

Die häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland

**Eine quantitative Studie
zur Situation der Dienstleistung im Arbeitsfeld
der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland im Jahr 2009**

**Diplomarbeit
zur Erlangung des Grades „Diplom-Pflegewirtin (FH)“**

Katholische Fachhochschule Nordrhein- Westfalen, Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen
Studiengang Pflegemanagement

Helga Gessenich
Am Branderhof 51
52066 Aachen

Erstprüferin Frau Prof. Dr. Andrea Schiff
Zweitprüferin Frau Diplom- Pflegewissenschaftlerin (FH) Sandra Bachmann

27.Juli 2009

1	EINLEITUNG	1
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	3
2.1	LITERATURRECHERCHE.....	3
2.1.1	<i>Begriffsdefinitionen</i>	<i>6</i>
2.2	ZUR STUDIENARBEIT VON FRAU JULIA DOBKE	8
2.2.1	<i>Design der Studie.....</i>	<i>8</i>
2.2.2	<i>Zusammenfassung der Studienergebnisse</i>	<i>9</i>
2.2.3	<i>Bewertung der Studie für die eigene Arbeit.....</i>	<i>10</i>
3	HÄUSLICHE KINDERKRANKENPFLEGE IN DEUTSCHLAND.....	11
4	RAHMENBEDINGUNGEN AMBULANTER PFLEGE	13
4.1	LEISTUNGEN NACH DEN SOZIALGESETZBÜCHERN.....	14
4.2	PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG	24
4.3	EXTERNE QUALITÄTSMERKMALE	24
4.4	TRÄGERSCHAFTEN	26
4.5	RECHTSFORMEN.....	26
4.6	VERBÄNDE.....	28
4.7	QUALIFIKATIONEN	29
5	PROBLEMATISIERUNG	30
5.1	BEZUGSGRÖÖE FAMILIE	30
5.2	BEZUGSGRÖÖE WIRTSCHAFTSMARKT.....	31
5.3	BEZUGSGRÖÖE DER STAATLICHEN REGULIERUNG.....	34
5.3.1	<i>Versorgungsübernahme.....</i>	<i>38</i>
5.3.2	<i>Vergütungsvereinbarungen.....</i>	<i>38</i>
5.4	PFLEGESTATISTIK.....	39
5.5	ZAHLEN ZU LEISTUNGEN DER KRANKENKASSE	40
6	FORSCHUNGSDESIGN.....	41
6.1	KOOPERATIONSVEREINBARUNG.....	42
6.2	FORSCHUNGSFELD	43
6.3	EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN.....	44
6.4	ETHISCHE ASPEKTE.....	45
7	DATENERHEBUNG	48
7.1	FORSCHUNGSINSTRUMENT.....	48
7.1.1	<i>Forschungsfragen.....</i>	<i>50</i>
7.1.2	<i>Pretest.....</i>	<i>53</i>
7.1.3	<i>Zusendung und Rücklauf</i>	<i>55</i>
7.2	STATISTIK	57

8	ERGEBNISSE.....	58
8.1	THEMENBEREICH UNTERNEHMENSSTRUKTUR	58
8.1.1	<i>Geographische Daten und Gründungsjahr.....</i>	59
8.1.2	<i>Einzugsgebiet.....</i>	62
8.1.3	<i>Trägerschaft, Rechtsform und Verbandszugehörigkeit.....</i>	63
8.1.4	<i>Art der Leistungsvergütung</i>	66
8.1.5	<i>Externe Qualitätsmerkmale</i>	67
8.1.6	<i>Einnahmequellen</i>	69
8.2	THEMENBEREICH LEISTUNGSSPEKTRUM.....	70
8.2.1	<i>Leistungsangebot.....</i>	70
8.2.2	<i>Arbeitsstunden</i>	73
8.2.3	<i>Umsatz.....</i>	73
8.3	THEMENBEREICH PERSONALSTRUKTUR	75
8.4	THEMENBEREICH PATIENTENPROFILE	80
8.4.1	<i>Persönliche Eigenschaften.....</i>	81
8.4.2	<i>Versorgungsstruktur.....</i>	85
8.4.3	<i>Personaleinsatz.....</i>	93
8.5	KOMMENTARE UND ANREGUNGEN	96
9	SCHLUSSFOLGERUNGEN	98
9.1	BEWERTUNG DES FORSCHUNGSINSTRUMENTS	98
9.2	ZUSAMMENFASSUNG.....	99
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	105

VERSICHERUNG SELBSTSTÄNDIGER ARBEIT

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ANLAGEN

- 1 Literaturrecherche Datenbank Carelit
- 2 Literaturrecherche Datenbank DigiBib
- 3 Anschreiben und Fragebogen

1 Einleitung

Die häusliche Kinderkrankenpflege wird im allgemeinen Sprachgebrauch in der ambulanten Pflege subsumiert. Doch wenn man Fachartikel, Studien und Statistiken zum Themenbereich der ambulanten Pflege betrachtet, findet man darin eher selten Aussagen zur Versorgung von Patienten, die im Alter von 0 bis 18 Jahren einer Pflege durch einen speziell auf ihre Bedürfnisse und Lebenssituationen angepassten Pflegedienst bedürfen.

Kinder sind indes keine kleinen Erwachsenen, es bedarf wenig Phantasie und kein Fachwissen ist nötig, um den unterschiedlichen Bedarf hinsichtlich einer Pflege von Kindern und den zumeist älteren Patienten der ambulanten Pflege zumindest in Ansätzen nennen zu können.

Kinder werden in der Regel von ihren Eltern ernährt und gewaschen, sie sind, zumindest eine Zeit lang, völlig legitim inkontinent und brauchen selten Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Die Patienten im Alter von 0-18 Jahren leben im häuslichen Bereich mit ihren Eltern und Geschwistern. Die häusliche Kinderkrankenpflege wird dann benötigt, wenn eine akute oder chronische Krankheit eine professionelle Pflege als Ergänzung zur elterlichen Sorge erforderlich macht.

Die Behandlung und Pflege wird durch professionelle Pflegekräfte im Elternhaus durchgeführt. Die Eltern sollen im Umgang mit ihrem Kind unterstützt, ermutigt und geschult werden.

Doch wie sind heute die Strukturen eines Pflegemarktes, der Dienstleistungen für ambulant versorgte Kinder in Deutschland erbringt?

Interessante Fragen sind beispielsweise:

Welches Leistungsspektrum bieten die ambulanten Dienste für die Patienten im Alter von 0-18 Jahren an?

Wie ist die Personalstruktur dieser Anbieter?

Wie alt sind die Patienten der ambulanten Kinderkrankenpflegedienste durchschnittlich und wie hoch ist ihr Versorgungsbedarf?

Welche Erkrankungen begründen ihren Anspruch auf Leistungen der häuslichen Kinderkrankenpflege? Wer finanziert diese Leistungen?

Dank Frau Julia Dobke konnten bereits Aussagen zu diesen Fragen getroffen werden. Zur Erlangung des Grades einer Diplompflegepädagogin an der Humboldt- Universität zu Berlin hat sie im Jahr 1999 eine bundesweite Befragung durchgeführt. Ihre mir vorliegende und im Jahr 2001 als Zeitungsartikel veröffentlichte Arbeit dient als Anregung und Informationsquelle (Dobke, Köhlen, Beier, 2001).

Hieraus ergibt sich meine Motivation, eine deskriptive Studienarbeit zur aktuellen Situation der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland zu erstellen.

Durch die schriftliche, standardisierte Erhebung von allen zurzeit bekannten Pflegediensten, die häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland anbieten, sollen Antworten auf die Fragen gefunden werden. Die Erhebung gliedert sich in vier thematische Bereiche. Die Dienste werden um Angaben zur Unternehmensstruktur und zum Leistungsspektrum sowie zur Personalstruktur und der Erstellung von Patientenprofilen gebeten.

Die organisatorische und finanzielle Unterstützung des Bundesverbandes häusliche Kinderkrankenpflege e.V. (im folgenden BHK e.V.) ermöglicht die Durchführung dieser Studie. Mein Dank gilt Frau Elisabeth Wetzel als Geschäftsführerin des BHK e.V. für ihre Unterstützung und Inspiration.

Das Ziel der Studienarbeit wird erreicht sein, wenn valide Aussagen zur Situation der Dienstleistungserbringer und zu den Patienten, die im Alter von 0- 18 Jahren einer Pflege durch einen speziell auf ihre Bedürfnisse und Lebenssituationen angepassten Pflegedienst bedürfen, die Literatur zum Themenbereich der ambulanten Pflege sinnvoll ergänzen. Als praktische Forschungsarbeit soll dieses Wissen genutzt werden können,

die häusliche Kinderkrankenpflege in der Öffentlichkeitsarbeit besser zu repräsentieren und zu profilieren.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Literaturrecherche

In dieser Arbeit sollen Aussagen zur Situation der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland getroffen werden. Die Situation des untersuchten Arbeitsfeldes in anderen Ländern ist nicht Gegenstand der Studie. Ein Vergleich wird nicht thematisiert.

Die Literaturrecherche wird auf deutschsprachige Literatur eingegrenzt.

Eine Datenbanksuche fand in Carelit und mit der digitalen Bibliothek Digibib statt. Einschlusskriterien zur Recherche waren primär Erscheinungsjahre zwischen 2004 und 2009. Auf Grund der Betrachtung der Geschichte des Untersuchungsgegenstandes und der Ergebnisse wurden auch einige Literaturquellen mit einem früheren Erscheinungsjahr berücksichtigt

In der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW in Köln wurde systematisch nach Begriffen als auch nach dem Schneeballsystem und per Handsuche verfahren.

Das Internet war eine gut verfügbare Quelle von Informationen offizieller Institutionen.

Ebenso wurde Literatur verwendet, die durch das Studium und die Tätigkeit im Bereich der Kinderkrankenpflege bereits bekannt war.

Recherche in der Datenbank Carelit

Die Literaturrecherchebank Carelit für Management und Pflege arbeitet mit definierten Schlagwörtern zur Suche von Zeitungsartikeln. Weitere Verknüpfungen können vorgenommen werden. Es wurde mit und ohne weitere Verknüpfungen gesucht. Die verwendeten Schlagworte mit den jeweiligen Verknüpfungen und den Resultaten wurden im Anhang detailliert aufgelistet. Die Recherche fand am 19.3.2009 statt.

Literaturrecherche in der Datenbank DigiBib

In der Datenbank DigiBib wurde am 19.03.2009 jeweils mit den Titelwörtern:

Ambulant* Pflege; häuslich* Pflege; Pflege Beratung und Kinderkrankenpflege und gesucht.

Im Datenbankprofil befanden sich folgende Bibliotheken : Bibliothek der RWTH Aachen, Diözesan- und Dombibliothek Köln, Fachhochschulbibliothek Aachen, Fachhochschulbibliothek Köln, Fachhochschulbibliothek Münster, Bibliotheksverbund NRW (HBZ), Katholische Hochschule NRW, Universitäts- und Stadtbibliothek Köln, Universitätsbibliothek Paderborn und der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin

Die Trefferanzahl pro Datenbank wurde auf 25 beschränkt bei einer maximalen Suchdauer von 60 Sekunden.

Es wurden die Jahre 2004 bis 2009 in die Recherche einbezogen.

Im Anhang sind die Suchkriterien und die Suchergebnisse mit einer Auflistung der verwendeten Literatur dargestellt.

Recherche in der Bibliothek der KathHO NRW

des Weiteren wurde in der Bibliothek der Katholischen Hochschule NRW Fachliteratur zum Themenbereich der ambulanten Pflege allgemein, zur Statistik, zur SPSS- Datenverarbeitung sowie zur Organisationsforschung mit Opac- Recherche im Schneeballsystem und per Handsuche gesucht.

Die Ergebnisse sind in der Literaturliste enthalten.

Bewertung der Literaturrecherche

Die Bücher behandeln keine Aussagen zum Gegenstand der eigenen Forschung im quantitativen Bereich. Die Inhalte beziehen sich in der Thematik auf ambulante Pflege allgemein (Geller, Gabriel 2004), Beratung

in der Pflege (Emmrich, 2006, Koch-Straube 2008) oder beispielsweise auf eine Pflegetheorie, die zum Kernthema das Familiensystem diskutiert (Friedemann; Köhlen 2003).

Ein immer wieder diskutiertes Thema ist die Beratung und ihr Stellenwert in der Pflege allgemein aber auch als Aufgabe in der häuslichen Kinderkrankenpflege (Köberich 2006, Martinez- Dörr 2007). Jutta Beier hat thematisiert, ob die Patienten- und familienorientierte Information und Beratung in der "Häuslichen Kinderkrankenpflege" in Deutschland: ein Stiefkind der pflegewissenschaftlicher Forschung sei (Beier 2003). Sandra Bachmann beschreibt die Notwendigkeit der Integration einer Beratung von Eltern chronisch kranker Kinder in die Pflege (Bachmann in Koch-Straube 2008:142-154).

Die Studie von Frau Julia Dobke aus dem Jahr 1999 wurde verwendet. Die Studienergebnisse wurden 2001 in einem Zeitungsartikel veröffentlicht. (Dobke, Köhlen, Beier 2001).

Ihre Diplomarbeit wurde mir von ihr für meine Studienarbeit privat überlassen.

Außer den Studienergebnissen von Frau Dobke sind wenige Untersuchungen im Forschungsbereich der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland bekannt. Zu vermuten ist, dass die Ergebnisse ihrer quantitativen Untersuchung Einfluss auf Aussagen in Artikeln anderer Autoren zur häuslichen Kinderkrankenpflege genommen haben. Nicht in allen Sachtexten zur Thematik ist die Quellenlage eindeutig.. Die Aussagen der Autoren könnten auf der Studienarbeit Frau Dobkes beruhen oder auch die eigenen Recherchen und Erfahrungen der Autoren wiedergeben.

Die im Folgenden genannten Autoren beschreiben die Wahrnehmung ihrer Arbeitswelt sowie die Entwicklung und Situation der häuslichen Kinderkrankenpflege im Tätigkeitsprozess (Arend 2001, Büker 2008, Josten 2005, Josten 2007, Köhlen 2004, Olbrich 1999, Visch- Sluyter 2007).

Das verfügbare empirische Wissen der Anbieter und der Dienstleistungsempfänger häuslicher Kinderkrankenpflege hat Einfluss auf die Studienbearbeitung genommen.

Roswitha Mailänder hat bei einer Machbarkeitsstudie als Entscheidungsgrundlage für den Ausbau der Hauskrankenpflege für Kinder und Jugendliche in Tirol im Jahr 2007 Eltern als potenzielle Klienten häuslicher Kinderkrankenpflege befragt. Hier war der Forschungsgegenstand die Frage, welche Voraussetzungen für Klienten wichtig sind, damit sie ein Angebot an häuslicher Kinderkrankenpflege nutzen wollen (Mailänder 2007).

Christina Köhler et al. haben im Jahr 1999 die Ergebnisse einer qualitativen Studie über die Gesundheitspflege bei chronisch kranken Kindern in der häuslichen Pflege veröffentlicht. Die Studie befasst sich mit den subjektiven Erfahrungen von Familien, die ein chronisch krankes Kind haben (Köhler, Beier, Danzer 1999).

Es kann für weitere Betrachtungen und die wirtschaftliche Planung ambulanter Pflegedienste interessant sein, diese Studienergebnisse im Arbeitsfeld der häuslichen Kinderkrankenpflege in Verbindung mit den Ergebnissen der eigenen quantitativen Befragung zu setzen.

Das Internet bot eine schnell verfügbare Quelle bei der Verwendung von Gesetzestexten, der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes und der Gesundheitsberichtserstattung der Länder sowie Fachtexten von Institutionen.

Hier wurde darauf geachtet, dass bei den Webseiten Informationen offizieller, vertrauenswürdiger Institutionen verwendet wurden.

2.1.1 Begriffsdefinitionen

Für diese Arbeit wurden die Begriffe und Aussagen definiert, deren Verwendung eine eindeutige Zuordnung erforderte.

Kinder

Im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention – „*ist ein Kind jeder Mensch, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendenden Recht nicht früher eintritt.*“

(Zitat: UN-Kinderrechtskonvention 1998)

Wird in dieser Arbeit der Begriff „Kind“ verwendet, sind Personen im Alter von 0- 18 Jahren gemeint.

Ambulant

„(lat-fr.): *nicht fest an einen bestimmten Ort gebunden, z.B. (...) 2 (Med.) nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden.*“

(Zitat: Duden, 2001:56)

Patient

Kranker in ärztl. Behandlung, Kunde des Arztes [zu lat. patiens, Gen. patientis „erdulidend, leidend“]. (...).

(Zitat: Wahrig Deutsches Wörterbuch, 1968:2679)

Pflege

Obhut und Fürsorge, sorgende Behandlung (Kinderpflege, Krankenpflege; (...)).

(Zitat: Wahrig Deutsches Wörterbuch, 1968:2710)

Häusliche Krankenpflege

„*Häusliche Krankenpflege, im Sozialrecht, v.a. der Krankenversicherung und der Unfallversicherung ein Fachausdruck für Pflege im häuslichen Bereich im Rahmen der Heilbehandlung von Patienten (d.h. Hilfe und Betreuung besonders durch Pflegepersonal, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist oder verkürzt werden kann; § 37 SGBV, § 32 SGBVII). Ein Anspruch auf*

häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person diese nicht durchführen kann.“

(Zitat: Brockhaus,2006:124, Band 12)

2.2 Zur Studienarbeit von Frau Julia Dobke

Julia Dobke hat zur Erlangung des Grades einer Diplompflegepädagogin des Universitätsklinikums Charite im Jahr 1999 eine quantitative Erhebung zur Situation der Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege in Deutschland durchgeführt.

Eine Veröffentlichung fand im Jahr 2001 statt. (Dobke, Köhlen, Beier 2001)

Nach Bewertung der Veröffentlichung habe ich in einem Telefonat Frau Diplompädagogin Julia Dobke um das Einverständnis zur erneuten Bearbeitung ihres Forschungsthemas gebeten. Frau Dobke hat eine erneute Befragung begrüßt und mir freundlicherweise ihre Diplomarbeit mit ihrem Fragebogen zur Ansicht und Bearbeitung überlassen.

2.2.1 Design der Studie

Im Jahr 1999 haben von geschätzten 100 Anbietern ambulanter Kinderkrankenpflege 93 Einrichtungen von Frau Dobke einen selbst entwickelten strukturierten Fragebogen postalisch zugesandt bekommen. Es wurde ein Rücklauf von 42 Fragebögen (45%) erzielt.

Zur Gesamtstichprobe gehörten Einrichtungen, die ausschließlich häusliche Kinderkrankenpflege anbieten sowie Dienste, die Leistungen für Kinder und Erwachsene anbieten.

Mit 111 überwiegend geschlossenen Fragen (Kühl, Strodtholz, Taffertshofer 2005:43) wurden Antworten zur Unternehmensorganisation, zum Personal, zur Qualitätssicherung, zum Leistungsspektrum, zur Finanzierung und zum Klientel der Einrichtungen gesucht (Dobke; Köhlen, Beier 2001:184ff).

Als Pretest wurde der Fragebogen verschiedenen Expertinnen vorgestellt. Die Befragung der Einrichtungen fand zwischen Oktober 1999 und Mitte Dezember 1999 statt.

Mit dem Statistikprogramm SPSS 8.0 für sozialwissenschaftliche Fragestellungen wurde eine einfache Häufigkeitsauszählung der Ergebnisse durchgeführt (ebd. 2001:185).

2.2.2 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Durch die Befragung wurden Ergebnisse in den Bereichen - strukturelle Daten, Personalstruktur, Verteilung der Kompetenzen und Dezentralisation, Leistungsspektrum der Einrichtungen, Kontakt zu neuen Patienten, Arbeitszeit der Einrichtungen, Qualitätssichernde Organisationsstrukturen, Finanzierung der häuslichen Kinderkrankenpflege und zum Alter, den Nationalitäten und den Diagnosen der Klientel der häuslichen Kinderkrankenpflege dargestellt.

Auf eine Auflistung der einzelnen Resultate wird aus Komplexitätsgründen verzichtet. Die Ergebnisauswertung wird in der Veröffentlichung von Dobke, Köhlen und Beier gut dargestellt.

Die Autoren bewerten, dass die erhobenen Daten einen aussagefähigen Überblick über die häusliche Kinderkrankenpflege ergeben haben. Die folgenden Erkenntnisse werden von den Autoren beschrieben:

Das Bild der häuslichen Kinderkrankenpflege stellt sich als variationsreich dar.

Die meisten Einrichtungen weisen gute organisatorische und strukturelle Formen auf.

Die Qualitätsmerkmale innerhalb der häuslichen Kinderkrankenpflege lassen auf eine Gewährleistung der guten Versorgung schließen.

Eine Verbesserung wäre die Veränderung der Leistungserstattung seitens der Kranken- und Pflegekassen.

„Die Untersuchungsergebnisse lassen vermuten, dass die Kranken- und Pflegekassen keine Daten zur häuslichen Pflege kranker Kinder erfassen. Damit werden der Umfang und die Art dieser hoch spezialisierten Dienstleistung der Anbieter nicht transparent und bleiben in ihrer Bedeutung bei der Versorgung von betroffenen Kindern und ihren Familien unterschätzt.“ (Zitat: ebd. 2001:189)

Diese Basis erschwere eine konsequente Planung, Organisation und die effektive Gestaltung der Betreuung durch die Anbieter (ebd. 2001:189 ff). Umfassendes Wissen über das Aufgabengebiet der häuslichen Kinderkrankenpflege kann nach Aussage der Autoren die Akzeptanz der häuslichen Kinderkrankenpflege fördern und eine Zunahme der Patientenzahlen bewirken.

2.2.3 Bewertung der Studie für die eigene Arbeit

Die quantitative Erhebung zur Situation von Anbietern häuslicher Kinderkrankenpflege diene, wie in der Einleitung bereits beschrieben, als Anregung und Informationsquelle.

Die eigene, langjährige Erfahrung im Arbeitsbereich der stationären und ambulanten Kinderkrankenpflege, die Bewertung der Literatur und im Besonderen die Bewertung der Diplomarbeit von Frau Julia Dobke haben Einfluss auf das Design der eigenen Arbeit genommen.

Ziel ist es, eine objektive Beschreibung der aktuellen Wirklichkeit des Arbeitsfeldes der häuslichen Kinderkrankenpflege herzustellen. Zur Entwicklung des eigenen Forschungsinstrumentes wurde die Befragung aus dem Jahr 1999 hinsichtlich ihrer Eindeutigkeit, der Aktualität, der Aussagekraft, der Validität der Ergebnisse, der berufspolitischen Relevanz und dem zu erwartenden aktuellen Interesse der Berufsgruppe der Dienstleistungserbringer häuslicher Kinderkrankenpflege bewertet.

3 Häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland

Das erste Tätigkeitsfeld der häuslichen Kinderkrankenpflege entstand Ende der siebziger Jahre (Olbrich 1992a:11, Dobke et al. 2001:185). Trotz einer stetigen Zunahme der Anzahl ambulanter Pflegedienste, die häusliche Kinderkrankenpflege anbieten, ist die häusliche Kinderkrankenpflege zahlenmäßig nicht annähernd vergleichbar mit den Diensten, die sich mit der Versorgung von Menschen befassen, an die man allgemein bei ambulanter Pflege denkt. Bei einer Anzahl von 11.500 (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, 3. Bericht, 2007:4) in Deutschland zugelassenen ambulanten Pflegediensten erbringen zurzeit vermutlich 182 Einrichtungen (BHK e.V.) Dienstleistungen für Kinder. Somit erbringen 1,6% aller ambulanten Pflegeeinrichtungen Dienstleistungen für diese Altersgruppe.

Der BHK e.V. nimmt an, dass zurzeit pro Jahr ca. 10.000 kranke Kinder von Spezialdiensten für Kinder zuhause gepflegt werden (vgl. Böll, Wetzel, 2008: 46).

Im Jahr 1999 waren durchschnittlich 17,3 Patienten pro Pflegedienst in der Versorgung (Dobke et al. 2001:188).

Die Einzugsgebiete der Kinderkrankenpflegedienste betragen bis zu 100 km. In den ländlichen Bereichen wird eine Unterversorgung angenommen. Die ambulanten Kinderkrankenpflegedienste haben ihren Sitz vorwiegend in den größeren Städten.

(BHK e. V. Homepage 2009, Mailänder 2007: 462)

„Die häufigsten Diagnosen in der häuslichen Kinderkrankenpflege sind akute und chronische Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege, mehrfache Behinderungen, neurologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Früh-geburtlichkeit sowie Ernährungs- und Gedeihstörungen.“

(Zitat: BHK e.V.. Kranke Kinder 2009)

Durch den medizinischen Fortschritt und der Einführung des fallbezogenen Abrechnungssystems für Krankenhäuser (DRG`s) sinkt in den Kinderfachabteilungen der Kliniken die Belegungsdauer. Kinder werden so früh wie möglich entlassen. Mit Hilfe moderner Medizintechnik wird eine weitere Behandlung und Versorgung der Kinder im häuslichen Bereich möglich. Eine pflegefachliche Unterstützung durch häusliche Kinderkrankenpflege ist oft Bedingung für eine nichtstationäre Versorgung. Dienstleistungen der Ambulanten Kinderkrankenpflege werden überwiegend als Behandlungspflege im Rahmen des SGB V erbracht (vgl. Böll, Wetzel, BHK e.V. 2008:254).

Wie einleitend bereits erwähnt wurde, leben die Patienten im Alter von 0-18 Jahren im häuslichen Bereich mit ihren Eltern und Geschwistern. Die häusliche Kinderkrankenpflege wird zumeist dann benötigt, wenn eine akute oder chronische Krankheit eine professionelle Pflege als Ergänzung zur elterlichen Sorge erforderlich macht.

Nach der Krankenhausentlassung ist akut und chronisch kranken Kindern sowie auch bei zu früh geborenen Kindern die Elternanleitung mit Beratung und damit eine Hilfe zur Selbsthilfe eine Aufgabe der häuslichen Kinderkrankenpflege.

Mit Hilfe der pflegefachlichen Unterstützung durch die häusliche Kinderkrankenpflege wird eine Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden.

Zunehmend leben auch beatmungspflichtige Kinder zu Hause bei ihren Eltern. Vor einigen Jahren war das selten.

(Josten 2007, Müller 2004:21-23).

Von 2001 bis 2005 ist die Mitgliederzahl des Elternvereins Intensivkinder zuhause e.V. um fast 70% gestiegen (INTENSIVkinder zuhause e.V. 2009, Bitenc 2008:54).

4 Rahmenbedingungen ambulanter Pflege

Bei den Rahmenbedingungen ambulanter Pflegeeinrichtungen sollen gesetzliche Grundlagen und andere Strukturen aufgeführt werden, die Einfluss auf die Dienstleistungserbringung der ambulanten Pflegeeinrichtungen haben können. Hierzu gehören die Sozialgesetzbücher, die Rechtsform, die Trägerschaft, die Organisation in Verbänden, Qualitätsnachweise sowie die Qualifikationen der Dienstleistungserbringer des Tätigkeitsbereiches.

Zulassung zur Pflege

Verschiedene gesetzliche Rahmenbedingungen wirken auf ambulante Pflegeeinrichtungen ein (Templin 2006:21).

Jeder ambulante Pflegedienst muss eine Zulassung zur Pflege durch einen Versorgungsvertrag nach SGB XI §72 nachweisen.

„Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).“

(Zitat: SGBXI §72)

Auf die weiteren Einzelheiten der Zulassungsbedingungen zur Pflege soll nicht weiter eingegangen werden, sie sind im Textlaut des SGB XI § 72 (Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag), genau beschrieben.

Leistungsvergütungen ambulanter Pflege

Die Leistungsvergütungen in der Dienstleistung der ambulanten Pflege unterliegen mit einer Ausnahme der freien Marktwirtschaft und sind Ergebnis der Vereinbarung zwischen den Anbietern und den Zahlungserbringern der Leistung. Zahlungserbringer kann der Patient bzw.

seine Angehörigen oder bei berechtigten Leitungsansprüchen die Sozialkassen sein. Soweit die Versorgung die Leistungspflicht der Pflegeversicherung betrifft, unterliegen Sachleistungen nach §90 SGB XI der Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen.

Es ist jeder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung freigestellt, ein individuelles Leistungsspektrum anzubieten, welches nicht einer gesetzlichen Zugangs- und Gebührenordnung unterliegt. Personen, die Pflegehilfe über die ihnen gesetzlich zustehende Höhe benötigen, können weitere Pflegeleistungen bei Bedarf selbst finanzieren (Große-Munckenbeck 2002 in Templin 2006:25).

Ambulante Kinderkrankenpflegedienste können Schulungsangebote, z. B. Pflege- und Ernährungskurse anbieten.

Auch das gemeinsame Angebot einer Versorgung kranker Kinder im häuslichen und im stationären Bereich wird beschrieben (Brock 2004:293).

Für Non-Profit-Organisationen, wie z. B. die gemeinnützige GmbH (gGmbH) und der eingetragene Verein (e.V.) besteht die Möglichkeit einer zusätzlichen Finanzierung über Fundraising. Diese Organisationsformen verfolgen keine kommerziellen Renditeinteressen, sondern dienen gemeinnützigen sozialen, kulturellen oder wissenschaftlichen Zielsetzungen.

Eine entsprechende Pflegeeinrichtung kann z. B. mit durch Spenden erhaltenen Geldleistungen und mit Sachleistungen, z. B. durch die Tätigkeitsübernahme ehrenamtlicher Mitarbeiter, arbeiten.

4.1 Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern

In dieser Arbeit sollen in verkürzter Form die hauptsächlichen Gesetze beschrieben werden, die Personenkreise definieren, die Leistungen im Bereich des sozialen Sicherungssystems und hier im Besonderen der häuslichen Kinderkrankenpflege erhalten können und somit Einfluss auf die Finanzierung der Organisationen nehmen. Auf die tiefer gehende

Darstellung der Leistungsbeschreibung der Sozialgesetzbücher wurde zur Reduktion der Komplexität verzichtet. Das Sozialgesetzbuch (SGB) mit seinen zwölf Teilen steht als Nachschlagewerk detailliert in der jeweils aktuellen Fassung auf der Internetseite unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/> zur Verfügung.

Das Sozialgesetzbuch V

Im Sozialgesetzbuch V (SGBV) wird der Anspruch der Versicherten an die Krankenversicherung geregelt. Die Krankenkassen finanzieren die Pflege nach dem SGB V.

Zu den Aufgaben der Krankenversicherung zählen die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern und den Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und damit auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Die Krankenhausersatzpflege oder die Häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung sollen einen Heimaufenthalt oder eine stationäre Einweisung verkürzen oder vermeiden helfen. (SGB V § 37)

Häusliche Krankenpflege nach §37 SGBV kann den Versicherten in ihrem Haushalt, ihren Familien, oder anderen geeigneten Orten wie z. B. Schulen und Kindergärten durch geeignete Pflegekräfte gewährt werden. Es kann Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung bewilligt werden.

Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann bei begründeten Fällen länger gewährt werden. Hierzu ist eine Antragstellung und Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) nötig.

Dem Anspruch darf nur stattgegeben werden, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die Berechtigung zur Leistung von Pflege nach dem SGB V und den Einzelheiten der Versorgung bedarf des Vertrages mit den jeweiligen Krankenkassen bzw. deren Verbänden (§ 132a SGB V). Hierbei werden Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung festgelegt.

Die Pflegedienste können direkt die Patientenversorgung aufnehmen. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten bis zur Genehmigung oder Ablehnung des Antrages auf häusliche Krankenpflege. Wenn die Kassen jedoch den Antrag ablehnen, erhalten die Pflegedienste für die bis dahin erbrachte Arbeitsleistung lediglich eine Vergütung nach Leistungsgruppen und keine Stundensatzvergütung.

