

Birgit Trukeschitz
Verena Michalitsch

"Wo der Schuh drückt"

*Stellungnahmen und Verbesserungsvorschläge Angehöriger zu
Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in Wien
Auswertungen aus dem VIC2008*

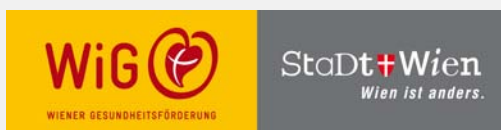
Forschungsbericht des Forschungsinstituts für Altersökonomie, Nr. 2/ 2011



Herzlichen Dank

Monika Corso
für das sorgfältige Layoutieren dieses Berichts

Dieser Bericht wurde mit Mitteln der Stadt Wien gefördert



Über die AutorInnen:

Dr. Birgit Trukeschitz ist Ökonomin und am Forschungsinstitut für Altersökonomie der WU Wien tätig; FLARE 1 Fellow (2008-2011: ERA-AGE und BMWF). Ihre Forschungsinteressen liegen im Bereich der ökonomischen Analyse von Pflege und Betreuung, insbesondere Outcome-Messung und Qualität.

Mag. Verena Michalitsch ist Universitätsassistentin am Institut für Finanzwissenschaft der WU Wien. Schwerpunkt ihrer Forschung und Lehre ist die öffentliche Wirtschaft.

Inhalt

1	Zielsetzung des Forschungsberichts	1
2	Datengrundlage VIC2008	2
2.1	Aufbau des Datensatzes VIC2008	2
2.2	Nutzung und Bewertung mobiler Betreuungs- und Pflegedienstleistungen aus Sicht pflegender Angehöriger	2
2.3	Erfassung der Vorschläge pflegender Angehöriger.....	4
3	Konzeptioneller Raster zur Erfassung der Stellungnahmen pflegender Angehöriger 6	
3.1	Verbindung des Qualitätsverständnisses mit dienstleistungsökonomischen Grundlagen... 6	
3.2	Analyseraster und Vorgehensweise der Auswertung	10
4	Ergebnisse	12
4.1	Ergebnisübersicht	12
4.2	Meso-Ebene der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen (M)	15
4.2.1	M1 – Information	15
4.2.2	M2 – Bürokratie	17
4.2.3	M3– Preispolitik	18
4.2.4	M4 – „Fehlende“ Dienstleistungen	20
4.3	Strukturqualität der Pflegedienstleistungen (S).....	22
4.3.1	S1 – Strukturfaktor Personal	22
4.3.2	S2 – Strukturfaktor räumliche Bereitstellung	26
4.3.3	S3 – Strukturfaktor eingesetzte Hilfsmittel	26
4.3.4	S4 – Strukturfaktor zeitliche Bereitstellung	27
4.4	Prozessqualität der Pflegedienstleistungen (P)	30
4.4.1	P1 –Prozessfaktor Personal	30
4.4.2	P2 –Prozessfaktor Zeit	35
4.5	Ergebnisqualität der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen (E)	37

4.5.1	E1 – Aussagen zu den einzelnen Domänen von Ergebnisqualität	37
4.5.2	E2 – Aussagen zur Ergebnisqualität allgemein	41
4.5.3	E3 – Aussagen zur Ergebnisqualität von Kurzzeitpflege	42
5	Zusammenfassung und Ausblick.....	42
6	Quellenverzeichnis	46
6.1	Internetquellen.....	46
6.2	Literatur	46

1 Zielsetzung des Forschungsberichts

Mobile Betreuungs- und Pflegedienstleistungen tragen maßgeblich dazu bei, dass ältere Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, ihren Alltag in den eigenen vier Wänden bewältigen können. Zudem entlasten diese Dienstleistungen Angehörige in der Betreuungs- und Pflegearbeit.

Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, die diese Zielsetzungen erfüllen wollen, sollten daher sowohl auf die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen abgestimmt sein als auch auf die Bedürfnisse pflegender Angehöriger, die im Zuge der Betreuung entstehen, Bedacht nehmen.

Nur wenige Arbeiten erfassen, wie pflegende Angehörige professionelle Betreuungs- und Pflegedienstleistungen wahrnehmen. Dieser Forschungsbericht möchte dazu beitragen, den verschiedenen Sichtweisen pflegender Angehöriger auf und ihren Erfahrungen mit Betreuungs- und Pflegedienstleistungen Raum zu geben. Dabei wurde im Rahmen der großangelegten Datenerhebung VIC2008 „Wiener Studie zur Betreuung und Pflege älterer Menschen 2008“, die im Frühjahr und Sommer 2008 am Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien durchgeführt wurde, pflegenden Angehörigen ermöglicht, schriftlich festzuhalten, wie sie das Dienstleistungsangebot verbessern würden.

Die Perspektive pflegender Angehöriger kann professionellen DienstleistungsanbieterInnen eine Reflexionsmöglichkeit bieten, ihr Angebot nach jenen Gesichtspunkten zu überprüfen, die von den betreuenden Personen des familiären Umfeldes pflegebedürftiger Menschen als wichtig erachtet werden. Dies ist ein zusätzlicher Informationsbaustein, der die selbstgeäußerten Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen und die Wahrnehmung der DienstleistungsanbieterInnen ergänzen kann.

Der Forschungsbericht gliedert sich im Folgenden in vier Teile: Kapitel 2 stellt die Datengrundlage VIC2008 vor und hält fest, wie die Antworten der pflegenden Angehörigen generiert wurden. Kapitel 3 beschreibt den konzeptuellen Auswertungsrahmen. In diesem Kapitel stehen die Eigenschaften von Pflege und Betreuungsdienstleistungen sowie der Raster zur Differenzierung von Qualitätsdimensionen im Vordergrund. Kapitel 4 stellt die Ergebnisse entlang des Analyserasters mit zahlreichen Beispielen aus den Aussagen pflegender Angehöriger dar. Kapitel 5 fasst die Ergebnisse zusammen und schließt mit einem Ausblick auf zukünftigen Forschungsbedarf ab.

2 Datengrundlage VIC2008

Die Auswertungen in den Kapiteln 2.2. und 4 basieren auf Daten und Aussagen pflegender Angehöriger, die im Rahmen einer schriftlichen Befragung (VIC2008) vom Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien erhoben wurde.

2.1 Aufbau des Datensatzes VIC2008

Die Abkürzung „VIC2008“ steht für „Vienna Informal Carers Study 2008“ (Wiener Studie zur Betreuung und Pflege älterer Menschen 2008) und beschreibt einen Datensatz, der Informationen über 3.036 betreuenden/pflegenden Angehörigen enthält, die die überwiegend die Betreuungsarbeit für pflegebedürftige Menschen übernehmen oder sich dafür verantwortlich fühlen (Hauptbetreuungspersonen). Die erfassten pflegebedürftigen Personen beziehen Bundespflegegeld, sind über 60 Jahre alt und leben in einem Wiener Privathaushalt.

Die Daten zu den pflegenden Angehörigen umfassen sozio-demografische und -ökonomische Charakteristika (Alter, Geschlecht, Bildung, Haushaltszusammensetzung, Haushaltseinkommen, Erwerbsstatus), Gesundheitszustand, Merkmale allfälliger Berufstätigkeit, Erholungsmöglichkeiten und Eigenschaften der gepflegten Person sowie des Betreuungsarrangements.

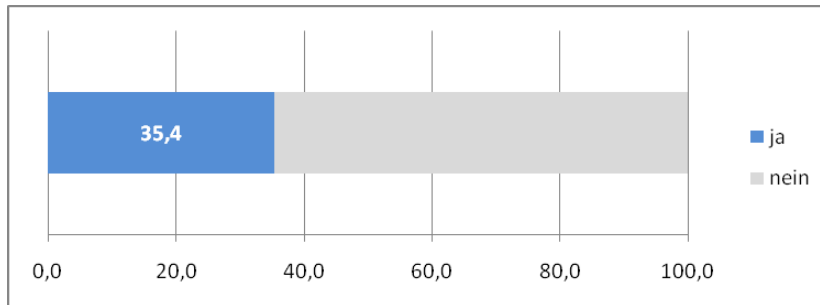
Hinzuweisen ist, dass das Forschungsinteresse, mit dem dieser Datensatz generiert wurde, sich auf die Situation pflegender Angehöriger, insbesondere auf deren berufliche Situation bezog. Dennoch konnten Fragen integriert werden, mit denen die Bewertung professioneller Dienstleistungen quantitativ, wie auch qualitativ in Form einer offenen Frage abgebildet werden konnte.

Die Daten wurden im Sommer 2008 am Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien erhoben. Detaillierte Informationen zum Datensatz VIC2008 (Sampledesign, Stichprobenziehung, Datensatzbeschreibung) finden sich bei Schneider/Trukeschitz et al. (2009).

2.2 Nutzung und Bewertung mobiler Betreuungs- und Pflegedienstleistungen aus Sicht pflegender Angehöriger

Die Frage nach der **Nutzung von mobilen sozialen Diensten**, hier Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Besuchsdienst, Essen auf Rädern, und/oder Wäsche-/Reinigungsdienst, wurde von 98,3 % aller befragten informellen Hauptbetreuungspersonen gültig, d.h. mit „ja“ oder „nein“, beantwortet. Im Jahr 2008 gaben 1.057 betreuende Angehörige des Samples an, dass zumindest eine der oben genannten professionellen Dienstleistungen in Anspruch genommen wurde. Das entspricht 35,4 % aller gültigen Antworten. (siehe Abbildung 1)

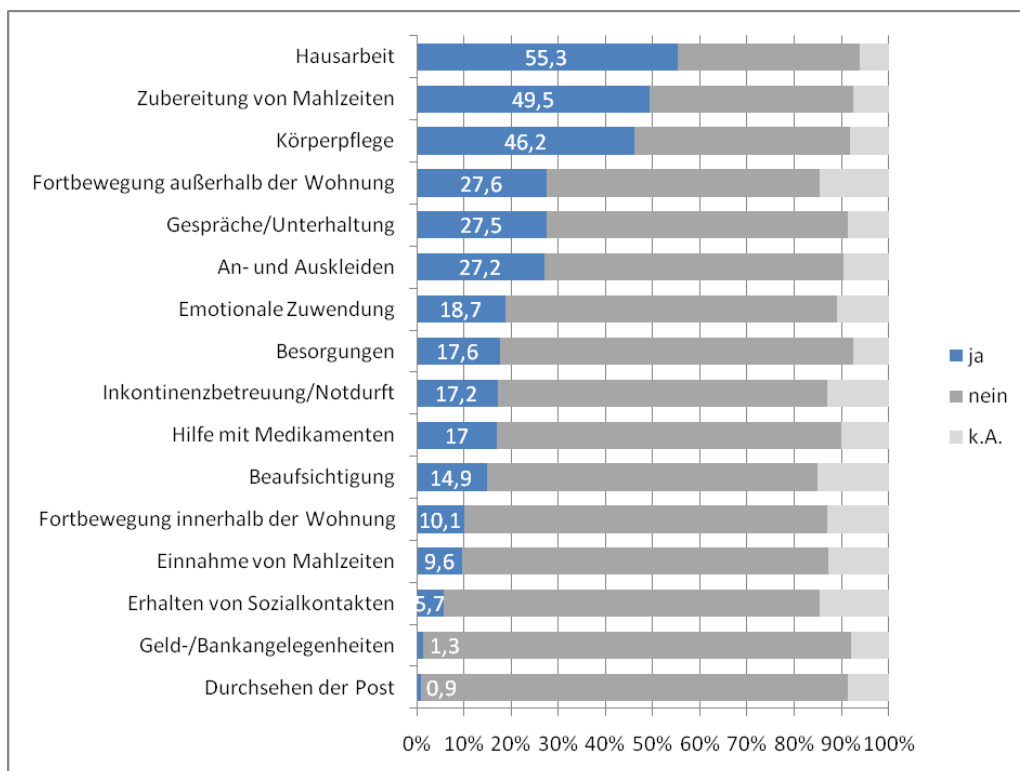
Abbildung 1: Nutzung von mobilen sozialen Diensten (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Besuchsdienst, Essen auf Rädern, und/oder Wäsche-/Reinigungsdienst) gemäß den Angaben pflegender Angehöriger – Wien, 2008, Angaben in %



Quelle: WU Wien, VIC2008

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die **Bereiche, in denen professionelle DienstleisterInnen** bei den Aktivitäten des täglichen Lebens **unterstützen**. Hierzu wurden nur jene pflegebedürftigen Personen einbezogen, die zumindest eine der oben genannten Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

Abbildung 2: Unterstützungsbereiche durch professionelle DienstleisterInnen – Wien, 2008, Angaben in %



Quelle: WU Wien, VIC2008

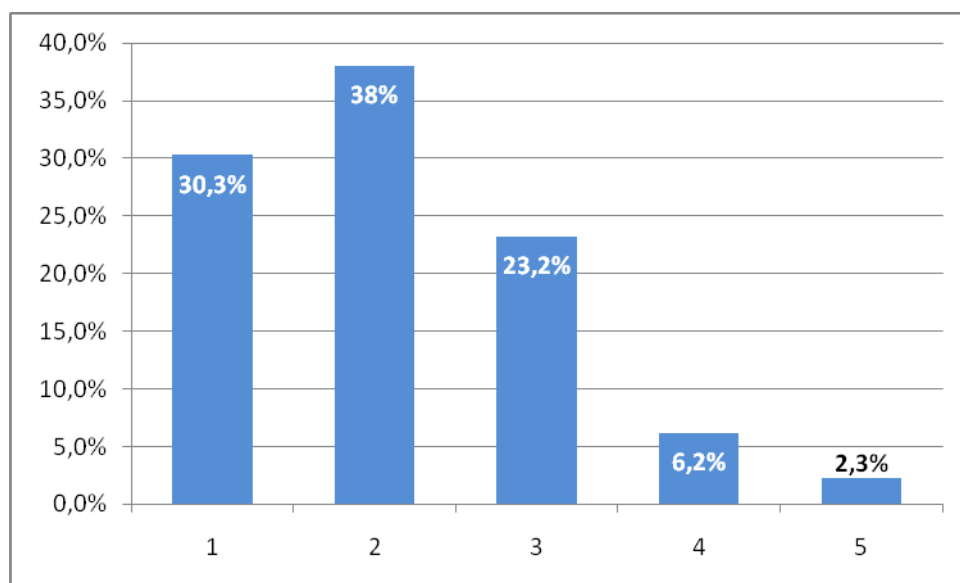
Von allen pflegenden Angehörigen, die angaben, dass zumindest eine der oben genannten Dienstleistungen genutzt wird, gaben 88 % und damit 931 Personen eine **Bewertung der erhaltenen Dienstleistung** ab.

