Mittelwerte der Vergütung sind in Abbildung 117 dargestellt.

Abbildung 117: Vergütung nach Leistungsart pro Gruppe von Bundesländern



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen der BD zu t1 und t2  
 Anmerkung: Gemeinsame Darstellung der Vergütung zu t1 und t2. Abbildung zeigt Mittelwert der Vergütung von Betreuung als Sach- bzw. Erstattungsleistung (§§ 124/36 und 45a-b SGB XI) ± Konfidenzintervall für Gruppen von Bundesländern; „süddeutsch“ umfasst N = 11 Angaben zu Sach- bzw. Erstattungsleistung von BD aus Baden-Württemberg, „westdeutsch“ umfasst N = 10 bzw. 8 Angaben zu Sach- bzw. Erstattungsleistung aus Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, „ostdeutsch“ umfasst N = 5 bzw. 6 Angaben zu Sach- bzw. Erstattungsleistung aus Sachsen.

Demnach findet sich eine signifikant höhere Vergütung von Sachleistungen in „süddeutschen“ gegenüber „west-“ oder „ostdeutschen“ Bundesländern und eine höhere Vergütung von Erstattungsleistungen in „süd-“ und „ostdeutschen“ gegenüber „westdeutschen“ Bundesländern. Gleichzeitig verschwindet der ursprünglich beobachtete Effekt der Anzahl recherchierter niedrigschwelliger Angebote im Landkreis auf die Vergütung von Sachleistungen ( $p = .107$ ) bei Kontrolle des Bundeslandes. Der Befund einer höheren Vergütung von Sachleistungen bei einer höheren Versorgungsdichte mit niedrigschwelligen Angeboten ist so offenbar durch das Bundesland vermittelt: „Süddeutsche“ Bundesländer (Baden-Württemberg) zeigen sowohl die im Mittel höchste Anzahl recherchierter niedrigschwelliger Angebote (siehe Tabelle 74) als auch die höchsten Vergütungsvereinbarungen für Betreuung als Sachleistung (Abbildung 117). Damit erscheint die Preisgestaltung der Betreuung als Sachleistung (nach § 124 bzw. § 36 SGB XI) stärker abhängig von landesspezifischen Obergrenzen als von der „Versorgungsdichte“ mit niedrigschwelligen Angeboten.

Tabelle 74: Mittlere Anzahl recherchierter Vergleichseinrichtungen

		M	SD	Max	Min	MDN	N
„süddeutsch“	nBa Recherche	18.2	13.2	0	32	21	11
	PD Recherche	21.9	9.4	5	35	25	11
„westdeutsch“	nBa Recherche	9.8	1.5	8	12	9	10
	PD Recherche	19.6	9.2	6	29	18	10
„ostdeutsch“	nBa Recherche	2.9	3.1	0	7	3	8
	PD Recherche	64.4	42.3	19	123	57	8

Quelle: IGES; Adressrecherche im Rahmen der Regionalstudien

Anmerkung: Abkürzungen: nBa, recherchierte niedrigschwellige Betreuungsangebote; PD, recherchierte ambulante Pflegedienste; M, arithmetisches Mittel; SD, Standardabweichung (standard deviation); Max, Maximum; Min, Minimum; MDN, Median; N, Anzahl berücksichtigter Fälle der BD. Für die Mittelwertberechnung wurden nur BD berücksichtigt, die ebenfalls in die ANOVAs zum gleichzeitigen Effekt von „Bundesland“ und „Anzahl recherchierter Vergleichseinrichtungen im Landkreis“ berücksichtigt wurden (siehe Details im Text). Zu t1 liegen für N = 15 BD, zu t2 für N = 14 BD Informationen zu nBa und PD im Landkreis vor; aufgrund gleichzeitiger Berücksichtigung von t1 und t2 liefern die meisten BD für die Analyse zwei Fälle; BD, die nur zu t1 oder t2 teilnehmen, liefern nur einen Fall.

Interessanterweise zeigt sich bei gleichzeitiger Berücksichtigung der unabhängigen Variable „Bundesland“ nun erstmals ein signifikanter Effekt der Versorgungsdichte mit ambulanten Pflegediensten (Anzahl recherchierter Einrichtungen) im Landkreis auf die Vergütung von Erstattungsleistungen der BD ( $F_{(2,20)}=6.8$ ,  $p<.01$ ). Allerdings ergibt sich hier ein negativer Zusammenhang zwischen zunehmender Versorgungsdichte und dem Preis für Erstattungsleistungen ( $\beta = -.092$ ,  $t_{(1)}=-2.4$ ,  $p<.05$ ), d.h. je mehr Pflegedienste im Landkreis der BD ansässig sind (recherchiert werden konnten), desto geringer fällt die Vergütung von Erstattungsleistungen der BD aus. Dass der Effekt ohne Kontrolle der Variable „Bundesland“ überhaupt nicht in Erscheinung tritt ( $F_{(1,22)}=.462$ ,  $p=.504$ ), könnte damit zusammenhängen, dass in manchen Bundesländern, wie z.B. Nordrhein-Westfalen, Preisobergrenzen für Betreuung als Erstattungsleistung von den Pflegekassen festgelegt sind. Ohne Kontrolle des Faktors „Bundesland“ konnte der preissenkende Effekt der Versorgungsdichte auf die Preisbildung der Erstattungsleistungen sehr wahrscheinlich nicht beobachtet werden, da er durch Effekte landesspezifischer Vorgaben statistisch überlagert wurde.

Zusammenfassend zeigen die Daten, dass das Leistungsangebot der BD durch seinen spezifischen Schwerpunkt nicht in direkter Konkurrenz zu bestehenden Angeboten ambulanter Pflegedienste und niedrigschwelliger Angebote zu stehen scheint. Auch das Wachstum der BD (Kundenanzahl) erfolgt unabhängig von der Versorgungsdichte.

### **Förderliche und hinderliche Strukturelemente**

BD sind mit der stärksten Reduktion der empfundenen Belastung und Steigerung der Lebensqualität auf Kunden- bzw. Angehörigenseite assoziiert (vgl. Kapitel 3.7.4). In den Regressionsanalysen erklärt sich dieser Unterschied durch bestimmte strukturelle Besonderheiten und umgesetzte QM-Maßnahmen, die sich systematisch zwischen den verschiedenen Anbietertypen unterscheiden (vgl. Tabelle 59). Hierbei handelt es sich vorrangig um Einflussgrößen, die sich mehr auf Prozesse im eigentlichen Betreuungsgeschehen beziehen; so zeigen sich positive Zusammenhänge der regelmäßigen Durchführung von Fallbesprechungen, der kontinuierlichen Wirkungserfassung von Betreuung, der Supervision des Betreuungspersonals durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft. Wie auch gezeigt werden konnte, ist für die Ergebnisqualität ebenfalls die Umsetzung bestimmter Betreuungsinhalte entscheidend. Dabei ist die vermehrte Umsetzung zweckhafter Betreuungsinhalte zur Alltagsbewältigung mit erhöhter Ergebnisqualität assoziiert. Diese Aspekte können so als förderliche Prozesselemente gewertet werden.

Wahrscheinlich kommt auch der gezielten und spezifischen Qualifizierung des Betreuungspersonals, das die Betreuung mit dem Kunden unmittelbar umsetzt, eine wichtige Rolle zu. Der unterstellte Effekt der fachlichen Qualifikation des Betreuungspersonals der BD konnte in den bisherigen Regressionsanalysen zur Ergebnisqualität nicht gezielt untersucht werden, da seine Erfassung im Rahmen der Kundenbefragung nicht darstellbar ist. Es kann aber angenommen werden, dass er v.a. durch die Umsetzung besonders wirksamer Betreuungsinhalte reflektiert wird (vgl. Kapitel 3.8.4).

Als hinderlich für BD wurden von den Nicht-Teilnehmern (Einrichtungen, die von ihrer Teilnahme noch vor Beginn des Modellprogramm wieder zurückgetreten sind) die gesetzlichen Veränderungen seit PSG I identifiziert. Durch die erweiterten Möglichkeiten der Betreuung durch niedrigschwellige Angebote erschien die Gründung eines BD für einige ursprünglich teilnahmegeeignete Einrichtungen nicht mehr lukrativ. Der Aufwand für die höheren Qualitätsanforderungen an BD war jedoch für einige der Aussteiger offenbar von Anfang an zu hoch, da sich seit PSG I ihr Betreuungskonzept auch im Rahmen von geringer qualifizierten niedrigschwelligen Angeboten umsetzen ließ (vgl. 3.8.2, Abbildung 98); diese Einrichtungen versprachen sich durch die Gründung eines BD wahrscheinlich v.a. vermehrte Finanzierungsmöglichkeiten der Betreuungsleistungen durch Zugriff auf den Sachleistungsanspruch der Versicherten (vgl. Kapitel 3.8.2, Abbildung 97), wofür man die Qualitätsanforderungen in Kauf nahm. Diese Bewertung änderte sich offenbar durch PSG I und ein hoher Anteil der ursprünglich teilnahmegeeigneten Einrichtungen zog sein Interesse am Modellvorhaben in zeitlicher Nähe zur geänderten Gesetzeslage wieder zurück.

Andererseits führte PSG I offenbar auch zu einer Selektion der anfänglichen „BD-Stichprobe“ (teilnahmegeeignete Einrichtungen), die v.a. Einrichtungen begünstigte, die höhere Qualitätsvorgaben weiterhin für wichtig erachteten. Es

sollten schließlich besonders solche Einrichtungen am Modellprogramm teilnehmen, denen die Gründung eines BD mit höheren Qualifikationsanforderungen trotz PSG I immer noch sinnvoll erschien (vgl. Kapitel 3.3.3, Abbildung 19; Kapitel 3.8.3, Abbildung 101). Diese Selektion könnte – neben den bereits identifizierten konkreten Einflussgrößen – auch zu einem allgemeineren Effekt beitragen, der die besonders stark ausgeprägte Besserung betreuungsrelevanter Problemlagen durch BD damit erklärt, dass besonders engagierte Einrichtungen im Modellprogramm verblieben sind.

Von einigen der teilnehmenden BD wurde die Leistungsvergütung als zu gering bewertet (Kapitel 3.8.2). Seit Beginn des Modellprogramms sind neun BD ausgeschieden (vgl. Kapitel 3.1, Tabelle 13); mit fünf Einrichtungsleitungen wurden in diesem Zusammenhang Exit-Befragungen geführt, in denen so gut wie alle Leitungskräfte bestätigten (nur eine Leitungskraft mit fehlenden Angaben hierzu), dass unter den gegebenen Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen keine Grundlage geboten wird, mit dem BD auf Dauer wirtschaftlich zu bestehen. Zumindest für manche Einrichtungen scheint in der Vergütung so ein hinderliches Strukturelement gelegen haben.

Zudem beschreibt ein erheblicher Anteil der Leitungskräfte der BD (N = 19 von 42 Interviewpartnern), dass den Sachbearbeitern die Abrechnungsmöglichkeiten der BD im Rahmen des Sachleistungsanspruchs nicht immer ausreichend bekannt seien, wodurch sich die Abrechnung mit den Pflegekassen verzögert habe.

Eine Konkurrenz um dieselben Sachleistungsansprüche mit gleichzeitig versorgenden Pflegediensten und eine geringe Transparenz zum verbliebenen Budget wird von vielen Leitungskräften ebenfalls im Zusammenhang von Abrechnungsproblemen angeführt (N = 16 von 42 interviewten Leitungskräften). Dieses Problem könnte mit PSG II für BD aber an Relevanz verlieren, da eine Sicherstellung der Grundpflege (und hauswirtschaftlichen Versorgung) vor Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen nicht länger gilt. Dadurch sind BD und PD bei der Abrechnung streng genommen gleichwertig zu behandeln.

### **Auswirkungen auf die Strukturen der Leistungserbringung**

Die Gründung eines neuen Typs von Leistungserbringer im Bereich der Betreuung bietet Potenziale einer stärkeren Professionalisierung dieses Bereichs. Gegenüber Pflegediensten werden sich BD auch unter der aktuellen Gesetzgebung weiterhin durch eine verstärkte Konzentration auf den Bereich „Betreuung“ auszeichnen können. Gegenüber „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ bzw. niedrighschwelligem Betreuungsangeboten werden sie sich hingegen sehr wahrscheinlich weiterhin durch ein höheres Professionalisierungsniveau auszeichnen. Diese Angebote werden auch nach PSG II zu wesentlichen Anteilen durch ehrenamtliche Strukturen getragen (vgl. §§ 45a und 45c SGB XI), wodurch keine ähnlich hohen Qualitätsanforderungen wie bei BD zu erwarten sind.

Durch Förderung ehrenamtlicher Strukturen und des zivilgesellschaftlichen Engagements kann sicherlich ein gewisser Anteil des Betreuungsbedarfs

---

aufgefangen werden – so wie es auch die Befunde zu nBa im Rahmen der gegenwärtigen wissenschaftlichen Begleitforschung nahelegen. Allerdings verweisen die aktuellen Befunde v.a. zur Ergebnisqualität (Belastungsempfinden und Lebensqualität) im Rahmen betreuungsrelevanter Problemlagen auf die Stärken professioneller Betreuung (BD) gegenüber ehrenamtlicher Strukturen. Ähnlich wie „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ (niedrigschwellige Angebote) nicht-professionelle Pflegepersonen (pflegende Angehörige) nur unterstützen, ohne Pflegedienste zu ersetzen, könnte man auch formulieren, dass sie nicht-professionelle Betreuungspersonen (betreuende Angehörige) unterstützen, ohne professionelle Betreuungsdienste zu ersetzen.

Gesteht man nun jedem der drei Anbietertypen (BD, Pflegedienste, niedrigschwellige Angebote) seinen Platz in der ambulanten Versorgungslandschaft zu, so sollte darüber nachgedacht werden, wie die Abstimmung über die sinnvollste Aufteilung der zur Verfügung stehenden Mittel zwischen den unterschiedlichen Anbietertypen unterstützt werden kann. Seit PSG II hat der Abstimmungsbedarf v.a. zwischen BD und Pflegediensten noch weiter zugenommen, da nicht mehr zuerst die Grundpflege gesichert sein muss bevor Betreuungsleistungen bezogen werden. Nur die Umwandlung des Sachleistungsanspruchs (aktuell § 45a SGB XI) erfolgt weiter unter der Maßgabe der Vorrangigkeit von „Pflegesachleistungen“, womit leistungsrechtlich den Anbietertypen PD und BD bei der Nutzung des Budgets ein Vortritt gewährt wird.

Dieser Vorrang hat aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung durchaus seine Berechtigung, da einer höheren fachlichen Expertise der Vorrang gewährt wird (BD und Pflegedienste vor niedrigschwelligem Angeboten); dadurch würde im Idealfall eine Art fachliche „Kontrollinstanz“ begünstigt, die über einen bedarfsgerechten Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel entscheidet. Dabei ist aus den bisherigen Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung kein Hinweis erkennbar, warum Pflegedienste gegenüber BD als Kontrollinstanz bevorzugt werden sollten – in Einklang mit der gegenwärtigen Gesetzgebung, die ebenfalls keine solche Priorisierung mehr vorsieht.

### **Auswirkungen auf die Selbsthilfe**

„Selbsthilfe“ wurde in den Erhebungen der wissenschaftlichen Begleitforschung weniger direkt in Bezug auf den strukturellen Rahmen i.S. von selbstorganisierten Zusammenschlüssen der Kunden bzw. Angehörigen erhoben, als eher indirekt durch die Erfassung der Förderung von Selbstständigkeitsressourcen der Betroffenen. Mit Ablösung des alten verrichtungsbezogenen Konzepts der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufen) durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird Pflegebedürftigkeit als Einschränkung der Selbstständigkeit verstanden, die durch pflegerische Maßnahmen beseitigt oder gemindert werden soll. Konzeptuell wird in der Begleitforschung davon ausgegangen, dass die Förderung von Selbstständigkeitsressourcen Betroffene ebenfalls dabei unterstützt, sich selbst zu helfen.

---

Mit dem entwickelten Kategoriensystem der Betreuungsinhalte (vgl. Kapitel 3.6.1) können bereits Inhalte, die einer zweckhaften Unterstützung im Alltag dienen, von eher nicht-zweckhaften Inhalten unterschieden werden, die eher freizeitleich-beschäftigenden, gemeinschaftlichen oder beaufsichtigenden Charakters sind. Förderlich für die selbstständige Lebensführung sollten v.a. Inhalte der ersten Gruppe sein; damit würde man bei Betreuungsinhalten der Art „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F1) und „Wohnumfeld“ (F6) eine besonders ausgeprägte Förderung der Selbstständigkeitspotenziale vermuten.

Die Frage nach der allgemeinen Unterstützung von Selbstständigkeitspotenzialen wurde in der Kundenbefragung im Rahmen der Items eingebettet, die in Anlehnung an die Pflege-Transparenzvereinbarungen entwickelt worden sind (vgl. Kapitel 3.9.1; Item „Ich werde von den Mitarbeitenden unterstützt oder motiviert, meine alltäglichen Verrichtungen möglichst selbstständig durchzuführen.“). Eine Betrachtung des Antwortverhaltens auf diesem Item in Abhängigkeit der verschiedenen Arten von Betreuungsinhalten, die mit den Kunden umgesetzt worden sind, bietet eine Möglichkeit die Hypothese zu überprüfen, ob Inhalte der zweckhaften Alltagsbegleitung tatsächlich besser geeignet sind als andere um zu einer Förderung der Selbstständigkeit beitragen. Tatsächlich ergibt eine Regressionsanalyse mit dem Rating des Items als abhängige Variable und dem Anteil umgesetzter Betreuungsinhalte pro Faktor (vgl. Kapitel 3.6.2) als gleichzeitige Prädiktoren, dass nur Inhalte des Typs „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ mit einem signifikant höheren Rating der allgemeinen Unterstützung der Selbstständigkeit einhergehen (siehe Tabelle 75).

Allerdings fällt das Regressionsgewicht mit nur ca. 0.5 relativ gering aus, d.h. bei einer vollständigen Umsetzung aller Betreuungsinhalte des Faktors (Wert = 1) erhöht sich das Rating im Mittel nicht mal um eine vollständige Kategorie. Dieser geringe Einfluss könnte jedoch auf den generellen Deckeneffekt des Items zurückgehen (74% antworten mit „immer/oft“, ohne Berücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben sind es sogar 87%). Solche Deckeneffekte sind auch für die übrigen Items zur Zufriedenheit beobachtbar (vgl. Abbildung 105). Dass bei einer derart geringen Differenzierung des Items immer noch ein statistisch signifikanter Effekt festzustellen ist, lässt vermuten, dass der wahre Effekt noch größer ausfallen könnte.

Tabelle 75: Regressionsanalyse zur Unterstützung der Selbstständigkeit

<b>„Ich werde von den Mitarbeitenden der Einrichtung unterstützt oder motiviert, meine alltäglichen Verrichtungen möglichst selbstständig durchzuführen“ (N = 689)</b>			
	<b>β</b>	<b>SE</b>	<b>Sig.</b>
Konstante	3.065	.067	.000
F1 🏠 Häusliche Beschäftigung	.170	.148	.250
F2 ❤️ Zwischenmenschliche Nähe	.186	.137	.176
F3 🕒 Tagesstruktur und Alltagsbewältigung	.492	.143	.001
F4 🏡 Gemeinschaft	.071	.146	.627
F5 🎮 Hobby	.222	.178	.213
F6 📁 Wohnumfeld	.063	.179	.727

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Tabelle zeigt Einfluss der Umsetzung von Betreuungsinhalten auf die Förderung der Selbstständigkeit. Angaben zu t1 und t2 werden gemeinsam betrachtet. Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz des Regressionskoeffizienten. Regressionsgewichte indizieren Einfluss des Anteils der Umsetzung der Betreuungsinhalte pro Faktor (F1 bis F6; Min = 0 bzw. 0%; Max = 1 bzw. 100%) auf das Rating in der Kundenbefragung (0 = „nie“, 1 = „selten“, 2 = „manchmal“, 3 = „oft“, 4 = „immer“). Zwei der insgesamt drei zu F6 gehörenden Betreuungsinhalte („Administration“, „Integration“; vgl. Kapitel 3.6.1) wurden erst zu t2 erhoben, daher ist zu t1 keine Einschätzung des Umsetzungsanteils für diesen Faktor möglich; die Regressionsanalysen berücksichtigen jedoch den Umsetzungsanteil aller Faktoren (F1 bis F6) zu t1 und t2 gleichzeitig; fehlende Werte bei F6 wurden durch den mittleren Umsetzungsanteil zu t2 ersetzt.

In Bezug auf selbstorganisierte Strukturen der Selbsthilfe (z.B. Selbsthilfegruppen) ist insgesamt von einem ähnlichen Stellenwert wie der „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ (niedrigschwellige Beratungsangebote) auszugehen – soweit sie hauptsächlich durch ehrenamtliche Strukturen getragen werden und es sich nicht um kommerzielle Einrichtungen handelt. Gewissermaßen kann man die organisierte Selbsthilfe auch als niedrigschwelliges Angebot im Sinne ehrenamtlichen oder zivilgesellschaftlichen Engagements beschränkt auf den Personenkreis der Betroffenen verstehen. Die Fördermittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen des Ehrenamts sehen explizit die Förderung von Selbsthilfegruppen vor (§ 45c SGB XI, Abs. 9). Somit befindet sich organisierte Selbsthilfe nicht nur konzeptuell, sondern auch leistungsrechtlich in unmittelbarer Nähe zu „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ (§ 45a SGB XI).

Gerade die Entwicklungslinie fortschreitenden Alters oder fortschreitender Erkrankungen – wie z.B. bei Demenz, einer primären Zielgruppe von BD – beschreibt jedoch einen progredienten Verlauf der Einschränkung der Selbstständigkeit und verringert damit perspektivisch – zumindest auf Kundenseite



– die Möglichkeiten der Selbsthilfe. Zwar beziehen „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ explizit auch „Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags“ ein (§ 45a SGB XI, Abs. 1), wodurch die Selbsthilfe der Angehörigen noch gefördert werden kann, selbst wenn es beim Pflegebedürftigen bereits zu einem weitgehenden und unwiederbringlichen Verlust der Selbstständigkeit gekommen ist. Allerdings stößt die Selbsthilfe ebenso wie ehrenamtliches Engagement ab einem gewissen Punkt stark erhöhten Betreuungsbedarfs wahrscheinlich an seine Grenzen<sup>39</sup>.

Die Daten der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen einen hohen Nutzen für Kunden aus BD und ihre Angehörigen im Bereich betreuungsrelevanter Problemlagen. In nBa sind diese Problemlagen ähnlich hoch ausgeprägt wie in BD, allerdings handelt es sich offenbar um einen anderen Kundenkreis, der im Mittel jüngeren Alters ist, Betreuungsleistungen seltener in Anspruch nimmt und häufiger mit Familienangehörigen (Eltern, Geschwister) zusammenlebt, die einen Großteil der Betreuung selbst zu übernehmen scheinen. Die Bewegung der Kunden wird so vermutlich mit fortschreitendem/r Alter/Erkrankung eher von niedrigschwelligen Angeboten bzw. organisierten Angeboten der Selbsthilfe hin zu professionelleren Betreuungssettings (BD) als umgekehrt stattfinden. Dies wird auch dadurch nahegelegt, dass von den Leitungskräften der BD signifikant häufiger angegeben wird, dass die Kunden über Selbsthilfegruppen zu ihrer Einrichtung finden als von den Leitungen der PD und nBa (Angaben BD zu t0 vs. Angaben nBa und PD zu t1:  $\chi^2_{(df=2, N=100)}=8.9, p<.05$ . vgl. Abbildung 118).

Die Förderung der Selbsthilfe der Angehörigen setzt selbstredend voraus, dass es tatsächlich Angehörige in der unmittelbaren Nähe des Pflegebedürftigen gibt, die die Pflege/Betreuung übernehmen können. Ein erheblicher Anteil der Kunden lebt jedoch mit (Ehe-) Partnern zusammen (vgl. Kapitel 3.5.4), bei denen – analog dem fortgeschrittenen Alter der Kunden – ebenfalls von altersbedingten Einschränkungen auszugehen ist. Immerhin wird von 23% der Befragten aus BD (N = 83), 28% aus nBa (N = 19) und 29% aus PD (N = 14) keine weitere Person außer der eignen oder des (Ehe-) Partners angegeben, die sich um die Sicherstellung der Pflege und Betreuung kümmern (nur zu t1 erhoben). Bei einer derartigen Konstellation wären die Möglichkeiten zur Selbsthilfe von vorn herein begrenzt. Die Förderung von Selbstständigkeitsressourcen bzw. der Selbsthilfe wird nur in dem Rahmen möglich sein, wie ein gewisses Mindestmaß an Ressourcen zur

---

<sup>39</sup> Rainer M et al (2002): Pflegende Angehörige von Demenzkranken: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. *Psychiatrische Praxis* 29(3).

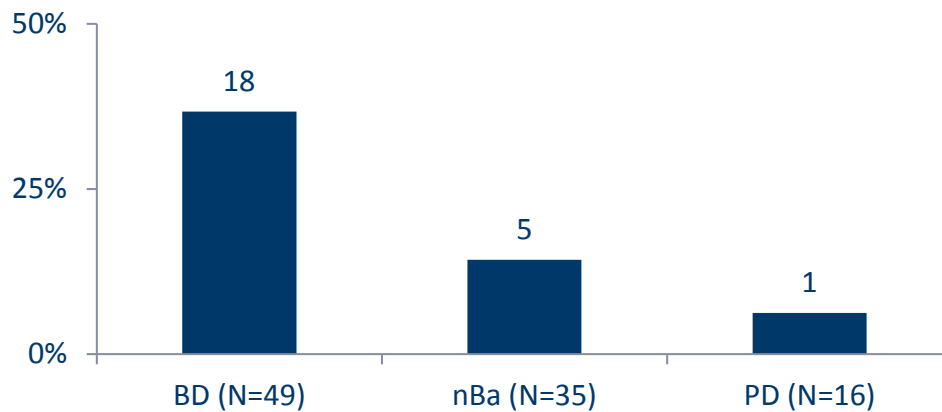
Reggentin H (2005): Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Betreuung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(2), 101-107.

Gräßel E (2009): Subjektive Belastung und deren Auswirkungen bei betreuenden Angehörigen eines Demenzkranken – Notwendigkeit zur Entlastung. In: Stoppe G & Stiens G (Hrsg.). *Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken – Grundlagen und Unterrichtsmaterialien*.

---

selbstständigen Lebensführung bzw. Selbsthilfe auf Kunden- oder Angehörigenseite vorhanden ist.

Abbildung 118: Zugang der Kunden zu Einrichtungen durch Selbsthilfegruppen



Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1  
 Anmerkung: Anteil der Leitungskräfte der BD zu t0 und der Leitungen der nBa und PD zu t1, die angeben, dass Kunden v.a. durch Empfehlungen von Selbsthilfegruppen zur Einrichtung finden.

In dem Maße aber, wie diese Ressourcen abnehmen, wird ein allmähliches Ausweichen auf professionellere Betreuungssettings erforderlich werden. Die Förderung der Selbstständigkeit bzw. Strukturen der Selbsthilfe werden so insgesamt betrachtet – wie schon das ehrenamtliche oder zivilgesellschaftliche Engagement – professionelle Hilfen im Bereich der Pflege und Betreuung nur ergänzen (bzw. in Anbetracht der aktuellen Befunde, ihnen vorausgehen), keineswegs aber völlig ersetzen können. BD bieten Pflege-/Betreuungsbedürftigen so die Möglichkeit, auch bei stärkeren Einschränkungen der Selbstständigkeit und geringeren Ressourcen zur Selbsthilfe – z.B. bei weiter fortgeschrittenen Einschränkungen der Selbstständigkeit und ohne Angehörige in unmittelbarer Nähe – dennoch länger im gewohnten häuslichen Umfeld zu verbleiben.

### Auswirkungen auf Qualifikationsprofile in der Pflege

Seit Inkrafttreten der Betreuungskräfte-Richtlinien gem. § 87b SGB XI in 2008 ist mit den „Betreuungskräften“ eine neue Berufsgruppe entstanden; zunächst im stationären, nun mit Anlaufen der BD, auch im ambulanten Bereich. Dabei zeichnen sich die Mitarbeiter in diesem neuen Berufsfeld durch ein formales Qualifikationsniveau aus, das noch unterhalb dem von typischen Pflegehilfskräften einzuordnen ist: Während es sich beim Pflegehilfskräften typischerweise um einen mindestens einjährigen Ausbildungsberuf (Altenpflegehelfer ein Jahr; Krankenpflegehelfer zwei Jahre) mit staatlicher Prüfung handelt, werden Betreuungskräfte durch eine zeitlich weitaus weniger intensive Qualifizierungs- /Weiterbildungsmaßnahme über 160 Stunden theoretischen Unterrichts und einem zweiwöchigen Praktikum „ausgebildet“.

Die geringere formale Qualifikation der Betreuungskräfte hat in der Vergangenheit in den Medien wiederholt zu der Kritik geführt, dass der Einsatz geringer qualifizierten Personals sich nachteilig auf die Qualität in der Pflege auswirke<sup>40</sup>. Die Kritik greift hauptsächlich auf, dass die ursprünglichen Aufgaben pflegerisch ausgebildeter Berufsgruppen durch die Betreuungskräfte übernommen werden. Tatsächlich gibt es im Rahmen der aktuellen wissenschaftlichen Begleitforschung (vgl. Kapitel 3.6.3), wie auch in früheren Erhebungen des IGES Instituts im stationären Bereich<sup>41</sup>, Hinweise darauf, dass Betreuungskräfte pflegenaher Tätigkeiten übernehmen – allerdings sieht es eher danach aus, dass es sich dabei vorrangig um im Tagesverlauf spontan erforderliche Aufgaben handelt; ansonsten müssten Betreuungskräfte den Pflegebedürftigen das Anreichen von Nahrung, die Zufuhr von Flüssigkeit oder Hilfestellungen beim Toilettengang strikt verweigern. Auch handelt es sich dabei um Unterstützungen, die in der Vergangenheit ganz legal bereits durch weitaus geringer qualifiziertes Personal verrichtet worden sind (z.B. Zivildienstleistende)<sup>42</sup>.

Der vollständige Ausschluss von pflegenahen Tätigkeiten aus den Zuständigkeiten der Betreuungskräfte scheint in der Realität somit kaum praktikabel. Daher formulieren die Betreuungskräfte-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, dass „zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte [...] auch die Hilfen [gehören], die bei der Durchführung ihrer Betreuungs- und Aktivierungstätigkeiten unaufschiebbar und unmittelbar erforderlich sind, wenn eine Pflegekraft nicht rechtzeitig zur Verfügung steht“.

Nun könnte man fordern, dass es gerade deswegen wichtig ist, dass es sich bei der Betreuungskraft mindestens um eine ausgebildete Pflegehilfskraft handelt. Allerdings zeigen die vorliegenden Befunde, dass mit Betreuungskräften, die ihre Qualifikation außerhalb einer pflegerischen Berufsausbildung erworben haben, vielversprechende Verbesserungen im Bereich betreuungsrelevanter Problemlagen erzielt werden können. Wie bereits in der Evaluation der Betreuungskräfte-Richtlinien, gibt es auch auf Grundlage der aktuellen Daten keinen Hinweis, dass die Qualifizierungsmaßnahme ungeeignet ist, Personen ohne eine pflegerische Berufsausbildung auf eine Betreuungstätigkeit vorzubereiten.

---

<sup>40</sup> Dowideit A (2015): Amateure im Altenheim. *Welt am Sonntag*. 31.05.2015.

Burschat M, Kafsack P (2016): Betreuungskräfte pflegen – trotz Verbot. Hamburg: Norddeutscher Rundfunk. <http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Betreuungskraefte-pflegen-trotz-Verbot-,betreuungskraefte100.html> [Abruf am: 22. März 2017].

Neue billige Arbeitskräfte in der Pflege? (2015): Interview mit Reinhard Leopold, Gründer der Bremer Angehörigen-Initiative „Heim-Mitwirkung“. Hamburg: Norddeutscher Rundfunk. <http://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Neue-billige-Arbeitskraefte-in-der-Pflege,pflege450.html> [Abruf am: 22. März 2017].

<sup>41</sup> Sara Geerdes, Antje Schwinger (2012): Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Band 9) – Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen.

<sup>42</sup> Martina Weber. Arbeitsrecht für Pflegeberufe: Handbuch für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 2007.

---

Die Daten zeigen sogar, dass BD, die sich durch einen deutlich höheren Anteil von durch die Maßnahme qualifizierten Personen als PD auszeichnen, mit einer besonders hohen Ergebnisqualität einhergehen (vgl. Kapitel 3.7.4); d.h. die Wirksamkeit der Betreuungsleistungen von BD im Bereich betreuungsrelevanter Problemlagen übertrifft die von PD, die mit einem größeren Anteil von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften arbeiten. Dies stützt vielmehr die Annahme, dass sich in BD eine von Pflege getrennt zu betrachtende Expertise im Bereich der Betreuung herausgebildet hat, die durch die Weiterbildungsmaßnahme zur Betreuungskraft offenbar angemessen unterstützt wird.

Diese Expertise ist selbstverständlich nicht auf die Betreuungskräfte allein zurückführbar. Hier bedarf es sicherlich der Anleitung durch eine fachlich entsprechend höher ausgebildete Leitungskraft. Dabei hat der Gesetzgeber bei der Formulierung von § 125 SGB XI bereits anerkannt, dass diese Expertise nicht zwangsläufig von einer Person mit pflegefachlichem Berufsabschluss auszugehen braucht; die Teilnahmevoraussetzungen des GKV-Spitzenverbandes formulieren deshalb, dass die Leitungskraft einen einschlägigen Berufsabschluss im Gesundheits- und Pflegebereich aufzuweisen hat. Nun zeigen die Befunde der Begleitforschung überraschenderweise, dass gerade diese anderen Berufsabschlüsse im gesundheitlich-sozialen Bereich mit einer besonders hohen Ergebnisqualität einhergehen (vgl. Kapitel 3.7.4). Dies verweist zusammen mit dem höheren Anteil von Mitarbeitenden ohne pflegerischen Ausbildungsabschluss in BD (relativ zu PD) darauf, dass eine pflegefachliche Expertise nicht zwangsläufig mit einer höheren Expertise auch im Bereich der Betreuung einhergehen muss.

Es stellt sich dennoch durchaus die Frage, woraus sich die Expertise im Bereich der Betreuung zusammensetzt, wenn nicht unbedingt aus der pflegefachlichen Expertise. Die pflegefachliche ist für die betreuerische Expertise sicherlich zentral – was sich schließlich auch in den aktuellen Daten in Form einer hohen Wirksamkeit der Supervision durch gerontopsychiatrische Fachkräfte auf die Ergebnisqualität zeigt (vgl. Tabelle 59). Dies verweist jedoch – neben dem hohen Stellenwert einer pflegefachlichen Expertise – bereits auf die Bedeutsamkeit einer darüberhinausgehenden Spezialisierung: Bei der gerontopsychiatrischen Fachkraft handelt es sich nämlich um eine Pflegefachkraft (inkl. Heilerziehungspfleger), die sich auf die Arbeit mit psychisch veränderten älteren Menschen spezialisiert hat. Analog ist für „Betreuung“ insgesamt anzunehmen, dass sich die Expertise in diesem Bereich durch Anteile aus pflegenahen Disziplinen in Spezialisierung auf die Arbeit mit Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen auszeichnet. Ein Grundwissen darüber kann Personen ohne eine Ausbildung in diesem Bereich durch die Qualifizierungsmaßnahme gem. den Betreuungskräfte-Richtlinien sicherlich vermittelt werden.

Eine Anleitung der Betreuungskräfte durch eine höher qualifizierte Fachkraft mit Spezialisierung ist dabei offenbar förderlich. Genauso wie die Arbeit ausgebildeter Pflegehilfskräfte nur unter Anleitung von Pflegefachkräften erfolgt, erfolgt auch die Arbeit der (insbesondere durch die Weiterbildungsmaßnahme qualifizierten)

Betreuungskräfte nur unter Anleitung einer ausgebildeten Fachkraft aus dem pflegerisch, gesundheitlich-sozialen Bereich, die sich auf Betreuung spezialisiert hat.

Allein auf Grundlage der Ergebnisqualität i.S. einer Reduktion des Belastungsempfindens sowie einer Steigerung der Lebensqualität (Kapitel 3.7.4) und der Zufriedenheit der Kunden bzw. Angehörigen mit der Einrichtung (Kapitel 3.9.1) gibt es aktuell zwar keinen Hinweis, dass ein Dienst mit einem erhöhten Anteil von „nur“ durch die Weiterbildungsmaßnahme qualifizierten „Quereinsteigern“ (BD) einem Dienst mit einem höheren Anteil von Fachkräften (PD) unterlegen ist. Allerdings soll dies nicht heißen, dass sich das Personal in BD nur aus sog. „Quereinsteigern“ zusammensetzen sollte – ebenso wenig wie sich ein Pflegedienst „nur“ aus ausgebildeten Pflegehilfskräften zusammensetzen kann. In gesundheitlich-sozialen Bereichen ausgebildete Fachkräfte machen in BD, neben den Leitungskräften, immerhin mehr als 40% des Personals aus (vgl. Kapitel 3.4.2, Abbildung 25).

