



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

# Beschwerden in der Altenpflege.

Eine Analyse ausgewählter Dokumente

Beschwerde

Altenpflege

Analyse

# Beschwerden in der Altenpflege.

Eine Analyse ausgewählter Dokumente

**Autor/in:**

Dr. Waldemar Schmidt

Dipl.-Soz. Christine Schopf

**Projektleitung:**

Dr. Frerich Frerichs

Dipl.-Soz.-Wiss. Frauke Schönberg



---

Forschungsgesellschaft  
für Gerontologie e.V.

---

Institut für Gerontologie  
an der Universität Dortmund

**Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

**Dortmund, im Mai 2005**

# Inhalt

Abbildungsverzeichnis .....	4
Tabellenverzeichnis .....	4
Vorbemerkungen .....	5
<b>I. Einführung in das Thema „Misstände in der pflegerischen Versorgung älterer Menschen“ .....</b>	<b>7</b>
<b>II. Untersuchte Institutionen und Vorgehensweise .....</b>	<b>11</b>
2.1 Institutionen .....	11
2.1.1 Vereinigung Integrations-Förderung e. V. (VIF) .....	11
– gemeinnützige offene Hilfen für Behinderte in der Gesellschaft .....	11
2.1.2 Die Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“ .....	12
2.2 Vorgehensweise .....	13
2.2.1 Vorgehen bei der VIF .....	13
2.2.2 Vorgehen bei „Pflege in Not“ .....	14
2.3 Erläuterungen der zugrunde gelegten Kategorien .....	16
2.3.1 Allgemeine Angaben .....	17
2.3.2 Angaben zu den beteiligten Personen .....	17
2.3.3 Angaben zur Pflegesituation .....	17
2.3.4 Beschwerdeinhalte .....	18
<b>III. Analyse der Beschwerdedokumente bei der VIF .....</b>	<b>19</b>
3.1 Struktur der Beschwerden .....	19
3.2 Inhalte der Beschwerden .....	23
3.3 Kombination von Beschwerden und Beschwerdeführerinnen und -führern ...	28
<b>IV. Analyse der Beschwerdeanrufe bei „Pflege in Not“ .....</b>	<b>33</b>
4.1 Struktur der Beschwerden .....	33
4.2 Inhalte der Beschwerden .....	38
4.3 Kombination von Beschwerden, Beschwerdeführerinnen und -führern sowie Versorgungsart .....	41
4.4 Beschwerdegründe – berechtigt? .....	47
Exkurs: Zwei Fallbeispiele .....	51
<b>V. Vergleich der Datenquellen .....</b>	<b>55</b>
<b>VI. Schlussfolgerungen .....</b>	<b>56</b>
Literaturverzeichnis .....	59

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der verschiedenen Anrufarten in der Erhebungszeit (n=1250)....	16
Abbildung 2: Art des Kontaktes.....	19
Abbildung 3: Jahr des Kontaktes.....	19
Abbildung 4: Beschwerden aus den einzelnen Bundesländern.....	20
Abbildung 5: Kontaktperson.....	21
Abbildung 6: Art der Versorgung.....	21
Abbildung 7: Bezug der Beschwerde.....	22
Abbildung 8: Beschwerdeanlass.....	22
Abbildung 9: Beschwerdegründe (Mehrfachnennungen).....	28
Abbildung 10: Jahr des Kontaktes (n=161).....	33
Abbildung 11: Kontaktperson (n=161).....	34
Abbildung 12: Art der Versorgung (n=161).....	34
Abbildung 13: Bezug der Beschwerde (n=161).....	35
Abbildung 14: Beschwerdeanlass (n=161).....	37
Abbildung 15: Anzahl der Beschwerdegründe (Mehrfachnennungen, n=296).....	41
Abbildung 16: Beschwerdehäufungen (n=161).....	42
Abbildung 17: Beschwerdegründe – berechtigt? (n=161).....	48

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anrufe nach Kategorien.....	15
Tabelle 2: Kontaktperson und Beschwerdeanlass.....	23
Tabelle 3: Anzahl der Beschwerdegründe.....	29
Tabelle 4: Häufungen von Beschwerdegründen.....	29
Tabelle 5: Beschwerdegründe und Kontaktperson.....	32
Tabelle 6: Kontaktperson und Versorgungsart.....	35
Tabelle 7: Bezug der Beschwerde und Kontaktperson.....	36
Tabelle 8: Bezug der Beschwerde und Art der Versorgung.....	36
Tabelle 9: Beschwerdeanlass und Kontaktperson.....	37
Tabelle 10: Beschwerdeanlass und Versorgungsart.....	38
Tabelle 11: Beschwerdegründe und Kontaktperson.....	44
Tabelle 12: Beschwerdegründe und Art der Versorgung.....	46
Tabelle 13: Berechtigte Beschwerde und Kontaktperson.....	48
Tabelle 14: Berechtigte Beschwerde und Beschwerdegrund.....	49