Dieser Bewertung liegt der *Grad der Bedürfnisdeckung* (1 bis 5) durch die professionellen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zugrunde. Mit „1“ waren Dienstleistungen zu bewerten, die „voll und ganz“ den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person entsprachen; mit „5“ am anderen Ende des Spektrums, konnten Dienstleistungen bewertet werden, die „gar nicht“ den Bedürfnissen entsprachen.

Abbildung 2 veranschaulicht, dass 68,3 % der pflegenden Angehörigen angaben, dass die genutzten Dienstleistungen den Bedürfnissen der von ihnen betreuten Person zumindest entsprechen. 30 % bestätigten, dass den Bedürfnissen voll entsprochen wurde.

Umgekehrt gilt jedoch, dass immerhin ein schwaches Drittel (31,7%) aller pflegenden Angehörigen in diesem Sample, 295 Personen, feststellte, dass die Dienstleistungen den Bedürfnissen der gepflegten Person eher weniger bis gar nicht entsprechen. Sehr kritisch äußerten sich 8,3% der pflegenden Angehörigen.

Abbildung 2: Einschätzung pflegender Angehöriger mit Bezug auf die Bedürfnisdeckung des bestehenden Dienstleistungsangebots, Wien 2008



Quelle: WU Wien, VIC2008

2.3 Erfassung der Vorschläge pflegender Angehöriger

Im unmittelbaren Anschluss an die Frage, inwieweit professionelle Hilfen den Bedürfnissen der gepflegten Personen entsprechen, bot ein offenes Feld die Möglichkeit, Veränderungs- oder Verbesserungsvorschläge zu verfassen.

Abbildung 3: VIC2008 – Frage 17: Verbesserungsmöglichkeiten

17 Was würden Sie – so Sie könnten – an **außerfamiliären/professionellen Hilfen verändern/verbessern?**

.....

.....

Dieses Feld wurde von mehr Personen genutzt als jenen, die kritisch gegenüber den in Anspruch genommenen Dienstleistungen standen. Auch vermerkten Personen ihre Erfahrungen, die keine professionellen Dienstleistungsangebote mehr nutzten bzw. andere Unterstützung als die genannten in Anspruch nehmen.

Unter Betreuungs- und Pflegedienstleistungen wird das gesamte Spektrum der in Wien angebotenen Dienstleistungen zur Unterstützung des Alltags hilfs- und pflegebedürftiger Menschen verstanden. Mobile Dienstleistungen reichen hierbei von Betreuungsdienstleistungen (e.g. Altenbetreuung, Besuchs- und Begleitdienste, mobile Hospizdienstleistungen) über Haushaltsdienstleistungen (v.a. Heimhilfen, Essen auf Rädern) bis hin zu Pflegedienstleistungen (v.a. Hauskrankenpflege) und Mobilitätsdienstleistungen (Fahrten- und Transportdienstleistungen). Weiters beziehen sich Aussagen auch vereinzelt auf ÄrztInnen und andere Berufsgruppen sowie verwaltende Institutionen, wie die Krankenkassen. Dies zeigt zum einen, wie breit der Wahrnehmungshorizont pflegender Angehöriger ist und zum anderen, dass eine bessere Information über und Vernetzung der unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten – auch wenn ihnen unterschiedliche Systemlogiken zugrunde liegen – zentral ist, damit eine Versorgung im häuslichen Bereich gelingen kann.

In Summe wurde das Feld 17 des Fragebogens von 737 Personen verwendet. Von diesen vermerkte ein Teil Aspekte der Betreuungssituation, die sich nicht auf die Fragestellung bezogen und daher nicht in die Auswertungen mit einbezogen werden konnten (z.B. weitere Erläuterungen zur Aufteilung der Pflegearbeit; Statements, dass pflegebedürftiger Angehöriger fremde Hilfe ablehnt,...). 59 Personen vermerkten, dass sie keine Änderungs- oder Verbesserungswünsche hatten. 13 pflegende Angehörige nutzten dieses Feld, um explizites Lob für professionelle DienstleisterInnen festzuhalten.

Damit möglichst umfassend die Anmerkungen pflegender Angehöriger erfasst werden konnten, wurde auch das letzte Feld des Fragebogens (Nr. 71), das Hauptbetreuungspersonen die Möglichkeit bot, uns ergänzende Informationen zur Pflegesituation zukommen zu lassen, auf relevante Informationen überprüft.

Abbildung 4: VIC2008 – Frage 71: Sonstige Informationen

71	Möchten Sie uns zur Betreuung und Pflege von Angehörigen noch etwas mitteilen?	Platz reicht nicht aus? Fügen Sie bitte ein Blatt bei.
.....		
.....		

Die Aussagen in diesem Antwortfeld, die sich auf die Qualität professioneller Hilfe bezogen, wurden in die Analysen aufgenommen.

Insgesamt wurden in den beiden offenen Feldern des Fragebogens (Frage Nummern 17 und 71) zusammen 812 Aussagen informeller Pfleger zu professioneller Pflege und Betreuungsdienstleistungen erfasst, die in Folge ausgewertet wurden, wobei ein Statement mehrere Themenbereiche betreffen kann.

3 Konzeptioneller Raster zur Erfassung der Stellungnahmen pflegender Angehöriger

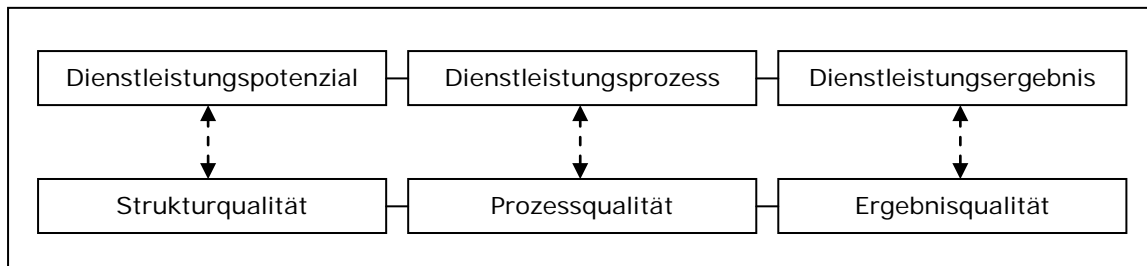
3.1 Verbindung des Qualitätsverständnisses mit dienstleistungsökonomischen Grundlagen

Betreuungs- und Pflegedienstleistungen bilden ein spezifisches Segment aller in einer Volkswirtschaft erstellten Dienstleistungen. Sie teilen daher die Eigenschaften der meisten Dienstleistungen (z.B. zeitgleicher Konsum und Erstellung – uno-actu-Prinzip), grenzen sich jedoch durch spezifische Eigenschaften (vor allem Arbeit mit abhängigen/verletzlichen Menschen) von anderen Dienstleistungen ab. (für eine ausführliche Darstellung siehe Trukeschitz 2006: 32ff.)

Die dienstleistungsökonomische Literatur unterteilt Dienstleistungen nach den unterschiedlichen Phasen der Erstellung in Dienstleistungspotenzial, -prozess und -ergebnis. (z.B. das Drei-Phasen Modell nach Hilke 1984)

In der Diskussion um die konzeptuelle Erfassung der Qualität von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen finden sich Parallelen zur Struktur des Drei-Phasen Modells von Hilke (1984). Vor allem tritt – wie Abbildung 5 auch optisch veranschaulicht – deutlich hervor, dass sich dienstleistungsökonomische Ansätze im weit verbreiteten Donabedian'schen Konzept (1980) der Dreiteilung der Qualitätserfassung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität widerspiegeln.

Abbildung 5: Passung des Donabedian'schen Qualitätsverständnisses (1980) in das dienstleistungsökonomische Drei-Phasen Modell nach Hilke (1984)



Angewandt auf Pflege- und Betreuungsdienstleistungen meint das **Dienstleistungspotential** die Voraussetzungen, damit Betreuung/Pflege erstellt werden kann (v.a. Fähigkeiten und Bereitschaft der anbietenden Organisationen und der Betreuungs- bzw. Pflegekräfte). Zudem wird auch jene Person als Teil des Dienstleistungspotenzials angesehen, an der die Dienstleistung erbracht wird.

Die Ortsgebundenheit der Dienstleistungserstellung führt weiters dazu, dass bei mobilen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen dem Haushalt (häuslichen Umfeld) eines pflegebedürftigen Menschen eine wichtige Rolle zukommt. Die Ausstattung und der Zustand des Haushalts beeinflussen die Handlungsmöglichkeiten von betreuungs- und pflegebezogenen DienstleisterInnen.

Pflegebedürftige Menschen und deren häusliches und familiäres Umfeld gestalten so das Dienstleistungsgeschehen als „externer Faktor“ mit. Von den anbietenden Organisationen und deren Pflegekräften können diese nur eingeschränkt beeinflusst werden.¹

Betreuungs- und Pflegedienstleistungen sind – wie die meisten² Dienstleistungen auch – ein besonderes Gut, da sie erst zu dem Zeitpunkt erstellt werden, zu dem sie konsumiert werden (uno-actu-Prinzip). Im Bereich des Dienstleistungspotentials bedeutet dies, dass die Dienstleistung selbst vor Inanspruchnahme nicht besteht – das, was gekauft wird, ist ein Leistungsversprechen. Dies hat zur Folge, dass der Information im Vorfeld über die Dienstleistung und der realistischen Einschätzung des Nutzens der Dienstleistung durch die potenziellen NutzerInnen eine große Bedeutung zu kommt.

Betreuungs- und Pflegedienstleistungen sind auf Menschen bezogen, die ihre Fähigkeiten, selbständig den Alltag zu bewältigen, zumindest teilweise verloren haben. Die pflegebedürftigen Menschen sind in die Produktion der Dienstleistung involviert. Daher ist der „richtige“ Umgang mit ihnen entscheidend. Fachliche Kompetenzen sind alleine nicht ausreichend, soziale Fähigkeiten der

¹ Das Potential wird, abgesehen von vorbereitenden Akquisitionshandlungen als Produktionseinheit marktwirksam nur tätig, wenn der externe Faktor räumlich und zeitlich kongruent (Präsenzkriterium, uno actu-Prinzip) verfügbar ist. Die Potentialdimension ist daher um den externen Faktor zu erweitern. (Scheuch 2002: 109)

² Ausnahmen zum Uno-Actu-Prinzip finden sich z.B. bei Beratungsdienstleistungen, die übers Internet angeboten werden. Anfragen werden gepostet, die Beratungsdienstleistung in Form der Antwort kann zu jeder beliebigen Uhrzeit erfolgen und ist nicht auf die Anwesenheit der beratungssuchenden Person angewiesen.

Pflege- und Betreuungskräfte sind Strukturmerkmale der Dienstleistungserstellung, die das Gelingen des Dienstleistungsprozesses und dessen Ergebnis entscheidend beeinflussen. Zudem beeinflussen tagesabhängige Befindlichkeiten sowohl der Betreuungs- und Pflege(fach)kräfte als auch der pflegebedürftigen Person bzw. allfällig anwesender Angehöriger das Dienstleistungsgeschehen.

Dienstleistungen können nicht „auf Lager“ produziert werden. AnbieterInnen müssen sich daher auf Spitzenlasten (Zeiten besonders hoher Nachfrage) einstellen und ihre Kapazitäten dementsprechend ausrichten, wenn eine deckende Versorgung sicher gestellt werden soll. Je nach Art der Dienstleistung und Umfang des Betreuungs- und Pflegebedarfs kann ein Einsatz in einem Haushalt einer pflegebedürftigen Person alle paar Wochen (z.B. gröbere Reinigungsarbeiten) bis hin zu mehrmals täglich erforderlich sein. Diese Handlungen können in planbaren Abständen erfolgen (z.B. Zu-Bett-Bringen und Aufstehen) oder sind bei akutem Bedarf zu erbringen (z.B. Hilfe bei Kleidungswechsel bei Inkontinenz).

Unter *Strukturqualität* subsumiert Donabedian (1980) die Eigenschaften der DienstleistungserstellerInnen. Darunter fallen Merkmale klassischer Inputfaktoren, wie Personal und Ausstattung ebenso wie die geographische Lage und die Vernetzung des Anbieters mit anderen, in dem Arbeitsbereich relevanten, Institutionen (z.B. Beziehung zu Krankenkassen, anderen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen) (vgl. Gabanyi 1995: 38)

Der **Dienstleistungsprozess** umfasst die Interaktionen zwischen betreuenden Personen und pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen. Ebenfalls Teil des Prozesses werden Interaktionen mit der anbietenden Organisation (z.B. wenn Betreuungspläne vereinbart werden).

