

Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege

4. Tätigkeitsbericht (1.1.2003 – 31.12.2003)

Februar 2004
Stadt Nürnberg



- 2 -



Nürnberg



Inhalt

	Seite
1. Ziele und Aufgaben der BStP	3
2. Bericht über die Tätigkeit vom 1.1.2003 – 31.12.2003	4
2.1 Ziel des Berichts	4
2.2 Öffentlichkeits- und Gremienarbeit	4
2.3 Arbeitsweise der BStP – Umgang mit Beschwerden	5
2.3.1 Konzeption	5
2.3.2 Praktische Erfahrungen	6
2.3.2.1 Vereinbarungen mit Einrichtungen	6
2.3.2.2 Umgang mit Beschwerden	6
2.3.2.2.1 Förderung der Eigeninitiative der Beschwerdeführer	6
2.3.2.2.2 Clearing- und Vermittlungsgespräche	7
2.3.3 Beschwerdemanagement	8
2.4 Auswertung der Statistik BStP	8
2.4.1 Dokumentation und Auswertungsprogramm	8
2.4.2 Inanspruchnahme der BStP	8
2.4.2.1 Auswertungsübersicht	8
2.4.2.2 Kontakte und Fälle	9
2.4.2.3 Beschwerdeführer und Betroffene	10
2.4.2.4 Quelle der Information über die BStP	11
2.4.3 Adressaten der Beschwerden	11
2.4.3.1 Vollstationäre Einrichtungen als Schwerpunkt der Beschwerden	11
2.4.3.2 Ursachen der Beschwerdehäufigkeit	12
2.4.4 Träger und Standort der Einrichtung	14
2.4.5 Inhalt der Beschwerden	14
2.4.5.1 HeimG, Sozialgesetze, Vertrags- und Betreuungsrecht	16
2.4.5.2 Pflege und Ernährung	16
2.4.5.3 Personal- und Kundenorientierung	17
2.4.5.4 Wohnbedingungen	17
2.4.6 Besondere Problembereiche	17
3. Schlussfolgerungen: Quantitative und qualitative pflegerische Versorgung	19
3.1 Zusammenfassung	19
3.2 Zuständigkeit für Qualität	19
3.3 Strukturelle Beeinträchtigungen der Lebensqualität	20
3.4 Beitrag der Stadt	21
4. Anhang	23

1. Ziele und Aufgaben der BStP

Die Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege (im folgenden BStP) hat ihre Arbeit am 1. September 1999 aufgenommen. Sie besteht damit im September 2004 fünf Jahre. Der vorliegende 4. Tätigkeitsbericht umfasst den Zeitraum vom 1.1.2003 bis 31. 12. 2003.

Die BStP ist eine neutrale und unabhängige Anlaufstelle für Pflegebedürftige, Angehörige und Mitarbeiter in der Pflege. Dies ist eine Aufgabe im Rahmen der allgemeinen Zuständigkeit der Kommune nach § 8 SGB XI (Förderung der Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung). Es handelt sich dabei um eine Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises. Die Arbeit der BStP ist auf Nürnberg beschränkt.

Ziele der Arbeit sind:

- ▶ Vorbeugung von Mißständen in der Pflege,
- ▶ Verbesserung der Lebensqualität für Pflegebedürftige,
- ▶ Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pflege und
- ▶ Förderung des Verbraucherschutzes.

Im Vorfeld der Tätigkeit von Kontroll- und Aufsichtsinstanzen wird bei Beschwerden und Anregungen über Einrichtungen und Institutionen der Altenpflege versucht, mit den Betroffenen tragfähige Lösungen zu erarbeiten. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Analyse und die Thematisierung von Mängeln in den Rahmenbedingungen der Altenpflege und die Mitarbeit bei der Behebung solcher struktureller Mängel.

Die BStP vertritt die Belange der Betroffenen, wenn diese dazu selbst nicht in der Lage sind und vermittelt bei Meinungsverschiedenheiten. Sowohl SenA, als auch der StSR sind weder Einrichtungs- noch Kostenträger. Eine wesentliche Voraussetzung für die Neutralität und Unabhängigkeit der BStP ist damit gegeben.

Die BStP ist keine Stelle zur Vermittlung von Angeboten und Diensten und spricht auch keine Empfehlungen für oder gegen bestimmte Einrichtungen aus. Rechtsberatung kann im Sinne von § 3 Ziff.1 Rechtsberatungsgesetz nur im Rahmen der Zuständigkeit gegeben werden. Darüber hinaus werden Hinweise auf die einschlägigen Gesetze und Verordnungen gegeben und der Kontakt zu zuständigen Stellen (z.B. Rechtsberatung und –vertretung durch Verbraucherberatung u.a.) vermittelt.

Die BStP ist mit einer Vollzeitstelle (Dipl. Sozialpädagogin –FH) ausgestattet. Die (gegenseitige) Abwesenheitsvertretung wird von der Zentralen Informations- und Beratungsstelle im Seniorenamt übernommen. Durch den Telefonanschluss mit Mailbox ist eine Erreichbarkeit rund um die Uhr gewährleistet. Dies wird auch unverändert gut angenommen.

Die **Zuordnung** der BStP zum Stadtseniorenrat (StSR) als auch zum Seniorenamt (SenA) wird durch eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Leiter des SenA und dem/der Vorsitzenden des StSR geregelt. In regelmäßigen Besprechungen zwischen der BStP, dem SenA und dem geschäftsführenden Vorstand des StSR wird durch Informationsaustausch und Diskussion über typische Fallkonstellationen sichergestellt, daß der StSR seiner Mitverantwortung für die BStP gerecht werden kann.

2. Bericht über die Tätigkeit vom 1.1.2003 – 31.12.2003

2.1 Ziel des Berichts

Mit dem Bericht soll folgendes erreicht werden:

- ▶ Die berechtigten Anliegen der Pflegebedürftigen, der Angehörigen, der Betreuer und der Pflegekräfte sollen bekannt gemacht werden.
- ▶ Pflegenden, Einrichtungsleitungen, Trägern, Kostenträgern und politisch Verantwortlichen sollen Ansatzpunkte für ihren Beitrag zur Behebung von Defiziten aufgezeigt werden.
- ▶ Stadtrat und Öffentlichkeit sollen sich ein Bild über die Arbeit der BStP machen können.
- ▶ Es soll ein Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Altenpflege geleistet werden.

Die ausgewerteten Daten der BStP sind aus im wesentlichen zwei Gründen nur ein eingeschränktes Abbild der Qualität der Versorgung Pflegebedürftiger in Nürnberg:

- ▶ Obwohl seit 1.9.1999 insgesamt 1022 Beschwerden bearbeitet wurden, sind die „Befunde“ deswegen zu wenig repräsentativ, weil nur die Fälle von „Beschwerdeführern“ auftauchen können, die die BStP in Anspruch nehmen. Die Arbeit der BStP ist - trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit - zwar in der Fachöffentlichkeit, aber noch nicht ausreichend bei den Senioren und ihren Angehörigen verankert. Dies liegt in der Natur der Sache, weil sich die Menschen mit den mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verbundenen Problemen meist erst dann beschäftigen, wenn ein Fall akut oder das Thema in der öffentlichen Diskussion ist. Aufgrund (glücklicherweise) fehlender „Pflegeskandale“ in Nürnberg war die Thematik relativ selten in den Medien.
- ▶ Ein zweiter Grund ist die zwar zweckdienliche, weil die Schlichtung von Konflikten betonende, aber im Hinblick auf Öffentlichkeitswirksamkeit wenig spektakuläre Arbeitsweise der BStP (vgl. Tz 2.3 dieses Berichts). Damit ist zum einen gemeint, dass es nicht das Ziel der Arbeit der BStP ist, Beschwerden öffentlich zu „skandalisieren“ und Einrichtungen damit an den Pranger zu stellen. Zum anderen bringt es das Ziel der Schlichtung mit sich, dass bei Beschwerden nicht in allen Fällen ermittelt werden kann, in welchem Umfang diese auch berechtigt waren.

Trotz dieser Einschränkungen lassen sich aber durchaus Erkenntnisse über Tendenzen, Schwerpunkte und Probleme der pflegerischen Versorgung in Nürnberg gewinnen.

2.2 Öffentlichkeits- und Gremienarbeit

In einer Situation, die gekennzeichnet ist durch

- ▶ anhaltende und tiefgreifende rechtliche Umwälzungen (z.B. SGB V, SGB XI, HeimG),
- ▶ erhöhte Anforderungen an die Träger von Pflegeeinrichtungen (z.B. externe und interne Qualitätssicherung, Beschwerdemanagement),
- ▶ Verknappung der finanziellen Ausstattung der Leistungserbringer,
- ▶ erhöhte Anforderungen an die „Marktfähigkeit“ der betroffenen Pflegebedürftigen,

ist **Öffentlichkeitsarbeit** weiterhin dringend notwendig. So führt die regionale Presseberichterstattung über die Arbeit der BStP, aber auch die Berichterstattung der Medien über beispielsweise „Gewalt in der Pflege“ regelmässig zu einem deutlichen Anwachsen von Kontaktaufnahmen und Beschwerden.