Es bleibt so zu vermuten, dass die „Quereinsteiger“ besonders von der fachlichen Expertise unterschiedlicher Berufsgruppen in BD aus dem pflegerisch, gesundheitlich-sozialen Bereich profitieren. Eine zusätzliche Einarbeitung der umgeschulten Quereinsteiger durch Fachpersonal scheint in jedem Fall empfehlenswert, da sie sich nicht nur förderlich auf die Zufriedenheit mit der Tätigkeit auszuwirken scheint; sie ist insbesondere in BD auch deshalb angezeigt, da die Qualifizierungsmaßnahme i.d.R. in einem stationären Setting erfolgt, die Mitarbeitenden aber in ambulanten Settings eingesetzt werden. Zudem zeichnen sich Betreuungskräfte, die durch die Weiterbildungsmaßnahme qualifiziert werden, gegenüber Ausbildungsberufen im pflegerisch, gesundheitlich-sozialen Bereich durch eine relativ kurze „Ausbildungsdauer“ aus. Obwohl es keine Hinweise gibt, dass sich dies nachteilig auf die Ergebnisqualität der Betreuungsleistungen auswirkt, zeichnet sich dennoch ab, dass sich „umgeschulte“ Mitarbeitende eine umfangreichere Vorbereitung auf ihre Betreuungstätigkeit wünschen als fachlich höher ausgebildete Berufsgruppen (vgl. Abbildung 115). Auch die Möglichkeiten einer Erweiterung der Qualifizierungsmaßnahme sollten nach Ansicht der wissenschaftlichen Begleitforschung daher geprüft werden.

Zusammenfassend belegen die vorliegenden Daten eindeutig, dass die Leistungen der BD mit einer hohen Ergebnisqualität im Bereich betreuungsrelevanter Problemlagen einhergehen. BD und Betreuungskräfte ergänzen die Pflege mit ihrer Expertise in einem zwar verwandten, dennoch eigenständigen Tätigkeitsbereich. Auf Grundlage der vorliegenden Daten gibt es jedenfalls keinen Anlass anzunehmen, dass die Expertise in einem Bereich einfach durch die Expertise im anderen Bereich ersetzt werden kann bzw., dass die eine Expertise der anderen unterzuordnen wäre; d.h. genauso wenig wie das vorrangig für die Pflege zuständige und darin ausgebildete Personal keineswegs durch Betreuungskräfte ersetzt werden kann, kann auch die im Bereich der Betreuung entwickelte Expertise nicht durch pflegerische Expertise ersetzt werden. Betreuerische und

pflegerische Berufsgruppen, BD und Pflegedienste ergänzen sich in einem multidisziplinären Ansatz.

### **Schnittstellen zu anderen Sozialleistungsbereichen**

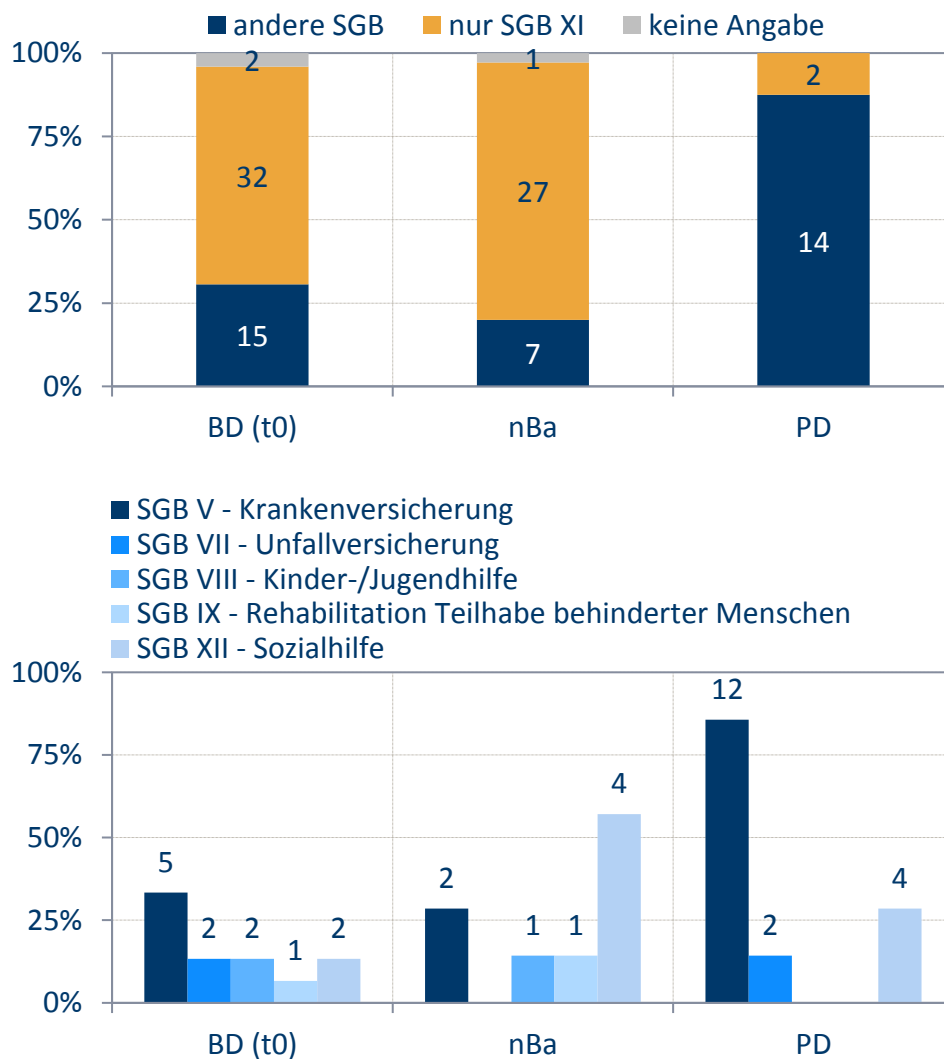
Auch im Rahmen anderer SGB (neben SGB XI) gibt es grundsätzlich die Möglichkeit Pflege- und Betreuungsleistungen (bzw. Unterstützung im Haushalt) zu erbringen. Das Leistungsportfolio der in der wissenschaftlichen Begleitforschung berücksichtigten Einrichtungen (BD, nBa, PD) kann so neben Leistungen gem. SGB XI auch Leistungen anderer SGB enthalten; sie unterliegen dabei den jeweiligen Anerkennungsvoraussetzungen, die hier nicht weiter geprüft werden. Abbildung 119 zeigt die Häufigkeiten von Einrichtungen mit Leistungen anderer SGB.

Die relative Häufigkeit mit der Leistungen anderer SGB angeboten werden, unterscheidet sich signifikant zwischen den drei Einrichtungstypen ( $\chi^2_{(df=4, N=100)}=23.2, p<.001$ ). Das liegt v.a. daran, dass fast alle PD, aber nur eine Minderheit der BD und nBa Leistungen anderer SGB anbieten (vgl. Abbildung 119, oben).

Genauer bieten fast sämtliche PD Leistungen nach SGB V (Häusliche Krankenpflege) an. Leistungen nach SGB V nehmen auch bei BD den höchsten Anteil neben SGB XI ein; hierbei kann es sich allerdings nur um Leistungen im Rahmen einer Haushaltshilfe im Krankheitsfall handeln. Von nBa werden am häufigsten Leistungen nach SGB XII genannt; in sämtlichen dieser Fälle handelt es sich um Leistungen der „Eingliederungshilfe“. SGB XII wird auch von PD am nächst häufigsten genannt, dort allerdings als „Hilfe zu Pflege“. Insgesamt machen Leistungen anderer SGB bei BD und nBa aber nur einen geringen Anteil des Leistungsportfolios aus; hingegen ist bei PD SGB V neben SGB XI ein wichtiger Leistungsbereich.

Aufgrund des hohen Anteils von Kunden mit einer körperlichen Behinderung in BD und PD bzw. mit einer geistigen Behinderung in nBa (nach Einschätzung der Einrichtungsleitungen; vgl. Kapitel 3.5.1, Tabelle 28) könnte man vermehrt Schnittstellen v.a. zu mit SGB IX assoziierten weiteren SGB erwarten (mögliche Leistungsträger nach § 6 SGB IX Abs.1: gesetzliche Krankenkasse gem. SGB V, Bundesagentur für Arbeit gem. SGB III, Unfallversicherung gem. SGB VII, Rentenversicherung gem. SGB VI, Jugendhilfe gem. SGB VIII, Sozialhilfe gem. SGB XII). In der Kundenbefragung gibt jedoch nur ein sehr geringer Anteil an, Leistungen anderer SGB zu beziehen (siehe Abbildung 120). Dieser Anteil unterscheidet sich dennoch statistisch signifikant zwischen BD und nBa (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben:  $\chi^2_{(df=1, N=687)} = 7.2, p<.01$ ; nicht zwischen BD und PD,  $p=.092$ , oder PD und nBa,  $p=.653$ ), mit einem höheren Anteil von Personen mit Leistungen anderer SGB in nBa als BD.

Abbildung 119: Angebot von Leistungen anderer SGB durch Einrichtung

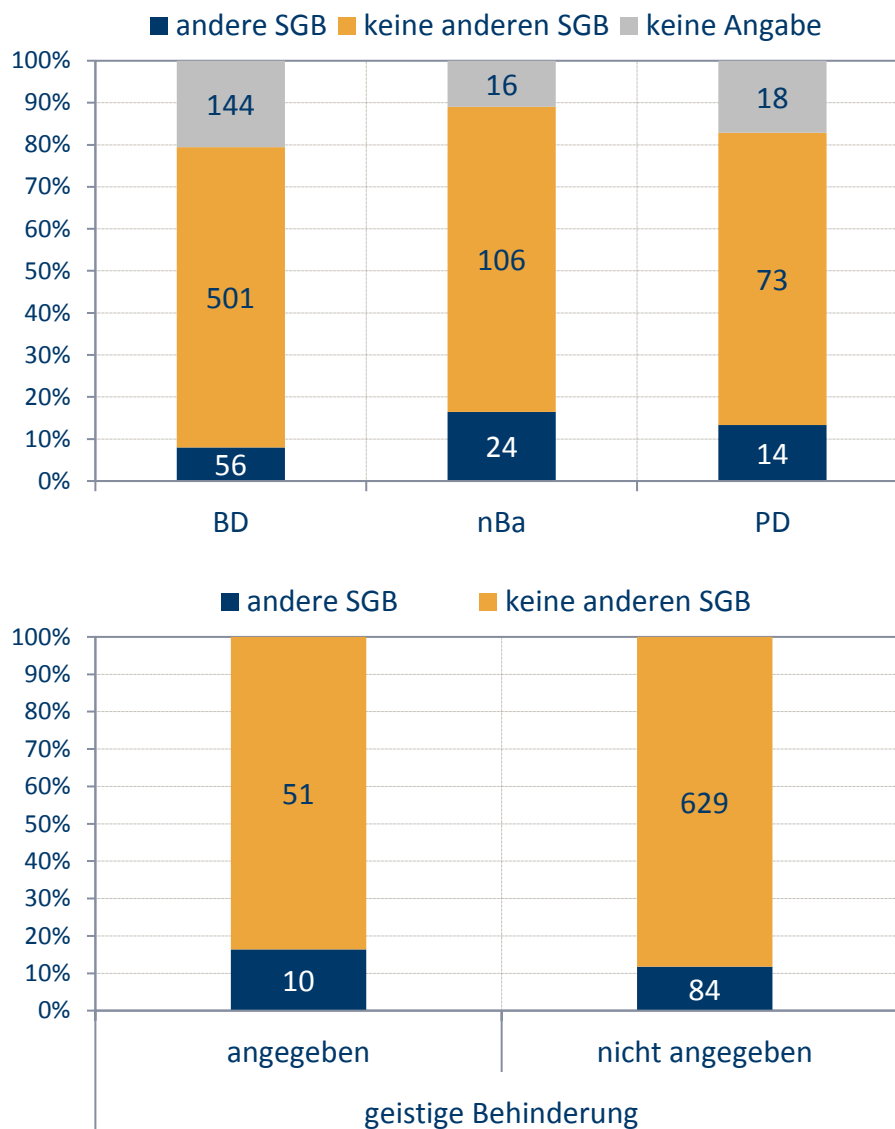


Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bzw. t1  
 Anmerkung: Oben: Anteil der Leitungskräfte der BD zu t0 und der Leitungen der nBa und PD zu t1, die angeben, dass außer SGB XI auch Leistungen anderer SGB angeboten werden. Unten: Anteil der Einrichtungen mit Leistungen des entsprechenden SGB an Einrichtungen, die angeben Leistungen anderer SGB anzubieten.

Da die Zusammensetzung der Stichproben der Kundenbefragungen einen höheren Anteil von Personen mit geistiger Behinderung in nBa zeigt („Selbsteinschätzung“ durch Kunden bzw. Angehörige; vgl. Tabelle 86 im Anhang und Kapitel 3.5.1, Tabelle 29), könnte der Befund einer vermehrten Inanspruchnahme anderer SGB durch Kunden aus nBa über SGB IX vermittelt sein. Allerdings unterscheidet sich der Anteil nicht signifikant zwischen Kunden für die eine geistige Behinderung angegeben wird und Kunden, für die diese Einschränkung nicht vorliegt ( $p=.290$ ; für körperliche Behinderung verfehlt der Unterschied übrigens noch deutlicher die statistische Signifikanz,  $p=.932$ ); dennoch liegt anteilig die Inanspruchnahme von

Leistungen anderer SGB bei Personen mit geistiger Behinderung höher (16.4%) als bei Personen ohne diese Art der Behinderung (11.8%; siehe Abbildung 120); die Fallzahlen sind wahrscheinlich zu gering, als dass der Unterschied statistisch signifikant ausfallen könnte. Auch ist zu bedenken, dass die Angaben zur Inanspruchnahme anderer SGB in BD und PD einen relativ hohen Anteil fehlender Antworten aufweisen, so vermutlich hier ein weniger exaktes Abbild der tatsächlichen Inanspruchnahme vorliegt.

Abbildung 120: Inanspruchnahme von Leistungen anderer SGB durch Kunden



Quelle: IGES; schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2

Anmerkung: Gemeinsame Darstellung der Angaben der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2., ob neben SGB XI noch Leistungen im Rahmen anderer SGB bezogen werden. Oben: differenziert nach Einrichtungstyp; unten: differenziert nach Vorliegen einer geistigen Behinderung.



Der gänzlich fehlende Zusammenhang einer Inanspruchnahme von Leistungen anderer SGB durch Kunden mit („selbsteingeschätzter“) körperlicher Behinderung muss vermutlich vor dem Hintergrund des durchschnittlich hohen Alters der Kunden betrachtet werden. In den meisten Fällen körperlicher Behinderung wird es sich um Folgen altersbedingter Entwicklungen bzw. alterskorrelierter Erkrankungen handeln, die zum Eintreten einer körperlichen Behinderung geführt haben. Für Personen mit wenigstens dem Grade 50 wären zwar streng genommen die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach SGB IX erfüllt, allerdings befinden sie sich i.d.R. in einer Lebensphase, in dem der Leistungskatalog des SGB IX kaum noch Relevanz besitzt (§ 4 SGB IX: „Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um [...] Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit [...] zu vermeiden, [...] Teilhabe am Arbeitsleben [...] zu sichern oder [...] die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft [...] zu ermöglichen oder zu erleichtern“). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass eine „selbsteingeschätzte“ Behinderung nicht einer Behinderung i.S. des SGB IX entsprechen muss und deshalb in der Kundenbefragung kaum Zusammenhänge von Behinderung mit Leistungen nach SGB IX auftreten könnten.

---

## 4. Längsschnittstudie

### 4.1 Konzeption

Wie in Kapitel 2.6 beschrieben, wurde eine längsschnittlich angelegte Studie in das Untersuchungsdesign integriert, um die Entwicklung der Kunden über die Zeit zu beobachten. Zu diesem Zweck wurden persönliche Interviews mit denselben Kunden bzw. Angehörigen zu drei konsekutiven Erhebungszeitpunkten (L-t0, -t1, -t2) im Zeitraum Juni 2016 bis September 2017 geführt.

Vor L-t0 wurden die Einrichtungsleitungen gebeten, geeignete Kunden mit Bezug von Betreuungsleistungen oder hauswirtschaftlicher Versorgung für die ersten persönlichen Interviews zu rekrutieren. Da bei Kunden nicht immer vorausgesetzt werden konnte, dass sie selbst in der Lage sein würden ein Interview zu führen, wurde zur Rekrutierung explizit mitgeteilt, dass die Interviews auch gemeinsam mit oder stellvertretend allein mit Angehörigen geführt werden konnten. Die Einrichtungsleitungen erhielten von der Studienleitung Informationsmaterialien zur schriftlichen Aufklärung der Kunden bzw. Angehörigen und Formulare für die schriftliche Einwilligungserklärung der Studienteilnehmer.

Im Unterschied zu den schriftlichen Kundenbefragungen war bei der Längsschnitterhebung eine schriftliche Einwilligungserklärung der Studienteilnehmer erforderlich, da die Kunden/Angehörigen der Studienleitung persönlich bekannt sein würden, um mit ihnen zu den drei Erhebungszeitpunkten (L-t0, -t1, -t2) Kontakt aufzunehmen und die persönlichen Interviews zu führen (vgl. Kapitel 2.9). Die Inhalte der Interviews waren nahezu identisch mit den schriftlichen Kundenbefragungen; durch den Personenbezug konnten aber nicht nur Entwicklungen über die Zeit nachverfolgt werden, sondern auch eine höhere Datenqualität sichergestellt werden, da der Interviewer vor Ort die Situation direkt einschätzen und Rückfragen stellen konnte. Zusätzlich wurden einige qualitative Fragen (offenes Antwortformat) in die Interviews eingebaut.

Interviews waren für insgesamt zwei Kunden pro BD vorgesehen. Zum Zeitpunkt der Planung und Durchführung der ersten Interviews (L-t0) befanden sich noch N = 47 BD im Modellprogramm (entspricht t1 der schriftlichen Befragungen), wovon bei einem der Versorgungsvertrag ruhte und bei einem das Modellprogramm erst kürzlich umgesetzt wurde (vgl. Kapitel 3.1); diese beiden BD wurden für die Kundeninterviews nicht berücksichtigt. Insgesamt waren so Leitungen aus N = 45 BD aufgefordert, zwei geeignete Kunden für die Teilnahme an persönlichen Interviews zu gewinnen. Um einen Zusammenhang etwaiger Veränderungen über die Zeit mit dem Beginn des Leistungsbezugs herstellen zu können, wurden die Einrichtungsleitungen instruiert, möglichst Kunden auszuwählen, die erst kürzlich begonnen hatten Leistungen bei ihnen zu beziehen (Neukunden). Bei insgesamt N = 45 BD mit jeweils zwei Kunden würde so eine Stichprobe von N = 90 realisiert.

Parallel wurden auch 23 Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) gebeten, Kunden für die persönlichen Interviews zu finden. Mit ebenfalls jeweils zwei Kunden pro Vergleichseinrichtung sollte eine zusätzliche Stichprobe von  $N = 46$  Kunden und damit eine Gesamtstichprobe von  $N = 136$  Kunden (BD + nBa + PD) realisiert werden. Als Obergrenze waren von der wissenschaftlichen Konzeption ursprünglich  $N = 130$  Interviews vorgegeben worden.

Die Kunden der Vergleichseinrichtungen sollten aus ca. 18 nBa und 5 PD gewonnen werden. Dieses Größenverhältnis entsprach dem der Vergleichseinrichtungen in der Begleitforschung zu t1 ( $N = 35$  nBa,  $N = 16$  PD entspricht ca. 70% bzw. 30% der Vergleichseinrichtungen; 70% bzw. 30% von 23 Einrichtungen  $\approx$  18 nBa bzw. 5 PD). Die Auswahl der Vergleichseinrichtungen für die persönlichen Kundeninterviews erfolgte nach räumlicher Nähe zu den BD, damit die Interviewer vor Ort mehrere Termine hintereinander wahrnehmen konnten, um Reisekosten zu minimieren.

## 4.2 Durchführung

Die Interviews des ersten Messzeitpunkts (L-t0) wurden zwischen Juni und September 2016 geführt; die zweiten Interviews (L-t1) erfolgten zwischen Januar und März 2017; die letzten Interviews (L-t2) fanden schließlich zwischen Mai und September 2017 statt. Die drei konsekutiven Interviewtermine (L-t0, -t1, -t2) wurden pro Kunde mit einem Abstand von mindestens 4,5 Monaten zueinander realisiert. Eine Kontaktaufnahme und Durchführung der Interviews zu t1 und t2 erfolgte unabhängig davon, ob die Kunden weiterhin Leistungen bei den Einrichtungen bezogen, sondern nach der Maßgabe, dass der Kunde weiterhin ambulant versorgt wurde. Die nachfolgenden Befragungen (L-t1 und -t2) wurden nur ausgesetzt, wenn sich ein Kunde nicht mehr im ambulanten Setting befand.

Die ersten persönlichen Interviews (L-t0) fanden i.d.R. im häuslichen Umfeld des Kunden bzw. Angehörigen statt; alternativ waren auch Termine in den Räumlichkeiten der betreuenden Einrichtung möglich. In Ausnahmefällen wurden auch telefonische Interviews durchgeführt, wenn ein persönliches Treffen aus organisatorischen Gründen schwierig umzusetzen oder unerwünscht war. Die zweiten Interviews (L-t1) wurden ausschließlich als telefonische Befragungen durchgeführt. Die Interviews des letzten Erhebungszeitpunkts (L-t2) entsprachen wieder demselben Vorgehen wie zu L-t0.

Aus den 45 BD, die zur Rekrutierung von Teilnehmern für die persönlichen Interviews aufgefordert waren, konnten nur insgesamt  $N = 76$  statt der geplanten  $N = 90$  Kunden gewonnen werden: sechs Dienste konnten nur einen Kunden finden; drei Dienste konnten überhaupt keinen Kunden finden, die oder deren Angehörige bereit gewesen wären an persönlichen Interviews teilzunehmen; ein BD war während der Planung der Interviews dauerhaft nicht erreichbar (dieser ist zu t2 der schriftlichen Befragungen aus dem Modellprogramm ausgeschieden).

Aus 23 Vergleichseinrichtungen konnten nur insgesamt  $N = 27$  Kunden ( $N = 19$  aus nBa;  $N = 8$  aus PD) statt der geplanten 46 gewonnen werden: sieben Einrichtungen (nBa) konnten überhaupt keinen Kunden finden, die oder deren Angehörige bereit

gewesen wären an persönlichen Befragungen teilzunehmen; sechs Einrichtungen (N = 3 nBa; N = 2 PD) konnten nur einen Kunden finden; aus einer Einrichtung (PD) wurde spontan vor Ort ein weiterer Kunde gewonnen, so dass dort insgesamt drei Kunden interviewt werden konnten.

Tabelle 76 zeigt die Anzahl der Einrichtungen, die zum ersten Erhebungszeitpunkt (L-t0) für die Rekrutierung von Teilnehmern für persönliche Interviews vorgesehen waren und die Anzahl der Kunden, die letztendlich gewonnen werden konnten. Die Quote erfolgreicher Rekrutierungen fällt insbesondere in nBa relativ gering aus.

Tabelle 76: Rekrutierung von Kunden zu L-t0

		Anzahl der Einrichtungen für Rekrutierung	Anzahl der Einrichtungen mit Anzahl teilnehmender Kunden (N) zu L-t0				Anzahl Kunden zu L-t0 N
			N = 0	N = 1	N = 2	N = 3	
BD	45	4	6	35	-	76	
nBa	18	7	3	8	-	19	
PD	5	-	3	1	1	8	

Quelle: IGES; erstes persönliches Kundeninterview zu L-t0

Interviews des ersten Messzeitpunkts (L-t0) wurden insgesamt mit N = 103 Kunden bzw. ihren Angehörigen geführt (N = 76 aus BD, N = 19 aus nBa, N = 8 aus PD). Von diesen Kunden konnten insgesamt N = 74 auch zum zweiten Messzeitpunkt (L-t1: N = 50 aus BD; N = 17 aus nBa; N = 7 aus PD) und N = 54 zum dritten Messzeitpunkt (L-t2: N = 34 aus BD, N = 12 aus nBa, N = 7 aus PD) interviewt werden (vgl. Tabelle 77).

Die meisten Interviews wurden mit Kunden und Angehörigen gemeinsam geführt (L-t0: insgesamt N = 40, entspricht N = 30 aus BD, N = 9 aus nBa und N = 1 aus PD), dicht gefolgt von Interviews, die mit Kunden allein geführt wurden (L-t0: insgesamt N = 37, entspricht N = 24 aus BD, N = 6 aus nBa und N = 7 aus PD). Mit Angehörigen allein wurden etwas seltener Interviews geführt (L-t0: insgesamt N = 26, entspricht N = 22 aus BD und N = 4 aus nBa).

### 4.3 Methoden

Die Längsschnittstudie soll v.a. die Betrachtung der Veränderung der Kunden über die Zeit ermöglichen. In diesem Zusammenhang interessiert insbesondere die Entwicklung der wichtigsten Outcome-Parameter (Ergebnisqualität) „Veränderung des Belastungsempfindens“ und der „Lebensqualität“ der Kunden bzw. Angehörigen unter Nutzung von Betreuungsleistungen (vgl. Kapitel 3.7.4). Die bisher vorgestellten Befunde zur Wirksamkeit von Betreuung basieren ausschließlich auf der durch Kunden bzw. Angehörige selbsteingeschätzten Veränderung. Solch eine „indirekte“ Veränderungsmessung unterliegt immer auch Gedächtnisverzerrungen des Antwortenden und liefert einen weniger validen

Indikator tatsächlicher Veränderungen als längsschnittlich angelegte Erhebungen. Längsschnittliche Erhebungen ermöglichen eine direkte Veränderungsmessung indem der Zustand der Kunden bzw. Angehörigen zu konsekutiven Erhebungszeitpunkten direkt miteinander verglichen wird.

Die Outcome-Parameter der selbsteingeschätzten Veränderung reflektieren eine hohe Wirksamkeit von Betreuungsleistungen v.a. der BD. Im Rahmen der Längsschnittstudie wird geprüft, ob sich die Verbesserung der Kunden- bzw. Angehörigensituation durch Nutzung von Betreuungsleistungen auch anhand von Parametern der direkten Veränderungsmessung zeigen lässt. Soweit die Befunde der Längsschnittstudie die Befunde der schriftlichen Befragungen reflektieren, spricht dies für eine hohe Validität auch der selbsteingeschätzten, indirekten Veränderungsmessung.

Neben den Outcome-Parametern interessiert im Rahmen der Längsschnittstudie auch die Entwicklung der betreuungsrelevanten Problemlagen (Einschränkungen) über die Zeit. Es ist davon auszugehen, dass die Einschränkungen aufgrund altersbedingter Entwicklungen oder fortschreitender Erkrankungen – trotz Nutzung von Betreuungsleistungen – über die Zeit zunehmen. Diese Entwicklung verlief diametral zur Verbesserung, die durch die Nutzung von Betreuungsleistungen zunächst eintritt. Die Betroffenen würden von der Inanspruchnahme der Betreuung zunächst profitieren, was einer Verbesserung von einem früheren Zeitpunkt zu einem späteren Erhebungszeitpunkt entspräche („ohne Betreuung“ vs. „mit Betreuung“; vgl. Kapitel 3.7.4). Durch einen sich im weiteren Verlauf verschlechternden Gesundheitszustand könnte die anfängliche Verbesserung jedoch wieder rückläufig sein, d.h. es wäre damit zu rechnen, dass sich die Situation von einem früheren zu einem späteren Zeitpunkt wieder verschlechtert. Die Analyse der Entwicklung des Belastungsempfindens und der Lebensqualität erfolgt daher unter der gleichzeitigen Beobachtung der betreuungsrelevanten Problemlagen über die Zeit.

In der Folge werden anhand von ANOVAs (mit Messwiederholung) die Outcome-Parameter „Veränderung Belastungsempfinden“ und „Lebensqualität“ der Kunden bzw. Angehörigen zu den diskreten Erhebungszeitpunkten L-t0, -t1 und -t2 als abhängige Variablen (AV) betrachtet. Darüber hinaus wurde zu L-t0 – analog zu den schriftlichen Kundenbefragungen – auch der Zustand vor erstmaliger Nutzung der Einrichtung erhoben (Zeitpunkt L-t<sub>f</sub>). L-t<sub>f</sub> entspricht somit dem früheren Ausgangszustand vor erstmaliger Inanspruchnahme, der zu L-t0 nur retrospektiv erhoben werden konnte. Für die Veränderung von L-t<sub>f</sub> nach -t0 muss so wieder auf eine indirekte (selbsteingeschätzte) Veränderungsmessung zurückgegriffen werden, da eine direkte Messung des tatsächlichen Zustands der Kunden vor erstmaliger Inanspruchnahme eine Befragung zu diesem Zeitpunkt erfordert hätte. Dies war im Rahmen des Designs jedoch nicht zu realisieren, da die Kunden bereits mit dem Leistungsbezug begonnen hatten, als sie von den Einrichtungsleitungen gebeten wurden, an der Längsschnittstudie teilzunehmen.

---

#### 4.4 Stichprobe

In der Folge wird die Zusammensetzung der Stichprobe der Längsschnittstudie beschrieben. Dabei wird die Unterscheidung zwischen den drei Einrichtungstypen für statistische Vergleiche beibehalten (BD, nBa, PD), soweit die Fallzahl einen sinnvollen Vergleich erlaubt. Zur Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe erfolgt ein Vergleich mit der Kundenpopulation gem. Angaben der Einrichtungsleitungen in den schriftlichen Befragungen. Hier wird als Referenz der Zeitpunkt t1 der schriftlichen Befragungen gewählt, da die ersten Kundeninterviews (L-t0) in etwa zeitgleich zu diesem Zeitpunkt stattfanden.

Tabelle 77: Teilnahme an persönlichen Interviews L-t0 bis-t2

		BD	nBa	PD
<b>L-t0</b>	Teilnahme	76	19	8
<b>L-t1</b>	Teilnahme	50	17	7
	nicht verfügbar	7	-	-
	verstorben	2	1	1
	stationär	4	-	-
	Ausstieg	13	1	-
<b>L-t2</b>	Teilnahme	34	12	7
	nicht verfügbar	4	-	-
	verstorben	2	1	-
	stationär	6	2	-
	Ausstieg	11	2	-

Quelle: IGES; persönliche Kundeninterview L-t0 bis t2

Anmerkung: „Teilnahme“ und „nicht verfügbar“ bilden gemeinsam die Anzahl der in der Längsschnittstudie potenziell verbliebenen Kunden, nur mit Personen unter „Teilnahme“ konnten jedoch Interviews geführt werden; Personen, die „nicht verfügbar“ waren (z.B. aufgrund Erkrankung, Verhinderung, mangelnder Motivation etc.), wurden zum nächsten Erhebungszeitpunkt wieder kontaktiert; „verstorben“, „stationär“ (Unterbringung in stationärer Einrichtung) und „Ausstieg“ (Teilnehmer verkünden Ausstieg aus der Begleitforschung) beinhalten Kunden, die nicht weiter für Interviews in Frage kamen.

#### Alter

Wie für die Kundenpopulationen beschrieben (vgl. Tabelle 84 im Anhang), sind auch in der Stichprobe der Längsschnittuntersuchung die Kunden aus BD durchschnittlich um das Jahr 1941 geboren (L-t0: M = 1940.7, SD = 17.5, Min = 1918, Max = 2007, MDN = 1936, N = 75 d.h. N = 1 mit fehlenden Angaben), Kunden aus nBa durchschnittlich jünger (M = 1957.7, SD = 29.7, Min = 1922, Max = 2007, MDN = 1950, N = 19) und Kunden aus PD durchschnittlich älter (M = 1934.9, SD = 6.0, Min = 1925, Max = 1943, N = 8) als Kunden aus BD.

In einer ANOVA mit Einrichtungstyp (BD, nBa, PD) und „Erhebungsverfahren“ (Population zu t1 vs. Kundenstichprobe zu L-t0) als unabhängige Variablen und Geburtsjahr als abhängige Variable, ergibt sich lediglich ein signifikanter Haupteffekt für Einrichtungstyp ( $F_{(2,3284)}=14.1$ ,  $p<.01$ ); kein Effekt für „Erhebungsverfahren“ ( $p=.363$ ) und keine Interaktion von Einrichtungstyp mit „Erhebungsverfahren“ ( $p=.117$ ). Der Altersunterschied zwischen Kunden der drei Einrichtungstypen – mit von nBa über BD nach PD zunehmendem Alter der Kunden – wird so auch von der Stichprobe der Längsschnittstudie reflektiert. Es besteht für die Stichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) somit keine Verzerrung bzgl. Alter.

### Geschlecht

Wie für die Kundenpopulation beschrieben (vgl. Tabelle 84 im Anhang), findet sich auch in der Kundenstichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) ein höherer Frauenanteil, der von nBa über BD nach PD zunimmt (siehe Tabelle 78). Allerdings unterscheidet sich der Frauen- bzw. Männeranteil zwischen den drei Einrichtungstypen in der Längsschnittstudie nicht statistisch signifikant (aufgrund geringer Zellhäufigkeiten exakter Test nach Fisher:  $p\geq.557$ ) – anders als dies bei der Kundenpopulation (zu t1) der Fall war.

Die Stichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) zeigt insgesamt einen höheren Frauenanteil als die Kundenpopulation ( $\chi^2_{(df=1, N=3330)}=6.0$ ,  $p<.05$ ; siehe Tabelle 78). Frauen waren offenbar eher bereit als Männer an den persönlichen Interviews teilzunehmen, d.h. für die Längsschnittstudie zeigt sich eine Stichprobenselektion zugunsten weiblicher Kunden. Diese übermäßige Selektion von Frauen wird auch dazu beigetragen haben, dass in der Stichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) kein statistisch signifikanter Unterschied der Geschlechteranteile zwischen den Einrichtungstypen zu beobachten ist.

Tabelle 78: Geschlecht der Kunden in Längsschnittstudie (L-t0)

		BD		nBa		PD		Total	
Stichprobe	weiblich	58	76.3%	13	68.4%	7	87.5%	78	75.7%
	männlich	18	23.7%	6	31.6%	1	12.5%	25	24.3%
Population	weiblich	951	63.9%	348	58.0%	765	67.2%	2064	64.0%
	männlich	537	36.1%	252	42.0%	374	32.8%	1163	36.0%

Quelle: IGES; persönliche Kundenbefragung L-t0; schriftliche Leitungsbefragung t1  
 Anmerkung: Spaltenprozent. Stichprobe entspricht Verteilung zum ersten Interview (L-t0); Population entspricht Verteilung gemäß Angaben in den schriftlichen Leitungsbefragungen zu t1.

### Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe)

Wie die Kundenpopulation (vgl. Tabelle 84 im Anhang) zeigt auch die Stichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) für BD anteilig am häufigsten PS I gefolgt von PS II und PS 0 sowie eine etwas andere Verteilung für Vergleichseinrichtungen (vgl. Tabelle

79). Aufgrund der geringen Fallzahlen v.a. für PD ist ein statistischer Vergleich der Zellohäufigkeiten zwischen den drei Einrichtungstypen innerhalb der Stichprobe der Längsschnittstudie aber ungeeignet (exakter Test nach Fisher für geringe Zellohäufigkeiten ist nur bei 2-x-2-Felder-Tafeln möglich; die Anzahl der Kategorien liegt für PS jedoch bei fünf).

Daher wird nur der Gesamtunterschied der Stichprobe (L-t0) gegenüber der Population (t1) betrachtet (BD + nBa + PD). Der Unterschied zwischen der Stichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) und der Kundenpopulation (zu t1) verfehlt nur knapp die statistische Signifikanz (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben zur Pflegestufe:  $\chi^2_{(df=4, N=3215)}=9.3$ ,  $p=.055$ ). Wie aus Tabelle 79 (Spalte „Total“) ersichtlich, liegt v.a. der Anteil der Personen mit PS III in der Längsschnittstudie unter ihrem Anteil an der Population; generell sind niedrigere Pflegestufen (PS 0 und PS I) in der Stichprobe eher häufiger vertreten und höhere Pflegestufen (PS II und PS III) eher seltener vertreten als in der Population. Da der Unterschied knapp die statistische Signifikanz verfehlt, besteht in der Längsschnittstudie aber offenbar nur eine schwache Selektion zugunsten niedrigerer Pflegestufen.

Tabelle 79: Pflegestufe der Kunden in Längsschnittstudie (L-t0)

		BD		nBa		PD		Total	
Stichprobe	PS 0	13	17.1%	3	15.8%	-		16	15.5%
	PS I	42	55.3%	7	36.8%	6	75.0%	55	53.4%
	PS II	16	21.1%	5	26.3%	1	12.5%	22	21.4%
	PS III	1	1.3%	4	21.1%	-		5	4.9%
	keine PS	4	5.3%	-		1	12.5%	5	4.9%
	keine Angabe	-		-		-		-	
Population	PS 0	170	11.7%	59	11.0%	61	5.4%	318	9.3%
	PS I	758	52.2%	238	44.3%	535	47.6%	1531	49.2%
	PS II	325	22.4%	131	24.4%	240	21.4%	696	22.4%
	PS III	183	12.6%	77	14.3%	84	7.5%	344	11.1%
	keine PS	16	1.1%	32	6.0%	203	18.1%	223	8.1%
	keine Angabe	36	-	63	-	16	-	115	

Quelle: IGES; persönliche Kundenbefragung L-t0; schriftliche Leitungsbefragung t1  
 Anmerkung: Spaltenprozent. Abkürzungen: PS, Pflegestufe. Stichprobe entspricht Verteilung zum ersten Interview (L-t0); Population entspricht Verteilung gemäß Angaben in den schriftlichen Leitungsbefragungen zu t1.