Dienstleistungen charakterisieren sich dadurch, dass sie nicht unabhängig von den KundInnen produziert werden können. Mit anderen Worten, betreuungs- und pflegebedürftige Personen, manchmal auch deren Angehörige, werden in die Erstellung der Dienstleistung mit einbezogen. Sie werden Teil des Dienstleistungsprozesses und beeinflussen diesen und in Folge auch das Resultat der Dienstleistung maßgeblich. Die „Produktion“ der Dienstleistung liegt – im Gegensatz zu Sachgütern - nicht mehr allein im Einflussbereich der AnbieterInnen.

Dienstleistungspotenzial und Dienstleistungsprozess werden nach Scheuch (2002) nach den Subbereichen Personal (Quantitäten und Qualitäten), andere Einsatzfaktoren (Hilfsmittel, Sachmittel), Raum (Ort des Anbieters, regionale Reichweite), Zeit (Öffnungszeiten, Dauer und Wiederholung der Dienstleistung) und externe Faktoren (Person, an der die Dienstleistung erbracht wird) unterteilt.

Die *Prozessqualität* umfasst nach Donabedian (1980) alle Aktivitäten, die sich zwischen DienstleistungsanbieterInnen und deren KundInnen abspielen. Weiterführende Arbeiten haben Donabedian (1980) interpretiert und seine Ansätze mit Bezug auf Arbeitsabläufe und der Art der Ausführung ergänzt. Für Donabedian (1980) bildet die Prozessdimension den ersten Zugang zur Erfassung von Pflegequalität. Er erweitert diese Sichtweise dann, in dem er die Bewertung der Strukturen und der Ergebnisse (outcomes) in sein Schema aufnimmt. Auch Scheuch (2002: 110) weist darauf hin, dass der Dienstleistungsprozess aus der Sicht der KundInnen eine große – in manchen Fällen – sogar dominierende Rolle für die Wahrnehmung von Qualität spielt: „Die

Ergebniswahrnehmung ist nicht losgelöst von Potential (Glaubwürdigkeit, objektivierbare Qualitätsfaktoren) und Prozessablauf (Pünktlichkeit, Vollständigkeit, subjektive Einschätzung als angenehm, erträglich, belastend) zu sehen.“ (Scheuch 2002: 110)

Das **Dienstleistungsergebnis** bezieht sich auf das unmittelbare und mittelbare Ergebnis des Dienstleistungsprozesses. Letzteres wird auch als „outcome“ bezeichnet. Bezogen auf Betreuungs- und Pflegedienstleistungen wäre ein unmittelbares Ergebnis der Dienstleistung Körperpflege, dass z.B. Hygienebedürfnisse der pflegebedürftigen Person durch die Körperpflege erfüllt sind. Als outcome wäre in diesem Fall zu werten, dass die pflegebedürftige Person sich auch mittelfristig sauber und komfortabel fühlt, sauber und gepflegt aussieht oder, im besten Fall, so gepflegt ist, wie es ihren persönlichen Vorlieben entspricht. Für die weiteren zentralen Ergebnisdomänen von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen (z.B. Sicherheit, Ernährung, soziale Integration) wären ähnliche Differenzierungen vorzunehmen. (siehe dazu unterstützend Netten/Forder et al (2011))

Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zählen – wie andere Dienstleistungen auch – zu den Erfahrungs- und Vertrauensgütern. Das bedeutet, dass die Dienstleistung genutzt werden muss, damit die Qualität der Leistung eingeschätzt werden kann (Erfahrungsgüter). In manchen Fällen – z.B. bei Therapien – kann auch bei einmaliger Nutzung die Qualität der Dienstleistung nicht beurteilt werden, da sich Effekte erst längerfristig einstellen. Diese Dienstleistungen werden als Vertrauensgüter bezeichnet. (vgl. Trukeschitz 2006: 48f.)

Die *Ergebnisqualität* umfasst – nach Donabedian (1980) - die Veränderung des Gesundheitszustandes. Er weist hier jedoch bereits darauf hin, dass die traditionelle Fokussierung auf den physischen und physiologischen Zustand um jenen des sozialen und psychologischen Zustandes erweitert werden muss.

Die Ergebnisqualität von Dienstleistungen, insbesondere von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen führte im Kontext der Qualitätsmessung lange Zeit ein Schattendasein. Kriterien der Strukturqualität, auch der Prozessqualität wurden bevorzugt zur Messung von Qualität herangezogen, nicht zuletzt aufgrund der besseren Erfassbarkeit. Letztlich ist es jedoch von Bedeutung zu wissen, wie die Dienstleistungen zu einer Verbesserung der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen beitragen. Während im Gesundheitsbereich die Entwicklung von ergebnisbezogenen Indikatoren schon gut vorangeschritten ist, gibt es nur wenige Ansätze für den Bereich der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit. (zu einem dieser Ansätze siehe 3.2)

Ein weiteres Merkmal von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen ist, dass die Dienstleistungen zwar pflegebedürftigen Personen zugutekommen, jedoch abgeleitet auch eine Entlastung für pflegende Angehörige darstellen. Nicht immer ist die pflegebedürftige Person diejenige, die sich nach Dienstleistungen erkundigt und die Nutzungsentscheidungen trifft, sondern ihre Angehörigen. Leistungsansprüche und Leistungserwartungen können zwischen pflegebedürftiger Person und pflegender Person differieren – was zu unterschiedlichen Qualitätseinschätzungen führen kann.

3.2 Analyseraster und Vorgehensweise der Auswertung

Nach erster Durchsicht der Aussagen pflegender Angehöriger mit Bezug auf die Bereiche, für die sie Veränderungen oder Verbesserungen professioneller Hilfe vorschlagen, erweist sich die Dreiteilung in struktur-, prozess- und ergebnisqualitätsbezogene Aspekte als geeignet. Um eine Unterteilung innerhalb dieser Rubriken auch konzeptionell zu stützen, wird in den Bereichen der **Struktur-** und der **Prozessqualität** auf Scheuch (2002) zurückgegriffen und somit die Gliederungsebene Personal – materielle und immaterielle Hilfsmittel – räumliche Bereitstellung – zeitliche Bereitstellung eingeführt. (siehe Abbildung 6)

Für die Untergliederung der **Ergebnisqualität** wird in diesem Bericht jedoch eine andere Substruktur gewählt. Wir nehmen hier, gemäß den jüngsten Entwicklungen der pflegebezogenen Ergebnisqualitätsforschung, auf ein Konzept Bezug, das die Lebensqualität pflegebedürftiger Personen in den Mittelpunkt der Ergebnismessung stellt. Genauer gesagt, jene Aspekte der Lebensqualität, die von mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen auch beeinflusst werden können (social care related quality of life – SCRQoL). Das von einem Team von WissenschaftlerInnen an der University of Kent (siehe Netten/Beadle-Brown et al. 2010) entwickelte Instrument zur Messung von Ergebnisqualität von Pflegedienstleistungen, ASCOT (Adult Social Care Outcome Measurement Tool - <http://www.pssru.ac.uk/ascot/>), unterscheidet 8 outcomebezogene pflegerelevante Domänen der Lebensqualität:

- Körperhygiene und persönlicher Komfort
- Wohnen: Hygiene und Komfort
- Essen und Trinken
- Sicherheit
- Sozialleben
- Aktivitäten
- Selbstbestimmung
- Selbstachtung/Würde

Tabelle 1: Analyseraster

Meso-Ebene	Zugang zu DL	} Voraussetzungen für die Inanspruchnahme professioneller
	Information zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen	
	Bürokratie / Transparenz	
	Preispolitik	
	Fehlende DL	

Dimensionen der Qualität von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen				
		Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Inputfaktoren und Zeiteines konkreten Anbieters	Personal			} Domänen der Ergebnisqualität Körperhygiene und Komfort Wohnen: Hygiene und Komfort Essen und Trinken Sicherheit Sozialleben Aktivitäten Selbstbestimmung Selbstachtung/Würde Ergebnisqualität – allgemein
	Hilfsmittel			
	Räumliche Bereitstellung			
	Zeitliche Bereitstellung			

Die Stellungnahmen der pflegenden Angehörigen zu der allgemein gehaltenen Frage nach den Verbesserungsbereichen professioneller Hilfe wurden den Rubriken des in Abbildung 6 dargestellten Analyserasters zugeordnet.

Die Zuordnungen geben Hinweise auf jene Aspekte professioneller Unterstützung, die von pflegenden Angehörigen als Bereiche mit Verbesserungspotenzial identifiziert wurden; sie erheben jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch kann deren relative Bedeutung nur annäherungsweise abgebildet werden. Ziel war es, mit dieser Erhebung einen ersten Aufriss der von pflegenden Angehörigen identifizierten Problembereiche im Bereich der Nutzung professioneller Hilfen zu erstellen. Weiterführende Erhebungen ist es daher vorbehalten, das Bild zu vervollständigen, Aspekte zu vertiefen bzw. die relative Bedeutung der Kritikpunkte zu erarbeiten.

Aufbau der Darstellung: Zunächst wird die Rubrik dargestellt, der die Stellungnahmen der pflegenden Angehörigen zugeordnet wurden. Die Aussagen der Angehörigen werden in zusammengefasster, systematisierter Form wiedergegeben. Diese Darstellung und Zusammenfassung werden in schwarzer Schrift dargestellt. In blauer Schrift finden sich ausgewählte Illustrationen aus den Daten. Die Aussagen der pflegenden Angehörigen werden im Original übernommen, d.h. es erfolgte keine Korrektur des Gesagten. Zum Teil sind die Aussagen auch mit Emotionen versehen, wie Frustration oder Ungeduld. Die Zahl in Klammern weist auf die Datensatznummer hin.

Dargestellt werden die Aussagen der pflegenden Angehörigen, so wie sie uns mitgeteilt wurden. Eingeräumt wird, dass ein gesamtes Bild, damit die Sichtweise der professionellen DienstleisterInnen, ausgeblendet bleiben, die eventuell die eine oder andere Situation in ihrer möglichen Schärfe relativieren würde. Dennoch können die Aussagen der Angehörigen generell genutzt werden, wiederzugeben, welche Eigenschaften von Dienstleistungen als wichtig erachtet werden und wo aus der Sicht der Angehörigen Verbesserungspotenzial verortet wird.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisübersicht

Im Zuge der Durchsicht und Analyse der Stellungnahmen pflegender Angehöriger kristallisierte sich ein Bereich heraus, der nicht direkt der Qualität der professionellen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zugeordnet werden konnte, sondern, dieser vorgelagert, sich mit Anmerkungen zur Zugänglichkeit und (wahrgenommener) Verfügbarkeit der Dienstleistungen befasste. Diese beiden Aspekte wurde daher ein eigener Bereich gewidmet, der unter der Bezeichnung Meso-Ebene, Anmerkungen zu den **Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen** erfasst. (siehe Tabelle 2)

Der zweite Teil der Tabelle 7 enthält die den Gliederungsebenen der **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** zugeordneten **Themen der Statements** der pflegenden Angehörigen.

Hingewiesen wird an dieser Stelle, dass es sich bei den Aussagen pflegender Angehöriger um *Wahrnehmungen* von Sachverhalten handelt. Auch wenn z.B. als fehlend verortete koordinierende

Stellen bereits eingerichtet oder genannte Dienstleistungen ohnehin verfügbar sind, dann spiegelt sich in den Aussagen jene Informationen wider, die nicht bis zu diesen pflegenden Angehörigen vorgedrungen sind – und so daher eher einen Hinweis für die Gestaltung der Informationspolitik sein können.

Beide Bereiche werden in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt und illustriert.

Tabelle 2: Vorschläge der Angehörigen von BundespflegegeldbezieherInnen in Wien zur Verbesserung der professionellen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen

Meso-Ebene							
Meso-Ebene	Zugang zu DL			Voraussetzungen für die Inanspruchnahme professioneller Betreuungs- / Pflegedienstleistungen			
	Information	M1	Information				
	Bürokratie / Transp.	M2	Bürokratie / Hierarchie				
	Preispolitik	M3	Wahrnehmung der abzudeckenden Kosten				
	„Fehlende“ DL	M4	Neue DL gewünscht				

Inputfaktoren und Zeiteines konkreten Anbieters		Strukturqualität		Prozessqualität		Ergebnisqualität					
	Personal	S1		P1		E1 Domänen der Ergebnisqualität					
	Menge	S11	Menge des Personals	P11	Betreuungskontinuität, Personalwechsel						
	Eigenschaften	S12	Fachliche Qualifikation des Personals (fachliche und sprachliche Kompetenz)	P12	Eigeninitiative der Betreuungsperson bei der DL-Erbringung			E11	Körperhygiene		
				S13	Soziale Kompetenz des Personals			P13	Freundlichkeit in der Interaktion	E12	Wohnen/Hygiene
								P14	Interaktion / soziale Kontakte mit Betreuten	E13	Essen und Trinken
								P15	Flexibilität im DL-Prozess (Auf Wünsche der KundInnen eingehen)	E14	Sicherheit
				P16	kommunikationsbezogene Prozesskoordination			E15	Sozialleben		
	P17	Sorgfalt im Umgang mit Hilfsmitteln, Geräten	E16	Aktivitäten							
		S14	Sozio-demographische Merkmale des Personals			E17	Selbstbestimmung				
Hilfsmittel	S2		P2		E18	Selbstachtung/Würde					
Menge & Eigenschaften	S2	Hilfsmittelangebot			E2	Ergebnisqualität allgemein					
Räumliche Bereitst.	S3				E3 Ergebnisqualität Kurzzeitpflege						
Menge & Eigenschaften	S3	Räumliche Kapazitäten und Gestaltung der Pflege zu Hause									
Zeitliche Bereitst.	S3		P3								
Menge	S31	Dauer und Häufigkeit von bewilligter PflegeDL									
Eigenschaften	S32	Dienstleistungszeiten	P32	Wartezeiten /Pünktlichkeit des Personals /Zeitliche Verlässlichkeit des Personals							
	S33	Zeitlich flexiblere Nutzung der DL	P31	Zeitliche Prozesskoordination							

4.2 Meso-Ebene der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen (M)

Zentrale Voraussetzung für die Inanspruchnahme professioneller Betreuungs- und Pflegedienstleistungen ist die (wahrgenommene) Zugänglichkeit und Verfügbarkeit professioneller Hilfen. Information, Abläufe der Inanspruchnahme (deren Struktur (Bürokratie) und Transparenz) und die Preisgestaltung kristallisierten sich diesbezüglich aus den Aussagen pflegender Angehöriger heraus. Sie geben eine Vorstellung davon, wie schwierig oder wie leicht es für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen sein kann, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

4.2.1 M1 – Information (47 Fälle)

Der Zugang zu Informationen, wie eine Dienstleistung gestaltet ist und welcher Nutzen von der Dienstleistung erwartet werden kann, sowie welche finanziellen Belastungen mit der Inanspruchnahme verbunden sind, bildet einen entscheidenden Faktor der Nachfrage nach diesen Leistungen.