Die **Gremienarbeit** wurde im Vergleich zum früheren Berichtszeitraum auf wesentliche Termine beschränkt, um die Präsenz und die Beschwerdebearbeitung nicht zu sehr zu beschränken. Insbesondere nachfolgende Tätigkeiten nahmen im Berichtszeitraum trotzdem weiterhin viel Zeit in Anspruch:

- ▶ Bemühungen, die Ziele und die Arbeitsweise der BStP der Öffentlichkeit, den Betroffenen und den in der Altenhilfe tätigen Stellen bekannt zu machen. Dazu gehören auch die Produktion und die Streuung entsprechenden Infomaterials (Faltblatt der BStP–Anhang 2), Referate oder die Teilnahme an Veranstaltungen, Podien, Fachtagungen und Kongressen (vgl. Anhang 3).
- ▶ Kontaktpflege bei potentiell betroffenen Leitungskräften, Einrichtungsträgern, Kostenträgern, Heimaufsicht, MDK, Sozialdiensten der Kommune und anderer Träger, Verbänden und Interessenvertretungen, um für Vertrauen zur Zusammenarbeit zu werben und somit das Netzwerk zu stabilisieren. Ärzte als wichtige und neutrale Kontaktpersonen treten als Multiplikatoren leider immer noch zu wenig in Erscheinung.

Auf Bundesebene besteht seit 1999 eine intensive und fruchtbare Zusammenarbeit in der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für alte Menschen“ (vgl. Infoblatt – Anhang 5).

2.3 Arbeitsweise der BStP – Umgang mit Beschwerden

2.3.1 Konzeption

Die BStP arbeitet in erster Linie am Einzelfall. Sie nimmt Beschwerden entgegen, klärt die Sachverhalte mit den Beteiligten ab und erarbeitet mit ihnen individuelle Lösungen. Sie arbeitet dabei grundsätzlich mit allen in der Altenpflege befaßten Stellen zusammen.

- ▶ Die BStP kann weder Sanktionen aussprechen noch verbindlichen Auflagen machen, sondern ist im Vorfeld zuständiger Aufsichtsbehörden und -institutionen (Heimaufsicht, Kostenträger, MDK) auf freiwillige Kooperation der Beteiligten angewiesen.
- ▶ Die Erarbeitung und Umsetzung von individuellen Problemlösungen geschieht durch Vereinbarung mit den Beteiligten. Wesentlich ist dabei die Überzeugungs- und Vermittlungsfähigkeit der BStP und die Veränderungsbereitschaft der Einrichtungen.
- ▶ Bei gravierenden Mängeln, wenn der Beschwerde nur durch Ausübung von Kontrollfunktion nachgegangen werden kann oder bei Nichteinigung werden die zuständigen Aufsichtsinstanzen informiert, bzw. werden die Beschwerdeführer entsprechend beraten.

Bei einem Teil der Fälle wird es trotz guten Willens aufgrund der von den Beteiligten direkt nicht beeinflussbaren (z.B. gesetzlichen) Rahmenbedingungen keine oder keine dauerhaften Lösungen der Probleme geben.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit der BStP ist daher die Analyse und Thematisierung von Mängeln der Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich die Arbeit in der Pflege bewegt und die Mitarbeit bei der Behebung solcher strukturellen Mängel.

2.3.2 Praktische Erfahrungen

2.3.2.1 Vereinbarungen mit Einrichtungen

Formelle Vereinbarungen mit Einrichtungsleitern und -trägern waren bisher nicht nötig, da sich die Einrichtungen, mit denen Beschwerden diskutiert wurden, kooperativ gezeigt haben. Es konnten in den meisten Fällen Lösungen gefunden werden, die von allen Beteiligten mitgetragen wurden. Wenn keine Lösung möglich war, konnte in den meisten Fällen z.B. zumindest eine einvernehmliche und kulante Vertragsauflösung erreicht werden.

2.3.2.2 Umgang mit Beschwerden

2.3.2.2.1 Förderung der Eigeninitiative der Beschwerdeführer

Im Umgang mit Beschwerden ist es wichtig, dass jede Beschwerde ernst genommen wird. Zunächst muss „herausgefiltert“ werden, ob überhaupt eine Beschwerde vorliegt. Gerade bei den telefonischen Kontakten stehen nämlich Beschwerden häufig oft nicht im Vordergrund. Die Anfragen werden häufig nicht als Beschwerden bezeichnet, sondern es wird um Sachverhaltsklärung gebeten. „Ich will mich nicht beschweren, ich will mich nur erkundigen“ ist eine Standardeingangsformel. Hier kann oft schon mit Hinweisen auf Informationsmaterial oder durch Vermittlung an Fachberatungsstellen Abhilfe geschaffen werden.

In den Beratungsanfragen sind jedoch häufig Kritik oder versteckte Beschwerden über Unregelmäßigkeiten oder Nachfragen über die Rechtmäßigkeit von Vorgängen enthalten. Viele Gesprächspartner wollen auch nicht als Querulanten und Meckerer erscheinen oder äußern ihre Befürchtungen über mögliche Repressalien durch den Beschwerdeadressaten gegen sich, den Betroffenen oder auch gegen das Personal der Dienste.

Ziel der BStP ist es grundsätzlich, die Beschwerdeführer nicht aus der Verantwortung zu entlassen, sondern sie zu ermutigen, selbst alle Möglichkeiten auszuschöpfen. Die Ermutigung zur rechtzeitigen aktiven Auseinandersetzung mit Unregelmäßigkeiten ist wichtig, da das Ertragen von Unzufriedenheit weder die Situation der Betroffenen, noch die Qualität der Pflege verbessert. Die BStP stärkt die Eigeninitiative der Hilfesuchenden durch

- ▶ Entlastungsgespräch zur eigenen Entscheidungsfindung als Vorstufe für weitere Schritte,
- ▶ Anleitung und Gesprächshilfen, um selbst Kritikgespräche führen zu können,
- ▶ Aufzeigen von Lösungswegen (es gibt nie nur einen Weg),

Das vertrauliche oder anonyme Vorbringen von Beschwerden muß zunächst akzeptiert werden. Danach wird versucht, darauf hinzuwirken, zu den Beschwerden zu stehen und sie selbst oder mit der Unterstützung der BStP direkt vorzubringen. Im Berichtszeitraum konnte festgestellt werden, daß anonyme Beschwerden nur noch vereinzelt vorkommen und – wenn Vertraulichkeit zugesichert wird – die Nennung des Adressaten eher erfolgt.

2.3.2.2.2 Clearing- und Vermittlungsgespräche - Strategie und Ziele

Oft fällt es Beschwerdeführern auch mit Unterstützung der BStP schwer, ihre Beschwerden selbst vor Ort vorzubringen. In diesen Fällen erfolgt meist telefonisch in einem so genannten **Clearinggespräch** die Weitergabe von Beschwerden an den Adressaten unter Nennung des Beschwerdeführers. Es schließt sich eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer zur Absprache des weiteren Vorgehens an.

Ist der Beschwerdeinhalt durch Recherchen beim Beschwerdeführer und beim Beschwerdeadressaten nicht zu klären oder führen die eigenen Bemühungen der Beschwerdeführer nicht zum Erfolg, so bietet die BStP ein **Vermittlungsgespräch** an. Diese Gespräche wurden bisher überwiegend mit den Leitungen der Einrichtungen geführt, weil es deren Aufgabe ist, solche Probleme im Rahmen ihres Beschwerdemanagements zu lösen.

Die BStP tritt in diesem Gespräch als Mittlerin zwischen Beschwerdeführern und dem Adressat der Beschwerde auf. Es findet überwiegend in der Einrichtung mit den Beteiligten statt. Beteiligte der Einrichtungsseite sind die Leitung, die verantwortliche Pflegedienstleitung und ggfs. noch weiteres betroffenes Personal. Vor allen Gesprächen, die von Angehörigen geführt wurden, wird geklärt, ob sich der Betroffene nicht mehr selbst vertreten und zu dem Gespräch nicht mehr zugezogen werden kann, bzw. ob eine gerichtlich angeordnete Betreuung besteht.

Die Gesprächsführung übernimmt die BStP. Beim Versuch der Klärung des Problems ist es wichtig daß die Beschwerden Punkt für Punkt behandelt werden und jede Seite dazu ihre Sichtweise darlegen kann. In einem zweiten Schritt müssen dann der zukünftige Umgang mit dem Problem ausgehandelt und hierzu Vereinbarungen getroffen werden.

