

**Pflegerelevante Gesundheitsprobleme
in der ambulanten Pflege und Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland 2015**

Endbericht

Durchführung:

Charité-Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizin/ Pflegepädagogik
und Pflegewissenschaft
im Auftrag des ZQP

Projektleitung:

PD Dr. Nils Lahmann

Projektmitarbeiter:

Simone Kuntz

Kathrin Raeder

Laufzeit:

Januar 2012 - Januar 2015

Status:

Abgeschlossen

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Kurzzusammenfassung	7
Abstract.....	9
Einleitung.....	11
Fragestellungen.....	12
Methode	12
Instrumente.....	13
Statistische Verfahren	14
Ethische Aspekte.....	14
Ergebnisse	15
Rücklauf	15
Trägerschaft.....	16
Hausinterne Standards	17
Alter	18
Verteilung nach Geschlecht	19
Dauer der Betreuung	20
Medizinische Diagnosen.....	22
Anzahl Medikamente	23
Impfungen.....	24
Wohnsituation des Klienten.....	25
Besuche bei allein lebenden Klienten.....	26
Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen	27
Einschätzung der Pflegenden zum Umfang der erbrachten Leistungen.....	28
Selbstversorgungsfähigkeiten nach Barthel Index.....	29
Schmerzen	31

Sturz.....	32
Sturzfolgen.....	33
Chronische Wunden.....	34
Verteilung der verschiedenen chronischen Wunden.....	35
Anzahl Klienten mit Mehrfachwunden	36
Kategorien Dekubitus.....	37
Klienten- und Angehörigenbefragung	38
Klientenbefragung.....	38
Angehörigenbogen.....	44
Diskussion	54
Empfehlungen/Schlussfolgerungen für die Praxis	60
Markante Ergebnisse	61
Referenzliste.....	62
Anhang	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Rücklauf in den einzelnen Bundesländern.....	15
Tabelle 2 Alter	18
Tabelle 3 Stichprobe Geschlecht	19
Tabelle 4 Dauer der Betreuung	20
Tabelle 5 Pflegestufe.....	21
Tabelle 6 Wohnsituation des Klienten.....	25
Tabelle 7 Häufigkeit der Besuche bei allein lebenden Klienten	26
Tabelle 8 Einschätzung der Pflegenden zum Umfang der erbrachten Leistungen.....	28
Tabelle 9 Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Harninkontinenz“	29
Tabelle 10 Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Aufstehen und Gehen“	30
Tabelle 11 Schmerzen	31
Tabelle 12 Sturzereignisse in den letzten 14 Tagen	32
Tabelle 13 Klientenanzahl mit mindestens einer chronischen Wunde	34
Tabelle 14 Verteilung der verschiedenen chronischen Wunden	35
Tabelle 15 Anzahl Klienten mit Mehrfachwunden	36
Tabelle 16 Körperliche Erschöpfung vs. Berufsstatus.....	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Trägerschaften Gesamt	16
Abbildung 2 Hausinterne Wundstandards	17
Abbildung 3 Medizinische Diagnosen	22
Abbildung 4 Anzahl Medikamente / Tag	23
Abbildung 5 Impfquote	24
Abbildung 6 Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen (Alleinlebend / nicht Alleinlebend)	27
Abbildung 7 Sturzfolgen.....	33
Abbildung 8 Verteilung Dekubituskategorien	37
Abbildung 9 Anzahl der zurückgeschickten Klientenfragebögen	39
Abbildung 10 Wie wurde der Fragebogen ausgefüllt.....	40
Abbildung 11 Klientenzufriedenheit	40
Abbildung 12 Arbeitsweise der Pflegekräfte	41
Abbildung 13 Klientenangaben zur Entlastung der Angehörigen durch den Pflegedienst.....	42
Abbildung 14 Hilfestellung durch Pflegedienst Kontakt zu Freunden oder Bekannte zu halten	42
Abbildung 15 Lebensgefühl	43
Abbildung 16 Geschlecht der pflegenden Angehörigen.....	44
Abbildung 17 männliche Pflegende.....	45
Abbildung 18 weibliche Pflegende	46
Abbildung 19 Berufsstatus der pflegenden Angehörigen	47
Abbildung 20 Einbindung der pflegenden Angehörigen in den häuslichen Pflegealltag	48
Abbildung 21 Schlaf der Angehörigen in den letzten 4 Wochen.....	50
Abbildung 22 Wunsch der pflegenden Angehörigen aus Situation mal auszubrechen	50
Abbildung 23 Nachgehen von eigenen Interessen der pflegenden Angehörigen	51
Abbildung 24 Fehlen von körperlicher Kraft der pflegenden Angehörigen bei Pflegehandlungen	52
Abbildung 25 Wertschätzung als pflegender Angehöriger aufgeteilt in Männer und Frauen...	53

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Derzeit werden in Deutschland rund eine halbe Millionen mit Personen von ambulanten Pflegediensten betreut und versorgt. Informationen zum ernährungsbedingten Gesundheitszustand und der Ernährungssituation dieser Klientel in diesem Sektor des deutschen Gesundheitswesens sind jedoch nur in geringem Maße erhältlich. Ziel dieser Studie war es, diese Information bereitzustellen.

Methode: Von den rund 13000 registrierten ambulanten Diensten in Deutschland wurden aus jedem der 16 Bundesländer 9 Pflegedienste ausgewählt und zur Teilnahme eingeladen. Jeder Pflegedienst wiederum wählte zufällig 9 Klienten für die Teilnahme an der Studie aus. Einem standardisiertem Studienprotokoll folgend, wurden alle Klienten körperlich untersucht und Daten im Hinblick auf das Vorliegen, mögliche Gründe und Interventionen einer Mangelernährung sowie zur sozialen Situation erhoben. Darüber hinaus erhielten die Klienten und ihre Angehörigen einen versiegelten und frankierten Umschlag mit einer Befragung zur persönlichen Lebenssituation und zur Zufriedenheit mit dem Pflegedienst. Schließlich wurden von jedem teilnehmenden Pflegedienst strukturelevante Daten erhoben. Die verwendeten Fragebögen und das Studienprotokoll erhielten die derzeit anerkannten Definitionen und validierte Assessmentinstrumente wie bspw. den MUST oder den MNA-SF. Diese wurden in einem Pretest erfolgreich getestet.

Stichprobe: Von allen 144 eingeladenen Pflegediensten, die einer Teilnahme zustimmten, schickten 100 Pflegedienste mit Daten von insgesamt 880 Klienten zurück. 768 Klienten und Angehörige schickten die frankierten Klienten-/ Angehörigenfragebögen zurück.

Ergebnisse: Die vorliegende Stichprobe zeigte sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und der Einstufung nach SGB XI, sowie der Verteilung der Trägerschaften mit anderen repräsentativen Erhebungen vergleichbar. In den einzelnen Bundesländern variierte die Anzahl der verschriebenen Medikamente pro Tag zwischen 4,5 (Bremen) und mehr als 9 (Schleswig-Holstein). Bei den durchgeführten Gripeschutzimpfungen lag die Spannweite zwischen 30% in Baden-Württemberg und fast 80% in Rheinland-Pfalz. Mehr als die Hälfte der Klienten lebte allein, von diesen bekamen in Berlin 30% niemals Besuch von Freunden und Angehörigen. Die Sturzhäufigkeit lag bei 7,1% und die Prävalenz von chronischen Wunden bei 12%. Mehr als 95% der Klienten war sehr zufrieden mit dem Service der jeweiligen Pflegedienste.

Diskussion: Aufgrund der vertretbaren Non-response Quote und der Übereinstimmungen der ermittelten Stichprobenkennwerte mit den Parametern der Grundgesamtheit ist von einer hohen Repräsentativität der Daten auszugehen. Die Prävalenz der einzelnen Pflegeprobleme war etwas höher im ambulanten Setting als in Pflegeheimen. Die regionalen Unterschiede in der Anzahl der Medikation und der Impfhäufigkeit kann nicht erklärt werden.

Zusammenfassung: Die hohe Anzahl von alleinlebenden Klienten stellt eine große Herausforderung an die Pflegekräfte der ambulanten Dienste dar. Nicht nur in Bezug auf die medizinische und pflegerische sondern auch auf die soziale Betreuung. Aus der Zufriedenheitsrate der Klienten kann geschlossen werden, dass viele Pflegekräfte dieser Herausforderung gerecht werden.

Abstract

Report on care and health problems in clients receiving mobile nursing service in Germany 2012

Background: Currently about 500.000 German citizens receive regular visits and care from professional mobile nursing service. Until present, information about their health related status and the prevalence of care problems in this health care sector are lacking. The objective of the study was to provide information regarding care and health problems in clients receiving mobile nursing service in Germany .

Methods: Of about 13.000 registered mobile nursing services that are located in Germany, in every of the 16 German federal States, 9 of these settings were randomly selected and invited to participate in the study. Each mobile service selected again randomly 9 of their clients and performed according to a standardized study protocol a head to toe examination, focusing on wounds, history of falls, medication and their social situation. Further one clients and their relatives received sealed and stamped envelopes with questions regarding their personal situation and satisfaction with the care they receive. Finally structural information about each participating mobile nursing service was collected. The questionnaire and study materials that were used for the survey assembled state to the art definitions and validated assessments and were tested in a pretest.

Participants: Of all 144 mobile home services who agreed to participate with the study, 100 returned data of 880 clients that could be analyzed.

Results: regarding age, gender, level of care according to SGB XI, the sample was highly comparably to the total population. Between the different federal states the amount of prescribed medication / day ranged between 4.5 (Bremen) and more than 9 (Schleswig-Holstein), regarding vaccination of influenza the range between the states were larger with 30% in Baden-Württemberg and almost 80% in Rheinland-Pfalz. More than half of the clients lived alone (53.6%) lived alone, in states like Berlin, about 30% of those never receive any private visits from family or friends. Prevalence of chronic wounds was 12%, of falls 7.1%. More than 95% of the clients were satisfied or very satisfied with their service.

Discussion: Due to the sampling method and the participation the likelihood of a satisfactory external validity is high. Prevalence of care problems was slightly higher in the home care setting in comparison to nursing homes. The regional differences in medication and vaccination cannot be explained.

Conclusion: Since many clients live alone and never receive visits, the staff of mobile home services are challenged by not only providing adequate medical and nursing, but also social care. From the satisfaction rating of the clients it can be concluded that many of these nurses meet these challenges.

Einleitung

Eine umfangreiche Datenerhebung im Bereich ambulanter Pflege erfolgte im Rahmen des Aged in Home Care (AdHOC) Projekts, das die häusliche pflegerische Versorgung in elf Europäischen Ländern untersuchte. Daten zum kognitiven Zustand, zum Ernährungszustand, zur Abhängigkeit in Bezug auf ADLs und IADLs, Depression, Schmerzen, körperlicher Aktivität, Kontinenzstatus, Medikamentenmanagement sowie Versorgungsstrukturen wurden erhoben (Sorbye et al., 2009). Beim allgemeinen Vergleich von Qualitätsindikatoren der häuslichen Versorgung (HCQIs) erzielte Deutschland einen Wert von 14 und lag damit eher im unteren Bereich im Vergleich zum bestmöglichen Wert von eins (Frijters et al., 2008). Nur Italien (16), die Tschechische Republik (28) und England (14) zeigten schlechtere beziehungsweise gleiche Ergebnisse. Allerdings waren an dieser Studie ausschließlich Pflegeempfänger aus Nürnberg/Bayreuth beteiligt.

Eine Übertragung auf die Gesamtsituation in Deutschland ist daher nicht ohne weiteres möglich, da regionale Unterschiede etwa in den Bereichen Kapazitäten, Inanspruchnahme von Leistungen sowie Gestaltung von Leistungskomplexen bereits beobachtet wurden (Rothgang et al., 2009). Neben regionalen wurden auch strukturelle Unterschiede in der ambulanten Pflege identifiziert, wie zum Beispiel unterschiedliche Mitarbeiterstrukturen je nach Träger (Grass-Kapanke et al., 2008).

Inwieweit sich diese Differenzen tatsächlich auch im Gesundheits- und Pflegezustand der Pflegebedürftigen niederschlagen, wurde aber bisher nicht untersucht. Eine umfassende Erhebung von verlässlichen und aussagekräftigen Daten über Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege in Deutschland erschien daher dringend notwendig.

Aus dem Bereich der stationären Pflege sind diese Daten bereits vorhanden. So führt das Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft seit 12 Jahren jährliche Erhebungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern zu den Pflegeproblemen Sturz, Dekubitus, Ernährung und Inkontinenz durch. Darüber hinaus werden bei diesen Studien umfangreiche Assessments zum Dekubitusrisiko und zur Pflegeabhängigkeit durchgeführt und der Einsatz präventiver und therapeutischer Pflegehilfsmittel und Maßnahmen aufgezeichnet. Derzeit verfügt das Institut über belastbare Daten hierzu von über 35.000 Pflegeheimbewohnern und über 55.000 Krankenhauspatienten (Dassen et al., 2012).

Fragestellungen

Das Ziel dieser Studie war die Beschreibung von Gesundheitsproblemen von Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege sowie der pflegerischen Versorgung in Abhängigkeit von regionalen Faktoren in Deutschland.

Methode

Die vorliegende Untersuchung wurde als bundesweite multizentrische Querschnittstudie durchgeführt.

Das Sampling wurde als auf Bundeslandebene geschichtete Zufallserhebung durchgeführt. Dem Institut lagen die Kontaktdaten aller bundesdeutschen ambulanten Pflegedienste vor. Aus diesem Datensatz wurden für jedes Bundesland nummerierte Listen erstellt. Diese beinhalteten eine computergestützte Zufallsauswahl von 50 ambulanten Einrichtungen. Die Pflegedienste wurden der Reihe nach kontaktiert und nach ihrer Teilnahme an der Studie befragt. Bei Ablehnung eines Dienstes erfolgte die Befragung des nächsten auf der Liste. Dieses erfolgte solange bis 9 Pflegedienste pro Bundesland zustimmten.

Die Untersuchung wurde als Survey zur Ermittlung der Punktprävalenz mittels Fragebogen (paper + pencil) bei Klienten ambulanter Dienste in Deutschland durchgeführt.

Nachdem die ambulanten Dienste nummerierte Listen ihrer Klienten erstellt und eine Kopie zum Zwecke des Datenmonitorings versiegelt hatten, erhielten die Einrichtungen vom Institut eine zufällige Zahlenfolge für den von ihnen durchnummerierten Zahlenbereich. Ausgehend von den Zahlen dieser Liste wurden die entsprechenden Klienten in die Erhebung eingeschlossen, wenn diese der Teilnahme an der Erhebung zustimmten. Bei Ablehnung wurden die nächsten Klienten, entsprechend der Zahlenreihe von der Liste ausgewählt. Insgesamt wurde so eine Teilnehmeranzahl von 9 Klienten pro Pflegedienst sichergestellt.

Die Datenerhebung führten geschulte Pflegefachkräfte der teilnehmenden Einrichtungen als direktes personenbezogenes Assessment selbst durch. Die Schulung der beteiligten Einrichtungen erfolgte mittels evaluierten und standardisierten Forschungsleitfäden. In diesen Unterlagen wurden international gebräuchliche Definitionen und Ausprägungen (z. B. Kategorien von Dekubitus) der zu untersuchenden Pflegeprobleme beschrieben und illustriert. Für Rückfragen wurde eine telefonische Ansprechperson zur Verfügung gestellt. Die erhobenen Daten wurden in maschinell lesbare Fragebögen eingetragen, und an das

Institut gesendet. Dort erfolgte das Einscannen der Bögen und Überführung der Informationen in das Statistikprogramm SPSS.

Das Datenmonitoring fand auf verschiedenen Ebenen statt. Die beteiligten Einrichtungen wurden darüber informiert, dass ein direktes "Vor-Ort" Daten Monitoring zufällig ausgewählter Einrichtungen durchgeführt werden konnte. Die Kenntnis, dass derartige Kontrollen erfolgen können, sollte die mit der Datenerhebung betrauten Personen zu einer sorgsameren Bearbeitung der Fragebögen motivieren.

Für ein genaues Datenmonitoring bei Dateneingabe und -kontrolle wurden, die am Institut standardisierten inhaltlichen und strukturellen Datenkontrollen maschinell eingelesener Primärdaten durchgeführt.

Instrumente

Insgesamt wurden drei maschinell einlesbare Fragebögen entwickelt. Ein „Erhebungsbogen“ den die Pflegefachkraft mit dem Klienten zusammen ausfüllte. Ein „Klienten-/Angehörigenbogen“, der vom Klienten selbst und deren pflegenden Angehörigen/Bekannten beantwortet wurde sowie ein „Strukturbogen“ den die Pflegedienstleitung bearbeitete.

Der „Erhebungsbogen“ umfasste Fragen zu pflegerelevanten Gesundheitsproblemen, wie zum Beispiel Sturz, Dekubitus, und Ernährung. Mit dem „Klienten-/Angehörigenbogen“ wurden psycho-soziale Fragen sowie das subjektive Empfinden der Klienten und pflegenden Angehörigen/Bekannten erhoben. Der „Strukturbogen“ beinhaltete Variablen, die sich mit den Strukturen der Einrichtung, dem Personal und der Auseinandersetzung mit verschiedenen Pflegestandards befassten (Erhebungsinstrumente in der Anlage). Sämtliche Erhebungs- und Schulungsmaterialien wurden einem Pretest unterzogen.