Die Stellungnahmen pflegender Angehöriger beziehen sich auf das **Informationsbedürfnis von informellen Pflegepersonen und von Pflegebedürftigen**. Dabei werden folgende Aspekte unterschieden:

M1a - Das Informationsbedürfnis der Befragten richtet sich auf

- generelle Informationen
- spezifische Informationen

M1b - Das Informationsbedürfnis der Befragten richtet sich auf

- aktuellen Bedarf
- zukünftigen Bedarf

M1c - Gewünscht sind Informationen zur

- Verbesserung der Lage der pflegebedürftigen Person
- Verbesserung der Lage der pflegenden Angehörigen

Die folgenden **Beispiele illustrieren das Informationsbedürfnis pflegender Angehöriger:**

Auf zukünftige Situationen bezogenes Informationsbedürfnis:

Meine große Angst ist, was soll ich mit meinem Mann machen wenn ich nicht mehr "funktioniere"? Z.B. Knochenbruch! Wie bekommt man rasche Hilfe? (1261)

Ich weiß nicht wie lange ich das noch durchhalte? Was dann? (1517)

Bisher kamen wir ganz gut zurecht aber was ist, wenn ich [Gattin der pflegegeldbeziehenden Person] nicht mehr meine Arbeit erledigen kann? Wo gibt es [...] Hilfe? Das beschäftigt mich sehr. Unsere Jungen sind brav aber voll in Arbeit stehend. (1090)

Ich [...] frage mich, welche Möglichkeiten für völlig Alleinstehende bestehen. Denke an mehr Wohngemeinschaften oder offene Wohnheime. (1128)

Auf gegenwärtige Situationen bezogenes Informationsbedürfnis:

zur Verbesserung der Lage der pflegebedürftigen Person

Mehr Information über die Krankheit und Pflege des Kranken auch über Pflegeutensilien (Cremen, Hautpflege, Windeln u. sonstige Hilfsmittel die das Leben des Kranken erleichtern u. unterstützen. (386)

Information über mögliche "Ausflüge" mit älteren / behinderten Personen, flexibler Rollstuhlverleih in den jeweiligen Bezirken (78) a1, b1

zur Verbesserung der Lage der pflegenden Angehörigen

Hätte gerne Informationen über Hilfe für pflegende Angehörige (1366)

Wir sind 6 Kinder. Ich und meine Mutter (Eltern seit 20 Jahren geschieden) betreuen meinen Vater zu 95%. Vielleicht wäre es möglich eine Hilfe einzufordern? P.S. Mein Vater war kein guter Vater. (49, Hervorheb. im Original)

4.2.2 M2 – Bürokratie (67 Fälle)

Die öffentlich mit-finanzierten Betreuungs- und Pflegedienstleistungen erfordern die Koordination der öffentlichen Verwaltung mit den unterschiedlichen DienstleistungsanbieterInnen. Die Bewilligung und Bereitstellung der unterstützenden Dienstleistungen sind gesetzlich geregelt und werden in bürokratischen – d.h. festgeschriebenen und auf Nachvollziehbarkeit bedachten – Prozessen abgewickelt.

In Stellungnahmen angesprochen wurden **Hürden in der bürokratischen Struktur der Pflegedienstleister sowie im bürokratischen Ablauf mit Bezug auf Information, Bewilligung und Bereitstellung.**

M2a - Verbesserungswünsche die bürokratische Struktur betreffend

a1 fehlende Verknüpfung zwischen öffentlichen Stellen und Dienstleistungsanbietern

Pflege- und Betreuungsdienstleister	Hilfsorganisationen
Sozialversicherungsträger	Krankenhäuser
Ärzte	Polizei
Behörden	Legislative

M2b - Verbesserungswünsche zum bürokratischen Ablauf betreffen:

b1 Bewilligungsverfahren (zu viel "Papierkram") für Pflege- und Betreuungsdienstleistungen, Medikamente, Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl)

b2 Umgang mit älteren hilfesuchenden Personen („Respekt vor dem Alter“)

Die folgenden **Beispiele illustrieren**, wo **pflegende Angehörige Hürden im Zugang zu den Dienstleistungen bzw. in der Nutzung der Dienstleistungen empfinden.**

Fehlende Verknüpfung zwischen verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten:

Informationen sind schwer zugänglich, es sollte 1 Stelle geben, die Auskunft + Beratung über alle mit Betreu.+Pflege v. Angeh. Verbundenen Themen kennt+alle Möglichkeiten f. Förderungen etc. aufzeigt. (714)

Wenn man heut etwas braucht, gibt es enorme Anlaufschwierigkeiten weil es kaum eine Stelle gibt, die Bescheid weiss, man wird nur dauernd weitergereicht. (2780)

Vermittlung aus einer Hand (2225)

Ein MA-Mitarbeiter sollte nach pers. Besuch ALLES in die Wege leiten können, ob gesundheitlich oder amtlich. Alte Menschen können nicht von einem Arzt oder Amt zum anderen u. überall Stunden warten. (2180)

*Fächer übergreifende Analyse, Betreuung, Medikamentierung, Therapie!!
(2479)*

Verbesserungswünsche, die den bürokratischen Ablauf betreffen:

Heimhilfe anfordern ist „unflexibel“ – man muss es 4 Wochen vor Bedarf melden (837 – telefon. Auskunft)

Mehr Entgegenkommen bei den zust. Krankenkassen. Z. lange Wartezeiten auf ausständige Rechnungen bei ohnehin kleinen Einkommen! (Wr. Gebietskrankenkasse) (203)

Vereinfachen von Bewilligungen bei Dauererkrankungen: z.B. Diabetes / Mobile Schwester = alle 3 Wochen Amt u. Krk! Warum nicht für ein Quartal mindestens? (1880)

weniger Papierkrieg um Alzheimerpatienten leichter zu betreuen, da der Zeitaufwand sehr hoch ist. (1054)

Die Behördenwege sind unzumutbar, Gesetze - keiner kennt sich aus, Verantwortung ist eine Last! (2220)

Sich zu informieren ist schwer und DL sind intransparent. Abwicklung ist katastrophal. (1536, telefonisch)

Unkomplizierte + rasche Zurverfügungstellung bei Bedarf ohne die lästige Bürokratie = Utopie, ich weiß es! (1459)

4.2.3 M3– Preispolitik (191 Fälle)

Preise ermöglichen nicht nur, Einnahmen zu erzielen, um Leistungen zu finanzieren. Sie fungieren aus ökonomischer Sicht auch als Mechanismus, der die Inanspruchnahme von Leistungen von der Zahlungsbereitschaft und der Zahlungsfähigkeit abhängig macht. Preise bilden damit eine Zugangsbeschränkung und dienen daher auch der Rationierung von Gütern und Dienstleistungen.

Auch Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, wie Leistungen der Heimhilfe (INDIBET als Sonderform der Heimhilfe für an Demenz erkrankte Personen), Besuchs- und Begleitdienstleistungen, Essen auf Rädern, des Reinigungsdienstes und des Wäscheservices sowie der Hauskrankenpflege, sind kostenpflichtig.

In Wien orientiert sich der zu entrichtete Kostenbeitrag – abhängig von der Art der Leistung zumeist – am (Haushalts-)Einkommen, der Höhe des Pflegegeldes sowie der Anzahl der benötigten

Stunden der pflegebedürftigen Person orientiert. Im Falle von AusgleichszulagenbezieherInnen besteht die Möglichkeit, bestimmte Leistungen gratis zu beziehen. Die maximal zu bezahlenden Kostenbeiträge hängen von der Art der Leistung ab. Sie sind auf der Homepage des Fonds Soziales Wien veröffentlicht und belaufen sich z.B. für eine Stunde Heimhilfe auf EUR 19,00, für Besuchs- und Begleitdienst EUR 15,20 (Preise für 2011) <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/> (April 2011)

Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege und der mobilen Palliativbetreuung werden – wenn die Voraussetzungen gegeben sind – von den Sozialversicherungsträgern übernommen.

Der Anspruch des Kostenbeitragssystems ist gemäß FSW, sicherzustellen, dass sich „alle Wiener Bürgerinnen und Bürger – unabhängig von Vermögen oder Einkommen – notwendige Pflege- und Betreuungsdienste leisten können.“ <http://pflege.fsw.at/finanzielles/kostenbeitragssystem.html> (April 2011)

Die Anmerkungen pflegender Angehöriger spiegeln ihre **Wahrnehmung der Preise für die Dienstleistung und der mit der Betreuung verbundenen Kosten wider.**

In den Aussagen beziehen sich auf

- das Gefühl, sich Dienstleistungen nicht leisten zu können

Die Kosten für prof. Hilfe übersteigen in vielen Fällen die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit. (729)

haben keine professionelle Hilfe, da auf Grund der Kosten es nicht finanziell machbar ist (962)

Zu wenig finanzielle Unterstützung, keine entsprechenden Leistungen für die Pflege zukaufbar - Preis-Leistungsverhältnis (92)

Pflegegeldanpassung auf Grund der laufenden Preissteigerungen wäre von Vorteil! Vielleicht können Sie dies den Politikern klar machen!! Danke (1362)

- den Eindruck, sich die Dienstleistung nicht in ausreichendem Ausmaß leisten zu können

Mehr Hilfe, geht sich aber mit dem Pflegegeld nicht aus. Von 1 Std. Betreuung fallen 20min für Wegzeiten weg. Da bleibt nur Zeit für Frühstück, Medikamente und Notanrufe an mich. (2242)

- den Überblick über die anfallenden Kosten zu verlieren

permanente starke Erhöhung der Kosten (214)

- nicht nachvollziehen zu können, wie die Preise zustande kommen

Die Kosten. Habe für 2 Stunden Heimhilfe a €16,12 €32,24 bezahlt, welche noch 2x 1/4 Stunde Pause beinhaltet (138)

Horrende Kosten für 5-Minuten-Auftritte sind unangemessen (42)

- eventuell auch ein Unverständnis pflegender Angehöriger, dass für professionelle Pflege und Betreuung im Rahmen der finanziellen Leistungsfähigkeit bezahlt werden muss.

Preise für professionelle Hilfe bei höherer Pension senken. Da mein Mann eine Hofratspension bezieht sind sie sehr hoch!! (1261)

4.2.4 M4 – „Fehlende“ Dienstleistungen (229 Fälle)

Die Stellungnahmen der informellen Pflegepersonen, die unter der Rubrik „fehlende Dienstleistungen“ zusammengefasst werden können, beziehen sich einerseits auf bisher nicht angebotene Leistungen, die sie gerne für die betreuungsbedürftige Person oder für sich selbst in Anspruch nehmen würden. Andererseits gibt es Anregungen für eine Flexibilisierung und bessere Verfügbarkeit des bestehenden Dienstleistungsangebots.