Die BStP versucht hier – wenn notwendig – diesen Prozess in Form von **Mediation** zu unterstützen. Bei diesem Verfahren der Konfliktlösung sollen Konflikte selbstbestimmt, ohne Gegnerschaft und unter Vermittlung durch akzeptierte unparteiische Dritte ausgetragen werden. Die BStP unterstützt dabei als Mediator beide Parteien darin, ihre eigene, angemessene Lösung des Konflikts zu finden.

Es hat sich dabei bestätigt, daß es sinnvoll ist, das Ziel des Gesprächs nicht immer in der Klärung zu suchen, wer Recht hatte oder hat. Es ist auch zweckdienlich, Ursachenforschung und Selbstkritik nicht bis zum Exzeß zu treiben. Rechtfertigungsstrategien der Beteiligten müssen deshalb manchmal deshalb akzeptiert werden, weil es wichtiger ist, für die Zukunft eine positive Veränderung zu erreichen.

Im Vordergrund steht also die **Schlichtung**. Dies bedeutet, Wege zu finden,

- ▶ wie die als Versäumnisse, Probleme oder Mißstände empfundenen Sachverhalte oder Verhaltensweisen zukünftig vermieden werden können,
- ▶ welche gemeinsame tragfähige Basis noch gegeben ist und welche Vereinbarungen sinnvoll und möglich sind.

Wichtig ist gerade im Hinblick auf die Zukunft, die häufig verschüttete Gesprächsbereitschaft der Parteien wieder herzustellen. Die BStP ist dabei „Blitzableiter“. Häufig wurden im Gespräch von beiden Seiten Entschuldigungen ausgesprochen und angenommen. Ziel ist die Situation zu entschärfen, zu bereinigen und eine gemeinsame Basis zu erreichen.

Die Resonanz bei den Einrichtungen und Diensten auf den Vorschlag eines Vermittlungsgesprächs war durchwegs positiv. Die am Gespräch beteiligten Parteien verhielten sich überwiegend kooperativ und offen. Es kam zu einem – für alle Beteiligten anstrengenden - offenen Prozeß der Auseinandersetzung und Verständigung. Die Parteien gingen auch deswegen mit Erleichterung auseinander, da sie sich nicht als „Gewinner“ oder „Verlierer erleben mussten („neudeutsch“ nennt man das eine „win-win“ Situation).

Positiv ist, dass es als Ergebnis dieser Gespräche bei erneutem Auftreten von Kritikpunkten meist möglich war, ohne grössere Aktivitäten der BStP eine Lösung zu erzielen.

2.3.3 Beschwerdemanagement

Auch im vierten Berichtsjahr hat es sich bestätigt, dass meist nicht der hinter einer Beschwerde stehende Konflikt das Problem ist, sondern die unterentwickelte Art und Weise, wie damit umgegangen wurde und wird. Ein zentrales Problem ist hierbei das der mangelnden Kommunikation zwischen den Beteiligten.

Als sehr wichtig hat es sich deshalb gezeigt, besonders bei den Einrichtungsträgern das Bewußtsein zu schärfen, daß Beschwerden im Grundsatz positiv zu sehen und dann ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätsentwicklung sind, wenn sie ernst genommen und produktiv im Rahmen eines Beschwerdemanagements verwertet werden.

Die BStP leistet eine Hilfestellung zur Entwicklung eines solchen Beschwerdemanagements, dessen Sicherstellung nach dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ab 1.1.2002 eine Pflichtaufgabe der Einrichtungsträger ist.

Nach § 5 Abs.10 des neuen Heimgesetzes hat der Träger die Bewohner bei Abschluss des Heimvertrages schriftlich auf das Recht hinzuweisen, sich über Mängel bei der Erbringung der im Heimvertrag vorgesehenen Leistungen zu beschweren. Zugleich hat er entsprechende Anschriften mitzuteilen.

Erfreulich ist deswegen die bisherige Bereitschaft von Heimträgern, die Bewohner auf das Angebot der BStP hinzuweisen. In vielen neuen Heimverträgen wird zwischenzeitlich auf die BStP als Beschwerdeinstanz hingewiesen.

2.4 Auswertung der Statistik der BStP

2.4.1 Dokumentation und Auswertungsprogramm

Wesentlich für die Auswertung der Beschwerden ist eine systematische Dokumentation der Beschwerden und der Erfahrungen bei der Problemlösung. Seit Juli 2000 ist ein Datenerfassungs- und Auswertungsprogramm (auf Access Basis) in Betrieb, so daß Vergleiche mit dem vorhergegangenen Berichtszeiträumen möglich sind.

2.4.2 Inanspruchnahme der BStP

Die BStP hat sich durch den mittlerweile hohen Bekanntheitsgrad in der „Fachwelt“ zu einer generellen Anlaufstelle in Pflegefragen entwickelt. Anrufer sind z.B. andere Fachberatungsstellen, Kassen, Seniorenbeiräte anderer Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Mitarbeiter städtischer Dienststellen und Unternehmensberater. Die Zahlen der folgenden Auswertungen geben nicht diese gesamte Beratungstätigkeit, sondern die erfassten **Beschwerdefälle** wieder.

2.4.2.1 Auswertungsübersicht

Die folgende Übersicht gibt als zusammenfassende Auswertung der Tabellen 1 –5 im Anhang einen Überblick über die Fallzahlen, über Strukturdaten von Beschwerdeführern und Betroffenen sowie über Adressaten und Inhalte der Beschwerden in den Berichtszeiträumen von 2001 – 2003:

Abb. 1: Auswertung der Statistik BStP 2001 - 2003

		2001	2002	2003	Veränderung 2002 - 2003
Kontakte		478	643	533	- 17%
Bearbeitete Fälle		187	300	246	- 18%
Bearbeitungszeit / Fall (rechnerisch) in Min		69,1	49,7	58,7	+ 18%
Mehrfachkontakte bei den bearbeiteten Fällen in %	Insgesamt	44	41	42	
	Drei Kontakte und mehr	29	24	25	
Clearinggespräche bei den bearbeiteten Fällen in %		12	26	19	
Vermittlungsgespräche bei den bearbeiteten Fällen in %		6	3	5	
Kontaktaufnahme des Beschwerdeführers in %	Telefonisch	80	81	77,5	
	Persönlich	14	12	14	
	Schriftlich	6	7	8,5	
Geschlecht der Ratsuchenden in %	Frauen	81	81	80	
	Männer	19	19	20	
Ratsuchende in %	Betroffene Pflegebedürftige	17	19	17	
	Angehörige	63	59	67	
Altersstruktur der Betroffenen in %	70 Jahre und älter	87	90	87,5	
	80 Jahre und älter	62	64	67	
	85 Jahre und älter	40	45	49	+ 9%
Adressat der Beschwerde in %	Ambulanter Dienst	11	8	5	
	Tagespflege, Kurzzeitpflege	2	2,5	2,5	
	Vollstationäre Pflegeeinrichtung	60	57,5	65,5	+ 14%
	Pflegeeinrichtung insgesamt	73	68	73	+ 7,5%
Inhalt der Beschwerde in %	Vertrags- Miet-, Betreuungsrecht	31	31	22	- 29%
	Pflege, Ernährung	23	24	30	+ 25%
	Personal, Kundenorientierung	20	21	29	+ 38%
	Pflegestufe, Wohnbedingungen	26	24	19	- 21%

2.4.2.2 Kontakte und Fälle

Im Berichtszeitraum wurden:

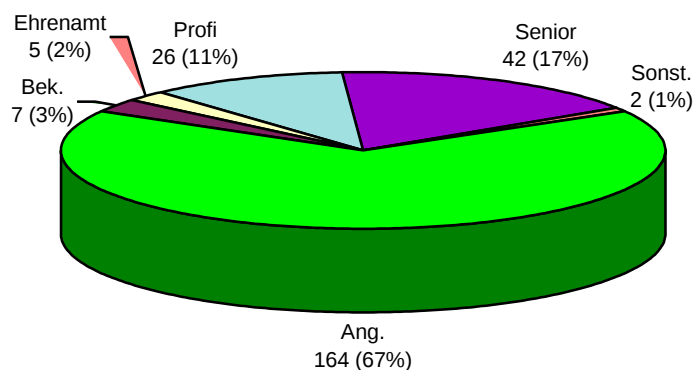
- **533 schriftliche, telefonische und persönliche „Kontakte“ erfasst.** Dies ist gegenüber dem Vorjahr eine Verminderung um 17%, gegenüber 2001 ein Zuwachs um 11,5%. Mit 77,5% überwiegt weiterhin die telefonische Form der Kontaktaufnahme.
- **246 Vorgänge mit Anfragen und Beschwerden bearbeitet.** Gegenüber dem Vorjahr ist dies eine Verminderung um 18% - gegenüber 2001 eine Erhöhung um 31%. Dabei nahm jeder dieser Fälle – soweit Durchschnittszahlen hier überhaupt aussagekräftig sein können - im Schnitt 58,7 Minuten in Anspruch. Die Abnahme der „Fälle“ erlaubte damit eine Steigerung der Einzelbearbeitungsdauer um 18%.