„Es gibt so gut wie keine Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Kinderkrankenpflegediensten über Behandlungspflege nach SGBV. Daher müssen die Kinderkrankenpflegedienste für nahezu jedes Kind, das neu in die Versorgung aufgenommen wird, separat mit der betreffenden Krankenkasse eine Vergütung aushandeln. Das kostet Zeit, Geld und häufig viele Nerven. Denn die Sachbearbeiter der Krankenkasse kennen sich weder mit den speziellen Krankheitsbildern von Säuglingen und Kindern aus, noch mit den Problemen der häuslichen Versorgung.“

(Zitat: Böll, Wetzel; BHK e.V., 2008:254)

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Im SGB V §37b sowie zur Qualität im SGB V § 132d wird die Versorgung Anspruchsberechtigter mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) geregelt.

Anspruchsberechtigt sind Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Die besonderen Belange von Kindern sind zu berücksichtigen. Die Leistung muss von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt verordnet werden.

Wenn nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind, umfasst die SAPV ärztliche und pflegerische Leistungen und u.a. die Koordination

zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs soll ermöglicht werden

Die Krankenkassen schließen über die Vergütung und deren Abrechnung unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, ab, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist festzulegen, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,

die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung und die Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung fest (vgl. SGB V132d).

Elfriede Zoller und Andreas Müller vom BeKD e.V. stellen in ihrem im Juli 2007 erschienenen Artikel zur Palliativversorgung die Gründe für eine Berücksichtigung der speziellen Erfordernisse von Kindern dar.

Hier spiegeln sich auch unter anderem die Besonderheiten wieder, die in Artikeln über die Arbeit in der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland beschrieben werden.

Die multiprofessionellen pädiatrischen Palliativversorgenden werden für ein geographisch großes Gebiet zuständig sein. Die langen Fahrtzeiten müssen bei der Finanzierung berücksichtigt werden. Neben den Patienten selbst muss auch genügend Zeit für die Betreuung der Eltern und Geschwister vorhanden sein. (Zoller, Müller 2007:290-291).

Die gleichen Inhalte thematisiert eine Pressemitteilung des BHKe.V. und des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V. zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vom 23.04.2008 auf der Website Kinderkrankenpflege-Netz.

Es kann vermutet werden, dass die Situation der spezialisierten, ambulanten palliativen pädiatrischen Versorgung von Kindern (SAPPV) unbefriedigend ist und nur wenige Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege Leistungen nach SAPV erbringen können oder Verträge abgeschlossen haben, da sie die Anforderungen nach den Richtlinien des § 37b zum Vertragsabschluss nicht erfüllen können.

Das Sozialgesetzbuch XI

Im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) wird der Anspruch der Versicherten an die Pflegeversicherung geregelt. Die Pflegekassen finanzieren die Pflege nach dem SGB XI.

Die Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Leistungen an Personen zu gewähren, die pflegebedürftig im Sinne der Definition des SGB XI § 14 sind.

Hierzu gehören Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen. Der Hilfebedarf muss in erheblichem oder höherem Maße voraussichtlich für mindestens sechs Monate oder auf Dauer bestehen (vgl. SGB XI §15).

Zur Gewährung der Hilfe muss ein Antrag beim MDK gestellt werden. Der MDK nimmt eine Einstufung nach Pflegestufen vor. Die Einstufung richtet sich nach dem festgestellten zeitlichen Aufwand des Pflegebedarfes des Versicherten.

Die Stufen der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI §15 unterscheiden sich in: Pflegestufe I mit erheblichem Pflegebedarf von mindestens 90 Minuten täglich, hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen. Es erfolgt eine Pflegeeinsatzvergütung von maximal 420 € oder Pflegegeld von 215 € pro Monat ab 1. Juli 2008.

Pflegestufe II mit schwerpflegebedürftigen Bedarf von mindestens drei Stunden täglich; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei

Stunden entfallen. Es erfolgt eine Pflegeeinsatzvergütung von maximal 980 € oder Pflegegeld von 420 € pro Monat ab 1. Juli 2008.

Pflegestufe III mit schwerstpflegebedürftigem Bedarf von mindestens fünf Stunden täglich; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen. Es erfolgt eine Pflegeeinsatzvergütung von maximal 1.470 € oder Pflegegeld von 675 € pro Monat ab 1. Juli 2008.

Die Pflegekassen können in besonderen Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 € monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt. Die Härtefallregelung kann nur als Pflegesachleistung genutzt werden.

Der Versicherte kann wählen, ob er bei Erfüllung der Anspruchsgrundlage die Leistungen als Pflegegeld oder als Pflegesachleistung (§36 SGB XI) erhalten möchte.

Wählen die Versicherten den Bezug des Pflegegeldes, so müssen sie die Pflege selbst organisieren oder durchführen und durch den Nachweis der Sicherstellung der Pflege erbringen.

Wenn Sie die Pflegesachleistung wählen, wird der Pflegeeinsatz in Höhe der Vergütung von Pflegesachleistung von einem Dienstleistungserbringer übernommen. Dieser Dienstleistungserbringer muss einen Versorgungsvertrag mit der entsprechenden Pflegekasse vorweisen können.

Die Unterstützung wird in den Bereichen der Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung), der Mobilität (selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden,), der Ernährung (mundgerechtes Zubereiten, Aufnahme der Nahrung) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen unterschieden) (vgl. SGB XI §14).

Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Säuglinge weisen physiologisch einen hohen Pflegebedarf auf.

Die Kinder erhalten oft erst im späteren Verlauf ihrer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit die Leistungen und Strukturen einer Versorgung im Sinne der Pflegeversicherung über die seit dem 01.04.1995 die Leistungen ambulant versorgter Pflegebedürftiger finanziert werden können.

(vgl. Pflegestatistik, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2007: 3)

Schaut man sich die Aussagen zur Definition der Pflegebedürftigkeit des §14 an und betrachtet die Zahlen zur Altersstruktur der Patienten ambulanter Kinderkrankenpflegedienste aus dem Jahr 1999, wird eine Problematik erkennbar:

44,1% der Patienten ambulanter Kinderkrankenpflegedienste sind Neugeborene oder Säuglinge und 38,9% sind über 1- 5 Jahre alt.

(Dobke, Köhler, Beier 2001:187).

Die Pflegeversicherung kann demnach nicht zur hauptsächlichen Finanzierung einer Pflege der Patienten häuslicher Kinderkrankenpflegedienste geeignet sein.

Es darf also angenommen werden, dass die Dienstleistungen bei Patienten der häuslichen Kinderkrankenpflege hauptsächlich anderer Finanzierungen bedürfen.

Somit werden die ambulanten Pflegedienste, die Leistungen für Patienten von 0-18 Jahren erbringen, in der 2- jährlich erscheinenden Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes in der Gesamtheit der ambulanten Dienste erfasst, doch ihr Arbeitsgegenstand findet in der statistischen Erhebung nur zu einem geringen Teil Berücksichtigung, denn nur Personen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI erhalten, werden erfasst. (vgl. Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht, 2007:3).

Beratung für Pflegegeldbezieher

Nach § 37 SGB XI können Pflegebedürftige anstelle der häuslichen Pflegehilfe als Sachleistung auch Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige entsprechend dem Umfang des

Pflegegeldes die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt zurzeit je Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 215 Euro, für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 420 Euro und für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 675 Euro.

Pflegegeldbezieher haben bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal und bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen.

Die Vergütung für die Beratung beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Sie ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen (SGBXI §37).

Beratungseinsätze müssen im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Bei den Kindern braucht man in der Regel Zeit, um Zugang zu ihnen zu erhalten. Nur so kann der Beratungseinsatz für alle Beteiligten auch das sein was er leisten soll- Beratung zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. (§ 37 SGB XI)

Die Durchführung von Pflegegesprächen in ländlicheren Regionen mit langen Anfahrtszeiten und der fehlenden Möglichkeit einer kostensparenden Tourenplanung zur Durchführung mehrere Pflegegespräche in einer Region sowie durch den beschriebenen hohen Gesprächs- und Beratungsbedarf von Eltern behinderter Kinder (Bitenc 2008, Büker 2008, Eckert 2007, Josten 2005, Mittelstädt 2006) wirft bei den die Dienstleistung erbringenden Kinderkrankenpflegediensten immer wieder die Frage der Kostendeckung auf.

Pflegeberatung

Personen, die Leistungen nach dem SGBXI erhalten, haben ab Anfang Januar 2009 kostenlos Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung

nach §7a und damit Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (vgl. SGBXI §7a). Aufgabe der Pflegeberatung ist es unter anderem, den Hilfebedarf systematisch zu erfassen und zu analysieren, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, auf die Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie den Prozess zu dokumentieren (SGBXI §7a).

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Nach SGB XI §45 sollen die Pflegekassen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln und auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

Die Landesverbände der Pflegekassen können über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen (SGB XI §45).

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Im §39 des SGB XI wird die Gesetzeslage zur Häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson beschrieben.

Wenn eine Pflegeperson, die den Pflegebedürftigen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege

gehindert wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht.

Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr zur Zeit auf bis zu 1.470 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben (SGB XI §39).

Eltern leistungsberechtigter Kinder nehmen die Dienstleistungen ambulanter Kinderkrankenpflegedienste auch im Bereich des §39 in Anspruch.

Das Sozialgesetzbuch VIII

Im Sozialgesetzbuch VIII wird der Anspruch zur Kinder- und Jugendhilfe geregelt.

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) definiert in §1, dass jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit hat.

Leistungen können demnach gewährt werden, um Kinder in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und um Benachteiligungen zu vermeiden oder zu verringern. Eltern sollen bei der Erziehung unterstützt und beraten werden und Kinder vor Gefahren geschützt werden.

Es sollen positive Lebensbedingungen und eine familienfreundliche Umwelt für Kinder und ihre Familien erhalten oder geschaffen werden (SGBVIII §1).

Leistungen im Bereich des KJHG können ambulante Kinderkrankenpflegedienste erbringen, wenn zum Beispiel ein Kindergarten oder Schulbesuch des Kindes ohne spezielle, fachliche Beaufsichtigung oder Pflege des Kindes nicht möglich ist.

Das Sozialgesetzbuch XII

Im Sozialgesetzbuch XII wird der Anspruch der Leistungsberechtigten an die Sozialhilfe geregelt.

Die Sozialhilfe soll die Führung eines Lebens ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht und ihn so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben (SGBXII).

Auch hier können ambulante Kinderkrankendienste Leistungen im Sinne des Sozialhilfegesetzes in Form von spezieller Betreuung und Pflege für die Kinder erbringen, wenn die besonderen Lebensumstände des Patienten und seiner Familie den Hilfsanspruch begründen.

4.2 Private Krankenversicherung

Die gesetzlichen Vereinbarungen zur Pflegeversicherung gelten auch für die nicht gesetzlich versicherten Patienten. Es gelten die gleichen Ansprüche wie bei den gesetzlich versicherten Personen.

4.3 Externe Qualitätsmerkmale

Beratung durch den MDK

Ein Aufgabenfeld des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ist die Überprüfung, ob Leistungen von Pflegeeinrichtungen den vereinbarten Qualitätsstandards nach den Paragraphen §§ 112/114 SGB XI entsprechen. Die Prüfungen erstrecken sich auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse. Die Überprüfungen werden auf Veranlassung der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt.

Der MDK berät die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

Die Pflegereform 2008 sieht vor, dass bis zum Jahr 2010 jede Pflegeeinrichtung mindestens einer Qualitätsprüfung unterzogen werden muss, ab dem Jahr 2011 wird jede Einrichtung jährlich geprüft (BMG. Pflegereform im Überblick 2008:15).

Das Erfahrungswissen lässt die Vermutung zu, dass Qualitätsprüfungen im Dienstleistungsbereich der häuslichen Kinderkrankenpflege bis jetzt eher selten vom MDK durchgeführt wurden. Viele Fragen der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§112/114 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. November 2005 können durch die Prüfer nur mit t.n.z. = „trifft nicht zu“ in das standardisierte Datenprogramm eingegeben werden und lösen Verwirrung und Unsicherheit bei Beratungen aus. Kinder tragen in der Regel keine Kompressionsstrümpfe (siehe Anweisungspunkt 13.24), sind in jungen Jahren legitim inkontinent (14.3) und die Beschreibung der Beispiele für freiheitsentziehende Maßnahmen (11.1) unterstützen die Ahnung, dass bei der Erstellung der Anleitung die Kinder als Patientengruppe keine Berücksichtigung gefunden haben können.

Es wird vermutet, dass die Anzahl der durchgeführten Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen der häuslichen Kinderkrankenpflege eher gering ist. Die zukünftig jährliche Qualitätsprüfung durch den MDK sollte als Chance gesehen werden, die spezifischen Arbeitsinhalte der häuslichen Kinderkrankenpflege in Abgrenzung zur Pflege der zumeist hochbetagten Patienten ambulanter Pflegedienste mehr in das öffentliche Bewusstsein zu rücken. Eine patientenorientierte Anpassung der MDK- Anleitung zur Prüfung der Qualität in der ambulanten Kinderkrankenpflege wäre wünschenswert.

Zertifizierung

Eine Zertifizierung besteht im Allgemeinen in der Ausstellung eines Zeugnisses, Zertifikats oder Gütesiegels bei Erfüllung von allgemein anerkannten Qualitätsmanagementkriterien durch einen unabhängigen

Prüfer, z. B. durch den Technischen Überwachungsverein (TÜV) (Mühlbradt 2001:180).

Der Kunde soll durch die Zertifizierung positive Hinweise über die Qualität einer Dienstleistung oder Ware erhalten und sie soll den Anbieter der Dienstleistung oder Ware als besonders vertrauenswürdig herausstellen.

4.4 Trägerschaften

Nach der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes sind in öffentlicher Trägerschaft die Einrichtungen, die von kommunalen Trägern unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden. Hierzu gehören kommunale Betriebe in privater Rechtsform (z. B. GmbH), kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung. Öffentliche Träger können z. B. der Bund, ein Land, ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts sein.

Freigemeinnützige Träger sind Träger der freien Wohlfahrtspflege wie die sechs Spitzenverbände, die Arbeiterwohlfahrt, der Deutsche Caritasverband, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, das Deutsche Rote Kreuz und das Diakonisches Werk der EKD sowie die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland. Dazu gehören ebenfalls die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts sowie sonstige gemeinnützige Träger, die keinem der oben Verbände angeschlossen sind.

In privater Trägerschaft sind Einrichtungen, die von privat-gewerblichen Trägern unterhalten werden. (vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Glossar 2009).

4.5 Rechtsformen

Rechtsformen beschreiben die verschiedenen Möglichkeiten für die rechtlichen Strukturen eines Unternehmens. Bei der Wahl der Rechtsform

sind Fragen der Geschäftsführung- und Vertretungsbefugnis, der Haftung, der Gewinn- und Verlustverteilung, der Gründungskosten sowie steuerliche Aspekte zu berücksichtigen.

Im Folgenden werden die in der ambulanten Pflege üblichen Rechtsformen kurz beschrieben. Als Quelle zur Beschreibung der Rechtsformen dienen die Literatur der bpb. Wirtschaft heute 2006:58 und Wöhe 2000:285-313.

Einzelunternehmen

Bei dieser im Handelsgesetzbuch (HGB) gesetzlich geregelten gebräuchlichsten Rechtsform für kleine Unternehmen bringt der Unternehmer allein das benötigte Kapital auf und erhält den Gewinn allein, er trägt das gesamte Risiko und haftet mit seinem gesamten Vermögen auch aus seinem Privatbesitz.

GbR

Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) wird auch als BGB-Gesellschaft genannt, ist eine Vereinigung von mindestens zwei natürlichen oder juristischen Personen oder Personengesellschaften als Gesellschaftern. Diese verpflichten sich durch einen Gesellschaftsvertrag gegenseitig die Erreichung eines gemeinsamen Zwecks in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern, insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten.

GmbH

Bei der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) haften die Gesellschafter für Verbindlichkeiten nur in der Höhe ihres Gesellschaftsvermögens. Die Geschäftsführung kann von den Gesellschaftern oder angestellten Managern organisiert werden.

gGmbH

Die gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) ist eine Gesellschaftsform, welche von bestimmten Steuern ganz oder teilweise befreit wird, sofern ihre Satzung und tatsächliche Geschäftsführung den Anforderungen des Gemeinnützigkeitsrechts entsprechen. Die Gewinne einer gGmbH müssen für den gemeinnützigen Zweck verwendet werden und dürfen grundsätzlich nicht an die Gesellschafter ausgeschüttet werden. Damit unterscheidet sie sich von auf Gewinn zielenden, unternehmerisch tätigen GmbHs.

Eingetragener Verein

Ein eingetragener Verein ist eine in das Vereinsregister in Deutschland eingetragene Personenvereinigung mit eigenem Namen, die auf Dauer angelegt ist. Personen von wechselndem Bestand haben sich zu einem bestimmten gemeinsamen, durch Satzung festgelegten Zweck z. B. zur Pflege bestimmter gemeinsamer Interessen zusammengeschlossen. Diese können sowohl gemeinnützig sein als auch wirtschaftliche Interessen verfolgen.

4.6 Verbände

Verbände repräsentieren und fördern ihre Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.

Als gemeinnützige Organisationen sind Wohlfahrtsverbände die wichtigsten Träger und Betreiber öffentlicher Sozialhilfe-, Kranken- und Pflegeeinrichtungen. Eine Aufgabe der Wohlfahrtsverbände ist die Wahrnehmung und Vertretung wohlfahrtsstaatlicher Interessen. Zu den wichtigsten Wohlfahrtsverbänden in Deutschland zählen der Deutsche Caritasverband e.V., das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in

Deutschland, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband e.V., das Deutsche Rote Kreuz e.V. und der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. Zu den wichtigsten Berufs und Bundesverbänden für Pflegeberufe gehören der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (Bpa) sowie für die häusliche Kinderkrankenpflege der Bundesverband häusliche Kinderkrankenpflege e.V. (BHK e.V.).

4.7 Qualifikationen

In ambulanten Pflegediensten können unterschiedliche Berufe mit verschiedenen Qualifikationen arbeiten. Im SGB V sieht der Gesetzgeber häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte vor (SGB V §37).

Das SGBXI definiert in § 71 die Bezeichnung der Pflegefachkraft.

Eine Pflegefachkraft weißt in diesem Sinne neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre auf. (vgl. SGB XI §71).

Julia Dobke erforschte 1999 einen Anteil von 95,5% 3- jährig examinierter Pflegekräfte in der häuslichen Kinderkrankenpflege (Dobke 1999:57).

Die Tätigkeitsinhalte in der häuslichen Kinderkrankenpflege werden wegen der fortschreitenden Entwicklung in der Pädiatrie als sehr vielschichtig angenommen (Böll, Wetzl 2008:47). Gleichzeitig ist ein Qualitätsziel in der Pflege die Bezugspflege und die patientenorientierte Versorgung. Mit einer stärkeren Differenzierung der Aufgabenschwerpunkte geht gleichzeitig eine pflegerische Spezialisierung einher, die zu einer vertieften Professionalisierung der Pflegekräfte führt (Herold 1999:234).

Das Aus- und Weiterbildungsniveau wird zurzeit als sehr hoch eingeschätzt. Hierüber soll die Studie weitere Auskünfte ermöglichen.

5 Problematisierung

Die für das Arbeitsfeld der ambulanten Pflege geltenden Gesetze und Regelungen haben bei allen Einrichtungen und Patienten ihre Gültigkeit und die ambulante Pflege steht im Spannungsverhältnis dreier Bezugsgrößen, der Familie, der staatlichen Regulierung und dem Wirtschaftsmarkt (vgl. Geller 2004:7ff).

5.1 Bezugsgröße Familie

Die Bedürfnisse der Familien chronisch kranker Kinder werden von Christina Köhlen et al. bereits 1999 auf Grundlage ihrer qualitativen Studie beschrieben. Das Leben mit chronisch kranken Kindern verlangt von den Betroffenen und ihren Familien einen Bewältigungsprozess, der ohne professionelle Hilfe kaum möglich ist (vgl. Köhlen, Beier, Danzer 1999).

In der Fachzeitschrift „kinderkrankenschwester“ für alle Bereiche der stationären und ambulanten Kinderkrankenpflege findet man immer wieder Artikel, die aus der Sicht der betroffenen Eltern oder Pflegekräften die schwierige Lebenssituation von Familien beschreiben, die dauerbeatmete, oft schwerst mehrfach behinderte, intensivpflegebedürftige Kinder zu Hause pflegen und betreuen (Bitenc 2008, Büker 2008, Eckert 2007, Josten 2005, Mittelstädt 2006).

In der Literatur zum Thema wird immer wieder ein hoher Beratungsbedarf im Arbeitsfeld der häuslichen Kinderkrankenpflege beschrieben.

Andreas Kray als Präsident der deutschen Gesellschaft für Kinderkrankenpflege e.V. Deutschland sieht die professionelle

Elternberatung als neue Herausforderung und Überlebensstrategie für die Kinderkrankenpflege an (Kray 2007:184).

Die Familien brauchen die qualifizierte, fachliche Beratung und Anleitung, um ihr Kind gesundheits- und entwicklungsfördernd zu pflegen. Bei entsprechender Kompetenz der Eltern im Umgang mit ihrem kranken Kind können Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt werden. Das Ziel der Rückzugspflege durch häusliche Kinderkrankenpflegedienste ist eine endliche Versorgung auf Zeit, bis die Eltern ihr Kind selbstständig pflegen können.

Die wenigsten Eltern von Kindern mit langfristigem Pflegebedarf beantragen bereits während der Zeit des stationären Aufenthaltes eine Pflegestufe für ihr Kind.

Somit ist die Beratung der häuslichen Kinderkrankenpflegedienste vor Pflegeübernahme in den meisten Fällen nicht als Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI anrechenbar.

In der Regel beantragen die Eltern die Pflegestufe zu einem späteren Termin, wenn sie die Zeit gefunden haben, sich mit der neuen Situation ihres Lebens mit einem pflegebedürftigen Kind auseinanderzusetzen.

Bei der Langzeitversorgung intensivpflichtiger, oft dauerbeatmeter Kinder können Eltern die sehr zeitintensive Behandlung und Pflege der Kinder auf Dauer nur mit professioneller Hilfe im häuslichen Bereich durchführen. Ohne diese wäre ein Krankenhausaufenthalt oder eine Heimbetreuung unvermeidbar.

Der Gesellschaft bleiben höhere Krankheitskosten für die Kinder erspart (BHK e.V. 2008:254).

5.2 Bezugsgröße Wirtschaftsmarkt

Im Pflegethermometer 2004 des deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung e.V. werden Leistungen, Herausforderungen aber auch Strukturprobleme in der häuslichen Pflege sichtbar gemacht. Eine jährliche

Messung wurde erstmals im ambulanten Bereich vorgenommen. Es wird beschrieben, dass sich mehr als 80 Prozent der ambulanten Pflegedienste in ihrer unternehmerischen Existenz gefährdet sehen, wenn sich die Rahmenbedingungen in der häuslichen Pflege nicht bald ändern (Richter 2004).

Die Rahmenbedingungen der Dienstleistungserbringung häuslicher Kinderkrankenpflege sollen in ihrer Problematik und Unterschiedlichkeit zur Dienstleistungserbringung der ambulanten Pflege für Patienten im Erwachsenenalter beschrieben werden.

Ambulante Dienste, die häusliche Kinderkrankenpflegedienste erbringen, decken auf Grund der in Abschnitt 3. beschriebenen Rahmenbedingungen ein großes Einzugsgebiet ab. Julia Dobke erfasste in ihrer Studie von 1999 Fahrtzeiten von durchschnittlich 28 Minuten pro Hausbesuch in einem Radius von ca. 100 km. Die Krankenschwester und Journalistin Sabine Josten thematisiert in ihrem Bericht Fahrtzeiten von 30-45 Minuten (Josten 2006:40). Die Dienste müssen die stetige Steigerung der Kraftstoffpreise finanzieren (Aral Kraftstoffpreisdatenbank 2009). Die Aufwendungen für Fahrtzeit und Fahrtkosten werden den Pflegediensten häufig nicht explizit durch die Leistungserstatter vergütet. Die Dienstleistungen durch häusliche Kinderkrankenpflegedienste werden in der Regel mit Stundensatzvergütungen beglichen. Die Höhe des Stundensatzes ist ein Ergebnis der Preisverhandlung zwischen dem Leistungserstatter und dem Pflegedienst (vgl. SGBV §132 a (2) und Josten 2006:40). Der Gesetzgeber schreibt den Leistungserstattern keine Vergütung der Fahrtkosten pro gefahrenen Kilometer vor. Um wirtschaftlich zu arbeiten, müssten die Dienste die Aufwendungen für Fahrtkosten bei der Preiskalkulation und Verhandlung berücksichtigen und den Leistungszahlern angemessen in Rechnung stellen.

Den überwiegend kleinen Dienstleistungserbringern häuslicher Kinderkrankenpflege gelingt dies nicht immer. Auch Effizienzsteigerungen, die bei großen Diensten einfacher zu erreichen sind, sind bei den wenigen Patienten der häuslichen Kinderkrankenpflege schwer zu erzielen

(BHK e.V. 2008:254).

Die Fahrtkosten pro Patient lassen sich kaum durch eine Erhöhung der Patientenanzahl oder eine optimierte Tourenplanung verbessern- zum einen gibt es nur eine begrenzte Zahl potenzieller Kunden für die häusliche Kinderkrankenpflege im Einzugsgebiet und zum anderen variiert die Dauer eines Dienstleistungseinsatzes im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege stark- von einer Stunde bis zu 24 Stunden Pflegeinsatz pro Tag.

Häusliche Kinderkrankenpflegedienste leisten zu einem überwiegenden Teil Behandlungspflege. Die Durchführung der Behandlungspflege obliegt der ärztlichen Delegation an Fachpflegepersonal.

Pflegehilfskräfte, die in ambulanten Diensten bei älteren Patienten Verrichtungen wie die Grundpflege oder die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen können, sind im Tätigkeitsfeld der häuslichen Kinderkrankenpflege eher selten beschäftigt (Dobke 1999:56). Die Lohnkosten sind in den letzten zehn Jahren gestiegen und die Gehälter von Fachpflegekräften sind höher als die Lohnkosten für Pflegehilfskräfte (Statistisches Bundesamt Deutschland. Publikationen und Auskünfte. Verdienste und Arbeitskosten 2009:541).

Die variablen Kosten sind in der häuslichen Kinderkrankenpflege hoch, begründet durch hohe Lohnkosten auf Grund der erforderlichen Qualifikation der Pflegefachkräfte und der Finanzierung einer Verwaltung und der Bevorratung einer adäquaten Anzahl von Dienstfahrzeugen. Die Möglichkeit der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist im Bereich der Erwachsenenpflege ambulanter Dienste zumindest in Städten möglich. Auf Grund des großen Einzugsgebietes häuslicher Kinderkrankenpflege ist dies eher selten durchführbar. Ein positiver Deckungsbeitrag, der die Fixkosten, die unter anderem durch die Büromiete anfällt, abdeckt und Gewinne möglich macht, ist in kleinen Diensten schwieriger zu erreichen (bpb Wirtschaft heute 2006:74).

Die Beschäftigungsverhältnisse sind in Vollzeit und Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse zu unterscheiden mit jeweils einer

festgelegten Wochenarbeitszeit und einer Verteilung auf die 5 bis 6 Tage Woche. Geringfügig Beschäftigte gehören laut Teilzeitbefristungsgesetz §2 Absatz 2 gemäß §8 SGBXI zu den teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern. In der Ambulanten Pflege unterliegen die Leistungsaufträge extremen Schwankungen, Pflegedienste können durch ein gutes Verhältnis von Vollzeit zu Teilzeitkräften flexibler auf diese Schwankungen reagieren. Geringfügig Beschäftigte bieten die Möglichkeit, einen Mehrbedarf zu überbrücken. Durch geringen Arbeitsanfall oder ungünstige Zeitstrukturen nicht ausgelastete Vollzeitkräfte sind für den pflegedienstunwirtschaftlich. (vgl. Heiber, Nett 2006: 52-64).

5.3 Bezugsgröße der staatlichen Regulierung

Das Wirtschaftlichkeitsgebot des §12 im SGBV sagt aus, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des notwendigen nicht übersteigen. Versicherte können sie sonst nicht beanspruchen, die Leistungserbringer dürfen sie nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Im SGBXI wird das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Pflegeversicherung im § 29 beschrieben.

Mit Umversorgungspraxis wird ein Vorgang bezeichnet, bei dem die Krankenkassen die Patienten über kostengünstigere ambulante Kinderkrankenpflegedienste informieren.

Die Umversorgungspraxis kann nicht besser beschrieben werden als im folgenden Zitat eines Urteils vom 30.5.2007 des Landessozialgerichtes NRW (BHKe.V. Ziele).

Das LSG NRW hat in einem aktuellen Urteil entschieden, dass die Krankenkassen berechtigt sind, die Patienten über kostengünstigere Kinderkrankenpflegedienste zu informieren, wenn es sich um sachlich richtige Mitteilungen handelt. Der klagende Kinderkrankenpflegedienst

hatte über seinen Berufsverband einen Rahmen- und Vergütungsvertrag mit der BEK geschlossen, der lediglich Leistungspauschalen für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und keine Stundensätze vorsah. Er versorgte ein Kind aufgrund ärztlicher Verordnung mit häuslicher Kinderkrankenpflege, das bei der BEK familienversichert war und verlangte von der Kasse eine Stundenvergütung von knapp 40,-- Euro. Die BEK bewilligte die verordneten Leistungen dem Grunde nach, genehmigte aber nur einen Stundensatz von knapp 30,-- Euro und informierte die Eltern des Kindes darüber, dass andere, näher bezeichnete Kinderkrankenpflegedienste, die Leistungen für knapp 30,-- Euro erbringen würden. Sofern die Eltern den klagenden Pflegedienst weiterhin beauftragten, gingen Differenzkosten zu deren Lasten.

Das LSG NRW sah die Sache anders. Die Krankenkassen hätten eine gesetzliche Verpflichtung, ihre Versicherten zu informieren. Dies gelte auch für Preise, sofern die Krankenkasse nicht bereit sei, den von dem Kinderkrankenpflegedienst verlangten Stundensatz zu zahlen. Das Gericht begründete sein Urteil damit, dass ein Stundensatz mit der BEK nicht vereinbart worden sei. Mangels vertraglicher Grundlage sei die Krankenkasse nicht verpflichtet, den einseitig vom Pflegedienst verlangten Preis zu zahlen. Die Kasse sei in solchen Fällen lediglich zur Zahlung eines ortsüblichen Satzes verpflichtet. Dieser Satz liege aber nicht bei 40,- - Euro, da die Krankenkasse eine Reihe von Kinderkrankenpflegediensten nennen konnte, die alle einen Stundensatz von nur knapp 30,-- Euro verlangten. Im übrigen rügte das Gericht den privatrechtlichen Vertrag, den der Kinderkrankenpflegedienst mit den Eltern geschlossen hatte. Nach Meinung des LSG kann ein solcher Vertrag nichtig sein, da die vertragliche Regelung zwischen Pflegedienst und Krankenkasse eine ergänzende Vergütung verbiete, wenn die Kasse die Leistung genehmige. Der Senat wies zudem darauf hin, dass das Gesetz für den Fall einer Nichteinigung über die Höhe der Vergütung ein Schiedsverfahren vorsehe, so dass der Kinderkrankenpflegedienst bei Gericht versuchen müsste über diesen Weg eine höhere Vergütung durchzusetzen.

Das Urteil des LSG beschäftigt sich mit dem in der Praxis der Kinderkrankenpflege oftmals auftretenden Problem der Vergütungshöhe. Sofern eine konkrete Stundenvergütung vertraglich nicht vereinbart ist, ist es dem Pflegedienst nach dieser Entscheidung verwehrt, eine „angemessene Vergütung“ selbst festzulegen. Der Pflegedienst kann vielmehr auf einen ortsüblichen Preis verwiesen werden, den das Gericht notfalls ermitteln muss.

Eine Verordnung häuslicher Pflege erfolgt in der Regel für drei Monate und muss dann erneut von den Kassen bewilligt werden.

Als Folge kann es sein, dass den kranken Kindern und ihren Eltern auf Grund der Sparmaßnahmen eine Pflege durch ihnen in fachlicher und persönlicher Hinsicht vertraute Pflegekräfte nicht kontinuierlich erhalten bleiben.