M3a - Die genannten fehlenden Leistungen sind

- a1** bereits **Teil des bestehenden Dienstleistungsangebots**, werden jedoch von den pflegenden Angehörigen **nicht wahrgenommen bzw. genutzt**. (dh. Leistung oder Hilfsmittel gewünscht, die grundsätzlich verfügbar sein sollten)
 - a. z.B. Haushaltshilfen, Begleitsdienst, Rollstuhl, Trinknahrung...
 - b. Die Ursachen der gegenwärtigen Nicht-Inanspruchnahme werden nur vereinzelt thematisiert: Zu wenig Informationen, Kosten, Knappheit der Leistung, DL sind regional nicht verfügbar
- a2** von der Art her vorhanden, gewünscht werden jedoch **besondere Eigenschaften** der Dienstleistung.
 - a. z.B. besonderes Eingehen auf DemenzpatientInnen, Friedhofsbesuche ermöglichen, Einzug ins Seniorenheim mit Haustier...
 - b. Flexible Nutzung – Nutzung auf Abruf ohne lange Vorlaufzeiten, wenn die pflegenden Angehörigen verhindert sind (z.B. Behördenwege erledigen müssen).
 - c. Angebote zu bestimmten Zeiten
 - d. bundeslandüberschreitende Inanspruchnahme der DL – Wien und Umland von Wien

Ein Haus wo man die Person zur Unterhaltung mit anderen älteren Menschen bringen u. wieder abholen kann. Natürlich in der Nähe. Auch für Wiener z.B. in Niederösterreich! (Derzeit in unserem Fall in Vösendorf nicht möglich, weil die keine Wiener nehmen.) (2626)

a3 gegenwärtig nicht vorhanden. Die Anregungen beziehen sich auf neue, bislang in Wien nicht angebotene Dienstleistungen:

- a. z.B. Unterstützung, dass Pflegebedürftiger externe Hilfen annimmt
- b. regelmäßige Informations- und Gesprächsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

Psychologische Überzeugungsarbeit dass Pflegebedürftige Hilfe annehmen und Pflege akzeptieren. (2924)

Wer pflegt die Pflegenden? Sollte man vielleicht die Pflegenden auch betreuen, ihnen helfen.....? "Quartalsgespräche" (2200)

a4 unspezifiziert, und drücken eher einen **allgemeinen Entlastungswunsch** der pflegenden Angehörigen aus bzw. spezifizierte Wünsche seitens der pflegenden Angehörigen zur Verbesserung ihrer Situation

Mehr Hilfe vom Staat oder sonstige Einrichtungen (Pflegedienst, Kirche etc.)! Auch ich selber bräuchte mal eine "Auszeit"... [...] (1071)

M3b Die genannten als fehlend wahrgenommenen **Leistungen betreffen:**

b1 den Pflegebedürftigen und beziehen sich auf:

- Haushaltsbezogene DL
- Pflegebezogene DL
- DL mit sozialem Schwerpunkt
- Vermittlungshilfen – wie können die „richtigen“ Dienstleistungen, Betreuungspersonen gefunden werden
- Mobilitätshilfen (Hilfe bei Stiegen, Tragen,...)
- Mobilisierungen (Spaziergehen, Bewegung,...)
- stationäre Betreuungsformen (WGs,...)
- bundeslandgrenzüberschreitende Inanspruchnahme von Leistungen, hier: Wien und Umland von Wien (NÖ)

b2 pflegende Angehörigen und bezieht sich auf:

- Sozialversicherungsrechtliche Absicherung
- Psychologische Hilfen
- Kuraufenthalte und Urlaub
- Finanzielle Anerkennung der Tätigkeit, finanzielle Unterstützung
- Pflegeschulungen für pflegende Angehörige

4.3 Strukturqualität der Pflegedienstleistungen (S)

Damit eine Dienstleistung erbracht werden kann, ist auf Seiten der DienstleistungsanbieterInnen darauf zu achten, dass diese dazu in der Lage sind (Potenzial der DienstleisterInnen). DienstleisterInnen legen mit ihrer personellen und materiellen Ausstattung, sowie der räumlichen und zeitlichen Verfügbarkeit die Eckdaten des Angebots im Voraus fest. Diese Potenzialqualität, oder wie Donabedian (1980) sie nennt „Strukturqualität“, kann von potenziellen KundInnen schon vor Inanspruchnahme der Dienstleistung erfasst und bewertet werden. Die Strukturqualität ist somit im Unterschied zur Prozess- und Ergebnisqualität von Dienstleistungen relativ leicht an objektiven Kriterien, wie der Personalmenge und -ausbildung oder dem bewilligtem Zeitumfang der Leistung, messbar.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu folgenden Teilaspekten der Strukturqualität dargestellt:

- Strukturfaktor Personal (Menge, fachliche Qualifikation, soziale Kompetenz, sozio-demografische Merkmale des Personals)
- Strukturfaktor räumliche Bereitstellung
- Strukturfaktor zeitliche Bereitstellung (Dauer und Häufigkeit von bewilligten Pflegedienstleistungen, Dienstleistungszeiten und Flexibilität der Nutzung)

4.3.1 S1 – Strukturfaktor Personal (65 Fälle)

Pflege- und Betreuungsdienstleistungen sind in besonderem Maße personalintensiv. Der Strukturfaktor Personal ist also entscheidend für das Dienstleistungsangebot. Das Pflege- und Betreuungspersonal kann nach der verfügbaren Menge, der fachlichen und sozialen Kompetenz und nach sozio-demographischen Merkmalen beurteilt werden.

4.3.1.1 S11 – Menge des Personals (7 Fälle)

Die informellen Pflegepersonen wünschen sich eine **Ausweitung der eingesetzten Personalmenge**.

S11 - Mehr Personal ist gewünscht, um:

- a den reibungslosen Ablauf der bewilligten Dienstleistung zu gewährleisten.
- b Versorgung sicherzustellen.

Die folgenden Beispiele aus den Aussagen pflegender Angehöriger illustrieren beide Aspekte:

mehr Personal damit die Termine eingehalten werden können und die alten Leute nicht verunsichert werden wenn die Hilfe erst 2 Stunden später kommt!!! (2660)

Hilfsorganisationen sind alle personell unterbesetzt, permanente Überforderung des Personals. Wer keine Angehörigen hat, die sich kümmern, ist arm dran. (1981)

4.3.1.2 S12 – Fachliche Qualifikation des Personals (47 Fälle)

Zu verbessernde Aspekte der fachlichen Qualifikation professioneller Pflegekräfte beziehen sich laut Stellungnahmen der informellen Pflegepersonen auf die **Ausbildung** des Personals und die **Ausweitung des Kompetenzbereiches**.

S12a - Ausbildungsbezogene Aspekte:

a1 Bessere Ausbildung allgemein (keine Spezifizierung, in welchem Bereich Verbesserungen gewünscht werden)

a2 Problemgruppenspezifische Kenntnisse (besonderes Wissen um alte, hilfebedürftige Personen) – korrespondiert auch mit soziale Kompetenz des Personals

besser geschulte Leute, welche wissen, was ein alter, hilfebedürftiger Mensch braucht! (21) a2

a3 Rasch richtig reagieren

a4 Medizinisches Wissen (Sicherheit und Sorgfalt)

Dass die Person mehr pflegt z.B. auch eine medizinische Ausbildung hat. (979)

Bei Notfall (Sturz - Notarzt, Schmerzen etc.) schneller + besser reagieren - richtig reagieren!!! (214)

Dass einem die Diplomkrankenschwestern von Gem:Wien nicht noch mehr Probleme machen als man schon hat. Z.B. Nichtakzeptanz der Internistin, forsches Benehmen, falsches Insulin verwenden (offensichtlich), aber nicht einsehen, usw. (118)

a5 Erweiterungen von Kompetenzen im Sinne von zulässigen Tätigkeiten

Es mussten 2 verschiedene Kräfte kommen (Injektion + Stützstrumpf anlegen), diese könnte eine Ausbildung für einfache Injektionen geben, bekommen. (479)

dass die Heimhilfe auch med. Cremen auftragen darf, sterilisierte Tupfer auf trockene Wunden legen (1646)

Das die Heimhilfen mehr machen dürfen, ohne dass man auch einen Putztrupp braucht, um alles noch doppelt bezahlt. (1504)

S12b - Kommunikationsbezogene Aspekte, darunter Sprachkenntnisse

bessere Deutsch-Kenntnisse der slowakischen Betreuerinnen, um Verständigungsschwierigkeiten (Hörprobleme der betreuten Mutter) zu reduzieren (1705)

4.3.1.3 S13 – Soziale Kompetenz des Personals (14 Fälle)

Nicht nur die fachliche Ausbildung des Personals, sondern auch dessen **soziale Fähigkeiten** wurden in den Verbesserungswünschen der informellen Pflegepersonen genannt. Die gewünschten sozialen Fähigkeiten können folgenden acht Begriffen zugeordnet werden:

S13

- a Einfühlungsvermögen
- b Verständnis aufbringen
- c Zuhören
- d Vertrauen aufbauen
- e Angst nehmen
- f Individueller Zugang
- g Einstellung zum Beruf
- h Ehrlichkeit

Die folgenden Beispiele aus den Aussagen pflegender Angehöriger illustrieren die Wünsche an die soziale Kompetenz der MitarbeiterInnen sozialer Dienste:

S13 – a + b: Einfühlungsvermögen und Verständnis aufbringen

Die Pflege sollte von 2-3 Qualifizierten abwechselnd mit viel Einfühlungsvermögen u. Verständnis zum Wohle der kranken Person durchgeführt werden, damit ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wird u. Angst der kranken Person nicht entsteht od. genommen wird. (428)

mehr Einfühlung in die traurige Lage meiner Mutter und in unsere wo wir selbst sehr krank sind und nicht nur wegen Geld mangelhaft arbeiten sodass für mich noch mehr Arbeit zusätzlich anfällt. (1882)

S13 – c: Zuhören

Ich finde es traurig, dass man alten Menschen kaum zuhört und die ärztliche Betreuung zur Routine wird. (1110)

S13 – g: Einstellung zum Beruf

Die derzeitigen Heimhilfen sind in Ordnung. Doch es gab schon welche die für einen solchen Beruf nicht tragbar sind. Ich würde wirklich mehr auf das Personal schauen, ob sie auch wirklich so einen Beruf ausüben wollen. (2089)

Mehr Herz, Hirn und Engagement! Kein Job - sondern Berufung! (1076)

4.3.1.4 S14 – Sozio-demographische Merkmale des Personals (4 Fälle)

Wünsche informell Pflegender mit Bezug auf sozio-demografische Merkmale der betreuenden/pflegenden Fachkräfte beziehen sich auf deren:

S14

- a Alter
- b Geschlecht
- c Muttersprache
- d Nationalität
- e Religion

Die folgenden Beispiele aus den Aussagen pflegender Angehöriger illustrieren die Wünsche an die sozio-demographischen Merkmale der MitarbeiterInnen Sozialer Dienste:

S14 – a + b: Alter, Geschlecht

dem Alter meiner Tante (90 Jahre!) einem Besuchs-Dienst ermöglichen (nicht wie derzeit - Besuchsdienst-Angestellte ist im Alter von ca. 25 Jahren es sollte zumindest eine Frau sein - ca. 40-50 jährig!! (580)

S14 – b + c: Geschlecht, Muttersprache

Bereitstellung von leistbaren weiblichen Personen mit deutscher Muttersprache und entsprechender Ausbildung als Urlaubsvertretung (z.B. weiblicher Zivildienst - gesetzlich zu erlauben) (2025)

Zusammengefasst bringt eine pflegende Angehörige, die Problematik zur Strukturqualität im Personalbereich in ihrer Stellungnahme auf den Punkt:

bessere Arbeitsbedingungen und höhere Gehälter f. Betreuungspersonal, um etwa den Beruf der Heimhelferin attraktiver zu machen und damit wieder mehr inländisches Personal zu haben, denen dieser Beruf auch Spaß macht und die auch wirklich dafür geeignet sind. (nicht nur körperlich sondern vor allem was den Hausverstand angeht); erweiterte Kompetenzen für gewerbliche Personenbetreuer; individuellere Betreuung durch bessere Organisation der Vereine (möglichst immer dieselben Betreuungspersonen) (1711)

4.3.2 S2 – Strukturfaktor räumliche Bereitstellung (6 Fälle)

Häusliche Betreuung/Pflege findet in den Räumlichkeiten der pflegebedürftigen Person statt. Die räumliche Ausstattung liegt daher nicht im Einflussbereich der AnbieterInnen von professionellen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen. **Anmerkungen in dieser Rubrik beziehen sich also auf die gegebene räumliche Situation oder eine gewünschte externe Betreuung.**

S21

- a Wunsch/Möglichkeit der Außerhaus-Betreuung (akut/kurzfristig/auf Dauer)

ausreichende Möglichkeiten sogenannter "Urlaubsbetten", um selbst ausspannen zu können (277) a

- b Einschränkungen in der Mobilität, die sich aufgrund baulicher Gegebenheiten ergeben – korrespondiert mit S22 Hilfsmittel

ich habe keine Toilette ins Wohnung - nur draußen ins Gang, und ist schwer für mich über Nacht - wen musste ich draußen gehen und Sohn muss helfen zu mir bis Toilette und zurück. (3037)

- c Hinweis auf eine unzureichende Ausstattung der Wohnung

Mehr Raum (eigenes Zimmer) f. Mutter würde einiges erleichtern! (2067)

4.3.3 S3 – Strukturfaktor eingesetzte Hilfsmittel (11 Fälle)

Informelle Pflegende äußern den Wunsch nach adäquaten Hilfsmitteln, um den Pflegealltag zu erleichtern bzw. das körperliche Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person zu steigern.

S22a - Hilfsmittel werden gewünscht, um

- a1** die Mobilität zu erhöhen.
- a2** Barrieren innerhalb der Pflegeräumlichkeiten zu überwinden. (korrespondiert mit S21 Räumliche Kapazitäten)
- a3** das körperliche Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person zu steigern.
- a4** die Sicherheit der pflegebedürftigen Person sicherzustellen. (z.B. Notrufeinrichtungen)

S22b - Es wird unterschieden zwischen

- b1** Hilfsmitteln, die im Pflegeprozess ge-/verbraucht werden (z.B. Cremes, Verbandsmaterial)
- b2** Eigenständigen Hilfsmitteln, die eine eigene Leistung darstellen (z.B. Rollstuhl, Treppenlift)

Stiegentransport für Wohnungen ohne Lift; dzt. Nicht existent (nur über Rettung, zu teuer, zeitlich zu ungenau). Somit kein Verlassen der Wohnung möglich. (50) a2,b2

flexibler Rollstuhlverleih in den jeweiligen Bezirken (78) a1, b1

S22c - Verbesserungswünsche bestehen in Bezug auf die

- c1** NutzerInnenfreundlichkeit
- c2** Qualitätswahrnehmung der Hilfsmittel

Notrufeinrichtungen so gestalten, dass sie von den Betreuten eher angenommen wird. (231) c1

Bessere Hilfsmittel (Einlagen, Windeln) sehr schlechte Qualität, für gute Qualität keine Aufzahlung möglich (452)

4.3.4 S4 – Strukturfaktor zeitliche Bereitstellung (130 Fälle)

Wie bereits im Kapitel 3.2 erläutert, ist neben der personellen und materiellen Ausstattung der DienstleisterInnen nicht nur die räumliche, sondern auch die zeitliche Verfügbarkeit der Dienstleistung ein wichtiger Strukturfaktor. Bei der Bewilligung von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen wird im Voraus fixiert, welcher Zeitumfang in Anspruch genommen werden kann und zu welchen Tages- und Nachtzeiten die Leistung grundsätzlich verfügbar ist. Des Weiteren wird die zeitlich flexible Nutzung der bewilligten Dienstleistungen geregelt.