- Es gab in 42% der Fälle - und damit seit 2001 nahezu unverändert - **Mehrfachkontakte**. In 25% der Beschwerdefälle waren wie im Vorjahr drei und mehr Kontakte notwendig (in schwierigen Einzelfällen können es bis zu 40 Kontakte sein)
- Bei 19 % dieser 246 Beschwerdefälle kam es zu **Clearinggesprächen**, in 5 % der Beschwerdefälle wurden **Vermittlungsgespräche** geführt. Dies ist eine Abnahme der Clearinggespräche von 26% im Vorjahr auf 19% im aktuellen Berichtszeitraum. Gleichzeitig stiegen die zeitintensiven Vermittlungsgespräche von 3% auf 5%.

Nach einem rasanten Anstieg der bearbeiteten Beschwerden um 60% im Vorjahr haben sich die Beschwerden offensichtlich im Berichtsjahr auf einen Mittelwert von rd. 250 „eingependelt“. Dadurch war es der BStP möglich, die Bearbeitungsintensität zu verbessern und z.B. mehr der zeitintensiven Vermittlungsgespräche zu führen.

2.4.2.3 Beschwerdeführer und Betroffene

Abb.2: Beschwerdeführer



In nur 17% der Fälle haben sich die unmittelbar Betroffenen selbst an die BStP gewandt. Dies ist um 2% weniger als im 3. Berichtszeitraum, entspricht aber der Quote im 1. Und 2. Berichtszeitraum. Mit 67% ist der Anteil der Angehörigen höher als der der Vorjahre. Mit 80% waren nahezu unverändert vier Fünftel Frauen. Ausländische Bürger haben sich nur in wenigen Einzelfällen an die BStP gewandt.

87,5% der betroffenen Pflegebedürftigen sind 70 Jahre und älter. Während diese Quote nach einem leichten Anstieg im Vorjahr wieder auf das Niveau von 2001 gesunken ist, hat sich der Anteil der Hochaltrigen sukzessive erhöht. So ist z.B. der Anteil der 85jährigen und älteren Pflegebedürftigen seit 2001 mit 40% bis auf fast 50% im Jahr 2003 gestiegen.

Dies und der geringe Anteil dieser Betroffenen an den Beschwerdeführern bestätigt zwei - schon in den letzten Berichten formulierte - Rückschlüsse:

- **Pflegebedürftige sind sehr häufig aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, ihre Interessen selbst zu vertreten.**
- **Wenn keine Angehörigen oder sonstige Dritte vorhanden bzw. Angebote wie die BStP nicht ausreichend bekannt sind, besteht die Gefahr, dass Beschwerden unterbleiben.**

2.4.2.4 Quelle der Information über die BStP

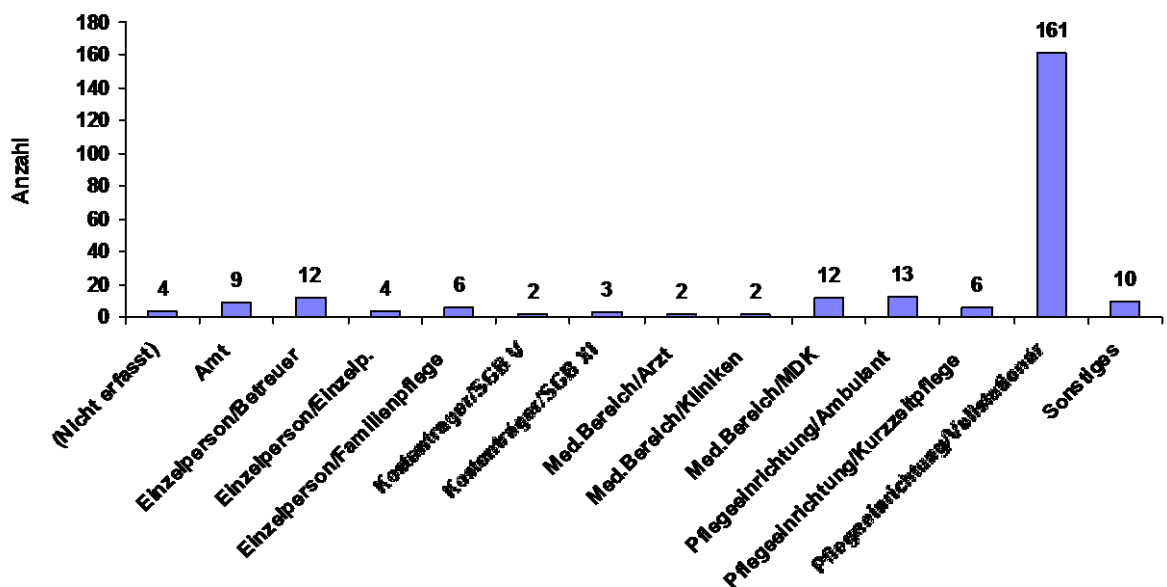
Die meisten Beschwerdeführer hatten ihre Information über die Beschwerdestelle aus Presse- oder Verbandspublikationen. Ein zunehmend wichtiges „zweites Standbein“ sind Zugangswege über andere Fachberatungsstellen, über die Kassen, über Pfarrämter und natürlich über „Mund-zu-Mund“-Informationsweitergabe. Vermehrt waren im Berichtszeitraum wieder Kontakte früherer Beschwerdeführer mit neuen Themen festzustellen.

2.4.3 Adressaten der Beschwerden

2.4.3.1 Vollstationäre Pflegeeinrichtungen als Schwerpunkt der Beschwerden

Bei den folgenden Ausführungen besteht die Grundgesamtheit aus allen 246 im Berichtszeitraum bearbeiteten Beschwerden. Wie schon in den Vorjahren, richtete sich der größte Teil der Beschwerden gegen **Pflegeeinrichtungen**. Der Anteil ist gegenüber 68% im Vorjahr wieder auf das Niveau von 2001 gestiegen und beträgt mit 73% fast drei Viertel aller Beschwerden.

Abb.3: Adressaten der Beschwerden



Erneut richtete sich mit zwei Dritteln der größte Teil der Beschwerden gegen vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Mit 65,5% liegt diese Quote nach einem leichten Absinken im Vorjahr deutlich über dem Niveau von 2001.

Mit sehr großem Abstand folgen mit mittlerweile nur mehr 5,3% Beschwerden über ambulante Pflegedienste und mit je 4,9% Beschwerden über den MDK und über Betreuer nach dem Betreuungsgesetz. Die Beschwerden über ambulante Dienste sind damit seit 2001 ständig gesunken.

Dieses Ergebnis überrascht deswegen, weil es der Vermutung widerspricht, dass im Bereich häuslicher Pflege - und besonders dort, wo es sich um alleinstehende geistig und/oder körperlich sehr gebrechliche Menschen handelt – die Anzahl der Beschwerden wesentlich höher liegen müsste. Es wurde deswegen eine hohe Dunkelziffer unterstellt, die dadurch erklärt wurde,

- dass hier Außenstehende kaum Einblick in die Pflegesituation haben, und die Betroffenen selbst weder das Wissen noch die Kraft zur Beschwerde in einem Bereich haben, in dem die Abhängigkeit vom Pflegedienst noch größer empfunden wird als im vollstationären Bereich.
- dass es im Gegensatz zum vollstationären Bereich wesentlich einfacher ist, bei Unzufriedenheit die BStP nicht zu kontaktieren, sondern den ambulanten Pflegedienst zu wechseln. Dies wäre dann auch ein Zeichen der vom SGB XI beabsichtigten Kundensouveränität.

2.4.3.2 Ursachen der Beschwerdehäufigkeit bei ambulanten Einrichtungen und Heimen

Mittlerweile spricht allerdings vieles dafür, dass sowohl die Deutung der sehr niedrigen Zahl der Beschwerden über ambulante, als auch die Deutung der hohen Zahl der Beschwerden über stationäre Pflegeeinrichtungen etwas komplizierter ist.

So legen zwei Untersuchungen des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums der Universität Erlangen Nürnberg aus den Jahren 2001 und 2003 den Schluss nahe, dass die sehr niedrige Quote der Beschwerden Ausdruck der tatsächlichen Zufriedenheit der Betroffenen und der Angehörigen mit den ambulanten Diensten in Nürnberg ist. Demnach wäre hier die „Dunkelziffer“ unterlassener Beschwerden wesentlich geringer, als bisher vermutet.