### Einschränkung der Alltagskompetenz

Wie für die Kundenpopulationen (Tabelle 84 im Anhang), zeigt sich auch für die Stichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) in BD und nBa ein höherer Anteil von Personen mit Einschränkung der Alltagskompetenz als in PD (vgl. Tabelle 80). Allerdings fällt dieser Unterschied zwischen den Einrichtungstypen für die



Stichprobe der Längsschnittstudie nicht statistisch signifikant aus (aufgrund geringer Zellhäufigkeiten exakter Test nach Fisher:  $p \geq .131$ ). Die sehr geringe Fallzahl für PD erschwert aber einen statistisch sinnvollen Vergleich.

Insgesamt findet sich zwischen der Stichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) und der Kundenpopulation (t1) kein signifikanter Unterschied bzgl. des EA-Status (Chi<sup>2</sup>-Test ohne Fälle mit fehlenden Angaben zu EA bzw. Ausmaß der EA:  $p = .599$  und  $.754$ ; vgl. Tabelle 80, „Total“-Spalte). Somit besteht offenbar keine Verzerrung der Stichprobe der Längsschnittstudie in Bezug auf die Einschränkung der Alltagskompetenz.

Tabelle 80: Einschränkung Alltagskompetenz (EA) in Längsschnittstudie (L-t0)

		BD		nBa		PD		Total	
<b>Stichprobe</b>	EA liegt vor	48	66.7%	12	63.2%	3	37.5%	63	63.6%
	104 EUR <sup>†</sup>	27	37.5%	5	36.8%	2	12.5%	35	36.5%
	208 EUR <sup>†</sup>	18	25.0%	7	26.3%	1	25.0%	25	26.0%
	unbekannt	3	-	-	-	-	-	3	-
	liegt nicht vor	24	33.3%	7	36.6%	5	62.5%	36	36.4%
	keine Angabe	4	-	-	-	-	-	4	-
<b>Population</b>	EA liegt vor	1058	72.7%	471	86.6%	492	46.7%	2021	66.2%
	104 EUR <sup>†</sup>	608	41.8%	236	43.4%	344	32.6%	1188	38.9%
	208 EUR <sup>†</sup>	450	30.9%	235	43.2%	148	14.0%	833	27.3%
	unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	-
	liegt nicht vor	398	27.3%	73	13.4%	24	53.3%	1033	33.8%
	keine Angabe	32	-	56	-	4	-	173	-

Quelle: IGES; persönliche Kundenbefragung L-t0; schriftliche Leitungsbefragung t1  
 Anmerkung: Spaltenprozent. Abkürzungen: EA, Einschränkung der Alltagskompetenz. Grundbetrag (104 EUR) entspricht erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz; erhöhter Betrag (208 EUR) entspricht in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz; „unbekannt“ zeigt Anzahl der Personen für die nur Information zu EA vorliegt, nicht aber wie hoch sie ausgeprägt ist. † % - Angaben beziehen sich auf Anteil an Personen mit gültigen Angaben zu EA („liegt vor“ + „liegt nicht vor“); aufgrund von Rundungsfehlern und „unbekannt“ addiert sich „104 EUR“-% + „208 EUR“-% nicht immer exakt zu „EA liegt vor“ - %.

### Art der Einschränkung

Wie bei der Kundenpopulation (Tabelle 84 im Anhang), befinden sich auch in der Längsschnittstudie vorrangig Kunden mit einer demenziellen Erkrankung oder körperlichen Behinderung aus BD (Angaben durch „Selbsteinschätzung“ der Kunden oder Angehörigen; siehe Tabelle 81). Während sich für die Population der

Kunden noch Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen bzgl. der Häufigkeit sämtlicher Erkrankungsarten zeigten, unterscheidet sich für die Stichprobe der Längsschnittstudie nur die Angabe „anderer Erkrankungen“ signifikant zwischen BD bzw. PD und nBa (exakter Test nach Fisher:  $p < .01$ ) mit einer häufigeren Angabe für Kunden aus BD und PD als nBa. Vor dem Hintergrund des im Mittel höheren Alters der Kunden in BD und PD könnte dies mit einer alterskorrelierten Multimorbidität in Zusammenhang stehen. Zwar unterscheidet sich auch der Anteil demenzieller Erkrankungen zwischen BD und PD (exakter Test nach Fisher:  $p < .05$ ), allerdings nehmen aus PD überhaupt keine Kunden mit einer demenziellen Erkrankung an der Längsschnittstudie teil.

Insgesamt betrachtet unterscheidet sich die Gesamtstichprobe der Längsschnittstudie von der Kundenpopulation jedoch nur bzgl. der Angabe „anderer Erkrankungen“ ( $\chi^2_{(df=1, N=3330)}=199.9$ ,  $p < .001$ ) und psychischer Erkrankungen ( $\chi^2_{(df=1, N=3330)}=4.5$ ,  $p < .05$ ), die beide häufiger für Kunden der Längsschnittstudie angegeben werden.

Tabelle 81: Art der Einschränkung in Längsschnittstudie (L-t0)

		BD		nBa		PD		Total	
<b>Stichprobe</b>	Demenz	30	39.5%	5	26.3%	-		35	34.0%
	KB	42	55.3%	11	57.9%	4	50.0%	57	55.3%
	GB	4	5.3%	3	15.8%	-		7	6.8%
	Psych.	16	21.1%	1	5.3%	1	12.5%	18	17.5%
	Andere	38	50.0%	3	15.8%	6	75%	47	45.6%
<b>Population</b>	Demenz	643	43.2%	348	58.0%	382	33.5%	1373	42.5%
	KB	802	53.9%	202	33.7%	636	55.8%	1640	50.8%
	GB	121	8.1%	108	18.0%	55	4.8%	284	8.8%
	Psych.	147	9.9%	42	7.0%	160	14.0%	349	10.8%
	Andere	35	2.4%	10	1.7%	179	15.7%	224	6.9%

Quelle: IGES; persönliche Kundenbefragung L-t0; schriftliche Leitungsbefragung t1  
 Anmerkung: Mehrfachnennungen, Spaltenprozent. Abkürzungen: KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych., psychische Erkrankung.

### Gesamtbewertung Stichprobenselektion

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Kundenpopulation (t1) und der Stichprobe der Längsschnittstudie (L-t0) finden sich nur bzgl. Geschlecht und „anderen“ bzw. psychischen Erkrankungen.

Offenbar waren vermehrt weibliche Kunden bereit, an den persönlichen Interviews teilzunehmen. Die vermehrte Angabe von anderen Erkrankungsarten bei direkter Befragung von Kunden bzw. Angehörigen trat bereits bei den

schriftlichen Befragungen auf (vgl. Kapitel 3.5.1); hier könnte ein unterschiedlicher Wissenstand oder eine unterschiedliche Bewertung von Erkrankungen in Abhängigkeit ihrer pflegerischen Relevanz eine Rolle spielen. Die unterschiedlichen Anteile „anderer“ Erkrankungen könnten daher auch auf bloß unterschiedliches Antwortverhalten der Zielgruppen zurückzuführen sein, ohne einen tatsächlichen Unterschied zwischen der Stichprobe der Längsschnittstudie und der Population zu reflektieren. Psychische Erkrankungen finden sich ebenfalls in der schriftlichen Kundenbefragung in nBa häufiger als in der Population. Die verstärkte Selektion von Kunden mit psychischen Erkrankungen könnte mit einem vereinfachten Zugang zu bzw. einer erhöhten Bereitschaft zur Teilnahme dieser Personengruppe zusammenhängen.

Die Leitungen werden wahrscheinlich tendenziell eher Kunden für die Interviews der Längsschnittstudie ausgewählt haben, mit denen ein Gespräch relativ unproblematisch noch selbst geführt werden konnte. Für Personen mit stärkeren kognitiven Beeinträchtigungen, wie z.B. im weiteren Verlauf demenzieller Erkrankungen, wäre der umfassende Fragenkatalog in der Interviewsituation nur schwierig zu beantworten gewesen. Der Anteil der Personen mit einer demenziellen Erkrankung liegt in der Stichprobe der Längsschnittstudie wohl auch deshalb etwas unterhalb ihres Anteils an der Population; obwohl der Unterschied statistisch nicht signifikant ausfällt, entspricht er numerisch ungefähr dem Unterschied des Anteils psychischer Erkrankungen (der wiederum statistisch signifikant zwischen Längsschnittstudie und Population differiert). Man könnte so vermuten, dass Leitungen tendenziell eher auf Kunden mit einer psychischen Erkrankung ausgewichen sind, v.a. da mit Kunden mit demenzieller Erkrankung Interviews weniger leicht umzusetzen waren.

Insgesamt zeigt die Stichprobe der Längsschnittstudie verglichen mit der Population der Kunden aber mehr Ähnlichkeiten (bzgl. Alter, Pflegestufe, Einschränkung der Alltagskompetenz, Art der Erkrankung außer psychische und „andere“) als Unterschiede. Auf Grundlage dieser Parameter scheint somit eine relativ repräsentative Auswahl der Kunden für die Längsschnittstudie getroffen worden zu sein.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass der Vorgabe vorrangig Kunden für die Längsschnittstudie auszuwählen, die erst kürzlich mit dem Leistungsbezug begonnen hatten, in den meisten Fällen nicht entsprochen werden konnte. Tatsächlich befanden sich die Kunden zum ersten Interviewtermin durchschnittlich bereits 7 Monate bei der Einrichtung ( $M = 7.2$ ,  $SD = 3.6$ ,  $Min = 0$ ,  $Max = 11$ ,  $MDN = 8.0$ ,  $N = 102$ ).

## 4.5 Ergebnisse

In den ANOVAs entspricht der Faktor Zeit der unabhängigen Variable (UV des Messwiederholungsdesigns). Darüber hinaus wird „Einrichtungstyp“ als weitere UV (Zwischensubjektfaktor) in den Modellen berücksichtigt.

---

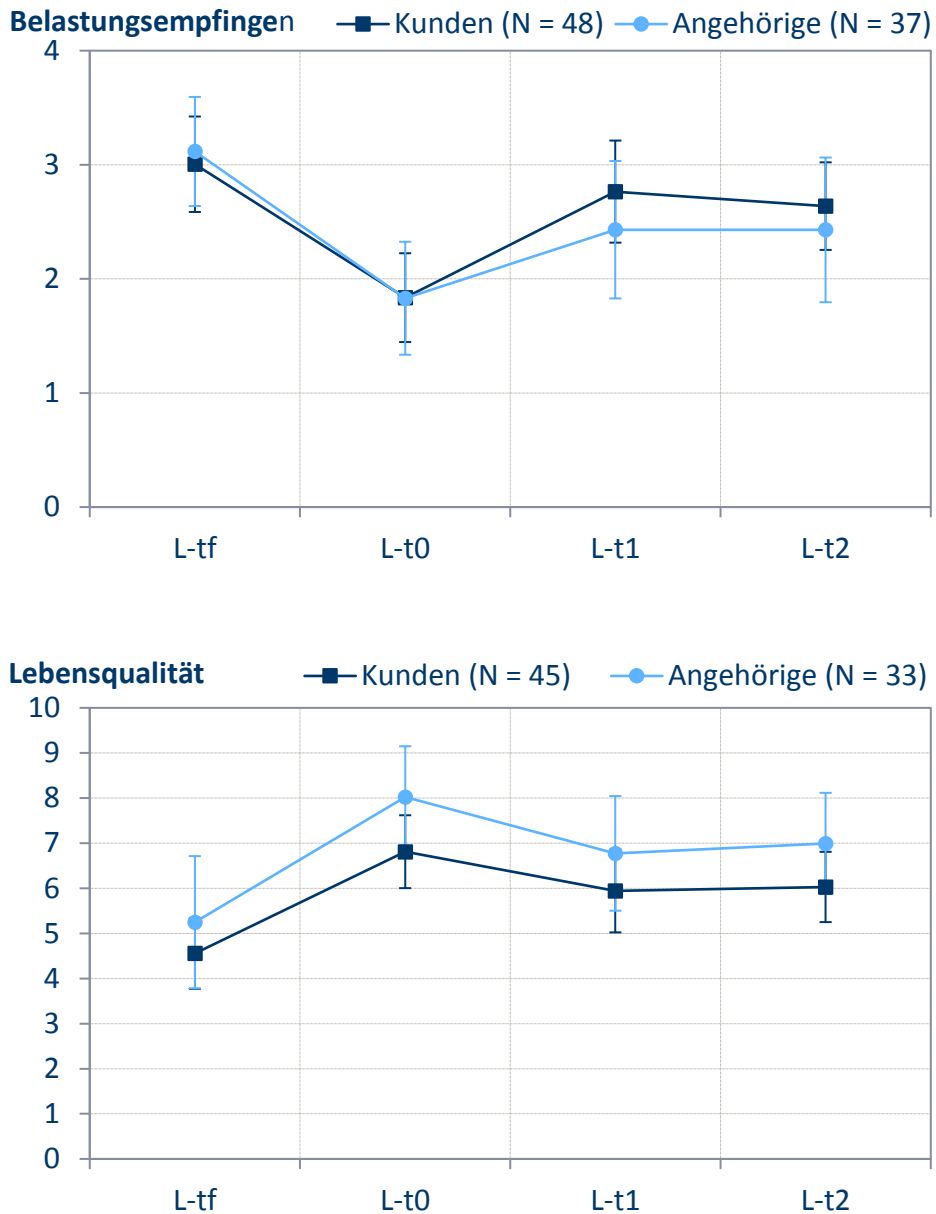
Für sämtliche Outcome-Parameter ergibt sich eine signifikante Veränderung über die Zeit (Belastungsempfinden Kunde:  $F_{(3,135)}=344.5$ ,  $p<.001$ ; Belastungsempfinden Angehörige:  $F_{(3,102)}=6.1$ ,  $p<.01$ ; Lebensqualität Kunde:  $F_{(2,126)}=9.6$ ,  $p<.01$ ; Lebensqualität Angehörige:  $F_{(3,90)}=6.0$ ,  $p<.01$ ; bei Verletzung der Sphärizität wurde die Korrektur nach Huynh-Feldt verwendet). Hingegen zeigt sich für keinen der Outcome-Parameter ein Effekt des Zwischensubjektfaktors „Einrichtungstyp“ ( $p\geq.683$ ). Abbildung 121 zeigt die Mittelwerte der Outcome-Parameter zu den konsekutiven Erhebungszeitpunkten. Wie zu erkennen ist, verringert sich die empfundene Belastung sowohl für Kunden als auch für Angehörige von einem früheren Zustand ohne Betreuung (L-t<sub>f</sub>) zum ersten Erhebungszeitpunkt mit Betreuung (post-hoc paarweiser Vergleich L-t<sub>f</sub> vs. -t<sub>0</sub>:  $p<.01$ ).

Danach nimmt die empfundene Belastung sowohl für Kunden als auch für Angehörige jedoch wieder zu, so dass sie sich zu den Folgerhebungen (L-t<sub>1</sub> und L-t<sub>2</sub>) nicht mehr signifikant vom Ausgangszustand (L-t<sub>f</sub>) unterscheidet (post-hoc paarweiser Vergleich L-t<sub>f</sub> vs. -t<sub>1</sub> bzw. -t<sub>2</sub>:  $p\geq.235$ ). Die anfängliche Belastungsreduktion ist somit nicht von bleibender Dauer.

Für den Outcome-Parameter „Lebensqualität“ sieht die Entwicklung über die Zeit etwas anders aus. Auch hier ist zunächst eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität sowohl für Kunden als auch für Angehörige von einem früheren Zustand ohne Betreuung (L-t<sub>f</sub>) zum ersten Erhebungszeitpunkt mit Betreuung zu beobachten (post-hoc paarweiser Vergleich L-t<sub>f</sub> vs. -t<sub>0</sub>:  $p<.01$ ). Zwar nimmt die Lebensqualität der Kunden zu den Folgerhebungen (L-t<sub>1</sub>, -t<sub>2</sub>) wieder etwas ab, bleibt letztendlich jedoch signifikant höher als zum Ausgangszustand ohne Betreuung (post-hoc paarweise Vergleiche für Lebensqualität Kunde L-t<sub>f</sub> vs. -t<sub>2</sub>:  $p<.05$ ). Die Verbesserung der Lebensqualität der Kunden erweist sich so als nachhaltiger als die Reduktion ihres Belastungsempfindens. Obwohl mit der Zeit die Belastung offenbar wieder zunimmt und die Lebensqualität etwas abnimmt, kehrt Letztere doch nicht auf das Ausgangsniveau zurück.

Hingegen sinkt für Angehörige die Lebensqualität in den Folgerhebungen relativ zur anfänglichen Verbesserung zu L-t<sub>0</sub> etwas stärker, so dass sie sich dem Ausgangszustand ohne Betreuung (L-t<sub>f</sub>) deutlich annähert und schließlich von diesem nicht weiter signifikant unterscheidet (post-hoc paarweiser Vergleich für Lebensqualität Angehörige L-t<sub>f</sub> vs. -t<sub>2</sub>:  $p=.623$ ). Allerdings unterscheidet sich der letztendliche Zustand der Folgerhebungen (L-t<sub>2</sub>) genauso wenig vom Zustand der anfänglichen Verbesserung (L-t<sub>0</sub> vs. -t<sub>2</sub>: Lebensqualität Angehörige L-t<sub>f</sub> vs. -t<sub>1</sub>:  $p=.169$ ). Somit kann auch für Angehörige immer noch angenommen werden, dass im Mittel kein vollständiger Rückgang auf das anfängliche Ausgangsniveau erfolgt.

Abbildung 121: Entwicklung der Outcome-Parameter über die Zeit



Quelle: IGES; persönliche Kundenbefragung L-t0 bis -t2

Anmerkung: Y-Achse entspricht Mittelwerten ( $\pm$  Konfidenzintervall) auf 5-stufiger Ratingskala zur Belastung (obere Grafik; von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „stark“) und auf 10-stufiger Ratingskala zur Lebensqualität (untere Grafik; von 0 = „schlechtestes Leben“ bis 10 = „bestes Leben“). Gemeinsame Darstellung für Kunden aus BD, nBa und PD, da sich zwischen den drei Einrichtungstypen kein statistisch signifikanter Unterschied zeigt.

Wie bereits erwähnt, wäre die Verschlechterung nach anfänglicher Verbesserung der Kunden-/Angehörigensituation vor dem Hintergrund progredienter alters- bzw. krankheitsbedingter Einschränkungen zu erwarten. Daher werden analog zu den Outcome-Parametern auch die Ratings der betreuungsrelevanten

Problemlagen im Zeitverlauf betrachtet. Allerdings wurden hier keine Ausprägungen zu L-t<sub>f</sub> erhoben, da die retrospektive Einschätzung in den elf Bereichen (vgl. Abbildung 43) als zu schwierig erachtet wurde.

Die ANOVA schließt statt der Outcome-Parameter die Ratings in den elf Bereichen der betreuungsrelevanten Problemlagen als AV ein. Die UV bildet wieder die Zeit (Messwiederholungsdesign). Es zeigt sich auch hier ein signifikanter Haupteffekt der Zeit ( $F_{(2,72)}=8.5, p<.01$ ); wie Abbildung 122 zu entnehmen ist, entspricht dieser Haupteffekt einer generellen Zunahme der Ausprägungen betreuungsrelevanter Problemlagen von L-t<sub>0</sub> nach -t<sub>1</sub> (vgl. „Mittelwert“ in Abbildung 122; post-hoc paarweise Vergleiche für L-t<sub>0</sub> vs. -t<sub>1</sub>:  $p<.001$ ; L-t<sub>0</sub> vs. -t<sub>2</sub>:  $p<.05$ ; L-t<sub>1</sub> vs. -t<sub>2</sub>:  $p=.1.000$ ).

Darüber hinaus zeigt sich eine signifikante Interaktion des Zeitfaktors mit der genauen Art betreuungsrelevanter Problemlagen ( $F_{(20,40)}=2.8, p<.001$ ; nach Huynh-Feldt korrigierte Werte aufgrund Verletzung der Sphärizität). Wie Abbildung 122 zu entnehmen ist, geht die Interaktion v.a. darauf zurück, dass die Intensivierungen in den verschiedenen Problembereichen unterschiedlich stark ausfallen; für manche fehlt sogar eine Intensivierung.

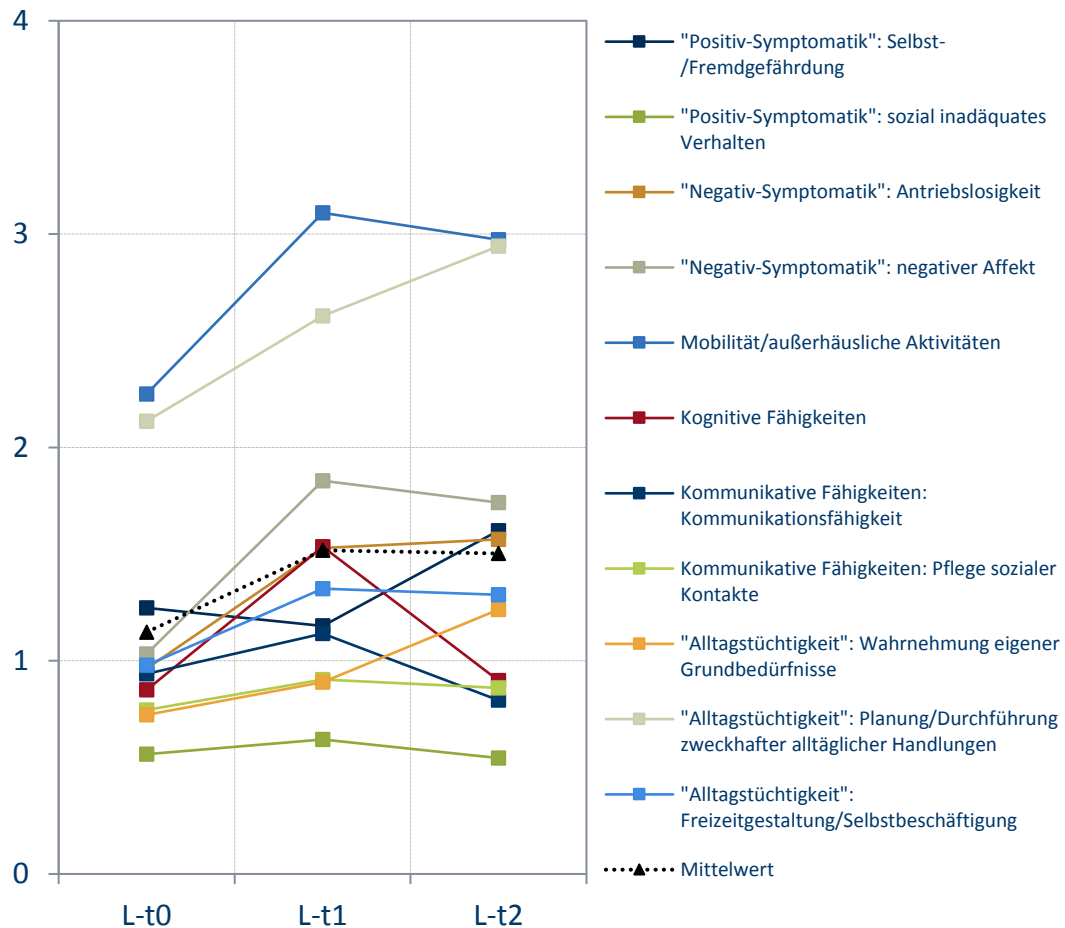
Die beobachtbare Verschlechterung der Kunden-/Angehörigensituation bzgl. der Outcome-Parameter in den Folgeerhebungen (L-t<sub>1</sub> und -t<sub>2</sub>), trotz der anfänglichen deutlicheren Verbesserung zum ersten Erhebungszeitpunkt (L-t<sub>0</sub>), muss so vor dem Hintergrund der zeitgleichen Intensivierung betreuungsrelevanter Problemlagen interpretiert werden. Zu L-t<sub>0</sub> sind die betreuungsrelevanten Problemlagen im Durchschnitt (noch) am geringsten ausgeprägt, daher tritt die Reduktion des Belastungsempfindens und Verbesserung der Lebensqualität hier wahrscheinlich besonders deutlich in Erscheinung. Aufgrund der Intensivierung der Problemlagen ab L-t<sub>1</sub> kommt es wahrscheinlich zu einer wiederholten Zunahme des Belastungsempfindens und Abnahme der Lebensqualität, so dass die Situation sich dem Ausgangsniveau („ohne Betreuung“) wieder annähert. Allerdings scheint nur das Belastungsempfinden mit der Zeit vollständig auf das Ausgangsniveau zurückzukehren, während sich die Verbesserung der Lebensqualität oberhalb des ursprünglichen Zustandes zu stabilisieren scheint.

Für den Zwischensubjektfaktor „Einrichtungstyp“ (BD, nBa, PD) zeigt weder in den Analysen der Outcome-Parameter ( $p\geq.683$ ) noch der Ausprägung betreuungsrelevanter Problemlagen ein statistisch signifikanter Effekt ( $p=.342$ ). Damit ist – anders als für die schriftlichen Kundenbefragungen – kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen bzgl. der Wirksamkeit ihrer Betreuungsleistungen bzw. der Ausprägung betreuungsrelevanter Problemlagen der Kunden zu beobachten.

Allerdings ist die deutlich geringere Stichprobengröße in der Längsschnittstudie zu beachten. Betrachtet man die Mittelwerte der Outcome-Parameter getrennt nach „Einrichtungstyp“ zeigt sich tendenziell das gleiche Muster wie für die schriftlichen Kundenbefragungen, mit insgesamt stärkeren Verbesserungen in BD als in nBa und

PD (vgl. Tabelle 82, Spalte „mittlere Veränderung“). Die Mittelwerte gehen jedoch aufgrund der geringen Fallzahl mit relativ breiten Konfidenzintervallen einher.

Abbildung 122: Entwicklung betreuungsrelevanter Problemlagen über die Zeit



Quelle: IGES; persönliche Kundenbefragung L-t0 bis -t2

Anmerkung: Y-Achse entspricht Mittelwert auf 5-stufiger Rating-Skala zum Ausprägungsgrad betreuungsrelevanter Problemlagen (Problemlage ist 0 = „gar nicht“, 1 = „ein wenig“, 2 = „mäßig“, 3 = „deutlich“, 4 = „stark ausgeprägt“). Gemeinsame Darstellung für Kunden aus BD, nBa und PD. „Mittelwert“ entspricht durchschnittlichem Rating über sämtliche Problemlagen.

Tabelle 82: Outcome-Parameter im Längsschnitt nach Einrichtungstyp

Outcome-Parameter	Einrichtungstyp	L-t <sub>r</sub> nach L-t0	L-t0 nach L-t1	L-t1 nach L-t2	mittlere Veränderung
Belastung Kunde	BD	1.2±0.4	-0.6±0.5	0.2±0.5	0.2±0.3
	nBa	1.6±0.7	-1.0±0.8	-0.4±0.8	0.1±0.5
	PD	-0.4±0.8	0.7±0.9	-1.1±1.0	-0.2±0.6
Belastung Angehörig	BD	1.2±0.5	-0.4±0.5	0.0±0.4	0.3±0.3
	nBa	1.0±0.9	0.3±0.8	-0.4±0.7	0.3±0.5
	PD	1.7±1.5	-1.7±1.4	0.3±1.2	0.1±0.8
Lebensqualität Kunde	BD	-2.6±0.9	0.5±0.8	-0.6±0.6	-0.9±0.5
	nBa	-2.3±1.6	1.1±1.4	0.0±1.2	-0.4±0.9
	PD	-1.8±2	1.0±1.7	0.8±1.4	0.0±1.1
Lebensqualität Angehörige	BD	-2.5±1.2	0.3±0.6	-0.6±0.5	-1.0±0.6
	nBa	-3.3±2.2	1.0±1.1	0.3±1.0	-0.7±1.0
	PD	-2.5±4.1	2.5±2.1	1.0±1.9	0.3±1.9

Quelle: IGES; persönliche Kundenbefragung L-t0 bis -t2

Anmerkung: Mittelwert ± Konfidenzintervall für Differenzen zwischen konsekutiven Erhebungszeitpunkten; t<sub>r</sub>: Zeitpunkt vor Inanspruchnahme von Betreuung, wird zu t0 retrospektiv erhoben. Tabelle zeigt Veränderung der Outcome-Parameter von einem Erhebungszeitpunkt zum nächsten (Differenz: früherer Zeitpunkt minus aktuellerer Zeitpunkt, d.h. negative Differenzen bei „Belastung“ indizieren eine höhere Belastung, positive Differenzen bei „Lebensqualität“ eine geringere Lebensqualität zum jeweils früheren Erhebungszeitpunkt).



## 5. Zusammenfassung

Um dem Betreuungsbedarf der anspruchsberechtigten Pflegeversicherten im ambulanten Bereich besser zu begegnen, wurde durch § 125 SGB XI die Erprobung eines neuen Anbietertyps – sog. Betreuungsdienste (BD) – veranlasst, der sich auf die Erbringung häuslicher Betreuungsleistungen konzentriert.

Auftrag der wissenschaftlichen Begleitforschung war es, die Wirksamkeit von BD hinsichtlich der Kriterien 1. Leistungsinhalte, 2. Qualität, 3. Wirtschaftlichkeit und 4. Akzeptanz (bei Nutzern bzw. Angehörigen) zu bewerten. Die Feldarbeit beinhaltete neben querschnittlichen Datenerhebungen zu drei konsekutiven Zeitpunkten (t0: Basiserhebung; t1: erste Folgeerhebung; t2: zweite Folgeerhebung) bei den Zielgruppen Einrichtungsleitung, Mitarbeitende und Nutzer von Betreuungsleistungen auch längsschnittliche Datenerhebungen bei Nutzern. Die Daten wurden anhand schriftlicher Befragungsinstrumente (vorrangig im Querschnitt) und persönlicher Interviews (vorrangig im Längsschnitt) gewonnen.

Neben BD berücksichtigte die wissenschaftliche Begleitforschung analoge Zielgruppen (Einrichtungsleitung, Mitarbeitende, Nutzer) in sog. Vergleichseinrichtungen, die zu zwei konsekutiven Erhebungszeitpunkten (analog t1 und t2 in BD) befragt wurden. Als Vergleichseinrichtungen wurden sog. niedrighschwellige Betreuungsangebote (nBa) und ambulante Pflegedienste (PD) eingeschlossen, die in der Region der neu gegründeten BD bereits Betreuungsleistungen im Rahmen des SGB XI erbrachten.

### 5.1 Verlauf der Begleitforschung

Die Feldarbeit der wissenschaftlichen Begleitforschung zu den Modellvorhaben gem. § 125 SGB XI begann im Dezember 2014. Zu diesem Zeitpunkt wurden mit Abschluss der Versorgungsverträge die ersten BD in die Begleitforschung eingeschlossen. Der Einschluss der letzten Modellvorhaben erfolgte im August 2015. Mit Einschluss der Dienste erhielt die Leitung der BD die ersten schriftlichen Befragungsunterlagen zur Basiserhebung (t0) mit Fragebögen für Leitungskräfte und Mitarbeitende. Mindestens sechs Monate, maximal neun Monate später erfolgte die 1. Folgeerhebung (t1) – wiederholt mit Fragebögen für Leitungskräfte und Mitarbeitende und erstmalig auch für Kunden bzw. ihre Angehörigen. Neun Monate nach t1 erfolgten die abschließenden schriftlichen Befragungen der Leitungskräfte, Mitarbeitenden und Kunden bzw. Angehörigen im Rahmen der 2. Folgeerhebung (t2).

Parallel zu den schriftlichen Befragungen wurden zu t1 auch Kunden bzw. Angehörige für die ersten persönlichen Interviews im Rahmen der Längsschnittstudie (L-t0) rekrutiert. Hier wurden analog zu den schriftlichen Befragungen ebenfalls zwei Folgeerhebungen realisiert (L-t1, L-t2). Insgesamt erstreckte sich die Längsschnittstudie über einen Zeitraum von Juni 2016 bis

September 2017, wobei je Kunde die konsekutiven Interviewzeitpunkte mit einem Abstand von mindestens 4,5 Monaten zueinander erfolgten.

Für das Modellprogramm gem. § 125 SGB XI waren ursprünglich 122 Einrichtungen vom GKV-SV als geeignet befunden worden (Stand 03.07.2014). Zur Basiserhebung (t0) handelte es sich nur noch um 49 Dienste, die in die wissenschaftliche Begleitforschung eingeschlossen werden konnten; 73 teilnahmegeeignete Einrichtungen hatten ihre Einwilligung zur Teilnahme am Modellprogramm bereits wieder zurückgezogen. Diese „Nicht-Teilnehmer“ erhielten von der Studienleitung einen kurzen Fragebogen, um mehr darüber zu erfahren, welche Gründe zur Beendigung der Teilnahme geführt hatten und ob die Einrichtung in einer anderen Form weitergeführt wurde. Die Teilnahmebereitschaft fiel mit 23 Rücksendungen jedoch eher gering aus.

Zu t0 nahmen sämtliche final in das Modellprogramm eingeschlossenen BD (N = 49) an den Befragungen der wissenschaftlichen Begleitforschung teil. Zu t1 waren es 44 BD; offiziell befanden sich zu diesem Zeitpunkt noch 47 BD im Modellprogramm, aber drei BD nahmen aus den folgenden Gründen nicht an den Befragungen teil: einer der Dienste überlegte seine Teilnahme am Modellprogramm zu beenden, bei einem ruhte der Versorgungsvertrag und ein Dienst setzte das Modellvorhaben erst seit Kurzem um. Zwei dieser BD teilten nach t1 die Beendigung ihrer Teilnahme am Modellprogramm mit. Durch den Ausstieg vier weiterer BD nahmen zu t2 nur noch 41 BD am Modellprogramm bzw. der wissenschaftlichen Begleitforschung teil. Durch den Ausstieg eines zusätzlichen BD nach Beendigung von t2 beläuft sich die Teilnehmerzahl im Modellprogramm zum Abschluss der wissenschaftlichen Begleitforschung auf 40 BD.

Im Rahmen einer großflächig angelegten Adressrecherche in den Bundesländern Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Sachsen wurden zudem niedrigschwellige Betreuungsangebote (nBa) und ambulante Pflegedienste (PD), die in denselben oder angrenzenden Landkreisen der BD Betreuungsleistungen erbringen, als sog. „Vergleichseinrichtungen“ recherchiert. Die recherchierten Einrichtungen erhielten einen Kurzfragebogen, der zum einen grobe Rahmenbedingungen der Einrichtungen (Trägerschaft, Anzahl der Mitarbeitenden und Kunden) erfragte und zum anderen um die Teilnahme an tiefergehenden Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung – parallel zu den Befragungen in BD – warb. Sowohl die Beteiligung an der Kurzbefragung als auch an den weiterführenden Befragungen fiel jedoch äußerst gering aus. Die Bereitschaft zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitforschung (t1) lag bei nBa bei 7%; die Teilnahmebereitschaft von PD fiel noch geringer aus und lag sogar unter 1%. Obwohl insgesamt 510 nBa und 1914 PD angeschrieben worden waren, konnten nur insgesamt 36 nBa und 17 PD in die Begleitforschung eingeschlossen werden, wovon zu t1 35 nBa und 16 PD und zu t2 23 nBa und 11 PD an den Befragungen teilnahmen.

Darüber hinaus erfolgten Exit-Befragungen mit Führungskräften der BD, die im weiteren Verlauf (nach t0) aus dem Modellprogramm ausgeschieden waren; hier

ging es v.a. um Gründe für ihren Austritt. Insgesamt konnten mit fünf Leitungskräften Exit-Befragungen geführt werden. Mit den Leitungen von im Modellprogramm verbliebenden BD wurden zwischen t1 und t2 zudem telefonische Interviews geführt, um qualitative Daten zu Stärken, Schwächen, Problemen, Hindernissen und Entwicklungsbedarfen von BD zu sammeln.

#### **Kernbefunde:**

---

**BD** Reduzierung der Teilnehmerzahl von ursprünglich N = 122 teilnahmegeeigneten Einrichtungen auf N = 49 BD zu t0 im Modellprogramm.

---

**nBa** Teilnahmebereitschaft an Begleitforschung bei 7 % aller angeschriebenen Einrichtungen (36 von N = 510).

---

**PD** Teilnahmebereitschaft an Begleitforschung bei < 1 % aller angeschriebenen Einrichtungen (17 von N = 1914).

---

**Fazit:** Die Teilnahmebereitschaft am Modellprogramm bzw. der wissenschaftlichen Begleitforschung war nur gering ausgeprägt. Die Zahl teilnehmender BD hatte sich zu Beginn des Modellprogramms so stark reduziert, dass die Gründe für den Rücktritt von der Begleitforschung anhand einer eigens dafür konzipierten Befragung untersucht wurden (Befragung von „Nicht-Teilnehmern“).

## **5.2 Rahmenbedingungen Leistungserbringer**

Die BD stammen in der Mehrheit der Fälle aus städtischen Regionen. Dabei ist die Teilnahme am Modellprogramm nicht mit der Siedlungsstruktur konfundiert, d.h. die „Nicht-Teilnehmer“ setzen sich siedlungsstrukturell ähnlich zusammen wie BD.

Zur Hälfte wurden die BD aus einer Vorgängereinrichtung heraus gegründet; zur anderen Hälfte handelt es sich um Neugründungen. Bei den Vorgängereinrichtungen handelt es sich zumeist um niedrighschwellige Betreuungsangebote. Hinsichtlich der Gründungshistorie zeigt sich ein Selektionsbias dahingehend, dass Einrichtungen mit Vorgängereinrichtung anteilig häufiger vom Modellprogramm zurückgetreten („Nicht-Teilnehmer“) sind als Neugründungen.

Die Rechtsform der meisten BD entspricht der eines „Einzelunternehmens“, gefolgt von „eingetragenen Vereinen“. Hinsichtlich dieser Rahmenbedingung findet sich kein Unterschied gegenüber den „Nicht-Teilnehmern“.