Die inhaltliche Festlegung von Umfang und Art der zu erhebenden Variablen erfolgte in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber. Dazu schlug das Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft konkrete Instrumente und Assessments, u.a. Barthel Index, Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire – Ambulant Care (PPSQ-AC 2.1) Patientenversion und das Assessment zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR) vor.

Das Institut verfügt über eine große Fachexpertise zu den Themen Dekubitus, Dekubitusrisiko, Sturz, Inkontinenz, Pflegeabhängigkeit sowie den Einsatz relevanter Präventionsmaß-

nahmen und über einen großen Datensatz (>30.000 Pflegeheimbewohner, >50.000 Krankenhauspatienten), der als Referenzgröße für die im Rahmen dieser Studie gefundenen Daten herangezogen werden kann.

Statistische Verfahren

Im Hinblick auf die Zielsetzung des Berichts erfolgte die Datenanalyse vorrangig deskriptiv. Vereinzelt wurden Ergebnisse auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft. Dabei wurde ein Alpha von 0,05 (zweiseitig) angenommen.

Ethische Aspekte

Für die Durchführung dieser Studie bestand ein positives Votum einer zuständigen Ethikkommission. Jeder Klient oder deren Angehörige bzw. Betreuer, die ihre informierte Zustimmung gaben, wurden zuvor ausreichend über die Studie mittels Informationsblatt und Aufklärung durch den Pflegedienst informiert. Die Daten wurden vollständig anonymisiert erhoben.

Ergebnisse

Rücklauf

In Tabelle 1 sind die teilnehmenden Dienste und Klienten nach Bundesland aufgeführt. In der Spalte Einrichtungen ist die Anzahl der teilnehmenden Dienste, in der Spalte „Non Response“ die Anzahl der Dienste aufgeführt, die keine Unterlagen zurückgeschickt hatten. Die Spalte „Teilnehmer“ enthält die Anzahl untersuchter Klienten. Da in jedem Bundesland laut Studienprotokoll 9 Einrichtungen jeweils 9 Klienten befragen sollten, lässt sich daraus die Response von einer insgesamt möglichen Anzahl von 81 Teilnehmern je Bundesland (9 Teilnehmer x 9 Dienste) berechnen. Diese ist in der letzten Spalte dargestellt.

Tabelle 1 Rücklauf in den einzelnen Bundesländern

Bundesland	Einrichtungen	Non Response	Teilnehmer	Response (%)
Baden-Württemberg	4	5	36	44,4
Bayern	7	2	62	76,5
Berlin	7	2	63	77,8
Brandenburg	7	2	62	76,5
Bremen	4	5	35	43,2
Hamburg	5	4	38	46,9
Hessen	7	2	63	77,8
Mecklenburg-Vorpommern	8	1	71	87,7
Niedersachsen	8	1	72	88,9
Nordrhein-Westfalen	5	4	44	54,3
Rheinland Pfalz	6	3	54	66,7
Schleswig-Holstein	6	3	53	65,4
Saarland	6	3	54	66,7
Sachsen	8	1	66	81,5
Sachsen-Anhalt	7	2	62	76,5
Thüringen	5	4	45	55,6
Gesamt	100	44	880	67,9

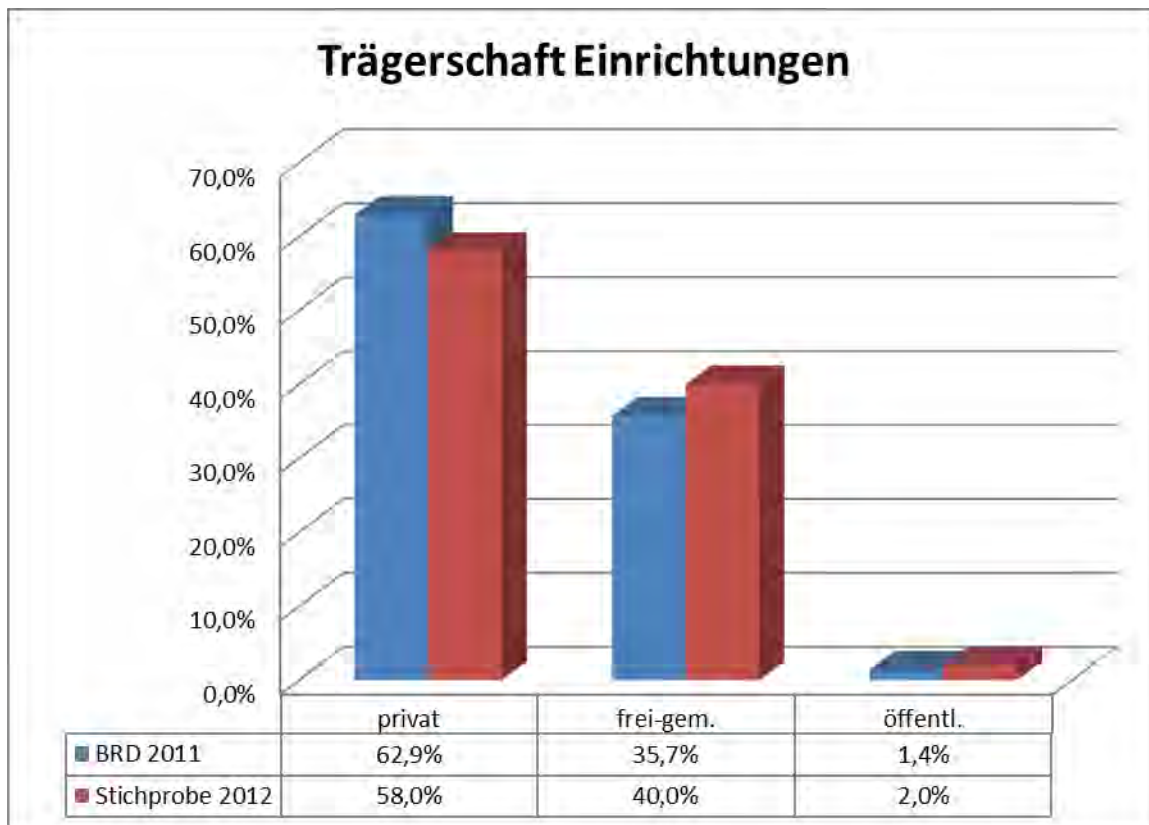
Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=880)

Insgesamt haben von 144 kontaktierten Diensten 100 Dienste mit 880 Klienten teilgenommen. Aus einer theoretisch möglichen Teilnehmerzahl von 1296 (81 je Bundesland x 16 Bundesländer) ergibt sich eine Gesamtbeteiligung von 67,9%. Die höchsten Teilnehmerquoten waren in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Sachsen mit über 80% gegeben. Die geringsten Beteiligungen gab es in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen, sowie in Baden-Württemberg mit einer jeweiligen Beteiligung von unter 50 %.

Trägerschaft

In Abbildung 1 ist in roter Farbe dargestellt, wie die einzelnen Pflegedienste aus der Untersuchung auf private, freigemeinnützige und öffentliche Träger verteilt waren. Als Vergleich (in Blau dargestellt) dienen die Zahlen des statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2011 (Statistisches Bundesamt, 2013).

Abbildung 1 Trägerschaften Gesamt



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (Pflegedienste n = 100)

Von 100 Pflegediensten waren 58% unter privater, 40% unter freigemeinnütziger und 2% unter öffentlicher Trägerschaft. Die in blau dargestellten Verteilungen aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland zeigen vergleichbare Ergebnisse.

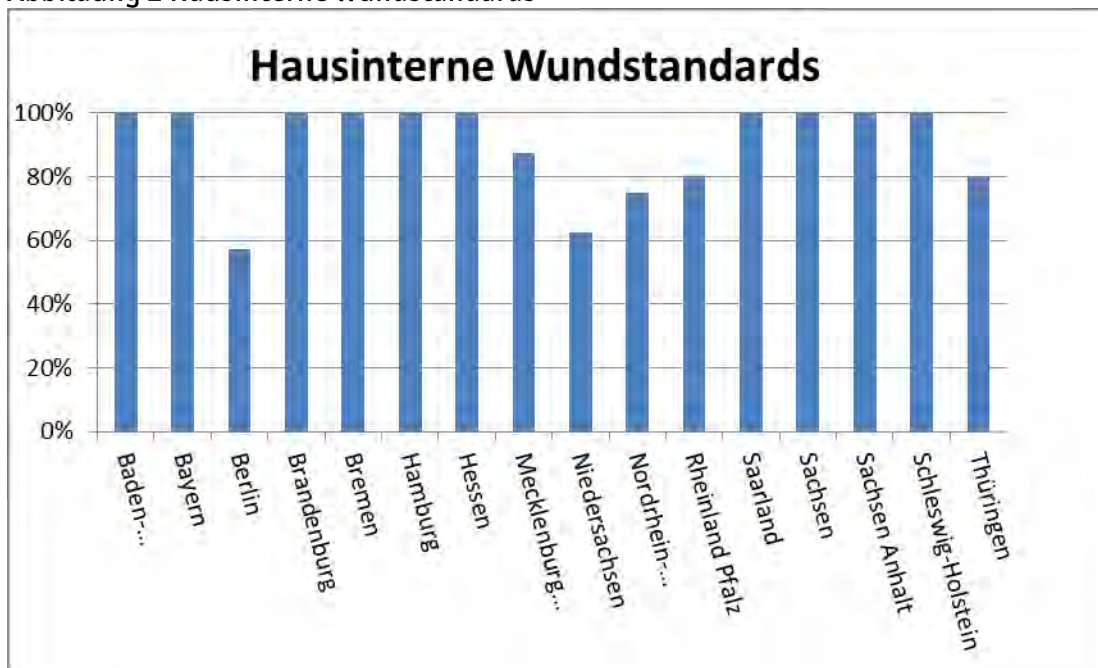
Hausinterne Standards

Der in dieser Erhebung verwandte Strukturbogen beinhaltete unter anderem die Frage nach dem Vorliegen von hausinternen Standards in den ambulanten Einrichtungen. Dabei handelte es sich um folgende Themen: Dekubitus, Sturz, chronische Wunden und Ernährungsmanagement.

Fast alle ambulanten Pflegedienste, die an der Untersuchung teilgenommen haben, etablierten den hausinternen Standard zur Sturzprophylaxe und einen zur Dekubitusprophylaxe in ihrer Einrichtung. Lediglich jeweils ein Pflegedienst aus Mecklenburg Vorpommern und eine Pflegedienst aus Niedersachsen wandten keinen hausinternen Standard zur Dekubitusprophylaxe an. Drei Pflegedienste gaben hierzu keine Auskunft.

Abbildung 2 zeigte die Verteilung des Vorhandenseins von hausinternen Standards zur Behandlung von chronischen Wunden in den ambulanten Einrichtungen je Bundesland.

Abbildung 2 Hausinterne Wundstandards



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (Einrichtungen: n=97)

In 10 Bundesländern wurden von allen befragten Pflegediensten hausinterne Standards zur Behandlung von chronischen Wunden angewendet. Die niedrigsten Anteile an Pflegediensten mit hausinternen Standards lagen in Berlin (57%) und Niedersachsen (63%) vor. Insgesamt hatten 90% aller befragten Pflegedienste einen Wundstandard.

Alter

In Tabelle 2 wird das Alter der Teilnehmer in Jahren dargestellt, getrennt für die einzelnen Bundesländer und Gesamt. Es wird die Anzahl der befragten Klienten (N), das jeweilige Durchschnittsalter (Mittelwert, MW) und die Standardabweichung (SD) beschrieben.

Tabelle 2 Alter

Bundesland	N	Alter in Jahren (MW)	SD
Baden-Württemberg	36	75	14,5
Bayern	62	76,5	13,5
Berlin	63	72,7	12,3
Brandenburg	61	78	10,9
Bremen	35	81,2	11,3
Hamburg	38	79,9	13,2
Hessen	63	77,7	10,8
Mecklenburg Vorpommern	71	76,4	15,3
Niedersachsen	72	77,3	12,1
Nordrhein Westfalen	44	82,9	7,1
Rheinland Pfalz	54	73,6	22,1
Saarland	54	80,5	10,2
Sachsen	66	82	9,2
Sachsen-Anhalt	62	79,6	11,7
Schleswig-Holstein	53	78,1	12,1
Thüringen	45	79	10,9
Gesamt	879	78	12,9

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=879)

Insgesamt haben 880 Klienten an der Studie teilgenommen. Von 879 Klienten lagen Angaben zum Alter vor. In Nordrhein-Westfalen mit fast 83 Jahren und in Sachsen mit 82 Jahren waren die Klienten die ältesten. Die im Durchschnitt jüngsten Klienten hatten Berlin (ca. 73 Jahre) und Rheinland Pfalz (ca. 74 Jahre). Deutschlandweit lag das Durchschnittsalter bei 78 Jahren. Rheinland Pfalz hatte die höchste Standardabweichung (22,1), welche auf ein sehr heterogenes Klientel schließen lässt.

Verteilung nach Geschlecht

Die Verteilung des Geschlechts wird in Tabelle 3 aufgezeigt. In der Spalte N wird die Anzahl der Klienten angegeben, bei denen Daten über das Geschlecht vorhanden waren.

Tabelle 3 Stichprobe Geschlecht

Bundesland	männlich	weiblich	N
Baden-Württemberg	33,3%	66,7%	36
Bayern	34,5%	65,5%	58
Berlin	41,9%	58,1%	62
Brandenburg	39,3%	60,7%	61
Bremen	27,3%	72,7%	33
Hamburg	41,7%	58,3%	36
Hessen	42,9%	57,1%	63
Mecklenburg-Vorpommern	31,0%	69,0%	71
Niedersachsen	45,8%	54,2%	72
Nordrhein-Westfalen	34,1%	65,9%	44
Rheinland-Pfalz	56,6%	43,4%	53
Saarland	35,8%	64,2%	53
Sachsen	28,8%	71,2%	66
Sachsen-Anhalt	25,8%	74,2%	62
Schleswig-Holstein	39,6%	60,4%	53
Thüringen	35,6%	64,4%	45
Gesamt	37,3%	62,7%	868

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=868)

Angaben zum Geschlecht lagen von 868 Klienten vor. Der Frauenanteil lag bei dieser Untersuchung deutlich höher mit fast 63%. Nur in Rheinland Pfalz wurden mehr Männer (57%) als Frauen befragt. In Bremen, Sachsen und Sachsen-Anhalt lag der Frauenanteil über 70%.

Dauer der Betreuung

In der folgenden Tabelle 4 wird aufgezeigt wie lange die Klienten im Durchschnitt schon von dem Pflegedienst betreut werden. Die Zeit wird in Jahren dargestellt. N gibt wieder die Anzahl der Klienten an bei denen Daten zum Eintritt in die Betreuung durch den Pflegedienst vorliegen.

Tabelle 4 Dauer der Betreuung

Bundesland	Zeit in Jahren	N
Baden-Württemberg	3,1	35
Bayern	3,3	62
Berlin	3,5	61
Brandenburg	3,1	58
Bremen	3,7	34
Hamburg	2,6	36
Hessen	2,6	63
Mecklenburg-Vorpommern	3,5	71
Niedersachsen	2,6	72
Nordrhein-Westfalen	3,5	41
Rheinland-Pfalz	2,7	53
Saarland	3,2	54
Sachsen	2,9	64
Sachsen-Anhalt	3,7	61
Schleswig-Holstein	3,3	52
Thüringen	2,4	39
Gesamt	3,1	856

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=856)

Die Klienten in Bremen und Sachsen-Anhalt wurden mit durchschnittlich 3,7 Jahren am längsten betreut, dicht gefolgt von Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen mit durchschnittlich 3,5 Jahren. In Thüringen mit 2,4 Jahren sowie in Hamburg, Hessen und Niedersachsen mit jeweils 2,6 Jahren traten im Durchschnitt die kürzesten Betreuungszeiten durch einen ambulanten Pflegedienst auf.

Pflegestufe

Tabelle 5 zeigt die Verteilung der Pflegestufen nach § SGB 11 in den einzelnen Bundesländern und Gesamt an. In der Spalte 0 sind die Klienten aufgezeigt, die keine Pflegestufe hatten und in der vorletzten Spalte die Klienten mit der höchsten Pflegestufe III+ (Härtefall).

Die Einteilung der Pflegestufen basierte ausschließlich auf die Einteilung nach SGB XI §15 im Jahr 2012.