- So ergab eine Befragung pflegender Angehöriger in Nürnberg im Jahr 2001, dass die Zufriedenheit mit der Arbeit der ambulanten Dienste sehr hoch ist. Die Zufriedenheit ist dabei umso höher, je besser Zusammenarbeit und Informationsfluß wahrgenommen werden, je seltener Personalwechsel auftreten, je mehr Zeit für den pflegebedürftigen Angehörigen aufgewendet wird und je weniger Streitigkeiten es gibt. Im einzelnen
 - beurteilten 72% der Befragten die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften als gut und nur 3% als schlecht,
 - waren 37,5% der Befragten der Auffassung, dass die Zeit ausreicht, die für den Pflegebedürftigen aufgewendet wird, 26,5% bewerteten sie als „etwas knapp“,
 - gab es bei 63,5% noch nie Streit mit den Pflegekräften,
 - wurden 18,3% der Mitarbeiter/innen der Pflegedienste mit der (Schul-)Note 1, 48,1% mit der Note 2 und weitere 26% mit der Note 3 bewertet,

Interessant war schließlich, dass in 58% aller Fälle der Besuch des Pflegepersonals „meist mit Freude“ und noch in weiteren 14,5% „manchmal mit Freude“ gesehen wurde.

- Eine Befragung über die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften ambulanter Dienste in Nürnberg aus dem Jahr 2003 ergab, dass die Arbeitszufriedenheit überraschend hoch ist. Ursache dafür ist, dass die Pflegekräfte Arbeitszufriedenheit weniger durch die zunehmend widrigen Rahmenbedingungen, sondern in hohem Maß über die **Beziehung zum Patienten** definieren. Mit dieser Beziehung äußerten sich über 96% der befragten Pflegekräfte zufrieden oder sehr zufrieden.
 - Insgesamt sind 68,4% mit ihrer **Tätigkeit** zufrieden - 17,5% sogar sehr zufrieden.
 - Bemerkenswert ist, dass die starke Beziehungsorientierung der Pflegekräfte („Menschen helfen zu können“) die eigentlich motivierende Substanz ist.
 - Es wurde aber auch deutlich, dass die Berufsaufgabe droht, wenn es durch Zeitdruck und Bürokratie an diese Substanz geht.

Eindeutiges Ergebnis dieser Umfragen ist eine so empfundene und damit tatsächlich sehr hohe Zufriedenheit sowohl der Pflegekräfte mit der Beziehung zu ihren Patienten als auch der pflegenden Angehörigen mit den Pflegekräften der ambulanten Dienste.

Diese Zufriedenheit ist zwar die wesentliche Ursache der niedrigen Beschwerdequote bei ambulanten Diensten, liefert jedoch ebenso wenig ein genaues Abbild der Pflegequalität ambulanter Dienste, wie es die hohe Beschwerdequote bei vollstationären Einrichtungen tut. Diese spiegelt eine im Vergleich zu ambulanten Diensten wesentlich höhere Unzufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen mit Pflegeheimen wieder.

Auch die Autoren der beiden Untersuchungen gehen beim Versuch der Interpretation der überaus positiven Bewertung der Pflegedienstbesuche und auch der Mitarbeiter durch die Befragten davon aus, dass häufig Dankbarkeit und empfundene Abhängigkeit gegenüber den Pflegekräften bei den pflegenden Angehörigen „sozial erwünschte“ Antworten produzieren. Dabei neigen – wie festgestellt wurde - Haushalte mit hohem Hilfebedarf und häufigen Besuchen weniger zu kritischen Aussagen und betonen ihre Zufriedenheit.

Ein Grund dafür ist, dass das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit im Vergleich zum Aufenthalt im Pflegeheim ein so hohes Gut ist, dass dafür von den Pflegebedürftigen und den Angehörigen sehr viele beschwerliche Lebensumstände sowie physische und psychische Belastungen und Mühen in Kauf genommen werden. In dieser Situation wird oft ein Gefühl der Dankbarkeit gegenüber ambulanten Pflegediensten empfunden, die in dieser Situation Hilfe leisten, Entlastung schaffen und für die Betroffenen Sozialkontakte bieten. Dieses Gemenge von Dankbarkeit und Abhängigkeit ist kein Nährboden für Unzufriedenheit und Kritik.

Da die ambulante Versorgung des Pflegebedürftigen und das Verbleiben im häuslichen Bereich nur durch Mitarbeit pflegender Angehöriger und Nachbarn in Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten gewährleistet werden kann, würde Kritik an diesen wahrscheinlich immer auch als Kritik an der eigenen Person verstanden. Anders ist dies im stationären Bereich, wo die Einbeziehung der Angehörigen nicht von vorne herein entscheidend für die Versorgung des Pflegebedürftigen ist.

Andererseits orientiert sich ambulante Hilfe sehr stark an der Wohn- und der gesundheitlichen Situation des Pflegebedürftigen und ist damit individueller, als dies in der vollstationären Einrichtung je sein kann. Bei ambulanten Diensten funktioniert aufgrund der direkteren Beziehung das Beschwerdemanagement besser als vielfach im vollstationären Bereich. Beschwerden haben auch deswegen rascher spürbare positive Konsequenzen, weil ein Wechsel des Pflegedienstes vergleichsweise problemlos ist.

Ambulante Dienste können das Verhältnis von Leistung und Vergütung plausibler darstellen als vollstationäre Einrichtungen, wo dieses Verhältnis aufgrund der vergleichsweise hohen Sätze unausgewogen erscheint („teurer als im Grand Hotel“). Dadurch steigen die Ansprüche an das Heim, von dem „für das viele Geld“ makellose Arbeit verlangt wird. Eine Beschwerde fällt hier leichter.

Oft sind Angehörige durch häusliche Pflege zu „Experten“ in der Versorgung ihres Pflegebedürftigen geworden und reagieren nach dem Heimeintritt – erst recht, wenn sie sich nicht in die Versorgung einbezogen fühlen - sehr sensibel auf die „Institution Heim“ und die Pflege durch das dortige Pflegepersonal. Bei manchen Angehörigen kann auch ein schlechtes Gewissen (den Angehörigen ins Heim „abgeschoben“ zu haben) mitschwingen, was wiederum die Ansprüche und die Beschwerdebereitschaft steigen lässt.

In die gleiche Richtung wirkt schließlich auch die Tatsache, dass im Gegensatz zum ambulanten Dienst die Forderung nach umfassenderen Leistungen im Heim zu keinen wesentlichen finanziellen Konsequenzen führt.

Auch wenn damit die Frage nach den Ursachen der sehr geringen Beschwerdequote im ambulanten Bereich hier letztlich nicht eindeutig beantwortet werden kann, so kann als Ergebnis doch festgehalten werden, dass

- **im ambulanten Bereich die Dunkelziffer unterlassener Beschwerden deswegen wesentlich geringer ist als bisher angenommen, weil die subjektive Zufriedenheit der Betroffenen mit den ambulanten Diensten sehr hoch ist.**
- **umgekehrt im stationären Bereich die vergleichsweise hohe Zahl von Beschwerden auch auf eine erhöhte Beschwerdebereitschaft zurück zu führen ist, deren Ursache oft ein Gemenge von Qualitätsmängeln der Versorgung und Pflege und unzureichender Kommunikation und Einbeziehung der Angehörigen ist.**

2.4.4 Träger und Standort der Einrichtung

Wie schon in den drei vorhergegangenen Berichtszeiträumen wurden auch diesmal gravierende Fälle von gefährlicher Pflege nicht bestätigt. Die Beschwerden über Pflegeheime verteilen sich auf die freigemeinnützigen, öffentlichen und privaten Träger in der Größenordnung ihres Anteils an der Gesamtzahl der Pflegeplätze in Nürnberg.