Da demnach private Zuzahlungen nicht rechtmäßig sind, wird den Eltern auferlegt, einen von der Kasse gewählten Pflegedienst anzunehmen. Maria Bitenc als betroffene Mutter äußert aus ihrer Erfahrung, dass es schwierig sei, einen qualifizierten Pflegedienst mit möglichst intensivverfahrenen Kinderkrankenschwestern -pflegern für das eigene Kind zu finden (vgl. Bitenc 2008:57).

Die Einrichtungen sind nach §70 SGB V verpflichtet, Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit zu beachten.

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer müssen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sie muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (vgl. SGBV §70 (I)).

Der Gesetzgeber definiert nicht, was die fachlich gebotene Qualität z. B. bei der Versorgung beatmungspflichtiger Patienten im Einzelnen über die

Definition der Pflegefachkraft hinaus beinhalten muss noch wie diese fachlich gebotene Qualität angemessen vergütet werden soll.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken (Zitat: SGBV §70 (2)).

Hierzu kann man die Frage stellen, ob es human ist, einem kranken Kind und seiner Familie eine aus wirtschaftlichen Gründen ausgewählte Pflegebeziehung oder Dienstleistungserbringung aufzuzwingen.

Im § 79 SGBXI sieht der Gesetzgeber ebenfalls eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vor. Die Pflegedienste müssen die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen,

Sie müssen sich u. a. verpflichten, nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln und sie haben die Verpflichtung, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden.

Die Ergebnisse der Studie sollen die Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege ermutigen und argumentativ unterstützen, detaillierte, faktisch begründete und kindgerechte, qualitätsorientierte Kostenrechnungen zur Stundensatzverhandlung mit den Leistungsträgern zu erstellen. Sie sollen helfen, das wirtschaftliche Überleben der Dienste durch die Darlegung der besonderen Situation der häuslichen Kinderkrankenpflegedienste mit ihren Rahmenbedingungen, den Tätigkeitsinhalten und einer angemessenen Personalqualifikation zu sichern.

5.3.1 Versorgungsübernahme

Die Aufnahme neuer Patienten geschieht in der Regel durch eine Übernahme aus der Kinderklinik (Böll, Wetzel 2008:46).

Mit Einführung des fallbezogenen Abrechnungssystems für Krankenhäuser sinkt auch in den Kinderfachabteilungen der Kliniken die Belegungsdauer: auch Kinder werden nun so früh wie möglich entlassen. In den letzten zehn Jahren ist die Anzahl der Pfl egetage in den Kinderabteilungen um 29% gesunken (ebd.). Eher selten wenden sich Eltern oder niedergelassene Kinderärzte an die ambulanten Kinderkrankenpflegedienste um pflegerische Unterstützung bei ambulanter medizinischer Behandlung zu erhalten.

5.3.2 Vergütungsvereinbarungen

Der überwiegende Teil der ambulanten Kinderkrankenpflegedienste arbeitet auf der Basis von Stundensätzen, über dessen Höhe für den jeweiligen Patienten mit dem Kostenträger einzeln verhandelt werden muss. (Böll; Wetzel, 2008:46)

Die Abrechnung nach Leistungsgruppen findet in der häuslichen Kinderkrankenpflege eher selten Anwendung. Folgende Kriterien sprechen gegen eine Vergütung der Pflege nach Leistungsgruppen.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Es ist im Sinne einer Vertrauen schaffenden Pflegebeziehung nicht zufrieden stellend, innerhalb von wenigen Minuten eine Behandlungspflegemaßnahme, zum Beispiel einen Trachealkanülenwechsel, bei einem kranken Kind durchzuführen ohne die Zeit zu haben, auf die jeweilig bestehende Situation alters und entwicklungsgerecht einzugehen und das Kind sowie die Eltern in die Pflege zu integrieren und sie vorzubereiten (ebd.).

Der hohe Anleitungs- und Beratungsaufwand findet im Leistungskatalog keine Berücksichtigung. Die Beratung ist aber gerade in der

Rückzugspflege, die im Rahmen des SGBV durchgeführt wird, wichtig.
(ebd.)

Die langen Wegezeiten sind bei einer Vergütung über Leistungsgruppen nicht kostendeckend durchführbar.

5.4 Pflegestatistik

Seit 1999 führen die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder alle zwei Jahre eine Pflegestatistik durch. Die Pflegestatistik beruht in ihrer Definition auf dem Pflegeversicherungsgesetz nach dem Sozialgesetzbuch XI. Die Pflegestatistik registriert u. a. die Gesamtheit der ambulanten Pflegedienste, es findet keine gesonderte Erfassung der ambulanten Dienste statt, die häusliche Kinderkrankenpflege erbringen. Bei den Personen, die von den ambulanten Pflegediensten Dienstleistungen erhielten, werden nur die Personen erfasst, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI erhalten haben (Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, 2. Bericht, 2007:3).

Demnach sind im Dezember 2007 in Deutschland 2,25 Millionen Personen mit einer Pflegestufe erfasst worden, davon entfallen auf die Gruppe der 0 bis 20-jährigen 87772 Personen, das sind 3,9% der Gesamtheit. Die Altersstufung der Statistik lässt nur diese Aussage zu, da Pflegebedürftige in einer Alterstufung von unter 5 Jahren, 5-10 Jahren, 10-15 Jahren und 15-20 Jahren erfasst werden.

Im Vergleich dazu sind 62% der Menschen mit einer Pflegestufe im Alter von 70 bis 90 Jahren registriert worden.

Im Jahr 2007 hatten die 0-20-jährigen einen Anteil von ca. 20% an der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Die Bevölkerungsgruppe der 60 bis 80-jährigen besitzt ebenfalls einen Anteil von ca. 20% im Jahr 2007, die über 80-jährigen werden mit einem Anteil von 4,8% angegeben. (Vgl.: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Bevölkerung nach Altersgruppen Deutschland 2007).

Die Zusammenstellung der folgenden Daten aus der Pflegestatistik der Pflegeversicherung Deutschland vom Statistischen Bundesamt verdeutlicht die Verteilung der Leistungen der Pflegeversicherung zur Finanzierung ambulanter Pflege in der Bevölkerung nach Alter.

Pflegestufen I-III Alter der Empfänger in Jahren	ambulante Pflege	Pflegegeld	Ingesamt	% der Gesamtheit
unter 5	538	11075	11660	0,51%
05 - 10	1122	24078	25303	1,13%
10 - 15	1286	24813	26201	1,17%
15 - 20	1283	23137	24608	1,09%
unter 5 - 20	4229	83103	87772	3,9%
70 - 90	353229	576795	1.394010	62%
unter 5 - 95 und mehr	504232	1033286	2.246829	100%

*Bei der Angabe -insgesamt- wird ambulante Pflege und stationäre Pflege sowie Pflegegeldempfänger addiert.

5.5 Zahlen zu Leistungen der Krankenkasse

Über eventuell vorhandene Zahlen der Leistungen häuslicher Pflege nach SGBV für Patienten im Alter von 0-18 Jahren erteilen die Krankenkassen leider keine Auskunft.

Die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes gibt in einer Tabelle Informationen über die Häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nach Anzahl der Fälle, der Leistungstage, der Leistungsfälle sowie der Leistungstage je Fall. Die Tabelle lässt verschiedene Eingaben zur Veränderung der Kriterien wie Geschlecht, Kassenart und Versichertengruppen zu. Eine Differenzierung nach dem Lebensalter der Fälle ist nicht vorgesehen.

Insgesamt wurde jedoch bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in 2.306.640 Fällen an 142.241.062 Tagen im Jahr 2007 Häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege durchgeführt, das sind im Durchschnitt ca. 6,2 Tage pro Fall.

Vollstationär behandelt wurden im Jahr 2007 in Deutschland insgesamt 39.744.183 Patienten, hiervon entfallen auf die Gruppe der 0 bis unter 25-Jährigen 2.880.818 Personen, dies sind nur ca. 1, 1%.

(DESTATIS ,Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2007).

6 Forschungsdesign

Im Forschungsdesign wird der Weg zur Untersuchung der Forschungsfrage festgelegt (Mayer 2002:68). Das Forschungsfeld und die Forschungsfragen sowie die bestehenden Grundlagen bestimmen die Auswahl des geeigneten Forschungsansatzes unter Beachtung der zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Forschenden (Mayer 2002:85). Die Diplomprüfungsordnung für den Studiengang Pflegemanagement des Fachbereiches Gesundheitswesen an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein- Westfalen sieht eine Bearbeitungszeit der Diplomarbeit von vier Monaten vor (Trapmann 1999:§23).

Bei der Diplomarbeitserstellung von Frau Julia Dobke scheint ein Bearbeitungszeitraum von mindestens 6 Monaten möglich gewesen zu sein. Der Befragungsbeginn wird mit Oktober 1999 angegeben.

(Dobke, Köhlen, Beier, 2001:185).

Die eidesstattliche Erklärung von Julia Dobke in ihrer Diplomarbeit trägt das Datum vom 31. März 2000.

Ein Ziel ist folglich, das Design meiner Studienarbeit so zu wählen, dass eine Bearbeitung in vier Monaten möglich ist.

Die persönlichen finanziellen Ressourcen zur Finanzierung einer Studie mit schriftlicher, postalischer Befragung ambulanter Pflegedienste sind begrenzt.

Aus diesen Gründen musste zur Durchführbarkeit der Studienarbeit ein geeigneter Kooperationspartner gesucht werden. Kriterien zur Auswahl potenzieller Partner waren ein Interesse am Forschungsgegenstand und eine daraus resultierende Bereitschaft zur logistischen und finanziellen Unterstützung der Studie.

Der BHK e.V. mit Sitz in Köln ist der einzige Dachverband für spezialisierte häusliche Kinderkrankenpflegedienste in Deutschland. Neben Beratung und Information vertritt der BHK e.V. die Interessen der Kinderkrankenpflegedienste bei neuen Gesetzen und Richtlinien (BHK e.V. Homepage 2005). Von einem Interesse am Diplomarbeitsthema konnte ich ausgehen. In einem Anschreiben habe ich die Geschäftsführerin des BHK e.V. Frau Elisabeth Wetzel, über mein Vorhaben informiert. Frau Wetzel sicherte die Unterstützung zu.

Ein Meinungsaustausch über die Zielsetzung fand auf Grundlage der quantitativen Befragung von Frau Dobke statt.

6.1 Kooperationsvereinbarung

Die Studie wird mit finanzieller und organisatorischer Unterstützung des BHK e. V. durchgeführt.

Der BHK e.V. stellt für die Befragung alle ihm bekannten Anschriften und E-Mail Adressen von spezialisierten häuslichen Kinderkrankenpflegediensten in Deutschland zur Verfügung.

Die Vorstandsmitglieder des Verbandes in leitenden Positionen häuslicher Kinderkrankenpflegedienste führen einen Pretest mit dem ersten Entwurf des Fragebogens durch.

Der Bundesverband übernimmt die Portokosten für die Versendung der Fragebögen an alle Adressen von Kinderkrankenpflegediensten

sowie für die zurückgesendeten Fragebögen, die über „Entgelt zahlt Empfänger“ zurückgeschickt werden.

Alle vom BHK e.V. zur Verfügung gestellten Adressen dürfen nur zur Versendung des Fragebogens per Post und zur Erinnerung an die Rücksendung per E-Mail verwendet werden. Die Adressen dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Der BHK e.V. informiert seine Mitgliedsdienste in der Mitglieder-Info von Mai 2009 mit Versand in der 4. Maiwoche über die Befragung und bittet um Mitwirkung der Dienste bei der Befragung.

Über den E-Mail Verteiler werden alle angeschriebenen Dienste nach einer Woche im Namen von Helga Gessenich und dem BHK e.V. an die Studie erinnert und um Beteiligung gebeten.

Frau Gessenich stellt dem BHK e.V. die Ergebnisse der Befragung zur Verfügung.

Alle Resultate der Studie kann der BHK e.V. nach Absprache und unter Nennung des Namens von Frau Gessenich veröffentlichen.

Bei Veröffentlichungen der Ergebnisse durch Frau Gessenich wird der BHK e.V. als Kooperationspartner und ggf. Frau Prof. Dr. Andrea Schiff als beteiligte Hochschuldozentin genannt. Vor Veröffentlichung der Ergebnisse kann der BHK e.V. den Text prüfen und entscheiden, ob er genannt werden will oder nicht.

Der BHK e.V. stellt sein Logo zur Verfügung, damit es im Briefkopf des Anschreibens eingefügt werden kann.

6.2 Forschungsfeld

In Deutschland gibt es keine Institution, welche die Dienstleistungserbringer häuslicher Kinderkrankenpflege bei Patienten von 0-18 Jahren in Deutschland gesondert erfasst und offiziell Auskunft über die Anzahl oder die Adressen der Dienste geben kann.

Die Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes zählt im 2-Jahresabstand alle zugelassenen ambulanten Pflegedienste in Deutschland in ihrer Gesamtheit.

Als Grundgesamtheit des Forschungsgegenstandes wird die Gruppe der zugelassenen Dienstleistungserbringer angesehen, die nach dem Kenntnisstand des BHK e.V. häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland erbringen.

In der Adresskartei des BHKe.V. befinden sich zum Zeitpunkt der Studienerstellung 182 Adressen.

Das Zeitkontingent zur Diplomarbeitserstellung beträgt vier Monate. Auf eine eigene Recherche zur eventuellen Ergänzung des Adressenbestandes wird aus Zeitgründen verzichtet.

Die überschaubare Anzahl von 182 Diensten ermöglicht eine Einbeziehung der Grundgesamtheit aller bekannten Anbieter bei einer schriftlichen, postalischen Befragung.

6.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Vorraussetzung zur Zugehörigkeit zum Forschungsgegenstand ist die Dienstleistungserbringung häuslicher Kinderkrankenpflege in Deutschland durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst.

Eine ambulante Pflegeeinrichtung (ein Pflegedienst) gilt als zugelassen, wenn er die Voraussetzungen zum Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß §72 SGB XI erfüllt (SGB XI).

Es werden auch ambulante Pflegedienste angeschrieben, die sowohl häusliche Kinderkrankenpflege als auch andere Dienstleistungen erbringen.

Ein Pflegedienst erbringt häusliche Kinderkrankenpflege, wenn er auch Pflegeleistungen nach den Sozialgesetzbüchern erbringt. Ambulante Dienste, die für Kinder ausschließlich Beratungsleistung nach § 37 erbringen, werden nicht einbezogen.

Bei den Patientenprofilen werden die Dienstleister häuslicher Kinderkrankenpflege um Angaben zu den beiden ersten im Monat Oktober geborenen Kindern gebeten. Mit Kindern sind, wie bereits beschrieben, Personen im Alter von 0 bis 18 Jahren gemeint. Werden in den Patientenprofilen Daten von Personen von 19 bis 30 Jahren aufgeführt, werden diese Daten in die Analyse einbezogen, da in der Studie davon ausgegangen wird, dass diese jungen Erwachsenen als Patienten der häuslichen Kinderkrankenpflege die gleichen Versorgungsstrukturen aufweisen und lediglich altersmäßig „entwachsen“ sind.

6.4 Ethische Aspekte

Die in Forschungsprojekten vorrangig zu schützenden Menschenrechte sind das Recht auf Selbstbestimmung, der Schutz der Privatsphäre die Gewährleistung der Anonymität und Vertraulichkeit, das Recht auf faire Behandlung und das Recht auf Schutz vor Belastungen und Schaden (Burns, Grove 2005:190-202).

In der Erarbeitung der Studie unterlagen diese sechs Menschenrechte, zum Schutz der Forschungsteilnehmer, einer kritischen Hinterfragung.

Selbstbestimmung

Eine Schwierigkeit liegt in der Einhaltung der ethischen Aspekte im Bereich der Selbstbestimmung, insbesondere auch bei Kindern.

Die Studienteilnahme geschieht freiwillig. Im Anschreiben erhalten die potenziellen Teilnehmer Informationen über die Studie.

Das Anschreiben gibt Auskunft über die Forschenden und ihre Motivation. Es informiert über die Zielgruppe der Untersuchung, die Ziele der Studie werden beschrieben und die Teilnehmenden erhalten die Zusage, nach Beendigung der Studie über die Ergebnisse informiert zu werden. Die voraussichtliche Dauer einer Fragebogenbearbeitung und der Bearbeitungszeitraum werden angegeben.

Ein Nachteil des zugesandten Fragebogens kann sein, dass die Studienteilnehmer Fragen zur Untersuchung nicht im persönlichen Gespräch klären können.

Aus diesem Grund enthält das Anschreiben einen Hinweis auf die Möglichkeit, Fragen jederzeit telefonisch oder per E-Mail stellen zu können. Auf der ersten Seite des Fragebogens wird die Kontaktmöglichkeit ebenfalls angegeben.

Bei Kindern als Forschungsteilnehmer, handelt es sich um Menschen mit einer eingeschränkten Autonomie und sie sind juristisch und mental nicht in der Lage, eine informierte Zustimmung zu leisten, bzw. ihre Zustimmung ist nur eingeschränkt einholbar. Diese Individuen sind in der Regel nicht fähig, die Informationen über eine Studie zu verstehen und Entscheidungen über eine Teilnahme zu treffen. Bei diesen Personen besteht eine Bandbreite der Verletzbarkeit, die von gering bis absolut reicht. (Burns, Grove 2005:193)

Faktoren welche die Akzeptabilität des Einsatzes von Personen mit eingeschränkter Autonomie begünstigen, sind bei einer nicht therapeutischen Forschung, die dem Zweck folgt, generiertes Wissen für eine Disziplin zu erlangen, nicht gegeben, Die Forschungsteilnehmer profitieren nicht direkt von einem Nutzen im experimentellen Prozess, was eine erhöhte Akzeptabilität begründen würde. Vielmehr können die Ergebnisse künftigen Personen zugute kommen. In diesem Fall den ambulanten Diensten und indirekt den Kindern insofern, dass über das Wissen zur Situation der häuslichen Kinderkrankenpflege bessere Rahmenbedingungen zur Versorgung der Kinder durch häusliche Kinderkrankenpflege erreicht werden können.

Weiter ist es nicht durchführbar, dass Informationen im Sinne des ethischen Prinzips der Gerechtigkeit nicht nur über ein krankes Kindern in der Betreuung eines häuslichen Kinderkrankenpflegedienstes gesammelt werden, sondern auch von gesunden Kindern oder Erwachsenen (Burns, Grove 2005:199-202). Dies schließt der Gegenstand der Arbeit aus.

Durch die Sicherstellung einer anonymen Rücksendung wird auch dem Schutz des Kindes bei den Angaben in den Patientenprofilen Rechnung getragen. Ein Kontakt zum Kind entsteht nicht. Rückschlüsse auf einzelnen Personen können nicht erfolgen.

Privatsphäre / Anonymität / Vertraulichkeit

Die Freiheit eines Individuums bedeutet, dass es den Zeitpunkt, das Ausmaß sowie die allgemeinen Umstände bestimmen kann, unter denen private Informationen mitgeteilt oder vor anderen zurückgehalten werden. Private Informationen umfassen Einstellungen, Überzeugungen, Verhaltensweisen, Meinungen und Unterlagen einer Person (ebd. 2005:196).

Ein persönlicher Kontakt zu den Studienteilnehmern wird von Seiten der Forschenden nicht hergestellt. Auf die Kennzeichnung der Fragebögen vor Zusendung durch Schlüsselnummern wird verzichtet.

Die Fragebögen werden mit einem ausführlichen, wenn möglich persönlich adressiertem Anschreiben sowie einem vom Absender nicht zu frankierenden Rückumschlag zugesendet.

Als Vorteil dieser Methode kann den Studienteilnehmern eine 100%ige Anonymität garantiert werden. Der Wahrung der Anonymität kommt auch auf Grund der eigenen Tätigkeit im Fachbereich sowie der Überschaubarkeit der Grundgesamtheit ein hoher Stellenwert zu.

Dieses Vorgehen steht im Einklang mit den Bundesdatenschutzgesetz (BDSG 1990) und der EG- Datenschutzrichtlinie (DESTATIS, Richtlinie95/46/EG).

Faire Behandlung

Basierend auf dem Prinzip der Gerechtigkeit werden alle dem BHK e.V. bekannten ambulanten Pflegedienste, die häusliche Kinderkrankenpflege anbieten, angeschrieben.

Ein vom BHK e.V. initiiertes Artikel in der Pflegefachzeitschrift CAREkonkret informiert zeitnah über die Durchführung und Ziele der

Studie. Alle Interessierten, die keinen Fragebogen erhalten haben und häusliche Kinderkrankenpflege anbieten, haben die Möglichkeit einen Fragebogen anzufordern und an der Studie teilzunehmen.

Schutz vor Belastung und Schaden

Die Menschenwürde ist laut Art. 1 Abs. 1 GG unantastbar und damit unabwägbar (Großkopf 2007:65).

Minderjährige sind Träger der Menschenwürde und in der Situation der Krankheit besonders schutzbedürftig. Im Einzelfall ist allerdings zu prüfen, ob in der jeweiligen Maßnahme wirklich ein Eingriff in die Menschenwürde liegt. Ein Eingriff legt vielmehr erst dann vor, wenn ein Mensch zum Gegenstand von Erniedrigung, Folter, Schmähung gemacht wird.

Durch das Vorhaben, konkrete Daten von Patienten zu erfragen, die nach einem Zufallsprinzip einer Geburt im Oktober eines beliebigen Jahres ausgesucht werden sollen, soll eine Diskriminierung unterbunden werden.

Da kein besonderer Kontakt zu den Kindern hergestellt wird, entsteht keine physische wie psychische Belastung für die Kinder.

7 Datenerhebung

7.1 Forschungsinstrument

Die in der Einleitung behauptete Aussage, dass ein unterschiedlicher Bedarf hinsichtlich einer Pflege von Kindern und den zumeist älteren Patienten der ambulanten Pflege besteht, soll durch die Datenauswertung überprüfbar werden und weiteren Forschungen eine wissenschaftliche Basis zum Vergleich der verschiedenen Pflegebereiche bieten.

Dies begründet die Wahl zur Durchführung einer empirischen Forschung mit quantitativem Design. Die Daten sollen durch einen strukturierten, schriftlichen Fragebogen erhoben werden. Vorteile dieser Methode sind

unter anderem der hohe Grad der standardisierten Messung und die Möglichkeit zur standardisierten Auswertung.

Auf den Grundlagen des Fragebogens von Frau Dobke, den persönlichen Erfahrungen und der theoretischen Vorarbeit durch Literaturrecherche, Auswertung, Begriffsklärung und Meinungsaustausch mit der Geschäftsführerin des BHK e.V. wurde das Thema präzisiert und die ersten eigenen Forschungsfragen formuliert.

Die Gliederung in die im Folgenden beschriebenen vier Bereiche ergab einen ersten Fragenkatalog (Mayer 2002:113).

Im Fragenkatalog wurden die Fragen zur Unternehmensstruktur und zum Leistungsspektrum sowie zur Personalstruktur und der Erstellung von Patientenprofilen thematisch gegliedert.

Nach Zusammenstellung aller interessanten Fragen war ersichtlich, dass bei Bearbeitung aller Themenfelder der Fragestellungen Frau Dobkes aus dem Jahr 1999, meinen Ergänzungen und bei Berücksichtigung der Wünsche des Berufsverbandes ein Fragenkatalog mit weit über 100 geschlossenen Fragen und vielen Variablen entstand.

Die Gründe, die Fragenanzahl zu reduzieren, werden wie folgt beschrieben.

Frau Dobke schildert in ihrer Diplomarbeit, dass der angegebene Rücklauf von 45% erst nach einer Intervention durch den BHK e.V. bei einer Mitgliederversammlung erreicht wurde. Der postalische Rücklauf am 15.11.1999 als letztes Rücklaufdatum lag bei 29%.

Es kann vermutet werden, dass vielen angeschriebenen Diensten im Jahr 1999 der Zeitaufwand zur Beantwortung von 110 Fragen zu hoch war.

Der eigene Bearbeitungszeitraum zur Diplomarbeitserstellung liegt wie bereits beschrieben deutlich unter dem Zeitkontingent von Julia Dobke.

Die formulierten Forschungsfragen dienten als Leitfaden zur Entscheidungsfindung, welche Fragen im Fragebogen des Pretest verbleiben sollen.

7.1.1 Forschungsfragen

Wie sind heute die Strukturen eines Pflegemarktes, der Dienstleistungen für ambulant versorgte Kinder in Deutschland erbringt?

Diese deskriptive Forschungsarbeit soll ein Bild vom Arbeitsfeld der häuslichen Kinderkrankenpflege entwerfen. Die vorhandenen Strukturen sollen dargestellt, in ihrer Häufigkeit beschrieben und möglichst in Beziehung gesetzt werden.

Die wissenschaftlichen Forschungsfragen entwickelten sich in der Auseinandersetzung mit der Thematik wie folgt.

1. Welche Wirtschaftsstrukturen weisen die ambulanten Dienste auf, die Dienstleistungen für Kinder erbringen?
2. Welches Leistungsspektrum bieten ambulante Dienste, die Dienstleistungen für Kinder erbringen?
3. Wer finanziert die Dienstleistungen der ambulanten Pflege für Kinder?
4. Wie sieht die Vergütungsstruktur aus?
5. Wie ist die fachliche Qualifikation der Dienstleistungserbringer ambulanter Kinderkrankenpflege?
6. Wie alt sind die Patienten der ambulanten Kinderkrankenpflegedienste durchschnittlich, seit wann werden sie versorgt und welche Erkrankungen begründen ihren Anspruch auf Leistungen?
7. Wie viel Zeit wird für die Dienstleistungserbringung bei Kindern von den ambulanten Pflegediensten aufgewendet?

Die Untersuchung soll valide Daten zur Situation der Dienstleistungserbringer und den Patienten der ambulanten Kinderkrankenpflege in Deutschland im Jahr 2009 ergeben.

Themenbereich Unternehmensstruktur

Zum Themenbereich Unternehmensstruktur verblieben einundzwanzig Fragen nach der Lokalisation und Größe der Anbieter, dem

Dienstleistungsangebot, der Patientenzielgruppe, der Rechtsform und der Zugehörigkeit zu Verbänden gestellt. Ergänzend kamen Fragen nach einer Zertifizierung und MDK- Beratung hinzu.

Themenbereich Leistungsspektrum

Im Themenbereich Leistungsspektrum wurde mit fünf Fragen nach den angebotenen Leistungen und den abgerechneten Leistungen in einem bestimmten Monat gefragt.

Themenbereich Personalstruktur

Beim Themenbereich Personalstruktur wurden neun Fragen nach der Mitarbeiteranzahl und der fachlichen Qualifikation aufgenommen. Die Frage nach einer Personalsuche in einem bestimmten Monat und Art der gesuchten Qualifikation wurde ebenfalls berücksichtigt.

Themenbereich Patientenprofile

Beim Themenbereich Patientenprofile war die Zielsetzung, mit zweiundzwanzig Fragen valide Angaben zur Versorgungsstruktur von Kindern als Patienten der häuslichen Kinderkrankenpflege zu erhalten.

Die Angaben sollten möglichst reliabel und untereinander in Beziehung zu setzen sein.

Aus diesem Grund sollen in einem Patientenprofil alle Fragen zu einem Kind beantwortet werden.

Um einen große Zufallsstichprobe zu erhalten, wurde entschieden, Angaben zu den ersten drei im Monat Oktober eines beliebigen Jahres geborenen Kindern zu erfragen. Werden keine im Oktober geborenen Kinder versorgt, soll der jeweils folgende Monat genutzt werden.

Die Fragen beziehen sich auf das Geburtsjahr des Patienten, die Nationalität, die Diagnose, die Versorgungsstruktur und den Zeitaufwand der Dienstleistung sowie die Art der Vergütung und die fachliche Qualifikation der Pflegenden bei diesem Kind.

Die thematische Gliederung soll die Transparenz des Fragebogens erhöhen und die Beantwortung vereinfachen.

Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde Wert auf eine einheitliche, leicht verständliche und übersichtliche Form gelegt. Die überwiegend geschlossenen Fragen werden möglichst einfach und eindeutig formuliert.

Als Vorteile der geschlossenen Fragen gegenüber offenen Fragen werden die bessere Vergleichbarkeit und Auswertung der Antworten, die höhere Durchführungs- und Auswertungsobjektivität und eine leichtere Beantwortbarkeit mit geringerem Zeitaufwand für die Befragten genannt (Diekmann 2005:408, Strodtholz, Taffertshofer 2005:42-44)

Es wird jeweils angegeben, wenn Mehrfachnennungen möglich sind.

Hierbei sollen Antwortvorgaben das Themengebiet möglichst vollständig abdecken und disjunkt sein. Bei den Hybridfragen werden die Fragen durch die offene Antwortmöglichkeit „sonstiges“ ergänzt (Kühl et al. 2005:42-44).

Um bei Schwierigkeiten in der Antwortfindung oder bei Verweigerung einer Angabe die statistische Auswertung zu verbessern, werden die Fragen weitgehend durch die Antwortkategorie „weiß nicht“ vervollständigt (Raithel 2006:68).

Es wurde bei der Auswahl und Formulierung der Fragen Wert auf den Erhalt möglichst konkreter Aussagen gelegt. Die Abfrage von Meinungen zu einem Thema oder die Schätzung von Prozentzahlen ist weitgehend vermieden worden.

Hier wurde vom Design der Fragestellungen aus dem Jahr 1999 abgewichen.

Die Fragen weisen einen möglichst einheitlichen Formulierungsstil auf, Doppelnegationen und Fremdwörter werden vermieden und Fachwörter im Kontext des Themas unter Beachtung des Fachwissens der Befragten verwendet.

7.1.2 Pretest

Der Fragebogen wurde mit 35 Fragen zur Unternehmensstruktur, zum Leistungsspektrum sowie zur Personalstruktur und 3 mal 22 Fragen zu den Patientenprofilen mit insgesamt 31 Seiten in den Pretest gegeben.

Fünf Vorstandsmitglieder des BHK e.V. in leitenden Positionen häuslicher Kinderkrankenpflegedienste erhielten einen Fragebogen zur Testung mit der Bitte um Bearbeitung in sieben Tagen. Ein weiterer Bogen wurde der Pflegedienstleitung eines häuslichen Kinderkrankenpflegedienstes ebenfalls mit der Bitte um Stellungnahme zur Bearbeitung im gleichen Zeitraum übergeben.

Die Antworten zu den jeweiligen Fragen der vier retournierten Fragebögen wurden systematisch analysiert und kategorisiert. Kriterien zur Beurteilung und der Suche möglicher Fehlerquellen waren die Anzahl und Art der Antworten, die Eindeutigkeit der Angaben im Einzelnen sowie im Zusammenhang mit weiteren Fragestellungen.

Fragen der ersten Kategorie waren im gesamten Pretest aussagefähig und eindeutig beantwortet worden. In der zweiten Kategorie wurden Fragen gesammelt, die überwiegend den Beurteilungskriterien entsprachen.

Die dritte Kategorie enthielt anschließend die Fragen, die häufig Anmerkungen oder Fragestellungen der Pretestteilnehmer aufwiesen und die vierte Kategorie nahm die Fragen auf, die entweder nicht beantwortet wurden oder bei der die der Antwortmöglichkeit -weiß nicht- angekreuzt wurde.

Insgesamt wurde bei vier retournierten Fragebögen zweimal der Themenbereich Patientenprofile vollständig und eindeutig und zweimal gar nicht ausgefüllt.

Die Auswertung des Pretest lässt insgesamt auf eine zu hohe Komplexität des Fragebogens schließen. Diese Annahme lässt sich zum einen mit dem Rücklauf von vier Fragebögen bei sechs Anfragen begründen, zum anderen aus den zu 50% nicht bearbeiteten Patientenprofilen und der

detaillierten Auswertung der Kategoriebildung sowie den Kommentaren der Teilnehmenden.

Im Anschließenden wurde unter Beachtung der genannten Beurteilungskriterien in Absprache mit Frau Wetzels vom BHK e.V. der Fragebogen gekürzt.

Im allgemeinen Teil des Fragebogens wurden insgesamt 22 Fragen als valide herausgefiltert, hiervon entfallen 15 Fragen auf den Themenbereich Unternehmensstruktur, 3 Fragen blieben zum Themenbereich Leistungsspektrum bestehen und im Themenbereich Personalstruktur ließen sich vier aussagekräftige Fragen herausfiltern.