Tabelle 5 Pflegestufe

Pflegestufe nach SGB 11	0	I	II	III	III+	N
Bundesland						
Baden-Württemberg	15,6%	31,2%	40,6%	12,5%	0%	32
Bayern	10,7%	42,9%	26,8%	17,9%	1,8%	56
Berlin	17,0%	45,3%	28,3%	9,4%	0%	53
Brandenburg	16,4%	43,6%	25,5%	14,5%	0%	55
Bremen	30,3%	36,4%	18,2%	12,1%	3,0%	33
Hamburg	33,3%	33,3%	21,2%	9,1%	3,0%	33
Hessen	11,7%	45,0%	26,7%	15,0%	1,7%	60
Mecklenburg-Vorpommern	15,9%	44,9%	21,7%	17,4%	0%	69
Niedersachsen	22,5%	39,4%	29,6%	8,5%	0%	71
Nordrhein-Westfalen	11,9%	38,1%	35,7%	14,3%	0%	42
Rheinland-Pfalz	11,5%	38,5%	32,7%	17,3%	0%	52
Saarland	13,5%	55,8%	23,1%	7,7%	0%	52
Sachsen	26,6%	37,5%	28,1%	7,8%	0%	64
Sachsen-Anhalt	19,6%	50,0%	30,4%	0%	0%	56
Schleswig-Holstein	21,2%	50,0%	13,5%	11,5%	3,8%	52
Thüringen	0%	43,2%	36,4%	20,5%	0%	44
Gesamt	17,1%	42,8%	27,2%	12,1%	0,7%	824

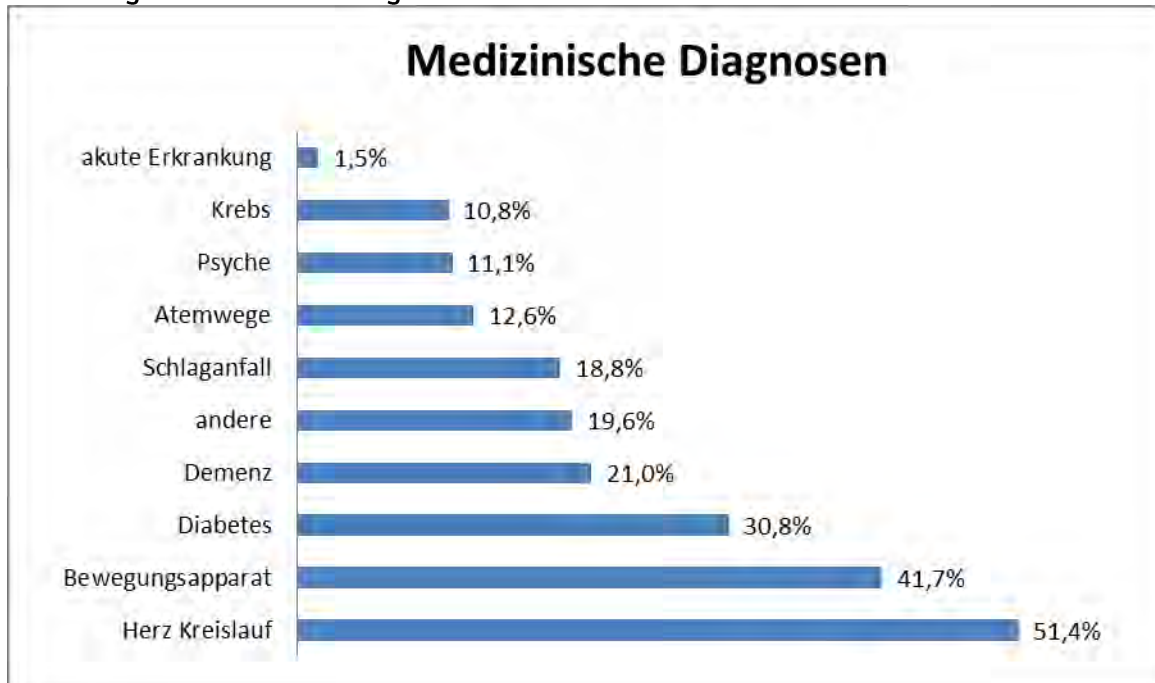
Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=824)

Von 824 Klienten lagen Angaben zur Pflegestufe vor. Insgesamt waren die Klienten mit einer Pflegestufe 1 am häufigsten vertreten (43%). Pflegestufe 2 folgte mit 27%. Nur 1% der Klienten hatten eine Pflegestufe 3+. In Thüringen wurden keine Klienten ohne Pflegestufe befragt. In Sachsen-Anhalt wurden keine Klienten befragt, die eine Pflegestufe höher als 2 hatten. Klienten mit Pflegestufe 3+ wurden in Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen und Schleswig-Holstein befragt.

Medizinische Diagnosen

In Abbildung 3 ist die prozentuale Häufigkeit der Diagnosen der Klienten aufgeführt. Mehrfachnennungen waren hier möglich.

Abbildung 3 Medizinische Diagnosen



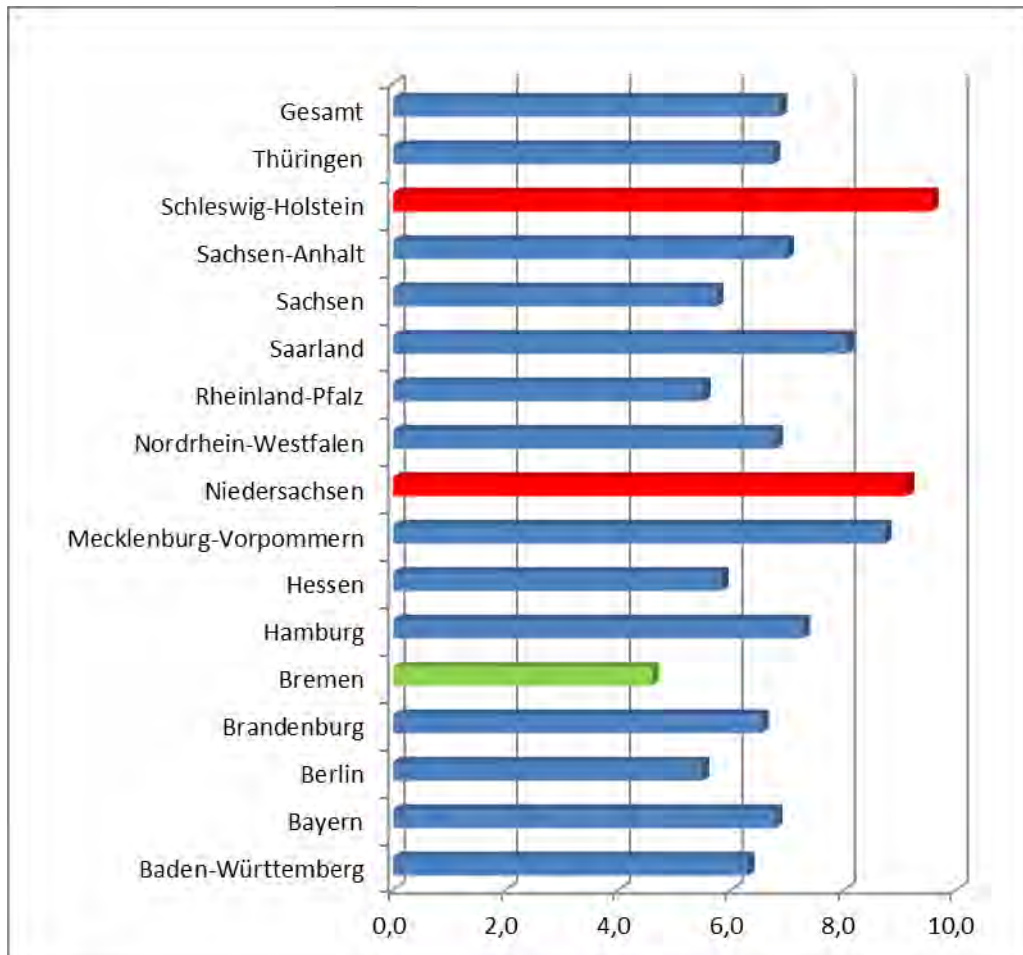
Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=880)

Mehr als 50% der Befragten im ambulanten Bereich litten an einer Herz-Kreislauferkrankung. An zweiter Stelle der am häufigsten vorkommenden medizinischen Diagnose stand die Erkrankung des Bewegungsapparates (42%). An Diabetes mellitus waren über 30% der Klienten erkrankt.

Anzahl Medikamente

In Abbildung 4 ist dargestellt, wie viele Medikamente die Klienten je Bundesland im Durchschnitt am Tag einnehmen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden nur Personen berücksichtigt die Pflegestufe 2 und höher hatten.

Abbildung 4 Anzahl Medikamente/ Tag



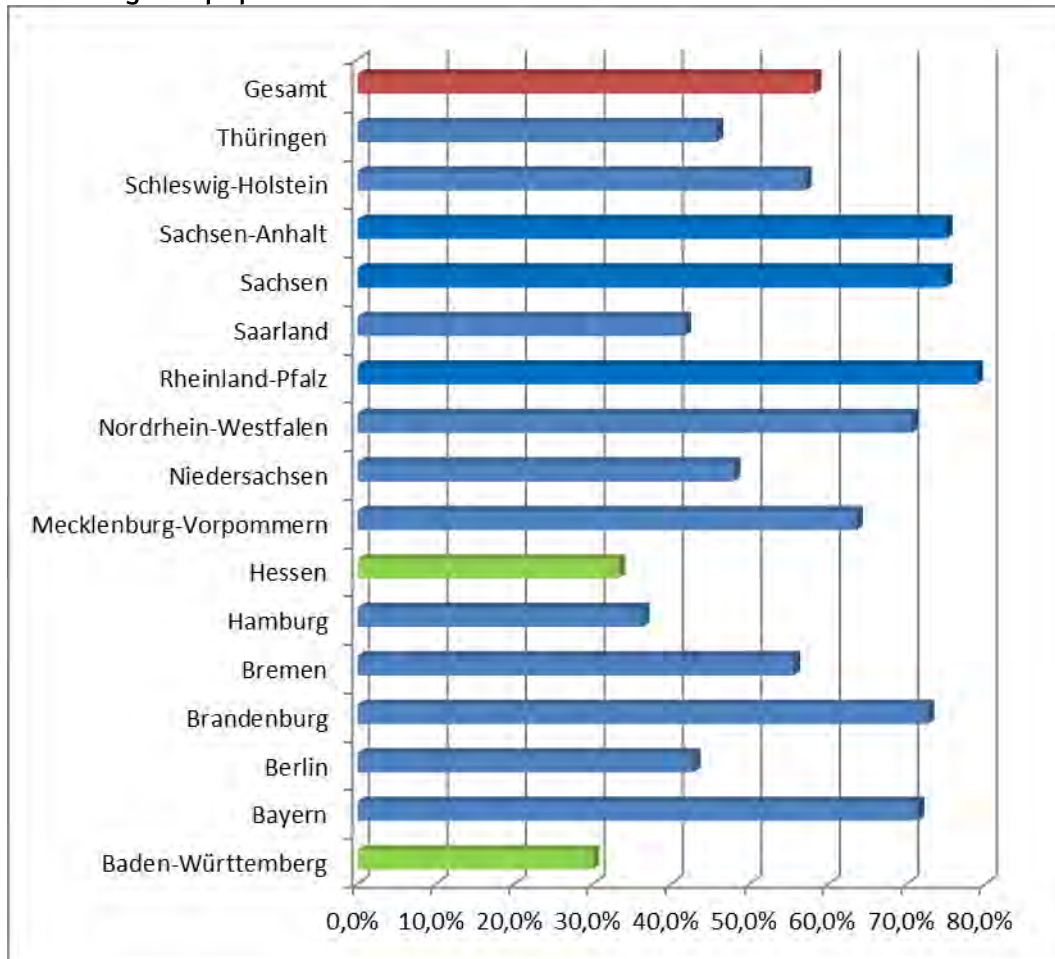
Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=281)

Durchschnittlich nehmen die untersuchten Klienten etwa 7 Medikamente / Tag ein. Dabei waren die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich. Während ambulant versorgte Klienten in Bremen gerade einmal etwas mehr als 4 Medikamente einnahmen, waren es in Schleswig-Holstein und Niedersachsen über 9 Medikamente am Tag.

Impfungen

In Abbildung 5 ist dargestellt, wie viele Klienten in den jeweiligen Bundesländern gegen Grippe geimpft waren.

Abbildung 5 Impfquote



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=751)

Der Anteil geimpfter Klienten schwankte in den einzelnen Bundesländern erheblich. Während in Sachsen-Anhalt, Sachsen und Rheinland-Pfalz über $\frac{3}{4}$ der Klienten geimpft waren, traf dies nur bei einem Drittel der untersuchten Personen in Hessen und Baden-Württemberg zu.

Wohnsituation des Klienten

Die Tabelle 6 zeigt die Wohnsituation der Klienten in den einzelnen Bundesländern auf. N stellt die Anzahl der Gesamtbefragten je Bundesland an.

Tabelle 6 Wohnsituation des Klienten

Wohnsituation des Klienten				
Bundesland	alleinlebend	Verheiratet/ Lebenspartnerschaft	Wohngemeinschaft	N
Baden-Württemberg	55,6	33,3	11,1	36
Bayern	47,5	26,2	26,2	61
Berlin	66,7	25,0	8,3	60
Brandenburg	58,3	35,0	6,7	60
Bremen	78,8	21,2	0	33
Hamburg	57,9	36,8	5,3	38
Hessen	46,0	42,9	11,1	63
Mecklenburg-Vorpommern	55,1	42,0	2,9	69
Niedersachsen	50,7	33,8	15,5	71
Nordrhein-Westfalen	43,2	36,4	20,5	44
Rheinland-Pfalz	40,7	33,3	25,9	54
Saarland	63,0	24,1	13,0	54
Sachsen	54,5	36,4	9,1	66
Sachsen-Anhalt	56,5	25,8	17,7	62
Schleswig-Holstein	49,1	47,2	3,8	53
Thüringen	42,2	35,6	22,2	45
Gesamt	53,6%	33,7%	12,7%	869

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=869)

Über die Hälfte aller befragten Klienten lebten allein, 34% waren verheiratet und 13% lebten in einer Wohngemeinschaft. Mit ca. 79% wurden im Bundesland Bremen die meisten allein lebenden Klienten verzeichnet, gefolgt von Berlin mit 67% und dem Saarland mit 63%.

Besuche bei allein lebenden Klienten

In Tabelle 7 wird die Häufigkeit der Besuche bei allein lebenden Klienten dargestellt. Die Häufigkeitsangaben liegen hier von täglich (tgl.) bis weniger als einmal pro Woche (<1x/Wo.) oder nie. N gibt die Anzahl der Klienten an, zu denen Angaben vorlagen.

Tabelle 7 Häufigkeit der Besuche bei allein lebenden Klienten

Bundesland	tgl.	4-6 x/Wo.	2-3 x/Wo.	1 x/Wo.	<1 x/Wo.	nie	N
Baden-Württemberg	47,4%	10,5%	26,3%	10,5%	5,3%	0%	19
Bayern	37,9%	0%	20,7%	17,2%	6,9%	17,2%	29
Berlin	8,1%	8,1%	29,7%	13,5%	10,8%	29,7%	37
Brandenburg	30,3%	15,2%	21,2%	18,2%	0%	15,2%	33
Bremen	16,0%	4,0%	40,0%	24,0%	8,0%	8,0%	25
Hamburg	9,5%	4,8%	33,3%	19,0%	14,3%	19,0%	21
Hessen	27,6%	10,3%	13,8%	20,7%	13,8%	13,8%	29
Mecklenburg-Vorpommern	23,7%	2,6%	26,3%	21,1%	10,5%	15,8%	38
Niedersachsen	33,3%	11,1%	22,2%	13,9%	11,1%	8,3%	36
Nordrhein-Westfalen	44,4%	11,1%	16,7%	22,2%	5,6%	0%	18
Rheinland-Pfalz	42,9%	14,3%	23,8%	14,3%	4,8%	0%	21
Saarland	33,3%	18,2%	30,3%	6,1%	6,1%	6,1%	33
Sachsen	27,8%	13,9%	30,6%	13,9%	13,9%	0%	36
Sachsen-Anhalt	37,1%	8,6%	8,6%	22,9%	8,6%	14,3%	35
Schleswig-Holstein	24,0%	8,0%	32,0%	16,0%	12,0%	8,0%	25
Thüringen	33,3%	5,6%	22,2%	16,7%	16,7%	5,6%	18
Gesamt	28,9%	9,3%	24,7%	16,8%	9,3%	11,0%	453

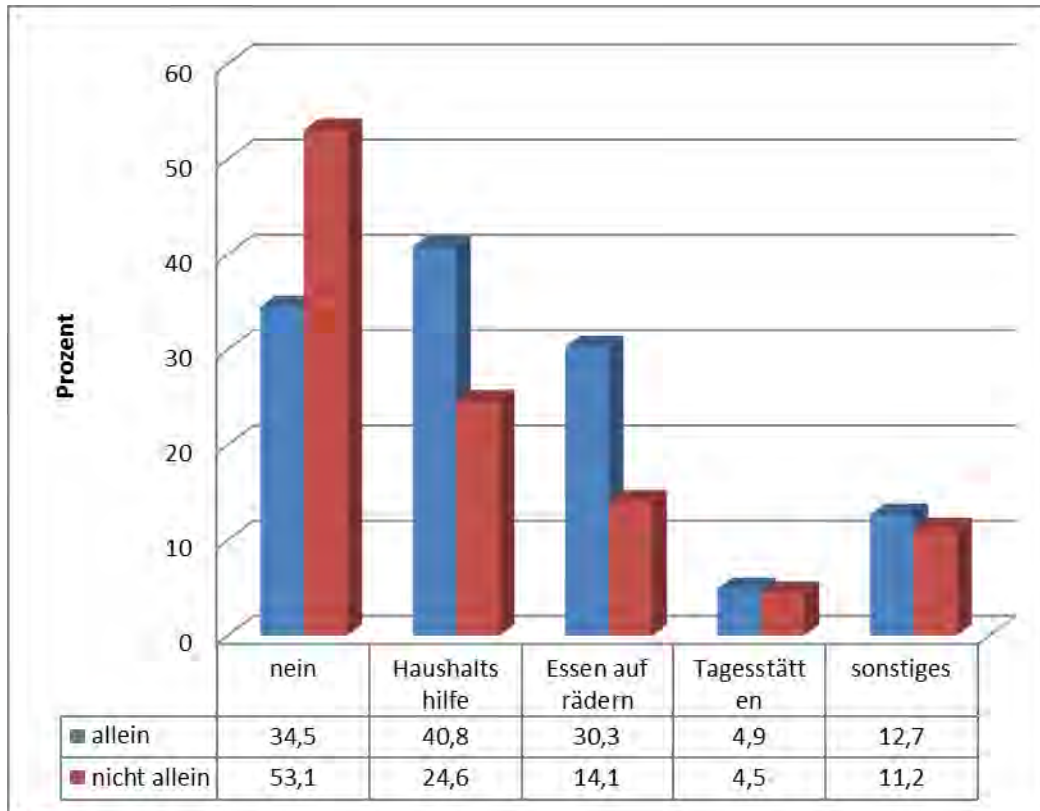
Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (allein lebende Klienten: n=453)

In Baden-Württemberg erhielt fast die Hälfte der allein lebenden Klienten täglichen Besuch durch eine andere Person außerhalb des Pflegedienstes. Die Klienten mit dem niedrigsten Anteil an täglichen Besuchen lebten in Berlin (8%) und Hamburg (9%). Der größte Anteil an allein lebenden Klienten die nie Besuch erhielten, wurde in Berlin ermittelt (30%). In Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen, erhielten die alleinlebenden Klienten zumindest gelegentlich Besuch.

Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen

In Abbildung 6 ist dargestellt, welche weiteren Leistungen (neben der pflegerischen Unterstützung) die Klienten in Anspruch nahmen. Die unterschiedlichen Wohnsituationen werden hier gegenübergestellt betrachtet. Mehrfachantworten waren möglich.

Abbildung 6 Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen (Alleinlebend / nicht Alleinlebend)



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=869)

Über 50% der nicht alleinlebenden Befragten nahmen keine zusätzliche Leistung außerhalb des Pflegedienstes in Anspruch. Alleinlebende Klienten nehmen häufiger zusätzliche Hilfe in Anspruch als nicht alleinlebende. Die Haushaltshilfe (41%) und Essen auf Rädern (30%) werden im Single Haushalt vermehrt genutzt.

Einschätzung der Pflegenden zum Umfang der erbrachten Leistungen

In Tabelle 8 ist dargestellt, inwieweit nach Meinung der professionell Pflegenden der oder die Klient/in grundsätzlich mehr Hilfe bzw. mehr Pflege benötigt.

Tabelle 8 Einschätzung der Pflegenden zum Umfang der erbrachten Leistungen

Bundesland	Hilfe reicht aus	Ja – mehr Hilfe nötig	N
Baden-Württemberg	71,4%	28,6%	35
Bayern	64,5%	35,5%	62
Berlin	63,8%	36,2%	58
Brandenburg	50,8%	49,2%	61
Bremen	58,8%	41,2%	34
Hamburg	77,8%	22,2%	36
Hessen	88,1%	11,9%	59
Mecklenburg-Vorpommern	45,7%	54,3%	70
Niedersachsen	67,1%	32,9%	70
Nordrhein-Westfalen	65,1%	34,9%	43
Rheinland-Pfalz	83,0%	17,0%	53
Saarland	84,6%	15,4%	52
Sachsen	68,9%	31,1%	61
Sachsen-Anhalt	65,6%	34,4%	61
Schleswig-Holstein	50,9%	49,1%	53
Thüringen	72,1%	27,9%	43
Gesamt	66,7%	33,3%	851

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=851)

In Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland waren die Pflegekräfte der Meinung, dass über 80% der Klienten keine weitere Hilfe benötigten. Mecklenburg-Vorpommern(54%), Brandenburg (49%) und Schleswig-Holstein (49%) wiesen nach Auffassung der betreuenden Pflegedienste den höchsten Anteil an Klienten mit zusätzlichem Hilfebedarf auf.

Selbstversorgungsfähigkeiten nach Barthel Index

Die Selbstversorgung bezogen auf die Urinausscheidung wurde mittels Barthel-Index erhoben (Mahoney and Barthel, 1965). Der Fragebogen von Mahoney & Barthel hat sich mittlerweile als ein bewährtes Instrument in der Geriatrie etabliert (Lubke et al., 2004). Die Einstufung dient der Einschätzung der Selbstversorgungsfähigkeit im alltäglichen Leben.

Beim Item Harnkontrolle handelt es sich um eine dreistufige Antwortmöglichkeit. In Tabelle 9 wurde von den professionell Pflegenden anhand des Barthel Index eingeschätzt, inwieweit man die Klienten als komplett harninkontinent, gelegentlich harninkontinent, bzw. als harnkontinent einstuft. Die Anwendung erfolgte mittels Hamburger Einstufungsmanual (<http://www.bag-geriatrie.de>).

Tabelle 9 Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Harninkontinenz“

Bundesland	harn-inkontinent	gelegentlich harn-inkontinent	harn- kontinent	N
Baden-Württemberg	25,7%	20,0%	54,3%	35
Bayern	27,1%	40,7%	32,2%	59
Berlin	24,1%	33,3%	42,6%	54
Brandenburg	18,2%	30,9%	50,9%	55
Bremen	23,5%	14,7%	61,8%	34
Hamburg	15,2%	9,1%	75,8%	33
Hessen	26,2%	24,6%	49,2%	61
Mecklenburg-Vorpommern	32,2%	25,4%	42,4%	59
Niedersachsen	27,3%	19,7%	53,0%	66
Nordrhein-Westfalen	44,7%	34,2%	21,1%	38
Rheinland-Pfalz	41,2%	19,6%	39,2%	51
Saarland	29,5%	34,1%	36,4%	44
Sachsen	13,3%	35,0%	51,7%	60
Sachsen-Anhalt	17,5%	35,1%	47,4%	57
Schleswig-Holstein	33,3%	14,6%	52,1%	48
Thüringen	30,8%	35,9%	33,3%	39
Gesamt	26,6%	27,4%	46,0%	793

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=793)

Von 793 Klienten lagen zu diesem Item Angaben vor. Demnach waren 45% der Klienten in Nordrhein-Westfalen harninkontinent, in Sachsen hingegen nur 13%. Die meisten Befragten in Hamburg (76%) waren harnkontinent, die wenigsten (21%) in Nordrhein- Westfalen.

Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Aufstehen und Gehen“ nach Barthel Index

Ebenfalls anhand des Barthel-Index wurde die Selbstversorgungsfähigkeit bezogen auf „Aufstehen und Gehen“ erhoben. Es handelt sich hierbei um eine vierstufige Antwortmöglichkeit. In Tabelle 10 wurde von den professionell Pflegenden anhand des Barthel Index eingeschätzt, inwieweit man die Klienten als „komplett hilfebedürftig/kann nicht gehen“, „kann Rollstuhl selbstständig bedienen“, „mit Hilfe oder Aufsicht mind. 50 m gehen“ bzw. „ohne Hilfe oder Aufsicht mind. 50m gehen“ einschätzen konnte. Die Anwendung erfolgte mittels Hamburger Einstufungsmanual (<http://www.bag-geriatrie.de>).

Tabelle 10 Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Aufstehen und Gehen“

Bundesland	komplett hilfsbedürftig/ kann nicht gehen	kann Roll- stuhl selb- ständig bedienen	mit Hilfe od. Aufsicht mind. 50m gehen	ohne Hilfe od. Aufsicht mind. 50m gehen	N
Baden-Württemberg	13,9%	13,9%	44,4%	27,8%	36
Bayern	27,1%	10,2%	28,8%	33,9%	59
Berlin	12,3%	7,0%	35,1%	45,6%	57
Brandenburg	19,3%	0%	36,8%	43,9%	57
Bremen	15,6%	3,1%	34,4%	46,9%	32
Hamburg	13,9%	2,8%	33,3%	50,0%	36
Hessen	21,0%	8,1%	24,2%	46,8%	62
Mecklenburg- Vorpommern	16,4%	4,9%	29,5%	49,2%	61
Niedersachsen	11,8%	17,6%	26,5%	44,1%	68
Nordrhein-Westfalen	21,1%	7,9%	34,2%	36,8%	38
Rheinland-Pfalz	27,5%	5,9%	25,5%	41,2%	51
Saarland	18,6%	9,3%	20,9%	51,2%	43
Sachsen	15,3%	5,1%	35,6%	44,1%	59
Sachsen-Anhalt	5,1%	8,5%	37,3%	49,2%	59
Schleswig-Holstein	22,9%	6,3%	25,0%	45,8%	48
Thüringen	20,5%	4,5%	50,0%	25,0%	44
Gesamt	17,5%	7,4%	32,1%	43,0%	810

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=810)

Mehr als ein Viertel der Klienten in Bayern (27 %) und Rheinland Pfalz (28%) sind komplett hilfsbedürftig in Bezug auf „Aufstehen und Gehen“ bzw. können dieses nicht. In Hamburg (50%), Mecklenburg Vorpommern (49 %) und Saarland (51%) können die Hälfte der befragten Klienten ohne Hilfe oder Aufsicht mindestens 50m gehen.

Schmerzen

Die Schmerzbeurteilung wurde mittels VAS (Visual Analog Scale) durchgeführt. Die Skala dient zur Messung der subjektiven Schmerzempfindung des Klienten. Die Endpunkte stellen extreme Zustände dar, wie z. B. 0 = kein Schmerz – 10 = unerträglicher Schmerz. Tabelle 11 enthält die durchschnittlichen Mittelwerte (MW) insgesamt und je Bundesland.

Tabelle 11 Schmerzen

Schmerzskala zur Ermittlung der Schmerzstärke		
Bundesland	Mittelwert (MW)	N
Baden-Württemberg	2,7	26
Bayern	3,0	50
Berlin	3,1	57
Brandenburg	2,8	42
Bremen	2,7	24
Hamburg	1,7	29
Hessen	1,9	46
Mecklenburg-Vorpommern	3,0	57
Niedersachsen	2,9	62
Nordrhein-Westfalen	3,8	30
Rheinland-Pfalz	2,4	52
Saarland	2,0	42
Sachsen	2,5	49
Sachsen-Anhalt	2,4	48
Schleswig-Holstein	2,8	44
Thüringen	3,5	31
Insgesamt	2,7	689

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=689)

689 Klienten haben Angaben zu ihrem Schmerzempfinden geäußert. Davon gaben 32% an keinerlei Schmerzen zu haben. 16% der Klienten gaben eher starke Schmerzen an. Im Durchschnitt haben die Befragten Schmerzen mit einem Wert von 2,7 angegeben. Die höchsten Schmerzgrade hatten die Klienten in Nordrhein- Westfalen mit 3,8 Punkten. Die niedrigsten Schmerzwerte wurden in Hamburg (1,7 Punkte) und Hessen (1,9 Punkte) beobachtet.

Sturz

Stürze sowie sturzbedingte Verletzungen stellen eines der größten Probleme gerade bei älteren Menschen in Pflegeheimen und Krankenhäuser dar (Heinze et al., 2007). Risikofaktoren für Stürze sind unter anderem Einschränkungen bei der Mobilität und der Kognition, eine Sturzvorgeschichte, veränderte Urin- und Stuhlausscheidung, die Einnahme von Sedativa oder Psychopharmaka und eine höhere Anzahl an Komorbiditäten (Müller et al., 2009). Über die Anzahl der Stürze im ambulanten Bereich ist bislang noch nicht viel bekannt.

In Tabelle 12 werden die prozentualen Sturzhäufigkeiten der Klienten innerhalb der letzten 14 Tage insgesamt und je Bundesland dargestellt.

Tabelle 12 Sturzereignisse in den letzten 14 Tagen

Bundesland	nein	ja	Gesamt
Baden-Württemberg	88,2%	11,8%	34
Bayern	96,5%	3,5%	57
Berlin	93,5%	6,5%	62
Brandenburg	98,2%	1,8%	56
Bremen	96,9%	3,1%	32
Hamburg	97,1%	2,9%	35
Hessen	95,1%	4,9%	61
Mecklenburg-Vorpommern	91,4%	8,6%	70
Niedersachsen	95,8%	4,2%	71
Nordrhein-Westfalen	86,1%	13,9%	36
Rheinland-Pfalz	82,6%	17,4%	46
Saarland	90,9%	9,1%	44
Sachsen	88,3%	11,7%	60
Sachsen-Anhalt	95,0%	5,0%	60
Schleswig-Holstein	93,5%	6,5%	46
Thüringen	92,9%	7,1%	42
Gesamt	92,9%	7,1%	812

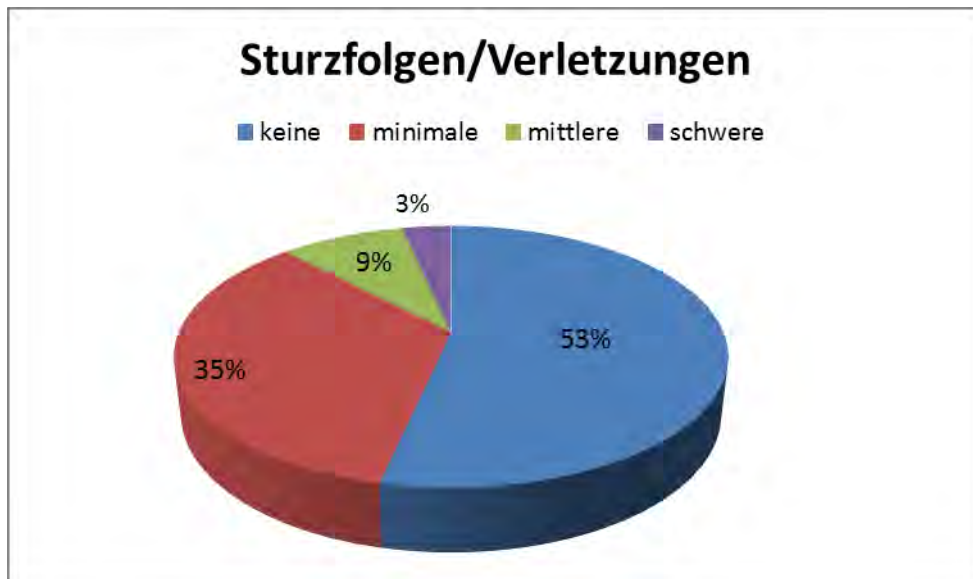
Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=812)

Von 812 Klienten existieren Angaben, ob sie in den letzten 14 Tagen gestürzt sind. Insgesamt stürzten 7% der Klienten im ambulanten Bereich. In Brandenburg lag die Zahl der gestürzten Klienten unter 2%. In Hamburg sind die Klienten am zweitwenigsten gestürzt (3%). Rheinland-Pfalz hingegen wies die höchste Sturzrate mit 17% von 46 Befragten auf. Nordrhein-Westfalen lag mit einer Sturzrate von 14% an zweiter Stelle.

Sturzfolgen

Abbildung 7 zeigt die prozentuale Verteilung von Sturzfolgen bei 58 gestürzten Klienten nach deren Schwere. Dabei wird in keine, minimale (Versorgung direkt vor Ort mit „Pflaster“, mittlere (ärztliche ambulante Versorgung) und schwere (stationärer Aufenthalt erforderlich) Sturzfolgen unterschieden.

Abbildung 7 Sturzfolgen



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (gestürzte Klienten: n=58)

Die Abbildung stellt den prozentualen Anteil der Schwere der Sturzverletzung innerhalb der letzten 14 Tage dar. Das Kreisdiagramm zeigt, dass 53% der gestürzten Klienten keine Sturzfolgen nach sich trugen. 35% der versorgten Personen im ambulanten Bereich wiesen minimale Verletzungen wie kleinere Hämatome oder kleinere Schürfwunden, die nicht versorgt werden mussten, auf. 9% der Befragten erlitten mittlere Verletzungen und nur 3% erlitten schwere Verletzungen in Form einer Fraktur, einer inneren oder äußeren Kopfverletzung oder Gelenk- und Bänderverletzungen nach einem Sturz.

Chronische Wunden

Laut Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ zählen alle Wunden als chronisch die innerhalb von 4 – 12 Wochen nach Wundentstehung unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigen. Die Ursachen, warum eine Wunde über einen längeren Zeitraum nicht abheilt, können recht unterschiedlich sein. Die häufigsten Ursachen sind arterielle und venöse Durchblutungsstörungen, Diabetes mellitus, klinische Infektionen und Druckschäden (DNQP, 2009).

In Tabelle 13 wird die Anzahl der Klienten mit mindestens einer chronischen Wunde aufgezeigt. Gesamt N gibt die Anzahl der befragten Klienten an.

Tabelle 13 Klientenanzahl mit mindestens einer chronischen Wunde

Hat der Klient mindestens eine chronische Wunde?			
Bundesland	(%)	(Anzahl)	N
Baden-Württemberg	2,8%	1	36
Bayern	11,3%	7	62
Berlin	7,9%	5	63
Brandenburg	14,5%	9	62
Bremen	11,4%	4	35
Hamburg	2,6%	1	38
Hessen	11,1%	7	63
Mecklenburg-Vorpommern	14,1%	10	71
Niedersachsen	11,1%	8	72
Nordrhein-Westfalen	13,6%	6	44
Rheinland-Pfalz	7,4%	4	54
Saarland	9,3%	5	54
Sachsen	16,7%	11	66
Sachsen-Anhalt	19,4%	12	62
Schleswig-Holstein	20,8%	11	53
Thüringen	11,1%	5	45
Gesamt	12,0%	106	880

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=880)

Die höchste Prävalenz von chronischen Wunden wurde in den Bundesländern Schleswig-Holstein (21%) und Sachsen-Anhalt (19%) beobachtet. Hamburg und Baden-Württemberg hatten mit unter 3% die geringste Anzahl Klienten mit chronischen Wunden.