Etwas weniger als zwei Drittel der BD befinden sich in privater Trägerschaft; die übrigen BD sind in freigemeinnütziger Trägerschaft. Auch hier liegt ein Selektionsbias vor, da „Nicht-Teilnehmer“ sich deutlich häufiger in freigemeinnütziger als privater Trägerschaft befinden (für teilnehmende BD ist dies

---

genau umgekehrt). Freigemeinnützige Träger sind somit signifikant häufiger von einer Teilnahme am Modellprogramm zurückgetreten als private Träger.

Etwas mehr als die Hälfte der BD ist Mitglied in einem Verband. Dabei sind Einrichtungen, die Mitglied in einem Verband sind, signifikant häufiger vom Modellprogramm zurückgetreten als Einrichtungen ohne Mitgliedschaft.

Die unterschiedliche Zusammensetzung der BD relativ zu den „Nicht-Teilnehmern“ (Selektionsbias) zeigt, dass das Modellprogramm v.a. für Neugründungen (ohne Vorgängereinrichtungen) in privater Trägerschaft und ohne Einbindung in eine Verbandsstruktur attraktiv geblieben ist.

Die an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmenden Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) unterscheiden sich bzgl. der wichtigsten Rahmenbedingungen nicht von BD (Siedlungsstruktur, Trägerschaft, Rechtsform). Es ist wahrscheinlich, dass eine ähnliche Selektion wie bei BD auch die Teilnahme bestimmter nBa bzw. PD begünstigt hat (Teilnahme v.a. für Einrichtungen in privater Trägerschaft ohne Verbandsmitgliedschaft attraktiv). Auf struktureller Ebene ist nur insofern ein Unterschied auszumachen, als dass BD und PD häufiger Geschäftsräume vorhalten, die sich zudem zur Durchführung von Dienstbesprechungen eignen. Dieser Unterschied ist durch die einheitlichen Vorgaben für BD und PD zur Unterhaltung von Geschäftsräumen bedingt, die im Falle von nBa fehlen.

Im Umfeld (Einzugsgebiet) der BD befinden sich i.d.R. mehrere niedrighschwellige Angebote und/oder Pflegedienste, die ebenfalls Betreuungsleistungen anbieten. Nach Inkrafttreten des PSG I wird zu t1 von fast der Hälfte der Führungskräfte angegeben, dass das Betreuungsangebot durch andere Anbieter zugenommen hat; zu t2, d.h. nach Inkrafttreten von PSG II wird von etwas mehr als 60% angenommen, dass die Konkurrenz v.a. durch Pflegedienste weiter zunehmen wird. Dabei zeigt eine Gegenüberstellung der Einschätzung der Führungskräfte der BD mit der im Rahmen der Begleitforschung durchgeführten Adressrecherche zu anderen Anbietern im Umkreis, dass die Führungskräfte das Angebot durch niedrighschwellige Angebote relativ akkurat einschätzen können, während die Anzahl Betreuungsleistungen erbringender PD im Umkreis eher noch unterschätzt wird. Dies könnte damit zusammenhängen, dass BD häufig aus niedrighschwelligen Angeboten hervorgegangen sind und diesen Markt besser kennen.

Fast alle BD unterhalten Kooperationen mit anderen Einrichtungen, v.a. Pflegediensten. Insgesamt kooperieren BD häufiger mit anderen Einrichtungen als die Vergleichseinrichtungen; auch die Nennungen weiterer konkreter Kooperationspartner zeugen von einer stärkeren Netzwerkarbeit der BD verglichen mit nBa und PD.

Im weiteren Verlauf des Modellprogramms ausgeschiedene BD unterscheiden sich in Bezug auf die betrachteten Rahmenbedingungen (Gründungshistorie, Siedlungsstruktur, Rechtsform, Trägerschaft, Mitgliedschaft in Verband, Kooperationsnetzwerk, weitere Anbieter in der Region) nicht von verbliebenen BD.

---

Somit scheinen Rahmenbedingungen zwar für die Gründung eines BD relevant, nicht aber für den Fortbestand im Rahmen des Modellprogramms.

---

**Kernbefunde:**

---

**BD** V.a. kleinere Einrichtungen, etwas häufiger in privater Trägerschaft; zur Hälfte Neugründungen, zur anderen Hälfte Ausgründungen aus Vorgängereinrichtung (meist niedrigschwellige Betreuungsangebote).

Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft, mit Einbindung in Verbandsstruktur und mit Vorgängereinrichtung sind überproportional häufig vom Modellprogramm zurückgetreten.

---

**nBa** Kein Unterschied zu BD bzgl. Trägerschaft: Einrichtungen zur Hälfte privat, zur anderen Hälfte freigemeinnützig. Weniger Kooperationen mit anderen Einrichtungen als BD.

---

**PD** Befund wie nBa.

---

**Fazit:** Die Gründung von BD war v.a. für Einrichtungen in privater Trägerschaft ohne Vorgängereinrichtung und Einbindung in eine Verbandsstruktur attraktiv. Der Fortbestand von BD im weiteren Verlauf des Modellprogramms ist von diesen Rahmenbedingungen unbeeinflusst.

Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) zeigen ähnliche Rahmenbedingungen wie BD; wahrscheinlich da ein ähnlicher Selektionsmechanismus wie bei BD wirksam ist.

BD bieten ihre Betreuungsleistungen zumeist parallel zu bereits etablierten Anbietern (niedrigschwellige Angebote, Pflegedienste) im Einzugsgebiet an. Obwohl es zu Beginn des Modellprogramms bereits Betreuungsangebote im Umkreis der BD gab, erschien somit die Gründung eines BD sinnvoll. BD kooperieren zudem häufig mit anderen Einrichtungen, allen voran Pflegediensten. Dies spricht dafür, dass BD auch von etablierten ambulanten Anbietern als sinnvolle Ergänzung bestehender Versorgungsstrukturen anerkannt werden.

### 5.3 Einrichtungsleitung

Die Leitungskräfte der BD setzen sich zur Hälfte aus Pflegefachkräften zusammen; zur anderen Hälfte zeigen sie andere „typische“ Berufsabschlüsse aus dem gesundheitlich-sozialen Bereich bzw. dem Gesundheitswesen wie sie sich auch in der Pflegestatistik finden. Bei den nicht-pflegerischen Abschlüssen handelt es sich vermehrt um sozialarbeiterische/sozialpädagogische Berufsabschlüsse. Im Vergleich zu Pflegefachkräften hat sich bei diesem Personenkreis die berufliche Tätigkeit im pflegenahen Bereich häufig erst im weiteren Verlauf des beruflichen Werdegangs ergeben.

---

Die formelle Leitungsqualifikation analog § 71 Abs. 3 SGB XI liegt für die Mehrheit der Leitungskräfte der BD (N = 36) bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt (t0) vor; nur in einer Minderheit der Fälle wird diese erst im Rahmen des Modellprogramms erworben (t1: N = 13, t2: N = 14).

Obwohl acht Leitungskräfte zu t1 bzw. vier Leitungskräfte zu t2 gewechselt haben und acht BD ihre Teilnahme am Modellprogramm im weiteren Verlauf beendeten (N = 2 nach t0, N = 5 nach t1, N = 1 nach t2), bleibt die Verteilung der Berufsabschlüsse der Leitungskräfte und formellen Leitungsqualifikationen über die Zeit stabil. In den seltensten Fällen muss die eingewechselte Leitungskraft die formelle Leitungsqualifikation noch erwerben (jeweils N = 1 zu t1 und t2). Die Häufigkeit des Wechsels von Einrichtungsleitungen in BD unterscheidet sich nicht von nBa und PD.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen nur für wenige Struktur- und Prozesselemente eine Wirkung der genauen Art der formellen Leitungsqualifikation („Fach- /Hochschulabschluss“, „früher erworbene Zusatzqualifikation“, „Qualifikation in Modellvorhaben“): Die Art der Leitungsqualifikation spielt offenbar eine Rolle bei der Zusammensetzung des Leistungsspektrums der BD. Dabei unterscheidet sich das Spektrum vermutlich weniger inhaltlich als nur nach Art der Zuordnung, d.h. Leitungskräfte mit einer früher erworbenen Zusatzqualifikation differenzieren offenbar stärker zwischen hauswirtschaftlicher Versorgung und häuslicher Betreuung als Sachleistung und nutzen verstärkt den Sachleistungsanspruch der Kunden, möglicherweise da sie durch die absolvierte Zusatzqualifikation in Fragen des Leistungsrechts stärker geschult sind.

Wie zu erwarten, sind, im Unterschied zu BD, sämtliche verantwortlichen Fachkräfte der PD Pflegefachkräfte. Die anleitenden Fachkräfte der nBa zeichnen sich hingegen durch ein Berufsprofil aus, das dem der Leitungskräfte der BD ähnelt, mit zur Hälfte Pflegefachkräften und zur anderen Hälfte anderen „typischen“ Berufen aus dem gesundheitlich-sozialen Bereich. Im Gegensatz zu BD weist nur eine Minderheit der nBa (N = 9) anleitende Fachkräfte mit formeller Führungsqualifikation analog § 71 SGB XI auf.

#### **Kernbefunde:**

---

**BD** Leitungskräfte sind etwa zur Hälfte Pflegefachkräfte, zur anderen Hälfte aus anderen typischen Berufsgruppen des gesundheitlich-sozialen Bereichs (vorrangig sozialpädagogische/sozialarbeiterische Berufsabschlüsse); formelle Leitungsqualifikation analog § 71 SGB XI liegt i.d.R. bei Aufnahme der Tätigkeit bereits vor.

---

**nBa** Anleitende Fachkräfte zeigen ähnliche Berufsabschlüsse wie Leitungskräfte der BD; i.d.R. zeigt Einrichtungsleitung keine Leitungsqualifikation analog § 71 SGB XI.

---

---

<b>PD</b>	Verantwortliche Pflegefachkraft sind hauptsächlich Krankenschwester/innen; sämtliche Leitungen mit Leitungsqualifikation analog § 71 SGB XI.
-----------	--

---

**Fazit:** Die Leitungen der BD weisen ein vielfältigeres Spektrum an Fachkräften auf als Leitungen der PD, da sie neben Pflegefachkräften auch andere „typische“ Berufe aus dem gesundheitlich-sozialen Bereich umfassen (v.a. sozialpädagogische/ sozialarbeiterische Berufsabschlüsse). Die anleitenden Fachkräfte der nBa zeigen ähnliche Berufsabschlüsse wie die Leitung der BD, besitzen aber i.d.R. keine formelle Leitungsqualifikation analog § 71 SGB XI. Die Qualifizierungsmaßnahme scheint v.a. förderlich um Leistungen i.S. des Leistungsrechts klarer voneinander zu differenzieren und im Rahmen des Sachleistungsanspruchs der Versicherten geltend zu machen.

#### 5.4 Mitarbeitende

Zur Basiserhebung (t0) arbeiteten 272 Mitarbeitende in den BD. Dies entspricht durchschnittlich ca. sechs Mitarbeitenden pro BD (zzgl. Leitungskraft und ihrer Stellvertretung). Einige Dienste waren zu diesem Zeitpunkt allerdings noch ohne Mitarbeitende (BD befanden sich im Aufbau). Zur ersten Folgerhebung (t1) weisen schließlich sämtliche BD Mitarbeitende auf, wobei insgesamt 371 Mitarbeitende in den Einrichtungen arbeiten. Die durchschnittliche Mitarbeiteranzahl hat sich so auf ca. acht pro BD erhöht. Zu t2 ist im Durchschnitt keine weitere Zunahme der Mitarbeiterzahl zu beobachten.

Die Zunahme der Mitarbeiterzahl erfolgt unabhängig von den Rahmenbedingungen der Einrichtungen (Trägerschaft, Siedlungsstruktur, Gründungshistorie). Die Größe der BD (Mitarbeiterzahl) ist aber offenbar relevant für den Fortbestand der Einrichtungen im Modellprogramm, da im weiteren Verlauf ausgeschiedene BD eine geringere Mitarbeiterzahl zeigen als im Modellprogramm verbliebene BD.

„Nicht-Teilnehmer“ weisen im Mittel eine höhere Mitarbeiterzahl auf als die an der wissenschaftlichen Begleitforschung teilnehmenden Einrichtungen (BD, PD, nBa). Dies legt nahe, dass das Modellprogramm bzw. die wissenschaftliche Begleitforschung v.a. für relativ kleine Einrichtungen attraktiv sind.

Die Verteilung der beruflichen Hintergründe der Mitarbeitenden der BD bleibt über die Zeit relativ unverändert (t0 bis t2): Ca. 13% der Mitarbeitenden in BD zeigt einen pflegefachlichen Berufsabschluss; ca. ein Drittel zeigt andere „typische“ Berufsabschlüsse im gesundheitlich-sozialen Bereich. Etwa die Hälfte der Mitarbeitenden in BD zeigt jedoch einen anderen beruflichen Hintergrund außerhalb des gesundheitlich-sozialen Bereichs. Ähnlich der Leitungskräfte ohne pflegefachliche Ausbildung, zeigt sich auch für die Mehrheit der Mitarbeitenden,

---

dass die Tätigkeit im pflegenahen Bereich i.d.R. erst später in der beruflichen Laufbahn aufgenommen wurde.

Der Anteil der Mitarbeitenden mit einer betreuenden Qualifikation analog den Betreuungskräfte-Richtlinien hat in BD von 54% zu t0 auf 71% zu t2 (gültige Prozent) zugenommen. Von 13% (gültige Prozent) muss die verbindliche Qualifikation auch zu t2 weiterhin nachgeholt werden („wird derzeit nachgeholt“ oder „ist geplant“). Für einen weiteren Anteil von ca. 16% der Mitarbeitenden der BD ist die Qualifikation offenbar nicht vorgesehen (t2), da sie i.d.R. in einem anderen Bereich als der häuslichen Betreuung (§ 124 SGB XI) eingesetzt werden (in 43 von 58 Fällen zu t2) bzw. aus den Berufsabschlüssen deutlich wird, dass eine analoge Qualifikation auch auf anderem Wege erworben worden sein könnte (in 5 von 14 Fällen, die zu t2 ohne formelle Qualifikation in der häuslichen Betreuung eingesetzt werden). Die Mitarbeitenden (ohne pflegerischen Berufsabschluss), die in der häuslichen Betreuung der BD eingesetzt werden, kommen so i.d.R. der Verpflichtung zur Qualifizierung gemäß § 87b SGB XI nach (seit PSG II nach § 53c SGB XI verschoben).

An den Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung beteiligten sich aus BD zur Basiserhebung (t0) 71% der Mitarbeitenden; zur ersten Folgeerhebung (t1) hat sich die Teilnahmequote auf 43% reduziert. Dies könnte mit den relativ kurzen Befragungsabständen zwischen t0 und t1 (teilweise nur 6 Monate) zusammenhängen. Zudem waren die Fragebögen zu den ersten beiden Erhebungszeitpunkten sehr umfangreich und in weiten Teilen parallel. Zur zweiten Folgeerhebung (t2) wurden die Mitarbeiterfragebögen daher deutlich gekürzt; die Teilnahmequote blieb in BD von t1 nach t2 aber unverändert.

In nBa zeigt die große Mehrheit der Mitarbeitenden (> 70%) einen Berufsabschluss außerhalb des gesundheitlich-sozialen Bereichs. In PD handelt es sich hingegen bei der großen Mehrheit (ca. 65%) um Berufsabschlüsse im pflegerischen oder gesundheitlich-sozialen Bereich, mit ca. 45% Pflegefachkräften. Entsprechend dieser dominierenden Berufsabschlüsse weist in PD etwas mehr als 60% der Mitarbeitenden eine Qualifikation analog § 87b bzw. § 53c SGB XI auf; hingegen weist nur eine Minderheit der Mitarbeitenden in nBa (< 16%, gültige Prozent < 21%) eine entsprechende Qualifikation auf. Insgesamt ist die berufliche Qualifikation des Personals der BD in pflegfachlicher Hinsicht der in PD zwar unterlegen, bzgl. der betreuenden Grundqualifikation sind BD und PD aber durchaus vergleichbar. Dagegen zeigen nBa den höchsten Anteil Mitarbeitender mit Berufsabschlüssen außerhalb des pflegerischen oder gesundheitlich-sozialen Bereichs und ohne Qualifikation analog § 87b bzw. § 53c SGB XI. Die für den Bereich der Betreuung relevante Expertise liegt so in nBa wahrscheinlich deutlich unter der in BD und PD.

#### **Kernbefunde:**

---

**BD** V.a. Einrichtungen mit geringer Mitarbeiterzahl nehmen an Modellprogramm teil. Mitarbeiterzahl steigt zu t1 signifikant an.

---



---

Mitarbeitende zeigen etwa zur Hälfte Berufsabschlüsse aus dem pflegerischen oder gesundheitlich-sozialen Bereich (mit ca. 13% Pflegefachkräften zu t2), die andere Hälfte zeigt „fachfremden“ Berufsabschluss mit Qualifizierung durch Maßnahme gemäß Betreuungskräfte-Richtlinien. Insgesamt zeigen ca. 67% Qualifizierung analog den Betreuungskräfte-Richtlinien.

---

**nBa** Mitarbeiteranzahl entspricht BD (zu t2).

Weniger als ein Drittel zeigen Berufsabschluss im pflegerischen (ca. 7%) oder gesundheitlich-sozialen Bereich (ca. 20%). Weniger als ein Viertel der Mitarbeiter zeigen Qualifizierung analog Betreuungskräfte-Richtlinien. Betreuungsbezogenes Qualifikationsniveau ist somit geringer als in BD.

---

**PD** Mitarbeiteranzahl unterscheidet sich nicht von BD (zu t2).

Etwa die Hälfte der Mitarbeitenden zeigt einen Berufsabschluss als Pflegefachkraft; maximal ein Viertel zeigt anderen typischen Beruf aus dem gesundheitlich-sozialen Bereich. Übrige Mitarbeitende haben „fachfremde“ Berufsabschlüsse. Ca. 64% besitzen Qualifizierung analog Betreuungskräfte-Richtlinien. Qualifikationsniveau ist somit insgesamt höher als in BD; speziell im Bereich der betreuenden Qualifikation aber ähnlich wie in BD.

---

**Fazit:** Eine Teilnahme am Modellprogramm bzw. an der wissenschaftlichen Begleitforschung war v.a. für kleine Einrichtungen (relativ geringe Mitarbeiteranzahl) interessant, wobei jedoch besonders kleine Einrichtungen im weiteren Verlauf des Modellprogramms ihre Teilnahme häufiger beendet haben. Dabei haben die untersuchten Rahmenbedingungen (Siedlungsstruktur, Trägerschaft, Gründungshistorie) keinen Einfluss auf das Wachstum der BD (Mitarbeiteranzahl). Eine geringere Einrichtungsgröße war so zwar förderlich für die Gründung der BD; eine besonders geringe Größe wirkte sich aber offenbar nachteilig auf den Fortbestand der BD im Modellprogramm aus.

Die Hälfte der Mitarbeitenden der BD weist einen Berufsabschluss im pflegerischen oder gesundheitlich-sozialen Bereich auf; die andere Hälfte könnte man als „Quereinsteiger“ mit einem früheren beruflichen Werdegang außerhalb des gesundheitlich-sozialen Bereichs bezeichnen. Damit wird das Personal der BD einerseits von einer breiteren Fachkräftebasis gestellt, andererseits – mit der Möglichkeit der nachträglichen Qualifizierung – um gänzlich andere Berufs- und Personengruppen erweitert. Der Vergleich der Mitarbeiterpopulationen zwischen BD und den Vergleichseinrichtungen zeigt, dass die betreuende Grundausbildung der Mitarbeitenden in BD und PD formell sehr ähnlich ausfällt, wohingegen in nBa ein weitaus geringeres formales Qualifikationsniveau vorherrscht.

---

## 5.5 Zusammensetzung der Kunden

Zur Basiserhebung (t0) nutzten 683 Kunden die Dienstleistungen der BD, allerdings war fast ein Viertel der Dienste zu diesem Zeitpunkt noch gänzlich ohne Kunden (Dienste befanden sich noch im Aufbau). Zur ersten Folgerhebung (t1) hat sich die Gesamtzahl mit insgesamt 1.488 Kunden in den BD mehr als verdoppelt; sämtliche BD weisen nun Kunden auf. Im Durchschnitt befanden sich zu t0 ca. vierzehn Kunden in einem BD; zu t1 hat sich diese Anzahl auf ca. 34 Kunden pro BD erhöht. Zu t2 hat sich die Kundenanzahl weiter auf insgesamt 1.791 Kunden mit im Durchschnitt 46 Kunden pro Einrichtung erhöht.

Wie schon die Zunahme der Mitarbeiterzahl bleibt auch die Zunahme der Kundenanzahl ohne Zusammenhang mit den betrachteten Rahmenbedingungen (Siedlungsstruktur, Trägerschaft, Gründungshistorie), d.h. der rege Kundenzulauf erfolgt in recht unterschiedlichen Kontexten.

Im Mittel weisen „Nicht-Teilnehmer“ und PD mehr Kunden auf als BD und nBa. Betrachtet man jedoch nur die Anzahl der Kunden mit Betreuungsleistungen in PD, so nähert sich diese der Gesamtanzahl der Kunden in BD, besonders zu t2, an.

Die Kunden der BD sind durchschnittlich um das Jahr 1940 geboren, ca. 65% sind weiblich. Im Vergleich zu den Vergleichseinrichtungen nimmt das durchschnittliche Alter der Kunden von nBa über BD nach PD zu; in derselben Rangreihe nimmt auch das Geschlechterverhältnis zugunsten von Frauen zu. Da sich die Kunden in PD und BD aus älteren Bevölkerungsschichten als in nBa zusammensetzen, erhöht sich durch die höhere Lebenserwartung von Frauen zwangsläufig auch deren Anteil an den Kunden.

Neben den additiven Effekten von Geschlecht (Alter Frauen > Männer) und Einrichtungstyp (Alter Kunden in nBa < BD < PD) zeigt sich auch eine Interaktion aus Einrichtungstyp und Geschlecht auf das Alter der Kunden. Demnach sind männliche relativ zu weiblichen Kunden in nBa deutlich jünger als in BD und PD, d.h. in nBa befinden sich relativ viele jüngere männliche Kunden. Sowohl der generelle als auch der geschlechtsspezifische Altersunterschied zwischen den drei Einrichtungstypen deuten auf ihre Inanspruchnahme durch jeweils unterschiedliche Kundenpopulationen.

Vor Inkrafttreten des PSG II und damit der Ablösung der Pflegestufen durch Pflegegrade handelte es sich bei der Hälfte der Kunden in BD um Personen mit Pflegestufe I (PS I), bei ca. einem Viertel um Personen mit Pflegestufe II (PS II); der Anteil von Personen mit Pflegestufe 0 oder III betrug jeweils ca. 12%. Zum Vergleich gestalten sich die relativen Häufigkeiten der Pflegestufen in der ambulanten Versorgung gem. Pflegestatistik (2015) wie folgt: PS 0 5.7%, PS I 55.8%, PS II 29.3%, PS III 9.3%. Damit liegt in BD v.a. der Anteil von Personen mit PS II unter und der Anteil mit PS 0 über dem jeweiligen Anteil in der Pflegestatistik. Auch für nBa unterscheiden sich die Häufigkeiten von der Pflegestatistik (v.a. vermehrt PS 0 und PS III), wohingegen die Verteilung in PD der typischen Verteilung in der ambulanten Versorgung entspricht. Die Kundenpopulation in den primär

betreuerischen Einrichtungen (BD, nBa) unterscheidet sich so bzgl. ihres Pflegebedarfs von der typischen Kundenpopulation in Pflegediensten.

Jedoch zeigt sich sowohl in PD als auch nBa eine mit der Pflegestatistik konsistente gemeinsame Verteilung von Pflegestufe und Alter (durchschnittliches Alter für PS I und PS II liegen nah beieinander, durchschnittliches Alter für PS III liegt darunter). Nur in BD fallen Personen mit PS II und III jünger aus als Personen mit PS I. Zudem zeigt sich nur für PS 0 und I eine Zunahme des durchschnittlichen Alters von nBa über BD nach PD; für PS II und III findet sich dagegen eine Zunahme des durchschnittlichen Alters nur von nBa nach PD, während diese Pflegestufen in BD relativ jung ausfallen. Dies deutet daraufhin, dass alterskorrelierte und altersunabhängige Hilfebedarfe zugleich eine differentielle Inanspruchnahme der drei Einrichtungstypen bedingen.

Zu t1 findet sich in PD ein höherer Anteil von Personen ohne Pflegestufe als in nBa und BD; in BD ein höherer Anteil von Personen mit PS I als in nBa; und in BD und nBa ein höherer Anteil von PS 0 und PS III als in PD. Zu t2 ändert sich die Abfrage, da mit Inkrafttreten von PSG II und dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegebedarf nicht mehr anhand von Pflegestufen, sondern Pflegegraden (PG) abgebildet wird. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den drei Einrichtungstypen mit einem höheren Anteil von PG 2 in BD und von Personen ohne PG in PD – dieser Unterschied ähnelt der Verteilung der Pflegestufen mit höheren Anteilen von Personen mit PS 0 und PS I in BD und ohne PS in PD.

Über 70% der Kunden der BD weisen zudem eine eingeschränkte Alltagskompetenz (EA) gem. ehem. § 45a SGB XI auf (Stand SGB XI vor Januar 2017). EA wurde nur zu t0 und t1 erhoben, da sie mit Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die Pflegegrade integriert wurde. Der Anteil von Personen mit EA wird in der Pflegestatistik (2015) mit 31% für den ambulanten Bereich (32.9% für durch Pflegedienste versorgte Personen) ausgewiesen. Gegenüber PD zeichnen sich BD durch einen deutlich höheren Anteil von Personen mit EA aus; gegenüber nBa liegt der Anteil allerdings etwa 15% niedriger. Der erhöhte Anteil von Personen mit EA in nBa könnte historisch bedingt sein und mit dem leistungsrechtlichen Zugang zu diesem Einrichtungstyp zusammenhängen, der vor dem PSG I allein auf Personen mit EA begrenzt war.

Demenzielle Erkrankungen und körperliche Behinderungen werden für Kunden der BD als häufigste Arten der Einschränkung genannt (Einschätzung der Einschränkungsarten erfolgte hier durch Einrichtungsleitungen). Dabei nimmt der Anteil von Personen mit körperlicher Behinderung von t0 nach t2 um ca. 10% zu, während der Anteil von Personen mit einer demenziellen Erkrankung um ca. 10% abnimmt, so dass zu t2 Personen mit einer körperlichen Behinderung den größten Kundenanteil in BD (65%) stellen (Demenzen zu t2: 51%). Gegenüber den Vergleichseinrichtungen verteilen sich die Kunden in BD jedoch immer noch gleichmäßiger auf Demenzen und körperliche Behinderungen, während die Verteilung in nBa stärker zugunsten von Demenzen und in PD stärker zugunsten von körperlichen Behinderungen ausfällt.

---

Die Befunde zur Verteilung des Alters, der Pflegestufen (-Grade), der Einschränkung der Alltagskompetenz und der genauen Art der Einschränkung zeigen, dass sich die Kundenpopulationen der Einrichtungstypen eindeutig voneinander unterscheiden; d.h. die Kunden von BD, nBa und PD rekrutieren sich offenbar aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen: Kunden in nBa sind am jüngsten und zeichnen sich durch einen geringeren körperlich bedingten Pflegebedarf („körperliche Behinderung“), einen relativ hohen Anteil an demenziellen Erkrankungen und geistigen Behinderungen und einen hohen Betreuungsbedarf aus. Kunden in BD zeigen ähnlich häufig demenzielle Erkrankungen und einen vergleichbar hohen Betreuungsbedarf, sind aber im Durchschnitt deutlich älter und zeigen einen höheren körperlich bedingten Pflegebedarf („körperliche Behinderung“) als Kunden aus nBa. PD zeigt die älteste Kundenpopulation mit einem vorrangig körperlich bedingten Pflegebedarf („körperliche Behinderung“), dem geringsten Anteil demenzieller Erkrankungen und geringerem Betreuungsbedarf.

An der ersten schriftlichen Kundenbefragung (t1) beteiligten sich 24% der Kunden der BD bzw. deren Angehörige; zur zweiten Befragung (t2) ist die Teilnahmequote in BD auf nur noch 19% gesunken. In den Vergleichseinrichtungen war die Teilnahmebereitschaft der Kunden bzw. Angehörigen noch geringer ausgeprägt (11% bzw. 16% in nBa zu t1 bzw. t2, 7% bzw. 9% zu t1 bzw. t2 der Kunden mit Betreuung in PD). Für BD kann mit der gegebenen Stichprobengröße allerdings immer noch die Häufigkeit eines beliebigen Merkmals mit einem Stichprobenfehler von 5% und einem Vertrauensbereich von 95% ermittelt werden. In nBa und PD fallen die Stichprobengrößen zu gering aus, so dass die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse aus den Kundenbefragungen nicht in gleichem Maße wie für BD gegeben ist.

Dennoch erscheint auch die Stichprobe der Kundenbefragung in BD hinsichtlich der Anteile der verschiedenen Pflegestufen und Personen mit EA nicht vollständig repräsentativ. Es zeigt sich in BD und PD tendenziell eine verstärkte Teilnahme von Kunden mit höheren Pflegestufen (BD: PS II > PS I; PD: PS I > keine PS) oder EA. Eine verstärkte Teilnahme von Personen mit höheren Pflegestufen oder EA könnte damit zusammenhängen, dass bei diesen Personengruppen häufiger (geringer eingeschränkte) pflegende/betreuende Angehörige in der Nähe sein müssen, die die Beantwortung des Fragebogens eher übernehmen als die Pflegebedürftigen selbst.

#### **Kernbefunde:**

---

<b>BD</b>	<i>Anzahl</i>	v.a. Einrichtungen mit geringer Kundenanzahl nehmen am Modellprogramm teil. Kundenanzahl der BD nimmt von t0 nach t2 kontinuierlich zu.
	<i>Alter</i>	Kunden durchschnittlich um das Jahr 1940 geboren.
	<i>Pflegebedarf</i>	Zeigt andere Häufigkeiten von Pflegestufen als Pflegestatistik; v.a. PS 0 erhöht. >70% mit Einschränkung

---

		der Alltagskompetenz. Kunden höherer Pflegestufen (II und III) sind relativ jung (als aufgrund der Pflegestatistik zu erwarten wäre).
	<i>Art der Einschränkung</i>	Etwa die Hälfte mit demenzieller Erkrankung (51% zu t2); mehr als die Hälfte (65% zu t2) mit körperlicher Behinderung (Einschätzung der Leitung).
<b>nBa</b>	<i>Anzahl</i>	Kundenanzahl entspricht in etwa der von BD, liegt zu t2 aber tendenziell niedriger als bei BD.
	<i>Alter</i>	Die jüngsten Kunden: Kunden sind durchschnittlich mehr als 10 Jahre jünger als Kunden aus BD.
	<i>Pflegebedarf</i>	Zeigt andere Häufigkeiten von Pflegestufen als Pflegestatistik, PS 0 erhöht. >80% mit Einschränkung der Alltagskompetenz.
	<i>Art der Einschränkung</i>	Etwas mehr Kunden mit demenzieller Erkrankung als in BD (ca. 55% gemittelt über t1 und t2); deutlich weniger Personen mit körperlicher Behinderung als in BD (32% gemittelt über t1 und t2). Kunden zeigen höchsten Anteil mit geistiger Behinderung (max. 32%) (Einschätzung der Leitung).
<b>PD</b>	<i>Anzahl</i>	Kundenanzahl ist insgesamt höher als in BD; Anzahl der Kunden mit Betreuungsleistungen entspricht jedoch Gesamtzahl der Kunden in BD (t2).
	<i>Alter</i>	Die ältesten Kunden: Kunden sind durchschnittlich ca. 7 Jahre älter als Kunden aus BD.
	<i>Pflegebedarf</i>	Entspricht Verteilung gem. Pflegestatistik.
	<i>Art der Einschränkung</i>	Deutlich weniger Kunden mit demenzieller Erkrankung als in BD (ca. 32% gemittelt über t1 und t2); genauso viel Personen mit körperlicher Behinderung wie in BD (ca. 58% gemittelt über t1 und t2) (Einschätzung der Leitung).

**Fazit:** Eine Teilnahme am Modellprogramm war v.a. für kleinere Einrichtungen mit einer relativ geringen Kundenanzahl interessant. Die untersuchten Rahmenbedingungen bleiben ohne Einfluss auf den Kundenzuwachs der BD, d.h. BD verzeichnen in sehr unterschiedlichen Kontexten einen regen Kundenzulauf. Vor diesem Hintergrund ist auch die Zunahme der Mitarbeiterzahl der BD zu verstehen, die ebenfalls unabhängig von den Rahmenbedingungen erfolgt. Dadurch nähern sich BD der Größe von PD an.

Die Kundenpopulationen der drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD) unterscheiden sich bzgl. einer Vielzahl von Merkmalen eindeutig voneinander. Die Kunden in den primär betruerischen Einrichtungstypen, v.a. aber in BD unterscheiden sich zudem von den typischen Kunden ambulanter Pflegedienste gem. der aktuellen Pflegestatistik (2015).

## 5.6 Motive der Inanspruchnahme

In der Kundenbefragung wird von der großen Mehrheit der Befragten ein konkreter Anlass bzw. konkretes Ereignis genannt, das zur erstmaligen Inanspruchnahme der Einrichtungen bzw. Betreuungsleistungen geführt hat; für nBa erfolgen diese Angaben anteilig etwas seltener als für BD und PD (74% vs. 82% und 83%). Als häufigster Grund wird in sämtlichen Einrichtungstypen „fortschreitendes Alter oder eine fortschreitende Erkrankung“ genannt. Die Häufigkeit der Nennung anderer Gründe unterscheidet sich zwischen den drei Einrichtungstypen und deutet auf eine stärker durch Veränderungen geprägte Entwicklung bei Kunden aus BD und PD als nBa: PD werden gehäuft nach stationären Aufenthalten erstmalig genutzt, BD gehäuft, wenn sich die häusliche Situation der Kunden verändert hat.

Die Gründe bei erstmaliger Inanspruchnahme variieren systematisch mit der konkreten Art der Einschränkung der Kunden. Für Kunden mit demenzieller Erkrankung („Selbsteinschätzung“, d.h. Einschätzung erfolgte hier durch Kunden bzw. Angehörige) wird anteilig häufiger angegeben, dass die Einrichtung das erste Mal aufgrund fortschreitender Erkrankung bzw. Alter genutzt wurde. Bei Kunden mit körperlicher Behinderung („Selbsteinschätzung“) hat anteilig häufiger eine plötzliche Erkrankung oder ein Unfall dazu geführt, dass die Person schlechter für sich selbst sorgen kann. Das Muster deutet darauf hin, dass bei Personen mit körperlicher Behinderung häufiger akute Situationen oder plötzliche Ereignisse zur Inanspruchnahme der Einrichtungen führen, während es bei Demenz verstärkt allmähliche alters- und krankheitsbedingte Veränderungen sind.

In Anlehnung an die Module des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) sind im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung Items entwickelt worden, die die spezifischen „betreuungsrelevanten Problemlagen“ der Kunden erfassen. Anhand dieser Items bewerten Kunden bzw. Angehörige, wie stark verschiedenen Problemlagen, die eine Betreuung erfordern, ausgeprägt sind. Für Kunden mit Betreuungsleistungen (gemittelt über die drei Einrichtungstypen BD, nBa und PD) sind Probleme im Bereich der sog. „Positiv-Symptomatik“ (sozial inadäquate oder selbst- /fremdgefährdende Verhaltensweisen) am geringsten ausgeprägt, was sich auch mit der Angabe des Motivs der „Gefahrvermeidung“ als insgesamt eines der am seltensten genannten Motive deckt. Die am stärksten ausgeprägten Problemlagen finden sich in den Bereichen „Mobilität/außerhäusliche Aktivitäten“ (Fortbewegung außer Haus, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten) und „Alltagstüchtigkeit“ (Planung und Durchführung

zweckhafter Alltagsaktivitäten, Gestaltung des Tagesablaufs, selbstangeleitete Beschäftigung). Diese entsprechen zugleich betreuungsrelevanten Problemlagen, bei denen sich Kunden und Angehörige die meiste Unterstützung durch die Einrichtungen wünschen.

Die Höhe der Ausprägung der meisten Problemlagen unterscheidet sich nach Einrichtungstyp, mit geringeren Ausprägungen in PD als nBa und BD. Kunden aus BD und nBa weisen so offenbar einen ähnlich hohen Betreuungsbedarf auf, allerdings handelt es sich in den beiden Einrichtungstypen um verschiedene Kundenpopulationen – zumindest wird dies durch die Befunde zu den untersuchten Kundenmerkmalen (v.a. Alter, Geschlecht, Art der Einschränkung) nahegelegt.

Ein erhöhter Betreuungsbedarf der Kunden besteht gleichermaßen in BD und nBa wahrscheinlich aufgrund der in beiden Einrichtungstypen vorherrschenden hohen Prävalenz von Demenz und EA. Das durchschnittlich höhere Alter der Kunden in BD gegenüber nBa deutet jedoch auf eine differentielle Inanspruchnahme und wäre mit einer typischen demenziellen Entwicklung kompatibel, bei der in früheren Stadien eine weniger professionelle Betreuung genutzt wird, während im weiteren Verlauf der Erkrankung zu professionellen Betreuungsmöglichkeiten übergegangen wird. Dies ist auch mit der Nennung „fortschreitendes Alter oder fortschreitende Erkrankung“ als insgesamt häufigstes Motiv der Inanspruchnahme (sowohl in BD als auch nBa) konsistent. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die körperlich bedingte Gebrechlichkeit zu, was den erhöhten Anteil von Kunden mit körperlich bedingtem Pflegebedarf („körperliche Behinderung“ nach Einschätzung durch Einrichtungsleitung) in BD gegenüber nBa erklärt.