Abb. 4: Standort der Einrichtung

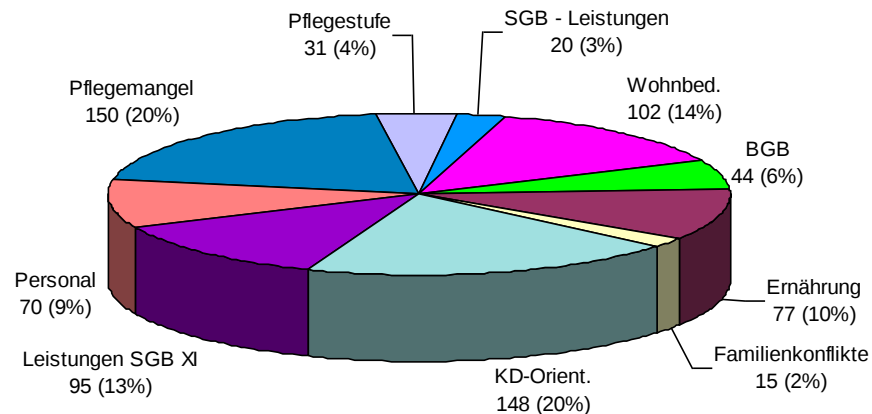
	2000	2001	2002	2003
Stadtgebiet Nürnberg	75%	88%	91%	89%
Außerhalb Nürnberg	25%	12%	9%	11%
Insgesamt	100%	100%	100%	100%

Im 4. Berichtszeitraum richteten sich 11% der Beschwerden gegen Einrichtungen außerhalb des Stadtgebietes Nürnberg. Damit hat sich der Anteil von Beschwerden über ausmärkische Einrichtungen seit dem Berichtszeitraum auf im Durchschnitt etwa 10% eingependelt. 10 dieser 27 Beschwerden bezogen sich auf Einrichtungen der Stadt und des Landkreises Fürth.

Die Tatsache dass sich noch immer fast jede zehnte Beschwerde gegen Einrichtungen außerhalb Nürnbergs richtet und die zahlreichen Anfragen von Bürgern, Behörden und Politikern belegen, dass dort unverändert noch immer Bedarf an Beschwerdestellen besteht. Da neben der Stadt Erlangen, die schon im Jahr 2002 eine Stelle eingerichtet hat, die neben der Beratung auch für Beschwerden zuständig ist auch in Fürth die Stelle einer Seniorenbeauftragten eingerichtet wurde, wird der Anteil an Beschwerden über ausmärkische Einrichtungen zukünftig weiter zurückgehen.

2.4.5 Inhalt der Beschwerden

Tabelle 5 im Anhang 1 zeigt die differenzierte Verteilung der Beschwerdefälle auf Themen, wobei – da Beschwerden oft mehrere Themen betreffen – Mehrfachnennungen sinnvoll waren. Aufgrund der Konzentration der Beschwerden auf vollstationäre Einrichtungen stehen einrichtungsspezifische Themen zwangsläufig im Vordergrund. In der Abb.5 wurden diese 50 Einzelthemen zu Themenbereichen zusammengefasst.

Abb.5: Beschwerden nach Themenbereichen

Um die Übersichtlichkeit und damit die Aussagekraft zu verbessern, wurde in der nachfolgenden Abb.6 versucht, die Themen zu größeren Bereichen zusammenzufassen.

Abb.6: Inhalte der Beschwerden nach Themenbereichen

Beschwerdeinhalte	2001 (in%)	2002(in%)	2003(in%)
1. HeimG, Sozialgesetze, Vertrags- und Betreuungsrecht			
1.1 BGB (Betreuungen, Mietrecht)	6	6	6
1.2 SGB (BSHG, Krankenhilfe)	5	5	3
1.3 SGB XI, HeimG (Abrechnungen, Erhöhungen, Verträge)	20	20	13
Zusammen	31	31	22
2. Pflege und Ernährung			
2.1 Ernährung (Qualität, Verabreichung)	8	8	10
2.2 Medizinische und pflegerische Versorgung (Ärztliche Versorgung, Körperpflege, Hilfsmittel)	15	16	20
Zusammen	23	24	30
3. Personal und Kundenorientierung			
3.1 Personal (Anzahl, Organisation, Qualifikation)	7	8	9
3.2 Kundenorientierung (Leitung und Mitarbeiter)	13	13	20
Zusammen	20	21	29
4. Sonstiges			
4.1 Pflegestufe	7	6	4
4.2 Wohnbedingungen	18	15	14
4.3 Familienkonflikte	2	2	2
Zusammen	26	24	19
Insgesamt	100	100	100

2.4.5.1 HeimG, Sozialgesetze, Vertrags- und Betreuungsrecht

Mit 22% bezieht sich über ein Fünftel der Beschwerden auf die nicht transparente vertragliche Gestaltung der Leistungen nach SGB V, SGB XI und BGB durch die Kosten- und die Einrichtungsträger. Im Vergleich zu den Vorjahren sind diese Beschwerden allerdings deutlich zurückgegangen. Ein Hauptgrund dafür ist das am 1.1.2002 in Kraft getretene neue Heimgesetz, das die Transparenz bei neuen Heimverträgen, Heimkostenerhöhungen, Kündigungen etc. verbessert hat. Häufige Beschwerdepunkte waren:

- ▶ mangelnder Verbraucherschutz durch noch immer nicht ausreichende Transparenz der Heim- bzw. Pflegeverträge und der Heimkostenberechnung,
- ▶ verspätete Rechnungstellung bei Rückzahlungsansprüchen oder oft nicht nachvollziehbar hohe Nachforderungen, verweigerte Abschläge bei Sondenernährung,
- ▶ unzureichendes Eingehen auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse Pflegebedürftiger durch bestellte Betreuer.

2.4.5.2 Pflege und Ernährung

Mit nunmehr 30% sind die Beschwerden über Mängel in der Pflege und in der Ernährung gegenüber 2001 und 2002 deutlich angestiegen. Ursache des Anstiegs der Beschwerden über die Ernährung waren die Qualität der Mahlzeiten, der zunehmende Zeitdruck bei der Verabreichung und Mängel bei der verstärkten Verabreichung von Sondennahrung. Häufig ist der Verdacht, dass unter Zeitdruck diese relativ unaufwendige Kostform, obwohl medizinisch und pflegerisch nicht mehr notwendig, beibehalten wird. Die häufigsten Beschwerdepunkte waren darüber hinaus beim Komplex **Ernährung**:

- ▶ Abtragen von nicht gegessenem oder getrunkenem Nahrungsangebot ohne Klärung des Hinderungsgrundes, mangelnde Überwachung der Flüssigkeitszufuhr,
- ▶ mangelnde Berücksichtigung von Kau- und Schluckbeschwerden durch Verabreichung der Nahrung unter zu grossem Zeitdruck,
- ▶ mangelnde Berücksichtigung besonderer Ernährungs- und Kostformen wie Diät oder vegetarische Kost. Dominanz kohlehydratreicher Kost, Fehlen von Salaten und Obst.

Ursache des Anstiegs der Beschwerden über die **medizinische und pflegerische Versorgung** waren neben der Körper- und Zahnpflege zunehmend Mängel in der Versorgung mit Hilfsmitteln und – relativ neu – fehlende Maßnahmen der Sturzprophylaxe. Zunehmend wird der Anstieg an gerontopsychiatrisch veränderten Menschen als sehr belastend erlebt. Die häufigsten Beschwerdepunkte waren weiter:

- ▶ Abbau der Bezugspflege die als selbstverständliches Pflegekonzept häufig nicht mehr erkennbar ist, Mängel an aktivierender Ansprache sowie an anregenden und tagesstrukturierenden Angeboten,
- ▶ Toilettentraining findet zu wenig statt und wird durch Verwendung von Windeln oder Dauerkatheder ersetzt,
- ▶ Zurückgegangen sind Beschwerden über den „Verlust“ von persönlichem Eigentum eines Bewohners. Gleichwohl ist dies in jedem Einzelfall deswegen schmerzlich, da im Heim oft nur noch wenige Erinnerungsstücke geblieben sind.

2.4.5.3 Personal und Kundenorientierung

Hier haben mit nunmehr fast 30% die Beschwerden am stärksten zugenommen. Obwohl der Zeitdruck für die Pflegekräfte als zunehmend belastend erlebt wird und bei der Qualifikation des Personals Sprachbarrieren zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften beklagt werden, die ihre Ursache in unterschiedliche Muttersprachen, Kulturkreisen und in Bildungsunterschieden haben, ist hier die größte Zunahme von Beschwerden bei der mangelnde Kundenorientierung zu verzeichnen.

Mängel in der **Kundenorientierung** bei Mitarbeitern und Einrichtungsleitungen ziehen sich wie ein roter Faden durch sehr viele Beschwerden. Der Pflegebedürftige und seine Angehörigen werden noch zu wenig als Verbraucher und Kunde angesehen, die ein Anrecht auf Versorgung und Pflege haben.