Interessanterweise waren die erhaltenen Informationen der Patientenprofile sehr aussagekräftig und vollständig. Hier verbleiben 18 Fragen, die auf gute, aussagekräftige Ergebnisse hoffen lassen.

Von der Absicht, drei Angaben zu den ersten drei im Monat Oktober eines beliebigen Jahres geborenen Kindern zu erfragen, wurde im Hinblick auf den zu hohen Aufwand zur Bearbeitung Abstand genommen und auf die Erstellung von 2 Patientenprofilen reduziert.

Im 2. Schritt wurde das Design überarbeitet. Ursprünglich sind zum Beispiel alle sechzehn Bundesländer aufgelistet worden, so dass die Teilnehmenden lediglich ihr Bundesland ankreuzen mussten. Im überarbeiteten Bogen wurden die Dienste gebeten, ihr Bundesland auf der vorgesehenen Linie zu notieren. Im Statistikprogramm werden jedoch alle Bundesländer mit Schlüsselnummern hinterlegt.

Bei der Abfrage von lediglich zwei Patientenprofilen pro Fragebogen erwies sich die Formatierung der Antwortmöglichkeiten als nebeneinander gestellte Tabelle übersichtlicher und platzsparender.

Insgesamt stellte sich der Fragebogen mit 41 Fragen auf 9 Seiten als klar strukturiert und erfassbar dar.

Die Hinweise der Literatur zur Erstellung von Fragebögen wurden bei der Erstellung des Fragebogens im Pretest beachtet. Es wird unter anderem empfohlen, durch einseitiges Bedrucken von weißem DIN-A-4-Papier praktische Handhabbarkeit zu sichern (vgl. Kühl et al. 2005:40). Bei

beidseitigem Bedrucken lassen sich jedoch die Portokosten und Druckkosten reduzieren. Der Fragebogen wirkt mit fünf Seiten noch schneller zu bearbeiten.

Der Wunsch, die Kosten möglichst gering zu halten, stand somit im Gegensatz zur Literaturempfehlung.

Zur Entscheidungsfindung wurden jeweils ein einfach bedruckter neunseitiger Fragebogen und ein zweiseitig bedruckter fünfseitiger Fragebogen sechs Studienkolleginnen als Expertengruppe mit der Bitte um Bewertung vorgelegt.

Einstimmig wurde entschieden, dass der doppelt bedruckte, fünfseitige Fragebogen allen Befragten angenehmer war und handhabbarer erschien. Somit wurde von der Literaturempfehlung abgewichen.

7.1.3 Zusendung und Rücklauf

Die Daten können an verschiedenen Orten im gleichen Zeitraum erhoben werden, die Einbeziehung der Grundgesamtheit in die Erhebung ist möglich.

Die Kosten der Studie sollen möglichst niedrig gehalten werden.

Auf die Frankierung der beigelegten Rückumschläge wird verzichtet. Die Rückumschläge werden mit dem Vermerk“ Entgelt zahlt Empfänger versehen. Dies bietet zwei Vorteile.

Die Portokosten müssen nur für die tatsächlich genutzten Rückumschläge bezahlt werden und es können keine direkten Rückschlüsse auf den Wohnort des Absenders getroffen werden. Das Postamt versieht ausgehende Briefe mit einem Stempel. Dieser Stempel könnte lediglich durch eine Nummer Auskunft geben, aus welchem Bezirk der Brief versendet wurde. Eine Zuordnung ist ohne Recherche in diesem Bereich nicht möglich.

Die Studienteilnehmer werden im Anschreiben gebeten, die Fragebögen in einem Zeitraum von 2 Wochen zurückzusenden. Um einen möglichst

hohen Rücklauf zu erreichen, wird ein Bearbeitungszeitraum mit der Angabe der zweiwöchigen Frist als nicht zu kurz zur Bearbeitung jedoch auch als so überschaubar angesehen, dass die Dienste die Fragebogenbearbeitung bei der Büroarbeit berücksichtigen werden und nicht erst mal auf Seite legen und dann vergessen.

Nach einer Frist von 7 Tagen werden alle Dienste per Mail an die Bearbeitung der Fragebögen erinnert.

Der BHK e.V. veranlasst eine Woche nach Versendung in der Fachwochenzeitschrift CARE konkret das Erscheinen eines Artikels, der ambulante Dienste über die Studie informiert und um rege Teilnahme bittet. Anbietern häuslicher Kinderkrankenpflege, die keinen Fragebogen erhalten haben, wird eine Zusendung des Fragebogens angeboten.

Alle BHK e. V. Mitglieder werden mit der Mitgliederinformation per Mail informiert und um Mitarbeit gebeten.

Es wurden 182 Fragebögen versendet. Weitere 7 Bögen wurden auf Anfrage versendet. Somit wurden 189 Dienste angeschrieben.

Zehn Pflegedienstleitungen baten telefonisch aus Urlaubsgründen um Verlängerung der Abgabefrist bis längstens 25. Juni 2009. Diesem Wunsch konnte entsprochen werden, da die Datenauswertung am 8. Juni noch nicht beginnen konnte. In keinem Fall mussten Fragen zur Forschung oder Unklarheiten des Fragebogens thematisiert werden.

Es wurde ein Rücklauf von 59 Fragebögen (31,3%) erzielt. In 56 Fällen wurde der Freiumschlag genutzt. Ein Dienst frankierte selbst. Einschlusskriterium zur Untersuchungsgruppe war die Dienstleistungserbringung einer häuslichen Pflege auch bei Kindern im März 2009. Von 59 Studienteilnehmern bieten 58 Dienstleistungen der häuslichen Pflege für Kinder an (Frage 3). Eine Einrichtung hat im Kommentar angegeben, als einzige Leistung für Kinder Pflegeberatung nach §37 anzubieten. Diese Einrichtung gibt jedoch in Frage 3 nach den Leistungen nach Altersgruppen an, keine Dienstleistungen bei Kindern zu erbringen. Dieser Fragebogen ist vom Teilnehmer nicht weiter bearbeitet worden. Die Dienstleistung nach § 37 Pflegeberatung des SGBXI ist eine

Leistung der Pflegekasse. Es findet jedoch nur Beratung statt und es erfolgt keinerlei Patientenpflegeversorgung.

Ein Teilnehmer vermerkt, dass er nur Leistungen für Patienten ab 31 Jahren anbietet.

Zwei Fragebögen treffen erst nach Beginn der Datenauswertung ein.

Ein weiterer Bogen wurde nicht in die Analyse einbezogen, da der Dienst ein Gründungsdatum von Juni 2009 angibt und alle vorhandenen Angaben als Ziel formuliert waren. Diese 5 Fragebögen werden aus der Analyse ausgeschlossen. Somit stehen $n = 54$ Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung.

7.2 Statistik

Zur Erfassung und statistischen Auswertung der Daten wurde das Statistikprogramm SPSS 17.00 verwendet. Die Software erlaubt ein Datenmanagement und umfangreiche statistische und graphische Datenanalysen mit den gängigsten statistischen Verfahren.

Zur Eingabe und Bearbeitung der Daten wurden alle Fragen und Antwortkategorien in Variablen aufgeschlüsselt und mit den Merkmalsausprägungen hinterlegt. Alle Eingaben erhielten nach Möglichkeit eine Zifferncodierung. Bei der Eingabe von Antworten aus offenen Fragen wurden Stringvariablen gewählt, die das Eingeben einer Zeichenkette erlauben. Während der statistischen Auswertung wurden weitere Variablen codiert.

8 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung sollen die aktuelle Situation der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland im Jahr 2009 beschreiben. Alle in die Analyse aufgenommenen Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege erbringen Pflegeleistungen für Kinder. Zum Teil wird jedoch auch eine getrennte Auswertung der Daten vorgenommen. Die Dienste werden nach dem Alter der Patienten unterschieden, für die der jeweilige ambulante Pflegedienst Leistungen erbringt.

Aussagen sollen über die Anbieter für Dienstleistungen aller Altersgruppen und der Anbieter für Dienstleistungen für Kinder und Patienten bis 30 Jahre erfolgen. Bei Bedarf werden bei der Auswertung die Ergebnisse der Dienste getrennt betrachtet, die nur Dienstleistungen für Kinder erbringen. Zu den Fragen wird die Häufigkeitsverteilung der Antwortkategorien in Zahlwerten angegeben. Zahlwerte und Prozentangaben sind im Text zur besseren Lesbarkeit auf eine Nachkommastelle gerundet worden. Teilweise werden Mittelwert, Median und Standardabweichung angegeben. Einzelne Fragensauswertungen werden in Beziehung zueinander gesetzt. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt. Ein Vergleich mit den Ergebnissen der Studienarbeit von Frau Dobke ist nicht Gegenstand der Forschungsarbeit. Ihre Forschungsarbeit besitzt bei gleicher Zielsetzung auch ungleiche Kategorien. Die Ergebnisse ihrer Arbeit liegen vor und können bei Bedarf zum Vergleich herangezogen werden (Dobke; Köhler; Beier 2001).

8.1 Themenbereich Unternehmensstruktur

Der Themenbereich Unternehmensstruktur enthält Angaben zum Gründungsjahr und zu geographischen Daten, zur Größe der Anbieter und zur Patientenzielgruppe. Die Trägerschaft und Rechtsform sowie die

Zugehörigkeit zu Verbänden, zur Zertifizierung und zur Häufigkeit einer MDK- Beratung werden dargestellt.

8.1.1 Geographische Daten und Gründungsjahr

Geographische Daten

Der BHK e. V. verfügte bei Versendung der Fragebögen über 182 Adressen aus 16 Bundesländern. Die Adresskartei wurde vom BHK e.V. bei Beginn der Auswertung von 182 Adressen auf eine Anzahl von 179 Adressen korrigiert. 3 Adressen waren laut BHK e. V. nicht mehr gültig oder doppelt registriert. Es wurde 7 weiteren Diensten nach Anfrage ein Fragebogen zugesendet. Somit ergab sich eine Anzahl von 186 Diensten als Grundgesamtheit. Aus 12 Bundesländern erfolgte ein Rücklauf. Die Antwortkategorie „weiß nicht“ wurde nicht genutzt.

Die Graphik zeigt den Rücklauf der in den Datensatz zur Auswertung einbezogenen gültigen Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege je Bundesland (Frage 7). Eine Unterscheidung wird nach den Angaben zum Dienstleistungsangebot für die jeweilige Altersgruppe (Frage 3) getroffen.

Die Anzahl der angeschriebenen ambulanten Pflegedienste wird für jedes Bundesland in Klammern angegeben.

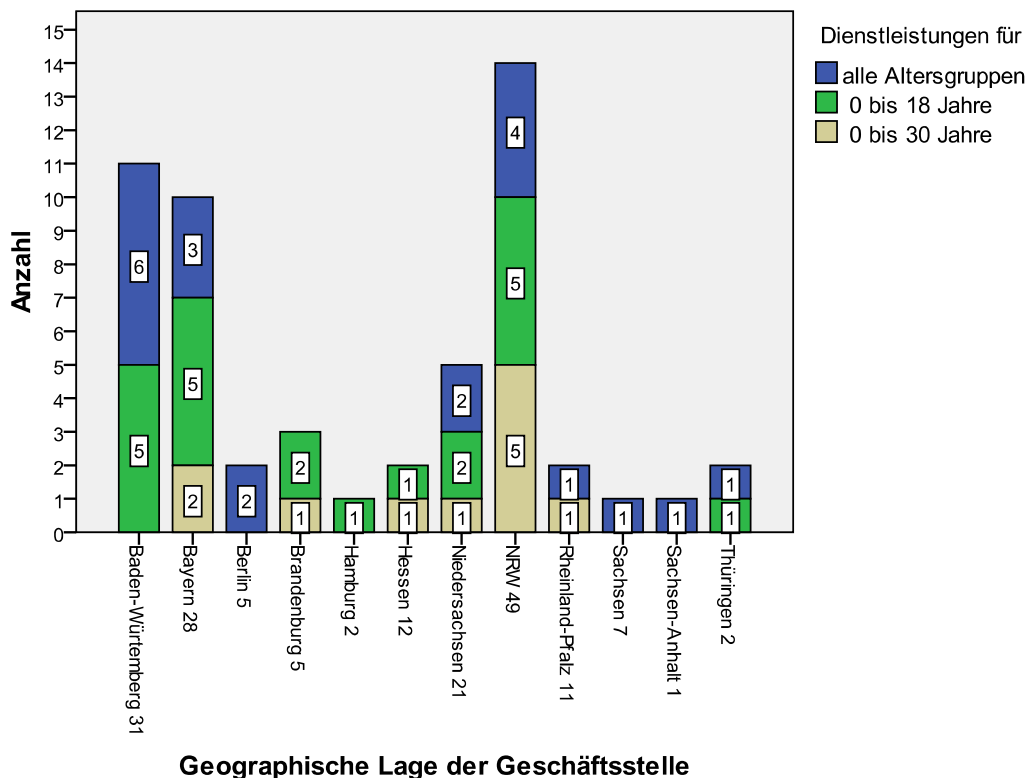
Es erfolgte kein Rücklauf aus den Bundesländern:

Mecklenburg-Vorpommern (1), Bremen (5), Schleswig- Holstein (3) und dem Saarland (3)

- Baden- Württemberg (31): 11 Einrichtungen, 6 alle Altersgruppen, 5 nur Kinder
- Bayern (28): 10 Einrichtungen, 3 alle Altersgruppen, 5 nur Kinder , 2 Kinder und Patienten bis 30 Jahre
- Berlin (5): 2 Einrichtungen für alle Altersgruppen,
- Brandenburg (5): 3 Einrichtungen, 2 nur Kinder , 1 Kinder und Patienten bis 30 Jahre

- Hamburg (2): 1 Einrichtung nur Kinder
- Hessen (12): 2 Einrichtungen, 1 nur Kinder , 1 Kinder und Patienten bis 30 Jahre
- Niedersachsen (21): 5 Einrichtungen, 2 alle Altersgruppen, 2 nur Kinder , 1 Kinder und Patienten bis 30 Jahre
- NRW (49): 14 Einrichtungen, 4 alle Altersgruppen, 5 nur Kinder, 5 Kinder und Patienten bis 30 Jahre
- Rheinland Pfalz (11): 2 Einrichtungen, 1 alle Altersgruppen, 1 Kinder und Patienten bis 30 Jahre
- Sachsen (7): 1 Einrichtung alle Altersgruppen
- Sachsen- Anhalt (1): 1 Einrichtung alle Altersgruppen
- Thüringen (2): 2 Einrichtungen, 1 alle Altersgruppen, 1 nur Kinder

Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege je Bundesland



Gründungsjahr und Zielgruppe

Die Dienste wurden zu ihrem Gründungsjahr und zum Beginn der Dienstleistungen bei Kindern befragt. Vermutet wurde, dass auch bestehende ambulante Dienste Pflegeleistungen für Kinder erst zu einem späteren Zeitpunkt in ihr Leistungsangebot aufgenommen haben.

Bei 40 Diensten sind die Angaben zum Gründungsjahr (Frage 1) und der Angabe zum Beginn der Dienstleistungserbringung bei Kindern (Frage 2) identisch. Eine Angabe fehlt. Eine Angabe muss als falsch gewertet werden, da angegeben wurde, dass das Gründungsjahr des Pflegedienstes nach dem Datum des Dienstleistungsbeginnes bei Kindern liegt.

Der älteste Pflegedienst und gleichzeitig ältester Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege erbringt ambulante Pflegeleistungen seit 1940 und seit 1980 auch Dienstleistungen für die Altersgruppe der 0- bis 18-jährigen.

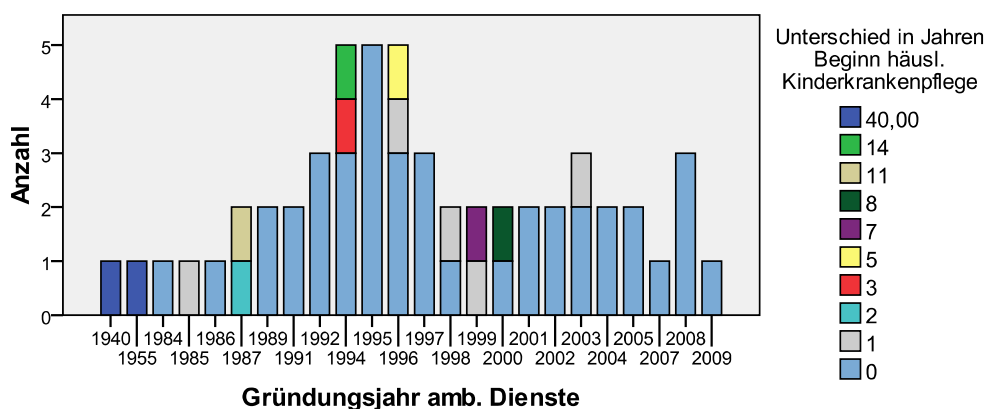
Bei 13 Diensten weichen die Angaben zu Gründungsjahr und Beginn der Dienstleistung für Kinder voneinander ab. 2 Dienste haben nach 40 Jahren Dienstleistungen für Kinder in ihr Leistungsangebot aufgenommen. Bei 6 Diensten variiert die Abweichung zwischen 14 und 2 Jahren. Bei 5 Diensten besteht zwischen Gründungsjahr und Beginn der häuslichen Kinderkrankenpflege 1 Jahr Abstand.

Leistungen für Kinder (Patienten im Alter von 0 bis einschließlich 18 Jahren) werden von 22 (40,7%) Diensten angeboten. Leistungen für Kinder und Patienten im Alter von 19 bis 30 Jahren werden von 11 (20,4%) Diensten angeboten. Die Altersgruppierung wurde gewählt, weil vermutet wurde, dass sich diese Dienste trotz einer Versorgung von Patienten der Altersgruppe von 19 bis 30 Jahren eigentlich auf eine Versorgung von Kindern spezialisiert haben. Die Patienten der Antwortkategorie „19 bis 30 Jahre“ waren mutmaßlich mal Kinder, die einem spezialisierten Kinderkrankenpflegedienst altersmäßig entwachsen sind.

21 (38,9%) Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege versorgen ebenfalls Patienten, die 31 Jahre und älter sind (alle Alterskategorien). Von diesen Pflegediensten erbringen 12 (57,1%) Dienste bereits seit ihrem Gründungsjahr Dienstleistungen für Kinder.

Die anderen 9 (42,9%) Dienste haben Pflegeleistungen für Kinder nach 1 bis maximal 40 Jahren in ihr Leistungsspektrum aufgenommen. Die Graphik zeigt die Anzahl und Größe der Abweichungen zwischen Gründungsjahr und dem angegebenen Jahr der Dienstleistungserbringung bei Kindern.

Differenz zwischen Gründungsjahr ambulanter Pflegedienste und dem Beginn der Dienstleistung häuslicher Kinderkrankenpflege



8.1.2 Einzugsgebiet

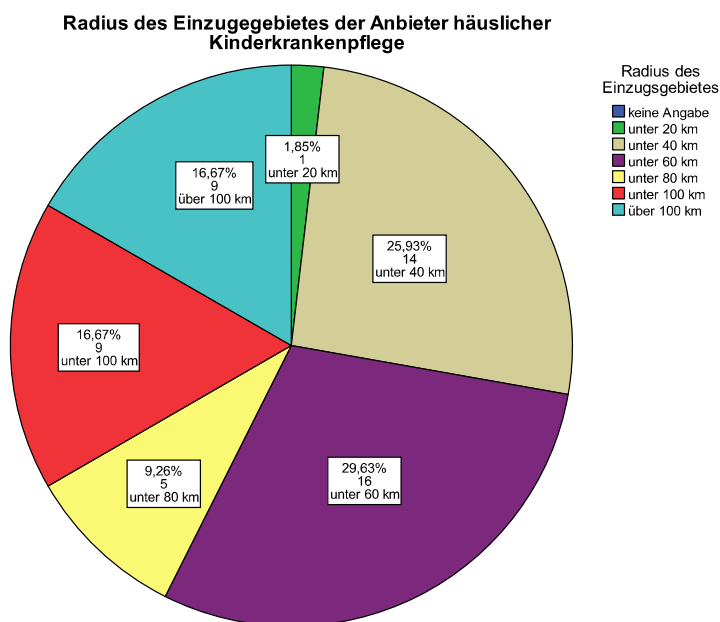
Die Fragestellung zur Größe des Einzugsgebietes wurde als interessanter Faktor zur Beschreibung der Situation der Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege in die Studie aufgenommen (Frage 7). In allen 54 Fragebögen wurde eine Antwortkategorie zur Entfernung angegeben.

Lediglich 1 Anbieter beschränkt seine Dienstleistung auf einen Radius von unter 20 km. Er bietet Dienstleistungen für alle Altersgruppen an und hat im März 2009 von insgesamt 90 Patienten 10 Kinder versorgt.

14 (25,9%) Anbieter fahren bis zu 40 km, 16 (29,6%) Dienste arbeiten in einem Radius von unter 60 km und bei 5 (9,3%) Anbietern liegt die Grenze

bei unter 80 km. Immerhin 9 (16,7%) Anbieter arbeiten in einem Radius von unter 100 km und ebenfalls 9 Einrichtungen arbeiten in einem Einzugsgebiet von 100 km und mehr.

Die Graphik verdeutlicht den Radius des Einzugsgebietes der Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege.



8.1.3 Trägerschaft, Rechtsform und Verbandszugehörigkeit

Trägerschaft

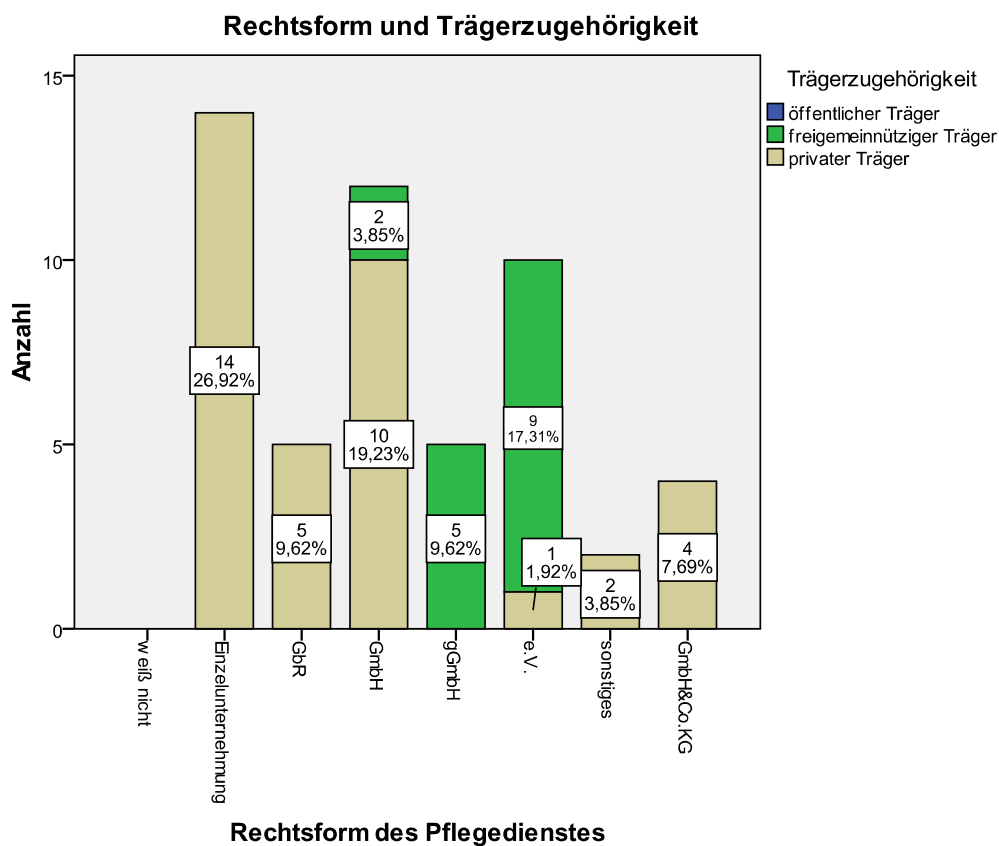
Mit 36 (69,2%) Angaben gibt der überwiegende Teil der Dienste an, in privater Trägerschaft zu sein. Die geringere Anzahl der 16 (30,8%) Pflegedienste befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Sie sind somit in der Lage, zusätzliche Einnahmen durch Spenden und Sponsoring zu erzielen. 2 Angaben zur Trägerart (Frage 4) fehlten.

Rechtsform

Die Frage 5 zur Rechtsform des ambulanten Pflegedienstes wurde von allen 54 Diensten beantwortet. Die Einzelunternehmung dominiert mit 14

(25,9%) Angaben. 12 (22,2%) Dienste geben die Rechtsform der GmbH an, wobei zwei dieser Dienste jeweils die Frage 3 nach der Trägerzugehörigkeit mit der Antwortkategorie „freigemeinnütziger Träger“ beantwortet haben. Ein Dienst gibt an, als privater Träger die Rechtsform des eingetragenen Vereins (10 Nennungen) zu besitzen. Die Form der gGmbH nannten 5 (9,6%) Dienste. Die Antwortkategorie „sonstiges“ enthielt 2 (7,4%) Angaben mit der Nennung der GmbH & Co. KG. Kein Dienst hat angegeben, zu einem öffentlichen Träger zu gehören.

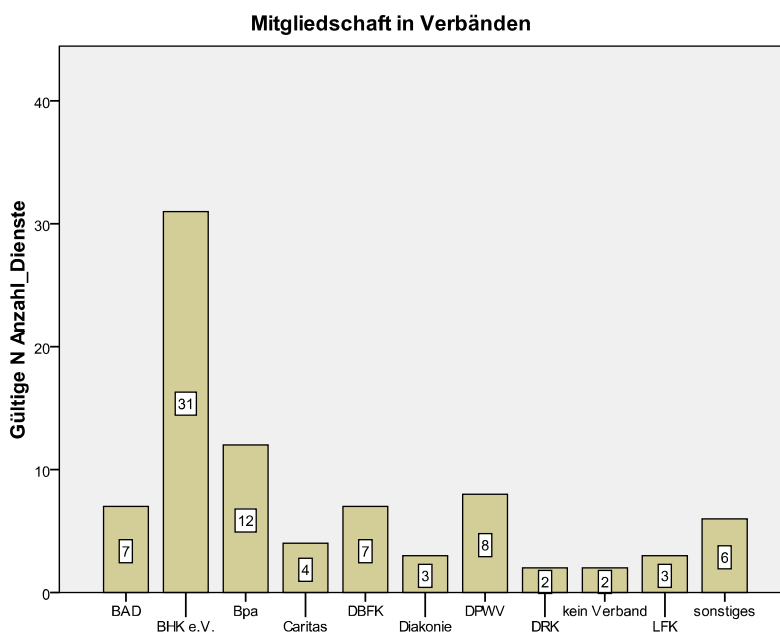
In der Graphik werden die Daten zu Rechtsform und Trägerzugehörigkeit gemeinsam dargestellt. Die Prozentangaben beziehen sich auf 52 Fälle. Sie sind nicht identisch mit den Prozentangaben zur Rechtsformauswertung im Text.



Verbandszugehörigkeit

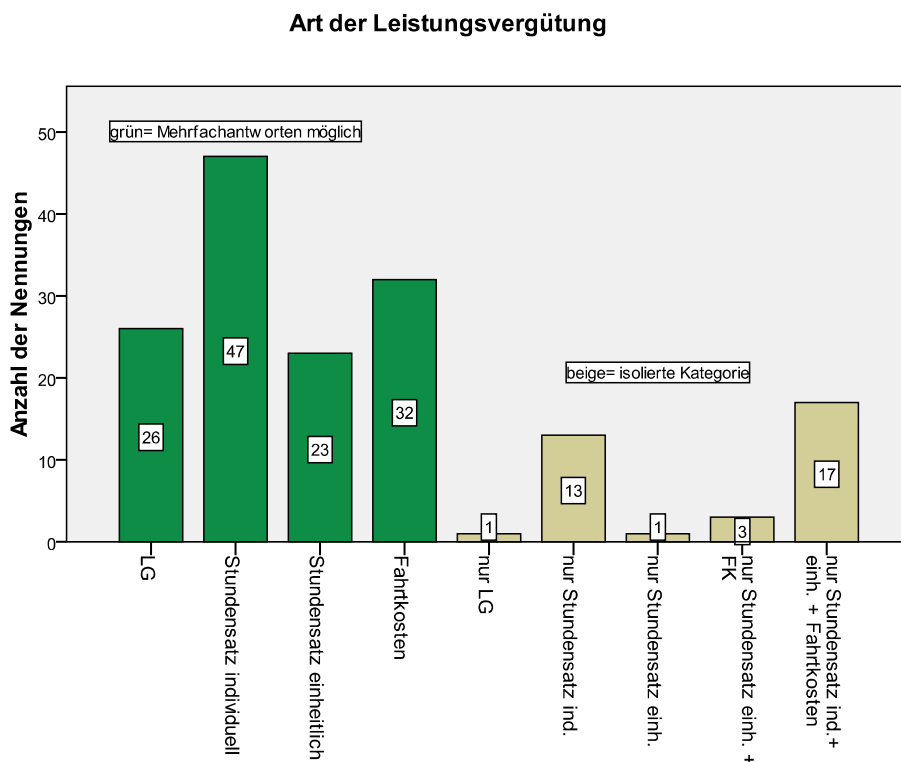
Bis auf 2 ambulante Dienste geben die untersuchten Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege an, Mitglied in einem oder mehreren Verbänden zu sein. Hierbei bildet die Mitgliedschaft im BHK. e.V. mit einer Zählung von 31 (57,4%) Mitgliedern die größte Gruppe. Eine hohe Studienbeteiligung der Mitglieder des Bundesverbandes als Kooperationspartner der Untersuchung war zu erwarten. Mitglied im Bpa sind 12 (22,2%) Dienste, im DBFK 7 (11,1%) und in der Caritas 4 (7,4%). Bei den Verbänden LFK und Diakonie sind jeweils 3 (5,9%) Nennungen erfolgt sowie 2 (3,7%) beim DRK.

Unter „sonstiges“ werden je 2 Nennungen für folgende Verbände zusammengefasst: ABVP, AVG, und je eine Nennung des AFK e.V. und des Diakonischen Werkes Kurhessen Waldeck .



8.1.4 Art der Leistungsvergütung

Die Studie möchte Antworten auf die Frage nach der Art der Leistungsvergütung in der ambulanten Pflege für Dienstleistungen bei Kindern geben (Frage 11). Mehrfachnennungen waren möglich. Die Antwortkategorie „weiß nicht“ wurde nicht genutzt. Alle 54 Fragebögen enthielten auswertbare Einträge bei dieser Frage. Die Graphik zeigt die Häufigkeit der Nennungen. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten werden in der Graphik grün dargestellt.



Die meisten Anbieter arbeiten mit verschiedenen Arten der Leistungsvergütung. Am häufigsten wurde mit 47 (87 %) Nennungen die Antwortmöglichkeit „Vergütung eines Stundensatzes nur individuell für den jeweiligen Patienten der Kasse geltend“ angekreuzt. Mit „einheitlichen Stundensätzen, die für alle Patienten der jeweiligen Kasse gelten“, arbeiten 23 (42,6%) Dienste. Die Antwortmöglichkeit „Vergütung von Fahrtkosten“ nutzten 32 (59,3%) Dienste. 26 (48,1%) Anbieter arbeiten auch mit einer Vergütung nach Leistungsgruppen.