Verteilung der verschiedenen chronischen Wunden

Tabelle 14 zeigt die Häufigkeiten der unterschiedlichen chronischen Wunden. Die Gesamthäufigkeiten in den einzelnen Bundesländern können im Vergleich zu Tabelle 12 höher ausfallen, da manche Klienten mehr als eine chronische Wunde aufwiesen.

In der Tabelle steht die Abkürzung DSF für Diabetischen Fußsyndrom.

Tabelle 14 Verteilung der verschiedenen chronischen Wunden

Bundesland	Ulcus Cruris	Dekubitus	paVK	DFS	inf. OP Wunde	Tumorwunde
Baden-Württemberg	0%	0%	0%	2,8%	0%	0%
Bayern	3,2%	1,6%	3,2%	3,2%	1,6%	0%
Berlin	4,8%	1,6%	1,6%	3,2%	0%	0%
Brandenburg	6,5%	3,2%	1,6%	3,2%	3,2%	0%
Bremen	5,7%	2,9%	5,7%	2,9%	0%	2,9%
Hamburg	0%	0%	0%	0%	2,5%	0%
Hessen	6,3%	4,8%	7,9%	1,6%	0%	0%
Mecklenburg-Vorpommern	1,4%	5,6%	2,8%	1,4%	0%	2,8%
Niedersachsen	5,6%	1,4%	0%	0%	1,4%	0%
Nordrhein-Westfalen	2,3%	11,4%	0%	0%	0%	0%
Rheinland-Pfalz	1,9%	3,7%	0%	1,9%	0%	0%
Saarland	3,7%	5,6%	1,9%	1,9%	0%	0%
Sachsen	9,1%	4,5%	3,0%	0%	1,5%	0%
Sachsen-Anhalt	9,7%	1,6%	4,8%	4,8%	3,2%	1,6%
Schleswig-Holstein	3,8%	13,2%	3,8%	0%	3,8%	0%
Thüringen	4,4%	2,2%	2,2%	4,4%	2,2%	0%
Gesamt	4,5%	4,0%	2,5%	1,9%	1,2%	0,5%

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=880)

Mit 5% war das Ulcus Cruris die häufigste chronische Wunde, dicht gefolgt vom Dekubitus mit 4%. Die infizierte Operationswunde (1%) und die Tumorwunde (0,5%) waren am wenigsten vertreten. In Schleswig-Holstein (13 %) und Nordrhein-Westfalen (11 %) machten die Dekubitalulcera den höchsten Anteil an den chronischen Wunden aus.

Anzahl Klienten mit Mehrfachwunden

In der folgenden Tabelle 15 ist die Anzahl der Klienten dargestellt, die mehr als eine chronische Wunde haben. In die Berechnung sind alle Klienten mit aufgenommen worden, die entweder von einer Wundart mehr als eine (z. B. zwei oder mehr Dekubitalulcera) oder zwei oder mehr verschiedene Wundarten (z. B. Ulcus Cruris und Dekubitus) hatten.

Tabelle 15 Anzahl Klienten mit Mehrfachwunden

Klienten mit mehr als einer chronischen Wunde			
Bundesland	(%)	(Anzahl Klienten)	N
Baden-Württemberg	0%	0	36
Bayern	3,2%	2	62
Berlin	4,8%	3	63
Brandenburg	8,1%	5	62
Bremen	5,7%	2	35
Hamburg	0%	0	38
Hessen	6,3%	4	63
Mecklenburg-Vorpommern	4,2%	3	71
Niedersachsen	0%	0	72
Nordrhein-Westfalen	2,3%	1	44
Rheinland-Pfalz	0%	0	54
Saarland	3,7%	2	54
Sachsen	4,5%	3	66
Sachsen-Anhalt	9,7%	6	62
Schleswig-Holstein	9,4%	5	53
Thüringen	4,4%	2	45
Gesamt	4,3%	38	880

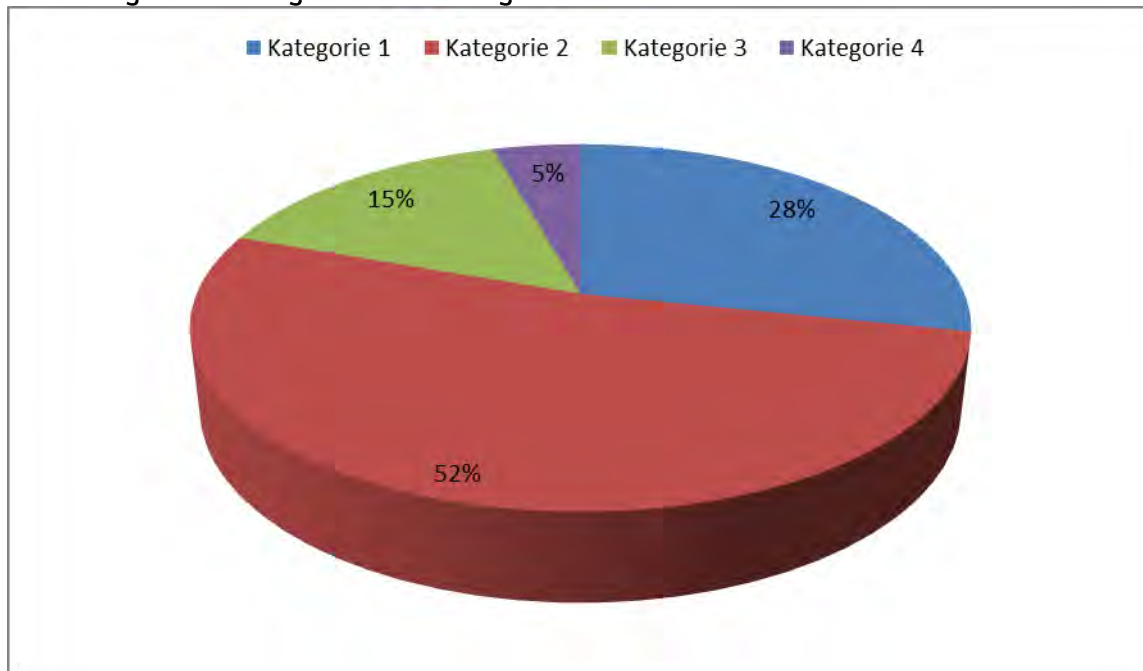
Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=880)

Die meisten Klienten mit mehr als einer Wunde wurden in Sachsen-Anhalt (10%), Schleswig-Holstein (9%) und Brandenburg (8 %) festgestellt. Diese Bundesländer wiesen auch die höchsten Prävalenzen von chronischen Wunden auf (Sachsen-Anhalt 19%, Schleswig-Holstein 21% und Brandenburg 15%).

Kategorien Dekubitus

In Abbildung 8 ist die Verteilung der einzelnen Dekubitus Kategorien aufgezeigt. Zugrunde gelegt ist die Gesamtanzahl der aufgetretenen Dekubitalulcera. Die Kategorien 1 – 4 und tiefe Gewebeschädigung (TGS) sind nach EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) definiert (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009).

Abbildung 8 Verteilung Dekubituskategorien



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (Gesamtanzahl Dekubitalulcera: n=46)

Bei 35 Klienten sind 46 Dekubitalulcera aufgetreten. Ein Klient hatte 6 Dekubitalulcera Kategorie 1 an unterschiedlichen Körperstellen. Ein weiterer Klient hatte 4 Dekubitalulcera, drei Kategorie 2 und einen Kategorie 3.

Insgesamt sind 52% der Dekubitalulcera Kategorie 2, 28% sind Kategorie 1, Kategorie 3 sind 15% und 5% sind Kategorie 4. Eine TGS wurde bei keinen Klienten angegeben.

Klienten- und Angehörigenbefragung

Zusätzlich zur Erhebung der pflegerelevanten Gesundheitsprobleme bei den zufällig ausgewählten Klienten erfolgte eine Erfassung der Klientenzufriedenheit mittels des Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire - Ambulant Care (PPSQ-AC) (Ortlieb et al., 2004). An dieser Stelle stand die Frage: „Wie bewerten Sie als Kunde die Betreuung durch Ihren Pflegedienst?“ im Vordergrund.

Um die psychischen, physischen und sozialen Belastungen der pflegenden Angehörigen zu ermitteln, wurde das Assessment zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehörigen (ARR) eingesetzt (Budnick et al., 2012).

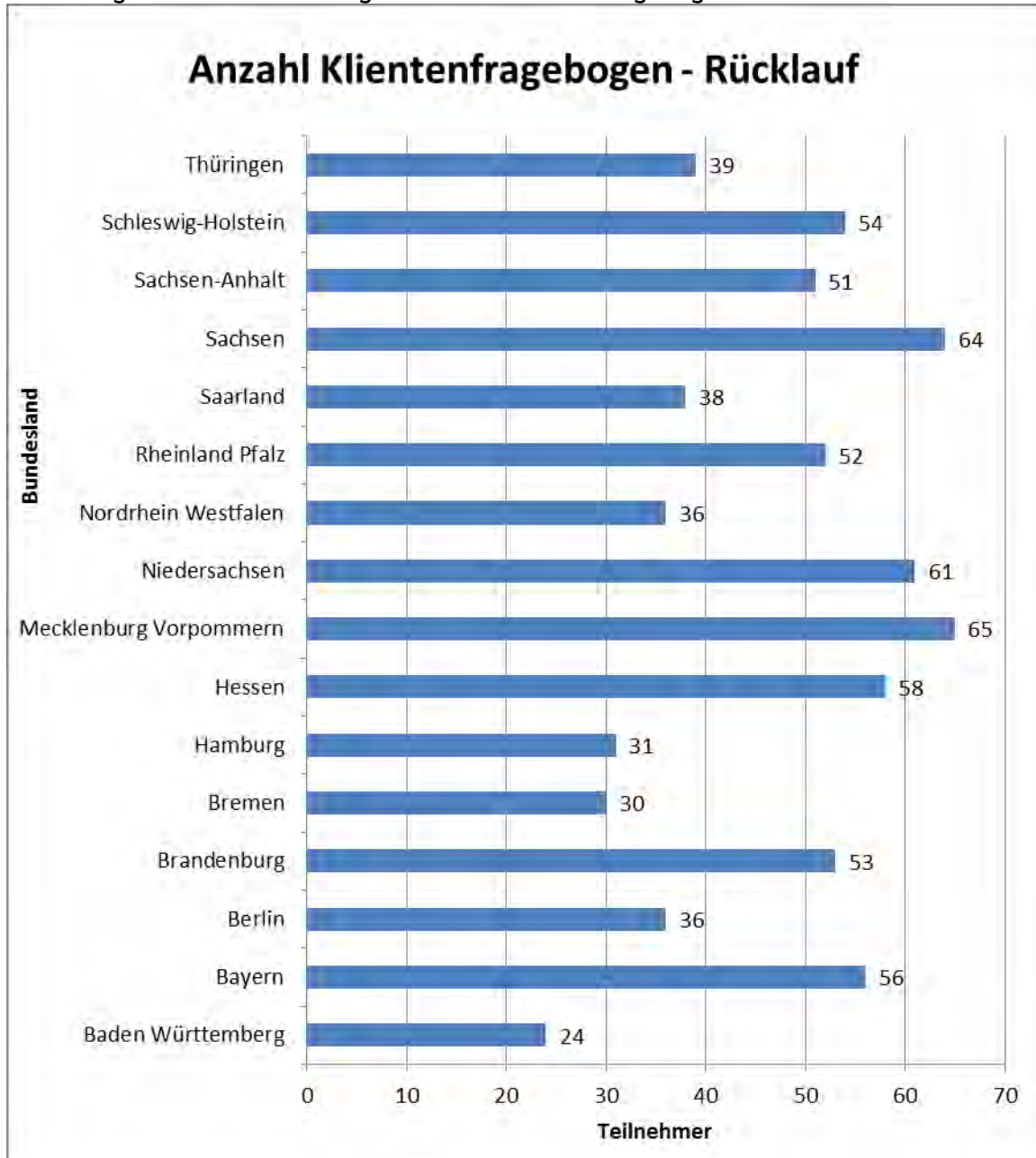
Jeder teilnehmende Klient erhielt einen 2seitigen Fragebogen, wobei eine Seite vom Klienten selbst und die andere vom pflegenden Angehörigen auszufüllen war. Dazu erhielten sie einen frankierten Rückumschlag, um das Ergebnis ans Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft zu senden. Die Daten wurden anonymisiert erhoben.

Klientenbefragung

Der Fragebogen besteht aus demographischen Daten sowie aus ausgewählten Fragen des PPSQ-AC. Der Klient sollte die Fragen entweder selbstständig oder zusammen mit einer Vertrauensperson ausfüllen. Die Beantwortung der Fragen war am Schulnotenprinzip orientiert. Wenn sie beispielsweise die Betreuung durch den Pflegedienst sehr gut fanden, sollten die Klienten den Wert 1 („sehr gut“) ankreuzen, oder umgekehrt den Wert 5 („sehr schlecht“), falls sie sehr unzufrieden waren. Die Symbole mit lachenden oder weinenden Gesichtern über den Zahlen verdeutlichten noch einmal die Bedeutung der einzelnen Zahlen dieser fünfstufigen Skala.

Abbildung 9 zeigt die Verteilung der teilnehmenden Klienten, die den Klientenfragebogen beantwortet und zurück geschickt haben, unterteilt in Bundesländer.

Abbildung 9 Anzahl der zurückgeschickten Klientenfragebögen



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=748)

Insgesamt liegen 748 Klientenfragebögen zur Auswertung vor. Die meisten vorhandenen Klientendaten stammten aus Mecklenburg Vorpommern und aus Sachsen. Der geringste Rücklauf lag in Baden-Württemberg vor.

Das folgende Diagramm zeigt die Verteilung, wie der Bogen von den Klienten ausgefüllt wurde, die in der Lage waren die Fragen zu beantworten. In dieser Grafik wird dargestellt, ob die Klienten in der Lage waren den Fragebogen allein auszufüllen oder ob Hilfe in Anspruch genommen wurde.

Abbildung 10 Wie wurde der Fragebogen ausgefüllt?

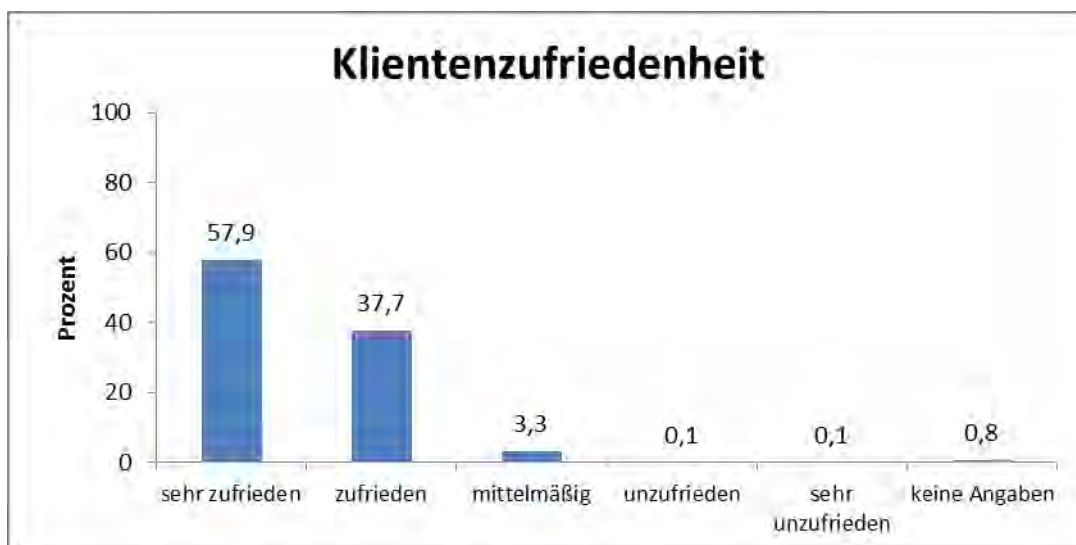


Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=547)

Es lagen Angaben von 547 Klienten vor, wie der Fragebogen ausgefüllt wurde. 38% dieser Teilnehmer hatten die Fragen selbständig beantwortet. 62 % hatten die Hilfe eines Angehörigen bzw. Bekannten in Anspruch genommen.

Insgesamt 717 Klienten haben die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Pflegedienst?“ beantwortet. Abbildung 11 zeigt die fünfstufige Antwortskala auf.

Abbildung 11 Klientenzufriedenheit



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=717)

Mehr als die Hälfte der Befragten waren sehr zufrieden, 38% waren zufrieden und 3% mittelmäßig zufrieden. So gut wie kein Klient äußerte sich negativ über seinen Pflegedienst.