Die Betrachtung der Altersstruktur der Kunden legt so nahe, dass dieselbe hohe Intensität betreuungsrelevanter Problemlagen in BD und nBa auf jeweils unterschiedliche Populationen zurückzuführen ist, d.h. BD und nBa scheinen beide ausgeprägte Betreuungsbedarfe allerdings in unterschiedlichen Lebensphasen zu adressieren. Somit teilen sich BD und nBa zwar ihren Fokus auf Kunden mit demenziellen Erkrankungen, allerdings zu unterschiedlichen Phasen der Erkrankung.

Hingegen zeigen Kunden in PD eine hohe Prävalenz v.a. körperlich bedingter Hilfebedarfe („körperliche Behinderung“) bei relativ gering ausgeprägten Betreuungsbedarfen und das durchschnittlich höchste Alter. In PD wird offenbar, im Unterschied zu BD und nBa, vorrangig auf alterskorrelierte, somatisch bedingte Hilfebedarfe späterer Lebensphasen fokussiert.

Zusammenfassend adressieren nBa frühe und BD spätere erkrankungsbedingte *Betreuungsbedarfe* (v.a. bei Demenz); PD adressieren v.a. alterskorrelierte, körperlich bedingte *Pflegebedarfe*. Damit sind spezifische Bedarfskonstellationen beobachtbar, die systematisch zwischen den drei Einrichtungstypen variieren und von einem genuin eigenen Betätigungsfeld mit spezifischer Klientel der BD zeugen.

---

**Kernbefunde:**

---

**BD** Die erstmalige Inanspruchnahme durch Kunden resultiert v.a. aus einer Intensivierung „betreuungsrelevanter Problemlagen“ aufgrund zunehmenden Alters oder fortschreitender Erkrankungen. Stärkste Einschränkungen finden sich bei der Planung und Durchführung zweckhafter alltäglicher Handlungen, die für die Selbstversorgung unerlässlich sind.

---

**nBa** Betreuungsrelevante Problemlagen sind vergleichbar stark ausgeprägt wie in BD; allerdings handelt es sich um eine andere Kundenpopulation als in BD.

---

**PD** Kunden zeigen insgesamt die am geringsten ausgeprägten betreuungsrelevanten Problemlagen.

---

**Fazit:** Der Betreuungsbedarf von Kunden aus BD und nBa ist ähnlich hoch ausgeprägt und liegt über dem von Kunden aus PD. Da sich die Kundenpopulationen dennoch in einer Vielzahl von Merkmalen zwischen allen drei Einrichtungstypen voneinander unterscheiden, gehen die (-selben) betreuungsrelevanten Problemlagen mit einer für jeden Einrichtungstyp spezifischen Bedarfskonstellation einher; d.h. obwohl der Betreuungsbedarf in BD und nBa ähnlich ausfällt, geht dieser auf qualitativ unterschiedliche Kundenpopulationen zurück.

## 5.7 Koordination bei der Leistungserbringung

Von den meisten Kunden werden bei BD Betreuungsleistungen im Rahmen von Erstattungsleistungen (§ 45a-b SGB XI) bezogen; dieser Anteil hat von t1 (55% der Kunden) nach t2 (69%) signifikant zugenommen. Betreuung als Sachleistung (früher § 124 SGB XI; seit Januar 2017 in § 36 SGB XI integriert) wird „nur“ von etwa einem Drittel der Kunden in Anspruch genommen; in etwa so häufig wie Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung. Betreuung im Rahmen von Erstattungsleistungen wird auch in den Vergleichseinrichtungen (PD, nBa) von den meisten Kunden bezogen, allerdings werden in PD körperbezogene Pflegeleistungen (§ 36 SGB XI) für einen noch etwas höheren Kundenanteil erbracht.

Dabei muss der Leistungsbezug pro Kopf am tatsächlichen Umfang der Inanspruchnahme relativiert werden: Zwar zeigen BD und PD beide ähnlich hohe Kundenanteile mit Inanspruchnahme von Betreuung als Erstattungsleistung, dennoch nimmt diese Leistungsart am Tagesgeschäft der BD einen deutlich höheren Anteil ein als bei PD (in PD nehmen Pflegeleistungen den mit Abstand höchsten Anteil am Tagesgeschäft ein). In BD und PD gehen so dieselben Kundenanteile mit unterschiedlichen Volumina der Inanspruchnahme einher.

---



Somit erfolgt in BD Betreuung als Erstattungsleistung offenbar in einem höheren zeitlichen Umfang pro Kunde als in PD.

Hingegen wird Betreuung als Sachleistung innerhalb BD von einem relativ geringen Kundenanteil in Anspruch genommen, allerdings sorgt dieser für einen relativ hohen Anteil am Tagesgeschäft der BD (ca. 30% der Kunden entsprechen 20-30% des Tagesgeschäfts). Dagegen geht eine relativ hohe Kundenanzahl mit Erstattungsleistungen mit einem relativ geringen Anteil am Tagesgeschäft der BD einher (60-70% der Kunden entsprechen 35-45% des Tagesgeschäfts). Das deutet daraufhin, dass Kunden der BD mit Betreuung als Sachleistung typischerweise ein höheres zeitliches Inanspruchnahme-Volumen pro Kopf zeigen als Kunden mit (nur) Erstattungsleistungen. Betreuung als Sachleistung könnte somit besonders durch Kunden mit einem erhöhten Betreuungsbedarf in Anspruch genommen werden.

Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass das Inanspruchnahme-Volumen für Erstattungsleistungen durch den maximalen Entlastungsbetrag begrenzt ist. Prinzipiell besteht zwar die Möglichkeit bis zu 40% des Sachleistungsanspruchs in Erstattungsleistungen umzuwidmen, allerdings spielt dies bei der Finanzierung der Betreuung in BD bislang kaum eine Rolle. Dies muss keiner bewussten Entscheidung der Kunden über den Einsatz ihres Budgets entsprechen, sondern kann auch mit bürokratischen Hürden bei der Umwidmung oder bereits verbrauchten Sachleistungsansprüchen zusammenhängen. Das verringerte Inanspruchnahme-Volumen bei Kunden mit (nur) Erstattungsleistungen kann somit nicht in jedem Fall auf einen geringeren Betreuungsbedarf zurückgeführt werden. Nur wenn sich Kunden bzw. Angehörige bewusst entscheiden, Betreuung ausschließlich bis zum maximalen Entlastungsbetrag zu nutzen und auf weitere Betreuungsleistungen verzichten, obwohl noch Sachleistungsmittel nach § 36 SGB XI zur Verfügung stehen, spricht dies für einen geringer ausgeprägten Betreuungsbedarf. In diesem Fall ist der Bedarf an professioneller Betreuung offenbar nicht so hoch ausgeprägt, dass auch Sachleistungsansprüche genutzt werden müssten.

Die Kombinationen der verschiedenen Leistungsarten untereinander zeigen, dass Betreuung als Erstattungsleistung (§ 45a-b SGB XI) in PD i.d.R. in Kombination mit Pflegeleistungen erbracht wird; hingegen werden sie in BD deutlich seltener mit anderen Leistungen kombiniert; in nBa wird von so gut wie allen Kunden Betreuung ausschließlich als Erstattungsleistung bezogen. Dies verweist zusammen mit dem Anteil der verschiedenen Leistungsarten am Tagesgeschäft auf unterschiedliche „Kernleistungen“ der drei Einrichtungstypen: Betreuung als Sach- und Erstattungsleistung entspricht der Kernleistung von BD; Betreuung als Erstattungsleistung entspricht der Kernleistung von nBa; Pflegeleistungen sind dagegen die Kernleistung von PD.

Gruppenbetreuung wird von den BD und PD zwar relativ häufig angeboten – wobei dies im Rahmen von § 45b SGB XI etwas häufiger der Fall ist; allerdings zeigt sich in der Kundenbefragung, dass häufiger Einzelbetreuungen in Anspruch genommen

werden: Weniger als ein Viertel der Kunden von BD mit Gruppenbetreuungsangebot, nutzen dieses Angebot. PD zeigen hier insgesamt nur sehr geringe Fallzahlen. Gruppenbetreuung spielt so zumindest im Tagesgeschäft der BD und PD eine eher nachgeordnete Rolle. In nBa fällt hingegen nicht nur das Gruppenangebot größer aus, die Mehrheit der Kunden nutzt dieses Angebot auch.

Etwas mehr als ein Drittel der Kunden in BD wird gleichzeitig durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt (gem. Kundenbefragung); andere Anbieter von Pflege- bzw. Betreuungsleistungen werden für weniger als 10% der Kunden genannt (hier v.a. niedrigschwellige Betreuungsangebote, Tages- /Nachtpflege). Für Kunden aus nBa wird anteilig etwa genauso häufig wie für Kunden aus BD angegeben, gleichzeitig durch einen Pflegedienst versorgt zu werden. PD werden hingegen anteilig häufiger ausschließlich genutzt. Dienste mit Betreuungsleistungen als Kernleistung (BD, nBa) werden so häufiger in Kombination mit Pflegediensten genutzt als anders herum. Da auch das Ausmaß der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen der Kunden in PD geringer ausfällt, scheinen die insgesamt betreuungsbedürftigeren Kunden in BD und nBa häufiger auch Bedarf an professioneller Pflege zu haben als die eher somatisch bedingt pflegebedürftigen Kunden in PD auch Bedarf an (semi-) professioneller Betreuung haben. Wahrscheinlich geht Betreuungsbedarf eher mit Pflegebedarf einher als anders herum (zumindest in der vorliegenden Stichprobe).

Etwas mehr als die Hälfte der Kunden der BD lebt zusammen mit anderen Personen im Haushalt (insg. 58% in Kundenbefragungen); durchschnittlich teilen sich diese Kunden mit ein bis zwei weiteren Personen den Haushalt. 41% der Kunden aus BD leben jedoch allein. Trotz dieses relativ hohen Anteils alleinlebender Personen wird dennoch für die große Mehrheit der Kunden (75%) angegeben, dass die Sicherstellung der Pflege/Betreuung ausschließlich durch eine andere Person erfolgt. Die Sicherstellung erfolgt häufig durch den Ehepartner oder eine andere verwandte Person des Kunden. Insgesamt sind Frauen unter diesen „pflegenden Angehörigen“ häufiger vertreten (gem. Kundenbefragung).

Betrachtet man die Vergleichseinrichtungen zeigt sich, dass Kunden aus BD und nBa häufiger mit Angehörigen zusammenleben als Kunden aus PD. Dies ist sicherlich zum Teil durch das fortgeschrittene Alter der Kunden aus PD bedingt, da mit zunehmendem Alter (v.a. für Frauen) die Wahrscheinlichkeit steigt, dass eigene Kinder bereits ausgezogen sind, der (Ehe-) Partner verstorben ist und der Kunde allein im Haushalt verbleibt. Allerdings ist auch anzunehmen, dass Kunden aus BD und nBa, die einen insgesamt höheren Betreuungsbedarf zeigen als Kunden aus PD, häufiger nicht in der Lage sein werden allein zu leben. Zwar unterscheidet sich die Anzahl der weiteren Personen im Haushalt der Kunden nicht zwischen BD und nBa, allerdings leben Kunden aus nBa häufiger mit ihren Eltern zusammen (ca. 15% in nBa ggr. 5% in BD und 0% in PD), während Kunden aus BD häufiger mit sonstigen Mitbewohnern zusammenleben (z.B. ambulant betreute Wohneinrichtung; 12% in BD ggr. 3% in nBa und 0% in PD). Dieser Unterschied ist auch konsistent mit dem durchschnittlich jüngeren Alter der Kunden aus nBa als BD.

---

Zudem nimmt die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, nicht Pflegeleistungen, mit abnehmender Anzahl von weiteren Personen im Haushalt der Kunden zu – wahrscheinlich da Betreuung eher als Pflege durch Angehörige im Haushalt, soweit vorhanden, übernommen wird. Der (professionelle) Betreuungsbedarf steigt so mit einer abnehmenden Anzahl „betreuungsfähiger“ Personen im Haushalt. Dies deutet auf unterschiedliche informelle Betreuungsnetzwerke, die in Zusammenhang mit den systematischen Unterschieden zwischen BD, nBa und PD bzgl. Alter und Einschränkungstyp der Kunden einer für jeden Einrichtungstyp jeweils spezifischen Bedarfskonstellation entsprechen.

Von den Leitungskräften der BD wird mehrheitlich angegeben, „Bezugsbetreuung“ umzusetzen. In Anlehnung an das Konzept der sog. „Bezugspflege“ meint dies, dass die Planung, Koordination und Durchführung der Betreuung bei Kunden hauptsächlich durch eine(n) Mitarbeitende(n) allein übernommen wird. Die Angaben der Leitungskräfte sind jedoch nicht immer konsistent mit den Angaben der Mitarbeitenden. Dies verweist nicht zwangsläufig auf tatsächliche Inkonsistenzen, da Bezugsbetreuung nicht bedeutet, dass jede(r) einzelne Mitarbeitende Bezugsbetreuer/in ist. So könnte es sich bei Personen, die angeben keine Bezugsbetreuung durchzuführen, obwohl ihr Dienst angibt ausschließlich Bezugsbetreuung umzusetzen, v.a. um Mitarbeitende handeln, die nur mit einem Teil, nicht aber der kompletten Durchführung, Planung und Koordination von Betreuung betraut sind – die eigentliche Bezugsbetreuung erfolgt in diesen Fällen durch eine(n) andere(n) Mitarbeitende(n) der Einrichtung.

Dennoch wird in BD und nBa von einem insgesamt größeren Kundenanteil eine Vertrauensperson bei der Einrichtung angeben als in PD (76%, 86% vs. 60%). Dabei entstehen diese Vertrauensverhältnisse offenbar relativ unabhängig von der Anzahl zuständiger Mitarbeitender. Insgesamt ist für die Ausbildung von Vertrauensverhältnissen weder der Vorsatz der Bezugsbetreuung (gem. Angaben der Leitung) noch die Anzahl der betreuenden Mitarbeitenden pro Kunde prognostisch. Der allgemein höhere Anteil von Vertrauensverhältnissen in BD und nBa gegenüber PD verweist auf den unterschiedlichen Rahmen, in dem die Einrichtungen Betreuung erbringen. Werden Betreuungsleistungen als Kernleistung erbracht, könnten sie Vertrauensverhältnisse stärker begünstigen als wenn sie „nur“ in Ergänzung zu Pflegeleistungen erbracht werden.

Die Koordinierung mit anderen gleichzeitig versorgenden Einrichtungen scheint in der Praxis der BD offenbar weniger relevant (t1) als dies noch zu Anfang von den Leitungskräften angenommen und den Mitarbeitenden umgesetzt wurde (t0). Es ist möglich, dass nur zu Beginn bestimmte Absprachen einmalig getroffen werden mussten, die im laufenden Betreuungsprozess nicht nochmals neu verhandelt werden müssen. In den Vergleichseinrichtungen zeichnet sich nach Angaben der Leitungen und Mitarbeitenden ein ähnliches Ausmaß an Koordinierungen wie bei BD (zu t1) ab, was insgesamt für einen nur geringen Abstimmungsbedarf im laufenden Versorgungsprozess spricht. Zudem entspricht das Ausmaß der Abstimmungsprozesse i.d.R. den Erwartungen der Kunden bzw. Angehörigen, was

nahelegt, dass ein höheres Ausmaß an Koordinierung mit anderen Akteuren in den meisten Fällen tatsächlich nicht erforderlich ist.

### Kernbefunde:

<b>BD</b>	<i>Kernleistung</i>	Betreuung als Sach- und Erstattungsleistung (§§ 36 und 45a-b SGB XI).
	<i>Leistungsmix</i>	Betreuung als Sachleistung wird durch relativ geringe Kundenanzahl mit hohem Leistungsvolumen bezogen; Betreuung als Erstattungsleistung wird durch relativ hohe Kundenanzahl mit geringerem Leistungsvolumen bezogen. Sachleistungen werden häufiger mit Erstattungsleistungen kombiniert als anders herum.
	<i>häusliches Umfeld</i>	Fast 60% der Kunden leben mit anderen Personen zusammen, ca. 40% leben allein.
	<i>Bezugsbetreuung</i>	82-88% der Kunden geben Vertrauensverhältnis zu Mitarbeitenden der Einrichtung an.
<b>nBa</b>	<i>Kernleistung</i>	Betreuung als Erstattungsleistung (§ 45a-b SGB XI).
	<i>Leistungsmix</i>	Aufgrund schmaleren Leistungsportfolios wird i.d.R. ausschließlich Betreuung als Erstattungsleistung bezogen.
	<i>häusliches Umfeld</i>	Wie in BD, leben ca. 60% der Kunden mit anderen Personen zusammen; allerdings häufiger mit Familienangehörigen (Eltern, Geschwister) als in BD.
	<i>Bezugsbetreuung</i>	83-88% der Kunden geben Vertrauensverhältnis zu Mitarbeitenden der Einrichtung an.
<b>PD</b>	<i>Kernleistung</i>	Pflegeleistungen (§ 36 SGB XI; ferner auch SGB V).
	<i>Leistungsmix</i>	Pflegeleistungen, die fast ausschließlich mit Betreuung als Erstattungs- nicht Sachleistung kombiniert werden. Betreuung zeigt ein geringeres Leistungsvolumen als in BD. Insgesamt häufigere Kombination der Erstattungsleistung mit anderen Leistungen des SGB XI als in BD.  Seltener Kombination mit anderen ambulanten Anbietern als in BD und nBa.
	<i>häusliches Umfeld</i>	Kunden leben häufiger allein als Kunden aus BD und nBa.
	<i>Bezugsbetreuung</i>	58-62% der Kunden geben Vertrauensverhältnis zu Mitarbeitenden der Einrichtung an.

**Fazit:** Die drei Einrichtungstypen zeichnen sich durch unterschiedliche Kernleistungen aus. BD und nBa erbringen Betreuung als Kernleistung; PD erbringen Betreuung i.d.R. („nur“) als Ergänzung zu ihrer pflegerischen Kernleistung. Dabei gehen Betreuungsleistungen der PD mit einem relativ geringen Leistungsvolumen pro Kunde einher. Das häusliche Umfeld der Kunden unterscheidet sich systematisch zwischen BD, nBa und PD und verweist gemeinsam mit den Befunden zur unterschiedlichen Zusammensetzung der Kundenpopulationen auf spezifische Bedarfskonstellationen pro Einrichtungstyp.

Die Vorgabe der Bezugsbetreuung geht weder mit einer geringeren Anzahl betreuender Mitarbeitender pro Kunde noch mit einer vermehrten Ausbildung von Vertrauensverhältnissen einher. Allerdings wird von Kunden der primär betreuerischen Einrichtungen (BD, nBa) häufiger ein Vertrauensverhältnis angegeben als von Kunden der PD. Für die Ausbildung von Vertrauensverhältnissen ist somit förderlich, wenn Betreuung als Kernleistung und nicht bloß in Ergänzung zur (körperbezogenen) Pflege erbracht wird.

Die Koordination mit anderen gleichzeitig versorgenden Einrichtungen spielt im Tagesgeschäft der Einrichtungen (BD, nBa, PD) eine nur nachgeordnete Rolle.







## 5.8 Leistungsinhalte (Betreuungsinhalte)

Unter Zugrundelegung früherer Befunde wurde eine ausführliche Liste von Betreuungsinhalten entwickelt, die Mitarbeitenden und Kunden bzw. Angehörigen in den Befragungen vorgelegt wurde. Beide Zielgruppen in BD, nBa und PD nannten Gespräche, Spaziergänge in der näheren Umgebung und gedächtnisfördernde Beschäftigung („Biographiearbeit“) als am häufigsten umgesetzte Betreuungsinhalte. Diese häufigsten Nennungen kommen sicherlich auch zustande, da es sich dabei um Inhalte handelt, die sich gut mit anderen Betreuungsinhalten kombinieren lassen indem sie zeitgleich mit diesen realisiert werden können. So ist das Führen von Gesprächen fast zwangsläufig Bestandteil jeder Betreuung, obwohl das primäre Ziel z.B. in der gemeinsamen Erledigung eines Einkaufs liegen könnte; dasselbe gilt für Spaziergänge (z.B. gemeinsamer Gang zum Supermarkt) und die Biographiearbeit (z.B. Unterhaltung über Speisen, die man früher besonders gern zubereitet hat).

Allerdings finden sich auch Abweichungen zwischen der Kunden- und Mitarbeiterbefragung. Hier zeigt sich, dass bestimmte Betreuungsinhalte in der Mitarbeiterbefragung häufiger genannt werden als in der Kundenbefragung. Diese Unterschiede könnten zum einen mit unterschiedlichen Abfragemethoden zusammenhängen (Aufgabeneffekt): In der Mitarbeiterbefragung mussten Inhalte für mehrere Kunden angegeben werden, während in der Kundenbefragung nur Inhalte in Bezug auf die eigene Person anzugeben waren. Zum anderen unterscheidet sich aber auch die in der Mitarbeiterbefragung beschriebene Kundenstichprobe von der Stichprobe der Kundenbefragung, mit einer stärkeren Beeinträchtigung der Fähigkeiten zur Durchführung zweckhafter Alltagshandlungen in der Kundenstichprobe der Mitarbeiterbefragung. Solche

Unterschiede könnten die unterschiedlichen Häufigkeiten der Nennung von Betreuungsinhalten mitbedingen.

Führt man auf Grundlage der Kundenbefragung (Eignung von Betreuungsinhalten) eine Faktorenanalyse durch, ergibt sich folgende sechsdimensionale Faktorenstruktur:

-  (F1) Häusliche Beschäftigung,
-  (F2) Zwischenmenschliche Nähe,
-  (F3) Tagesstruktur und Alltagsbewältigung,
-  (F4) Gemeinschaft,
-  (F5) Hobby,
-  (F6) Wohnumfeld.

Die Angaben der Mitarbeitenden zu umgesetzten Betreuungsinhalten unterscheiden sich bzgl. F1, F2 und F4 von den Angaben in der Kundenbefragung. Diese entsprechen Klassen von Betreuungsinhalten, die auch – oder gerade – dann noch umsetzbar scheinen, wenn es zu einem weitgehenden Verlust der Fähigkeiten des Kunden zur Durchführung zweckhafter Alltagshandlungen gekommen ist. Damit scheint v.a. die unterschiedlich starke Beeinträchtigung von Fähigkeiten zur Durchführung zweckhafter Alltagshandlungen als Erklärung der unterschiedlich häufigen Nennungen von Betreuungsinhalten in der Mitarbeiter- und Kundenbefragung relevant.

Sämtliche Faktoren (Klassen von Betreuungsinhalten) – außer „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2) – zeigen selektive Zusammenhänge mit spezifischen Problemlagen, indem sie nach Ansicht der Kunden bzw. Angehörigen unterschiedlich gut geeignet sind, um bestimmte betreuungsrelevante Problemlagen zu adressieren. Betreuungsinhalte des Faktors „Zwischenmenschliche Nähe“ (F2) sind eher generischer Natur und werden bei höherer Ausprägung jeder Problemlage in der Kundenbefragung gehäuft für geeignet befunden. Inhalte der Faktoren F1, F3 und F6 werden dagegen nur bei höherer Ausprägung *bestimmter* Problemlagen für geeigneter befunden. Für Inhalte der Klasse „Gemeinschaft“ (F4) und „Hobby“ (F5) zeigen sich ausschließlich inverse Zusammenhänge mit der Ausprägung bestimmter betreuungsrelevanter Problemlagen, d.h. je stärker die Problemlage ausgeprägt ist, desto seltener kommen Betreuungsinhalte dieser Klassen in Frage.

Der Umfang, zu dem die verschiedenen Klassen von Betreuungsinhalten umgesetzt werden, unterscheidet sich systematisch zwischen den drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD). Dabei zeigen BD einen ähnlichen Umsetzungsgrad wie nBa bei eher nicht-zweckhafter Betreuung (F1 „Häusliche Beschäftigung“, F2 „Zwischenmenschliche Nähe“, F4 „Gemeinschaft“) aber wie PD bei eher zweckhafter Betreuung (F3 „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“). Da PD Betreuung zumeist in Ergänzung zu Pflegeleistungen erbringen, sind Betreuungsinhalte dort vorrangig im Bereich der (Selbst-) Pflege und Mobilisierung anzusiedeln. Im Bereich von Betreuungsinhalten im „Wohnumfeld“ (F6), die neben

der gemeinsamen Haushaltsführung auch Verwaltungsaufgaben und die Integration im häuslichen Umfeld des Kunden umfassen, zeigen BD selektiv den höchsten Umsetzungsgrad. Insgesamt zeichnen sich BD gegenüber den Vergleichseinrichtungen somit durch eine umfassendere Umsetzung „zweckhafter“ Betreuungsinhalte aus.

Bei der Frage nach weiteren Betreuungsinhalten wurden zu t1 von Mitarbeitenden aus BD und nBa spontan Inhalte genannt, die streng genommen dem Bereich der „Grundpflege“ bzw. „hauswirtschaftlichen Versorgung“ hinzuzurechnen sind und damit eigentlich keinen originären Betreuungsinhalten entsprechen. Zudem sind Leistungen der „Grundpflege“ nicht einmal dem Tätigkeitsfeld der primär betreuenden Einrichtungen (BD, nBa) hinzuzurechnen. Dennoch gibt die Mehrheit der Mitarbeitenden aus BD an, dass sie bereits pflegenahen Aufgaben übernommen hat (ca. 60%); in nBa wird dies von einem etwas geringeren Anteil (ca. 40%) angegeben.

Die Angaben der Mitarbeitenden zeigen auch, dass pflegenahen Aufgaben offenbar häufiger durch Betreuungspersonal aus BD als PD oder nBa übernommen werden. Allerdings gibt in BD jeweils nur ein geringer Anteil an (maximal 10%), derart pflegenahen Aufgaben bei jedem Kunden zu übernehmen. Auch die genaue Beschreibung der pflegenahen Aufgaben zeigt, dass es sich vorrangig um im Tagesverlauf spontan erforderliche Hilfestellungen handelt – ansonsten müssten die Betreuungskräfte den Kunden das Anreichen von Nahrung, die Zufuhr von Flüssigkeit oder Hilfestellungen beim Toilettengang strikt verweigern. Die Übernahme pflegenaher Aufgaben erfolgt so nur insofern systematisch als sie unausweichlich mit dem Konzept der Alltagsbegleitung verbunden ist – bestimmte pflegenahen Handlungen lassen sich kaum vermeiden, wenn Kunden über einen gewissen Zeitraum am Tag kontinuierlich betreut werden.

#### **Kernbefunde:**

---

**BD** Zeigen den höchsten Umsetzungsgrad verschiedener Klassen von Betreuungsinhalten.

---

**nBa** Zeigen ähnlichen Umsetzungsgrad wie BD bei nicht zweckhaften Betreuungsinhalten der freizeitlich-gemeinschaftlichen Beschäftigung; geringerer Umsetzungsgrad von zweckhaften Betreuungsinhalten zur Förderung der selbstständigen Lebensführung.

---

**PD** Zeigen insgesamt den geringsten Umsetzungsgrad von Betreuungsinhalten; ähnlich hoher Umsetzungsgrad wie BD für zweckhafte Inhalte zur Unterstützung von Alltagshandlungen mit stärkerer Konzentration auf Handlungen im Bereich der (Selbst-) Pflege und Mobilisierung.

---

**Fazit:** Die am häufigsten umgesetzten Betreuungsinhalte lassen sich besonders gut mit anderen Inhalten kombinieren. Die Kunden und Mitarbeitenden stimmen in der Nennung der am häufigsten durchgeführten Betreuungsinhalte zwar überein, es zeigen sich aber auch systematische Abweichungen. Dies kann sowohl an der unterschiedlichen Aufgabenstellung in den Befragungen als auch der unterschiedlichen Zusammensetzung der Kundenstichproben in der Mitarbeiter- und Kundenbefragung liegen.

Den Betreuungsinhalten liegt eine latente sechsdimensionale Faktorenstruktur zugrunde, die sich sinnvoll auf spezifische Problemlagen beziehen lässt. Dabei findet sich in BD eine stärkere Konzentration auf zweckhafte, alltagspraktische Betreuungsinhalte, die auf die Unterstützung alltäglicher Verrichtungen und die Haushaltsführung fokussieren. Hingegen zeigen nBa eine stärkere Konzentration auf eher nicht-zweckhafte „gesellige“ Inhalte, die primär der Beschäftigung der Kunden dienen. Durch PD werden zwar ebenfalls eher zweckhafte Inhalte umgesetzt, diese finden aber häufig „nur“ in Ergänzung von Pflegeleistungen statt.

Es werden auch pflegenaher Aufgaben von einem wesentlichen Anteil der Betreuungskräfte v.a. aus BD übernommen; jedoch handelt es sich dabei offenbar um kaum vermeidbare Hilfestellungen im Rahmen mehrstündiger Alltagsbegleitung.

## 5.9 Qualität

### Sicherstellung der Leistung

Die große Mehrheit der BD und PD gibt an, dass die personelle Besetzung bei Ausfall von Mitarbeitenden es erlaubt, die Vertretung durch einen weiteren Mitarbeitenden zu übernehmen; von nBa wird dies seltener angegeben. Dennoch wird von allen drei Einrichtungstypen etwa gleich häufig angegeben (jeweils ca. ein Viertel aller Einrichtungen), dass nicht in jedem Fall für eine Vertretung gesorgt ist. In der Kundenbefragung wird allerdings nur von einer kleinen Minderheit (5%) angegeben, dass vereinbarte Betreuungstermine in der Vergangenheit nicht immer stattgefunden haben. Dass durch Kooperationsbeziehungen mit anderen Einrichtungen für Vertretung gesorgt ist, wird durch vergleichbar geringe Anteile der BD und der Vergleichseinrichtungen angegeben. Insgesamt ist die Zuverlässigkeit der Leistungserbringung durch BD, nBa und PD somit ähnlich hoch ausgeprägt.

### QM-Maßnahmen bei Kundenaufnahme

Die Mehrheit der Leitungskräfte der BD (N = 43 von insg. 49 zu t0) gibt an, dass vor Vertragsschluss immer Beratungen bei den Kunden durchgeführt werden; in den Vergleichseinrichtungen verteilen sich die Häufigkeiten ähnlich (zu t1). Nur jeweils eine geringe Anzahl (BD: N = 4; nBa: N = 3; PD: N = 1) gibt an, dass Beratungen nur auf Wunsch der Kunden stattfinden. In Übereinstimmung damit wird auch in der Kundenbefragung nur von 11% der Befragten angegeben, dass vor Beginn der Inanspruchnahme keine Beratung erfolgt sei. Dass in Einzelfällen keine Beratung



erfolgt, verweist nicht zwangsläufig auf ein Versäumnis der Einrichtungen, sondern könnte auch auftreten, wenn Kunden und Einrichtung sich bereits aus anderen Zusammenhängen kennen. Die Regel scheint aber, dass BD, nBa und PD vor Beginn der Leistungserbringung eine Beratung durchführen.

Kostenvoranschläge erfolgen durch nBa (t1) deutlich seltener als durch BD (t0) und PD (t1). Nur eine Minderheit der nBa (N = 11) gibt an, dass immer Kostenvoranschläge erstellt werden, während dies bei BD mehrheitlich (N = 38); und bei PD immer erfolgt. Gemäß § 125 SGB XI sind die Vorschriften des SGB XI für Pflegedienste auch auf BD anzuwenden, womit nach § 120 SGB XI Kostenvoranschläge für BD und PD gleichermaßen verbindlich sind.

Die Mehrheit der Leitungskräfte der BD (t0) gibt an, dass verbindliche Verfahrensweisen für einen Erstbesuch beim Kunden vorliegen (N = 38); nur eine Minderheit gibt an, dass es kein verbindliches Vorgehen gibt (N = 5). In den Vergleichseinrichtungen (t1) verteilen sich die Antworten ähnlich. Unabhängig von der Angabe verbindlicher Verfahrensweisen wird jedoch von so gut wie von allen BD (N = 47) und sämtlichen nBa (N = 35) sowie PD (N = 16) angegeben, dass beim Erstbesuch bestimmte Aspekte systematisch erfasst werden; eine systematische Informationserhebung beim Erstbesuch scheint so in allen drei Einrichtungstypen die Regel. Entsprechend wird auch in den Kundenbefragungen für alle drei Einrichtungstypen mehrheitlich (92%) angegeben, dass sich ein Mitarbeiter der Einrichtung vor Beginn des Leistungsbezugs erkundigt habe, welche Probleme vorliegen und wo Unterstützung gewünscht wird.

Die Mehrheit der Leitungskräfte der BD (t0) gibt an, dass mit jedem Kunden ein schriftlicher Vertrag geschlossen wird (N = 42). Zwar geben nur vier BD an, dass nicht immer Verträge abgeschlossen werden, da es sich aber – anders als bei der Beratung vor Vertragsabschluss und Verfahrensweisen beim Erstbesuch – um verbindliche Vorgaben des Modellprogramms handelt, wurde zu t2 wiederholt erhoben, ob dieser Vorgabe inzwischen nachgekommen wird. Zum zweiten Zeitpunkt hat sich die Anzahl der BD, die nicht in jedem Fall schriftliche Verträge abschließen, auf neun erhöht (geben an nur auf Wunsch/in bestimmten Fällen Verträge abzuschließen). Spätestens bei Abrechnung mit den Pflegekassen wäre allerdings davon auszugehen, dass die BD einen schriftlichen Vertrag mit den Kunden vorweisen müssen – zumindest soweit im Rahmen des Sachleistungsanspruchs abgerechnet wird. So wurde in PD dieser Aspekt erst gar nicht erhoben, da Verträge mit Kunden Voraussetzung sind, um mit den Pflegekassen abzurechnen. Dass BD in manchen Fällen keine schriftlichen Verträge mit Kunden schließen, obwohl sie mit den Pflegekassen abrechnen, könnte daran liegen, dass für diese Kunden ausschließlich Betreuung als Erstattungsleistung (§ 45a-b SGB XI) erbracht wird; hier gibt es – zumindest für nBa – keinerlei allgemeingültige Vorgaben, die zu schriftlichen Verträgen mit Kunden verpflichten. Bei nBa wird wohl auch deshalb von nur etwa der Hälfte der Einrichtungen angegeben, somit seltener als von PD und BD, dass Verträge geschlossen werden.

---

### **QM-Maßnahmen während laufender Leistungserbringung**

*Betreuungsdokumentation:* Die Betreuungsdokumentation ist ein Verfahren zur Sicherstellung der Informationsweitergabe unter den betreuenden Mitarbeitenden und dient der Sicherung der Betreuungsqualität und der Transparenz der Leistung. Sie ist verbindlicher Bestandteil gemäß den Mindestanforderungen des Modellprogramms für BD. Für den größten Anteil der BD konnte bereits zu t0 (N = 44 von insg. 49) davon ausgegangen werden, dass in jedem Fall irgendeine Form der Betreuungsdokumentation genutzt wird. Bei N = 5 BD war dies jedoch noch nicht gesichert. Zu t2 zeigt sich weiterhin, dass von N = 6 BD (von insg. N = 41) nicht in jedem Fall eine Betreuungsdokumentation genutzt wird; damit hat die Anzahl der BD, die nicht in jedem Fall eine Betreuungsdokumentation führen, sogar noch zugenommen. Allerdings wurde bei der Fragestellung nicht zwischen Kunden differenziert, die Betreuungsleistungen beziehen und solchen, die ausschließlich andere Leistungen beziehen (z.B. hauswirtschaftliche Versorgung). Dass nicht in jedem Fall eine Betreuungsdokumentation geführt wird, könnte an Kunden mit anderen Leistungen als Betreuung liegen.

Für nBa gibt es keinerlei Vorgaben zur Betreuungsdokumentation, daher wird von diesem Einrichtungstyp auch seltener angegeben, dass eine Betreuungsdokumentation geführt wird. Für PD wird von sämtlichen Leitungen eine „Betreuungsdokumentation“ angegeben; vermutlich entspricht sie hier der „Pflegedokumentation“, die für alle Pflegedienste verbindlich ist.

*Betreuungsplan:* Der Betreuungsplan ist Teil der Betreuungsdokumentation und fixiert in Abstimmung mit dem Kunden identifizierte Ziele der Betreuung, die mit angemessenen Betreuungsmaßnahmen verfolgt werden. Der Betreuungsplan wird kontinuierlich evaluiert und aktualisiert, d.h. unter Erfassung der Wirkung wird Betreuung ggf. den veränderten Erfordernissen der Situation angepasst. Der Betreuungsplan stellt gemäß den Mindestanforderungen des Modellprogramms eine verbindliche QM-Maßnahme für BD dar. Insgesamt sprechen zu t0 die Angaben aus N = 34 BD (von insg. N = 47) für die Umsetzung eines wechselseitigen Prozesses aus Betreuungsplanung und -bewertung (Betreuungsplan und Wirkungserfassung). Für N = 12 BD fehlt zu diesem Zeitpunkt jedoch mindestens eines der Elemente. Zu t2 hat sich die Anzahl (Anteil) der BD, die sowohl Betreuungspläne nutzen als auch die Wirkung von Betreuung erfassen, reduziert (N = 25 von insg. 41); weiterhin fehlt bei N = 12 BD mindestens ein Element.

Dennoch zeigt sich insgesamt, dass in BD anteilig häufiger sowohl Betreuungspläne genutzt werden als auch die Wirkung von Betreuung erfasst wird als in den Vergleichseinrichtungen. Dies kann – trotz des Befundes, dass offenbar noch nicht alle BD den Vorgaben des Modellprogramms entsprechen – als Hinweis auf die stärkere Fokussierung und Professionalisierung der BD im Bereich der Betreuung gewertet werden.