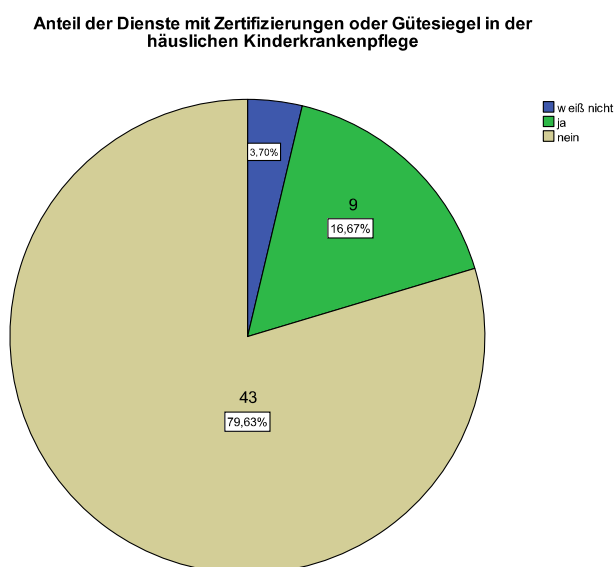
17 (31,5%) Anbieter arbeiten bei Kindern nur mit einer Leistungsvergütung nach individuellen oder einheitlichen Stundensätzen mit Fahrtkostenvergütung. Ein Dienst gibt an, nur mit einer Vergütung nach Leistungsgruppen zu arbeiten. Dieser Dienst versorgt Patienten aller Altersgruppen, der Anteil der 3 Patienten unter 18 Jahren betrug 2,6% im März 2009.

Ein Pflegedienst arbeitet bei Patienten unter 18 Jahren nur nach einer einheitlichen Leistungsvergütung mit Fahrtkosten, allerdings hat dieser Dienst im März 2009 auch nur 2 Kinder (1,1% Kinderanteil aller Patienten im März 2009) versorgt.

8.1.5 Externe Qualitätsmerkmale

Zertifizierung

Die Frage nach einer Zertifizierung oder einem Gütesiegel des ambulanten Kinderkrankenpflegedienstes verneinen 43 (76,8%) der Einrichtungen (Frage 13). 2 Dienste nutzen die Antwortkategorie „weiß nicht.“ 9 (16,7%) Einrichtungen besitzen eine Zertifizierung oder ein Gütesiegel.



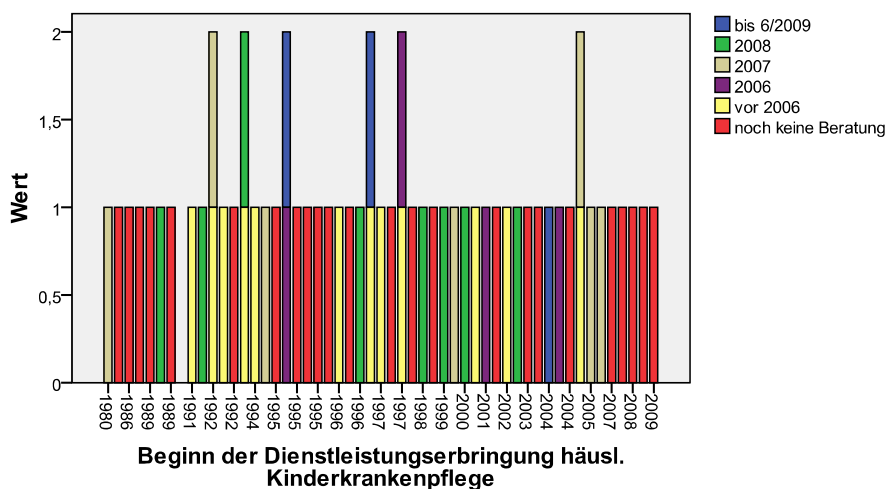
Frage 14 bezieht sich anschließend auf den Namen des Zertifikates oder des Gütesiegels. Hier wurden von 6 Pflegediensten die folgenden Bezeichnungen je einmal genannt. Tüv, LAGO- AVG-Qualitätszertifikat, Qualitätskriterien der Qualitätsgemeinschaft Häusliche Kinderkrankenpflege NDS, KTQ, DIN EN ISO 9001-2000 und die Qualitätsgemeinschaft Pflege im DPHWV HH 2000/2005.

MDK- Beratung

Die Frage, ob eine MDK- Beratung im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege statt gefunden hat, beantworten von n= 54 Pflegediensten 52 Dienste (Frage 15). 2 Dienste machen hierzu keine Angabe. Es besteht die Möglichkeit der Mehrfachnennung. Eine statt gefundene MDK- Beratung im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege konnte mit der Antwortkategorie „ja, vor 2006“ als auch jeweils einzeln für die folgenden Jahre von den Diensten angegeben werden. Bei der Antwortkategorie „im Jahr 2009“ ist zu berücksichtigen, dass die Befragung im Juni 2009 durchgeführt wurde und somit das Jahr 2009 nur mit 6 Monaten in die Statistik einfließen kann.

Von 52 Diensten haben 24 (46,2%) Dienste noch keine Beratung durch den MDK erfahren. Hiervon erbringen immerhin 15 Pflegedienste Dienstleistungen für Kinder seit mehr als 10 Jahren.

MDK- Beratungen im Bereich häuslicher Kinderkrankenpflege bei Anbietern von Dienstleistungen für alle Altersgruppen



Bei den 33 Diensten, die nur Kinder und Patienten bis 30 Jahre versorgen, haben alle Dienste diese Frage beantwortet. Hiervon ist bei 13 (39,4%) Diensten noch keine MDK- Beratung erfolgt. 9 (27,3%) Dienste sind vor 2006 besucht worden und 2 (6,1%) Dienste im Jahr 2006. Im Jahr 2007 sind 4 (12,1%) Beratungen durchgeführt worden und im Jahr 2008 sind 5 (15,2%) Beratungen erfolgt. Bis Juni 2009 sind 2 (6,1%) Beratungen erfolgt.

8.1.6 Einnahmequellen

Bei der Frage 12 zu den Einnahmequellen der Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege wurde auch die Kategorie „Vergütungen durch die Leistungsträger nach den Sozialgesetzbüchern“ gestellt. Alle Anbieter haben sich durch ihren Versorgungsvertrag verpflichtet, Dienstleistungen nach den SGB zu erbringen. Diese Antwortkategorie wurde nur zur Vervollständigung und zum besseren Verständnis der Abfrage aufgenommen. 53 Dienste haben diese Kategorie auch angekreuzt.

Ein Dienst machte zu Frage 12 keine Angaben.

Das Interesse bei dieser Fragestellung galt den ergänzenden Kategorien. Doch nur 8 (15,1%) Anbieter geben an, Einnahmequellen aus Spenden und Sponsoring zu erzielen und 4 (7,6%) Anbieter gaben als Einnahmequelle öffentliche Zuschüsse an. In freigemeinnütziger Trägerschaft befinden sich nach Auswertung jedoch 16 (30,2%) Pflegedienste. Bei dieser Rechtsform wäre eine Finanzierung durch Spenden naheliegend.

Ein Dienst gibt an, für die häusliche Kinderkrankenpflege Unterstützung durch andere Wirtschaftsbereiche des Unternehmens zu erhalten.

8.2 Themenbereich Leistungsspektrum

Zum Leistungsspektrum gehören die Beschreibung des Dienstleistungsangebotes der Einrichtungen und die Angaben zum Leistungsumfang.

8.2.1 Leistungsangebot

Die Anbieter wurden nach ihrem Leistungsangebot befragt (Frage 16). Mehrfachnennungen waren möglich. Alle Studienteilnehmer machten hierzu Angaben.

Alle Anbieter verpflichten sich durch Abschluss ihres Versorgungsvertrages Leistungen nach SGBV und SGB XI zu erbringen. Die graphische Auswertung zeigt, dass von 54 untersuchten Fällen alle Anbieter (100%) dieses Leistungsangebot auch angekreuzt haben. Unterschiede sind bei den Angaben zum Leistungsangebot nach SGB VIII, SGB XII und SAPV zu sehen.

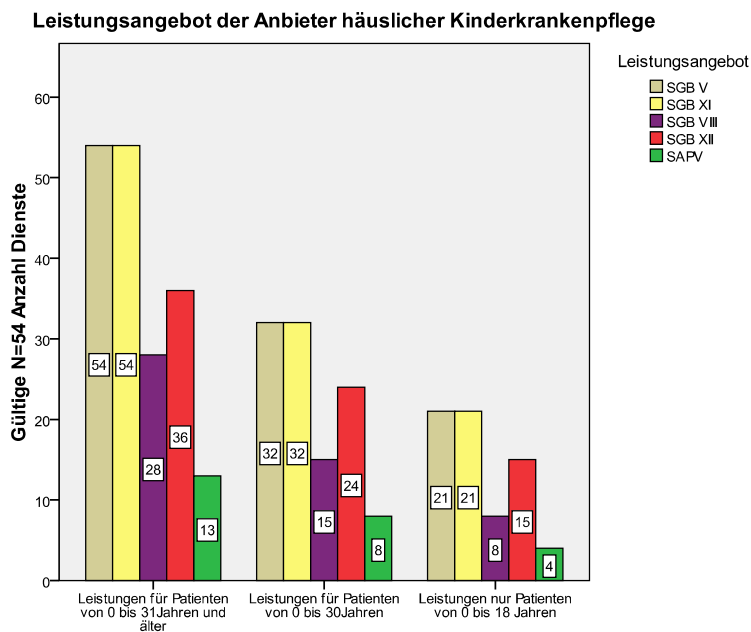
Von allen 54 Diensten die für alle Patientengruppen Dienstleistungen anbieten, haben 36 (67%) angegeben, Leistungen nach dem SGB XII zu erbringen, SGB VIII Leistungen sind mit 28 (51%) berücksichtigt worden und Leistungen nach SAPV wurden 8 (24%) angekreuzt.

Von den 21 Anbietern, die nur Kinder versorgen, geben 8 (38%) Pflegedienste Leistungen nach dem SGB XII an und 15 (71%) Dienste geben an, auch Leistungen nach dem SGBVIII zu erbringen. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bieten 4 (19%) dieser Dienste an.

Bei den 33 Pflegediensten, die Kinder und Patienten bis 30 Jahre versorgen, bieten 24 (72,7%) der Dienste Leistungen nach SGB XII und 15 (44,5%) Leistungen nach SGBVIII an. Von den 33 Diensten geben 8 (24,2%) an, das SAPV zu ihrem Leistungsspektrum gehört.

Die 21 Anbieter, die alle Alterskategorien versorgen, bieten zu 71,4% Leistungen nach SGB XII und zu 38,1% Leistungen nach SGBVIII an.

SAPV wird 4 mal (19%) genannt. Bei der Antwortkategorie „sonstiges“ haben zwei Studienteilnehmer angegeben, keinen SAPV- Vertrag abgeschlossen zu haben, jedoch Finalpflege anzubieten. Hinzu kamen ein Hinweis auf Leistungsangebote für Privatzahler und drei Hinweise auf eine Spezialisierung für Dienstleistungen bei beatmungspflichtigen oder intensivpflichtigen Patienten.



Anzahl der Dienstleistungen bei Patienten von 0 bis 18 Jahren

Auf die Frage 9 nach der Anzahl der Dienstleistungen für Patienten von 0 bis 18 Jahren, die im Monat März 2009 von den jeweiligen Diensten erbracht worden sind, antworteten 52 Dienste, 2 Antworten fehlten. Insgesamt sind Leistungen für 1041 Patienten unter 18 Jahren erbracht worden. Die Anzahl je Dienst variiert stark zwischen Leistungen für eine Anzahl von 0 bis zu 88 Kindern und bei Patienten ab 19 Jahren zwischen 0 bis 240 Patienten. Im Mittelwert sind je Dienst für 20 Patienten Dienstleistungen erbracht worden.

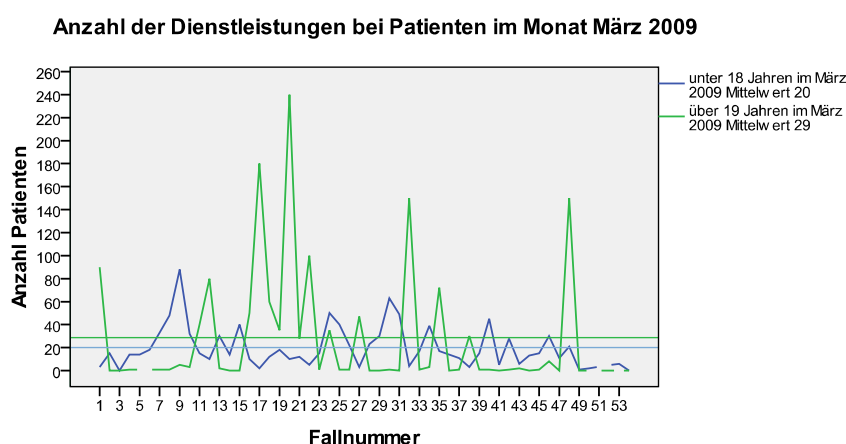
Anzahl der Dienstleistungen bei Patienten ab 19 Jahren

Die Frage zur Anzahl der Dienstleistungen bei Patienten ab 19 Jahren und älter beantworteten 49 Dienste (Frage 10). 5 Dienste machten keine Angabe. 14 Dienste gaben an, keine Patienten ab 19 Jahren im Monat März 2009 versorgt zu haben. Im März 2009 sind für 1423 (Mittelwert 29) Patienten ab 19 Jahren Dienstleistungen erbracht worden.

Die 33 Dienste, die in Frage 3 angegeben haben nur Kinder und Patienten von 19 bis 30 Jahren zu versorgen, haben im März 2009 gesamt 738 (Mittelwert 24,6) Kinder und 120 (Mittelwert 4) Patienten ab 19 Jahren versorgt.

Die 21 Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege, die laut Frage 3 auch Leistungen für Patienten im Alter von 31 Jahren und älter anbieten, haben im März 2009 für insgesamt 274 (Mittelwert 13) Kinder und 1393 (Mittelwert 70) Patienten ab 19 Jahren Dienstleistungen erbracht. Dienstleistungen für Kinder machen somit bei den Anbietern für alle Altersgruppen einen Anteil von 19,7% aller Dienstleistungen für Patienten im Monat März 2009 aus.

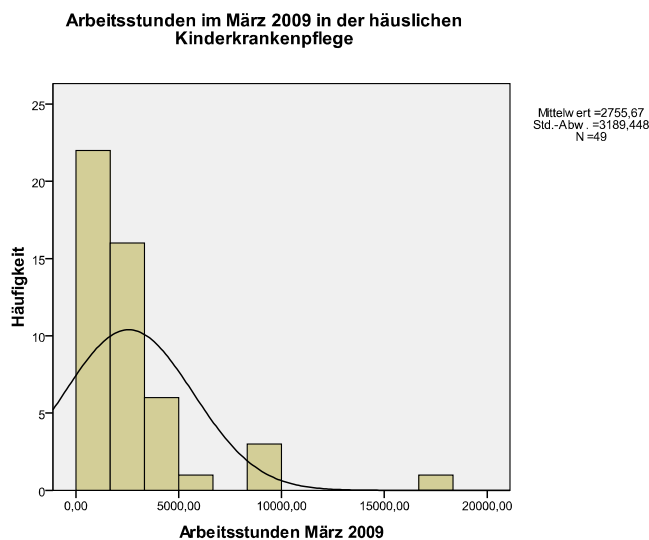
Die Graphik verdeutlicht die Größenunterschiede und die unterschiedliche Anzahl je Dienst bei Leistungen im Monat März 2009 für Kinder und für Patienten ab 19 Jahren.



8.2.2 Arbeitsstunden

Von 54 Diensten haben bei der Frage 17 nach der Anzahl der erbrachten Arbeitsstunden im Monat März 2009 für Kinder 49 Dienste eine gültige Stundenangabe gemacht. 4 Dienste haben die Antwortkategorie „weiß nicht“ genutzt und ein Dienst hat keinen Eintrag vorgenommen.

Die Spannweite der Angaben variiert von 0 bis zu 1.800 Arbeitsstunden. Insgesamt wurden von den 49 Diensten 135.027,64 Arbeitsstunden von den Mitarbeitern der häuslichen Kinderkrankenpflege erbracht. Der Mittelwert liegt bei 2.755,66 Stunden. Die Standardabweichung beträgt 3.189,45.

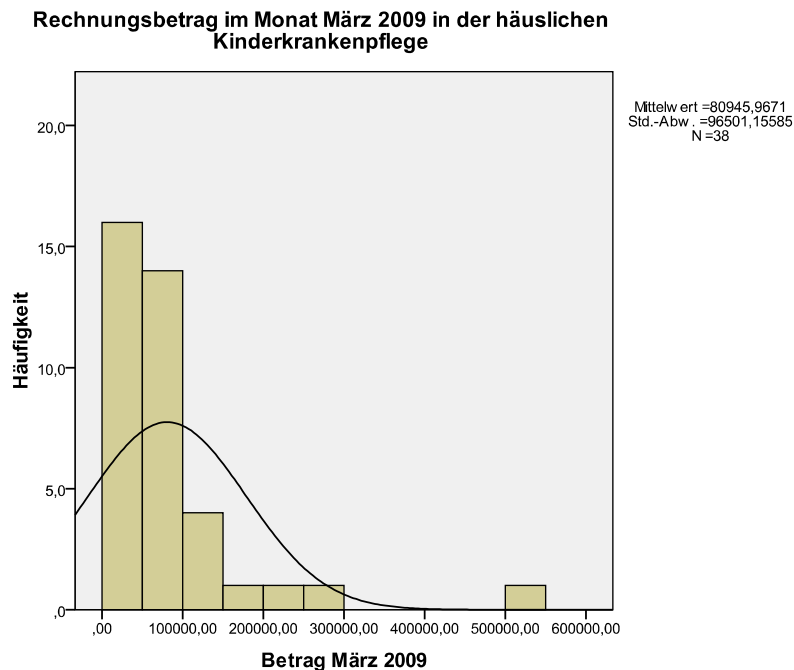


8.2.3 Umsatz

Mit Frage 18 wurden die Dienste gebeten, den Eurobetrag anzugeben, den der ambulante Pflegedienst den Kostenträgern für die Dienstleistungen bei Kindern für den Monat März 2009 in Rechnung gestellt hat. Hier sind 38 Beträge eingetragen worden und 12 Dienste nutzen die Antwortkategorie „weiß nicht“. 4 Fragebögen enthielten keinen Eintrag.

Die Spannweite der Angaben variiert von 0 € bis zu 540.000 €. Insgesamt wurden von den 38 Diensten den Leistungsträgern 3.075.946,75 € in

Rechnung gestellt. Der Mittelwert liegt bei 80.945,55 €. Die Standardabweichung beträgt 96.501,16€.



Vergütungsbetrag pro Stunde

Neben dem Ziel, Aussagen zum Dienstleistungsumfang und zum Umsatzvolumen der Dienste zu erhalten, soll eine Antwort auf die Frage nach der Vergütung pro Arbeitsstunde der Dienstleistung häuslicher Kinderkrankenpflege gegeben werden.

Zur Errechnung dieser Werte sind die Angaben aus Frage 17 und 18 verwendet worden.

Eine Filterung der Fälle war hierzu notwendig. Es sind nur Fälle in der Berechnung berücksichtigt worden, die jeweils in Frage 17 in Frage 18 einen gültigen Wert aufweisen. 25 Fälle erfüllten diese Voraussetzung nicht. Bei 2 Fällen war die Standardabweichung durch Stundenlöhne von ca. 390 € bzw. 88 € so groß, dass ein Angabefehler angenommen wurde und sie zur Bereinigung der Statistik ausgeschlossen werden mussten.

31 Fälle konnten in die Berechnung einfließen. Hieraus errechnet sich ein durchschnittlicher Stundenlohn von 29,50 € bei einer Standardabweichung von 4,66. Der niedrigste errechnete Stundenlohn beträgt 20,20 € und der höchste Stundenlohn liegt bei 41,27 €.

Bei den 21 Diensten, die Leistungen für alle Alterskategorien anbieten, konnten Angaben von 11 Diensten berechnet werden. Die Ergebnisse sind ähnlich wie in der Gesamtgruppe. Der Mittelwert beträgt 30,55 €. Der niedrigste errechnete Stundenlohn beträgt hier 26,03 € und der höchste Stundenlohn liegt bei 37.50 € (Median29,88).

8.3 Themenbereich Personalstruktur

Im Themenbereich Personalstruktur werden die Ergebnisse zur Mitarbeiteranzahl und dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis sowie zur fachlichen Qualifikation dargestellt.

Personaleinsatz

Wie viele Mitarbeiter sind im ambulanten Pflegedienst inklusive Verwaltung und Pflege mit Dienstleistungen für Kinder beschäftigt?

Die Dienste wurden gebeten, die Mitarbeiterzahl umgerechnet in Vollzeitstellen anzugeben (Frage 18). Auf diese Frage liegt von 50 Studienteilnehmern eine Antwort vor. Von 4 (7,4%) Teilnehmern wurde die Antwortkategorie „weiß nicht“ genutzt.

Die Angaben variieren von 0 bis 95 umgerechneten Vollzeitstellen. Der Mittelwert liegt bei den Anbietern von Dienstleistungen für alle Alterskategorien bei 21,1 Vollzeitstellen. Bei den häuslichen Kinderkrankenpflegediensten, die nur Leistungen für Kinder und Patienten von 19 bis 30 Jahren anbieten, liegt der Mittelwert mit 19,5 umgerechneten Vollzeitstellen leicht darunter. Hier variiert die angegebene Mitarbeiterzahl von 0 bis 89 Vollzeitstellen. Von diesen

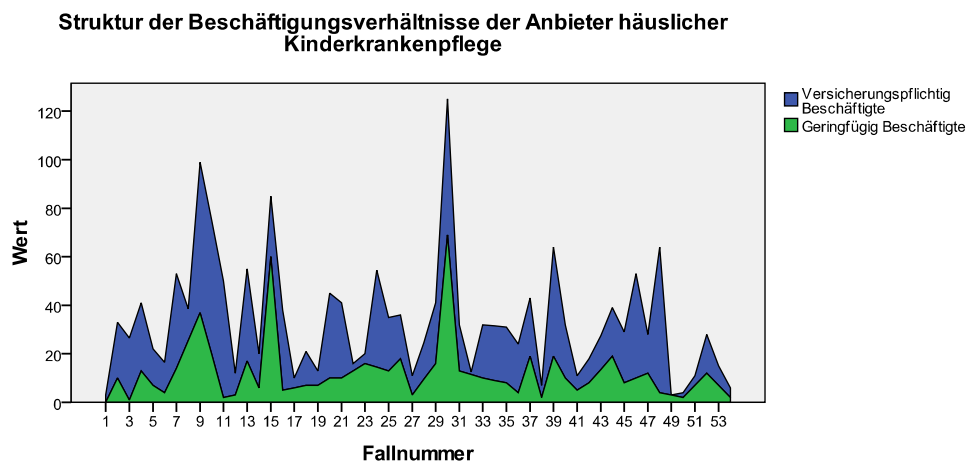
Anbietern haben 29 eine Mitarbeiterzahl angegeben, 3 Dienste haben die Kategorie „weiß nicht „ genutzt.

Beschäftigungsverhältnis

Die Dienste beschäftigen sowohl versicherungspflichtig beschäftigte Mitarbeiter und geringfügig beschäftigte Mitarbeiter. Hierzu äußerten sich 52 Dienste. 2 Dienste machten keine Angaben zur Frage wie viele Mitarbeiter im jeweiligen Beschäftigungsverhältnis stehen (Frage 20). Die Anzahl sollte jeweils eingetragen werden.

2 (3,8%) Dienste geben an, keine versicherungspflichtigen Mitarbeiter zu beschäftigen.

11 (21%) Dienste beschäftigen demnach keine geringfügig beschäftigten Mitarbeiter. Insgesamt variiert das Verhältnis von versicherungspflichtigen Mitarbeitern zu geringfügig beschäftigten Mitarbeitern in den einzelnen Pflegediensten. Es arbeiten jedoch 34 (65,4%) Dienste mit einem Mix aus den unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen.



Qualifikation

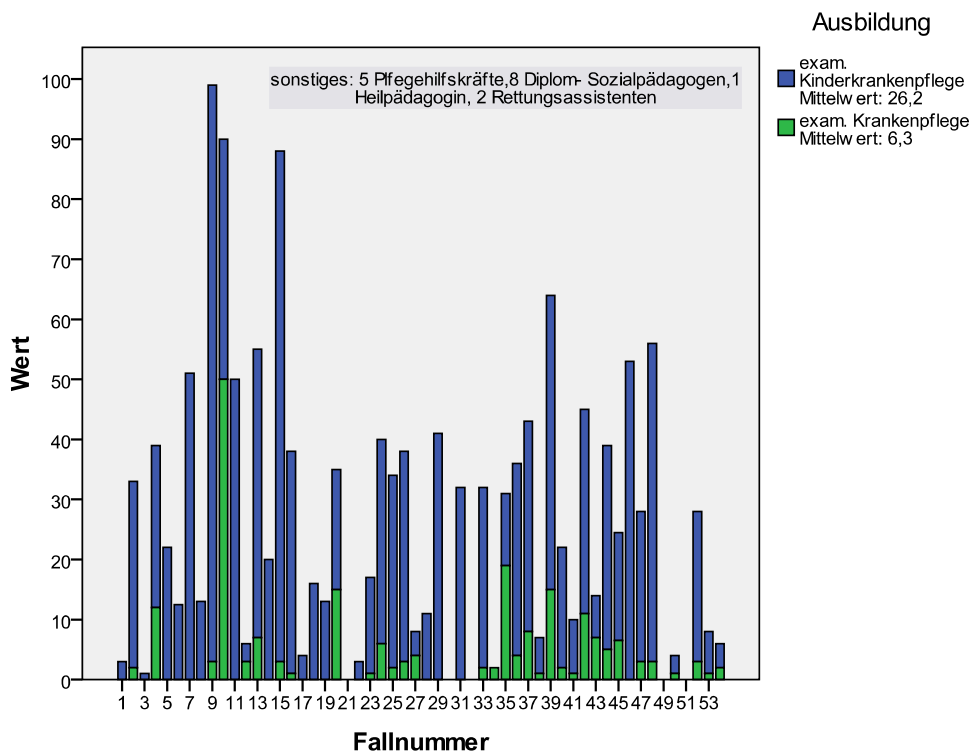
Die Dienste wurden gebeten, Aussagen zur Qualifikation und Anzahl der Mitarbeiter für die häusliche Kinderkrankenpflege zu machen. In Frage 21 wurden die Antwortkategorie „3-jährig examinierte Kinderkrankenpflegekräfte“ und die Kategorie „3-jährig examinierte Krankenpflegekräfte“ mit der Ergänzung „sonstiges“ und „weiß nicht“

vorgegeben. Von 54 Diensten machten 5 Dienste keinen Eintrag. Unter der Kategorie „sonstiges“ wurden insgesamt 8 Diplomsozialpädagogen, 5 Pflegehilfskräfte, 1 Heilpädagogin, 2 Rettungsassistenten und Verwaltungskräfte eingetragen.

Näher betrachtet wurden die Anzahl und das Verhältnis von Kinderkrankenpflegekräften und Krankenpflegekräften.

Aus den Angaben der Anbieter mit Dienstleistungen für alle Alterskategorien lässt sich ein Mittelwert von 26,2 bei gesamt 1257 examinierten Kinderkrankenpflegekräften und ein Mittelwert von 6,3 bei gesamt 209 examinierten Krankenpflegekräften für die häusliche Kinderkrankenpflege ermitteln. Somit werden Kinderkrankenpflegekräfte durchschnittlich zu 76% in der häuslichen Kinderkrankenpflege eingesetzt.

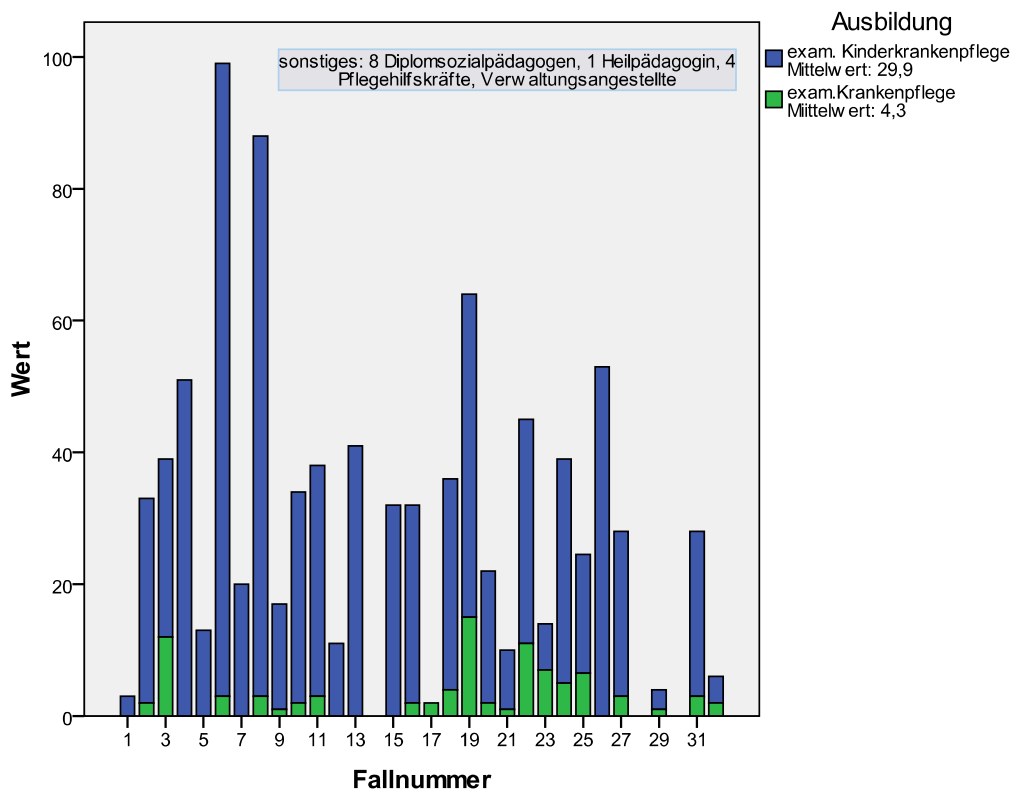
Qualifikation der Mitarbeiter in der häuslichen Kinderkrankenpflege



Von den 33 Anbietern von Dienstleistungen für Kinder und Patienten bis 30 Jahre können 28 Angaben ausgewertet werden, 3 Dienste machten

keine Angaben. 7 (25%) Dienste geben an, nur Kinderkrankenpflegekräfte zu beschäftigen. Sie beschäftigen insgesamt 836 examinierte Kinderkrankenpflegekräfte (Mittelwert 29,9) und insgesamt 91 examinierte Krankenpflegekräfte (Mittelwert von 4,3). Es werden also zu 89% Kinderkrankenpflegekräfte in der häuslichen Kinderkrankenpflege eingesetzt.

Qualifikation der Mitarbeiter in der häuslichen Kinderkrankenpflege Anbieter von Dienstleistungen nur für Patienten von 0 bis 30 Jahre



Fachkraftquote

Eine Angabe zur Fachkraftquote der Mitarbeiter für die häusliche Kinderkrankenpflege lässt sich aus der Addition der Gesamtanzahl der 1257 Kinderkrankenpflegekräfte und der 209 Krankenpflegekräfte sowie den Angaben unter „sonstiges“ errechnen. Bei einer Anzahl von gesamt 1466 examinierten Pflegekräften und der Angabe von gesamt 5

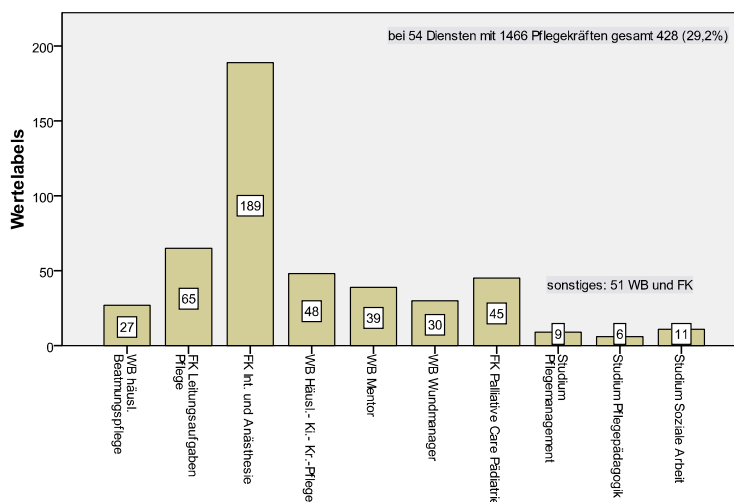
angelernten Pflegehilfskräften und 2 Rettungsassistenten als Nichtfachkräfte errechnet sich eine Fachkraftquote von 99,5% für die Dienstleistungserbringung in der häuslichen Kinderkrankenpflege. Die weiteren Angaben unter „sonstiges“ sind auf Grund der Qualifikationen außerhalb einer Pflegeausbildung bei der Berechnung der Fachkraftquote nicht berücksichtigt worden.