Das folgende Diagramm veranschaulicht die Frage, ob die Klienten die Arbeitsweise der Pflegekräfte als angenehm empfinden. Die Antwortmöglichkeiten sind auf einer 5-stufigen Skala aufgeteilt.

Abbildung 12 Arbeitsweise der Pflegekräfte

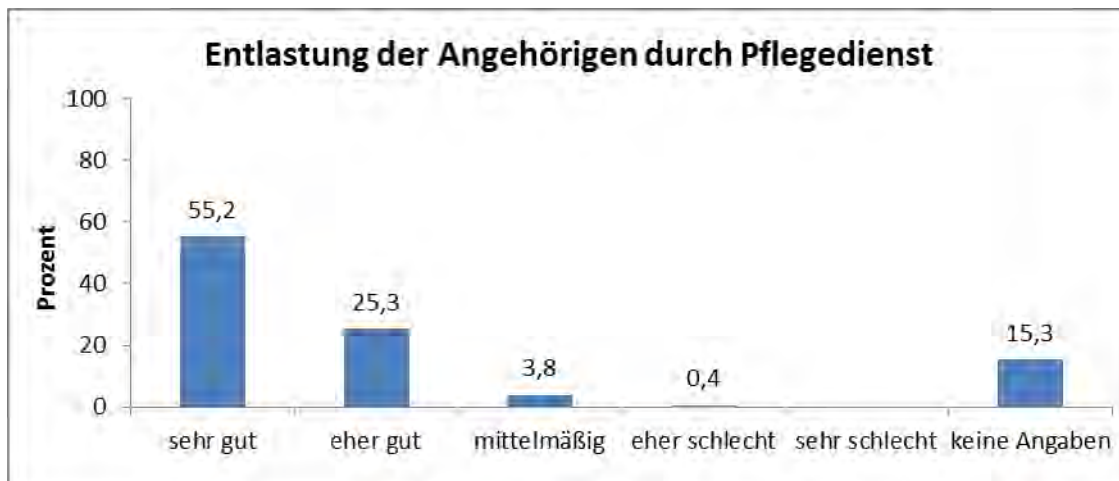


Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=730)

Von 730 Klienten lagen zu diesem Item Informationen vor. 63 % der Klienten empfanden die Arbeitsweise ihres Pflegedienstes als sehr angenehm. Kein Patient äußerte sich sehr negativ über seinen Pflegedienst. Lediglich 0,3 % der Teilnehmer gaben ein unangenehmes Gefühl an.

In der unten stehenden Grafik wurden die Klienten gefragt, inwieweit die Angehörigen bzw. andere Helfer durch den Pflegedienst entlastet werden. Die Antworten waren in einem 5-Stufen-System von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ möglich bzw. es können keine Angaben zur Frage gemacht werden oder sie war unzutreffend.

Abbildung 13 Klientenangaben zur Entlastung der Angehörigen durch den Pflegedienst



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=712)

712 Klienten haben die Frage nach der Entlastung des Angehörigen bzw. anderer Helfer durch den Pflegedienst, beantwortet. Davon waren 55% der Meinung, dass der Pflegedienst sie sehr gut entlastet. 15% entschieden sich für die Antwort keine Angaben bzw. unzutreffend.

Hilft der Pflegedienst den Klienten, Kontakte zu Freunden oder Bekannten aufrecht zu erhalten, wird in Abbildung 14 dargestellt. 699 Klienten haben diese Frage beantwortet.

Abbildung 14 Hilfestellung durch Pflegedienst Kontakt zu Freunden oder Bekannte zu halten



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=699)

In ca. der Hälfte der Fälle (sehr oft 22% + oft 23%), gaben die Klienten an, dass der Pflegedienst unterstützend in der Pflege von Freundschaften oder Kontakt zu Angehörigen wirkt. 35 % konnten dazu keine Angaben machen.

717 Klienten haben die Frage in Abbildung 15 beantwortet. Die Grafik zeigt den prozentualen Anteil der fünf Antwortmöglichkeiten bzw. des Feldes keine Angaben/ unzutreffend.

Abbildung 15 Lebensgefühl



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=717)

Über 60% der Klienten hatten das Gefühl, dass sie mehr vom Leben haben, seitdem sie vom Pflegedienst betreut werden. 20% konnten dazu keine Angaben machen.

Angehörigenbogen

Die Frage nach dem körperlichen, geistigen und sozialem Empfinden soll mit diesem einseitigen Fragebogen näher beleuchtet werden. Das angewendete Assesment hierfür stammt aus dem Institut für medizinische Soziologie der Charité- Universitätsmedizin Berlin und wurde von Budnick et al (2012) entwickelt. Das Assessment zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR) wurde bislang nur in Krankenkassenstrukturen erprobt, für den ambulante Bereich aber durchaus empfohlen. Je nach Fragestellung ergeben sich die Antwortmöglichkeiten auf einer vier-stufigen Skala von „sehr gut“, „sehr stark“, „stimmt genau“ bis zu „sehr schlecht, „sehr schwach“ oder „Stimmt nicht“. (Budnick et al., 2012)

In Abbildung 16 wird die prozentuale Verteilung des Geschlechtes der pflegenden Angehörigen dargestellt.

Abbildung 16 Geschlecht der pflegenden Angehörigen

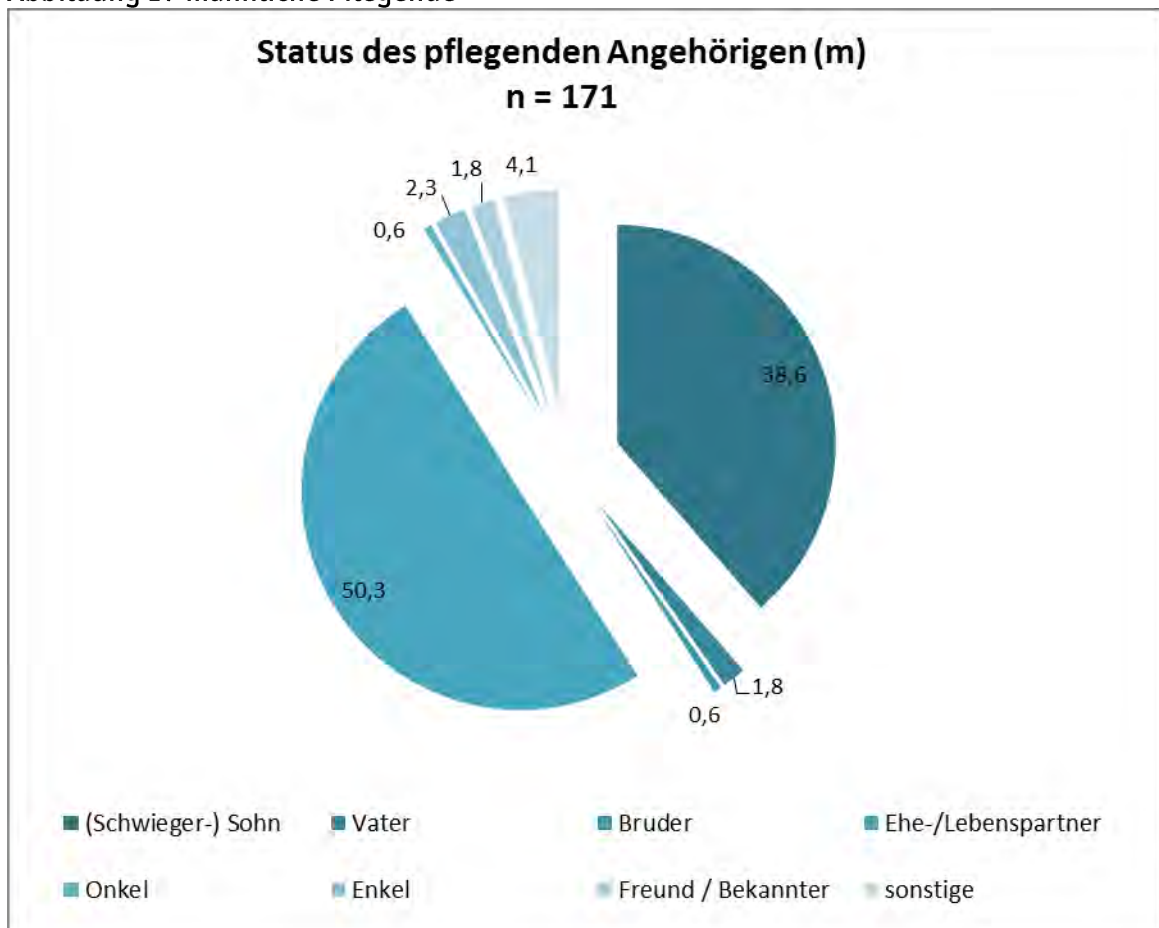


Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=508)

Die Gruppe der pflegenden Angehörigen bestand aus 2 Drittel Frauen und in einem Drittel Männer.

Das Durchschnittsalter befand sich bei 62,4 Jahren mit einer Standardabweichung von 14,5. Die jüngste pflegende Angehörige war 21 und die älteste 94 Jahre. Von 498 Angehörigen lagen Angaben zum Verwandtschaftsstatus vor. Die folgenden zwei Abbildungen 17 und 18 zeigen getrennt voneinander den Beziehungsstatus zu der zu pflegenden Person in männliche und weibliche Pflegende Angehörige auf.

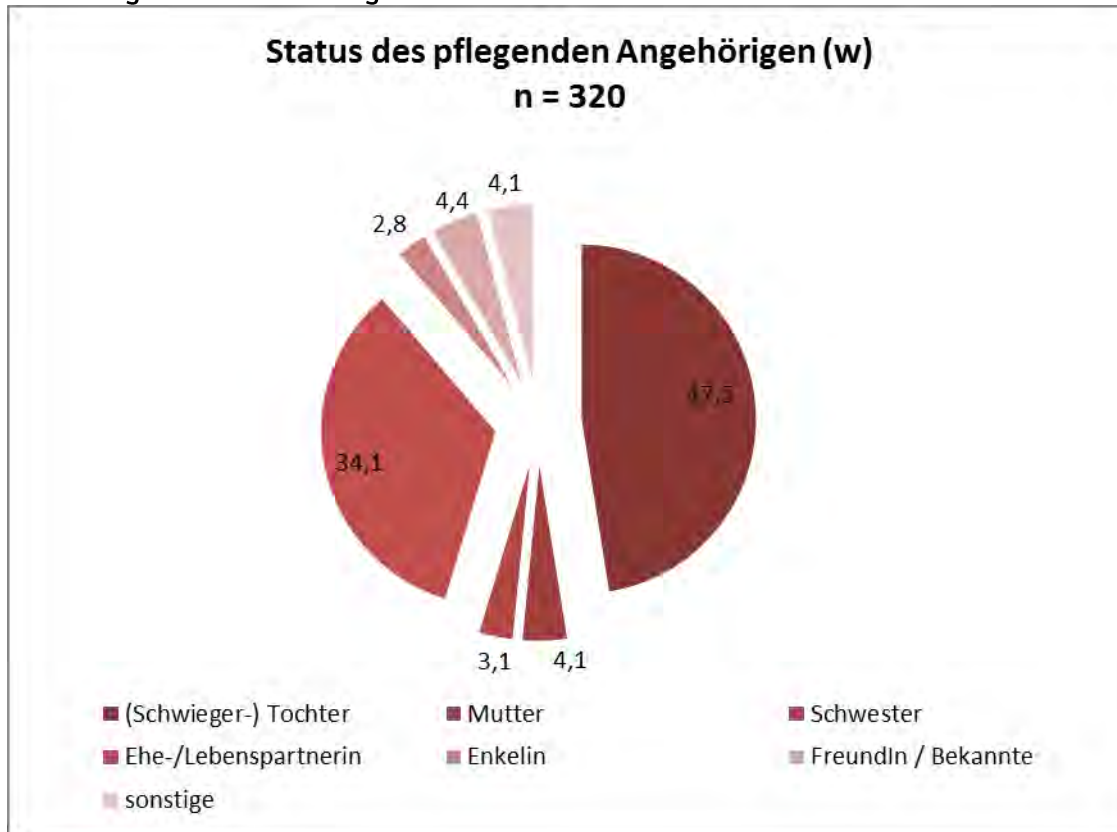
Abbildung 17 männliche Pflegende



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (Berufsstatus männliche pflegende Angehörige: n=171)

Mit einem Anteil von 50% waren die Ehemänner die größte Gruppe der männlichen pflegenden Angehörigen. Die Söhne bzw. der Schwiegersöhne waren mit 39% an der Pflege beteiligt. Brüder und Onkel kamen am wenigsten als männliche pflegende Angehörige vor.

Abbildung 18 weibliche Pflegende



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (Berufsstatus weibliche pflegende Angehörige n=320)

Bei den weiblichen pflegenden Angehörigen stellten die Töchter bzw. Schwiegertöchter die größte Kategorie mit 48% dar. Die weiblichen der Ehe-/ Lebenspartner waren zu 34% an der Pflege ihres Mannes beteiligt. Die Enkeltöchter waren die kleinste Gruppe weiblicher Angehöriger, die in der Pflege eines Angehörigen involviert waren. Es wurden keine pflegenden Tanten genannt.

Das Kreisdiagramm in Abbildung 19 zeigt den Berufsstatus der pflegenden Angehörigen auf. Die Angabe erfolgt in Prozent. 484 Angehörige haben diese Frage beantwortet.

Abbildung 19 Berufsstatus der pflegenden Angehörigen

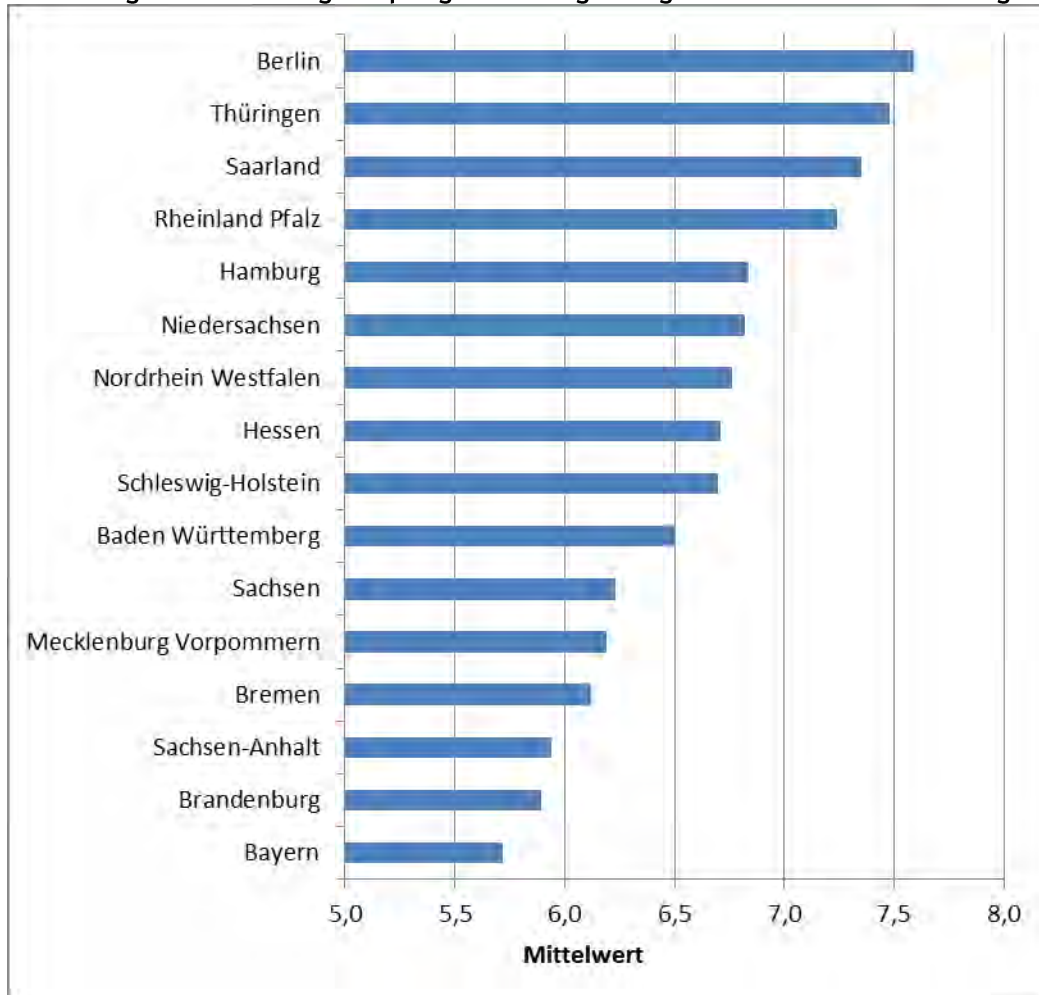


Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=484)

Die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen stellten mit über 50% die Rentner dar. 21% der Befragten führten neben der Pflege des Angehörigen einen Vollzeitjob aus. Nur 1% der Befragten hatten sich für die Pflege freistellen lassen.

Die Abbildung 20 zeigt die Mittelwerte der Angaben der Angehörigen, wie stark sie sich im häuslichen Pflegealltag eingebunden fühlen, aufgeteilt in Bundesländer. Die Einschätzung erfolgte anhand einer Skala von 1-10 wobei 1 bedeutet „Ich fühle mich überhaupt nicht eingebunden“ und 10 „Ich fühle mich sehr stark eingebunden“.