Eine häufige Beschwerde ist, dass Besuche von Angehörigen in Heimen nicht gerne gesehen werden. Ein weiterer Punkt ist, dass noch immer Angehörige und ehrenamtliche Kräfte zu wenig in die Betreuung eingebunden werden und den Eindruck haben, manchmal eher als Störfaktor empfunden zu werden. Hier fehlen Konzepte der Einrichtungen für die Schulung und Einbindung Angehöriger und Ehrenamtlicher. Korreliert man diesen Befund

- mit dem Erfahrungswert aus der Arbeit der BStP, dass meist nicht der hinter einer Beschwerde stehende Konflikt das Problem ist, sondern die unterentwickelte Art und Weise, wie damit umgegangen wurde und wird (Tz 2.3.3),
- mit dem in Tz 2.4.3.2 angesprochenen Handicap stationärer Einrichtungen, als „Institution“ auch ohne wesentliche Qualitätsmängel von einer erhöhten Beschwerdebereitschaft betroffen zu sein,

so drängt sich als **Ergebnis auf, dass ein nicht zu unterschätzender Teil der Probleme von Heimen mit Beschwerden und ihrem Image in der Öffentlichkeit durch ein effektiveres Beschwerdemanagement und durch eine bessere Einbindung der Angehörigen gelöst werden könnte.**

2.4.5.4 Wohnbedingungen

Bei den „sonstigen Beschwerdeinhalten“ fällt auf, dass hier die Beschwerdehäufigkeit abgenommen hat und dass die Beschwerden über die Wohnbedingungen seit 2001 beständig gesunken sind. Dies ist sicher auch mit den (auch von der Stadt bezuschussten) Bemühungen um Modernisierung der Bausubstanz vollstationärer Einrichtungen zu erklären.

2.4.6 Besondere Problembereiche

Als Ergebnis der Fallbearbeitung sollen abschliessend noch einige Bereiche angesprochen werden, die von den Betroffenen in der Vergangenheit wieder als besonders belastend erlebt wurden, bzw. zunehmend belastend erlebt werden:

- Unverändert problematisch ist im ambulanten Bereich die Versorgung von allein stehenden, schwer pflegebedürftigen, behinderten oder gerontopsychiatrisch veränderten älteren Menschen, da die Leistungseinschränkungen bei der häuslichen Krankenpflege und die Verschiebung von Leistungen in den gedeckelten SGBXI – Bereich dazu führen, dass sich der finanzielle Eigenanteil erhöht. Besonders bei niedrigen Einkommen verzichten Betroffene auf professionelle Hilfe, um Sozialhilfebedürftigkeit zu vermeiden.

- Im Vergleich zu den Vorjahren sind Beschwerden über den Umgang mit Bewohnern, die mit dem „MRSA“ – Erreger besiedelt waren deutlich zurückgegangen. Es gab hier – von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen – keine Schwierigkeiten, solche Krankenhauspatienten in vollstationären Einrichtungen unterzubringen. Offensichtlich hat die Sensibilisierung der Einrichtungsträger für dieses Problem Wirkung gezeigt.
- Positive Veränderungen sind bei der Bewältigung der Situation und der besonderen Bedürfnisse der stark wachsenden Zahl an gerontopsychiatrisch veränderten Menschen spürbar. Dies betrifft sowohl die Weiterqualifikation des Personals, entlastende Angebote wie das einer heiminternen gerontopsychiatrischen Tagespflege und vor allem bauliche Maßnahmen, die das Wohngruppenkonzept berücksichtigen.
- Im Vergleich zu den Vorjahren haben sich die Beschwerden über Stürze und deren Folgen deutlich erhöht. Dies erscheint zunehmend als wichtiges Thema, weil Stürze eines der größten Gesundheits- und Sicherheitsrisiken für ältere Menschen sind. Gerade wegen der oft sehr gravierenden Langzeitfolgen – Stürze sind häufig der Beginn schwerer Pflegebedürftigkeit – und aus volkswirtschaftlichen Gründen muss der Sturzprophylaxe künftig ein grösserer Stellenwert eingeräumt werden.

Die Lösung liegt hierbei keineswegs in häufigeren Fixierungen und anderen freiheitsentziehenden Maßnahmen. Vielmehr haben auch Untersuchungen ergeben, dass Fixierungen durch Verlust der motorischen Fähigkeiten, Beeinträchtigung des Kreislaufes, Zunahme von innerer Unruhe und Desorientiertheit die Sturzneigung eher noch befördern. Das Maßnahmenpaket gegen Stürze reicht dabei von prophylaktischen Maßnahmen (Beseitigung von Gefährdungspotentialen wie lose Teppiche, Schuhausrüstung oder Haltemöglichkeiten) über mobilisierende Maßnahmen (Gehschule, Gymnastik, Sitztanz) bis zu medizinisch-pflegerischen Maßnahmen (Verhinderung der Austrocknung, sorgfältige Medikation, Einsatz von Hilfsmitteln wie z.B. Hüftprotektoren).

- Deutlich zugenommen haben auch die Beschwerden über mangelnde Quantität und Qualität von Hilfsmitteln in stationären Einrichtungen. Da durch den im März 2003 beschlossenen Abgrenzungskatalog für Hilfsmittel die Situation für Heime und Bewohner verbessert wurde, traten die Kostenübernahmefragen gegenüber der Wartung und dem fachgerechten Einsatz von Hilfsmitteln in den Hintergrund. Notwendig erscheint hier eine Verbesserung der Sensibilisierung der Mitarbeiter im Umgang mit Behinderungen und deren Schulung im Umgang mit Hilfsmitteln.
- Obwohl Beschwerden über Betreuungen nach dem Betreuungsrecht nicht Aufgabe der BStP sind, taucht dieses Thema seit Jahren konstant im Zusammenhang mit Beschwerden über pflegerische Themen auf. Meist geht es dabei um die Infragestellung der Notwendigkeit einer Betreuung, um die Wahl des Betreuers und um die Art und Weise, wie diese Betreuung ausgeübt wird. Auch wenn hier zugestanden werden muss, dass der mit dem Begriff der „Betreuung“ suggerierte hohe Anspruch einer intensiven Beschäftigung und Zuwendung mit dem Betreuten in der Realität nicht erfüllt werden kann, so gab es doch eine Reihe von Fällen, in denen verzweifelte Angehörige die Interessen ihrer unter Betreuung stehenden Eltern ignoriert sahen, kein Gehör fanden und sich selbst ungerecht behandelt fühlten.

3. Schlussfolgerungen: Quantitative und qualitative pflegerische Versorgung in Nürnberg

3.1 Zusammenfassung

Insgesamt muss leider festgestellt werden, dass die in den bisherigen drei Tätigkeitsberichten getroffene Bewertung der Situation grundsätzlich noch immer zutrifft. Da die wesentlichen strukturellen Probleme:

- die mangelnde finanzielle „Unterfütterung“ des SGB XI,
- die überwiegend somatische Ausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs,
- die daraus resultierende Benachteiligung der dementiell Erkrankten,
- die kontraproduktive Zuordnung der geriatrischen Rehabilitation zum SGB V

nicht nur ungelöst blieben, sondern sich die Rahmenbedingungen durch die Finanzknappheit der öffentlichen Hände und der Selbstverwaltungen eher noch verschlechtert haben, war dies auch nicht anders zu erwarten.

Fast drei Viertel der Beschwerden betrafen Pflegeeinrichtungen. Beschwerden über einen Mangel an Plätzen oder Diensten waren selten. Dies bestätigt die schon aus den Bedarfsgutachten gewonnene Erkenntnis, dass die Nachfrage nach ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen quantitativ befriedigt werden kann.

Die Beschwerden bezogen sich in erster Linie auf Qualitätsmerkmale (mangelnde Kundenorientierung und Mängel in der Versorgungsqualität). Beschwerden über schwere pflegerische Vernachlässigungen wurden in Nürnberg jedoch selten an die BStP herangetragen und konnten auch nicht bestätigt werden. Weder Heimaufsicht noch Staatsanwaltschaft mussten aktuell wegen gravierender Mängel eingeschaltet werden. Beschwerden über Mängel bei Verträgen, Verfahren und Abrechnungen und deren finanzielle Auswirkungen sind im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zurückgegangen.

Dies steht aber nicht im Widerspruch zu der nach über vierjähriger Tätigkeit der BStP gefestigten Einschätzung, dass die Vergütungen von Kranken- und Pflegekassen auch bei funktionierendem Personal- und Qualitätsmanagement nicht ausreichen, um die von Betroffenen, Angehörigen und dem Pflegepersonal gewünschte und auch im SGB XI vorgeschriebene Pflegequalität (aktivierende Pflege nach dem Stand der medizinisch - pflegerischen Erkenntnisse, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben etc.) zu gewährleisten.

Allerdings sind innerhalb dieser, für alle gleichen restriktiven Rahmenbedingungen qualitative Unterschiede zwischen Einrichtungen und auch innerhalb von Einrichtungen anzutreffen. Dies macht die Unterscheidung der Ursachen von Versorgungsmängeln nach „hausgemacht“ und „strukturbedingt“ im Einzelfall schwierig. Der berechtigte Ruf nach besseren Personalschlüsseln und leistungsgerechten Vergütungen darf in den Einrichtungen nicht das Aufspüren von Wirtschaftlichkeitsreserven, und den Blick auf Möglichkeiten der Verbesserung des Personal- des Qualitäts- und des Beschwerdemanagements behindern.