Fachweiterbildungen

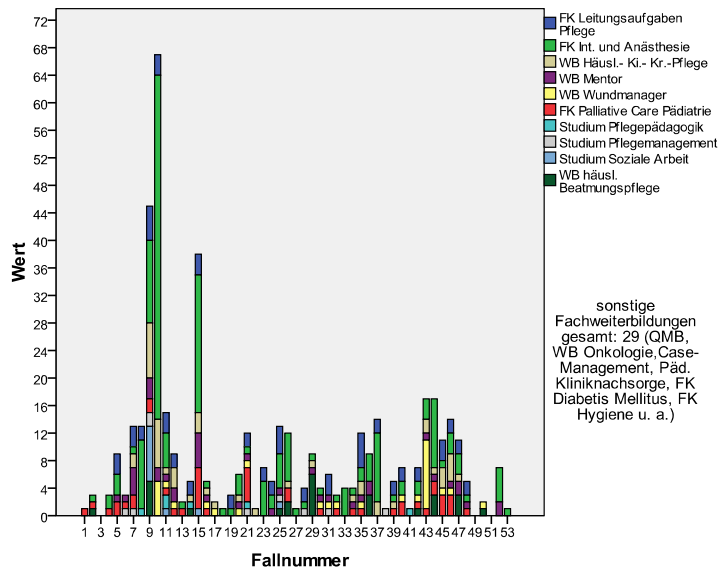
Von den gesamt 1466 Pflegekräften für die häusliche Kinderkrankenpflege verfügen 428 (29,2%) über Fachweiterbildungen.

Bei Frage 22 sind verschiedene Antwortkategorien vorgegeben worden, die Dienste wurden gebeten, die Anzahl der jeweiligen Fachkräfte bzw. die Anzahl der Mitarbeiter mit entsprechender Weiterbildung anzugeben. Mehrfachnennungen und Ergänzung über „sonstiges“ war möglich. Die Antwortkategorie „weiß nicht“ wurde nicht genutzt. Alle Dienste beantworteten diese Frage. Die folgende Graphik zeigt die Antwortkategorien mit der Gesamtanzahl der Nennungen an.

Fachweiterbildungen der Pflegekräfte häuslicher Kinderkrankenpflege



Verteilung der Fachweiterbildungen in der Untersuchungsgruppe



8.4 Themenbereich Patientenprofile

Im Themenbereich werden die konkreten Aussagen zum Profil der erfassten Patienten dargestellt.

Von 54 untersuchten Fragebögen haben 4 Teilnehmer kein Patientenprofil erstellt und von 8 Teilnehmern ist jeweils ein Patientenprofil im Fragebogen erstellt worden. Somit kann ein Datensatz von $n=96$ Patientenprofilen ausgewertet werden.

Die Motivation zur Anfertigung der Patientenprofile war, die Aussagen zur Versorgungsstruktur der Pflegeempfänger in der häuslichen Kinderkrankenpflege untereinander in Beziehungen setzen zu können.

Dies ist in einigen Bereichen auch angewendet worden. Bei der Auswertung der Patientenprofile wird keine Unterscheidung zwischen den Anbietern von Dienstleistungen für verschiedene Alterskategorien vorgenommen.

8.4.1 Persönliche Eigenschaften

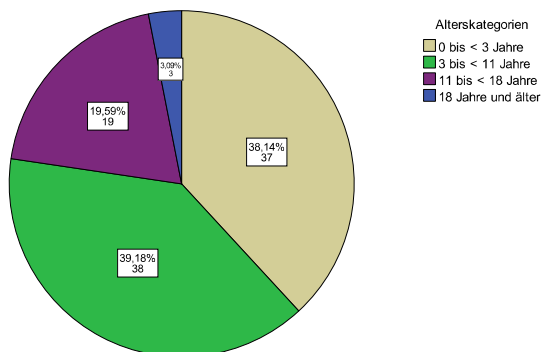
Bei den persönlichen Eigenschaften des Kindes wurden das Alter und die Nationalität erfragt. Die Hauptdiagnose und eine eventuelle Pflegestufe werden ebenfalls berücksichtigt.

Lebensalter

In allen Patientenprofilen waren die Angaben zum Alter, (Frage 23), der Nationalität (Frage 24) und dem Zeitpunkt der Versorgungsübernahme (Frage 26) vollständig.

Das Alter der Patienten liegt zwischen 0 bis 24 Jahren. Im Durchschnitt sind die Kinder knapp 6 Jahre alt (Mittelwert 5,9). Säuglinge sind zu 8,3% in der Gruppe vertreten, Kleinkinder von 1 bis unter 3 Jahren zu 29,8%. Kinder von 3 Jahren bis zum 11. Geburtstag sind mit 39,2% in der Forschungsgruppe. Die Patienten vom Beginn des 11. Lebensjahres bis zum 18. Geburtstag sind zu 19,6% beteiligt.

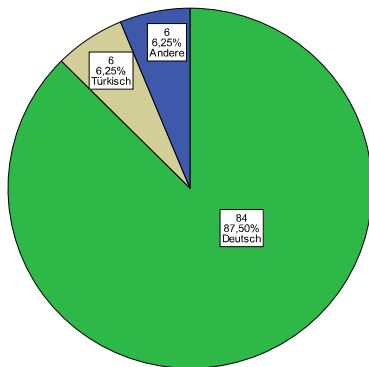
Alter der Patienten in der häuslichen Kinderkrankenpflege



Nationalität

Die erforschten Patienten der häuslichen Kinderkrankenpflege gehören zu 87,5% der deutschen Nationalität an. Türkische Kinder sind zu 6,3% vertreten. Andere Nationalitäten ergeben in der Analyse mit je einer Nennung und einer Nutzung der Kategorie „weiß nicht“ ebenfalls zusammen 6,3%.

Nationalität der Patienten in der häuslichen
Kinderkrankenpflege



Diagnosen

Frage 24 bezieht sich auf die Hauptdiagnose des Kindes. Die Dienste wurden gebeten einen freien Eintrag vorzunehmen. Alle 96 Patientenprofile enthielten verschiedene Angaben, die Kategorie „weiß nicht“ wurde nicht genutzt.

Die Diagnosen der Patienten häuslicher Kinderkrankenpflege sind, wie im theoretischen Teil beschrieben, sehr vielfältig und der Versorgungsbedarf des Patienten ist wohl verständlicherweise für manchen Sachbearbeiter der Krankenkasse oder Pflegekasse bei den bestehenden Genehmigungskriterien schwer nachvollziehbar. Bei 6 Fällen ist unter anderem eine Heimbeatmung (HB) angegeben worden. Eine Tracheostomaanlage (TS) wird bei 10 Patienten genannt. Die Auflistung der Diagnosen der Untersuchungsgruppe soll verdeutlichen, wie vielfältig die Diagnosen und die Kombinationen der Diagnosen von Patienten häuslicher Kinderkrankenpflege sind. Auf eine weitere Kategoriebildung ist aus diesem Grund verzichtet worden.

Diagnosevielfalt von Patienten der häuslichen Kinderkrankenpflege

Epilepsie

Herzfehler, Down Syndrom

Anus praeter

Herzinsuffizienz

Apallisches Syndrom

Hypox. Hirnschaden, Wachkoma, Epilepsie

Apertsyndrom	Hypoxie, Epilepsie, Pulmonalinsuffizienz
ASD, Pulmonalatresie	ICP, Meningokokkenenzephalitis
CCHS	Kurzdarm, FG, Blindheit
Chromosomenfehlbildung 14	Kurzdarm
Cornelia de Lange Syndrom	Larynxspalte, Ösophagusruptur
Diabetes insipidus, Hydrocephalus, LKG-Spalte	Leigh- Syndrom
Drogenabhängigkeit der Eltern	Leukodystrophie
Epidermolysis Bullosa	Microcephalus
Epilepsie	Mitochondriopathie
Epilepsie, Herztransplantation, Immunschwäche	Morbus Byler
Epilepsie, Hydrocephalus	Morbus Curchmann Steiner
Epilepsie, rezid. Pneumonien	Morbus Down
Erstmanifestation Diabetes	Multiple Fehlbildungen,
Ewing-Sarkom	muskuläre Hypotonie,
FG	Neuraline Myopathie
FG, Anus praeter	Neuroblastom Stadium IV
FG, Apnoen	Neurogene Blasen- Darmentleerungsstörung
FG, BPD	Nierenmißbildungen
FG, Epilepsie, O2- Bedarf	Osteogenesis imperfecta
FG, Hirnschädigung	Osteopatia Striata
FG, O2- Bedarf	Pierre-Robin Syndrom
FG, o2- Bedarf, ANS	prog. Leukodystrophie
FG,Tetraparese,Hydrocephalus	Pulmonalatresie
Frühkindl. Hirnschädigung, Spasmus, Blind	Pulmonale Dysplasie
HB	schwerst mehrfachbehindert
HB, Lissencephalie	SMA
HB, Myopathie	SMA,TS,HB
HB, O2- Bedarf, Thanatophose Dysplasie	Spina bifida (2)
HB, TS, Querschnitt- Lähmung	Trinkschwäche, Reflux, Hypotonie
HB, Zelluläre Muskelerkrankung	Trisomie 18, VSD
TS, Fehlbildung	TS, Recurrenzparese
TS, FG	TS, Tracheomalazie
TS, HB, FG	TS, Wachkoma
TS, Mucopolysaccharidose	Undine-Syndrom
TS, O 2- Bedarf, LKG	Wachkoma

TS, O2- Bedarf, Kohlschütter Syndrom

West- Syndrom

TS, Pierre-Robin Syndrom

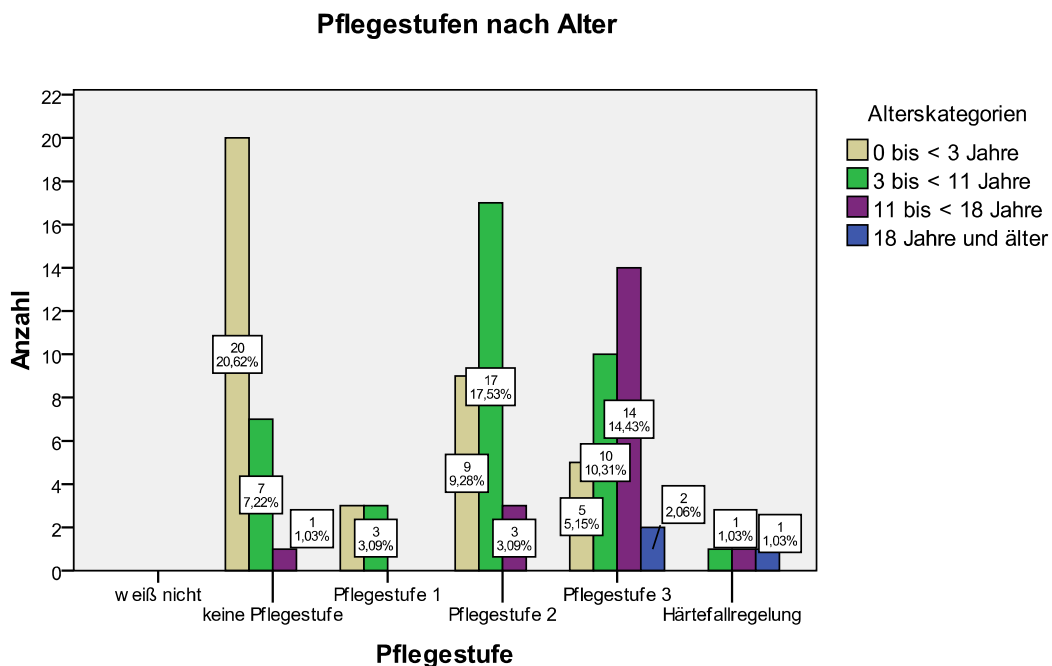
Zellweger-Syndrom

Pflegestufe

Insgesamt haben von 96 Patienten 68 (70,8%) eine Pflegestufe. 6 (6,2%) Kinder wurden der Pflegestufe I zugeordnet. In Pflegestufe II sind 29 (30,2%) Kinder zugeordnet und mit 30 (31,1%) Nennungen bilden die Patienten der Pflegestufe III die größte Gruppe. Bei 3 (3,1%) der Patienten wurde die Härtefallregelung genannt.

28 (29,2%) Kinder haben demnach keine Pflegestufe. Von 37 Säuglingen oder Kleinkindern bis unter 3 Jahren haben 20 (54,1%) Kinder keine Pflegestufe.

Die Graphik zeigt die Verteilung der Pflegestufe nach Altersgruppen.



8.4.2 Versorgungsstruktur

Zur Beschreibung der Versorgungsstruktur werden die Dienste um Angaben zu Art und Umfang der Dienstleistungen gebeten.

Alter bei Versorgungsübernahme

Wie bei der Altersverteilung zu erwarten war, ist der Anteil der Patienten bei denen zwischen dem Geburtsjahr und dem Beginn der Versorgungsübernahme (Frage 26) kein oder nur ein geringer zeitlicher Abstand ermittelt werden konnte, hoch. Bei 28,1% der Patienten sind Geburtsjahr und das Jahr des Versorgungsbeginns identisch und bei 28% der Fälle ist ein Abstand von einem Jahr ermittelt worden.

Leistungsart und Umfang

In Frage 28 wurden die Anbieter gebeten, die Art der Dienstleistung bei den jeweiligen Patienten anzugeben. Gefragt wurde nach den Leistungen, differenziert nach den Leistungen der Krankenkasse (SGB V) und der Pflegekasse (SGB XI), dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) und den Leistungen nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII) sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAP V). Die Frage wurde von allen Studienteilnehmern beantwortet. Mehrfachnennungen waren möglich und Ergänzungen konnten über die Antwortkategorie „sonstiges“ eingetragen werden. Diese Möglichkeit ist nicht genutzt worden. Die Dienste wurden zusätzlich ersucht, die zutreffende Antwortkategorie mit Text zur Beschreibung der Leistungsart zu ergänzen.

Von 96 untersuchten Patienten der Untersuchungsgruppe erhalten 90 (93,7%) Leistungen der Krankenkasse nach dem SGB V.

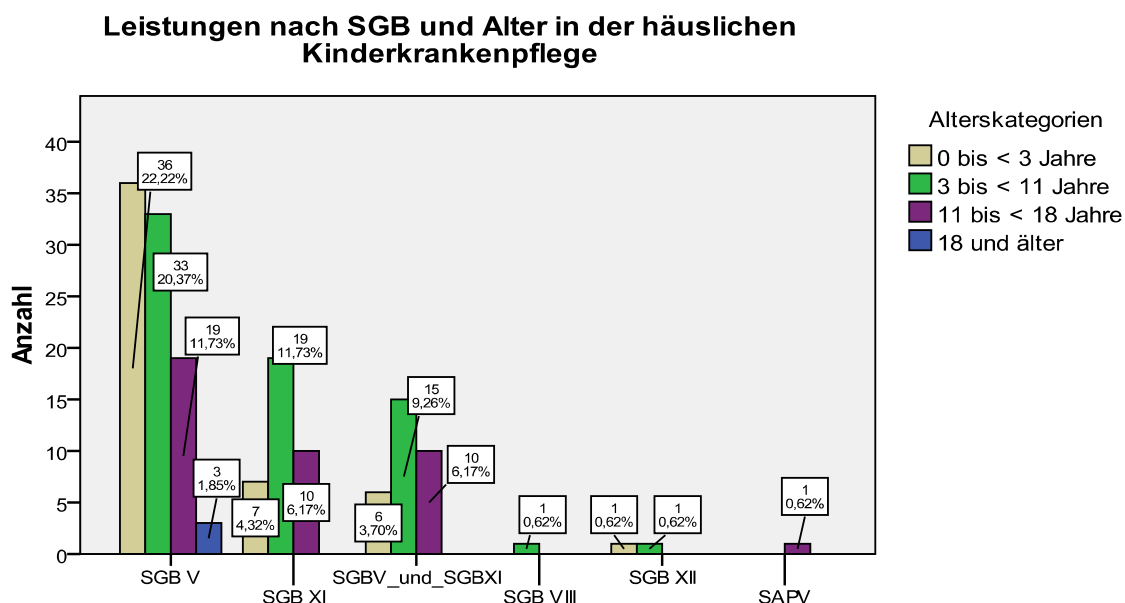
36 (37,5%) der Patienten erhalten Leistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI. Sowohl Leistungen des SGB V und Leistungen des SGB XI erhalten 31 (32,3%) Patienten. Hierbei haben 5 Dienste angegeben, dass Leistung nach dem SGB XI als Grundpflege durchgeführt wird. Bei 9 Patienten wird die Leistung nach dem SGB XI als Verhinderungspflege

und /oder der Pflegeberatung erbracht. Bei 17 Patienten wurde leider kein ergänzender Kommentar zur Leistungsart eingetragen.

Nur bei 5 (5,2%) Patienten wurden SGB XI Leistungen als alleinige Dienstleistung angegeben. Hier wird nur bei einem Patienten Grundpflege als Leistung angegeben, Eine Nennung entfällt auf Pflegeberatung und in einem Fall wird die Durchführung von Verhinderungspflege angegeben. Ein Dienst gibt an, für die beiden von ihm versorgten Patienten eine Sondervereinbarung über Leistungen nach dem SGB XI abgeschlossen zu haben.

Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII erhielten 2 Patienten und für einen Patienten wird Leistung der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII und SAPV angegeben. Ein Patient erhält Leistungen der SAP V.

Die Graphik zeigt die Art der Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern nach Alterskategorien auf.



Versorgungsumfang und Vergütungsart

Die Dienste wurden gebeten, in Frage 32 den zeitlichen Umfang der Dienstleistungen in Stunden bei dem Kind im März 2009 anzugeben. Leider konnten hier nur 85 Antworten in die Datenauswertung einfließen.

In 2 Patientenprofilen wurde die Antwortkategorie „weiß nicht“ genutzt und bei 9 Antworten lagen Angaben vor, die auf Tage oder Wochenstunden bezogen wurden und nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten.

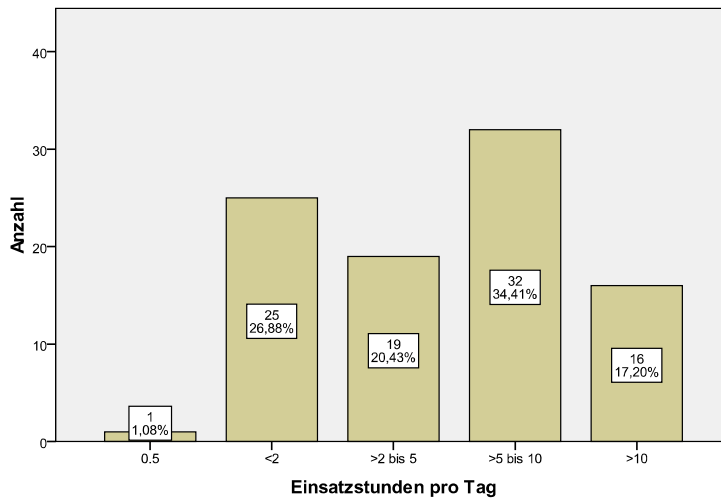
Bei 4 Fällen im Patientenprofil sind im März 2009 keine Dienstleistungsstunden erbracht worden. Der Mittelwert der Stundenversorgung im März 2009 liegt bei 182,3 Stunden im Monat, dies sind umgerechnet 5,9 Versorgungsstunden täglich.

Die höchste Stundenzahl wird bei 3 (3,5%) Patienten mit 744 Stunden im Monat März angegeben, dies bedeutet bei 31 Tagen im März 2009 eine Dienstleistung von 24 Stunden täglich. Immerhin bei 14 (16,5%) Patienten sind im März 2009 jeweils mindestens 414 Stunden und damit eine durchschnittliche Versorgung von 13,4 Stunden pro Tag erbracht worden.

Frage 34 thematisiert die Dauer einer Dienstleistungserbringung pro Einsatz bei dem Patienten. In 93 Patientenprofilen wurde diese Frage beantwortet. Die Kategorie „weiß nicht“ wurde nicht verwendet.

Ein Dienst erbringt Leistungen bei einem Patienten in einer halben Stunde. Bei 25 (26,9%) Patienten dauert der Einsatz bis zu 2 Stunden. Bei 19 (20,4%) Patienten werden mehr als 2 und bis zu 5 Stunden Leistung erbracht und 32 (34,4%) Dienstleistungseinsätze dauern zwischen mehr als 5 Stunden und bis zu 10 Stunden. Bei 16 (17,2%) Patienten findet ein Einsatz von mehr als 10 Stunden statt.

Dauer einer Dienstleistungserbringung pro Einsatz in der häuslichen
Kinderkrankenpflege



Frage 33 bezieht sich auf den Betrag, den die Dienste dem Leistungsträger für die Dienstleistung beim Kind im Monat März 2009 in Rechnung gestellt haben. In 13 Patientenprofilen fehlten die keine Angaben, 10-mal wurde die Antwortkategorie "weiß nicht". genutzt.

Die Angaben werden zur Betrachtung des Stundenlohnes des Patienten in Verbindung mit der Vergütungsart gesetzt (Frage 35).

Von den verbleibenden 73 Fällen wurden 69 Profile ausgewählt, die sowohl in Frage 32 und 33 gültige Zahlwerte aufwiesen. Zur Datenbereinigung sind 4 weitere Fälle wegen einer herausragenden Abweichung von 0 € bzw. über 100 € oder 500 € Stundenlohn aus der Untersuchungsgruppe ausgeschlossen worden.

In die Berechnung fließen 65 Patientenprofile ein.

Bei den Patienten der Untersuchungsgruppe arbeiten die Dienste in 6 Fällen nur mit einer Vergütung nach Leistungsgruppen. Bei 5 Patienten erhalten die Dienste einen Stundenlohn von Minimum 12,00 € bis Maximum 21,50 €. Im Mittelwert also nur 15,50 € die Stunde für Behandlungspflege unter 2 Stunden pro Einsatz.. Ein Dienst erreicht einen Stundenlohn bei dem Patienten im Monat März 2009 von 34,50 € durch Behandlungspflege und Beratung nach § 45.

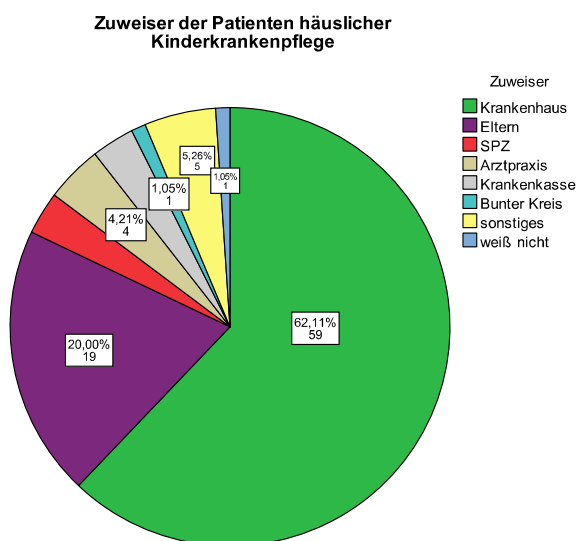
Bei den 41 Patienten, für die die Dienste eine Stundensatzvergütung erhalten, ergibt sich ein Stundenlohniveau von Minimum 13,62 € und Maximum 40,00 € bei einem Mittelwert von 32,78 € (Standardabweichung 4,59).

Bei 16 Patienten arbeiten die Dienste mit einer Stundensatzvergütung in Verbindung mit einer Kilometerpauschale. Hier ergibt sich ein Stundenlohniveau von Minimum 23,08 € und Maximum 66,87 € bei einem Mittelwert von 36,91 € (Standardabweichung 11,54).

Zuweiser

Über welche Verbindung wird der erste Kontakt zwischen dem ambulanten Pflegedienst und dem Patienten hergestellt (Frage29)?

95 Patientenprofile konnten ausgewertet werden. Der Erstkontakt wird bei 59 (62,1%) Patienten häuslicher Kinderkrankenpflege durch das Krankenhaus hergestellt. Die Eltern sind mit einer Anzahl von 19 Nennungen (20%) die nächst größte Gruppe der Zuweiser. Weitere Kontakte werden durch Arztpraxen, den Bunten Kreis, die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die Krankenkassen und verschiedene andere, die unter „sonstiges“ zusammengefasst wurden, hergestellt.



Versorgungsübernahme

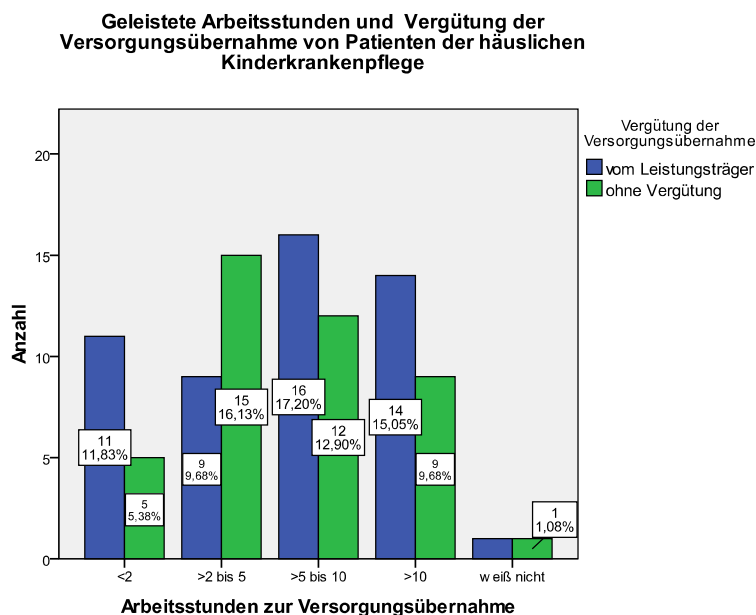
Die Fragen 30 und 31 zur Versorgungsübernahme sollen informieren, wie viele Arbeitsstunden zur Versorgungsübernahme des Kindes vom ambulanten Kinderkrankenpflegedienst erbracht worden sind und ob die Aufwendungen für die Versorgungsübernahme dem ambulanten Dienst vergütet wurden.

In 93 Patientenprofilen wurde ein Wert angegeben. In 3 Patientenprofilen wurde die Antwortkategorie „weiß nicht“ angekreuzt. Die Kategorie „sonstiges“ wurde nicht genutzt.

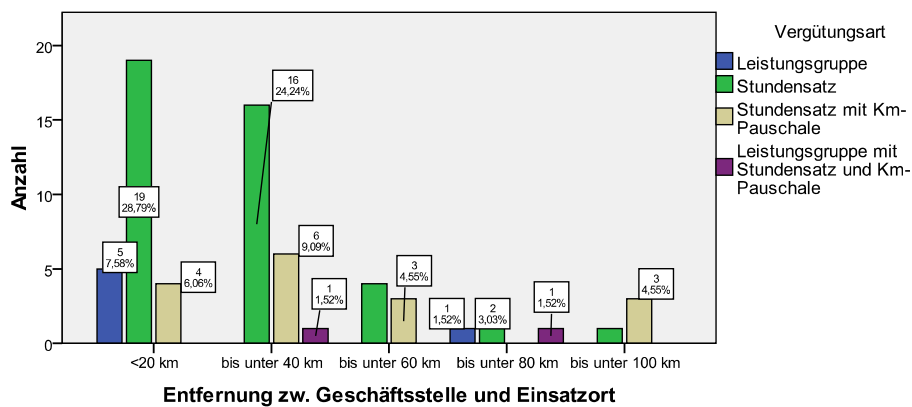
In 16 (17,2%) Fällen wurde angegeben, dass bis zu 2 Arbeitsstunden zur Versorgungsübernahme des Patienten erbracht worden sind.

Mehr als 2 und bis zu 5 Stunden haben Dienste in 24 (25,8%) Fällen aufgewendet. Insgesamt Bei 28 (30,1%) Patienten haben Dienste mehr als 5 und bis zu 10 Stunden zur Versorgungsübernahme gearbeitet und mehr als 10 Stunden sind bei 23 (24,7%) Patienten aufgewendet worden.

In 51 (54,8%) Patientenprofilen wurde angegeben, dass für die Arbeitsstunden zur Versorgungsübernahme eine Vergütung vom Leistungsträger erfolgt ist. Immerhin in 42 (45,2%) Fällen erhielten die Dienste für die erbrachten Arbeitsstunden jedoch keine Vergütung.



Vergütungsart und Entfernung zwischen Einsatzort und Geschäftsstelle

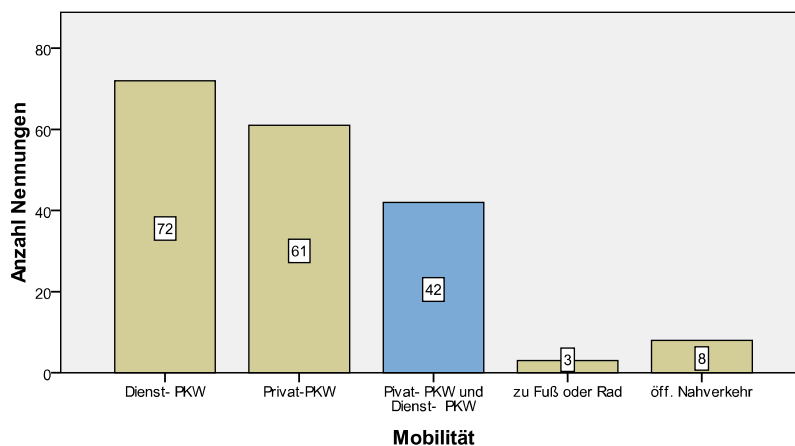


Mobilität der Mitarbeiter

Wie erreichen die Mitarbeiter der häuslichen Kinderkrankenpflege ihren Einsatzort? Die Frage 38 wurde in allen Patientenprofilen beantwortet. Die Kategorie "weiß nicht" wurde nicht genutzt. Mehrfachnennungen waren möglich.

Die Nutzung eines Dienstfahrzeuges wurde in 72 (75%) Fällen genannt und in 61 (63,5%) Fällen wurde die Kategorie „mit einem privaten PKW“ angekreuzt. Nur 8 (8,3%) Nennungen entfielen auf die Kategorie "Öffentlicher Nahverkehr" und 3 (3,1%) mal wurde zu Fuß oder Rad angekreuzt. Bei 42 (43,7%) Patienten erreichen Mitarbeiter ihren Einsatzort sowohl mit einem Dienst- PKW als auch mit dem Privatwagen.

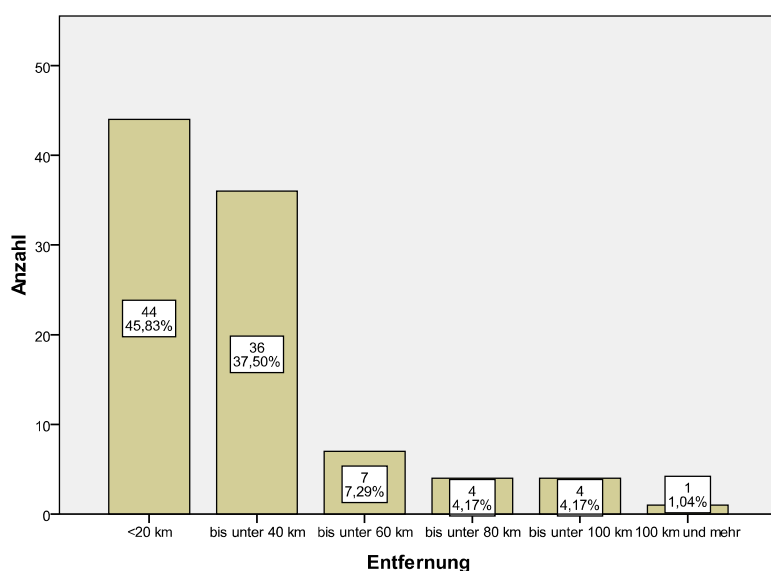
Mobilität der Mitarbeiter häuslicher Kinderkrankenpflege



Entfernung zwischen Geschäftsstelle und Einsatzort

Bei der Frage 37 nach der Entfernung zwischen der Geschäftsstelle und dem Einsatzort der Mitarbeiter konnten alle 96 Fälle ausgewertet werden. Die Entfernung betrug bei 44 (45,83%) Patienten weniger als 20 km. Bei 36 (37,5%) Patienten wurde die Entfernung mit unter 40 km angegeben. Bei 7 (7,3%) Patienten betrug die angegebene Distanz unter 60 km. Eine Entfernung von unter 80 km sowie unter 100km wurde je 4 (4,2%) mal genannt und nur eine Angabe fällt unter die Kategorie „100km und mehr“.