Abbildung 20 Einbindung der pflegenden Angehörigen in den häuslichen Pflegealltag



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=469)

Insgesamt lagen Angaben von 469 Angehörigen vor. Berlin ist das Bundesland, indem die meisten pflegenden Angehörigen sehr stark in den Pflegealltag integriert waren. Thüringen und das Saarland wiesen ähnlich hohe Werte auf. In Bayern fühlten sich die Angehörigen am wenigsten stark in den Pflegealltag integriert.

Tabelle 16 zeigt den Zusammenhang zwischen Berufsstatus der pflegenden Angehörigen und der Angabe ob Sie sich körperlich erschöpft fühlen. Die Antworten sind in Prozent angegeben. Die Spalte N stellt die Anzahl der Angaben an.

Tabelle 16 Körperliche Erschöpfung vs. Berufsstatus

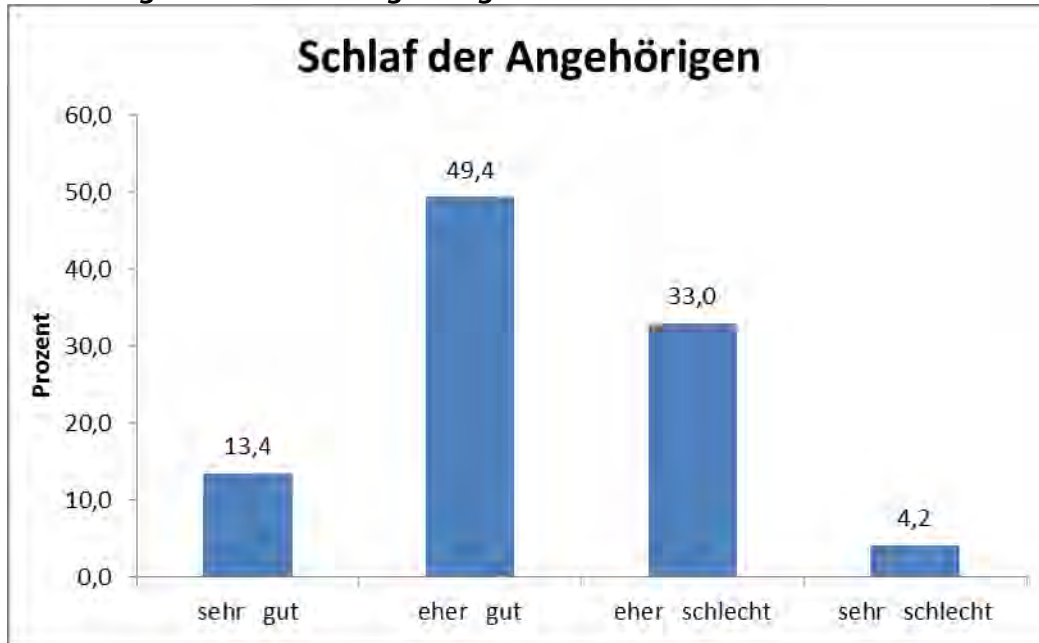
BERUFSSTATUS	KÖRPERLICHE ERSCHÖPFUNG				
	STIMMT GE- NAU	STIMMT ÜBERWIE- GEND	STIMMT EIN WE- NIG	STIMMT NICHT	N
Arbeitslos	8,7%	21,7%	56,5%	13,0%	23
Rentner	21,5%	29,9%	36,8%	11,9%	261
Berufstätig- Vollzeit	10,8%	21,6%	48,0%	19,6%	102
Berufstätig - Teilzeit	8,2%	13,7%	58,9%	19,2%	73
Freistellung zur Pflege	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	6
Gesamt	16,6%	25,2%	43,2%	15,1%	465

Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=465)

Trotzdem ein Großteil der Befragten zusätzlich zur Pflege ihres Angehörigen noch im Berufsleben stand, fühlten sich viele von ihnen nur ein wenig oder gar nicht erschöpft.

In der Grafik in Abbildung 21 wird die Beurteilung des Schlafes in den letzten 4 Wochen der Angehörigen dargestellt. Die Werte der 4 Antwortmöglichkeiten sind in Prozent angegeben.

Abbildung 21 Schlaf der Angehörigen in den letzten 4 Wochen



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=506)

Von gesamt 506 Personen gaben 4% an, dass sie in letzter Zeit sehr schlecht geschlafen haben. 49 % von ihnen schätzen ihren Schlaf als eher gut ein.

Die unten aufgeführte Zeichnung erläutert die Ergebnisse zur Frage nach dem Wunsch der pflegenden Angehörigen hin und wieder aus Ihrer Situation auszubrechen. Die vier Antwortmöglichkeiten sind mittels Prozentwert benannt.

Abbildung 22 Wunsch der pflegenden Angehörigen aus Situation mal auszubrechen



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=505)

17% der 505 pflegenden Angehörigen beantworteten die Frage, ob sie hin und wieder den Wunsch hätten aus ihrer Situation auszubrechen mit stimmt genau. 37% von ihnen verneinten dies eher.

Mittels der Aussage: „Ich kann mit ruhigem Gewissen eigenen Interessen nachgehen“ wird ein Bereich aus der psychischen Komponente des Fragebogens ermittelt. Die nachfolgende Abbildung 23 zeigt die Prozentwerte der Antworten.

Abbildung 23 Nachgehen von eigenen Interessen der pflegenden Angehörigen

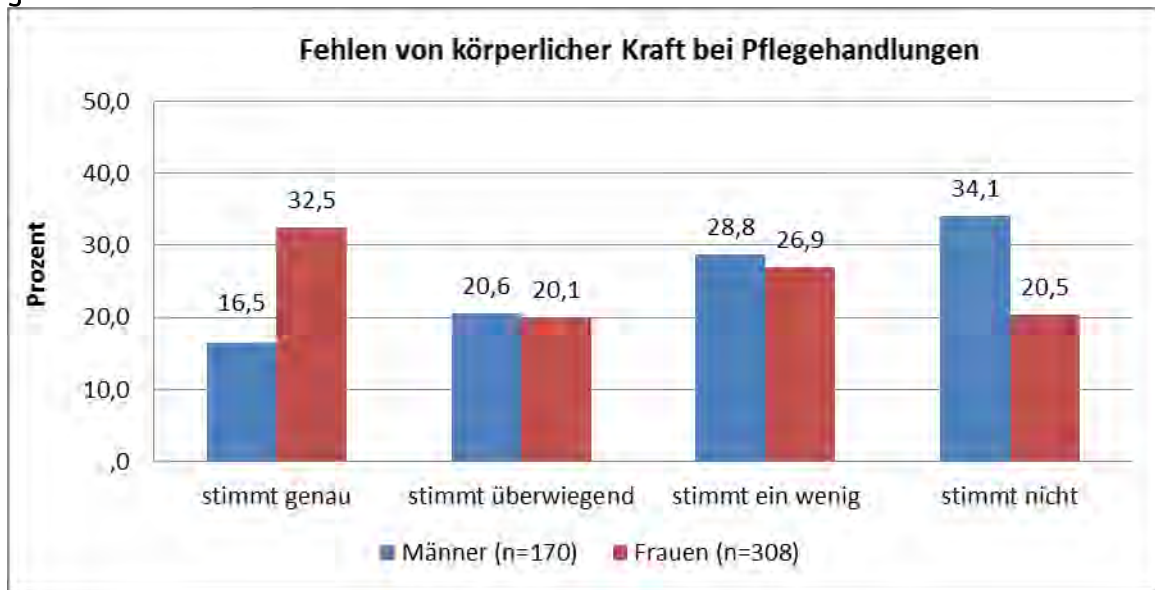


Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n=492)

Eigenen Interessen mit ruhigem Gewissen nachgehen, konnten circa die Hälfte der Befragten. Die andere Hälfte stimmte diesem Punkt eher nicht zu.

Die Antworten zum Standpunkt, dass den pflegenden Angehörigen oft die körperliche Kraft für Pflegehandlungen fehlt, sind in Abbildung 24 aufgeführt. Es erfolgte eine Aufteilung in weibliche und männliche pflegende Angehörige. Die Angaben der jeweiligen Balken sind in Prozent dargestellt.

Abbildung 24 Fehlen von körperlicher Kraft der pflegenden Angehörigen bei Pflegehandlungen

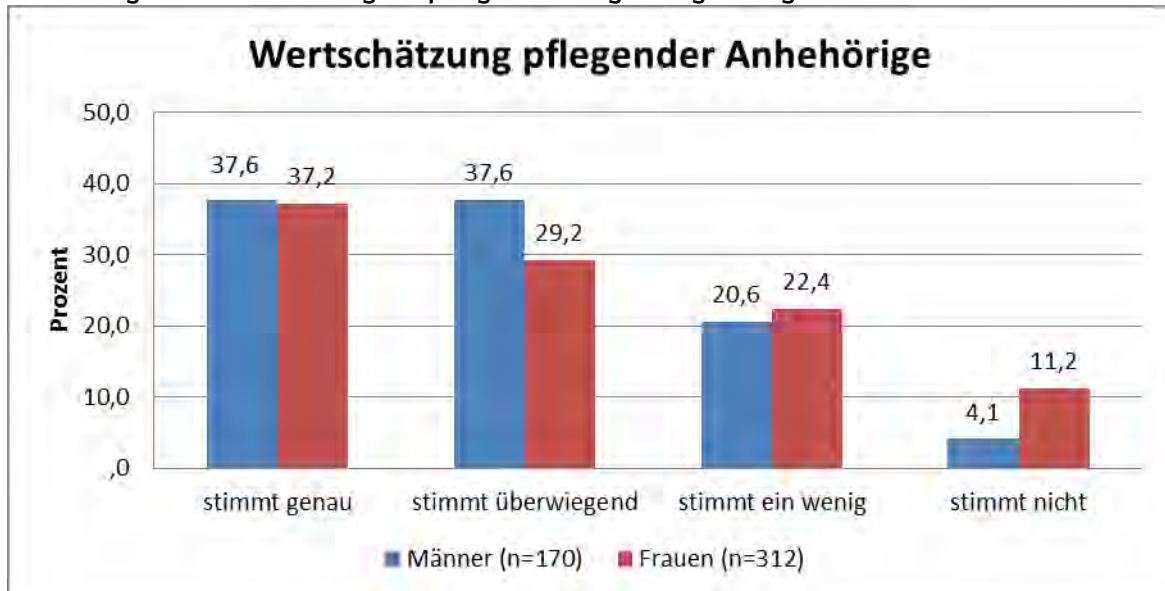


Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n = 478)

Betrachtet man die Grafik, so fällt auf, dass bei 17% der Männer die körperliche Kraft bei der Verrichtung von pflegerischen Handlungen bei ihren Angehörigen fehlt. Bei den Frauen sind es fast doppelt so Viele (34%). Von den Männern geben 34% an, dass sie ausreichend körperliche Kraft bei der Pflege des Angehörigen haben. Hingegen nur 20% der Frauen dieser Auffassung sind.

Die Abbildung 25 zeigt die Antworten der pflegenden Angehörigen, inwiefern sie sich als pflegende Angehörige in ihrer Tätigkeit wertgeschätzt fühlen. Die Unterteilung erfolgt in pflegende Angehörige Frauen und Männer. Die Angaben der Antwortmöglichkeiten sind in Prozent aufgelistet.

Abbildung 25 Wertschätzung als pflegender Angehöriger aufgeteilt in Männer und Frauen



Quelle: ZQP-Befragung Gesundheitszustand in der häuslichen Pflege (n = 482)

Über zwei Drittel der männlichen pflegenden Angehörigen fühlen sich absolut(37,6%) bzw. überwiegend (37,6%) in ihrer Arbeit wertgeschätzt. Auch bei den Frauen fühlt sich der überwiegende Teil in ihrer Arbeit als pflegende Angehörige wertgeschätzt (37,2% absolut und 29,2% überwiegend). Rund 4% von den männlichen Pflegenden haben nicht das Gefühl als pflegender Angehöriger wertgeschätzt zu werden. Bei den pflegenden Frauen sind es sogar 11,2% die sich in Ihrer Arbeit nicht wertgeschätzt fühlen.

Diskussion

Zunächst werden die methodischen Aspekte der Erhebung diskutiert, um Aussagen über die vermeintliche Validität der gefundenen Ergebnisse machen zu können. Anschließend erfolgt eine Diskussion der wichtigsten inhaltlichen Ergebnisse der Studie.

Methodische Diskussion

Die Validität der erhobenen Daten kann sowohl durch fehlerhafte Information als auch durch Selektion der Teilnehmer bedroht werden. Durch die Verwendung validierter Instrumente konnte der Informationsbias so weit wie möglich reduziert werden. Während der Datenerhebungsphase gab es auch nur vereinzelte Rückfragen zum Fragebogen.

Durch Non-response, sowohl auf der Ebene der Einrichtung als auch auf Ebene der Teilnehmer (Klienten verweigerten den „Informed Consent“) kann die externe Validität einer probabilistischen Stichprobenziehung leiden. Hierzu ist folgendes festzuhalten:

1. Nach der zufälligen Auswahl der Einrichtungen mussten ca. 20% der Dienste nachrekrutiert werden, die Rekrutierung der Pflegedienste zeigte in den Bundesländer drastische Unterschiede. Besondere Schwierigkeiten mit einer hohen Nachrekrutierungsquote traten in den Stadtstaaten Bremen und Berlin auf.
2. Bei der Selektion der Teilnehmer verweigerten ca. 40 % der Teilnehmer den „Informed Consent“ und mussten nachrekrutiert werden. Hier zeigten sich bezogen auf die Bundesländer keine großen Unterschiede.
3. Aus diesem Grund wurden die ermittelten Kennwerte aus der Stichprobe mit denen aus der zur Verfügung stehenden Parameter der Grundgesamtheit verglichen. Die vorliegende Stichprobe zeigte sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und der Einstufung nach SGB XI, Diagnosen sowie der Verteilung der Trägerschaften mit anderen repräsentativen Erhebungen vergleichbar (MDS, 2012, Statistisches Bundesamt, 2013).

Aufgrund der vertretbaren Non-response Quote und der Übereinstimmungen der ermittelten Stichprobenkennwerte mit den Parametern der Grundgesamtheit ist von einer hohen Repräsentativität der Daten auszugehen.

Inhaltliche Diskussion

Die inhaltliche Diskussion erfolgt thematisch anhand der verwendeten Instrumente. So werden zunächst die wichtigsten Erkenntnisse aus der direkten Untersuchung an den Klienten diskutiert, danach die Befragung der Klienten und Angehörigen und schließlich die Erkenntnisse der in den einzelnen Diensten vorgefundenen Strukturen.

Strukturen

Im Strukturbogen wurde unter anderem nach dem Vorhandensein von hausinternen Standards zu den Problemen Sturz, Dekubitus, Ernährung und chronische Wunden gefragt. Laut dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) § 113a ist die Einführung und Umsetzung der Expertenstandards „... für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.“ (Bundesministerium der Justiz, 2008). Dies hat zur Folge, dass dementsprechend die Inhalte und Empfehlungen der Expertenstandards in den hausinternen Standards, dem Gesetz entsprechend, wieder zu finden sein müssen. Bezogen auf die strukturellen Qualitätseigenschaften gaben fast alle Pflegedienste an, einen Sturzstandard und einen Standard zur Dekubitusprophylaxe zu haben. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde jedoch nicht überprüft, ob diese tatsächlich implementiert sind und in der täglichen Arbeit angewendet werden und über welche Qualität diese verfügen. So wurde beispielsweise im dritten Qualitätsbericht des MDS festgestellt, dass sich nur bei drei Viertel der Pflegedienste die erforderlichen Kriterien zum Sturzmanagement und zur Dekubitusprophylaxe im Qualitätsmanagement wiederfanden (MDS, 2012).

Untersuchung der Klienten

Bezogen auf die Versorgung mit Medikamenten und der Verbreitung der Gripeschutzimpfung zeigten sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern, die sich nur schwerlich mit regionalen Besonderheiten erklären lassen. Besonders große Unterschiede fanden sich bei der Gripeschutzimpfung (Influenza). Hier empfiehlt das Robert Koch Institut „Die Ständige Impfkommision empfiehlt die jährliche Impfung im Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination als Standardimpfung aller Personen ab 60 Jahre ...“. Insgesamt waren weniger als 60 % der untersuchten Klienten geimpft. Besonders in den südlichen Flächenstaaten Baden-Württemberg und Hessen war die Quote mit weniger als ein Drittel geimpfter Klienten sehr niedrig.

Laut Statistischem Bundesamt sind über 38% der Haushalte in Deutschland Einpersonenhaushalte. Betrachtete man frühere Angaben vom statistischen Bundesamt zur Wohnsituation, so ist ein Trend bezüglich der steigenden Zahlen von Einpersonenhaushalten zu erkennen. (Statistisches Bundesamt, 2009). Sieht man sich die Wohnsituation der befragten Klienten an, stellt man fest, dass über 50% aller befragten Klienten allein leben. In Bremen sind es 79% und in Berlin 67%. Schaut man sich nun die Häufigkeit der Besuche bei alleinlebenden Klienten an, ist auffällig, dass in Bremen nur 8% der Alleinlebenden nie Besuch bekommen, hingegen in Berlin fast 30% nie Besuch erhalten. Alleinlebende Klienten bundesweit nehmen häufiger zusätzliche Hilfe in Anspruch als nicht alleinlebende. Die Haushaltshilfe (41%) und Essen auf Rädern (30%) werden im Single Haushalt vermehrt genutzt. Betrachtet man sich jedoch die Aufteilung auf die einzelnen Bundesländer, so geben 63% der alleinlebenden Berliner Klienten an, keine weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Gründe hierfür können nicht näher angegeben werden, da diese nicht erfragt worden sind. Man könnte annehmen, dass es eventuell an einem zu geringen Einkommen liegt, um sich zusätzliche Hilfe zu leisten. Ebenso wäre Unwissenheit über zusätzliche Leistungen ein Argument. Diese Äußerungen sind jedoch rein spekulativ und frei interpretiert. Eine nachfolgende Untersuchung könnte darüber Aufschluss geben.