4.3.4.1 S41 – Bewilligter Zeitumfang (60 Fälle)

Stellungnahmen der pflegenden Angehörigen betreffen die gewünschte Erweiterung des bewilligten Zeitumfangs von Betreuung und/oder Pflegedienstleistungen.

S41a - Gewünscht ist mehr Zeit

- a1 generell (nicht spezifiziert).
- a2 in Form von häufigeren Besuchen.
- a3 in Form von längeren Besuchen.

S41b - Mehr Zeit wird benötigt, um

- b1 das *körperliche* Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person zu steigern.
- b2 das *seelische* Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person zu steigern.

Anhand dieser beiden Aspekte, wird deutlich, dass der Zeiteinsatz sich wesentlich auf die Ergebnisse der Betreuungs- und Pflegeleistung auswirkt. Das Wohlbefinden – körperlich wie auch seelisch – wird durch eine zu geringe Verweildauer bei den KlientInnen oder durch Stress der Pflegekraft, der sich auf die KlientInnen überträgt, beeinträchtigt.

Mehr Stunden für die tägliche Besuch-Begleitdienst, meiner Mutter mag nicht mehr allein sein, weil sie Angst und Paranoia hat. (698) a1,b2

die Besuchszeiten der HEIMHILFEN sind für Stufe 2 zu kurz 2x 1/2 Std. für das Frühst. bez.w. Mittagessen da bleibt wenig Zeit für ein pers. Gespräch (437) a3,b2

weniger Stress bei den Pflegerinnen, der sich auf meinen Mann überträgt. (1029) a3,b2

mehr Mobilisation, Verrichtung der Notdurft öfters (1610) a1,b1

*Es sollte dem körperlichen, noch mehr aber dem geistigen und emotionalen Verfall mehr u. besser Rechnung getragen werden.
mehr Zeit für die zu betreuende Personen damit nicht alles mehr oder weniger schnell (automatisch) ablaufen muß. (2139) a3,b2*

4.3.4.2 S42 – Dienstleistungszeiten (16 Fälle)

Anmerkungen betreffen den Rahmen der Betriebszeiten, innerhalb dessen Betreuung und/oder Pflegedienstleistungen angeboten werden.

S42a - Wünsche nach einer Ausdehnung der Dienstleistungszeiten betreffen

- a1 die Morgen-, Abend- und Nachtstunden
- a2 das Wochenende

S42b - Eine Ausdehnung der Betriebszeiten ist erwünscht, um

- b1 der informellen Pflegeperson mehr Flexibilität und Freiheit im Alltag zu geben.

Früh-Mittag-Abendhilfen (22h) gibt es nicht! (278)

Es fehlen österreichische Hilfen, die fallweise über Nacht bleiben u. Urlaubsvertretung machen, [...] (164)

Tag und Nachtbetreuung! (1752)

Abenddienst, Nachtdienst und Urlaubsvertretung von leistbaren Hilfen (164)

Arbeitslosen u. Leuten, die sich Geld verdienen wollen, durch Anwesenheitspflicht besonders in der Nacht (Voraussetzung: betreuter Kranker braucht in Nacht nichts) nur das wer da ist. (2358)

WOCHENENDBetreuung + NACHTDIENSTE Betreuung für 3 Wo, wenn Betreuungsperson auf KUR geht! (alle 5 Jahre) (566)

Stundenweise Betreuung auch abends, wenn ich unterwegs bin. (543)

dass Tagesstätten, die zu pflegende Person nicht plötzlich auf die Straße setzen, wenn Tagestätte dann länger geöffnet sodass man einen Job nebenbei noch ausüben kann. Andere private, finanziell leistbare Alternativen (2057)

4.3.4.3 S43 – Zeitliche Flexibilität der Nutzung (54 Fälle)

Anmerkungen betreffen die zeitlich flexible Nutzung von Betreuung und/oder Pflegedienstleistungen nach Wunsch der Betroffenen, im Gegensatz zu zeitlich regelmäßiger Nutzung.

S43a - Eine zeitlich flexible Nutzung der Betriebszeiten ist erwünscht, um

- a1** ein ausreichendes Maß an Pflege/Betreuung in Ausnahmesituationen sicherzustellen.
- a2** der informellen Pflegeperson mehr Flexibilität und Freiheit im Alltag zu geben.
- a3** der informellen Pflegeperson Ruhepausen zu ermöglichen.

S43b - Der Bedarf nach zeitlich flexiblen Dienstleistungen entsteht

- b1** akut (z.B. Krankheit der informellen Pflegeperson)
- b2** planbar (z.B. Urlaubsvertretung)

Möglichkeit einer flexibleren Betreuung, auch in den Abendstunden u. zum Wochenende (543)

Bei außertourlichen Notfällen gibt es nur nach elendlangen, ermüdenden Verhandlungen am Telefon, eine Koordination! Mit d. Basisstelle!?! (342) b1

Nach dem Spitalaufenthalt mehr Hilfe, bei Körperpflege, bei Inkontinenzbetreuung (516) a1,b2

daß die Sozialhilfe (Heimhilfe) flexibler ist. Ich würde nicht jeden Tag Heimhilfe benötigen, sondern nur fallweise + zu keinen bestimmten Zeiten. (759) a2,b2

Im eigenen Krankheitsfall wäre professionelle Hilfe von außen notwendig! (2271) a3,b1

Finanziell leistbare Pflegerinnen ins Haus rund um die Uhr für die Urlaubszeit bzw. Kurzaufenthalt. (554) a2,b2

4.4 Prozessqualität der Pflegedienstleistungen (P)

Traditionell sehr bedeutend in der Dienstleistungserstellung sind die Eigenschaften des Dienstleistungsprozesses (Prozessqualität). Im Dienstleistungsprozess wirken AnbieterInnen und pflegebedürftige Personen sowie ev. deren Angehörige zusammen, um ein bestimmtes Dienstleistungsergebnis (i.d.R. eine Verbesserung der Versorgungssituation) zu erzielen. Wie schon in der ersten Phase der Dienstleistung, werden auch im Dienstleistungsprozess die Faktoren Personal, materielle Hilfsmittel, räumliches Umfeld und Zeit unterschieden. Die Verbesserungswünsche der pflegenden Angehörigen beziehen sich hier auf diese Faktoren im Dienstleistungsprozess, das heißt in der Interaktion mit den Betroffenen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu folgenden Teilaspekten der Prozessqualität dargestellt:

- **Prozessfaktor Personal** (Betreuungskontinuität/Personalwechsel, Eigeninitiative, Freundlichkeit, Interaktion/soziale Kontakte, Flexibilität im Dienstleistungsprozess, Koordination, Sorgfalt)
- **Strukturfaktor zeitliche Bereitstellung** (Wartezeiten, Pünktlichkeit und zeitliche Verlässlichkeit/ Zeitliche Prozesskoordination)

4.4.1 P1 –Prozessfaktor Personal (175 Fälle)

Dem Pflege- und Betreuungspersonal kommt im Dienstleistungsprozess besondere Bedeutung zu. Die pflegebedürftigen Personen sind auf Hilfe angewiesen und bauen im Idealfall ein

Vertrauensverhältnis zu ihren professionellen BetreuerInnen auf; die pflegenden Angehörigen sind im besten Fall mit dem Personal vernetzt, um Lücken in der Betreuung zu vermeiden.

4.4.1.1 P11 – Personalwechsel (86 Fälle)

Die Stellungnahmen der informellen Pflegepersonen lassen auf einen zu häufigen Wechsel der Pflege-/ Betreuungspersonen im Zeitablauf schließen. Der häufige Wechsel des Pflege-/ Betreuungspersonals ist aus folgenden Gründen aus Sicht der pflegenden Angehörigen nicht erwünscht:

- a Betreuungskontinuität leidet
- b Personalwechsel verwirrt die pflegebedürftige Person
- c Erklärungsbedarf der zu erledigenden Aufgaben steigt
- d Grund nicht spezifiziert

P11 – a: Betreuungskontinuität leidet

störend ist der häufige Wechsel der Heimhilfen ->keine kontinuierl. Betreuung (101)

P11 – b: Personalwechsel verwirrt die pflegebedürftige Person

Die häufig wechselnden Personen bei der professionellen Hilfe. Die Umstellung zu den wechselnden Personen fällt sehr schwer, besonders bei alten Menschen. (532)

Häufiger Wechsel des Pflegepersonals verwirrt selbst die nicht-dementen alten Leute!!! (1557)

Nur 2 maximal 3 Personen (Heimhilfe), dzt. Sind es 7! Meine Mutter kennt sich nicht aus. (2242)

P11 – c: Erklärungsbedarf der zu erledigenden Aufgaben steigt

ständige (fixe) Heimhilfe, die die Bedürfnisse der Pflegeperson zu 100% kennt. (1299)

das die Heimhilfe, wenns möglich ist immer die selbe kommt, weil sonst muß ich warten, weil Pflegebedürftige hat einen Schlaganfall gehabt, kann nicht so sprechen. (826)

häufige personelle Wechsel sind insbesondere im Umgang mit dementen Personen erschwerend + benötigen fast zwingend Ergänzung durch (kontinuierliche) familiäre Unterstützung; (13)

Eine Angehörige illustriert die Konsequenzen, wenn der Wechsel des Betreuungspersonals als zu häufig empfunden wird – die Dienstleistung wird nicht mehr in Anspruch genommen:

Wir hatten anfänglich außerfamiliäre Hilfe; Mein Mann wollte [...] nimmer den Wechsel der Betreuerinnen. Die Leistungen sind sehr unterschiedlich. (2011)

4.4.1.2 P12 – Flexibilität des Personals im Dienstleistungsprozess (23 Fälle)

Es ist erwünscht, dass das Pflege-/Betreuungspersonal auf individuelle Wünsche flexibel reagiert, und nicht standardisiert handelt.

P12 - Flexibler Pflege/Betreuung soll

- a den individuellen Wünschen der pflegebedürftigen Person gerecht werden.
- b den individuellen Wünschen der informellen Pflegeperson gerecht zu werden.

"Hilfe" müsste flexibler gestaltbar sein, auf die Wünsche und Vorstellungen/Vorschlägen d. angehörig. Betreuungsperson und deren Betreuungsmöglichkeiten sollte mehr eingegangen werden. (1633)

Wünsche der Angehörigen verbessern. Klient lässt sich nicht duschen - waschen - wird nicht gemacht. (777)

4.4.1.3 P13 – Eigeninitiative des Personals im Dienstleistungsprozess (16 Fälle)

Es ist erwünscht, dass das Pflege-/Betreuungspersonal eigeninitiativ auf die pflegebedürftige Person eingeht und nicht standardisiert handelt.

P13 - Eigeninitiative Pflege/Betreuung soll der Pflegesituation bestmöglich gerecht werden,

- a wenn die pflegebedürftige Person ihre Wünsche nicht selbstständig ausdrücken kann.

Man sollte sich um so alte Leute mehr kümmern, z.B. anfragen, ob manchmal Hilfe gewünscht wäre (Einsamkeit!) (921)

Mitdenken und Engagement (488)

- b wenn die pflegebedürftige Person nachteilige Präferenzen hat.

mehr Durchsetzungskraft (2374)

die Betreute überreden, sich bei der Hygiene helfen zu lassen (1979)

4.4.1.4 P14 – Soziale Interaktion (36 Fälle)

Die soziale Interaktion der Pflegebedürftigen mit den professionellen Betreuungspersonen ist wichtig in einer Dienstleistung am Menschen. Anmerkungen betreffen verschiedene Facetten der sozialen Interaktion.

P14 - Soziale Kontakte sollen die pflegebedürftigen Person

a motivieren, aufbauen

Ich denke, dass die Pflege des Körpers seltener zu kurz kommt, als die "seelische" Pflege. Depression und Mutlosigkeit des Angehörigen können einen ziemlich schaffen. Manchmal fühle ich mich dann selbst erledigt. (78)

b gesellschaftlich einbeziehen

mehr Kontakt mit gleichaltrigen Personen (leichte Depressionen wegen Verwitwung) (1877)

Sozialkontakte verstärken, nicht nur alt - alt, sondern auch alt – jung (626)

c emotional einbeziehen und Vereinsamung zu verringern

Kontaktaufnahme durch geschultes Sozialnetz (so ähnlich wie Clinic-Clowns, od. anderweitige Unterhaltung) um Vereinsamung entgegenzuwirken. (976)

d unterhalten, für Abwechslung sorgen

mehr Stunden für Reden, Unterhaltung, Zuwendung (515)

mehr Abwechslung der betreuenden Personen, es würde mehr sozialer Kontakt (Abwechslung) sein (1086)

In der Rubrik Ergebnisqualität wird die Bedeutung der sozialen Komponenten in der Domäne Sozialleben 5.4.1.5 nochmals aufgegriffen.

4.4.1.5 P15 – Kommunikationsbezogene Prozesskoordination (11 Fälle)

Die Kommunikation zwischen verschiedenen Betreuungs- und Pflegepersonen **soll optimiert werden.** (Diese Kategorie korreliert mit der Kategorie P12 – Flexibilität des Personals im Dienstleistungsprozess.)

P15 – Die Verbesserungswünsche bezüglich der kommunikationsbezogenen Prozesskoordination betrifft das professionelle Betreuungs- und Pflegepersonal gegenüber:

- a der pflegebedürftigen Person
- b den informell Pflegenden
- c professionellem Pflegepersonal, Betreuungspersonal, Ärzten

Die folgenden Beispiele aus den Aussagen pflegender Angehöriger illustrieren die Wünsche an die Kommunikation zwischen den Beteiligten:

Die Kommunikation zwischen den Heimhilfen u. Angehörigen ist überhaupt nicht vorhanden! (1012)

Mehr Einigkeit unter dem Betreuungsteam. Bessere Auswahl der Leute (1620)

Kommunikation unter den versch. Betreuungspersonen müsste verbessert werden. (1981)

4.4.1.6 P16 – Umgangsformen (2 Fälle)

Angesprochen wird hier **forsches Benehmen und fehlende Freundlichkeit** des Betreuungs- und Pflegepersonals bzw. der VertreterInnen von Institutionen, mit denen pflegende Angehörige zu tun haben.