3.2 Zuständigkeit für Qualität

Zuständig für die Versorgungsqualität sind zunächst die Einrichtungs- und Kostenträger:

- Nach § 2 SGB XI sollen die Leistungen der Pflegeversicherung dem Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfes ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Nach § 28 SGB XI hat die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und – soweit es möglich ist – verlorene Fähigkeiten zurück zu gewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden. Dazu ist sicher zu stellen, daß die Leistungen der Pflegeversicherung nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.
- Nach § 82 SGB XI haben die Pflegeeinrichtungen für diese Leistungen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung, die nach § 85 SGB XI vom Einrichtungsträger in einem Pflegesatzverfahren mit den Kostenträgern vereinbart werden. Die Erfahrungen zeigen, dass solche Vergütungen in Pflegesatzverhandlungen sehr schwer, sondern oft erst in Schiedsstellenverhandlungen oder vor Gerichten durchgesetzt werden können.

3.3 Strukturelle Beeinträchtigung der Lebensqualität

Besonders in der häuslichen Versorgung zeigen sich mittlerweile die negativen Auswirkungen struktureller Mängel sehr deutlich. Es ist besonders auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Änderungen im Krankenhausbereich (DRGs) überaus kontraproduktiv, die für eine bedarfsgerechte, von den Betroffenen eindeutig präferierte und volkswirtschaftlich kostengünstige häusliche Infrastruktur durch finanzielle Austrocknung der ambulanten Dienste zu zerstören.

Es gibt im vollstationären Bereich deutliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität, die nicht als Einzelfall oder als heimspezifisch abgetan werden können, sondern strukturbedingt sind. Dafür spricht auch, dass die meisten Einrichtungen kooperations- und veränderungswillig waren und die BStP als neutralen Mittler begrüßt haben. Die Veränderungswilligkeit hat aber häufig - meist finanzielle - Grenzen.

Solche strukturbedingte Ursachen von Defiziten in der Versorgungsqualität sind neben baulichen Gegebenheiten (z.B. wenn das Einzelzimmer nicht Standard ist oder besondere Anforderungen für dementiell Erkrankte nicht erfüllt sind) vor allem:

- die nicht ausreichenden Personalschlüssel und
- der Mangel an geeignetem und qualifiziertem Personal.

Diese Defizite bewirken, dass durch permanenten Zeitdruck die notwendige Zuwendung, das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und eine Förderung verbliebener Fähigkeiten nicht möglich ist. Dies nimmt den Pflegemitarbeitern häufig die Motivation, den pflegebedürftigen älteren Menschen die Lebensfreude und die Würde und trifft in besonderem Maß alleinstehende und dementiell erkrankte ältere Menschen, bei denen aus finanziellen Gründen die vorhandenen Konzepte für die adäquate Versorgung nicht umsetzbar sind.

Gerade bei Angeboten für dementiell Erkrankte in der eigenen Häuslichkeit, aber auch in der Einrichtung besteht deshalb nach wie vor ein dringender Handlungsbedarf. Auch wenn dies mittlerweile bundesweit bekannt ist, verbessert sich die Situation nur zögerlich.

3.4 Beitrag der Stadt

Die Stadt Nürnberg stellt sich schon seit langem der „demographischen Herausforderung“. Sie hat eine parteiübergreifend vom Stadtrat getragene Konzeption kommunaler Seniorenpolitik auch für hilfs- und pflegebedürftige Menschen, durch die in den letzten Jahrzehnten im Zusammenwirken von Rat, Verwaltung, Wohlfahrtsverbänden, privaten Anbietern und nicht zuletzt durch das Engagement von Bürgern in Vereinen, Initiativen und Selbsthilfegruppen ein breites Netz an Angeboten, Dienstleistungen und Hilfen für hilfs- und pflegebedürftige Senioren geschaffen wurde.

Als ein sichtbares Zeichen gibt es das Seniorenamt als kommunale Fachdienststelle und Anlaufstelle für Senioren, ihre Angehörigen, Leistungsanbieter und Investoren.

Die Stadt Nürnberg bekennt sich zur Trägervielfalt und hält über den Eigenbetrieb NüSt einen ambulanten Dienst, eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung und 5 Heime mit insgesamt 670 Pflegeplätzen (14% der Pflegeplätze in Nürnberg) vor.

In Bayern hat die Kommune die Infrastrukturverantwortung, d.h.: die Verantwortung für die Vorhaltung einer bedarfsgerechten (offenen und pflegerischen) Infrastruktur. Die Stadt Nürnberg nimmt dies sehr ernst, kann dieser Aufgabe allerdings nur im Rahmen der gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten gerecht werden.

Quantitativ ist der Bedarf an ambulanten, teil- und vollstationären pflegerischen Angeboten auch längerfristig gedeckt. Die Stadt kommt ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenförderung der Pflegeeinrichtung mit jährlich rd. 1 Mio € auch in finanziell schwierigen Zeiten nach. Hier bezuschusst die Stadt:

- bevorzugt Modernisierungsmassnahmen, die bauliche Änderungen zur Verbesserung der Situation der dementiell Erkrankten zum Inhalt haben.
- auch Ersatzneubauten, wenn die Modernisierung bestehender Einrichtungen unwirtschaftlich ist und die Umsetzung des Wohngruppenkonzeptes nicht erlaubt.

Die **Qualität der Pflege** wird – wie schon oben erwähnt - im wesentlichen durch Bundes- und Landesgesetze, sowie durch die Vergütungen bestimmt, die Kassen und Einrichtungen aushandeln. Der einzige gesetzliche Ansatzpunkt ist die kommunale Heimaufsicht über teil- und vollstationäre Einrichtungen.

Wenn auch darüber hinaus die gesetzlichen Möglichkeiten der Stadt begrenzt sind, so ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Versorgung und Pflege und der Verbraucherschutz ein zentrales Anliegen kommunaler Seniorenpolitik. Einige Beispiele dafür sind:

- die Sicherung, Förderung und Weiterentwicklung eines breiten Spektrums an Angeboten der präventiven offenen Seniorenarbeit, um Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest zu verzögern,
- die Gewährleistung der Rahmenbedingungen für einen funktionierenden Stadtseniorenrat,
- die Verbesserung der Markttransparenz durch die zentrale, neutrale und trägerunabhängige Informations- und Beratungsstelle sowie durch eine Reihe von Broschüren (Heimlisten, Studie Betreutes Wohnen, Pflegeheimatlas),
- die Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege als qualitätssichernde Instanz,

- die Unterstützung von ZAPf als für den Bürger kostenfreie Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstelle für pflegerische und alltagspraktische Dienstleistungen,
- die Bezuschussung der Angehörigenberatung e.V. für Angebote, welche pflegende Angehörige dementiell Erkrankter entlasten,
- die Förderung von nicht refinanzierbaren Leistungen ambulanter Dienste, von Angehörigen und Hospizarbeit durch die Mittel aus dem Nürnberger Netzwerk Pflege,
- die Pflegekonferenz als „runder Tisch“ zum Erfahrungs- und Informationsaustausch aller Akteure am Pflegemarkt.

Bis heute ist es gelungen, trotz schwierigster Haushaltslage der Verantwortung für die Pflegeinfrastruktur gerecht zu werden.

Anhang

Anhang 1: Tabellenteil

- Tabelle 1: Beschwerdeart, Bearbeitungszeit und Kontakte pro Beschwerde
- Tabelle 2: Beschwerdeführer nach Personen und Geschlecht
- Tabelle 3: Altersstruktur der Betroffenen
- Tabelle 4: Adressaten der Beschwerden
- Tabelle 5: Beschwerden nach Themenbereichen

Anhang 2: Info - Faltblatt der Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege

Anhang 3: Aufstellung: Informationsgespräche und Referate 2003

Anhang 4: Veröffentlichungen und Presseberichterstattung im Berichtszeitraum

Anhang 5: Informationsfaltblatt der Bundesarbeitsgemeinschaft der Krisentelefone, Beratungs- und Beschwerdestellen für ältere Menschen

Anhang 1: Tabellenteil

- **Tabelle 1: Beschwerdeart, Bearbeitungszeit und Kontakte pro Beschwerde**
- **Tabelle 2: Beschwerdeführer nach Personen und Geschlecht**
- **Tabelle 3: Altersstruktur der Betroffenen**
- **Tabelle 4: Adressaten der Beschwerden**
- **Tabelle 5: Beschwerden nach Themenbereichen**

Anhang 4:

Veröffentlichungen und Presseberichterstattung im Berichtszeitraum