Entfernung zwischen der Geschäftsstelle und dem Einsatzort der Mitarbeiter in der häuslichen Kinderkrankenpflege

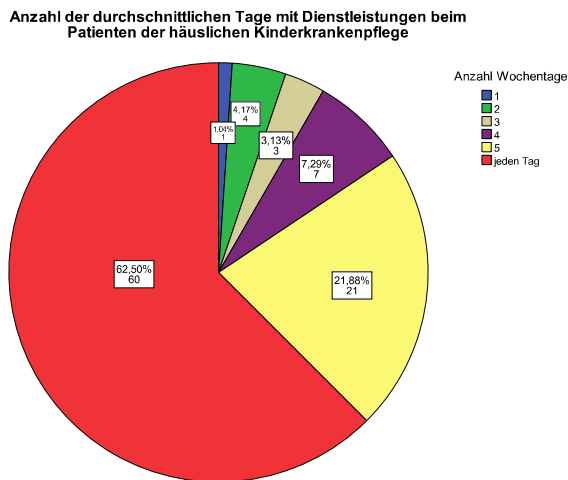


Anzahl der Einsatztage pro Woche

Mit Frage 36 werden wurden die Dienste gebeten, eine durchschnittliche Angabe zu den Wochentagen zu machen, an denen sie Dienstleistungen beim Patienten erbringen.

In allen 96 Fällen sind Angaben zu den Einsatztagen gemacht worden. Demnach werden 60 (62,5%) der Patienten an allen 7 Wochentagen versorgt und 21 (21,9%) Patienten erhalten Dienstleistungen an 5 Tagen der Woche. 7 (7,3%) Patienten werden an 4 Tagen und 3 (3,13%)

Patienten an 3 Tagen besucht. 4 (4,2%) Patienten erhalten an 2 Tagen und 1 Patient an einem Tag Dienstleistungen.



8.4.3 Personaleinsatz

Die Fragen 39 und 40 thematisieren die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, die bei dem Patienten Dienstleistungen ausführen. Die Anzahl der Mitarbeiter in Verbindung mit dem zeitlichen Umfang der Dienstleistungserbringung lässt Rückschlüsse auf eine patientenorientierte Teamstruktur zu. Die Auskunft nach der Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter kann in Verbindung mit dem Alter der Patienten betrachtet werden.

Die Fragen zum Personaleinsatz beantworteten alle Dienste. Die Kategorie „weiß nicht“ wurde nicht genutzt.

Mitarbeiterzahl und Qualifikation

Bei jedem Patienten der Untersuchungsgruppe führen Kinderkrankenpflegekräfte Dienstleistungen aus. Bei 70 (72,9%) Patienten arbeiten nur Kinderkrankenpflegekräfte. In 26 (27,1%) Fällen werden sie durch Krankenpflegekräfte ergänzt und in 2 Fällen (1 Pflegedienst) arbeiten bei dem Patienten zusätzlich auch Rettungsassistenten.

Die Fachkraftquote liegt in der Analyse der Patientenprofile bei 98%.

Insgesamt arbeiten 489 Mitarbeiter, davon 418 Kinderkrankenpflegekräfte und 69 Krankenpflegekräfte sowie 2 Rettungsassistenten bei 96 Patienten, der Mittelwert liegt bei 5,1 Mitarbeitern (Median 4,00) pro Patient.

Teamgröße

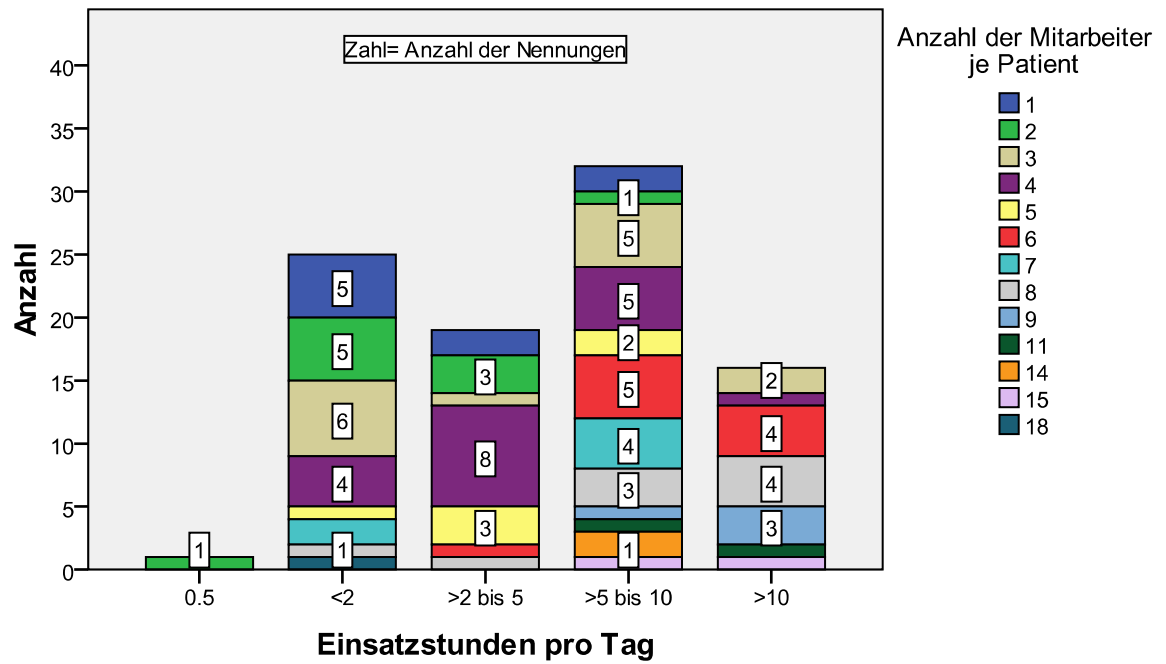
Die Auswertung der Mitarbeiteranzahl nach täglicher Versorgungsdauer ist leider zu unbefriedigend, um Ausführungen zu einer validen patientenorientierten Teamstruktur zu machen. 2 Mitarbeiter erbringen die Dienstleistung bei einer täglichen Versorgungsdauer von einer halben Stunde pro Tag. Bei einer Dienstleistungserbringung von weniger als 2 Stunden wird eine Mitarbeiteranzahl von 1 bis zu 18 Mitarbeitern angegeben. Bei mehr als 2 Stunden und bis zu 5 Stunden geben die Dienste an, 1 bis maximal 8 Mitarbeiter beim Patienten einzusetzen. Bei einer täglichen Einsatzzeit von über 5 bis zu 10 Stunden erbringen 1 bis 15 Mitarbeiter Dienstleistungen und zwischen 3 und 15 Mitarbeitern werden bei einer Versorgungsdauer von über 10 Stunden angegeben.

Ein Team von 15 Mitarbeitern ist bei einer täglichen Patientenversorgung von über 5 bis zu 10 Stunden als zu groß anzusehen und bei der Kategorie „über 10 Stunden“ akzeptabel. Der Einsatz von 18 Mitarbeitern bei einem 10-jährigen Patienten der täglich bis zu 2 Stunden versorgt wird, ragt aus der Analyse negativ heraus.

Hingegen muss bezweifelt werden, ob die ermittelte Anzahl von einem Mitarbeiter bei einer über 5-stündigen Einsatzzeit pro Tag bzw. 3 Mitarbeitern bei über 10 Stunden Einsatzzeit pro Tag möglich sein kann. In beiden Fällen wurde angegeben, dass die Dienstleistungen bei den Patienten an mindestens 5 Wochentagen erbracht werden.

Die folgenden Graphiken verdeutlichen die Aussagen zum Personaleinsatz nach täglicher Einsatzzeit.

Teamgröße in der häuslichen Kinderkrankenpflege



8.5 Kommentare und Anregungen

Abschließend wurde den Studienteilnehmern die Möglichkeit gegeben, einem Kommentar zum Fragebogen oder Anregungen zur Studie im freien Text einzutragen (Frage 41).

Diese Möglichkeit nutzten 14 Dienste. Die Einträge wurden kategorisiert. Die oberste Kategoriebildung ist die Unterscheidung in Kommentare zum Fragebogen/ Befragung und Kommentare zum Forschungsgegenstand. Die weitere Kategoriebildung ist aufgelistet. Die Anzahl der Nennungen erfolgt in Klammern.

Kategorie: Kommentar zum Fragebogen

Dank für die Durchführung der Befragung (5) Fragebogen gut zu beantworten (1) Persönliche Wünsche (3)	Positives Feedback(9)
Bearbeitungstermin (2) Fragebogen zu lang (1)	Beschwerde (3)
Hilfe zur einheitlichen Vergütungsregelung durch die Studie (2)	Hoffnung (2)
Bitte um Ergebniszusendung	Bitte um Ergebniszusendung(1)

Kategorie: Kommentar zum Forschungsgegenstand

Probleme bei Kassenverhandlungen (3) Personalmangel (2) Vergütung zu niedrig (4)	Frust (9)
Keine Kinderkrankenpflege (2) Hinweis zur Patientenorientierung (2)	Fachkommentar (4)

Im Folgenden ist ein Kommentar als Zitat aufgeführt, um den Weg der Kategoriebildung exemplarisch darzustellen.

1) Stundensätze der Kassen sind zu niedrig im Vergleich zu gestiegenen Gehältern

2) Behandlungspflege bei Anfahrt ohne Kostenerstattung nicht mehr durchführbar!

*3) ärztliche Verordnungen werden von Kassen gelegentlich einfach abgelehnt, obwohl Dringlichkeit bestätigt - nicht Gesetzeskonform! –
Viel Glück*

(Zitat aus einem Fragebogen zur häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland 2009 (Frage 41)).

Kategoriebildung am Beispiel

1) Stundensätze der Kassen sind zu niedrig im Vergleich zu gestiegenen Gehältern

Kommentar Forschungsgegenstand / Vergütung zu niedrig / Frust

2) Behandlungspflege bei Anfahrt ohne Kostenerstattung nicht mehr durchführbar!

Kommentar Forschungsgegenstand / Vergütung zu niedrig / Frust

3) ärztliche Verordnungen werden von Kassen gelegentlich einfach abgelehnt, obwohl Dringlichkeit bestätigt - nicht Gesetzeskonform! –

Kommentar Forschungsgegenstand / Probleme bei
Kassenverhandlungen / Frust

Viel Glück

Kommentar zum Fragebogen / Persönliche Wünsche / Positives
Feedback

9 Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen lässt sich abschließend eine Bewertung des Forschungsinstruments und eine Zusammenfassung und Beantwortung der Forschungsfragen verfassen.

9.1 Bewertung des Forschungsinstruments

Der Rücklauf von 59 (31,3%) Fragebögen mit 54 auswertbaren Datensätzen und 96 Patientenprofilen, die nach den Ein- und Ausschlusskriterien einbezogen werden konnten, ist in Anbetracht der kurzen Bearbeitungszeit zufriedenstellend.

Es wäre gut gewesen, die Frist zur Rücksendung der Fragebögen länger wählen zu können, erschwerend hinzu kamen die Pfingstfeiertage. Auch die regionalen Ferienzeiten, z. B. die Pfingstferien in Bayern, konnten bei der Versendung nicht berücksichtigt werden. Die Beachtung dieser Faktoren wurde dem vorgegebenen Bearbeitungszeitraum und der zeitaufwändigen Erstellung des Forschungsinstrumentes untergeordnet.

Insgesamt wurden die Fragebögen gut beantwortet. Lediglich die Frage nach dem zeitlichen Umfang der Dienstleistungen im März 2009 hätte eindeutiger formuliert werden müssen. Bei den Fragen nach den Rechnungsbeträgen sind, wie erwartet, durchschnittlich weniger Angaben erfolgt. Leider ist die Bitte nach handschriftlichen Ergänzungen zur Versorgungsart im Patientenprofil nicht immer erfolgt.

Die Antwortkategorie „weiß nicht“ konnte bei den Fragen zu den Themenbereichen Unternehmensstruktur, Leistungsspektrum und Personalstruktur von jedem Studienteilnehmer 18-mal genutzt werden. Insgesamt hätten alle Studienteilnehmer zusammen 972-mal die Antwortkategorie „weiß nicht“ nutzen können oder 1188-mal keine Antwort eintragen können.

Bei den 96 Patientenprofilen konnte 16-mal die Antwortkategorie „weiß nicht“ genutzt werden, zusammen also 1536-mal. Die Dienste hätten die 18 Fragen auch 1728-mal nicht beantworten können.

Zusammen betrachtet ergibt das für die Antwortkategorie „weiß nicht“ 2508 und für fehlende Angaben 2916 Möglichkeiten. Tatsächlich ist die Antwortkategorie „weiß nicht“ 41-mal (1,6%) genutzt worden und nur 27-mal (0,9%) ist keine Antwort erfolgt.

9.2 Zusammenfassung

Die meisten Teilnehmer der Studie sind auf Dienstleistungen für Kinder spezialisiert. 61,1% der Dienste erbringen nur Dienstleistungen für Kinder und junge Erwachsene (Patienten bis 30 Jahre). 38,9% der ambulanten Dienste versorgen Patienten aller Alterskategorien und bieten auch häusliche Kinderkrankenpflege an. Über die Hälfte dieser Pflegedienste (57,1%) erbringen bereits seit dem Gründungsjahr Dienstleistungen für Kinder.

Der älteste Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege der Studie bietet seit 1980 in Bayern auch Dienstleistungen für Kinder an. Der jüngste Pflegedienst ist in diesem Jahr in Baden- Württemberg gegründet worden. Er pflegt nur Kinder.

Insgesamt besteht seit 1984 eine steigende Tendenz der Gründungen. Um 1995 nahmen die Anbieter der Dienstleistungen häuslicher Kinderkrankenpflege tendenziell am stärksten zu. Seit 1996 sind durchschnittlich zwei neue Dienste pro Jahr registriert worden, die häusliche Kinderkrankenpflege anbieten.

Die untersuchten 54 Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege aus 14 Bundesländern befinden sich zu fast 70% in privater Trägerschaft. Hier dominiert die Rechtsform der Einzelunternehmung. Nur ca. 30% haben einen freigemeinnützigen Träger und diese Dienste mit 56,2% die Rechtsform des eingetragenen Vereins angegeben.

Die Haupteinnahmequellen aller Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege ist, wie erwartet, die Finanzierung einer Patientenversorgung nach den Sozialgesetzbüchern.

Doch nur knapp 70% der Dienste aus freigemeinnütziger Trägerschaft nutzen als Einnahmequelle auch Spenden und Sponsoring oder öffentliche Zuschüsse.

Dabei sind die Anbieter gut organisiert. 96,2% sind Mitglied in einem oder mehreren Verbänden.

Den Nachweis einer externen Qualitätssicherung durch eine Zertifizierung oder ein Gütesiegel nutzen nur 16,7% der Einrichtungen.

Eine Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege hat fast die Hälfte der Einrichtungen (46,2%) noch nicht erfahren. Dabei pflegen 15 dieser Dienste Kinder und junge Erwachsene schon seit mehr als 10 Jahren.

Das Umsatzvolumen im März 2009 liegt im Mittelwert bei knapp 81000 €. Die Angaben sind allerdings auch sehr unterschiedlich.

Sie reichen von 0 € bis zu 540000 €.

Mit Dienstleistungen für Kinder sind in den Pflegediensten durchschnittlich 20 auf Vollzeitstellen umgerechnete Mitarbeiter in Verwaltung und Pflege beschäftigt.

Im Schnitt hat jeder Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege Dienstleistungen bei 20 Kindern im Monat März erbracht. Die Pflegedienste, die nur Dienstleistungen für Kinder und Patienten bis 30 Jahre anbieten, haben im März durchschnittlich 25 Kinder und 4 Patienten über 19 Jahre versorgt. Dieses Mengenverhältnis würde die These unterstützen, dass die Patienten über 18 Jahre als „zu alt“ gewordene Kinder von diesen Anbietern versorgt werden.

Über 90% der Kinder und jungen Patienten erhalten Leistungen der Krankenkasse nach dem SGB V. Diese Patienten erhalten den Angaben zufolge zu 63,3 % nur Behandlungspflege. Die Leistung von Grund- und Behandlungspflege wurde nur bei 2 Kindern genannt und nur 5,2% der jungen Patienten erhalten ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI.

Die Kinder werden demnach überwiegend von ihren Eltern ernährt und gewaschen, die häusliche Kinderkrankenpflege leistet professionelle Pflege, Beratung und Anleitung dort, wo elterliche Sorge allein nicht ausreicht, um den akut oder chronisch erkrankten Kindern ein Leben im häuslichen Bereich mit ihren Eltern und Geschwistern zu ermöglichen.

Sehr wenige Patienten häuslicher Kinderkrankenpflege erhalten Leistungen der Sozialhilfe (2%) oder Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (1%).

Neben den Leistungen nach SGB V und SGB XI bieten die Dienste jedoch Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII zu 67% an und Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz zu 38,1%. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wohl als Dienstleistung der häuslichen Kinderkrankenpflege (1%) auch fast gar nicht genutzt. Gleichwohl haben 19% der Dienste angegeben, die SAPV anzubieten.

Nur ein gutes Drittel der jungen Patienten erhält Leistungen der Pflegekasse und von dieser Gruppe erhalten fast 90% auch gleichzeitig Leistungen der Krankenkasse nach SGB V. Die Pflegeversicherung kann somit nicht zur Hauptfinanzierung der häuslichen Kinderkrankenpflege dienen. Die bestehende Definition des Pflegebegriffs nach SGB XI, die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung der Pflege und die Strukturen des Pflegemarktes für Erwachsene sollten nicht auf die Patienten der häuslichen Kinderkrankenpflege angewendet werden müssen.

Obwohl bei mehr Patienten als erwartet eine Pflegestufe registriert wurde. Bei 70% der Patienten in der Untersuchungsgruppe wurde eine Pflegestufe angegeben, hier bilden mit mehr als 30% die schwerstpflegebedürftigen jungen Patienten mit Pflegestufe III die größte Gruppe.

Die jungen Patienten sind im Durchschnitt knapp 6 Jahre alt. Sie werden in 28% der Fälle seit ihrem Geburtsjahr durch den häuslichen Kinderkrankenpflegedienst versorgt oder erhalten zu 28% bereits eine Versorgung im 2. Lebensjahr.

Hauptzuweiser und damit ein wichtiger Kooperationspartner bei der Patientenübernahme ist mit 62,1% das Krankenhaus.

Die Patienten der Untersuchungsgruppe besitzen zu fast 90% die deutsche Nationalität.

Ihre Diagnosen sind, wie erwartet und in der Literatur auch als Problematik beschrieben, sehr vielfältig. Die Dienste wurden gebeten, die Hauptdiagnose anzugeben. Bei 96 Fällen war keine Angabe identisch. Einige Folgen der unterschiedlichen Erkrankungen, wie eine Tracheostomaanlage oder Heimbeatmung, konnten gruppiert werden. Doch diese Angaben standen fast nie allein. Wie soll ein Sachbearbeiter der Krankenkasse wissen, welcher Versorgungsanspruch durch diese Masse an verschiedenen Diagnosen und deren Kombinationen berechtigt ist? Ablehnungen der Finanzierung könnten vermieden werden, wenn für häusliche Kinderkrankenpflege spezielle Vergütungsregelungen nach Stundensätzen durchgesetzt werden können, die sich nicht an komplizierten Einzeldiagnosen und Differenzierung nach Grund- und Behandlungspflege, sondern an einer Tätigkeits- und Patientenstrukturorientierten Fachpflege mit Anerkennung der Beratungsleistung als Prävention orientieren.

Die Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege arbeiten mit verschiedenen Leistungsvergütungsarten. Nur ein Dienst arbeitet lediglich mit einer Vergütung nach Leistungsgruppen. Über 85% der Dienste handeln für ihre jungen Patienten jeweils zeitraubend individuelle Stundensätze mit den Kassen aus. Die errechnete, durchschnittliche Vergütung einer Dienstleistungsstunde häuslicher Kinderkrankenpflege beträgt ca. 30 €.

Für die Dienste, die mit einer Stundensatzvergütung in Verbindung mit einer Kilometervergütung arbeiten, errechnet sich ein Stundenlohniveau von durchschnittlich ca. 37 €.

Doch nur ca. 30% der Dienste arbeiten mit einer Vergütung der Fahrtkosten. Dabei versorgen die meisten Anbieter ihre kleinen Patienten in großen Einzugsgebieten. Fast 75% arbeiten in einem Radius von mehr

als 40 km. Mehr als ein Drittel der Anbieter nimmt auch Patienten an, die weiter als 80 km entfernt wohnen.

Die Mitarbeiter erreichen ihren Einsatzort überwiegend mit einem Dienst-PKW (75%). Aber auch der Einsatz des Privatwagens wurde in 63% der Fälle angegeben. Der kostensparende Einsatz von öffentlichen Verkehrsmitteln oder Fahrrädern wurde kaum (zusammen 11,4%) genannt.

Die jungen Patienten werden zu mehr als 60% an 7 Wochentagen für knapp 6 Stunden täglich gepflegt.

Diese Arbeit übernehmen im Schnitt 5 Fachpflegekräfte. Die Dienstleistung häuslicher Kinderkrankenpflege erbringen zu 85,6% Kinderkrankenpflegekräfte. und zu 12,4% Krankenpflegekräfte. Ein Dienst setzt zusätzlich Rettungsassistenten bei 2 Kindern zur Erbringung von SGB XI Leistungen ein.

Die Fachkraftquote in der Dienstleistung der häuslichen Kinderkrankenpflege liegt bei 98%. Dies überrascht nicht, da die meisten Patienten behandlungspflegerische Leistungen des SGB V erhalten.

Nahezu ein Drittel der Fachpflegekräfte häuslicher Kinderkrankenpflege verfügt über ein oder mehrere Fachweiterbildungen. 6,8% der 1466 Pflegefachkräfte sind Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege oder häusliche Beatmungspflege.

Gut 65% erhöhen ihre Personaleinsatzmöglichkeiten durch einen Mix aus versicherungspflichtigen Mitarbeitern und geringfügig beschäftigten Mitarbeitern.

Zur Versorgungsübernahme wenden die meisten Dienste zwischen 5 und 10 Arbeitsstunden auf. Etwas mehr als die Hälfte der Dienste erhalten für diese Arbeitsstunden eine Vergütung durch die Leistungsträger. Doch in gut 45% der Fälle ist für diese Arbeitsstunden keine Vergütung erfolgt.

Es wäre wünschenswert, dass alle Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege ihre Leistungen den Kassen bei Entgeltverhandlungen detailliert und nachvollziehbar darstellen und in Rechnung stellen.

Zu vermuten ist, dass eine mit der Kasse vereinbarte Leistungsvergütung nach Stundensätzen, die für alle Patienten der Kasse verbindlich gelten, in Kombination mit einer entfernungsabhängigen Entgeltung der Fahrtkosten die Wirtschaftsbedingungen im Bereich der Dienstleistung häuslicher Kinderkrankenpflege herstellen würde.

Wertvolle Arbeitszeit und Krankenkassenbeiträge werden vermutlich bei den Verhandlungen im Genehmigungsverfahren auch bei den Leistungsträgern verschwendet.

Von 14 Diensten, die einen frei formulierten Kommentar im Fragebogen notierten, haben 9 Dienste ihren Frust über die zu niedrige Vergütung, die Probleme bei Kassenverhandlungen oder Personalmangel auf Grund der schwierigen Wirtschaftsbedingungen geäußert. Diese Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege hoffen, dass die Ergebnisse der Studie zur häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland 2009 zur Verbesserung der Situation beitragen werden.

10 Literaturverzeichnis

Aral Kraftstoffpreisdatenbank

<http://www.aral.de/toolserver/retaileurope/annualstatement.do> (4.06.2009)

Arend, Stefan (2001): Ein Netzwerk für die kleinen Kunden. Chancen und Perspektiven für ambulante Pflegedienste. Hannover: Häusliche Pflege. Nr.3 S. 25-28

Bachmann Sandra (2008): Beratung von Eltern chronisch kranker Kinder. In: Koch-Straube, Ursula (Hrsg.): Beratung in der Pflege. (Verlag Hans Huber) Hogrefe AG. Bern

BHK e.V. (2008): Häusliche Kinderkrankenpflege- dynamische Unternehmen sind gefragt. Lübeck: kinderkrankenschwester. 27. Jg. Nr:6 S. 254-255

BDSG Bundesdatenschutzgesetz. (1990)

http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/bdsg_1990/gesamt.pdf
(15.05.2009)

Beier, Jutta (2003): Patienten- und familienorientierte Information und Beratung in der "Häuslichen Kinderkrankenpflege" in Deutschland. Ein Stiefkind pflegewissenschaftlicher Forschung? Bern: Pflege Nr.16 H.2, S.63-65

BHKe.V. Bundesverband häusliche Kinderkrankenpflege e.V. Homepage.
<http://www.bhkev.de/> (21.01.2009)

BHKe.V. Bundesverband häusliche Kinderkrankenpflege e.V. Bundesverband Kinderhospiz e.V. und Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V. zur SAPV gemäß § 132d Abs 2 SGB V (28.03.2008) <http://www.bhkev.de/downloads/sapv.doc> (15.05.2009)

BHKe.V. Bundesverband häusliche Kinderkrankenpflege e.V. Kranke Kinder. <http://www.bhkev.de/wir/zielebhk.html> (21.01.2009)

BHKe.V. Bundesverband häusliche Kinderkrankenpflege e.V. Pressemitteilung Juni 2006. Häusliche Kinderkrankenpflege: Bundesweit erster Leitfaden soll bei Kassen für Sicherheit sorgen. http://www.bhkev.de/archiv_presse/juni06.html (14.02.2009)

BHKe.V. Bundesverband häusliche Kinderkrankenpflege e.V. Ziele. <http://www.bhkev.de/wir/zielebhk.html> (21.01.2009)

Bitenc, Maria (2008): „Intensivkinder zuhause“. Ein Kampf an allen Fronten- zur Situation von Familien mit „Intensivkindern“. Lübeck: kinderkrankenschwester. 27. Jg. Nr.2 S. 54-58

BMG Bundesministerium für Gesundheit. Pflegereform im Überblick (2008) <http://www.bmg.bund.de/> (09.06.2009)

Böll, Mechthild; Wetzel, Elisabeth (2008): Große Chance- mit Hürden. Eine Marktlücke in der Häuslichen Pflege Hannover: Häusliche Pflege. Nr.7 S. 46-48

Brock, H. (2004): Neue Chancen für die Kinderkrankenpflege: Modellprojekt in Halle an der Saale. kinderkrankenschwester. Lübeck: 23 Jg. Nr.7. S. 293-294

Brockhaus, Enzyklopädie in dreißig Bänden (2006): Band 2 und 12, Leipzig, Mannheim: (F.A. Brockhaus Verlag)

Büker, Christa (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind. Duisburg: Pflege & Gesellschaft, 13. Jg. Nr. 1 S.77-88

Burns, Nancy; Grove, Susan K. (Hrsg.) (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden. 1. Auflage. München: (Elsevier, Urban & Fischer Verlag)

bpb Bundeszentrale für politische Bildung. Lexikon.
http://www.bpb.de/popup/popup_lemmata.html?guid=WF6BFJ
(08.06.2009)

bpb Bundeszentrale für politische Bildung. (2006): Wirtschaft heute. Schriftenreihe Band 499. Autoren: Buscher, Herbert et al. Mannheim: (Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Bevölkerung nach Altersgruppen Deutschland (2007).
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Zeitreihen/LangeReihen/Bevoelkerung/Content100/lrbev01ga,templateId=renderPrint.psml> (18.04.2009)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern (2007): Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Wiesbaden 2008
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/> (14.03.2009)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.(2007)

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/382963429/99392233 (19.06.2009)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Operationen und Prozeduren (2007)

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=6&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATA_CUBE=_XWD_32&D.002=1000002&D.003=1000004&D.390=43182
(19.06.2009)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Pflegestatistik (2007): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2008

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>. (14.03.2009)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Pflegestatistik (2007): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht. Ländervergleich- Pflegebedürftige. Wiesbaden 2008

<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html>. (14.03.2009)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Pflegestatistik (2007): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 3. Bericht: Ländervergleich- ambulante Pflegedienste. Wiesbaden 2008

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/> (14.03.2009)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Pressemitteilung. Nr.473 (2008) Verweildauer in Krankenhäusern auf Tiefststand.

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08__473__231.psml (10.12.2008)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Publikationen und Auskünfte. Verdienste und Arbeitskosten. S.541

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Offentlich/AI/IC/Publikationen/Jahrbuch/VerdiensteArbeitskosten,property=file.pdf> (08.06.2009)

DESTATIS Statistisches Bundesamt Deutschland. Richtlinie95/46/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 24.10.1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr. (2004)

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Offentlich/AZ/ZD/Rechtsgrundlagen/Statistikbereiche/Datenschutz/735__RLDatenschutz,property=file.pdf (15.05.2009)

Diekmann, Andreas (2005): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbeck: (Rowohlt Verlag)

Duden (2001): Fremdwörterbuch. Band 5. 7. Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: (Dudenverlag)

Dobke, Julia (2000): Die häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland. Eine quantitative Erhebung zur Situation der Anbieter häuslicher Kinderkrankenpflege. Diplomarbeit Universitätsklinikum Charite. Medizinische Fakultät der Humboldt- Universität zu Berlin (Studiengang Sozialpädagogik)

Dobke, Julia; Köhlen, Christina; Beier, Jutta (2001). Die häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland- Eine quantitative Erhebung zur Situation von Anbietern häuslicher Kinderkrankenpflege. Bern: Pflege Nr.14 S .183-190

Eckert, Andreas (2007): Familien mit einem behinderten Kind. Zum aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion. Lübeck: kinderkrankenschwester. 26. Jg. Nr.10 S. 399-405

Emmrich, Dirk (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Problemfelder und Lösungsansätze mit Fortbildungskonzept. 1. Auflage Serie/Reihe und Band: Edition Pflege. Seelze: (Kallmeyer bei Friedrich in Velber Verlag).