*Einarbeitung neuer Mitarbeitender:* Mitarbeitende müssen bei Neueinstellung mit den Strukturen und Prozessen der Einrichtungen erst vertraut gemacht werden.

Dies erfolgt u.a. im Rahmen der Einarbeitung neuer Mitarbeitender. Die meisten BD (N = 29 von insg. 44 zu t1) geben an, dass dazu ein Einarbeitungskonzept vorliegt. Bei nBa liegt dies anteilig sehr viel seltener vor (N = 6 von insg. 35 zu t1); bei PD hingegen häufiger (N = 13 von insg. 16 zu t1). Tatsächlich wird von Mitarbeitenden der BD und nBa aber etwa gleich häufig, jedoch seltener als von Mitarbeitenden der PD angegeben, eingearbeitet worden zu sein. Dabei zeigt sich, dass v.a. Mitarbeitende mit einem „anderen Berufsabschluss“ (Betreuungskräfte ohne Berufsabschluss im pflegerischen bzw. gesundheitlich-sozialen Bereich) mit ihrer Tätigkeit bei der Einrichtung zufriedener sind, wenn sie eingearbeitet wurden. Da sich gerade das Personal in BD und nBa (Betreuungspersonal) zu erheblichen Anteilen aus Personen ohne Berufsabschluss im pflegerischen bzw. gesundheitlich-sozialen Bereich zusammensetzt, ist eine Einarbeitung speziell für diese Einrichtungstypen zu empfehlen. Da sich zudem zeigt, dass das Vorliegen eines Einarbeitungskonzepts mit einer häufigeren Einarbeitung der Mitarbeitenden einhergeht (BD zu t2), ist auch die Entwicklung eines Einarbeitungskonzepts empfehlenswert.

*Dauerhafte Anleitung:* Nach der Einarbeitung bei Neueinstellung erfolgt eine dauerhafte Anleitung der Mitarbeitenden im laufenden Betrieb u.a. durch die regelmäßige Durchführung von Team-/Dienstbesprechungen. Von der Mehrheit der BD wird angegeben, dass regelmäßig Team- /Dienstbesprechungen stattfinden (t1: N = 42). Nur von zwei BD wird dies verneint. Bei PD wird von sämtlichen Leitungen angegeben, dass regelmäßige Team-/Dienstbesprechungen durchgeführt werden. Für einen vergleichbar großen Anteil wie bei BD, wird auch bei nBa angegeben, dass regelmäßig Team- /Dienstbesprechungen stattfinden. Bezogen auf die Regelmäßigkeit erfolgen diese bei nBa im Schnitt sogar häufiger als bei BD und PD.

Neben der Anleitung im Rahmen von Team-/Dienstbesprechungen kann auch eine Besprechung schwieriger Betreuungssituationen mit einer entsprechend qualifizierten Person erfolgen (Supervision). Von den meisten Leitungskräften wird die Möglichkeit zur Supervision genannt (N = 48 von 49). Diese erfolgt am häufigsten durch die Leitungskraft selbst (N = 44) oder durch das Team (N = 31) (zu t0). In den Vergleichseinrichtungen wird etwas seltener als in BD angegeben, dass die Möglichkeit zur Supervision besteht; allerdings zeigt sich dennoch, dass in allen drei Einrichtungstypen Supervisionen in vergleichbarem Umfang durch die Mitarbeitenden genutzt werden. In N = 27 BD handelt es sich laut den Leitungskräften bei mindestens einer der möglichen Personen zur Supervision um eine gerontopsychiatrische Fachkraft; dies ist in den Vergleichseinrichtungen anteilig seltener der Fall. Jedoch wird von den Mitarbeitenden die Supervision durch eine bestimmte Personengruppe kaum als hilfreicher empfunden als die Supervision durch eine andere Personengruppe; auch bewerten die Mitarbeitenden in allen Einrichtungstypen, dass ihnen derzeit genug Möglichkeiten zur Supervision geboten werden.

Darüber hinaus bieten auch Fallbesprechungen die Möglichkeit einer dauerhaften Anleitung der Mitarbeitenden. Für so gut wie alle BD (t0 und t1) wird angegeben,

dass Fallbesprechungen durchgeführt werden. Nur für einen BD wird angegeben, dass dies nicht der Fall ist. Differenziert man, ob die Fallbesprechungen regelmäßig stattfinden, wird dies von knapp der Mehrheit der BD angegeben (t1: N = 23); für die übrigen BD wird angegeben, dass die Fallbesprechungen „nur“ bei Bedarf durchgeführt werden (t1: N = 20). Fallbesprechungen finden in PD in ähnlichem Umfang wie in BD statt. Auch die meisten nBa führen Fallbesprechungen durch (N = 27), allerdings weniger regelmäßig („bei Bedarf“). Fallbesprechungen werden von Mitarbeitenden aller Einrichtungstypen gleichermaßen und fast ausnahmslos als hilfreich empfunden; dabei wird eine regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen eher als hilfreich empfunden als eine bedarfsweise Durchführung.

*Fort-/Weiterbildung der Mitarbeitenden:* Durch kontinuierliche Fortbildung wird die fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden sichergestellt und weiterentwickelt. In BD ist von t0 über t1 nach t2 insgesamt eine Zunahme sowohl des Anteils der Einrichtungen mit Fortbildungsplan als auch des Anteils der Mitarbeitenden, die bereits an Fortbildungen teilgenommen haben, zu verzeichnen. Ein Fortbildungsplan liegt zu t2 für die große Mehrheit der BD vor (N = 32 von insg. 41); ohne Fortbildungsplan zu sein, wird nur von einer Minderheit der BD angegeben (N = 7 zu t2). Demgegenüber halten PD in so gut wie allen Fällen einen Fortbildungsplan vor (N = 15 von insg. 16 zu t1), während nBa dies anteilig seltener angeben (N = 12 von insg. 35 zu t1). Mitarbeitende aus BD (t2) und nBa (t1) haben jedoch in etwa gleich häufig im Rahmen ihrer Tätigkeit bereits an Fortbildungen teilgenommen, bleiben jedoch unterhalb des Anteils in PD. Da das Vorliegen eines Fortbildungsplans mit einer vermehrten Teilnahme an Fortbildungen sowie einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den gebotenen Fortbildungsmöglichkeiten einhergeht und es sich zudem beim Fortbildungsplan um eine verbindliche Mindestanforderung des Modellprogramms handelt, sollten sämtliche BD dieser Anforderung entsprechen.

*Beschwerdemanagement:* Bei BD ist eine Zunahme des Anteils der Einrichtungen zu beobachten, bei denen schriftliche Regelungen zum Umgang mit Beschwerden vorliegen (von N = 19 an 49 zu t0 auf N = 35 an 44 zu t2). Zwar liegen diese Regelungen häufiger bei BD als bei nBa vor (N = 6 an 35), insgesamt bleiben BD bzgl. der Umsetzung dieser Maßnahme aber hinter PD zurück (N = 16 an 16). Da es sich bei schriftlichen Regelungen zum Beschwerdemanagement um eine Mindestanforderung des Modellprogramms handelt, sollten sämtliche BD dieser Anforderung entsprechen. Auch ist durch die Einrichtungen zu gewährleisten, dass die besonderen Anforderungen von Kunden mit kognitiven Einschränkungen beim Beschwerdemanagement berücksichtigt werden; dieser Aspekt scheint bei noch weniger BD in schriftlich ausgearbeiteter Form vorzuliegen. Es zeigt sich allerdings kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Form oder sogar dem generellen Vorliegen von Regelungen zum Beschwerdemanagement und dem subjektiven Eindruck der Mitarbeitenden, wie gut sie sich auf den Umgang mit Beschwerden vorbereitet fühlen.

### **Wirksamkeit von Betreuung**

Die Wirksamkeit von Betreuung wird im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung als wichtigster Aspekt der Ergebnisqualität betrachtet. Die Operationalisierung von „Wirkung“ wird aus dem primären Ziel von Betreuung abgeleitet, die Folgen von Pflege-/Betreuungsbedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern. Als Folge der Pflege-/Betreuungsbedürftigkeit wird auf die subjektiv empfundene Belastung fokussiert, die zu einer Minderung der Lebensqualität der Betroffenen führen kann. Betreuung soll helfen die Belastung durch die Pflege- /Betreuungsbedürftigkeit zu reduzieren und die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern. In den schriftlichen Befragungen der Kunden bzw. Angehörigen wird die Veränderung der Belastung bzw. Lebensqualität erhoben, indem der aktuelle Zustand unter Nutzung der Einrichtung einem (hypothetischen) früheren Zustand, kurz bevor die Einrichtung das erste Mal genutzt wurde, gegenübergestellt wird. Zwar unterliegt eine Veränderung immer Einflüssen vieler Faktoren, jedoch erlaubt ihre zeitliche Kopplung an den Beginn der Inanspruchnahme auf eine unmittelbare Wirkung von Betreuung zu schließen.

Durch die Befragung von Kunden in Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) wird zudem eine „Kontrollbedingung“ geschaffen, die es erlaubt die Veränderung unter Nutzung verschiedener Einrichtungstypen miteinander zu vergleichen. Der Vergleich kontrolliert für den generellen Effekt der Inanspruchnahme und komplexe Bedingungsgefüge aufseiten der Kunden, wodurch die spezifische Wirksamkeit von Betreuung durch bestimmte Einrichtungstypen untersucht werden kann.

Die Ergebnisse der schriftlichen Kundenbefragung demonstrieren eindrücklich, dass das Belastungsempfinden und die Lebensqualität der Kunden bzw. Angehörigen durch die Inanspruchnahme von BD signifikant verbessert werden. Auch bei Nutzung der Vergleichseinrichtungen kommt es zu einer Reduktion der Belastung bzw. Steigerung der Lebensqualität der Kunden bzw. Angehörigen, allerdings fällt diese Veränderung durchschnittlich geringer aus als bei BD. Betrachtet man die Veränderungen im Detail, zeigt sich, dass sich in den primär betreuerischen Einrichtungen (BD, nBa) vermehrt Kunden und Angehörige befinden, die vor der erstmaligen Inanspruchnahme sogar stärker belastet waren als Kunden bzw. Angehörige aus PD zu diesem Zeitpunkt. Die Belastungsreduktion fällt für Kunden bzw. Angehörige in BD aber am stärksten aus, d.h. die Wirksamkeit von Betreuung auf das Belastungsempfinden ist für BD höher als für die Vergleichseinrichtungen (nBa, PD). Bzgl. Lebensqualität unterscheidet sich die Wirksamkeit der drei Einrichtungstypen nur auf Kundenseite (nicht für Angehörige): Kunden in BD und PD zeigten früher eine stärker geminderte Lebensqualität als Kunden aus nBa; hier fällt die Verbesserung der Lebensqualität bei Nutzung von BD und PD ähnlich hoch aus und bei Nutzung von nBa geringer aus, so dass sich die aktuelle Lebensqualität nicht mehr zwischen den drei Einrichtungstypen unterscheidet.

---

Damit ergibt sich für die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung erhobenen Daten eine erhöhte Wirksamkeit von BD gegenüber nBa und PD auf das Belastungsempfinden und eine erhöhte Wirksamkeit von BD gegenüber nBa auf die Lebensqualität. Dieser Befund bedeutet keineswegs, dass Betreuungsleistungen der nBa und PD obsolet sind und generell durch „bessere“ (wirksamere) Leistungen der BD ersetzt werden sollten. Die im Rahmen der Begleitforschung gefundene höhere Wirksamkeit der BD erklärt sich zu einem gewissen Anteil auch durch die höhere Konvergenz der in den Erhebungsinstrumenten fokussierten und den in BD mehrheitlich vorliegenden Problemlagen und Bedarfskonstellationen. Die Verbesserung wird mit Nutzung einer Einrichtung a priori geringer ausfallen, wenn sich die Kunden dieser Einrichtung von vornherein durch eine bessere Ausgangssituation auszeichnen (vor Inanspruchnahme: Belastung  $BD > PD$ ; Lebensqualität  $nBa > BD, PD$ ) und somit weniger Spielraum für Verbesserungen bleibt. Dieser Aspekt erklärt – zumindest teilweise – die erhöhte Wirksamkeit der BD gegenüber PD auf Belastung und gegenüber nBa auf Lebensqualität.

Kunden der nBa zeigen allerdings ähnlich hoch ausgeprägte betreuungsrelevante Problemlagen und assoziierte Belastungen wie Kunden der BD. Der Befund der höheren Wirksamkeit der Betreuung durch BD gegenüber nBa kann so durchaus mit der professionelleren Betreuung der BD erklärt werden. Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass sich die Kunden der nBa und BD zwar nicht bzgl. betreuungsrelevanter Problemlagen, wohl aber in Hinblick auf weitere relevante Kundeneigenschaften (Alter, Art der Einschränkung, häusliches Umfeld) unterscheiden. Kunden der nBa und BD zeichnen sich somit durch unterschiedliche Bedarfskonstellationen aus. Bei bestimmten Bedarfskonstellationen könnte eine „niedrigschwellige“, weniger professionalisierte Betreuung sogar favorisiert werden; daher folgt aus der Feststellung der erhöhten Wirksamkeit der Betreuung der BD nicht generell, dass Leistungen der nBa generell durch „bessere“ Leistungen der BD zu ersetzen sind.

Die Ergebnisse sprechen für eine gelungene Spezialisierung der BD auf ein breites Feld betreuungsrelevanter Problemlagen. Betreuungsleistungen der Vergleichseinrichtungen sind dennoch weiterhin sinnvoll und könnten bei bestimmten Bedarfskonstellationen sogar besser geeignet sein als Leistungen der BD: Betreuung durch nBa bietet v.a. die Möglichkeit der Einbindung in gemeinschaftliche Aktivitäten mit Freizeitcharakter, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität v.a. der Kunden beitragen können; Betreuung durch PD dient vorrangig der Ergänzung von Pflegeleistungen und kann durch selektive Unterstützung und Betreuung in pflegenahen Bereichen ebenfalls zu einer Entlastung v.a. von Angehörigen und Förderung der Lebensqualität von Kunden und Angehörigen beitragen. Die Einschätzung in der Kundenbefragung beschränkt sich explizit nur auf die Nutzung von Betreuungsleistungen bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung („Wie hat sich die Situation seit Nutzung von Betreuungsleistungen geändert?“) und erhebt somit nicht den Anspruch auch die Wirksamkeit anderer Leistungsarten abzuschätzen.

---

Betrachtet man die Ergebnisqualität in Abhängigkeit der umgesetzten QM-Maßnahmen, zeigen sich signifikante Zusammenhänge mit Maßnahmen, die konzeptuell nah an der inhaltlichen Ausgestaltung der Betreuung liegen: Supervision der Mitarbeitenden durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft; Durchführung regelmäßiger Fallbesprechungen; kontinuierliche Wirkungserfassung bei der Betreuungsplanung. Die Umsetzung dieser Maßnahmen geht mit einer weiteren Steigerung der Ergebnisqualität einher.

In Bezug auf die sechs Klassen von Betreuungsinhalten zeigen sich sowohl für Kunden als auch für Angehörige die stärkste Belastungsreduktion und Steigerung der Lebensqualität (höhere Ergebnisqualität) bei vermehrter Umsetzung von Betreuungsinhalten des Typs „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3) und „Wohnumfeld“ (F6); je mehr von diesen Inhalten umgesetzt werden, desto höher die Ergebnisqualität. Diese Inhalte, die in besonderem Maße zu einer Verbesserung sowohl der Kunden- als auch der Angehörigensituation beitragen, kann man auch unter dem Begriff der zweckhaften Alltagsbegleitung zusammenfassen. Diese Inhalte fokussieren direkt auf das übergeordnete Ziel von Betreuung – „Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen so weit wie möglich zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern“ – indem sie zweckhafte Alltagsaktivitäten unterstützen und aufrechterhalten. Betreuungsinhalte, die in besonderem Maße zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen, zeigen hingegen auch einen nicht-zweckhaften Charakter und unterstützen die sinnvolle Einbindung der Kunden in gemeinschaftliche Aktivitäten („Gemeinschaft“, F4).

Somit zeigt sich für Betreuungsinhalte, die konzeptuell dem eigentlichen Kern von Betreuung – der zweckhaften Alltagsbegleitung – am nächsten sind, auch quantitativ der stärkste Zusammenhang mit der Verbesserung der Situation der Kunden und Angehörigen. Diese zweckhafte Unterstützung wird ergänzt durch Inhalte, die den Betroffenen darüber hinaus eine Teilhabe an gemeinschaftlichen Aktivitäten ermöglichen und so die Lebenszufriedenheit (Lebensqualität) steigern können. Während die Förderung zweckhafter Alltagsaktivitäten nur möglich ist, wenn die relevanten Fähigkeiten noch zu einem gewissen Umfang erhalten sind – z.B. in frühen Stadien der Demenz – ist die bedeutsame gemeinschaftliche Beschäftigung auch dann noch möglich, wenn alltagspraktische Fertigkeiten bereits weitgehend verloren gegangen sind – z.B. in späteren Stadien der Demenz.

Die Befunde zur Wirksamkeit von Betreuung aus den querschnittlich angelegten schriftlichen Befragungen basieren auf einer indirekten Veränderungsmessung, in der der Kunde bzw. Angehörige die eingetretene Veränderung retrospektiv selbst einschätzt. Solche retrospektiven Betrachtungen können jedoch Erinnerungsverzerrungen unterliegen und tatsächliche Veränderung nur unzureichend wiedergeben.

Über die Befunde der querschnittlichen Erhebungen hinaus wurde daher parallel eine Längsschnittstudie realisiert, die die Entwicklung von Kunden über einen

Zeitraum von ca. 10 Monaten begleitete. Da die Kunden für die Längsschnittstudie erstmalig kontaktiert werden konnten nachdem sie mit dem Leistungsbezug bei den Einrichtungen bereits begonnen hatten, konnte jedoch auch hier nicht auf eine retrospektive Einschätzung des Zustands vor erstmaliger Inanspruchnahme verzichtet werden. Dadurch überwindet die Längsschnittstudie die Einschränkungen der indirekten Veränderungsmessung nicht völlig, sondern ergänzt sie durch direkte Veränderungsmessungen im Zeitverlauf nach Beginn der Inanspruchnahme.

Die Ergebnisse der Längsschnittstudie zeigen ebenfalls eine Verbesserung der Kunden- und Angehörigensituation (Belastungsempfinden, Lebensqualität) bei Nutzung der Einrichtungen relativ zu einer früheren Situation ohne diese Nutzung (retrospektiv). Allerdings fällt das Belastungsempfinden im weiteren Verlauf zurück auf ein ähnliches Niveau wie vor der erstmaligen Inanspruchnahme. Gleichzeitig nehmen die Ausprägungen der betreuungsrelevanten Problemlagen über die Zeit wieder zu, so dass davon auszugehen ist, dass durch erkrankungs- bzw. alterskorrelierte Verschlechterungen des Gesundheitszustandes auch das Belastungsempfinden im Zeitverlauf wieder zunimmt. Für die Lebensqualität findet sich zwar ebenfalls wieder eine Abnahme nach der anfänglichen stärkeren Verbesserung, allerdings fällt dieser Outcome-Parameter nicht wieder vollständig auf das Ausgangsniveau zurück, sondern bleibt oberhalb des Niveaus vor erstmaliger Inanspruchnahme der Einrichtungen.

#### **Kernbefunde:**

<b>BD</b>	<i>Sicherstellung der Versorgung</i>	Vertretung bei Personalausfall durch Personalschlüssel sichergestellt.
	<i>Kunden-aufnahme</i>	Beratung, Kostenvoranschlag, systematische Informationssammlung beim Erstbesuch und Abschluss schriftlicher Verträge werden zu t2 von ca. der Hälfte der BD gleichzeitig umgesetzt. Anteil der BD mit diesen Maßnahmen hat seit t0 eher abgenommen (v.a. wegen fehlender schriftlicher Verträge).
	<i>„Betreuerisches QM“</i>	Maßnahmen werden mehrheitlich umgesetzt (Betreuungsdokumentation, Betreuungsplan, Wirkungserfassung v. Betreuung, Supervision der Mitarbeitenden durch gerontopsychiatrische Fachkraft); kaum Veränderungen über die Zeit.
	<i>„Generisches QM“</i>	Maßnahmen werden mehrheitlich umgesetzt (Beschwerdemanagement, Einarbeitungskonzept, Dienstbesprechungen, Fallbesprechungen, Weiterbildungsplan); Anteil der BD mit diesen Maßnahmen hat seit t0 eher zugenommen.
	<i>Ergebnis-qualität</i>	Signifikante Reduktion des Belastungsempfindens und Verbesserung der Lebensqualität von Kunden und Angehörigen; hängt mit vermehrter Umsetzung von



QM-Maßnahmen mit konzeptuellem Bezug zur Betreuungssituation und bestimmten „zweckhaften“ Betreuungsinhalten zusammen.

<b>nBa</b>	<i>Sicherstellung der Versorgung</i>	Vertretung bei Personalausfall seltener durch Personalschlüssel sichergestellt als bei BD.
	<i>Kundenaufnahme</i>	Kostenvoranschlag und Abschluss schriftlicher Verträge erfolgt seltener als in BD.
	<i>„Betreuerisches QM“</i>	Maßnahmen in diesem Einrichtungstyp am seltensten umgesetzt.
	<i>„Generisches QM“</i>	Maßnahmen in diesem Einrichtungstyp am seltensten umgesetzt.
	<i>Ergebnisqualität</i>	Signifikante Reduktion des Belastungsempfindens und Verbesserung der Lebensqualität von Kunden und Angehörigen, jedoch geringer als in BD (geringere Wirksamkeit).
<b>PD</b>	<i>Sicherstellung der Versorgung</i>	Sicherstellung erfolgt wie bei BD.
	<i>Kundenaufnahme</i>	Beratung, Kostenvoranschlag, systematische Informationssammlung beim Erstbesuch und Abschluss schriftlicher Verträge werden in allen Einrichtungen umgesetzt.
	<i>„Betreuerisches QM“</i>	Seltener umgesetzt als in BD, aber häufiger als in nBa.
	<i>„Generisches QM“</i>	Maßnahmen in diesem Einrichtungstyp am häufigsten umgesetzt (häufiger als in BD).
	<i>Ergebnisqualität</i>	Signifikante Reduktion des Belastungsempfindens der Angehörigen und Verbesserung der Lebensqualität von Kunden und Angehörigen; Wirksamkeit auf Belastung jedoch geringer als von BD; Wirksamkeit auf Lebensqualität ähnlich BD.

**Fazit:** Die Leistungserbringung der BD, nBa und PD erfolgt mit hoher Zuverlässigkeit. Der Umsetzungsgrad von QM-Maßnahmen in BD nähert sich in vielerlei Hinsicht dem Niveau in PD an und zeugt gleichzeitig von einer besonderen Spezialisierung im Bereich der Betreuung. Bzgl. der QM-Maßnahmen, die gemäß den Mindestanforderungen des Modellprogramms verbindlich sind, kann noch nicht für alle BD festgestellt werden, dass diesen Vorgaben tatsächlich immer entsprochen wird. Dabei zeigen einige der QM-Maßnahmen, die konzeptuell nah

am Betreuungsgeschehen liegen, positive Zusammenhänge mit einer erhöhten Ergebnisqualität; ihrer Umsetzung sollte in BD daher Priorität eingeräumt werden.

Durch Inanspruchnahme der Betreuungsleistungen (bzw. hauswirtschaftlichen Versorgung) hat sich sowohl auf Kunden- als auch auf Angehörigenseite das Belastungsempfinden deutlich reduziert und die Lebensqualität verbessert. Dabei zeigen BD einen besonderen Vorteil gegenüber nBa und PD, da sie mit einer stärkeren Wirkung auf das Belastungsempfinden bzw. die Lebensqualität einhergehen. Das primäre Ziel der BD – Folgen der Pflegebedürftigkeit zu überwinden und zu mindern – kann so speziell für den Bereich der betreuungsrelevanten Problemlagen als erreicht betrachtet werden.

Dabei gibt es Betreuungsinhalte, die mit einer besonders hohen Ergebnisqualität assoziiert sind. Diese besonders geeigneten Inhalte zielen einerseits auf die direkte Unterstützung bei der Durchführung zweckhafter Alltagsaktivitäten, kommen so konzeptuell dem primären Ziel von Betreuung – der Förderung einer selbstständigen Lebensführung – am nächsten. Andererseits entfalten aber auch weniger zweckhafte Betreuungsinhalte, die einer sinnvollen Beschäftigung und gemeinschaftlichen Einbindung des Kunden dienen, eine besonders positive Wirkung auf die Lebensqualität.

## 5.10 Wirtschaftlichkeit

Insgesamt kann für BD eine Zunahme sowohl der Mitarbeitenden- als auch der Kundenanzahl von der Basiserhebung (t0) zur ersten Folgerhebung (t1) verzeichnet werden; die Kundenanzahl nimmt auch von der ersten (t1) zur zweiten Folgerhebung (t2) weiter zu. Das Wachstum der BD erfolgt dabei unabhängig von Rahmenbedingungen sowie Struktur- und Prozessmerkmalen der Einrichtungen (Rahmenbedingungen: Gründungshistorie, Siedlungsstruktur, Trägerschaft; QM-Variablen). Allein die Zeit scheint wichtigster Prädiktor des Einrichtungswachstums. Auch die Angaben der Leitungskräfte deuten mehrheitlich auf eine problemlose Kundenakquise. Die Wirtschaftlichkeit der BD im Sinne einer ausreichend hohen Nachfrage ist so gegeben.

Der Befund, dass BD, nBa und PD ihre Kunden schwerpunktmäßig aus verschiedenen Populationen beziehen – d.h. die Kunden zeichnen sich durch unterschiedlich ausgeprägte betreuungsrelevante Problemlagen und verschiedene Bedarfskonstellationen aus – legt zusammen mit dem regen Kundenzulauf nahe, dass BD in Abgrenzung zu bestehenden Betreuungsangeboten auf einen bislang nicht gedeckten Bedarf reagieren. Auf den spezifischen Betreuungsbedarf eines Kundenkreises mit ausgeprägten betreuungsrelevanten Problemlagen wird von BD mit umfassenderen QM-Maßnahmen speziell im Bereich der Betreuung reagiert. Auch die Einbindung der BD in ein Kooperationsnetzwerk, dem meistens Pflegedienste angehören, spricht für den Stellenwert der BD als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Versorgungslandschaft und gegen eine direkte Konkurrenz mit den Betreuungsleistungen von Pflegediensten und niedrighschwelligem Betreuungsangeboten um dieselben Marktsegmente. Die

Wirtschaftlichkeit von BD im Sinne der Erschließung einer eigenen „Marktnische“ ist gegeben.

Zudem sprechen die Befunde zur Ergebnisqualität für den Erfolg des neuen Anbietertyps (BD): Die Erbringung von Betreuungsleistungen durch BD scheint hinsichtlich des Nutzens im Bereich betreuungsrelevanter Problemlagen besonders wirtschaftlich auszufallen, da dieselbe Häufigkeit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen bei Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) mit geringeren Verbesserungen der Kunden-/Angehörigensituation einhergeht.

Betreuungsinhalte bestimmter Klassen von Inhalten versprechen besonders wirtschaftlich zu sein, indem sie das günstigste Nutzen-Aufwands-Verhältnis zeigen (höherer Nutzen bei gleichbleibenden Aufwänden). Bei gleichem Umfang der Inanspruchnahme reduzieren besonders die Inhalte des Typs „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3), des Typs „Wohnumfeld“ (F6) und des Typs „Hobby“ (F5) die Belastung der Kunden bzw. Angehörigen. Die Lebensqualität der Kunden profitiert bei gleichbleibenden Aufwänden besonders von Inhalten des Typs „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“ (F3) und „Gemeinschaft“ (F4); die Lebensqualität beider Zielgruppen (Kunden und Angehörige) besonders von Inhalten des Typs „Wohnumfeld“ (F6). Daher erscheint es besonders sinnvoll, die zur Verfügung stehende Zeit für Betreuungsleistungen mit derartigen Inhalten zu füllen.

Der rege Kundenzulauf, der spezifische Fokus auf Betreuung und insbesondere betreuungsintensive Kunden, die Erschließung eines eigenen Marktsegments, die Einordnung als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Versorgungslandschaft sowie der besonders hohe Nutzen, den Leistungen der BD für Kunden und Angehörige generieren, sprechen durchaus für die hohe Wirtschaftlichkeit der BD. Allerdings zeigt sich, dass nach Ansicht der Einrichtungsleitungen die wirtschaftlichen Erfolgsaussichten zumindest für manche BD durch zu geringe Vergütungssätze verringert werden.

75% der Führungskräfte der BD sind der Ansicht, dass die Vergütung der Leistungen zu gering ausfällt, um die Qualitätsvorgaben im Rahmen des Modellprogramms umzusetzen. Zudem wird von den meisten aus dem Modellprogramm ausgeschiedenen BD, mit deren Leitungskraft ein Exit-Interview geführt werden konnte, angegeben, dass die geringen Vergütungssätze entscheidend dazu beigetragen haben, die Teilnahme am Modellprogramm zu beenden (4 von 5). Ausgeschiedene BD zeigen im Mittel tatsächlich niedrigere Vergütungssätze als im Modellprogramm verbliebene BD. Darüber hinaus wird von Einrichtungen, die Vertragsverhandlungen mit den Pflegekassen geführt aber noch vor Beginn des Modellprogramms ihre Teilnahmebereitschaft wieder zurückgezogen haben, in der Befragung der Nicht-Teilnehmer mehrheitlich angegeben, dass die niedrigen Vergütungssätze der Hauptgrund waren von einer Teilnahme am Modellprogramm abzusehen (8 von 23 haben Vertragsverhandlungen geführt, davon geben 7 an, dass man sich nicht auf annehmbare Vergütungssätze habe einigen können). Zudem erschien die Gründung eines BD vielen Einrichtungen nach den

gesetzlichen Änderungen im Zuge von PSG I nicht länger lukrativ, da nun auch niedrigschwelligen Betreuungsangeboten – mit weitaus geringeren Qualitätsanforderungen – erweiterte Finanzierungsmöglichkeiten geboten wurden.

Trotz der sowohl von verbliebenen BD als auch ausgeschiedenen BD bemängelten zu geringen Vergütung der Leistung, wird dennoch die Notwendigkeit höherer Qualitätsanforderungen im Bereich der Betreuung – v.a. in Abgrenzung zu niedrigschwelligen Angeboten – von einem hohen Anteil der Einrichtungsleitungen durchaus anerkannt; allerdings seien diese mit den gegebenen Vergütungssätzen kaum umsetzbar.

Der Vergleich der Vergütungssätze mit PD zeigt, dass Betreuungsleistungen dort im Durchschnitt tatsächlich höher vergütet werden als in BD – allerdings wird für PD keinerlei Voraussetzung an das Personal geknüpft, das in der Betreuung eingesetzt wird, und es werden auch sonst keine spezifischen Anforderungen an deren Betreuungsleistungen gestellt. Da BD dazu angehalten sind, ausschließlich Mitarbeitende mit mindestens einer Qualifikation analog § 87b (aktuell in § 53c verschoben) SGB XI vorzuhalten, könnte dies auf einen unwirtschaftlichen Personaleinsatz hindeuten, soweit BD höher qualifiziertes Personal für geringer bezahlte Betreuungsleistungen einsetzen müssen.

#### **Kernbefunde:**

---

**BD** Leistungen der BD zeigen gutes Nutzen-Aufwands-Verhältnis.

Spezifische Kundenpopulation spricht für eigene „Marktnische“.

Höhere Qualitätsanforderungen werden i.d.R. anerkannt, um hohe Betreuungsqualität für spezifische Klientel sicherzustellen.

Die Vergütung der Leistung wird von der Mehrheit der Leitungen der BD als zu gering erachtet, um die hohen Qualitätsanforderungen des Modellprogramms umzusetzen.

---

**nBa** Vergütung von Betreuungsleistungen (§ 45a-b SGB XI) fällt in nBa nur unwesentlich geringer aus als in BD – obwohl an BD höhere Qualitätsanforderungen gestellt werden.

---

**PD** Vergütung von Betreuungsleistungen (Sachleistung und Erstattungsleistung) fällt in PD höher aus als in BD – obwohl an BD speziell im Bereich der Betreuung höhere Qualitätsanforderungen gestellt werden.

---

**Fazit:** Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung demonstrieren eine hohe Wirtschaftlichkeit der BD, was die Erschließung einer eigenen Marktnische und die Generierung eines hohen Nutzens auf Kunden- und Angehörigenseite

---

anbelangt. Allerdings gibt die Mehrheit der Leitungskräfte an, dass die geforderten Maßnahmen der Qualitätssicherung wirtschaftlich schwer umsetzbar seien. Vor diesem Hintergrund ist allerdings darauf hinzuweisen, dass zumindest die Maßnahmen zur Qualifizierung des Personals im Rahmen des Modellprogramms finanziert wurden. Auch unterliegen die BD nicht denselben Qualitätsanforderungen wie Pflegedienste.

### 5.11 Akzeptanz/Zufriedenheit

Items zur Zufriedenheit wurden in Anlehnung an die Kundenbefragung der Pflege-Transparenzvereinbarungen entwickelt. Antworten auf einer 5-stufigen Ratingskala werden auf einer Skala von 0 bis 10 (re-) skaliert und auf eine Notenskala von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ transferiert. Hierbei zeigen sich nur geringfügige Unterschiede in der Zufriedenheit der Kunden bzw. Angehörigen zwischen den drei Einrichtungstypen, wobei die Zufriedenheit mit nBa insgesamt etwas geringer ausfällt als mit BD und PD (Note „gut“ vs. „sehr gut“); allerdings zeigt sich dieser Unterschied nur, wenn ausschließlich Personen berücksichtigt werden, die sämtliche Items zur Zufriedenheit beantwortet haben. Berücksichtigt man sämtliche Personen, die mindestens ein Item beantwortet haben, zeigt sich dieser Unterschied nicht mehr. Zudem zeigt auch eine direkt durch Kunden bzw. Angehörige vorgenommene Notenvergabe keine Unterschiede zwischen den drei Einrichtungstypen. Insgesamt kann so davon ausgegangen werden, dass die Zufriedenheit der Kunden mit BD, nBa und PD sehr ähnlich ausfällt.

Die auf Grundlage der Items berechneten und die direkt durch Kunden/Angehörige vergebenen Noten korrelieren zwar signifikant, aber nur gering miteinander. Dabei zeigt sich, dass die direkte Notenvergabe etwas schlechter ausfällt als die berechneten Noten und die von Kunden genutzte implizite Skala nicht weniger gut – eher sogar – feiner differenziert als die Items zur Zufriedenheit. Die direkt vergebenen Noten eignen sich daher wahrscheinlich sogar besser als die berechneten Noten, um Unterschiede zwischen Einrichtungen zu erheben, da sie eine vergleichsweise kurze und intuitive Bewertung erfordern.

Die Zufriedenheit der Kunden bzw. Angehörigen mit der betreuenden Einrichtung bzw. den erhaltenen Leistungen gestaltet sich hauptsächlich in Abhängigkeit eines als angemessen empfundenen Umgangs der Mitarbeitenden mit der Privatsphäre der Kunden, der Freundlichkeit der Mitarbeitenden und der Erwartung der Kunden bzw. Angehörigen bzgl. der Leistungen. Hier wird offenbar erwartet, dass die Einrichtungen den Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit geben, gut erreichbar sind, Wünsche und Präferenzen der Kunden/Angehörigen angemessen berücksichtigen und bei der Bewältigung von Problemen im Alltag helfen.

Durchschnittlich werden einige der Betreuungsinhalte von Kunden aus nBa bzw. Kunden ohne Einschränkung der Alltagskompetenz etwas weniger präferiert als von Kunden aus BD und PD bzw. Kunden mit Einschränkung der Alltagskompetenz. Dies könnte so erklärt werden, dass der Wunsch nach Autonomie und Selbstständigkeit besonders stark bei Kunden jüngeren Alters (vermehrt in nBa)

bzw. bei Kunden mit geringeren kognitiven oder psychischen Einschränkungen ausgeprägt ist.

**Kernbefunde:**

---

**BD** Zufriedenheit der Kunden mit den Leistungen ist hoch ausgeprägt.

---

**nBa** Zufriedenheit der Kunden mit den Leistungen ist etwas weniger hoch ausgeprägt als in BD.

---

**PD** Zufriedenheit vergleichbar mit BD.

---

**Fazit:** Die Kunden bzw. Angehörigen sind i.d.R. mit den Einrichtungen und den bei ihnen bezogenen Leistungen zufrieden; dabei finden sich kaum Unterschiede zwischen den drei Einrichtungstypen (BD, nBa, PD).

## 6. Diskussion, Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Bevor die Schlussfolgerungen in Bezug auf die der wissenschaftlichen Begleitforschung aufgegebenen Fragestellungen gezogen werden (Abschnitt 6.2), wird eingangs der Verlauf der Modellerprobung sowie der begleitenden Evaluation reflektiert (Abschnitt 6.1). Im Vordergrund steht dabei die Frage nach der Belastbarkeit der gewonnenen Ergebnisse. Ferner wird diskutiert, welche Erkenntnisse die Untersuchung über die unmittelbaren Fragestellungen der Modellerprobung hinaus zum Themenkomplex „pflegerische Betreuung“ gewonnen hat.