Bei der Frage an die professionell Pflegenden, inwieweit nach ihrer Meinung der oder die Klientin mehr Hilfe bzw. mehr Pflege benötigt, schätzten überraschenderweise 2/3 der Pflegekräfte den Umfang der erbrachten Pflegeleistungen als ausreichend ein. Hier waren die Autoren der Studie von einer deutlich negativeren Einschätzung ausgegangen. Laut Medien zufolge wird immer wieder von Vernachlässigung und Misshandlungen in der häuslichen Pflege berichtet. In der Studie von (Rabold and Gorgen, 2007) stellte sich heraus, dass 19% der befragten professionell Pflegenden in ambulanten Diensten der Stadt Hannover, Klienten in den letzten 12 Monaten schon einmal pflegerisch vernachlässigt haben. Bei der psychosozialen Vernachlässigung lag die Quote bei 16%.

Nach Angaben der Klienten über ihr Schmerzempfinden, liegt der Gesamtscore auf der visuellen Analogskala unter 2,7. Die Skala dient zur Messung der subjektiven Schmerzempfindung des Klienten. Die Endpunkte stellen extreme Zustände dar, wie z. B. 0 = kein Schmerz - 10 = unerträglicher Schmerz. Laut aktuellem Expertenstandard Schmerzmanagement in Pflege bei akuten Schmerzen lässt sich der erhobene Wert in der Kategorie

bei leichter Schmerz wiederfinden. Eine Intervention bezüglich des Schmerzempfindens sollte ab einem Punktwert von 3 erfolgen (DNQP, 2011).

Zu den Pflegeproblemen Sturz und chronische Wunden lagen bisher nur vereinzelt Erkenntnisse aus dem ambulanten Bereich vor. Daher werden die Ergebnisse vor allem mit denen verglichen die von unserem Institut in Pflegeheimen und Krankenhäusern erhoben wurden: Innerhalb der letzten 14 Tage stürzten insgesamt 8,2 % der Klienten im ambulanten Bereich. Ein Sturz wurde definiert als „...Fallen des Körpers von einem höheren zu einem niedrigeren Niveau durch ein gestörtes Gleichgewicht des Körpers oder die reduzierte Kapazität, das Gleichgewicht des Körpers in verschiedenen Positionen zu erhalten.“ (International Council of Nursing 2003). Vergleicht man die Zahlen mit der Prävalenz an Stürzen im stationären Bereich (Pflegeheim 5,5 % und Kliniken 4,2%) (Dassen et al., 2012) so lässt sich feststellen, dass die Klienten in der ambulanten Versorgung fast doppelt so viel stürzen. Es stellt sich die Frage, welche Faktoren hierbei eine Rolle spielen. Die Klienten sind in ihrem gewohnten bekannten Umfeld und dennoch ist die Sturzhäufigkeit höher als im stationären Bereich. Vergleicht man die Sturzfolgen im ambulanten Bereich mit den der stationären Altenpflege, stellt sich heraus, dass fast doppelt so viele mittlere (stationär: 5,7%; ambulant: 9%) wie schwere (stationär: 1,7%; ambulant: 3%) Sturzfolgen im ambulanten Bereich als im stationären Pflegebereich zu verzeichnen sind (Dassen et al., 2012). Laut MDS Bericht 2012 sind fast 82% der Klienten in der ambulanten Pflege sturzgefährdet. Nur bei 50% dieser Klienten fand eine Beratung über die Risiken und Maßnahmen zur Sturzprävention statt (MDS, 2012). Die fehlende Beratung könnte unter anderem eine Ursache für die hohe Sturzhäufigkeit und dessen Folgen sein.

Insgesamt hatten 12% der Klienten mindestens eine chronische Wunde. Vergleicht man dieses mit dem dritten MDS Bericht (MDS, 2012) liegt die Anzahl dort bei 7,2%. Die gemessene Dekubitus Häufigkeit (4%) deckt sich mit anderen Erhebungen. Hier liegen die Häufigkeiten zwischen 3 % und 5,4 %. (DNQP, 2010, MDS, 2012) Bei der Anzahl der angegebenen Ulcus Cruris (4,5%) gibt es einen relativ großen Unterschied zu der Erhebung des MDS (1,7%).

Klienten und Angehörigenbefragung

Insgesamt wurden 1296 Klienten- und Angehörigenfragebögen ausgegeben. Antworten der sozialen Erwünschtheit sollten durch Verteilung von frankierten Rückumschlägen unterbunden werden. Die Klienten und dessen Angehörigen bzw. Bekannten erhielten die

Möglichkeit den Bogen ohne Anwesenheit des Pflegedienstes auszufüllen und damit auch die Gewissheit, dass dieser die Antworten nicht zu sehen bekommt. Insgesamt 748 Bögen konnten ausgewertet werden. Bezogen auf die 880 Klienten der 100 teilnehmenden Pflegedienste entspricht das einer Rücklaufquote von 85%. Die wichtigsten Ergebnisse waren:

- Insgesamt ist der größte Teil der Klienten sehr zufrieden mit ihrem ambulanten Dienst, 2/3 der befragten Klienten haben mehr vom Leben, seitdem der Pflegedienst zu ihnen kommt und empfinden die Arbeitsweise des Pflegedienstes als sehr angenehm.
- lediglich die Frage, ob der Pflegedienst Ihnen bei der Pflege nach Kontakten zu Freunden oder Bekannten unterstützend wirkt, wurde von 12 % der Klienten mit mittelmäßig bewertet. Ein großer Anteil hat zu dieser Frage auch keine Angaben bzw. unzutreffend markiert, mit der Begründung das gar keine Freunde oder Bekannte vorhanden waren.

Die von anderen Autoren beschriebene defizitäre Datenlage hinsichtlich demographischer Merkmale erwerbstätiger pflegender Angehöriger (Bischofberger et al., 2009) betreffend Geschlecht, Alter, Berufstätigkeit, etc. konnte diese Untersuchung wichtige Informationen entgegen stellen. 65% der pflegenden Angehörigen sind weiblich. Der größte Anteil (57%) ist berentet, danach folgen mit 37% die Berufstätigen (Vollzeit und Teilzeit). Insgesamt liegen Angaben von 748 Angehörigen vor.

Vergleicht man die Daten zum Geschlecht der pflegenden Angehörigen mit schon vorhandenen Erhebungen (Schneekloth and Wahl, 2005, Schneider et al., 2006), so lässt sich feststellen, dass sich das Ergebnis im Laufe der Zeit nicht stark gewandelt hat. Auch in der vorliegenden Erhebung in 2012 stellt die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen mit zwei Drittel die Frauen dar. Ein Drittel der pflegenden Angehörigen ist männlich.

Trotzdem seit dem 01.07.2008 das Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG) die Situation der pflegenden Angehörigen in Hinblick auf eine kurzzeitige Freistellung für die Pflege eines Angehörigen verbessern soll, nehmen nur 1,4 % der Befragten eine Freistellung für die Pflege in Anspruch. Die Verbindung zwischen der Erwerbsfähigkeit und der Pflege des Angehörigen stellt eine belastende Situation für die informellen Pflegenden dar (Schneekloth & Wahl, 2005). Die Ergebnisse zeigen, dass 47% der Vollzeit Erwerbstätigen

pflegenden Angehörigen sich ein wenig erschöpft fühlen. Die Frage nach Unterstützungsbedarf hinsichtlich dieser Situation wurde hier nicht geklärt.

Schneider et al. (2006) und Bischofberger et al. (2009) sind der Auffassung, dass sich die Einsatzzeiten der Pflegedienste verlängern sollten bzw. flexibel gestalten (Bischofberger et al., 2009, Schneider et al., 2006). Würde man den Aufforderungen nachkommen, so könnte man annehmen, dass womöglich mehr als 22% der pflegenden Angehörigen ihren eigenen Interessen wieder nachgehen könnten. Um diese Frage aber genauer zu klären, bedarf es mehr Informationen seitens der pflegenden Angehörigen.

Das Eurofamcare-Projekt stellte 2007 fest, dass circa 9 % der pflegenden Angehörigen in Deutschland das Gefühl haben, in ihrer Tätigkeit als pflegende/r Angehörige/r nicht wertgeschätzt zu werden (Döhner et al., 2007). Die aktuelle Erhebung des Instituts für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft hat fünf Jahre später ähnlich Ergebnisse (8,7%) erzielt. Um dem Leitspruch der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ weiterhin nachzukommen, sollte sich eventuell die gesellschaftspolitische Perspektive hier ändern und ein großzügiges Unterstützungsprogramm für pflegende Angehörige bereitstellen.

Empfehlungen/ Schlussfolgerungen für die Praxis

Durch die Studie liegen erstmals von unabhängiger Seite bundesweit systematisch erhobene Daten zu pflegerelevanten Gesundheitsproblemen in der ambulanten Pflege und Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vor. Zwar ergeben sich durch den schwachen Rücklauf in einigen Bundesländern Einschränkungen bei bundeslandbezogenen Auswertungen, insgesamt kann jedoch von einer hohen internen und externen Validität der Daten ausgegangen werden.

Die hohe Anzahl von alleinlebenden Klienten stellt eine große Herausforderung an die Pflegekräfte der ambulanten Dienste dar. Nicht nur in Bezug auf die medizinische und pflegerische sondern auch auf die soziale Betreuung. Hier gilt es in Zukunft den Ansprüchen der großen Gruppe der alleinlebenden Klienten gerecht zu werden. Dabei spielt ein hohes Maß an sozialen Kompetenzen eine übergeordnete Rolle. Gegenwärtig lassen sich Empfehlungen für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Bezug auf Beratungskompetenzen heraus kristallisieren. Aus der Zufriedenheitsrate der Klienten kann geschlossen werden, dass viele Pflegekräfte dieser Herausforderung gerecht werden. Zusammenhänge sowie Empfehlungen für die Praxis lassen diese Studie nur bedingt zu, da es sich hier zunächst um eine reine deskriptive Studie handelt. Das Ziel, die Beschreibung des derzeitigen Zustandes im ambulanten Bereich, konnte mit dieser Erhebung erfüllt werden.

Vor allem der Vergleich von typischen pflegerischen Problemen offenbart, dass es zwischen einer stationären und ambulanten Versorgung keine nennenswerten Unterschiede gibt. Somit stützen die im Jahre 2012 gewonnenen Erkenntnisse nach wie vor die Einschätzung von Ulrich Schneekloth und Hans Werner Wahl über die Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten der im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahre 2005 erstellt wurde. Hierin heißt es auf Seite 254 „Ambulant vor Stationär ist alles in allem betrachtet kein Auslaufmodell, sondern auch vor dem Hintergrund der Effekte des demografischen Wandels ein nach wie vor realistisches Konzept zur Sicherung von Selbständigkeit und Lebensqualität im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit...” (Schneekloth & Wahl, 2005).

Zentrale Ergebnisse

- Klienten mit Pflegestufe II und höher nehmen durchschnittlich etwa 7 Medikamente/ Tag zu sich
- Besonders große Unterschiede fanden sich bei der Gripeschutzimpfung (Influenza) - Insgesamt waren weniger als 60 % der untersuchten Klienten geimpft. Besonders in den südlichen Flächenstaaten Baden-Württemberg und Hessen war die Quote mit weniger als ein Drittel geimpfter Klienten sehr niedrig.
- 67% der Berliner Klienten leben allein, davon erhalten 30% nie Besuch
- 63% der alleinlebenden Berliner Klienten nehmen keine weitere Hilfe in Anspruch
- 2/3 der Pflegekräfte schätzen den Umfang der erbrachten Pflegeleistungen als ausreichend ein.
- Sturzfolgen sowie Sturzrate im ambulanten Bereich deutlich höher als im stationären Altenpflegebereich.
- 11% der Frauen fühlen sich in ihrer Tätigkeit als pflegende Angehörige nicht wertgeschätzt, nur 4% der männlichen pflegenden Angehörigen sind der gleichen Meinung

Referenzliste

- BISCHOFBERGER, I., LADEMANN, J. & RADVANSZKY, A. 2009. "work & care" - Combining employment and care: a literature analysis on challenges for family caregivers, companies, and nursing. *Pflege*, 22, 277-86.
- BUDNICK, A., KUMMER, K., BLÜHER, S. & DRÄGER, D. 2012. Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung - Pilotstudie zur Validität eines deutschen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR). *Z Gerontol Geriatr*.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (ed.) 2008. *Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 20. Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)*, Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- DASSEN, T., LAHMANN, N., TANNEN, A., RAEDER, K., KUNTZ, S., KOTTNER, J., LÜTZKENDORF, D., RAHN, Y., SCHMITZ, G. & WILBORN, D. 2012. *Pflegeprobleme in Deutschland. Ergebnisse von 12 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2012*, Berlin, Germany, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- DNQP (ed.) 2009. *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden - Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*, Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP).
- DNQP (ed.) 2010. *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung*, Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP).
- DNQP (ed.) 2011. *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung*, Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).
- DÖHNER, H., KOFAHL, C., LÜDECKE, D. & MNICH, E. 2007. EUROFAMCARE - Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for Germany. Hamburg: University Medical Center Hamburg-Eppendorf.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (ed.) 2009. *Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide*, Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- FRIJTERS, D. H., CARPENTER, G. I., BOS, J. T. & BERNABEI, R. 2008. The calculation of quality indicators for Home Care agencies in 11 European countries. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 39, 44-54.
- GRASS-KAPANKE, B., KUNCZIK, T. & GUTZMANN, H. 2008. Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor - DIAS. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. Band 7.
- HEINZE, C., HALFENS, R. J. & DASSEN, T. 2007. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *J Clin Nurs*, 16, 495-501.
- KLEIN, B., GAUGISCH, P., WEISS, V. & WOLFSTEINER, C. 2005. *Pflege ohne Druck - Dekubitus; Ursachen der Entstehung, prophylaktische Maßnahmen und Rahmenbedingungen in der häuslichen und stationären Altenhilfe in Bayern*, Stuttgart, Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO).
- LINDENBERG, E. 2005. Die Prävalenz von Dekubitus in ambulanten Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. In: BARTHOLOMEYCZIK S, N. C. (ed.) *Fokus: Epidemiologie und Pflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- LORD, S., SHERRINGTON, C., MENZ, H. & CLOSE, J. 2007. *Falls in Older People*, Cambridge University Press UK.

- LUBKE, N., MEINCK, M. & VON RENTELN-KRUSE, W. 2004. The Barthel Index in geriatrics. A context analysis for the Hamburg Classification Manual. *Z Gerontol Geriatr*, 37, 316-26.
- MAHONEY, F. I. & BARTHEL, D. W. 1965. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, 14, 61-5.
- MDS (ed.) 2007. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- MDS (ed.) 2012. 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
- MÜLLER, R., HALFENS, R., SCHWENDIMANN, R., MULLER, M., IMOBERDORF, R. & BALLMER, P. E. 2009. Risk factors for falls and fall-related injuries in an acute care hospital--a retrospective case control study. *Pflege*, 22, 431-41.
- ORTLIEB, R., BENDEL, K. & MATIASKE, W. 2004. Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten. Ergebnisse mit dem PPSQ-AC (Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire – Ambulant Care). Ergebnisbericht Nr. 6 der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V. Flensburg/Paderborn.
- PANFIL, E.-M., MAYER, H., JUNGE, W., LAIBLE, J., LINDENBERG, E., TRÜMMER, A., WORDEL, A. & EVERS, G. 2002. Die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflege - Pilotstudie. *Pflege*, 15, 169-176.
- RABOLD, S. & GORGEN, T. 2007. [Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings - a survey among nurses of in-home care services]. *Z Gerontol Geriatr*, 40, 366-74.
- ROTHGANG, H., KULIK, D., MÜLLER, R. & UNGER, R. 2009. GEK Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schwäbisch Gmünd: Gmünder Ersatzkasse GEK.
- SCHNEEKLOTH, U. & WAHL, H. (eds.) 2005. *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten* München.
- SCHNEIDER, N., HÄUSER, J., RUPPENTHAL, S. & STENGEL, S. 2006. Familienpflege und Erwerbsfähigkeit- Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Mainz: Johannes Gutenberg Universität, Institut für Soziologie.
- SORBYE, L. W., GARMS-HOMOLOVA, V., HENRARD, J. C., JONSSON, P. V., FIALOVA, D., TOPINKOVA, E. & GAMBASSI, G. 2009. Shaping home care in Europe: the contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas*, 62, 235-42.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (ed.) 2008. 4. Bericht: Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. *Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (ed.) 2009. *Zu Hause in Deutschland*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (ed.) 2013. *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste*, Wiesbaden.
- THOME, B., DYKES, A. K. & HALLBERG, I. R. 2003. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *J Clin Nurs*, 12, 860-72.

Anhang