Passt im Großen und Ganzen, doch Freundlichkeit wäre vorangig. (862)

weniger Stress bei den Pflegerinnen, der sich auf meinen Mann überträgt. Ständige Pflegerin (zu häufiger Personalwechsel) (1029)

weniger Hektik bei der Arbeit an der Pflegebedürftigen(2126)

Respekt vor dem Alter? (2433)

4.4.1.7 P17 – Sorgfalt im Haushalt und im Umgang mit Geräten (1 Fall)

Pflegende Angehörige weisen darauf hin, dass Heimhilfen **im Haushalt und im Umgang mit Geräten die nötige Sorgfalt** an den Tag legen sollen.

mehr Sorgfalt der Heimhilfen im tägl. Gebrauch mit den Haushaltshilfen (z.B.: Staubsauger, Waschmaschine, Bad, Küche, Strom). (1673)

4.4.2 P2 –Prozessfaktor Zeit (68 Fälle)

Im Dienstleistungsprozess wird die bewilligte Betreuungs- und Pflegezeit von der pflegebedürftigen Person konsumiert. Verbesserungswünsche der pflegenden Angehörigen bestehen hinsichtlich Pünktlichkeit und der Koordination verschiedener Aufgaben im gegebenen Zeitrahmen.

4.4.2.1 P21 – Zeitliche Prozesskoordination (33 Fälle)

Informelle Pflegepersonen wünschen sich eine **bessere Zeiteinteilung in der Pflege- und Betreuungsdienstleistung. Ziel der zeitlichen Prozessoptimierung ist die Steigerung des seelischen und körperlichen Wohlbefindens der pflegebedürftigen Person.**

P21 - Die gewünschte zeitliche Prozesskoordination bezieht sich auf

- a die Regelmäßigkeit der Dienstleistung
- b die Intervalle der Dienstleistung

zeitliche Verteilung könnte breiter sein (7:30, 11:30, 16:30) -> besser wäre 8:00 14:00 20:00 wg. Inkontinenz... mehr Zeit (aktuell ~ 20min/Einsatz) (13)

mehr Rücksichtnahme auf den Tagesablauf der gepflegten Person (956)

Flexibilität, ältere Menschen schlafen oft länger aber die Heimhilfen kommen sehr früh am abend ist es umgekehrt, wer will sich schon um 17 Uhr ins Bett legen? (2006)

- c das Verhältnis zwischen verschiedenen Tätigkeiten

Die Heimhilfe [...] hat zwar in 1 Woche 3x das Bett neu bezogen, obwohl es nicht nötig war (mein Mann hat die Flasche). Aber nachdem sie ihn badete, hat sie nicht einmal die Wanne ausgewaschen. (1168)

weniger Zettel ausfüllen, mehr Betreuung. 1Std=1/4 Wegzeit, 1/4Schreibarbeit, 1/2Betreuung. (1191)

- d Koordination unterschiedlicher Tätigkeiten

Terminkoordination zwischen den einzelnen Helfern verbessern. (1211)

- e Allgemein: richtiger Zeitpunkt der Unterstützungsleistung

Die Hilfe kommt dann wenn sie nicht unbedingt gebraucht wird! (1258)

4.4.2.2 P22 – Pünktlichkeit / zeitliche Verlässlichkeit (35 Fälle)

Mehr Pünktlichkeit / zeitliche Verlässlichkeit des Pflege- und Betreuungspersonals ist erwünscht.

lange Wartezeiten auf d. Fahrtendienst, (d. Höchste 2 Std. hin u. 3 Std. zurück!!) (18)

Heimhilfe kommt meistens zu spät. (717)

Pünktlichkeit der Hauskrankenpflege: vor allem Urlaubs- u. Krankenvertretungen kommen tlw. Erst gg. Mittag zur Körperpflege! (1460)

Besuchstermine genauer festlegen, da die Wartezeiten auf die/den Betreuer(in) sehr lang sind. (942)

Die vorgesehene Betreuungszeit einhalten (2616)

4.5 Ergebnisqualität der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen (E)

Die Dienstleistungsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis stehen miteinander in Beziehung und sind nicht immer scharf voneinander zu trennen. Verbesserungswünsche pflegender Angehöriger betreffend die Struktur und/oder den Prozess der Pflegedienstleistung lassen in gewisser Weise darauf schließen, dass auch das Ergebnis der Pflegedienstleistung nicht zufriedenstellend war.

Die Strukturierung der Aussagen zur Ergebnisqualität orientiert sich an den Domänen von ASCOT (Adult Social Care Outcome Toolkit). Die Aussagen pflegender Angehöriger wurden den Domänen – Wohnen/Hygiene im Haushalt, Essen und Trinken, Körperhygiene und persönlicher Komfort, Sicherheit, Sozialleben, Aktivitäten, Selbstbestimmung, sowie Würde zugeordnet. Den Abschluss bildet Ergebnisqualität allgemein und bezogen auf Kurzzeitpflege.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu folgenden Domänen der Ergebnisqualität dargestellt:

- Körperhygiene und persönlicher Komfort
- Wohnen/Hygiene im Umfeld
- Essen und Trinken
- Sicherheit
- Sozialleben
- Aktivitäten
- Selbstbestimmung
- Selbstachtung und Würde

4.5.1 E1 – Aussagen zu den einzelnen Domänen von Ergebnisqualität

4.5.1.1 E 11 – Domäne Körperhygiene und persönlicher Komfort

Die Anmerkungen der pflegenden Angehörigen kritisieren kaum die erzielten Ergebnisse im Bereich der Körperhygiene und des persönlichen Komforts. Sie beschreiben jedoch zwei Phänomene:

Wie das erste Beispiel zeigt, ist die Sicherstellung körperliche Hygiene, insbesondere bei inkontinenten KlientInnen in den Nachtstunden eine Herausforderung.

Wer kommt wenn meine Mutter z.B. um 3h nachts, 3/41h nachts, 5h früh usw von oben bis unten angemacht ist??? (2275)

Das zweite Beispiel illustriert in Form der geäußerten Kritik an der Qualität von Inkontinenzprodukten, dass deren richtige Wahl letztlich – auch wenn es hier von der pflegenden Angehörigen nicht ausformuliert wird – das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person fördert.

Bessere Hilfsmittel (Einlagen, Windeln) sehr schlechte Qualität, für gute Qualität keine Aufzahlung möglich (452)

4.5.1.2 E12 – Domäne Wohnen/Hygiene im Haushalt (17 Fälle)

Anmerkungen dieser Rubrik beziehen sich auf die Hygiene im Haushalt der pflegebedürftigen Person.

Angesprochen werden von den pflegenden Angehörigen

- die Konsequenzen unzureichender Unterstützung in diesem Bereich

Die Betreuung durch Heimhilfen ist sehr unzureichend, meine Oma würde ohne unsere Betreuung der Wohnung verwahrlosen. (2066)

- Bereiche, in denen die Versorgung nicht geklappt hat

bessere Qualität und Umsicht für die Arbeiten im Haushalt (Essen wärmen, Geschirr reinigen) (3057)

4.5.1.3 E13 – Domäne Essen (10 Fälle)

Bemängelt wird die Qualität des Essens, das der pflegebedürftigen Person nach Hause geliefert wird, dabei werden jenseits des Hinweises auf unterschiedliche Geschmäcker auch die kritischen Aspekte altersgerechter, ausgewogener Ernährung benannt.

Essen auf Rädern: Fleischspeisen sind oft hart u. von alten Leuten schlecht zu kauen! (507)

Essen auf Räder könnte besser sein (Mehr Gemüse, weiches Fleisch) (2959)

Essen im Tageszentrum schmeckt nicht! (2600)

4.5.1.4 E14 – Domäne Sicherheit

Sicherheit ist nicht nur eine wichtige Domäne der pflegerelevanten Lebensqualität der pflegebedürftigen Person. Auch für pflegende Angehörige ist es wesentlich, die betreute Person „sicher“ zu wissen.

Das erste Beispiel illustriert technische Eigenschaften des Produktes „Notrufeinrichtungen“, deren Verbesserung die Sicherheit der pflegebedürftigen Person erhöhen würde.

Verbesserung der Notrufeinrichtungen zur Auslösung durch den Betreuten (231)

Das zweite Beispiel macht auf die Sicherung von Wertsachen aufmerksam, wenn nicht zum Haushalt gehörende Personen die Wohnung betreten.

Alleinstehende ältere Personen, die recht gutmütig erscheinen werden am ehesten von Fremden bestohlen! Meine Pflegebedürftige 1x um ATS 400.000,- 1x um €500,- (letzteres gerichtlich verfolgt.) (1109) b

4.5.1.5 E15 – Domäne Sozialleben

Welchen Stellenwert die soziale Komponente auch bei Betreuungs- und Pflegedienstleistungen hat, wurde bereits in der Rubrik „Soziale Kontakte“ der Prozessgestaltung deutlich. Die Funktionen der sozial ausgerichteten Interaktion wurden dort mit motivieren, aufbauen; gesellschaftlich einbeziehen; emotional einbeziehen und Vereinsamung verringern; unterhalten und für Abwechslung sorgen, zusammengefasst.

Darüber hinaus tragen auch professionelle DienstleistungsanbieterInnen zum Sozialleben der pflegebedürftigen Personen bei, auch dann wenn die eigentliche Dienstleistung materieller Natur ist – z.B. die Wohnung zu reinigen. In manchen Fällen stellt der Besuch von MitarbeiterInnen Sozialer Dienste eine der wenigen Möglichkeiten für pflegebedürftigen Menschen dar, sozial zu interagieren. Daraus mögen die Wünsche der pflegenden Angehörigen resultieren, dass diese MitarbeiterInnen auch Zeit für ein Gespräch finden.

vermehrten sozialen Kontakt, da betreute Person nahezu blind ist. (19)

Genehmigung von tgl. 1/2 Std. mehr Heimhilfezeit für Kommunikation.

die Besuchszeiten der HEIMHILFEN sind für Stufe 2 zu kurz 2x 1/2 Std. für das Frühst. Bez.w. Mittagessen da bleibt wenig Zeit für ein pers. Gespräch (437)

mehr Stunden für Reden, Unterhaltung, Zuwendung (515)

Mehr Zeit für emotionale Zuwendung u. soz. Kontakte insbes. Einfach nur reden! (2091)

Mein Mann ist seit 1996 1/2seitig gelähmt kann nicht sprechen. Es nimmt sich nur 5 Minuten jemand Zeit. Es würde schon genügen zu telefonieren (2111)

4.5.1.6 E16 – Domäne Aktivitäten

Aktivitäten durchzuführen, die für die pflegebedürftige Person von Bedeutung sind, trägt wesentlich zur Lebensqualität dieser Personen bei. Manchmal sind es ganz einfache haushaltsbezogene Aktivitäten, die das Wohlbefinden von betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen erhöhen, wenn sie sich daran beteiligen dürfen.

Die von mir betreute Person würde in einem Heim kaum mehr leben. Die Freude, selbstständig etwas tun zu können (Frühstück richten, Essen wärmen, Kuchen backen, erhält "jung"! (451)

Das zweite Beispiel illustriert den Wunsch der Angehörigen, pflegebedürftigen Personen (altersgerechte) Unterhaltung zu bieten.

im Tageszentrum mehr Unterhaltung bzw. Ausflüge mit Busfahrten mit Musik oder Ähnliches (61)

4.5.1.7 E17 – Domäne Selbstbestimmung (130 Fälle)

Selbst zu bestimmen, was wie wann geschieht, scheinen pflegende Angehörige auch für die von ihnen betreuten Personen als wichtig zu erachten. Die Bereiche, in denen diese Wünsche nach Selbstbestimmung hineinspielen, umfassen:

- Aspekte zur Rücksichtnahme auf den Tagesablauf (siehe oben) hinein.

[...] damit geistig fitte Menschen nicht im Sommer um 18:00 im Bett liegen müssen!!! (9)

- Auf Wünsche der pflegebedürftigen Person eingehen

Pfleger könnten sich mehr Zeit nehmen und mehr auf persönl. Wünsche des Patienten eingehen (24)

Wir haben per 31.03. die professionelle Betreuerorganisation gewechselt, da die seit 2000 pflegende Organisation meine Mutter nicht mehr mobilisieren wollte, dh. seit 1 Jahr kein Bad mehr, keine Benützung des Dusch- und Föhn WCs mehr durchgeführt. (296) b,c

- Hilfe im Bedarfsfall abrufen zu können bzw. spontan auf Hilfe zurückgreifen können

eine spontane Hilfe wenn notwendig, wäre wünschenswert (453).

- Wartezeiten zu reduzieren und die Verlässlichkeit der Dienstleistungserstellung zu erhöhen, letztere hat, wie das zweite Beispiel zeigt, nicht nur Auswirkungen auf die pflegebedürftige Person, sondern auch auf die Tagesgestaltung der pflegenden Angehörigen

Besuchstermine genauer festlegen, da die Wartezeiten auf die/den Betreuer(in) sehr lang sind. (942)

Verein hält vereinbarte Termine nicht ein. Muss oft einspringen weil keine HH kommt. Verbesserung wohl nicht möglich. War bis jetzt bei jenem Verein so. (1942)

Dass die Arbeiten und Zeiten (Dauer und Termine) von den Heimhilfen auch wirklich durchgeführt bzw. eingehalten werden (1557)

4.5.1.8 E18 – Domäne Selbstachtung/Würde

Der Umgang mit der pflegebedürftigen Person hat Einfluss auf ihre Selbstachtung. Sind die Umgangsformen mangelhaft so kann die Selbstachtung/Würde der gepflegten Person in Mitleidenschaft gezogen werden. Explizit gab es im Bereich der Selbstachtung/Würde keine Nennungen, jedoch bezogen sich auch Beobachtungen darauf, dass manche Umgangsformen mangelhaft waren.