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung ist es, „[...] die Auswirkungen einer Zulassung von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung“ zu erforschen<sup>43</sup>. Dies leisten die in den vorangehenden Kapiteln berichteten empirischen Untersuchungen, die in Abschnitt 6.2 resümiert werden. Abschnitt 6.3 geht über diese Aufgabe hinaus, indem die Frage erörtert wird, ob aus Sicht der Evaluatoren – bei Berücksichtigung der Erprobungserkenntnisse einerseits und der durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angestoßenen Entwicklungen im Bereich der häuslichen Pflege andererseits – die regelhafte Einführung von Betreuungsdiensten als eines neuen Leistungserbringers im SGB XI zu empfehlen ist.

### 6.1 Verlauf, Ergebnisse und Erträge der Modellerprobung

#### 6.1.1 Hintergrund der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI

Seit etwa 2001 hat der Gesetzgeber auf die Kritik an dem stark eingegengten Pflegebedürftigkeitsbegriff reagiert, der der Sozialen Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahr 1995 zugrunde lag, indem schrittweise Leistungen bzw. Leistungsansprüche in das SGB XI aufgenommen wurden, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (insbes. Demenzerkrankungen) zielen.

Solange Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nur vorlag, wenn ein Mensch bei den im alten § 14 SGB XI aufgezählten Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedurfte, hatten viele „nur“ psychisch, aber nicht körperlich beeinträchtigte Menschen zunächst keinen Anspruch auf Leistungen. Der alte Pflegebedürftigkeitsbegriff engte jedoch nicht nur den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung ein, er begrenzte auch das Spektrum möglicher Leistungsinhalte auf solche, die als Hilfen bei diesen Verrichtungen in Betracht kamen und die im Allgemeinen als „Grundpflege“ bezeichnet wurden.

Mit dem „Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf – Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG)“ wurden zum 1.1.2002 erstmals Leistungen der Betreuung und mit den Bestimmungen zur finanziellen Förderung der „niedrigschwelligen Betreuungsangebote“ auch entsprechende

---

<sup>43</sup> Gesetzesbegründung zum PNG, BT-Drucksache 17/9369)

Leistungsanbieter in das SGB XI aufgenommen (§§ 45a bis 45c SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung).

In den Jahren 2006 bis 2009 wurde durch den „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit entwickelt, das zwar allgemeine fachliche Anerkennung fand, jedoch nicht unmittelbar zu einer grundlegenden Reform der gesetzlichen Grundlagen führte. Erst mit dem 2012 eingesetzten „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ wurde der Weg zunächst konzeptionell und mit den Pflegestärkungsgesetzen dann auch gesetzgeberisch fortgesetzt.

Etwa gleichzeitig mit der Arbeit des Expertenbeirats und explizit als „Übergangsregelung“ bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hatte der Gesetzgeber mit dem Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) die Leistungsansprüche im Bereich der Betreuungsleistungen nochmals ausgeweitet. Nicht nur Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, sondern alle Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III bekamen mit § 124 SGB XI (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) einen Anspruch auf häusliche Betreuung. Die Betreuungsleistungen wurden grundsätzlich als Sachleistungen im Sinne des § 36 SGB XI angesehen und nur aus „gesetzgebungstechnischen“ Gründen in einem eigenen Paragraphen kodifiziert. Damit verbunden waren auch keine Erhöhungen der Leistungsbeträge des § 36 SGB XI, sondern es wurden im Prinzip nur die Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherten in Bezug auf die Realisierung ihrer Leistungsansprüche aus § 36 erweitert: Versicherte hatten nun die Möglichkeit ihr Sachleistungsbudget auch für Betreuungsleistungen einzusetzen – unter der Bedingung, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicher gestellt sind (§ 124 Abs. 3 SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung).

Lediglich für die Teilgruppe der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wurden zusätzlich die Leistungsbeträge erhöht, um dem besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf besser gerecht zu werden (§ 123 SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung).

In direktem Zusammenhang mit diesen leistungsrechtlichen Regelungen wurden auch die „Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste“ (§ 125 SGB XI) durch das PNG ermöglicht. Der Paragraph spricht explizit davon, dass es darum geht, „Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 durch Betreuungsdienste“ – also Betreuung als Sachleistung – zu erproben (§ 125 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, Hervorh. IGES). Bis zum damaligen Zeitpunkt konnten Betreuungsleistungen nicht als Sachleistungen in Anspruch genommen werden, sondern wurden als „Zusätzliche Betreuungsleistungen“ (§ 45b SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) per Kostenerstattung von den Pflegekassen bis zu den gesetzlich vorgegebenen Höchstbeträgen finanziert. Erstattet wurden Betreuungsleistungen von Einrichtungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege, von ambulanten Pflegediensten sowie von nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten.

---



Letztere waren (und sind) ein wichtiger Anbieter von Betreuungsleistungen i.S. des § 45b SGB XI (alt). Ihre Rolle war jedoch bis zum PSG I – also bis Ende 2014 – auf die Erstattungsleistungen gem. § 45b beschränkt. Die Sachleistungsmittel für häusliche Pflegehilfe gem. § 36 SGB XI konnten vor in Kraft treten des PSG I nicht für Leistungen von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten eingesetzt werden.

Die gesetzliche Konstellation des PNG – das bzgl. der hier relevanten Bestimmungen zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist – war die ursprüngliche „Geschäftsgrundlage“ der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI: Mit den Betreuungsdiensten (BD) sollte ein neuer Typus von Leistungserbringer erprobt werden, der sich „auf Leistungen der häuslichen Betreuung, insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, konzentrieren“ sollte. Den Betreuungsdiensten wurde – wie auch den zugelassenen Pflegediensten, aber nicht den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten – dabei explizit die Rolle der Erbringung von Betreuungsleistungen als Sachleistungen (sowie ergänzend auch von hauswirtschaftlichen Versorgungsleistungen) zugewiesen. Ferner konnten die Betreuungsdienste – wie Pflegedienste und niedrigschwellige Betreuungsangebote – auch Betreuung als Erstattungsleistung (gem. § 45b SGB XI / alt) anbieten.

### **6.1.2 Teilnehmer der Modellvorhaben**

Das ursprünglich große Interesse an den Modellvorhaben – beim GKV-Spitzenverband hatten sich zahlreiche Interessenten für die Gründung eines Betreuungsdienstes gemeldet, von denen über 120 als geeignet ausgewählt worden waren – wurde noch vor dem eigentlichen Start durch wesentliche Änderungen der Rahmenbedingungen beeinträchtigt. Das PSG I veränderte die Geschäftsgrundlage insofern, als den Versicherten ab dem 1. Januar 2015 die Möglichkeit eingeräumt wurde, bis zu 40 Prozent ihres Sachleistungsanspruchs gem. § 36 SGB XI für „niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ (§ 45b Abs. 3 SGB XI i.d.F. des PSG I) zu verwenden.

Dies hatte einerseits zur Folge, dass die (faktisch zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht existierenden) Betreuungsdienste nunmehr nicht nur mit den Pflegediensten, sondern auch mit den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in Konkurrenz um diesen Teil der Sachleistungsmittel der Versicherten stehen würden. Zum anderen – und dies wirkte sich auf die Teilnehmerzahl der Erprobung unmittelbar aus – entfiel damit für viele Interessenten der Anreiz für die Gründung eines Betreuungsdienstes. Träger von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten stellten nämlich einen nennenswerten Teil der Antragsteller auf Teilnahme an den Modellvorhaben. Angesichts der durch das PSG I geschaffenen neuen Möglichkeiten zur Ausweitung der Tätigkeit – ohne gleichzeitig die für die Teilnahme am Modellvorhaben nach § 125 SGB XI vom GKV-SV formulierten höheren Anforderungen in Bezug auf Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualifikationen des Personals erfüllen zu müssen – zogen viele Interessenten ihre Teilnahmeanträge zurück.

Verstärkend hinzu kam die Tatsache, dass die Vertrags- und Vergütungsverhandlungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den verbliebenen Interessenten in manchen Regionen bzw. mit einigen interessierten Diensten nicht zu tragfähigen Einigungen führten, so dass es zu weiteren Teilnahmeverzichten kam.

Im Ergebnis reduzierte sich die Teilnehmerzahl auf 49 Betreuungsdienste, die zwischen Dezember 2014 und August 2015 in das Vorhaben eingeschlossen werden konnten. Im Hinblick auf diese Teilnehmerzahl ist vor allem zu diskutieren, inwieweit die in der Gesetzesbegründung zum PNG formulierte Intention des Gesetzgebers dadurch noch als erfüllt anzusehen ist: „Die Auswirkungen einer Zulassung von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung sollen mittels einer Vielzahl von teilnehmenden Betreuungsdiensten in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über eine regelhafte Einführung von Betreuungsdiensten zu erhalten“ (Gesetzesbegründung zum PNG, Bundestagsdrucksache BT 17/9369, Vorh. IGES).

Das Kriterium einer „Vielzahl“ wäre mit den ursprünglichen über 120 Interessenten sicher noch besser erfüllt worden, andererseits ist auch durch den Stichprobenumfang von 49 teilnehmenden Diensten eine relativ breite Basis gewährleistet. Im Hinblick auf die „unterschiedlichen Versorgungsumgebungen“ ist vor allem auf die regionale Verteilung der Betreuungsdienste hinzuweisen (vgl. Abbildung 6 bzw. Tabelle 16). Demnach sind alle vier siedlungsstrukturellen Kreistypen in der Gruppe mit mindestens vier Betreuungsdiensten vertreten. Die meisten Dienste (36) entstammen jedoch einem städtischen oder großstädtischen Umfeld. Die starke Repräsentanz der städtischen Räume hängt auch damit zusammen, dass Nordrhein-Westfalen mit insgesamt 19 Betreuungsdiensten besonders stark vertreten ist (vgl. Abbildung 5 bzw. Tabelle 15). Von den insgesamt 13 Diensten aus ländlichen Räumen stammen neun aus „dünn besiedelten ländlichen Kreisen“.

Darüber hinaus zeigt die Gruppe der teilnehmenden Betreuungsdienste eine Reihe von Abweichungen von der Zusammensetzung der ursprünglichen Interessentengruppe – es sind eher kleinere Einrichtungen, überwiegend in privater Trägerschaft und zu einem höheren Anteil Neugründungen – die jedoch u.E. die Aussagekraft der Ergebnisse im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen nicht beeinträchtigen: Wenn es kleineren Neugründungen gelingt, die gestellten formalen Anforderungen zu erfüllen und einen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung ihrer Kunden zu leisten, dürften seit längerem etablierte und größere Leistungsanbieter dazu ebenfalls in der Lage sein.

Resümierend lässt sich aus unserer Sicht festhalten, dass die Reduktion der Teilnehmergruppe gegenüber der ursprünglichen Interessentengruppe zwar bedauerlich war, aber dass die Beantwortung der zentralen Fragestellungen der Erprobung – auch hinsichtlich des wichtigen Kriteriums der Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsumgebungen – auch mit der realisierten Stichprobe möglich ist.

---

### 6.1.3 Vergleichsgruppen von Pflegediensten und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten

Als besonders schwierig erwies sich die Gewinnung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Pflegediensten als Vergleichsgruppen. Im Lauf des Vorhabens wurden insgesamt 510 niedrigschwellige Betreuungsangebote und 1.914 Pflegedienste kontaktiert, um Bearbeitung eines sehr kurzen Screening-Fragebogens gebeten und nach ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der Hauptuntersuchung gefragt. Trotz Begleitschreiben des GKV-SV und im weiteren Verlauf auch des Bundesgesundheitsministeriums sowie des Angebots einer finanziellen Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an der Untersuchung, haben letztlich nur 35 niedrigschwellige Betreuungsangebote und 16 Pflegedienste an der Untersuchung als Vergleichsgruppe teilgenommen<sup>44</sup>.

In den Ergebniskapiteln des vorliegenden Abschlussberichts werden vielfach Vergleiche zwischen Betreuungsdiensten und diesen beiden Vergleichseinrichtungen bzw. deren Beschäftigten und Kunden angestellt. Die Ergebnisse dieser Vergleiche sind im Hinblick auf niedrigschwellige Betreuungsangebote und Pflegedienste mit Vorsicht zu interpretieren: Aufgrund der kleinen Stichprobenumfänge können die Ergebnisse nicht auf diese Einrichtungen insgesamt verallgemeinert werden. Das bedeutet konkret, dass Ergebnisse und Aussagen zu Unterschieden zwischen den Betreuungsdiensten und den Vergleichseinrichtungen nur für die an der Untersuchung teilnehmenden niedrigschwelligen Betreuungsangebote und Pflegedienste Gültigkeit besitzen. Es wird also nicht behauptet, dass die berichteten Unterschiede auch in Bezug auf alle niedrigschwelligen Betreuungsangebote und Pflegedienste in Deutschland Gültigkeit beanspruchen können.

Es war weder Ziel der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI noch der wissenschaftlichen Begleitforschung, die Leistungsfähigkeit von Betreuungsdiensten mit der von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten bzw. ambulanten Pflegediensten zu vergleichen. Nach der Gesetzesbegründung zum PNG sollen die „Auswirkungen einer Zulassung von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung“ untersucht werden. Weitere Konditionierungen – wie bspw. der Nachweis einer mindestens gleichwertigen oder gar besseren Leistungsqualität der Betreuungsdienste gegenüber den beiden anderen Leistungserbringern – finden sich im Gesetz nicht und sind daher auch nicht Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitforschung gewesen.

Die Berücksichtigung von Vergleichseinrichtungen diene vor allem dem Zweck der Gewinnung von Beurteilungsmaßstäben, mit denen der neue Einrichtungstyp „Betreuungsdienst“ beschrieben und bewertet werden kann. Solche Beurteilungsmaßstäbe liegen im Hinblick auf Betreuungsleistungen unter dem Dach des SGB XI bisher kaum vor. Dies gilt sowohl hinsichtlich struktureller Merkmale von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten bzw. Pflegediensten mit

---

<sup>44</sup> Die „Teilnahmequoten“ betragen somit 6,9% bzw. 0,8%, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Zahl der kontaktierten Einrichtungen nicht im Vorhinein festgelegt war, sondern wegen der geringen Teilnahmebereitschaft sukzessive immer mehr erhöht worden ist.

substanziellem Angebot von Betreuungsleistungen, als auch im Hinblick auf die Bedarfe der Kunden, Art, Menge und Qualität der Leistungen sowie die Ergebnisse der Versorgung. Insofern zielen die in der vorliegenden Untersuchung angestellten Vergleichsbetrachtungen vor allem darauf, das relativ neue pflegerische Handlungsfeld „häusliche Betreuung“ erstmals umfassender, d.h. unter Berücksichtigung aller beteiligten Arten von Leistungserbringern, zu beschreiben.

#### **6.1.4 Übergreifende Erkenntnisse über das Handlungsfeld „häusliche pflegerische Betreuung“**

Zu den Aufgaben der Modellvorhaben sowie der Begleitforschung gehörte es u.a., „[...] die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung [...] bezüglich Qualität [und] Inhalt der erbrachten Leistungen [...] zu untersuchen“ (§ 125 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Um diesen beiden Aufgaben nachkommen zu können, war es zunächst erforderlich, „Betreuung“ bzw. „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ durch Klassifikation und Systematisierung einer analytischen Betrachtung zugänglich zu machen. Die Bestimmungen im Gesetz (§ 124 Absatz 2 SGB XI i.d.F. des PNG) und in der Gesetzesbegründung geben zwar Hinweise, was unter Betreuungsleistungen verstanden werden kann, werden aber auch vom Gesetzgeber selbst als lediglich beispielhaft und vorläufig bezeichnet: „Absatz 2 [von § 124] nennt zur Erleichterung der praktischen Umsetzung bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Beispiele einer häuslichen Betreuung.“<sup>45</sup>

Zu den möglichen Inhalten von Betreuung existierten wenige wissenschaftliche Vorarbeiten sowie die Hinweise aus der Betreuungskräfte-Richtlinie für den stationären Bereich (vgl. Abschnitt 2.3.1, dort auch die Referenzen). Im Hinblick auf die Struktur- und Prozessqualität konnte weitgehend an die üblichen Kriterien aus der „herkömmlichen“ Pflege angeknüpft werden, wie sie in den „Maßstäben und Grundsätzen“ (§ 113 SGB XI) sowie daran anknüpfenden Dokumenten niedergelegt sind. Zu der darüber hinaus gehenden Frage der „Qualität von Betreuung“ im Sinne von Ergebnisqualität konnten aus der Literatur dagegen keine relevanten Vorarbeiten identifiziert werden.

Die Begleitforschung hat daher zunächst ausgehend von den empirischen Daten mit Hilfe einer Faktorenanalyse eine Systematik von Betreuungsinhalten entwickelt (vgl. Abschnitt 3.6). Anschließend wurde für die sechs Dimensionen bzw. Kategorien umfassende Leistungssystematik ermittelt, welche Beziehungen zwischen bestimmten Betreuungsleistungen und den Bedarfen bzw. Problemlagen der Pflegebedürftigen bestehen. Dadurch wurden Aussagen möglich, welche Betreuungsinhalte/-leistungen mehr oder weniger geeignet sind, um bestimmten Problemlagen zu begegnen. Auf dieser Grundlage konnte ferner der Frage nachgegangen werden, inwieweit in der Praxis tatsächlich eine möglichst gute Passung zwischen

---

<sup>45</sup> Gesetzesbegründung zum PNG, Bundestagsdrucksache BT 17/9369

den betreuungsrelevanten Problemlagen der Kunden und den erbrachten Betreuungsinhalten erzielt wird.

Die Begleitforschung kann damit den Anspruch erheben, notwendige Fundamente für ein Konzept von pflegerischer Betreuungsqualität gelegt zu haben, indem erstmals systematische Zusammenhänge zwischen Kundenanforderungen (Bedarfe, Problemlagen aus Sicht von Kunden bzw. Angehörigen) und einzelnen Betreuungsinhalten im Sinne von „besser/weniger gut geeignet“ etabliert wurden.

Die Tragfähigkeit dieser Systematisierung konnte in den Analysen zur Ergebnisqualität bzw. Wirksamkeit von Betreuung (vgl. Abschnitt 3.7.4) bestätigt werden, indem gezeigt wurde, dass die Ergebnismaße (Lebensqualität und Reduktion des Belastungsempfindens) systematisch und signifikant auch von den Betreuungsinhalten bzw. der Passung zwischen Problemlage der Betroffenen und den von den Diensten realisierten Betreuungsinhalten beeinflusst werden.

## **6.2 Schlussfolgerungen zu den Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschung**

Die wissenschaftliche Begleitforschung soll die Modellvorhaben nach § 125 im Hinblick auf sieben Evaluationskriterien untersuchen und bewerten. Im Folgenden ziehen wir bezogen auf diese Kriterien die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungsergebnissen, wobei die Kriterien „Bewertung aus Sicht der Nutzer“ und „Bewertung aus Sicht der Angehörigen der Nutzer“ zusammen erörtert werden.

### **6.2.1 Inhalte der Leistung**

Unter Verwendung der für das Vorhaben genuin entwickelten Systematik von Betreuungsinhalten (vgl. Abschnitt 3.6 bzw. die Kommentierung in Abschnitt 6.1.4) konnte gezeigt werden, dass „Betreuung“ nicht als eine „Global-Leistung“ aufzufassen ist, bei der eine weitere Differenzierung der Inhalte nicht möglich bzw. sinnvoll ist. Vielmehr lassen sich Kategorien von Leistungsinhalten identifizieren, die bei bestimmten Bedarfs- bzw. Problemlagen mehr oder weniger geeignet sind, um zur Verbesserung der Lebensqualität und der Belastungsreduktion von Kunden und Angehörigen beizutragen.

Was die tatsächliche Durchführung der unterschiedlichen Betreuungsinhalte angeht, zeigt sich, dass die Betreuungsdienste einerseits im Vergleich zu den beiden anderen Typen von Leistungserbringern das breiteste Spektrum umsetzen. Zum anderen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Betreuungsdienste hinsichtlich des Leistungsangebots ein charakteristisches Profil ausbilden: So vereinen sie die jeweiligen Stärken von Pflegediensten (eher zweckhafte Inhalte aus der Kategorie „Tagesstruktur und Alltagsbewältigung“) und niedrigschwelligen Angeboten (eher nicht zweckhafte Inhalte, aus den Kategorien „Beschäftigung“, „Zwischenmenschliche Nähe“, „Gemeinschaft“). Als besondere Stärke der Betreuungsdienste gegenüber den beiden Vergleichseinrichtungen sind Leistungen aus der Kategorie „Wohnumfeld“ zu nennen, also bspw. Hilfe und Unterstützung bei administrativen und

sonstigen Aufgaben, die der Aufrechterhaltung des Haushalts und der Integration in das jeweilige Wohnumfeld dienen.

Die Ergebnisse zu den Schwerpunkten der Leistungsinhalte sind vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu den spezifischen Kundenstrukturen der drei untersuchten Leistungserbringer zu sehen, d.h. die Leistungsspektren der Einrichtungstypen reflektieren offenbar die Bedarfe bzw. Fähigkeiten/Einschränkungen ihrer jeweiligen Kundenpopulationen. Mit Blick auf das Evaluationskriterium „Inhalte der Leistungen“ ist somit der Schluss zu ziehen, dass die Betreuungsdienste im Laufe der Modellvorhaben nicht nur ein Kundensegment erschlossen haben, das sich von dem der Pflegedienste bzw. niedrigschwelligem Anbieter unterscheidet, sondern diesen Kunden auch ein angepasstes Spektrum von Betreuungsinhalten bieten.

Weitere Fragestellungen in diesem Zusammenhang betreffen die Abgrenzung zwischen Betreuungsleistungen und Pflegeleistungen sowie hauswirtschaftlicher Versorgung. Letztere durften die Betreuungsdienste ebenfalls erbringen, wobei in der Regel andere Beschäftigte eingesetzt wurden. Die Leistungen der Betreuungskräfte in diesem Bereich lassen sich eher als Unterstützung oder Assistenz bei der Haushaltsführung beschreiben.

Pflegerische Handlungen i.e.S. – körperbezogene Pflegemaßnahmen in der Diktion des § 36 SGB XI in der ab 1.1.2017 geltenden Fassung – werden von Betreuungskräften bei manchen Kunden durchaus häufiger durchgeführt. Dabei handelt es sich ganz überwiegend um Maßnahmen, die im Rahmen eines häuslichen Betreuungseinsatzes regelmäßig erforderlich sind (Hilfe beim Toilettengang, An- und Auskleiden oder Essen und Trinken) und daher realistischerweise nicht abgetrennt werden können. Abgesehen davon hat die Evaluation keine Hinweise auf systematische „Grenzüberschreitungen“ im Sinne einer unzulässigen Erbringung von Pflegeleistungen durch Betreuungsdienste gefunden.

### **6.2.2 Qualität der Leistung, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung**

Ein wesentliches Designelement der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI sind die von den Betreuungsdiensten zu erfüllenden Anforderungen in Bezug auf das Qualitätsmanagement, die sich von Pflegediensten teilweise unterscheiden (keine Pflegefachkraft als Leitungsperson), ansonsten aber auf ähnlichem Niveau liegen (z.B. Erwerb der Leitungsqualifikation gem. § 71 Abs. 3 Satz 4 SGB XI; Betreuungsdokumentation etc.) oder bezüglich der als Betreuungskräfte eingesetzten Beschäftigten sogar höhere Anforderungen stellen (Erwerb der Qualifikation und kontinuierliche Fortbildung gem. Betreuungskräfte-Richtlinien gem. § 53c SGB XI).

Die Begleitforschung hat gezeigt, dass die Betreuungsdienste den gestellten Anforderungen ganz überwiegend gerecht werden bzw. im Verlauf der Erprobung bestehende Lücken häufig schließen. Besonders hervorzuheben ist der empirische Befund, dass bestimmte Maßnahmen des Qualitätsmanagements (Supervision durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft; Durchführung regelmäßiger Fallbesprechungen; kontinuierliche Wirkungserfassung im Rahmen der Betreuungsplanung) zu einer messbar besseren Ergebnisqualität beitragen.

---

Auch von den Betreuungsdiensten selbst bzw. deren Leitungen wurden die Qualitätsanforderungen grundsätzlich befürwortet. Sie wurden nicht nur als Abgrenzungsmerkmal gegenüber den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gewürdigt, sondern auch als der Aufgabe – Betreuung von vielfach kognitiv stark beeinträchtigten Pflegebedürftigen im häuslichen Kontext – grundsätzlich angemessen erachtet.

Aus Sicht der Evaluation ist die Schlussfolgerung zu ziehen, dass sich die höheren Anforderungen an die Sicherstellung der Struktur- und Prozessqualität der Betreuungsdienste bewährt haben: Sie führen zu einer Steigerung der Professionalität dieser Dienste und tragen bei konsequenter Umsetzung zu besseren Ergebnissen – gemessen an den Effekten auf Lebensqualität und Belastungsreduktion der Kunden bzw. Angehörigen – bei.

### **6.2.3 Wirtschaftlichkeit**

Von wenigen Ausnahmen abgesehen ist es den Betreuungsdiensten im Verlauf der Erprobung gelungen, ihre Kundenzahl kontinuierlich zu steigern und sich in den regionalen Versorgungszusammenhängen als Dienstleister zu etablieren. Neben der Kundenzahl wuchs auch die Zahl der Beschäftigten.

Hauptproblem im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Betreuungsdienste waren nach Angaben der Betreiber die aus ihrer Sicht unzureichend bemessenen Vergütungen. Insbesondere die höheren Qualitätsanforderungen würden nicht angemessen vergütet. Die Frage der Vergütung von Betreuungsleistungen wird im Kontext der durch die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlichen Neuverhandlung der Rahmenverträge auf Landesebene (§ 75 SGB XI) vermutlich eine Rolle spielen.

Bezieht man den Aspekt der Wirtschaftlichkeit nicht auf die Einrichtung, sondern auf die Leistungsart „Betreuung“, so hat die Begleitforschung deutliche Hinweise erbracht, dass die Nutzer von der Inanspruchnahme profitieren und die Zufriedenheit hoch ist.

Als ein besonderer „Test der Wirtschaftlichkeit“ dieser Leistungsart kann gewertet werden, inwieweit Betreuung als Sachleistung (gem. § 124 SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) in Anspruch genommen wird. In diesem Fall müssen die Pflegebedürftigen auf andere Verwendungsmöglichkeiten (insbesondere Pflegeleistungen gem. der bis 31.12.2016 Fassung des § 36 SGB XI) verzichten, um stattdessen Betreuungsleistungen „einzukaufen“. Bei einer unwirtschaftlichen, d.h. wenig Nutzen generierenden Leistung wäre nicht zu erwarten, dass die Pflegebedürftigen diesen Austausch vornehmen.

Die Erprobung hat gezeigt, dass zwar auch die Betreuungsdienste den überwiegenden Teil ihres Geschäfts mit Betreuung als Erstattungsleistung bestreiten, gleichwohl nahmen zu jedem Messzeitpunkt etwa 30 Prozent der Kunden auch Betreuung als Sachleistung in Anspruch (vgl. Abbildung 46). Dies spricht u.E. eindeutig dafür, dass Betreuungsleistungen zumindest für einen Teil der Pflegebedürftigen

wirtschaftlich sind, weil diese Leistungen für sie offenbar mehr „value for money“ generieren, als alternativ mögliche (zusätzliche) Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung.

#### **6.2.4 Bewertung aus Sicht der Nutzer bzw. ihrer Angehörigen**

Anstelle der Nutzer von Betreuungsleistungen haben häufig deren Angehörige die Fragen der Begleitforschung beantwortet, was angesichts des hohen Anteils von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu erwarten ist.

Die Analysen zur Akzeptanz der Dienste sowie der von ihnen erbrachten Leistungen haben für alle drei Typen von Leistungserbringern hohe Zufriedenheitswerte auf Seiten der Nutzer bzw. Angehörigen ergeben. Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit sind der (a) Respekt der Dienstleister für die Privatsphäre der Nutzer, (b) inwieweit der Dienst mit seinen Leistungen den Erwartungen der Nutzer entspricht, (c) Höflichkeit und Freundlichkeit der Mitarbeitenden und (d) inwieweit der Dienst aus Sicht der Nutzer eine „große Unterstützung“ darstellt, um die Probleme im Alltag besser meistern zu können.

Wie bereits im Zusammenhang mit den Ausführungen zur Qualität berichtet, konnten ferner signifikante Effekte der Betreuung auf die Lebensqualität und die empfundene Belastung der Nutzer und ihrer Angehörigen ermittelt werden. Zwar nehmen diese Wirkungen im Zeitverlauf tendenziell ab bzw. nähern sich dem Ausgangsniveau wieder an. Dies ist jedoch kaum anders zu erwarten, da die krankheitsbedingten Einschränkungen und Fähigkeitsverluste i.d.R. auch bei guter Pflege und Betreuung fortschreiten.

#### **6.2.5 Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer**

Die Leitungskräfte der Betreuungsdienste haben in den schriftlichen Befragungen, aber insbesondere auch in den Telefoninterviews durchweg die hohe Relevanz ihrer Leistungsangebote für die von ihnen betreuten Pflegebedürftigen, aber auch mit Blick auf ihre jeweiligen regionalen Versorgungskontexte betont. Keiner der an den Befragungen beteiligten Modellversuchsteilnehmer hat die Erfahrung gemacht, dass für seinen Dienst bzw. die angebotenen Leistungen kein Bedarf bzw. keine ausreichende Nachfrage bestünde.

Als problematisch wurden neben den Vergütungssätzen, insbesondere spezifische Rahmenbedingungen angesehen: Die Abrechnung von Betreuungsleistungen als Sachleistungen war nur möglich, wenn das Sachleistungsbudget des Kunden noch nicht durch die privilegierten Pflegeleistungen ausgeschöpft war. Da der Betreuungsdienst und vielfach auch der Kunde keine hinreichende Transparenz über das noch verfügbare Budget hatten, ist es hier bisweilen zu Konflikten gekommen. Verträgliche Lösungen konnten insbesondere in Konstellationen einer funktionierenden Kooperation zwischen Pflege- und Betreuungsdiensten gefunden werden. Diese Problematik dürfte sich unter den neuen Rahmenbedingungen nach dem PSG II – mit der Gleichrangigkeit von körperbezogenen Pflegemaßnahmen und



pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im neu gefassten § 36 SGB XI – vermutlich nicht mehr in dieser Form stellen.

Teilweise wurden von den Leitungen auch die erhöhten Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität kritisiert. Die Mehrheit befürwortete jedoch Qualitätsentwicklung als Voraussetzung von Professionalisierung und im Sinne einer Abgrenzung zu den überwiegend von ehrenamtlichen Strukturen getragenen niedrigschwelligen Angeboten.

Die Leitungen von Betreuungsdiensten erkennen einerseits die Notwendigkeit einer engen Koordination mit den ambulanten Pflegediensten an, sehen sich aber gleichzeitig als sinnvolle und notwendige Ergänzung des Versorgungsangebots. Aus ihrer Sicht können die Betreuungsdienste eine sinnvolle Position zwischen den ambulanten Pflegediensten – für die Betreuung eher ein „Nebengeschäft“ bleiben werde, so dass kein ausreichend ausdifferenziertes Angebot vorgehalten werde – und den niedrigschwelligen Angeboten – die nicht ausreichend in der Lage seien, auf die Bedarfe auch von Klienten mit komplexen Unterstützungsbedarfen entsprechend zu reagieren – einnehmen.

Zum letzten Befragungszeitpunkt (t2) waren sich 71% der befragten Leitungskräfte (29 von 41) sicher und weitere 15% (n=6) eher sicher, den Betreuungsdienst auch nach Ende des Modellvorhabens – ggf. unter veränderten Rahmenbedingungen – fortführen zu wollen. Nur vier Befragte äußerten sich ablehnend, zwei machten dazu keine Angabe (vgl. Abbildung 102).

Die Mitarbeitenden in allen drei Einrichtungstypen sind mit ihrer Tätigkeit bei der betreffenden Einrichtung ganz überwiegend „sehr zufrieden“ (65%) oder „eher zufrieden“ (32%). Auch die Kooperation mit den Angehörigen der Nutzer wird von den Mitarbeitenden ganz überwiegend positiv bewertet.

#### **6.2.6 Bewertung der Auswirkungen auf strukturelle Rahmenbedingungen**

Von der Gründung und Erprobung von einem oder zwei Betreuungsdiensten in einem Landkreis oder einer Stadt kann man im Allgemeinen nur begrenzte Effekte auf die regionalen Versorgungsstrukturen erwarten. Hervorzuheben sind folgende Punkte:

- Den Betreuungsdiensten ist es im Laufe der Erprobung mehrheitlich gelungen, sich in ihren regionalen Versorgungskontexten als Kooperationspartner – insbesondere von ambulanten Pflegediensten – und als sinnvolles ergänzendes Angebot zu etablieren.

In der Anfangsphase reagierten Pflegedienste vielfach zunächst ablehnend bzw. nahmen die Betreuungsdienste als mögliche Konkurrenten wahr. Dies änderte sich zumeist, sobald im Rahmen einer direkten Zusammenarbeit die Möglichkeiten einer sinnvollen Arbeitsteilung erkannt wurden. Zwar berichten auch zum Ende der Erprobungsphase einige Leitungen von Betreuungsdiensten noch von Konkurrenzverhalten lokaler Pflegedienste. Dies

dürfte jedoch auch damit zusammenhängen, dass sich die Kooperationserfahrungen im Laufe der Zeit erst schrittweise aufbauen.

- Etwa ein Drittel der Mitarbeitenden in Betreuungsdiensten kommen nicht aus pflegerischen oder anderen gesundheitsnahen beruflichen Bereichen.

Den Betreuungsdiensten gelingt es somit offensichtlich, auch Menschen mit pflegefernen beruflichen Ausgangsqualifikationen für eine Tätigkeit als Betreuungskraft zu gewinnen, d.h. nicht nur ehrenamtlich tätig zu werden, sondern die geforderten Qualifikationen zu erwerben und in einem stärker professionalisierten Umfeld zu arbeiten.

- Es gab in allen beteiligten Versorgungskontexten (von Ballungsgebieten bis zu dünn besiedelten ländlichen Regionen) eine hinreichende Nachfrage nach den Leistungen der Betreuungsdienste.

Die Modellerprobung hat klar gezeigt, dass sich ein zusätzlicher Leistungserbringertypus, der sich von den bereits bestehenden Anbietern (Pflegedienste, niedrigschwellige Betreuungsangebote) in relevanter Weise unterscheidet, in unterschiedlichen regionalen Versorgungskontexten etablieren kann und auf eine hinreichende Nachfrage trifft.

Resümierend ist daher aus Sicht der Begleitforschung der Schluss zu ziehen, dass die Betreuungsdienste eine sinnvolle und hinsichtlich der Nachfragesituation wirtschaftlich tragfähige Ergänzung der pflegerischen Versorgungslandschaft darstellen.

### 6.3 Empfehlungen

Von ihrer Entstehung im Kontext des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) her sowie in Bezug auf ihre enge Verknüpfung mit dem seinerzeit eingeführten § 124 SGB XI gehören die Modellvorhaben nach § 125 SGB XI zu den Maßnahmen, die der Gesetzgeber im Vorgriff auf den seit 1.1.2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff getroffen hat. Die Frage, ob Betreuungsdienste als eigenständiger Leistungserbringer im SGB XI sinnvoll sind, bleibt jedoch auch nach den Gesetzesreformen der Pflegestärkungsgesetze aktuell.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) und das damit unmittelbar verbundene neue Begutachtungsverfahren (§ 15 SGB XI) führen zum einen zu einer Erweiterung der durch die Soziale Pflegeversicherung erfassten Beeinträchtigungen und Personenkreise. Zum anderen wurde das neue Pflegeverständnis auch durch entsprechende Änderungen des Leistungsrechts umgesetzt: Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege nunmehr gleichermaßen Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung (§ 36 SGB XI).

Betreuungsleistungen sind damit – zumindest formal – endgültig zu einem regulären und gleichrangigen Inhalt der pflegerischen Sachleistungen geworden. Inwieweit das neue Pflegeverständnis in der Praxis der Versorgung durch ambulante

Pflegedienste nun zu einer Neugewichtung der Leistungsspektren führt, dürfte zum einen davon abhängen, inwieweit die Anpassung der vertraglichen Rahmenbedingungen (§ 75 SGFB XI) diesbezüglich unterstützend wirkt. Zum anderen wird sich zeigen, inwieweit die Pflegebedürftigen selbst von den neuen Optionen zur Verwendung der ihnen für Sachleistungen zur Verfügung stehenden Mittel Gebrauch machen werden. Letzteres hängt jedoch auch entscheidend davon ab, was die Leistungserbringer ihren Kunden anzubieten haben.

Die Rolle, die Betreuungsleistungen – aber auch die mit der durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführten Orientierung an der Selbständigkeit und den Fähigkeiten der Pflegebedürftigen stärkere Relevanz gewinnenden Maßnahmen zur Beratung, Anleitung und „Eduktion“ – künftig spielen werden, hängt u.E. nicht allein davon ab, was von den Pflegewissenschaften oder den Vertragsparteien entwickelt und empfohlen wird. „Die Gestaltung einer guten pflegerischen Versorgung erfolgt [...] in erster Linie in den Pflegeeinrichtungen.“<sup>46</sup> Diese selbstverständlich klingende Feststellung ist mit Bezug auf die Betreuungsdienste von besonderer Bedeutung. So hat die Modellerprobung gezeigt, dass ein spezialisierter neuer Leistungsanbieter, der sich von bereits etablierten Anbietern zwar formell unterscheidet, aber gleichzeitig große Überschneidungen des Kundenpotenzials aufweist, besondere Anstrengungen unternimmt, um sein spezifisches Leistungsportfolio zu entwickeln und zu professionalisieren.