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund begann im November 2004 mit der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Studie zu Beschwerden in der Altenpflege. Hintergrund der Untersuchung ist zum einen die in der Fachöffentlichkeit geführte Debatte um die Verbesserung der Pflegequalität. Diese setzt sich in der Politik fort und hat hier zu gesetzgeberischen Maßnahmen, etwa im Bereich des Pflegequalitäts-Sicherungsgesetzes oder des Heimgesetzes, geführt, welche die Möglichkeit der Beschwerde institutionell aufgewertet haben. Zum anderen wird in den Medien von Zeit zu Zeit – mit sehr unterschiedlicher Seriosität – über „Pflegeskandale“ berichtet, was in Anbetracht einer steigenden Zahl Hochaltriger mit bekanntermaßen hohem Risiko, pflegebedürftig zu werden, bei vielen Menschen diffuse Befürchtungen auslöst. Mehr Transparenz in dieser Beziehung scheint somit aus drei Gründen notwendig zu sein: Es geht – erstens – darum, nicht nur festzustellen, sondern auch zu quantifizieren, welche Gründe in der Altenpflege zu Beschwerden führen, und dabei – zweitens – zugleich zu beobachten, ob institutionalisierte Beschwerdemöglichkeiten als wirksames Instrument zur Qualitätssicherung in der Pflege anzusehen sind, um – drittens – auf diese Weise auch die Diskussion über Mängel in der pflegerischen Versorgung auf eine rationalere Grundlage zu stellen.

In diesem Sinne befasst sich die vorliegende Untersuchung exemplarisch mit der Dokumentation einschlägiger Beschwerden durch den Leiter der Vereinigung Integrations-Förderung e. V. (VIF) in München, Herrn Claus Fussek, und die Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“ in Berlin. Im Rahmen der vorgenommenen Analyse wurden Beschwerden definiert als *„Artikulationen von Unzufriedenheit, die gegenüber dem Unternehmen oder auch Drittinstitutionen mit dem Zweck geäußert werden, auf ein subjektiv als schädigend empfundenen Verhalten eines Anbieters aufmerksam zu machen, Wiedergutmachung für erlittene Beeinträchtigungen zu erreichen und/oder eine Änderung des kritisierten Verhaltens zu bewirken“* (Strauss & Seidel 1998, S. 29).

Die Auswahl dieser Dokumentensammlungen erweist sich durch die unterschiedlichen Intentionen als interessant, die ihnen zugrunde liegen: des Eingreifens in eine öffentliche sozialpolitische Debatte einerseits, um auf diesem Weg Missstände zu beheben, der Intervention in eine konkrete Pflegesituation andererseits, um hier praxis- und alltagsorientiert die Lage pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Die in München gesammelten Dokumente entstammen darüber hinaus einem längeren Zeitraum und ermöglichen daher – für den darin erfassten Ausschnitt – einen gewissen Einblick in die Entwicklung der Beschwerdehäufigkeit.

Das Projekt hatte eine Laufzeit vom 01. November 2004 bis zum 30. April 2005. Vorgeesehen war die Untersuchung einer Stichprobe von 20% der vorliegenden Dokumente.

Die konkrete Auswahl erfolgte nach Vorgesprächen in München und Berlin in unten<sup>1</sup> näher beschriebener Weise für die beiden Dokumentationen jeweils unterschiedlich und stellte sich insbesondere in Bezug auf die bei der VIF vorhandenen Akten nicht nur wegen der Materialfülle als sehr aufwendig heraus. Die Kriterien, nach denen die Daten schließlich analysiert worden sind, werden in Kapitel 2.3 vorgestellt.

Die Ergebnisse der Studie, die hiermit vorgelegt werden, bestätigen andere Untersuchungen darin, dass es teilweise gravierende Mängel in der Pflege alter Menschen gibt. Sie sind dabei **rein deskriptiv**, lassen mithin keine statistisch relevante Aussage über das tatsächliche Ausmaß der angesprochenen Probleme zu; die einleitend als notwendig bezeichnete Quantifizierung von Defiziten in der pflegerischen Versorgung konnte – und sollte – hier also nicht geleistet werden. Das Bemerkenswerte an ihnen ist vielmehr der Blick auf die **qualitative** Dimension der Problematik, die **Diversität** von Beschwerdegründen, den sie eröffnen, und zwar aus der **Perspektive** von **Betroffenen**, die andere Studien zur Pflegequalität nicht aufweisen. Letzteres hat im Zuge der Auswahl der Dokumente auch das zugrunde liegende individuelle Leid zuweilen sehr deutlich aufscheinen lassen. Dies kann allerdings im Rahmen dieses wissenschaftlichen Berichts nicht im Einzelnen wiedergegeben werden.