Friedemann Marie-Luise; Köhlen, Christina (2003): Familien- und umweltbezogene Pflege. Bern: (Verlag Hans Huber)

Geller, Helmut; Gabriel, Karl (2004): Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt. Freiburg im Breisgau: (Lambertus-. Verlag)

G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. (SAPV-RL 2007):

http://www.g-ba.de/downloads/62-492-243/RL-SAPV_2007-12-20.pdf
(09.06.2009)

gpb Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Glossar

http://www.gbe-bund.de/glossar/Oeffentliche_Traeger.html (08.06.2009)

gpb Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Tabelle (2009)
Häusliche Krankenpflege/Behandlungspflege der Versicherten der
gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungstage, Leistungsfälle und
Tage je Fall. Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht, Leistungsart,
Kassenart, Versichertengruppe.
[http://www.gbe-bund.de/oowa921-
install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/x
s_start_neu/i19045019/16322413](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/i19045019/16322413) (25.05.2009)

Große- Munckenbeck, M. (2002): Auswirkungen der Pflegeversicherung
auf die Ambulante Pflege.
www.krankenpflege-ausbildung.de/Facharbeiten (12.12.2002)

Großkopf, Volker (2007): Vorschriften und Gesetze für das
Gesundheitswesen. Balingen: (Spitta Verlag GmbH & Co. KG)

Heiber, Andreas; Nett, Gerd (2006): Handbuch Ambulante
Einsatzplanung. Grundlagen, Abläufe, Optimierung. Hannover: (Vincentz
Network)

Herold, E. (Hrsg.) (1999): Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und
Kranker in der Gemeinde. Band 3. Pflegen in der eigenen Familie.
Konzepte, Strukturen, Strategien. Leiten, Führen. Betriebswirtschaft, Fort-
und Weiterbildung. Hannover: (Schlütersche Verlagsgesellschaft)

INTENSIVkinder zuhause e.V. Geschichte. Bitenc, Maria. Entstehung und
Entwicklung eines Elternvereins. Ein kleiner Rückblick in unsere
Vergangenheit.
http://www.intensivkinder.de/dld/Intensivkinder_Geschichte.pdf
(09.06.2009)

Josten, Sabine (2005): Pirat mit Trachealkanüle. Ambulante intensivmedizinische Betreuung von Kindern. Melsungen: Pflegen Ambulant. 16. Jg. Nr.5 S. 30-33

Josten, Sabine (2006): Vergütung Häuslicher Kinderkrankenpflege. Bundesverband fordert einheitliche Bezahlung. Melsungen: Pflegen Ambulant. 0. Jg. Nr.3 S. 40-41

Josten, Sabine (2007): Rainer und das Pustballfeld. Melsungen: Pflegen Intensiv. 4. Jg. Nr.3 S. 14-17

Kinderkrankenpflege-Netz. Pressemitteilung (April 2008)

Kinder bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung berücksichtigen. Eine Erklärung des Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V. (BHK) und des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V. zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

<http://www.kinderkrankenpflege-netz.de/presse/2008/sapv.shtml>
(09.06.2009)

Koch-Straube, Ursula (2008): Beratung in der Pflege. (Verlag Hans Huber) Hogrefe AG. Bern

Köberich, Stefan (2006): Beratung im Gesundheitswesen. Chance für die Pflege? Schweiz Mönchaltorf: Pr-InterNET, Nr.8 H.3, S.133-139

Köhlen, Christina; Beier, Jutta; Danzer, Gerhard (1999) Ein Stückchen normales Leben. Eine qualitative Studie über die Gesundheitspflege bei chronisch kranken Kindern in der häuslichen Pflege: Bern: Pflege. Nr.12 S. 309-314

Köhlen, Christina; Friedemann Marie-Luise (2006): Überprüfung eines Familien- Assessment- Instruments auf der Grundlage der Theorie des systemischen Gleichgewichts. Bern: Pflege Nr.1 S.23-32

Köhlen, Christina (2004): Häusliche Pflege eines Kindes mit Herzfehler. Brücke zur Außenwelt. Stuttgart: Pflegezeitschrift 57Jg.Nr.9, S.620-623

Kray, Andreas (2007): Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Deutschland. Lübeck: kinderkrankenschwester. 26. Jg. Nr.5 S. 179-184

Kühl, S.; Strodholz, P.; Taffertshofer, A. (2005): Quantitative Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Wiesbaden: (VS Verlag für Sozialwissenschaften)

Mailänder, Roswitha (2007): Unternehmenskonzept zur Umsetzung von Hauskrankenpflege für Kinder und Jugendliche in Tirol. Lübeck: kinderkrankenschwester. 26. Jg. Nr.11 S. 462-465

Martinez Dörr, Maria (2007): Pflegeberatung: ein wichtiges Geschäftsfeld ambulanter Pflegedienste. Kompetenz in puncto Beratung. Hannover: Häusliche Pflege, Jg.16 Nr.12, S. 18-23

Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: (Facultas Verlags- und Buchhandels-gesellschaft AG)

Mittelstädt, Stella (2006): Pflegekräfte und Angehörige - eine spannende Beziehung. Lübeck: kinderkrankenschwester. 25. Jg. Nr.7 S. 278-280

Mühlbradt, Frank W. (2001): Wirtschaftslexikon. Daten, Fakten und Zusammenhänge. Berlin: (Cornelsen Verlag Scriptor)

Müller, Stephanie (2004): Welche Grenzen braucht intensive Pflege? Über die Bedeutung von Grenzen in der häuslichen Kinderkrankenpflege für dauerhaft beatmete Kinder. Diplomarbeit Katholische Stiftungshochschule München, Abteilung München.

Olbrich, Mechthild (1999): 20 Jahre ambulante Kinderkrankenpflege in Deutschland- Entwicklung und IST- Situation. Lübeck: kinderkrankenschwester: 18. Jg.Nr.11 S: 462-466

Olbrich, Mechthild (1992a): Häusliche Kinderkrankenpflege Entwicklungsgeschichte. 5. Folge. Pflegen ambulant. Melsungen: 3. Jg. Nr.4 S. 11-13

Raithe, Jürgen (2006): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: (VS Verlag für Sozialwissenschaften)

Richter, E. (2004): Unterkühlte Zeiten. Pflege thermometer 2004. Trübe Aussichten für besseres Klima in ambulanten Breiten. Forum Sozialstation. Rheinbach: 28. Jg. Heft 131. Nr.11 S:12- 14

SGB Sozialgesetzbuch I bis XII. SGB I bis SGB XII.
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/> (14.03.2009)

Schöneck, N. M.; Voß, W. (2005): Das Forschungsprojekt. Planung, Durchführung, und Auswertung einer quantitativen Studie. Wiesbaden: (VS Verlag für Sozialwissenschaften)

Templin, Martina (2006): Bewertung der Qualität der Personaleinsatzplanung im ambulanten Pflegedienst. Ein akteursbezogener Ansatz. Band 27: Lang, Peter (Hrsg.) Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis. Frankfurt am Main: (Europäischer Verlag der Wissenschaften)

Trapmann, H. (1999): Diplomprüfungsordnung als Satzung für den Studiengang Pflegemanagement des Fachbereiches Gesundheitswesen an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein- Westfalen. (11.08.2006)

UN-Kinderrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte des Kindes (1989)

<http://www.aufenthaltstitel.de/unkinderrechtskonvention> (17.03.2009)

Visch- Sluyter, Ines (2007): Qualitätssteigerung durch Einführung von Primary Nursing in die ambulante Kinderkrankenpflege. kinderkrankenschwester. Lübeck: 26 Jg. Nr.7 S.277-280

Wahrig (1968): Deutsches Wörterbuch Gütersloh: Bertelsmann Lexikon Verlag Reinhard Mohn.

Wöhe, Günter (2002): Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. 20. Auflage. München: (Verlag Franz Vahlen)

Zoller, Elfriede; Müller, Andreas (2007): Palliativversorgung: Spezielle Erfordernisse von Kindern berücksichtigen. kinderkrankenschwester. Lübeck: 26 Jg. Nr.7 S.290-291

Literaturrecherche in der Datenbank Carelit am 19.03.2009

Schlagwort: STUDIE; AMBULANTE PFLEGE

Limit: >= 2004

Treffer: 26 Abstract: 2 verwendet: 1

Richter 2004

Schlagwort: STUDIE

Verknüpfung mit: Ambulant* Kind*

Limit: >= 2004

Treffer: 0

Schlagwort: STUDIE

Verknüpfung mit: Häuslich* Kind* Pflege*

Limit: >= 2004

Treffer: 0

Schlagwort: STATISTISCHE ERHEBUNG

Verknüpfung mit: Kind* Pflege*

Limit: >= 2004

Treffer: 0

Schlagwort: STATISTIK

Verknüpfung mit: Kind* Pflege*

Limit: >= 2004

Treffer: 0

Schlagwort: STUDIE

Verknüpfung mit: Kind*

Limit: >= 2004

Treffer: 0

Schlagwort: AMBULANTE PFLEGE

Verknüpfung mit: Kind*

Limit: >= 2004

Treffer: 18 Abstract: 12 verwendet: 8

BHK e.V.2008; Mailänder 2007 ; Visch-Sluyter 2007; Josten 2007; Josten 2005, Streyll 2005; Miarka 2004; Schell 2004

Schlagwort: KINDERKRANKENPFLEGE

Limit: >= 2004

Treffer: 84 Abstract: 14 verwendet: 7

BHKe.V 2008, Büker 2008, Mailänder 2007, Visch-Sluyter 2007, Kray 2007, Josten 2006, Brock 2004

Literaturrecherche in der Datenbank DigiBib am 19.03.2009

Trefferanzahl: 25 pro Datenbank
Max. Suchdauer: 60 Sekunden

Titelwörter: Ambulant* Pflege

Erscheinungsjahr	20	04	05	06	07	08	09
Bibliothek der RWTH Aachen				1		1	1
Diözesan- und Dombibliothek Köln							
Elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB)							
Fachhochschulbibliothek Aachen							
Fachhochschulbibliothek Köln						1	
Fachhochschulbibliothek Münster	6		4	1	1	1	
Bibliotheksverbund NRW (HBZ)	7		8	5	6	3	
Katholische Hochschule NRW	19		6	5	6	7	
Universitäts- und Stadtbibliothek Köln							
Universitätsbibliothek Paderborn							
Deutsche Zentralbibliothek für Medizin	14		9	6	7	2	
Gesamttreffer:	46	17	28	17	22	14	
verwendet	1	0	2	2	1	1	

Geller, Helmut (2004): Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt

Fundorte: Katholische Hochschule NRW, Fachhochschulbibliothek Münster, Bibliotheksverbund NRW, Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, Bibliotheksverbund NRW (HBZ)

Emmrich, Dirk (2006): Beratung in der ambulanten Pflege.

Stahl, Sigrid (2006): Auf Bedürfnisse kindgerecht eingehen

Fundort: Katholische Hochschule NRW

Martinez Dörr, Maria (2007): Pflegeberatung: ein wichtiges Geschäftsfeld ambulanter Pflegedienste

Fundort: Katholische Hochschule NRW

Thiele, Günter (2007): Pflegewirtschaftslehre

Fundort: Deutsche Zentralbibliothek für Medizin

Schanz, Benno (2008): Pflege als Markt für Investoren

Fundorte: Katholische Hochschule NRW

Borutta, Manfred (2009): Die Prüfkonstrukte des Medizinischen Dienstes in der ambulanten und stationären Pflege

Fundort: Katholische Hochschule NRW

Titelwörter häuslich* Pflege

Erscheinungsjahr	20	04	05	06	07	08	09
Bibliothek der RWTH Aachen							
Diözesan- und Dombibliothek Köln							
Fachhochschulbibliothek Aachen							
Fachhochschulbibliothek Köln							
Fachhochschulbibliothek Münster				1			
Bibliotheksverbund NRW (HBZ)	4						
Katholische Hochschule NRW	10	2	5	2	6		
Universitäts- und Stadtbibliothek Köln		2		2			
Universitätsbibliothek Paderborn							
Deutsche Zentralbibliothek für Medizin	3	1	2	1	1		
Gesamttreffer:	17	5	8	5	7	0	
verwendet	1	0	1	0	1		

Köhlen, Christina (2004): Häusliche Pflege eines Kindes mit Herzfehler:

Brücke zur Außenwelt

Fundort: Katholische Hochschule NRW

Titelwörter Kinderkrankenpflege

Erscheinungsjahr	20	04	05	06	07	08	09
Bibliothek der RWTH Aachen			1	1			
Diözesan- und Dombibliothek Köln							
Fachhochschulbibliothek Aachen							
Fachhochschulbibliothek Köln							
Fachhochschulbibliothek Münster					2	2	
Bibliotheksverbund NRW (HBZ)			4	3	2	4	
Katholische Hochschule NRW	8	4			2	4	
Universitäts- und Stadtbibliothek Köln							
Universitätsbibliothek Paderborn							
Deutsche Zentralbibliothek für Medizin			5	2		1	
Gesamttreffer:	8	14	6	6	11	1	
verwendet	2	0	0	0	0	1	

Köhlen, Christina (2004): Häusliche Pflege eines Kindes mit Herzfehler:
Brücke zur Außenwelt

Fillies, Corinna (2004): Gesundheitsförderung in der Kinderkrankenpflege
Fundort: Katholische Hochschule NRW

Hoehl, Mechthild (2009): Impfberatung durch die präventiv tätige,
freiberufliche Kinderkrankenpflege
Fundort: Katholische Hochschule NRW

Titelwörter Pflege Beratung

Erscheinungsjahr	20	04	05	06	07	08	09
Bibliothek der RWTH Aachen				1			
Diözesan- und Dombibliothek Köln							
Fachhochschulbibliothek Aachen							
Fachhochschulbibliothek Köln			1				
Fachhochschulbibliothek Münster				1		1	
Bibliotheksverbund NRW (HBZ)							
Katholische Hochschule NRW		5	10	5	5	11	1
Universitäts- und Stadtbibliothek Köln							
Universitätsbibliothek Paderborn							
Deutsche Zentralbibliothek für Medizin			2		3	1	
Gesamttreffer:		5	13	7	8	13	1
verwendet		0	1	1	1	2	0

Beier, Jutta (2005): Prinzipien patientenorientierter Information und
Beratung
Fundort: Katholische Hochschule NRW

Köberich, Stefan (2006): Beratung im Gesundheitswesen
Fundort: Katholische Hochschule NRW

Martinez Dörr, Maria (2007): Pflegeberatung: ein wichtiges Geschäftsfeld
ambulanter Pflegedienste
Fundort: Katholische Hochschule NRW

Koch-Straube, Ursula (2008): Beratung in der Pflege

Fundorte: Katholische Hochschule NRW, Fachhochschulbibliothek
Münster, Deutsche Zentralbibliothek für Medizin

Bachmann, Sandra (2008): Pflegeberatung am Beispiel chronisch
erkrankter Kinder und ihrer Familien

Fundort: Katholische Hochschule NRW

Anlage 3 Anschreiben

Helga Gessenich
Am Branderhof 51
52066 Aachen

cand. Diplompflegewirtin
Katholische Hochschule NRW
0241 / 607630
gessenichhelga@aol.de



Prof. Dr. Andrea Schiff
Professorin für Pflegewissenschaft
Katholische Hochschule NRW

An die Pflegedienstleitung



Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Bundesverband
Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.
Hansaring 82 Büro 0221 / 28 29 218
50670 Köln info@bhkev.de

Fragen zur Situation der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland

Sehr geehrte/r

diesem Anschreiben liegt ein Fragebogen zur Situation der häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland bei.

An dieser Studie sind 180 spezialisierte Kinderkrankenpflegedienste beteiligt. Es sollen Antworten auf aktuelle Fragen zur Situation der häuslichen Kinderkrankenpflege herausgearbeitet werden, denn in Studien, Statistiken und Fachartikeln findet man so gut wie keine Aussagen zur ambulanten Versorgung von Kindern, die einer speziell auf ihre Bedürfnisse und Lebenssituationen angepassten Pflege bedürfen.

Ich bin Kinderkrankenschwester mit langjähriger Erfahrung im stationären sowie ambulanten Bereich und studiere Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule Köln und möchte mit meiner Diplomarbeit dem Fachgebiet der Ambulanten Kinderkrankenpflege dienen.

Die Pflegewissenschaftlerin Frau Prof. Dr. Andrea Schiff der Katho NRW sowie der Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V. unterstützen mich bei diesem Vorhaben.

Liebe Kollegen, bitte nehmen Sie sich ca. eine halbe Stunde Zeit und senden mir den ausgefüllten Fragebogen möglichst schnell zurück - bitte spätestens bis zum 8.Juni 2009, da ich die Ergebnisse sonst nicht auswerten kann.

Bei Fragen erreichen Sie mich unter 0241-607630.

Nutzen Sie einfach zur Zurücksendung des ausgefüllten Fragebogens den bereits adressierten Antwortumschlag mit dem Vermerk „Porto zahlt Empfänger“. Die Studienteilnahme ist so ganz sicher anonym. Selbstverständlich werden Sie über die Ergebnisse nach Abschluss der Studie im Herbst 2009 informiert.

Ich hoffe, Ihr Interesse an meiner Arbeit geweckt zu haben, bedanke mich schon im Voraus für Ihre Unterstützung und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Helga Gessenich

1. In welchem Jahr wurde der ambulante Pflegedienst gegründet?

19_____ 200_____

2. Seit welchem Jahr werden Dienstleistungen vom ambulanten Pflegedienst für Patienten im Alter zwischen 0- 18 Jahren erbracht?

19_____ 200_____

3. Für welche Altersgruppen erbringt der ambulante Pflegedienst Leistungen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- a) 0 bis 18 Jahre.....
- b) 19 bis 30 Jahre.....
- c) 31 Jahre und älter.....
- d) weiß nicht.....

4. Zu was für einer Art von Träger gehört der ambulante Pflegedienst?

- a) öffentlicher Träger.....
- b) freigemeinnütziger Träger.
- c) privater Träger.....
- d) weiß nicht.....

5. Welche Rechtsform besitzt der ambulante Pflegedienst?

- a) Einzelunternehmung.....
- b) GbR.....
- c) GmbH.....
- d) gGmbH.....
- e) eingetragener Verein.....
- f) sonstiges, und zwar: _____
- g) weiß nicht.....

6. In welchem Bundesland befindet sich die Geschäftsstelle des Pflegedienstes?

im Bundesland _____

7. Wie groß ist der Radius des Einzugsgebietes des Pflegedienstes?

- a) bis unter 20 km.....
- b) bis unter 40 km.....
- c) bis unter 60 km.....
- d) bis unter 80 km.....
- e) bis unter 100 km.....
- f) 100 km und mehr.....
- g) weiß nicht.....

8. In welchem Verband ist der ambulante Pflegedienst Mitglied?

(Mehrfachnennungen möglich)

- a) DPWV.....
- b) Caritas....
- c) Diakonie...
- d) DRK.....
- e) AWO.....
- f) BHK.....
- g) Bpa.....
- h) DBFK.....
- i) sonstiger Verband, nämlich _____
- j) in keinem...
- k) weiß nicht...

9. Bei wie vielen Patienten von 0-18 Jahren haben Sie im Monat März 2009 Dienstleistungen erbracht?

- a) Anzahl der Patienten unter 18 Jahren.....
- b) weiß nicht.....

10. Bei wie vielen Patienten ab 19 Jahren und älter haben Sie im Monat März 2009 Dienstleistungen erbracht?

- a) Anzahl der Patienten ab 19 Jahren.....
- b) weiß nicht.....

11. Mit welcher Art der Leistungsvergütung arbeitet der ambulante Pflegedienst für die Dienstleistungen bei Kindern (Patienten von 0-18 Jahren)?

(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Vergütungsvereinbarung über Leistungsgruppen.....
- b) Vergütung eines Stundensatzes nur individuell für den Patienten geltend
- c) Vergütungsvereinbarung über Stundensätze, die für alle Versicherten der jeweiligen Kasse gelten.....
- d) Sonstiges, und zwar _____
- e) Vergütung von Fahrtkosten.....
- f) weiß nicht.....

12. Die Einnahmequellen der häuslichen Kinderkrankenpflege werden erzielt durch:

(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Vergütungen durch die Leistungsträger nach den SGB.....
- b) Spenden, Sponsoring.....
- c) Öffentliche Zuschüsse.....
- d) Unterstützung anderer Wirtschaftsbereiche des Unternehmens.....
- e) sonstiges, und zwar _____
- f) weiß nicht.....

13. Hat die häusliche Kinderkrankenpflege eine Zertifizierung oder ein Gütesiegel?

- a) ja..... > wenn ja, weiter mit Frage 14
b) nein..... > wenn nein, weiter mit Frage 15
c) weiß nicht.....

14. Wenn ja, welche(s)?

15. Hat eine MDK- Beratung im Bereich des häuslichen Kinderkrankenpflegedienstes statt gefunden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- a) ja, im Jahr 2009.....
b) ja, im Jahr 2008.....
c) ja, im Jahr 2007.....
d) ja, im Jahr 2006.....
e) ja, vor dem Jahr 2006.....
f) nein, es hat noch keine Beratung statt gefunden...
g) weiß nicht.....

16. Welche Leistungen bieten Sie an?

(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Leistungen nach dem SGB V.....
b) Leistungen nach dem SGB XI.....
c) Leistungen nach dem SGB VIII (KJHG).....
d) Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe).....
e) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).
f) sonstiges, und zwar _____
g) sonstiges, und zwar _____
h) weiß nicht.....

17. Wie viele Arbeitsstunden sind insgesamt im Monat März 2009 für Kinder von den Mitarbeitern der häuslichen Kinderkrankenpflege erbracht worden?

- a) Stunden.....
b) weiß nicht.....

18. Welchen Betrag hat der ambulante Pflegedienst für die Dienstleistungen bei Kindern insgesamt den Kostenträgern für den Monat März 2009 in Rechnung gestellt?

- a) Betrag in €.....
b) weiß nicht.....

19. Wie viele Mitarbeiter umgerechnet in Vollzeitstellen sind im ambulanten Pflegedienst (Verwaltung, Pflege, etc.) mit Dienstleistungen für Kinder bei Ihnen zurzeit beschäftigt?

(bitte die Anzahl eintragen)

- a) Mitarbeiter umgerechnet in **Vollzeitstellen**.....
- b) weiß nicht.....

20. Wie viele Mitarbeiter für die häusliche Kinderkrankenpflege stehen zurzeit im jeweiligen Beschäftigungsverhältnis?

(bitte die Anzahl eintragen)

- a) Versicherungspflichtig beschäftigt.....
- b) Geringfügig beschäftigt.....
- c) weiß nicht.....

21. Welche Qualifikation haben Ihre Mitarbeiter für die häusliche Kinderkrankenpflege?

(bitte die Anzahl eintragen)

- a) 3- jährig examinierte Kinderkrankenpflegekräfte...
- b) 3- jährig examinierte Krankenpflegekräfte.....
- c) sonstiges, nämlich _____
- d) sonstiges, nämlich _____
- e) weiß nicht.....

22. Verfügen die Mitarbeiter der häuslichen Kinderkrankenpflege über Fachweiterbildungen?

(Mehrfachnennungen möglich)

(bitte die Anzahl der Fachkräfte eintragen)

- a) Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege.....
- b) Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege.....
- c) Weiterbildung Häusliche Kinderkrankenpflege.....
- d) Weiterbildung zum Mentor.....
- e) Weiterbildung zum Wundmanager.....
- f) Weiterbildung zur Fachkraft Palliative Care Pädiatrie...
- g) Absolventin des Studienganges Pflegepädagogik.....
- h) Absolventin des Studienganges Pflegemanagement...
- i) Absolventin des Studienganges Soziale Arbeit.....
- j) sonstige, und zwar _____
- k) sonstige, und zwar _____
- l) sonstige, und zwar _____
- m) weiß nicht.....

Anlage 3 Fragebogen zur häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland 2009

Bitte helfen Sie mir bei der Erstellung von Profilen der Patienten der ambulanten Kinderkrankenpflege. Dazu benötige ich Angaben zu den beiden ersten im Monat Oktober geborenen Kindern, bei denen Sie Dienstleistungen erbringen. Falls keine oder nicht ausreichend Kinder im Oktober geboren sind, wählen Sie bitte die ersten Patienten des Folgemonats. So wird eine zufällige Auswahl sichergestellt.

Ich bedanke mich sehr für Ihre Mühe.

23. Geburtsjahr des Kindes?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
19____ 200____	19____ 200____

24. Welcher Nationalität gehört das Kind an?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) _____ b) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	a) _____ b) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

25. Welche Hauptdiagnose hat das Kind?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) _____ _____	a) _____ _____
b) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	b) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

26. Seit wann erbringen Sie Dienstleistungen für das Kind?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
19____ 200____	19____ 200____

27. Welche Pflegestufe hat das Kind?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) keine Pflegestufe..... <input type="checkbox"/>	a) keine Pflegestufe..... <input type="checkbox"/>
b) Pflegestufe I..... <input type="checkbox"/>	b) Pflegestufe I..... <input type="checkbox"/>
c) Pflegestufe II..... <input type="checkbox"/>	c) Pflegestufe II..... <input type="checkbox"/>
d) Pflegestufe III..... <input type="checkbox"/>	d) Pflegestufe III..... <input type="checkbox"/>
e) Härtefallregelung..... <input type="checkbox"/>	e) Härtefallregelung..... <input type="checkbox"/>
f) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	f) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

28. Welche Dienstleistungen erbringen Sie bei dem Kind?

Bitte notieren Sie, falls zutreffend, die genaue Art der Leistung, z. B. Grund o. Behandlungspflege bei SGB V

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) Leistungen nach SGB V..... <input type="checkbox"/> Art der Leistung_____	a) Leistungen nach SGB V..... <input type="checkbox"/> Art der Leistung_____
b) Leistungen nach dem SGBXI..... <input type="checkbox"/> Art der Leistung_____	b) Leistungen nach dem SGBXI..... <input type="checkbox"/> Art der Leistung_____
c) Leistungen nach dem SGB VIII (KJHG)..... <input type="checkbox"/> Art der Leistung_____	c) Leistungen nach dem SGB VIII (KJHG)..... <input type="checkbox"/> Art der Leistung_____
d) Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe). <input type="checkbox"/> _____	d) Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe).. <input type="checkbox"/> _____
e) spezialisierte ambulante Palliativversorgung <input type="checkbox"/>	e) spezialisierte ambulante Palliativversorgung. <input type="checkbox"/>
f) sonstiges,_____	f) sonstiges,_____
g) sonstiges,_____	g) sonstiges,_____
h) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	h) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

29. Über welche Art Zuweiser ist der Erstkontakt zum Kind erfolgt?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) Krankenhaus..... <input type="checkbox"/>	a) Krankenhaus..... <input type="checkbox"/>
b) Arztpraxis..... <input type="checkbox"/>	b) Arztpraxis..... <input type="checkbox"/>
c) Eltern..... <input type="checkbox"/>	c) Eltern..... <input type="checkbox"/>
d) sonstiges_____	d) sonstiges_____
e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

30. Wie viele Arbeitsstunden sind zur Versorgungsübernahme des Kindes vom ambulanten Kinderkrankenpflegedienst erbracht worden?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) bis zu 2 Std..... <input type="checkbox"/>	a) bis zu 2 Std..... <input type="checkbox"/>
b) mehr als 2 bis zu 5 Std..... <input type="checkbox"/>	b) mehr als 2 bis zu 5 Std..... <input type="checkbox"/>
c) mehr als 5 bis zu 10 Std..... <input type="checkbox"/>	c) mehr als 5 bis zu 10 Std..... <input type="checkbox"/>
d) mehr als 10 Std..... <input type="checkbox"/>	d) mehr als 10 Std..... <input type="checkbox"/>
e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

31. Wie sind die Aufwendungen für die Versorgungsübernahme Ihrem ambulanten Dienst vergütet worden?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) vom Leistungsträger..... <input type="checkbox"/>	a) vom Leistungsträger..... <input type="checkbox"/>
b) eine Vergütung ist nicht erfolgt..... <input type="checkbox"/>	b) Vergütung ist nicht erfolgt..... <input type="checkbox"/>
c) sonstiges _____	c) sonstiges _____
d) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	d) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

32. In welchen zeitlichen Umfang haben Sie im März 2009 Dienstleistungen bei dem Kind erbracht ?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) Stunden..... <input type="text"/>	a) Stunden..... <input type="text"/>
b) weiß nicht... <input type="checkbox"/>	b) weiß nicht... <input type="checkbox"/>

33. Wie hoch ist der Betrag, den Sie dem Leistungsträger für die Dienstleistung bei dem Kind im Monat März 2009 in Rechnung gestellt haben?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) Betrag in €... <input type="text"/>	a) Betrag in €... <input type="text"/>
b) weiß nicht... <input type="checkbox"/>	b) weiß nicht... <input type="checkbox"/>

34. Wie hoch ist der Dauer einer Dienstleistungserbringung pro Einsatz bei dem Kind?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) bis 2 Arbeitstunden..... <input type="checkbox"/>	a) bis 2 Arbeitstunden..... <input type="checkbox"/>
b) mehr als 2 bis zu 5 Std..... <input type="checkbox"/>	b) mehr als 2 bis zu 5 Std..... <input type="checkbox"/>
c) mehr als 5 bis zu 10 Std.... <input type="checkbox"/>	c) mehr als 5 bis zu 10 Std.... <input type="checkbox"/>
d) mehr als 10 Std..... <input type="checkbox"/>	d) mehr als 10 Std..... <input type="checkbox"/>
e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

35. Welche Vergütungsart erhalten Sie für die Dienstleistung?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) Vergütung über Leistungsgruppen..... <input type="checkbox"/>	a) Vergütung über Leistungsgruppen..... <input type="checkbox"/>
b) Vergütung eines Stundensatzes..... <input type="checkbox"/>	b) Vergütung eines Stundensatzes..... <input type="checkbox"/>
c) Vergütung einer Kilometerpauschale..... <input type="checkbox"/>	c) Vergütung einer Kilometerpauschale.... <input type="checkbox"/>
d) sonstiges _____	d) sonstiges _____
e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

36. An welchen Wochentagen erbringen Sie durchschnittlich (von Montag bis Sonntag) Dienstleistungen bei dem Kind?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) Montag..... <input type="checkbox"/>	a) Montag..... <input type="checkbox"/>
b) Dienstag..... <input type="checkbox"/>	b) Dienstag..... <input type="checkbox"/>
c) Mittwoch..... <input type="checkbox"/>	c) Mittwoch..... <input type="checkbox"/>
d) Donnerstag... <input type="checkbox"/>	d) Donnerstag... <input type="checkbox"/>
e) Freitag..... <input type="checkbox"/>	e) Freitag..... <input type="checkbox"/>
f) Samstag..... <input type="checkbox"/>	f) Samstag..... <input type="checkbox"/>
g) Sonntag..... <input type="checkbox"/>	g) Sonntag..... <input type="checkbox"/>
h) weiß nicht... <input type="checkbox"/>	h) weiß nicht... <input type="checkbox"/>

37. Wie groß ist die Entfernung zwischen Ihrer Geschäftsstelle und dem Einsatzort Ihrer Mitarbeiter beim Kind?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) bis unter 20 km..... <input type="checkbox"/>	a) bis unter 20 km... <input type="checkbox"/>
b) bis unter 40 km..... <input type="checkbox"/>	b) bis unter 40 km... <input type="checkbox"/>
c) bis unter 60 km..... <input type="checkbox"/>	c) bis unter 60 km... <input type="checkbox"/>
d) bis unter 80 km..... <input type="checkbox"/>	d) bis unter 80 km... <input type="checkbox"/>
e) bis unter 100 km..... <input type="checkbox"/>	e) bis unter 100 km... <input type="checkbox"/>
f) 100 km und mehr... <input type="checkbox"/>	f) 100 km und mehr <input type="checkbox"/>
g) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	g) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

38. Wie erreichen die Mitarbeiter ihren Einsatzort?

Mehrfachnennungen möglich

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) mit einem Dienst- PKW..... <input type="checkbox"/>	a) mit einem Dienst- PKW..... <input type="checkbox"/>
b) mit einem privaten PKW.... <input type="checkbox"/>	b) mit einem privaten PKW.... <input type="checkbox"/>
c) zu Fuß oder Fahrrad..... <input type="checkbox"/>	c) zu Fuß oder Fahrrad..... <input type="checkbox"/>
d) öffentlicher Nahverkehr..... <input type="checkbox"/>	d) öffentlicher Nahverkehr..... <input type="checkbox"/>
e) sonstiges _____	e) sonstiges _____
f) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	f) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

39. Wie viele Ihrer Mitarbeiter führen bei diesem Kind Dienstleistungen aus?

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) Anzahl Mitarbeiter... <input type="text"/> b) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	a) Anzahl Mitarbeiter... <input type="text"/> b) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

40. Wie viele dieser Mitarbeiter sind:

Mehrfachnennungen möglich

(bitte die Anzahl der jeweiligen Fachkräfte eintragen)

Angabe zu Kind I	Angabe zu Kind II
a) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.... <input type="text"/> b) Gesundheits- und Krankenpfleger..... <input type="text"/> c) Krankenpflegehelfer..... <input type="text"/> d) sonstiges _____ e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>	a) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.... <input type="text"/> b) Gesundheits- und Krankenpfleger..... <input type="text"/> c) Krankenpflegehelfer..... <input type="text"/> d) sonstiges _____ e) weiß nicht..... <input type="checkbox"/>

41. Hier ist Platz für Kommentare zum Fragebogen oder Anregungen zur Studie?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!