4.5.2 E2 – Aussagen zur Ergebnisqualität allgemein

Allgemeine Aussagen, dass die gesamte Arbeitsleistung der MitarbeiterInnen professioneller Pflege- und Betreuungsdienste nicht passt, finden sich kaum in den Daten. Hinweise finden sich jedoch, dass pflegende Angehörige den Eindruck haben, die Arbeit der MitarbeiterInnen Sozialer Dienste kontrollieren zu müssen, da sie sonst nicht wie vereinbart erbracht wird. Dies macht deutlich, dass die Verlässlichkeit der Dienstleistung nicht nur in zeitlicher Hinsicht, sondern auch die Durchführung der Leistung betreffend, für pflegende Angehörige eine wesentliche Komponente der Qualität darstellt. Dazu zwei Beispiele aus den Daten, die diesbezügliche Unzufriedenheit darstellt:

muss immer kontrolliert werden, da sonst nicht oder nur unzureichend alle vorgeschriebenen Aufgaben erledigt werden. (680)

Professionelles Altenpflegepersonal muss unbedingt beaufsichtigt werden, da ansonsten Minderleistung (1549)

4.5.3 E3 – Aussagen zur Ergebnisqualität von Kurzzeitpflege

Verlässliche Betreuung, wenn die pflegende Person verhindert ist, sei es Urlaub oder Krankheit

selbst bei Kurzzeitpflege in einem Heim (z.B. bei Erkrankung meiner Person) adäquate Umgebung (nicht psychisch gesunde und aggressive Personen in einem Raum), mehr Hygiene und adäquate Ernährung (5)

5 Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem VIC2008 – der Vienna Informal Carers Study 2008 – wurde am WU Forschungsinstitut für Altersökonomie ein Datensatz geschaffen, der Informationen zur Lebenssituation von mehr als 3.000 pflegenden Angehörigen in Wien abbildet. Erfasst wurden Hauptbetreuungs-/Hauptpflegepersonen des Familien- bzw. Bekannten- und Freundeskreises. Die pflegebedürftige Person bezog zum Zeitpunkt der Erhebung Bundespflegegeld, war über 60 Jahre alt und lebte in einem Privathaushalt in Wien.

Pflegende Angehörige haben nur selten die Möglichkeit, in umfassenden Erhebungen Einblick in ihre Lebenssituation zu geben. Vor allem aktuelle, umfangreiche und wissenschaftlich fundierte Daten sind kaum verfügbar. Noch spärlicher gestaltet sich die Informationsgrundlage, wenn ein bestimmtes Bundesland, wie hier Wien, in den Mittelpunkt des Interesses rückt. (für einen Überblick über verfügbare Daten siehe Jung/Trukeschitz et al. 2007).

Dieser Forschungsbericht widmet sich explizit, wie pflegende Angehörige professionelle Betreuungs- und Pflegedienstleistungen wahrnehmen: Im Zuge der VIC2008-Erhebung gaben 34% der pflegende Angehörige an, dass professionelle Betreuungs- und Pflegedienstleistungen (Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Wäsche-/Reinigungsdienst) Teil des Betreuungsarrangements bildeten. Mehr als 2/3 bestätigten, dass diese genutzten Dienstleistungen den Bedürfnissen der pflegegeldbeziehenden Person (voll) entsprechen. 30% äußerten sich dagegen kritischer und meinten, dass die genutzten Dienstleistungen (eher)weniger bis gar nicht den Bedürfnissen der von ihnen betreuten pflegegeldbeziehenden Angehörigen/Bekanntem entsprechen.

Der VIC2008-Fragebogen bot pflegenden Angehörigen in Form zweier offener Fragen die Möglichkeit, festzuhalten, Veränderungen oder Verbesserungen professioneller Hilfen zu formulieren. Pflegende Angehörige bezogen ihre Anmerkungen konkret auf die von ihnen gegenwärtig oder in der Vergangenheit genutzten professionellen Dienstleistungen, wie Heimhilfe, Essen auf Rädern.

Die Aussagen der pflegenden Angehörigen wurden auf die wesentlichsten Inhalte zusammengefasst, mit ausgewählten Originalzitaten versehen und einem analytischen Raster zugeordnet. Dieser Analyseraster verbindet dienstleistungsökonomische Ansätze mit Konzeptionen

der Pflegequalität. So konnte die gesamte Breite der Anmerkungen genutzt und systematisiert werden.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass pflegende Angehörige ihre Anmerkungen zu den Verbesserungsmöglichkeiten professioneller Betreuungs- und Pflegedienstleistungen nicht nur bezogen auf deren Qualität äußerten, sondern auch auf **wesentliche Voraussetzungen**, die eine **Inanspruchnahme** der Dienstleistungen beeinflussen, bezogen. Zu diesem letzten Punkt zählen nach wie vor

- **wahrgenommene Informationslücken** (wer hilft, wohin wenden, wie läuft das ab, mit welchen Kosten muss gerechnet werden...), bezogen auf soziale DienstleistungsanbieterInnen und Krankenkassen,
- kritische Anmerkungen zu **bürokratischen und hierarchischen Strukturen** (Verbindung Soziales und Krankenversicherung, Anlaufstellen, Abrechnungsmodi...),
- **Wahrnehmung der abzudeckenden Kosten** (geringe Kostentransparenz, Einschätzung geringer eigener finanzieller Möglichkeiten,...), sowie
- **Dienstleistungen**, die als **fehlend** wahrgenommen werden bzw. tatsächlich derzeit noch nicht verfügbar sind.

Aus der Fülle der oben dargestellten **Qualitätsdimensionen der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen** greifen wir die folgenden vier Punkte zusammenfassend heraus.

1. Strukturqualität „Zeit“ – Eigenschaften des Angebots:

Der Faktor Zeit als Teil des Dienstleistungsangebotes wird verhältnismäßig häufig angesprochen. Viele Pflege- und Betreuungsdienstleistungen sind nicht 24 Stunden täglich verfügbar und durch den hohen Koordinationsaufwand der Dienstleister auch nicht zeitlich flexibel nutzbar. Akut auftretender Bedarf an professioneller Hilfe kann laut Ansicht der Befragten meistens nicht entsprochen werden.

2. Individualisierung des Dienstleistungsprozesses

Besonders häufig wird der Wunsch nach Individualisierung der Dienstleistung am Menschen geäußert, um den Pflegebedürftigen ihr Leben so würdevoll und erfreulich wie möglich zu gestalten.

3. Personelle Kontinuität der Versorgung

Wenig überraschend ist die hohe Bedeutung des Personals im Dienstleistungsprozess für pflegende Angehörige. Pflege- und Betreuungsdienstleistungen sind Dienstleistungen an hilfsbedürftigen Menschen. Diese Aufgabe erfordert sozial und fachlich geschultes Personal mit Einfühlungsvermögen. Häufige Wechsel des Personals verunsichern die pflegebedürftigen Personen und schädigen das Vertrauensverhältnis zu den DienstleisterInnen.

4. Ergebnisqualität als entscheidender Faktor

Die der Strukturqualität oder der Prozessqualität der Pflegedienstleistungen zugeordnete Kritik pflegender Angehöriger stammt aus einer Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Dienstleistung. Dies wird in einigen Zitaten besonders deutlich, in anderen kommt es nur indirekt zum Vorschein.

Bei manchen Zitaten lässt sich die Qualitätskette nachbilden: Ergebnis ist nicht zufriedenstellend, weil Prozess nicht passt und dieser passt nicht, weil Elemente der Strukturqualität als nicht adäquat von den pflegenden Angehörigen wahrgenommen werden. Besonders deutlich wird dies in folgendem Zitat

mehr Personal damit die Termine eingehalten werden können und die alten Leute nicht verunsichert werden wenn die Hilfe erst 2 Stunden später kommt!!! (2660)

Ein unerwünschtes Ergebnis der Dienstleistungserstellung wird hier bereits formuliert: Alte Leute werden durch die Inanspruchnahme der Dienstleistung verunsichert. Zurückgeführt wird diese Verunsicherung darauf, dass die Hilfe später als angekündigt kommt. (Prozessqualität nicht passt). Geschlossen wurde von der pflegenden Angehörigen, dass dieses Zuspätkommen aufgrund zu wenig Personal eingetreten ist. Mehr Personal (Strukturqualität iwS) könnte daher dies – so hat die pflegende Angehörige geschlossen – beheben. Zentral ist jedoch die Wahrnehmung der Effekte der Dienstleistung.

Erkenntnisse zur Ergebnisqualität können in den Kapiteln zur Strukturqualität und zur Prozessqualität auch gewonnen werden, wenn Aufmerksamkeit auf jene Komponenten der Aussagen gelegt wird, welche die Unzufriedenheit mit dem Dienstleistungsergebnis in den Verbesserungsvorschlägen der pflegenden Angehörigen artikulieren.

Die Ergebnisse geben einen ersten Einblick, in jene Komponenten von professionellen Dienstleistungen, die pflegenden Angehörigen nicht nur wichtig sind, sondern auch als verbesserungswürdig erachtet werden. Diese Stellungnahmen können DienstleistungsanbieterInnen als Reflexionsmöglichkeit der eigenen Arbeit dienen, eventuell auch dabei helfen, zu überprüfen, ob und wenn ja in welchen Bereichen selbst Verbesserungspotenzial verortet wird.

Da in der VIC2008-Erhebung lediglich eine quantitative Frage (Bewertung der Dienstleistung) und eine Frage mit qualitativen Charakter (Verbesserungsmöglichkeiten) aufgenommen werden konnte, wird hier nicht der Anspruch erhoben, vollständig dieses Themenfeld zu erfassen. Weiterführende Erhebung sollten eine Vertiefung und eine Quantifizierung anstreben. Weiterer Forschungsbedarf besteht darüber hinaus auch, wie pflegebedürftige Menschen selbst diese Dienstleistungen wahrnehmen. Kundenzufriedenheitsbefragungen können dies in der Regel nicht vollständig abbilden und sind mit Verzerrungen behaftet.

Es ist daher empfehlenswert, dass sich **weiterführende Arbeiten** auf den Bereich der **Messung der Ergebnisqualität von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen** konzentrieren. Dieser wird – mit Ausnahme der erwähnten Kundenzufriedenheitsbefragungen – bislang eher vernachlässigt. Prozess- und vor allem Strukturkomponenten der Dienstleistungserstellung wurden bisher höhere Bedeutung beigemessen. Eine Fokussierung auf die Ergebnisse von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen, insbesondere wie sie die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen beeinflussen, würde dazu beitragen, das Verständnis über die Wirksamkeit der Angebote zu vertiefen und so eine grundlegende Information dafür bieten, wie Unterstützungsangebote und Pflegearrangements gemäß den Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen und deren Angehörigen weiterzuentwickeln wären.

6 Quellenverzeichnis

6.1 Internetquellen

<http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/> (April 2011)

<http://pflege.fsw.at/finanzielles/kostenbeitragssystem.html> (April 2011)

<http://www.pssru.ac.uk/ascot/> (April 2011)

6.2 Literatur

- Donabedian, Avedis (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Gabanyi, Monika (1995): Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Augsburg: BASYS.
- Hilke, Wolfgang (1984): Dienstleistungs-Marketing aus der Sicht der Wissenschaft. Freiburg. Diskussionsbeiträge des Betriebswirtschaftlichen Seminars der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau.
- Jung, Reinhard; Trukeschitz, Birgit; Schneider, Ulrike (2007): Informelle Pflege und Betreuung älterer Menschen durch erwerbstätige Personen in Wien: Darstellung von Dimension und Struktur auf Basis bisheriger Erhebungen. Forschungsbericht 2/2007. Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien.
- Netten, Ann; Beadle-Brown, Julie; Trukeschitz, Birgit ; Towers, Ann Marie; Welch, Elizabeth ; Forder, Julien ; Smith, Jan; Alden, Elaine (2010): Measuring the Outcomes of Care Homes, PSSRU Discussion Paper 2696/2, University of Kent.
- Netten, Ann; Forder, Julien; Beadle-Brown, Julie; Caiels, James; Malley, Juliette; Smith, Nick; Towers, Ann Marie; Trukeschitz, Birgit; Welch, Elizabeth; Windle, Karen (2011): ASCOT Adult Social Care Outcomes Toolkit. Main guidance v2.0. Canterbury. PSSRU Personal Social Services Research Unit.
- Scheuch, Fritz (2002): Dienstleistungsmarketing. 2., völlig neugestaltete Auflage. München: Vahlen.
- Schneider, Ulrike; Trukeschitz, Birgit; Mühlmann, Richard; Jung, Reinhard; Ponocny, Ivo; Katzlinger, Magdalena; Österle, August (2009): Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung älterer Menschen 2008 (Vienna Informal Carer Study - VIC2008): Studiendesign und deskriptive Ergebnisse [Vienna Informal Carer Study - VIC2008: Study design and sample description], Forschungsbericht Nr. 1/2009. Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien.
- Trukeschitz, Birgit (2006): Im Dienst Sozialer Dienste. Ökonomische Analyse der Beschäftigung in sozialen Dienstleistungseinrichtungen des Nonprofit Sektors, Forschungsergebnisse der Wirtschaftsuniversität Wien, Band 11. Frankfurt am Main: Peter Lang.