Für die Fortführung der Betreuungsdienste spricht daher u.E. auf jeden Fall der Aspekt, dass ein Leistungsanbieter, der keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen (und erst recht keine Behandlungspflege) erbringt, den Bereich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, der in den Jahrzehnten der (erzwungenen) Verengung auf eine verrichtungsbezogene häusliche Pflege kaum systematisch entwickelt wurde, vermutlich mit deutlich mehr Dynamik, Kreativität und Orientierung an den Kundenbedürfnissen entwickeln wird.

Die Erprobung hat gezeigt, dass sich zwischen Betreuungsdiensten und ambulanten Pflegediensten in den meisten Regionen eine sinnvolle Kooperation und Aufgabenverteilung entwickelt. Ferner haben sich in der Begleitforschung keine Hinweise ergeben, dass mit der Versorgung durch einen weiteren Akteur neben dem Pflegedienst nennenswerte Koordinations- und Abstimmungsprobleme ergeben (abgesehen von dem speziellen Problem der privilegierten Abrechenbarkeit von Pflegeleistungen gegenüber Betreuungsleistungen, das sich nach dem PSG II erledigt haben sollte).

Nimmt man noch hinzu, dass die Betreuungsdienste die personelle Basis einer professionellen und qualifizierten Versorgung von Pflegebedürftigen auf Menschen mit „untypischen“ beruflichen Ausgangsqualifikationen ausdehnen können, so

---

<sup>46</sup> Hoffer H: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung. S. 17. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.). Pflege-Report 2017. S. 13–24. Stuttgart: Schattauer 2017.

---

ergibt sich ein weiteres starkes Argument für die Fortführung der Betreuungsdienste.

Durch die Modellvorhaben sollte ferner geklärt werden, ob es sinnvoll ist, neben den niedrighschwelligen Betreuungsangeboten einen Leistungserbringer zu etablieren, der im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualifikationsanforderungen an die Betreuungskräfte höhere Anforderungen erfüllen muss. Die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen deutlich, dass es eine Gruppe von Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen gibt, die von einem solchen Angebot profitieren. Trotz gewisser methodischer Einschränkungen aufgrund der kleinen Vergleichsstichproben haben die Untersuchungen ferner deutliche Hinweise ergeben, dass ein höheres Niveau im Bereich des Qualitätsmanagements zu positiven Effekte auf die Ergebnisqualität führt. Auch aus der „Qualitätsperspektive“ ergeben sich daher gewichtige Gründe für eine Verstetigung der Betreuungsdienste als ein stärker professionalisiertes Angebot im Bereich pflegerischer Betreuungsleistungen.

Aus Sicht der Begleitforschung sprechen damit sowohl die Erprobungsergebnisse, als auch die neuen Perspektiven und Herausforderungen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für eine dauerhafte Verankerung von Betreuungsdiensten als Leistungserbringer im SGB XI.

---

## 7. Literatur

Blencowe H, Lee AC, Bahalim A, Narwal R, Zhong N, Chou D, Say L, Modi N, Katz J, Vos T, Marlow N, Lawn JE (2010): Preterm birth-associated neurodevelopmental impairment estimates at regional and global levels for 2010. *Pediatric Research*; 74(Suppl 19): 17-34.

Bronfenbrenner U (1981): *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente.* Stuttgart: Klett-Cotta.  
ISBN: 978-3129306208.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2013): Referenzdatei zur Raumgliederung auf Kreisbasis.  
Verfügbar unter: <http://www.bbsr.bund.de>

Bundestagsdrucksache 17/9369: Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung. 23. April 2012. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. ISSN: 0722-8333.  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709369.pdf>  
[Abruf 21. Juli 2017].

Bundestagsdrucksache 18/10707: Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. ISSN: 0722-8333.  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/107/1810707.pdf>  
[Abruf 21. Juli 2017].

Burschat M, Kafsack P (2016): *Betreuungskräfte pflegen – trotz Verbot.* Hamburg: Norddeutscher Rundfunk.  
<http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Betreuungskraefte-pflegen-trotz-Verbot-,betreuungskraefte100.html>.  
[Abruf: 22. März 2017].

Datta D, Datta PP, Majumdar KK (2015): Role of social interaction on quality of life. *National Journal of Medical Research*; 5(4): 290-292.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe eV. (DBfK) (2016): Position des DBfK zu Betreuungskräften nach § 87b SGB XI.  
<https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Betreuungskraefte-87b-SGB-XI-2016-05-30.pdf>  
[Abruf: 21. Juli 2017].

Deutsches Rotes Kreuz (2015): Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen

Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegegestärkungsgesetz – PSG II, Berlin, Juli 2015.

[http://drk-](http://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/Stellungnahme_des_DRK_PSG_II.pdf)

[wohlfahrt.de/uploads/tx\\_ffpublication/Stellungnahme\\_des\\_DRK\\_PSG\\_II.pdf](http://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/Stellungnahme_des_DRK_PSG_II.pdf)

[Abruf: 21. Juli 2017].

Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care (1966): *Milbank Mem Fund Q*; 44: 166-203.

DOI [Reprint]: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

Dowideit A (2015): Amateure im Altenheim. *Welt am Sonntag*. 31.05.2015.

<https://www.welt.de/print/wams/wirtschaft/article141694133/Amateure-im-Altenheim.html>.

[Abruf: 13. Juli 2017].

GKV-Spitzenverband (2009): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Förderung von niedrighschwelligem Betreuungsangeboten, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI i.V.m. § 45d Abs. 3 SGB XI von 24.07.2002 in der Fassung vom 08.06.2009.

[https://www.gkv-](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2009_06_08_Beschluss_45c.pdf)

[spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_\\_vereinbarungen\\_\\_formulare/rahmenvertraege\\_\\_richtlinien\\_und\\_bundesempfehlungen/2009\\_06\\_08\\_Beschluss\\_45c.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2009_06_08_Beschluss_45c.pdf)

[Abruf: 13. Juli 2017].

GKV-Spitzenverband (2011): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011.

GKV-Spitzenverband (2014): Richtlinien nach § 87b Abs. § SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014.

GKV-Spitzenverband (2016): Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 23. November 2016.

- GKV-Spitzenverband (2014): Interessensbekundungsverfahren für Betreuungsdienste im Rahmen der Modellvorhaben gemäß § 125 SGB XI: Teilnahmekriterien und Verfahrensablauf.  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_betreuungsdienste\\_125/2015\\_08\\_20\\_Teilnahmekriterien\\_125\\_fuer\\_Homepage.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_betreuungsdienste_125/2015_08_20_Teilnahmekriterien_125_fuer_Homepage.pdf)
- GKV-Spitzenverband (2014): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für Betreuungsdienste gemäß § 125 SGB XI. Schreiben des GKV-Spitzenverbandes, 07. Mai 2014.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Geerdes S, Schwinger A (2012): Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 9. Berlin: GKV-Spitzenverband.  
ISBN: 978-3-7747-2388-5.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B. (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband.  
ISBN: 978-3-7747-2318-4
- Görres S, Schmitt S, Blom S, Baumkötter A, Bouazzaoui FE (2013): Bedarfe und Evaluation pflegerischer Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor – am Beispiel niedrigschwelliger Angebote. Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, ipp-Schriften 12.  
<http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ippschriften/ipp.schriften12.pdf>  
[download: 30. November 2013].
- Gräbel E (2009): Subjektive Belastung und deren Auswirkungen bei betreuenden Angehörigen eines Demenzkranken – Notwendigkeit zur Entlastung. In: Stoppe G & Stiens G (Hrsg.). Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken – Grundlagen und Unterrichtsmaterialien, 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. ISBN: 978-3170204058.
- Helmchen, H (2015): Forschung mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind?. Nervenarzt; 86: 1140.  
DOI: 10.1007/s00115-015-4302-0.
- IGES Institut GmbH (2014): Datenschutzkonzept zur wissenschaftlichen Evaluation der Modellvorhaben nach § 125 SGB XI. Oktober 2014.
-

- IGES Institut GmbH (2015): Bewertungsinstrument für Betreuungsleistungen (BBL). Entwicklung eines Messverfahrens zur Bewertung von Betreuungsleistungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung nach § 125 SGB XI. August 2015.
- Janssen J, Laatz W. (2007): Faktorenanalyse. In: Janssen J, Laatz W. (Hrsg.). Statistische Datenanalysen mit SPSS für Windows. 6. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.  
ISBN: 978-3-540-72977-8.
- Kraemer S (2000): The fragile male. *BMJ*; 321(7276): 1609-1612.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV-Spitzenverband (2010): Qualitätsprüfungs-Richtlinien MDK-Anleitung Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege.  
[http://www.mdk.de/media/pdf/MDK-Pruefgrundlagen\\_ambulant.pdf](http://www.mdk.de/media/pdf/MDK-Pruefgrundlagen_ambulant.pdf).
- Norddeutscher Rundfunk (2015): Neue billige Arbeitskräfte in der Pflege? Interview mit Reinhard Leopold, Gründer der Bremer Angehörigen-Initiative „Heim-Mitwirkung“. Hamburg: Norddeutscher Rundfunk.  
<http://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Neue-billige-Arbeitskraefte-in-der-Pflege,pflege450.html>.  
[Abruf: 22. März 2017].
- OECD (2013): OECD Guidelines on measuring subjective well-being. OECD Publishing.  
ISBN: 978-92-64-19165-5.
- Rainer M et al (2002): Pflegende Angehörige von Demenzkranken: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. *Psychiatrische Praxis* 29(3), 142-147. DOI: 10.1055/s-2002-2510.
- Reggentin H (2005): Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Betreuung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(2), 101-107. DOI 10.1007/s00391-005-0295-9.
- Ryan RM, Deci EL (2008): Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In John OP, Robins RW, Pervin LA (Hrsg.): *Self-determination of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press, 654-678.
- Soziale Pflegeversicherung – Sozialgesetzbuch XI (Stand Januar 2013). Altötting: KKF-Verlag.
-



ISBN: 978-3-87245-070-8.

Statistik Austria (2011): ISCO 08 – gemeinsame deutschsprachige Titel und Erläuterungen auf Basis der englischsprachigen Version 1.5a von April 2011. Wien: Statistik Austria.

[https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/ESTAT/isco/Library/grant\\_reports/austria/Austria%20-%20erlaeuterungen\\_zur\\_isco\\_08\\_-\\_stand\\_juni\\_2009\\_049974.pdf](https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/ESTAT/isco/Library/grant_reports/austria/Austria%20-%20erlaeuterungen_zur_isco_08_-_stand_juni_2009_049974.pdf).

[Abruf: 21. Juli 2017].

Stillmann TF, Baumeister RF, Lambert NM, Crescioni AW, De Wall CN, Fincham FD (2009): Alone and without purpose: Life loses meaning following social exclusion. *Journal of Experimental Social Psychology*; 45(4): 686-694.

Weber M (2007): *Arbeitsrecht für Pflegeberufe: Handbuch für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

ISBN: 978-3170182530

Wingenfeld K, Gansweid B (2013): Analyse für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2013.

Zank S, Schacke C (2007): Abschlussbericht der Phase 2 der Längsschnittstudie zur Angehörigenbelastung durch die Pflege demenziell Erkrankter (LEANDER). Verfügbar unter <http://www.hf.uni-koeln.de> [Abruf: 10. Oktober 2017]

---

# Anhang

---

## A1 Tabellen

Tabelle 83: Anzahl der Einrichtungen und Größe der Zielgruppen (Anzahl)

	BD			nBa		PD	
	t0	t1	t2	t1	t2	t1	t2
Teilnahme Einrichtungen in Begleitforschung	49	44	41	35	23	16	11
Mitarbeitende in Einrichtungen	272	371	395	389	332	293	251
Teilnahme Mitarbeitende an Befragungen	192	158	161	111	78	88	37
Kunden in Einrichtungen	683	1488	1791	640	449	1139	1008
Teilnahme Kunden an Befragungen	-	358	343	69	77	48	57

Quelle: IGES

Anmerkung: Vergleichseinrichtungen (nBa, PD) wurden erst ab t1 befragt. „Teilnahme Mitarbeitende an Befragungen“ enthält in BD zu t2 N = 2 Mitarbeitende, deren BD nicht an der Befragung zu t2 teilgenommen hat.

Tabelle 84: Kundenpopulation in Leitungsbefragung (Zusammenfassung)

Variable	Kategorie	BD			nBa			PD		
		N	%	g%	N	%	g%	N	%	g%
Geschlecht ***	männlich	1381	35.2%	35.5%	449	42.8%	42.8%	663	30.9%	33.1%
	weiblich	2513	64.0%	64.5%	600	57.2%	57.2%	1341	62.5%	66.9%
	k.A.	31	0.8%	-	0	-	-	143	6.7%	-
Pflege- stufe*** nur Angaben zu t0 und t1	PS 0	249	11.5%	11.9%	59	9.8%	11.0%	61	5.4%	5.4%
	PS I	1097	50.5%	52.2%	238	39.7%	44.3%	535	47.0%	47.6%
	PS II	490	22.6%	23.3%	131	21.8%	24.4%	240	21.1%	21.4%
	PS III	232	10.7%	11.0%	77	12.8%	14.3%	84	7.4%	7.5%
	keine PS	33	1.5%	1.6%	32	5.3%	6.0%	203	17.8%	18.1%
	k.A.	70	3.2%	-	63	10.5%	-	16	1.4%	-
Pflege- grad*** nur Angaben zu t2	PG 1	58	3.3%	3.4%	31	6.9%	8.3%	13	1.3%	1.4%
	PG 2	754	43.0%	44.3%	130	29.0%	34.9%	360	35.7%	38.6%
	PG 3	505	28.8%	29.7%	119	26.5%	32.0%	228	22.6%	24.5%
	PG 4	229	13.1%	13.4%	59	13.1%	15.9%	121	12.0%	13.0%
	PG 5	65	3.7%	3.8%	26	5.8%	7.0%	41	4.1%	4.4%
	kein PG	92	5.2%	5.4%	7	1.6%	1.9%	169	16.8%	18.1%
	k.A.	51	2.9%	-	77	17.1%	-	76	7.5%	-
Demenz ***	angegeben	1945	49.6%	49.6%	581	55.4%	55.4%	686	32.0%	32.0%
	nicht	1980	50.4%	50.4%	468	44.6%	44.6%	1461	68.0%	68.0%
KB***	angegeben	2335	59.5%	59.5%	334	31.8%	31.8%	1252	58.3%	58.3%
	nicht	1590	40.5%	40.5%	715	68.2%	68.2%	895	41.7%	41.7%
GB***	angegeben	310	7.9%	7.9%	251	23.9%	23.9%	79	3.7%	3.7%
	nicht	3615	92.1%	92.1%	798	76.1%	76.1%	2068	96.3%	96.3%
Psych.***	angegeben	524	13.4%	13.4%	87	8.3%	8.3%	337	15.7%	15.7%
	nicht	3401	86.6%	86.6%	962	91.7%	91.7%	1810	84.3%	84.3%
EA*** nur Angaben zu t0 und t1	liegt vor	1594	73.4%	74.8%	471	78.5%	86.6%	492	43.2%	46.7%
	nicht vor	536	24.7%	25.2%	73	12.2%	13.4%	562	49.3%	53.3%
	k.A.	41	1.9%	-	56	9.3%	-	85	7.5%	-
		<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Alter***	Geburtsjahr	1941	18.9	3880	1951	28.6	1039	1938	13.5	2004

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Einrichtungsleitungen zu t0 bis t2

Anmerkung: Spaltenprozent. Aufgrund fehlender Angaben liegen detaillierte Angaben zu Kundeneigenschaften bei BD zu t2 nur für N = 1754 statt 1791 und bei nBa zu t1 nur für N = 600 statt 640 Mitarbeiter vor. Abkürzungen: k.A. entspricht keiner Angabe; g%, Prozent bezogen auf gültige Angaben (ohne „k.A.“); KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych., Psychische Erkrankung; EA, Einschränkung der Alltagskompetenz; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; N, Anzahl der Angaben; Chi<sup>2</sup>-Test bzw. ANOVA signifikante Unterschiede zwischen Einrichtungstypen bei \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ . Tabelle zeigt Zusammensetzung der Kundenpopulationen in BD, nBa und PD (BD t0 bis t2 und nBa/PD t1 bis t2 zusammengefasst); einige Merkmale werden nur zu t0 und t1, andere erst ab t2 erhoben (siehe Tabelle). Chi<sup>2</sup>-Tests berücksichtigen keine Fälle mit fehlenden Angaben („k.A.“).

---

Tabelle 85: Kundeneigenschaften in Mitarbeiterbefragung

Variable	Kategorie	BD			nBa			PD		
		N	%	g%	N	%	g%	N	%	g%
Geschlecht *	männlich	360	34.3%	35.4%	102	37.8%	40.0%	60	27.5%	29.0%
	weiblich	657	62.6%	64.6%	153	56.7%	60.0%	147	67.4%	71.0%
	k.A.	32	3.1%	-	15	5.6%	-	11	5.0%	-
Pflege- stufe <sup>n.s.</sup> nur Angaben zu t0 und t1	PS 0	106	14.0%	17.0%	13	9.0%	10.8%	16	10.3%	12.2%
	PS I	294	38.8%	47.1%	54	37.5%	45.0%	64	41.3%	48.9%
	PS II	156	20.6%	25.0%	36	25.0%	30.0%	39	25.2%	29.8%
	PS III	57	7.5%	9.1%	16	11.1%	13.3%	12	7.7%	9.2%
	keine PS	11	1.5%	1.8%	1	0.7%	0.8%	0	-	-
	k.A.	134	17.7%	-	24	16.7%	-	24	15.5%	-
Pflege- grad* nur Angaben zu t2	PG 1	27	9.3%	11.7%	22	17.5%	23.2%	6	9.5%	12.2%
	PG 2	96	33.0%	41.7%	29	23.0%	30.5%	17	27.0%	34.7%
	PG 3	72	24.7%	31.3%	24	19.0%	25.3%	14	22.2%	28.6%
	PG 4	25	8.6%	10.9%	9	7.1%	9.5%	9	14.3%	18.4%
	PG 5	10	3.4%	4.3%	11	8.7%	11.6%	3	4.8%	6.1%
	kein PG	0	-	-	0	-	-	0	-	-
	k.A.	61	21.0%	-	31	24.6%	-	14	22.2%	-
Demenz <sup>ns</sup>	angegeben	499	47.6%	47.6%	133	49.3%	49.3%	90	41.3%	41.3%
	nicht	550	52.4%	52.4%	137	50.7%	50.7%	128	58.7%	58.7%
KB <sup>ns</sup>	angegeben	368	35.1%	35.1%	94	34.8%	34.8%	90	41.3%	41.3%
	nicht	681	64.9%	64.9%	176	65.2%	65.2%	128	58.7%	58.7%
GB <sup>***</sup>	angegeben	72	6.9%	6.9%	41	15.2%	15.2%	10	4.6%	4.6%
	nicht	977	93.1%	93.1%	229	84.8%	84.8%	208	95.4%	95.4%
Psych.*	angegeben	157	15.0%	15.0%	25	9.3%	9.3%	34	15.6%	15.6%
	nicht	892	85.0%	85.0%	245	90.7%	90.7%	184	84.4%	84.4%
EA <sup>p=.06</sup> nur Angaben zu t0 und t1	liegt vor	400	52.8%	88.9%	81	56.3%	92.0%	85	54.8%	81.7%
	nicht vor	50	6.6%	11.1%	7	4.9%	8.0%	19	12.3%	18.3%
	k.A.	308	40.6%		56	38.9%		51	32.9%	
		<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Alter <sup>***</sup>	Geburtsjahr	1943	20.4	941	1951	28.1	240	1938	13.6	188

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Mitarbeitenden zu t0 bis t2

Anmerkung: Spaltenprozent. Abkürzungen: k.A. entspricht keiner Angabe; g%, Prozent bezogen auf gültige Angaben (ohne „k.A.“); KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych., Psychische Erkrankung; EA, Einschränkung der Alltagskompetenz; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; N, Anzahl der Angaben; <sup>ns</sup>Chi<sup>2</sup>-Test nicht signifikant; Chi<sup>2</sup>-Test bzw. ANOVA signifikante Unterschiede zwischen Einrichtungstypen bei \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ . Tabelle zeigt Zusammensetzung der Kundenstichproben in Befragung der Mitarbeitenden (t0 bis t2 zusammengefasst); einige Merkmale werden nur zu t0 und t1, andere erst ab t2 erhoben (siehe Tabelle). Chi<sup>2</sup>-Tests berücksichtigen keine Fälle mit fehlenden Angaben („k.A.“).

---

Tabelle 86: Kundeneigenschaften in Kundenbefragung (Zusammenfassung)

Variable	Kategorie	BD			nBa			PD		
		N	%	g%	N	%	g%	N	%	g%
Geschlecht *	männlich	236	33.7%	35.0%	64	43.8%	44.4%	30	28.6%	30.0%
	weiblich	439	62.6%	65.0%	80	54.8%	55.6%	70	66.7%	70.0%
	k.A.	26	3.7%	-	2	1.4%	-	5	4.8%	-
Pflege- stufe** nur Angaben zu t1	PS 0	29	8.1%	8.5%	14	20.3%	20.6%	2	4.2%	4.2%
	PS I	151	42.2%	44.3%	29	42.0%	42.6%	32	66.7%	66.7%
	PS II	100	27.9%	29.3%	16	23.2%	23.5%	9	18.8%	18.8%
	PS III	32	8.9%	9.4%	5	7.2%	7.4%	1	2.1%	2.1%
	keine PS	17	4.7%	5.2%	4	5.8%	5.9%	2	4.20%	4.20%
	k.A.	29	8.1%	-	1	1.4%	-	2	4.20%	4.20%
Pflege- grad <sup>ns</sup> nur Angaben zu t2	PG 1	15	4.4%	4,8%	7	9.1%	9.2%	1	1.8%	2.0%
	PG 2	134	39.1%	43.2%	27	35.1%	35.5%	26	45.6%	52.0%
	PG 3	88	25.7%	28.4%	29	37.7%	38.2%	12	21.1%	24.0%
	PG 4	43	12.5%	13.9%	7	9.1%	9.2%	3	5.3%	6.0%
	PG 5	19	5.5%	6,10%	6	7.8%	7.9%	5	8.8%	10.0%
	kein PG	11	3.2%	3.5%	0	-	-	3	5.3%	6.0%
	k.A.	33	9.6%	-	1	1.3%	-	7	12.3%	
Demenz ***	angegeben	303	43.2%	43.2%	76	52.1%	52.1%	19	18.1%	18.1%
	nicht	398	56.8%	56.8%	70	47.9%	47.9%	86	81.9%	81.9%
KB**	angegeben	405	57.8%	57.8%	66	45.2%	45.2%	69	65.7%	65.7%
	nicht	296	42.2%	42.2%	80	54.8%	54.8%	36	34.3%	34.3%
GB*	angegeben	64	9.1%	9.1%	19	13.0%	13.0%	3	2.9%	2.9%
	nicht	637	90.9%	90.9%	127	87.0%	87.0%	102	97.1%	97.1%
Psych. <sup>ns</sup>	angegeben	101	14.4%	14.4%	26	17.8%	17.8%	9	8.6%	8.6%
	nicht	600	85.6%	85.6%	120	82.2%	82.2%	96	91.4%	91.4%
EA*** nur Angaben zu t1	liegt vor	241	67.3%	82.0%	60	87.0%	88.2%	22	45.8%	57.9%
	nicht vor	53	14.8%	18.0%	8	11.6%	11.8%	16	33.3%	42.1%
	k.A.	64	17.9%		1	1.4%		10	20.8%	
		<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Alter***	Geburtsjahr	1943	19.4	593	1949	26.3	127	1936	10.1	95

Quelle: IGES; schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2



---

Anmerkung: Spaltenprozent. Abkürzungen: k.A. entspricht keiner Angabe; g%, Prozent bezogen auf gültige Angaben (ohne „k.A.“); KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych., Psychische Erkrankung; EA, Einschränkung der Alltagskompetenz; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; N, Anzahl der Angaben; Chi<sup>2</sup>-Test bzw. ANOVA signifikante Unterschiede zwischen Einrichtungstypen bei \*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ . Tabelle zeigt Zusammensetzung der Kundenstichproben in Befragung der Kunden bzw. Angehörigen in BD, nBa und PD (t1 und t2 zusammengefasst); einige Merkmale werden nur zu t1, andere erst ab t2 erhoben (siehe Tabelle). Chi<sup>2</sup>-Tests berücksichtigen keine Fälle mit fehlenden Angaben („k.A.“).

---

Tabelle 87: Fallzahlen in effektkodierter Regressionsanalyse zum Einfluss von Kundenmerkmalen auf Betreuungsqualität

Variable (Kategorie)	Belastung Kunde (N = 548) <sup>t1+t2</sup>	Belastung Angehörige (N = 535) <sup>t1+t2</sup>	Lebensqualität Kunde (N = 627) <sup>t1+t2</sup>	Lebensqualität Angehörige (N = 278) <sup>t2</sup>
Geschlecht männlich <sup>R</sup>	182	182	219	93
Geschlecht weiblich	366	353	408	185
PG 1	28	26	34	12
PG 2	180	161	211	105
PG3	192	192	210	88
PG 4	101	108	116	46
PG 5	39	43	47	24
keine PG <sup>R</sup>	8	5	9	3
Demenz liegt nicht vor <sup>R</sup>	295	285	347	145
Demenz liegt vor	253	250	280	133
KB liegt nicht vor <sup>R</sup>	243	239	272	118
KB liegt vor <sup>R</sup>	305	296	355	160
GB liegt nicht vor <sup>R</sup>	497	483	570	247
GB liegt vor <sup>R</sup>	51	52	57	31
Psych. Erkr. liegt nicht vor <sup>R</sup>	469	459	534	251
Psych. Erkr. liegt vor <sup>R</sup>	79	76	93	27
Andere Einschr. liegt nicht vor <sup>R</sup>	465	450	537	225
Andere Einschr. liegt vor <sup>R</sup>	83	85	90	53
Geburtsjahr bis 1940	348	344	398	167
Geburtsjahr bis 1965	135	126	159	80
Geburtsjahr bis 1990	31	27	34	12
Geburtsjahr nach 1990	34	38	36	19

Quelle: IGES; schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2

Anmerkung: Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden); <sup>R</sup> Referenzkategorie in Effektkodierung; PG, Pflegegrad; KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych. Erkr., psychische Erkrankung; Einschr., Einschränkung. Vor den Klammern steht der Name der in das Regressionsmodell eingeschlossenen Variablen; in Klammern dahinter die Kategorie; Referenzkategorie (i.d.R. Angabe „Nein“) erhält in Effektkodierung den Wert -1.

Tabelle 88: Regressionsanalysen zur Auswirkung von Kundeneigenschaften und Einrichtungstyp auf Betreuungsqualität (t1 und t2)

	Veränderung Belastung Kunde (N = 548) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Belastung Angehörige (N = 535) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Kunde (N = 627) <sup>t1+t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Angehörige (N = 278) <sup>t2</sup>		
	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.	$\beta$	SE	Sig.
Konstante	.828	.060	.000	.804	.063	.000	-2.45	.112	.000	-2.35	.202	.000
bis 1940 geb.	-.057	.035	.100	-.081	.036	.025	.227	.064	.000	.261	.120	.030
bis 1965 geb.	-.001	.027	.975	-.012	.027	.648	-.167	.051	.001	-.118	.095	.212
bis 1990 geb.	.029	.015	.053	.027	.015	.060	-.070	.027	.010	-.069	.043	.114
Geschl. (w)	.030	.030	.316	-.005	.031	.863	-.058	.056	.296	-.216	.101	.033
PG1	.004	.013	.742	.019	.014	.169	-.024	.026	.354	.001	.042	.981
PG2	-.007	.030	.821	-.013	.030	.661	.035	.056	.528	-.018	.109	.869
PG3	.010	.029	.720	.011	.031	.718	-.160	.054	.003	-.226	.097	.020
PG4	.006	.024	.811	.020	.026	.451	-.020	.045	.658	.094	.081	.245
PG5	-.014	.016	.394	-.030	.018	.102	.159	.031	.000	.114	.060	.059
Demenz	.115	.040	.004	.172	.041	.000	-.050	.073	.491	-.123	.138	.376
KB	.061	.034	.074	.065	.036	.068	-.161	.064	.011	.005	.114	.968
GB	.007	.023	.763	-.017	.025	.500	.028	.044	.522	.111	.089	.217
Psych. E.	.059	.022	.008	.062	.023	.007	-.124	.042	.003	-.128	.062	.041
Andere E.	.005	.023	.844	.020	.024	.420	-.005	.042	.896	-.102	.086	.237
BD	.139	.027	.000	.089	.028	.002	-.101	.051	.050	-.136	.095	.153
nBa	-.105	.023	.000	-.070	.024	.004	.137	.044	.002	.101	.084	.227

Quelle:

IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2

Anmerkung:

Fallzahlen der effektkodierten Variablen finden sich in Tabelle 87. Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz; Geschl., Geschlecht; w, weiblich; PG, Pflegegrad; KB, körperliche Behinderung; GB, geistige Behinderung; Psych. E., psychische Erkrankung; Andere E., andere Einschränkung. Der Regressionskoeffizient der jeweiligen Referenzkategorie wird nicht gezeigt; er entspricht aufgrund der Effektkodierung dem Abstand der Summe der ausgewiesenen Regressionskoeffizienten einer Variablen von Null (zu einer Variablen gehörende effektkodierte Variablen sind durch Rahmenlinien voneinander getrennt). „Veränderung der Lebensqualität der Angehörigen“ wurde zu t2 erstmals erfasst.

Tabelle 89: Fallzahlen in effektkodierter Regressionsanalyse zum Einfluss von QM-Variablen auf Betreuungsqualität







Variable (Kategorie)	Belastung Kunde (N = 409) <sup>t1+t2</sup>	Belastung Angehörige (N = 395) <sup>t1+t2</sup>	Lebensqualität Kunde (N = 465) <sup>t1+t2</sup>	Lebensqualität Angehörige (N = 179) <sup>t2</sup>
Supervision generell (Nein) <sup>R</sup>	56	59	76	19
Supervision generell (Ja)	353	336	389	160
Supervision geronto. FK (Nein) <sup>R</sup>	212	215	258	84
Supervision geronto. FK (Ja)	197	180	207	95
Vertretung eigene MA (Nein) <sup>R</sup>	30	29	36	14
Vertretung eigene MA (Ja)	379	366	429	165
Vertretung Kooperation (Nein) <sup>R</sup>	381	369	435	169
Vertretung Kooperation (Ja)	28	26	30	10
Vertretung sicher (Ja) <sup>R</sup>	301	283	340	131
Vertretung sicher (Nein)	108	112	125	48
Fallbesprechungen (gar nicht) <sup>R</sup>	4	5	9	4
Fallbesprechungen (bei Bedarf)	162	158	186	56
Fallbesprechungen (regelmäßig)	243	232	270	119
Beratung (auf Wunsch) <sup>R</sup>	5	6	7	1
Beratung (immer)	404	389	458	178
Erstbesuch verbindlich (Nein) <sup>R</sup>	20	23	23	5
Erstbesuch verbindlich (Ja)	389	372	442	174
Betreuungsplan (Nein) <sup>R</sup>	165	166	195	72
Betreuungsplan (Ja)	244	229	270	107
Wirkungserfassung (Nein) <sup>R</sup>	90	89	110	54
Wirkungserfassung (manch.)	125	114	143	34
Wirkungserfassung (immer)	194	192	212	91
Fortbildungsplan (Nein) <sup>R</sup>	137	131	150	35
Fortbildungsplan (Ja)	272	264	315	144
Betreuungsdoku. (gar nicht) <sup>R</sup>	34	34	42	15
Betreuungsdoku. (bei Bedarf)	94	88	116	45
Betreuungsdoku. (immer)	281	273	307	119
Ausgangsqualifikation (andere) <sup>R</sup>	9	7	10	5
Ausgangsqualifikation (PFK)	222	224	262	106
Ausgangsqualifikation (typ.)	178	164	193	68
Einrichtungstyp (PD)	62	59	78	28
Einrichtungstyp (nBa)	62	59	72	30
Einrichtungstyp (BD)	285	277	315	121

Quelle: IGES; schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2

Anmerkung: Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden); <sup>R</sup> Referenzkategorie in Effektkodierung; MA, Mitarbeitende; FK, Fachkraft; regelm., regelmäßig; manch., manchmal; PFK, Pflegefachkraft; Betreuungsdoku., Betreuungsdokumentation; typ., anderer typischer Beruf im gesundheitlich-sozialen Bereich. Vor den Klammern steht der Name der in das Regressionsmodell eingeschlossenen Variablen; in Klammern dahinter die Kategorie; Referenzkategorie (i.d.R. Angabe „Nein“) erhält in Effektkodierung den Wert -1.

---

Tabelle 90: Ergebnisse der ANOVAs mit dem Faktor „Einrichtungstyp“ und Umsetzungsgrad von Inhalten als Kovariate auf Ergebnisqualität

	Veränderung Belastung Kunde (N = 639) <sup>t1-t2</sup>			Veränderung Belastung Angehörige (N = 622) <sup>t1-t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Kunde (N = 726) <sup>t1-t2</sup>			Veränderung Lebensqualität Angehörige (N = 305) <sup>t2</sup>		
	β	SE	Sig.	β	SE	Sig.	β	SE	Sig.	β	SE	Sig.
Konstante	-.179	.212	.400	.185	.223	.407	-1.38	.384	.000	-.843	.723	.245
 F1	-.056	.230	.807	-.195	.239	.416	1.46	.433	.001	.784	.787	.320
 F2	.303	.206	.142	.502	.218	.022	.151	.391	.699	-.875	.748	.243
 F3	1.01	.217	.000	.960	.224	.000	-1.86	.409	.000	-1.32	.747	.078
 F4	-.091	.232	.694	-.472	.240	.050	-1.45	.432	.001	-.578	.809	.475
 F5	.446	.284	.116	.412	.302	.172	-.212	.539	.693	-.847	1.02	.406
 F6	.483	.265	.069	.732	.285	.010	-1.65	.515	.001	-2.28	.773	.003
Typ	$F_{(2,630)}=9.8, p<.001$			$F_{(2,613)}=1.7, p=.190$			$F_{(2,717)}=1.5, p=.233$			$F_{(2,296)}=1.2, p=.899$		

Quelle: IGES; Faktorenanalyse, schriftliche Kundenbefragung zu t1 und t2







Anmerkung: Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden); β, Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz; F1 =  Häusliche Beschäftigung; F2 =  Zwischenmenschliche Nähe; F3 =  Tagesstruktur und Alltagsbewältigung; F4 =  Gemeinschaft; F5 =  Hobby; F6 =  Wohnumfeld. „Veränderung der Lebensqualität Angehörige“ wurde erst zu t2 erhoben; ebenso wurden zwei der insgesamt drei zu F6 gehörenden Betreuungsinhalte („Administration“, „Integration“; vgl. Kapitel 3.6.1) erst zu t2 erhoben, daher ist zu t1 keine Einschätzung des Umsetzungsanteils für diesen Faktor möglich; die ANOVAs berücksichtigen jedoch den Umsetzungsanteil aller Faktoren (F1 bis F6) gleichzeitig; für die ANOVAs wurden fehlende Werte bei F6 daher durch den mittleren Umsetzungsanteil zu t2 ersetzt, um t1 und t2 gemeinsam in den Analysen berücksichtigen zu können.

Tabelle 91: Regressionsanalyse zur Vorhersage der direkten Notenvergabe

	$\beta$	SE	Sig.
Konstante	4.897	.677	.000
Der Betreuungsdienst ist bei Bedarf für mich erreichbar und einsatzbereit	-.047	.079	.553
Die Mitarbeiter des Betreuungsdienstes sind höflich und freundlich	-.095	.164	.564
Ich werde von den Mitarbeitern des Betreuungsdienstes unterstützt oder motiviert, meine alltäglichen Verrichtungen möglichst selbstständig durchzuführen	-.065	.073	.374
Meine Wünsche und Vorlieben werden von den Mitarbeitern des Betreuungsdienstes berücksichtigt	.144	.113	.205
Meine Privatsphäre wird von den Mitarbeitern des Betreuungsdienstes respektiert	.102	.188	.587
Ich bin mit den Leistungen, die ich von dem Betreuungsdienst erhalte, zufrieden	-.535	.140	.000
Nach einer Beschwerde bei dem Betreuungsdienst ändert sich etwas zum Positiven	-.020	.052	.699
Der Betreuungsdienst ist mir eine große Unterstützung, um meine Probleme im Alltag besser zu meistern	.082	.100	.417
Die Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes erscheinen pünktlich zu den vereinbarten Terminen	-.144	.102	.158
Ich habe Spaß an den Dingen, die die Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes mit mir unternehmen	-.049	.078	.532
Die Leistungen, die ich von dem Betreuungsdienst erhalte, entsprechen meinen Erwartungen	-.088	.120	.464
Ich fühle mich bei den Mitarbeitenden des Betreuungsdienstes sicher und gut aufgehoben	-.142	.168	.400
Die Mitarbeiter des Betreuungsdienstes stimmen sich gut mit anderen Personen und Einrichtungen ab, die sonst noch an meiner Pflege oder Betreuung beteiligt sind	-.016	.071	.825

Quelle: IGES; schriftliche Befragung der Kunden bzw. Angehörigen zu t1 und t2  
 Anmerkung: Abkürzungen: N, Anzahl der in das Modell eingeschlossenen Personen (Kunden);  $\beta$ , Regressionskoeffizient; SE, Standardfehler (Standard Error); Sig., Signifikanz des Regressionskoeffizienten.

## **A2 Fragebogen**

[siehe beigefügte Sammelmappe]

---



---

---

---



**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.com](http://www.iges.com)