Dortmund, im Mai 2005

---

1 S. 12 f und S. 13 f.

# I.

## Einführung in das Thema „Missstände in der pflegerischen Versorgung älterer Menschen“

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Das Thema Gewalt und Missstände in der Altenpflege ist nicht neu. Immer wieder lassen sich aus den Medien neue Skandale entnehmen, die von Vernachlässigung und menschenverachtenden Zuständen in Pflegeeinrichtungen handeln. Auch wenn solche Meldungen nicht die allgemeine Situation in der Pflege widerspiegeln, sind Pflegemängel und Gewalt im Pflegealltag gleichwohl Realität.

Dennoch geht es beim Thema Missstände in der Altenpflege nicht darum, mit Pauschalisierungen und Diffamierungen die gesamte Altenpflege in Misskredit zu bringen. In den meisten Einrichtungen erbringen die Pflegekräfte trotz schwieriger Rahmenbedingungen vergleichsweise eine qualitativ gute Pflege und Betreuung. Es gilt, mithilfe von empirischen Untersuchungen flächendeckend und vor allem differenzierter den tatsächlichen Umständen in der Pflege auf den Grund zu gehen, um gezielt Maßnahmen zum Abbau und zur Vermeidung von Gewalt und Missständen entwickeln und einsetzen zu können.

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Studien, die sich, aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtend, mit dieser Problematik beschäftigt haben. Im Folgenden sollen die wesentlichen Ergebnisse von drei ausgewählten Untersuchungen vorgestellt werden:

Beispielsweise hat der **Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)** 2004 einen Bericht veröffentlicht, in dem die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten sowie in stationären Pflegeeinrichtungen systematisch dargestellt werden<sup>2</sup>.

Danach zeigten sich sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich sehr hohe Zufriedenheitswerte unter den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, was nicht weiter verwunderlich ist, da ältere Menschen bewiesenermaßen dazu neigen, bei Befragungen positive Angaben zu machen. Bei der fachlichen Bewertung der Ergebnisqualität wurden im ambulanten Bereich bei 9% der untersuchten Pflegebedürftigen ein unzulänglicher Pflegezustand attestiert, im stationären Bereich waren dies 17%, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass sich unter den Qualitätsprüfungen in stationären Einrichtungen mehr anlassbezogene Prüfungen als in ambulanten Einrichtungen befinden, und daher von einer Negativselektion auszugehen ist.

---

<sup>2</sup> Insgesamt wurden 807 ambulante und 793 stationäre Pflegeeinrichtungen in der zweiten Hälfte des Jahres 2003 auf ihre Qualität überprüft. Die Prüfungen des MDK sind entweder anlassbezogen oder es handelt sich um Stichprobenprüfungen. Ein Teil der Prüfungen sind darüber hinaus Evaluationsprüfungen, d. h. Wiederholungsprüfungen nach festgestellten Qualitätsmängeln.

Hinsichtlich des Pflegeprozesses wurden vom MDK folgende Mängel festgehalten: Bei 37% der untersuchten pflegebedürftigen Menschen, die durch ambulante Dienste versorgt wurden, lag eine unzureichende **Ernährung** sowie **Flüssigkeitszufuhr** vor, in der stationären Pflege betrug dieser Wert 41%. Von Missständen hinsichtlich der **Inkontinenzversorgung** betroffen war ein Viertel der ambulant und ein Fünftel der stationär Versorgten. Knapp die Hälfte (49%) der Fälle im ambulanten Bereich wiesen bei der **Dekubitusprophylaxe** Qualitätsdefizite auf, in stationären Einrichtungen betrug dieser Anteil 43%. Unter den **gerontopsychiatrisch beeinträchtigten** Menschen waren ein Drittel (33%) der ambulant Gepflegten und 30% der stationär Versorgten unterversorgt. Bei 9% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner entsprachen **freiheitentziehende Maßnahmen** nicht den gesetzlichen Anforderungen. Bei 12% war die **Dokumentation von Medikamentenvergabe**, bei 22% die Medikamentenvergabe selbst nicht korrekt.

Bezüglich der ermittelten Struktur- und Prozessqualität wurden vom MDK vermerkt:

- In knapp einem Drittel (32%) der ambulanten Einrichtungen entsprachen die Pflegekonzepte nicht den fachlichen und inhaltlichen Anforderungen, bei stationären Einrichtungen lag der entsprechende Anteil bei 17%. Im ambulanten Bereich war bei knapp der Hälfte der Fälle (49%) keine Umsetzung der Pflegekonzepte erkennbar, im stationären Bereich bei 42%.
- Eine fehlende Besetzung der Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft kam in den untersuchten Einrichtungen selten vor (ambulant: 2%; stationär: 1%). Bei 8% bzw. 9% entsprachen die Fachkräfte nicht den Qualifikationsanforderungen. Knapp ein Drittel bzw. über ein Drittel konnte keine geregelte Stellenbeschreibung vorlegen.
- Mit 14% kamen die verantwortlichen Pflegekräfte im ambulanten und mit 20% im stationären Bereich ihren Aufgaben bei der Einsatzplanung und mit jeweils 12% bei der fachlichen Leitung der Dienstbesprechung nicht nach. Höher fallen die Werte hinsichtlich der Mängel bei der fachgerechten Planung der Pflegeprozesse (ambulant: 38%; stationär: 37%) aus, ebenso bei der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation (ambulant: 40%; stationär: 37%).
- Fast die Hälfte der Pflegedienste (48%) und stationären Einrichtungen (46%) konnte die Durchführung von Pflegevisiten nicht vorweisen. Bei jeweils einem knappen Drittel wurde in den untersuchten Einrichtungen das Personal nicht entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt. Bei 39% der Pflegedienste fehlten interne Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements, so auch bei 24% der Pflegeheime. Einarbeitungskonzepte wurden bei 40% der Sozialstationen und bei 37% der Pflegeheime vermisst. In knapp der Hälfte (49%) der ambulanten Einrichtungen fehlten Hygieneregulungen, in stationären Einrichtungen machte dieser Anteil ein gutes Drittel (34%) aus.
- Fast genauso hoch (33%) war der Anteil der Pflegeheime, deren Angebote an sozialer Betreuung nicht an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet waren.

Eine frühere Studie aus Nordrhein-Westfalen, „**Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen**“ (Wingenfeld & Schnabel, 2002), kam bei der Untersuchung von Strukturen der Pflegebedürftigkeit sowie des Leistungsgeschehens in vollstationären Pflegeeinrichtungen<sup>3</sup> zu dem Schluss, dass trotz einer überdurchschnittlichen Betreuungsrelation keineswegs von einer vorbildlichen qualitativen stationären Versorgung die Rede sein kann. Dies läge weniger am Fehlen des persönlichen Engagements der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern vielmehr an den personellen und somit zeitlichen Rahmenbedingungen. Folgende kritische Entwicklungen wurden festgehalten:

- ein zu geringer Zeitrahmen bei der Grundversorgung, um auf individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eingehen zu können,
- die Betreuung ist primär auf „aktive“, mobile und weniger auf passive, immobile Bewohnerinnen und Bewohner gerichtet,
- eine geringe Ausrichtung der Versorgung an den individuellen Ausprägungen gerontopsychiatrischer Problemlagen,
- wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung und psychiatrische Pflege,
- häufig defizitorientierte anstelle von ressourcenfördernder Pflege aus Gründen der Zeitersparnis,
- Kontinuität beim Personaleinsatz ist nur begrenzt möglich,
- zahlreiche Engpässe bei nächtlicher Versorgung,
- kaum Unterschiede zwischen Fach- und Hilfskräften im Hinblick auf den zu betreuenden Personenkreis bzw. auf die Hilfeformen.

In der von der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebenen Expertise „**Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln**“ (Roth & Garms-Homolová, 2004) wurde die Situation der Pflege in Nordrhein-Westfalen hinsichtlich des Ausmaßes und der Auswirkungen von Pflegemängeln untersucht.

- Dabei wurden unter anderem Qualifikationsdefizite bei den Pflegekräften z. B. in den Bereichen Mundhygiene und Kaufähigkeit, Ernährungskontrolle und des Zusammenhangs zwischen körperlicher Funktionsfähigkeit und Ernährung, der Sturzprophylaxe, Dekubitusversorgung und des Schmerzmanagements festgestellt.
- Bei den untersuchten ambulanten Diensten fielen die veralteten Eintragungen in Klientenakten und Pflegeplanungen auf. Hinsichtlich der Durchführung des Pflegeprozesses war keine Professionalität vonseiten des Personals erkennbar. In den stationären Einrichtungen wurden folgende Umstände nur lückenhaft dokumentiert: Anzeichen für akute Verwirrtheit, Mund-, Zahnstatus, Trinken, Gewicht, Probleme mit Nahrungsaufnahme, verabreichte Psychopharmaka, Verhaltensauffälligkeiten, Schmerzen, Wachzeit, Sturzrisiken.
- 43,2% der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner wurde eine Mangelernährung attestiert.

<sup>3</sup> Die Untersuchung fand in 27 stationären Einrichtungen Nordrhein-Westfalen statt, bei der rund 730 Bewohnerinnen und Bewohner einbezogen wurden.

- Hinsichtlich der Verbreitung von Hauterkrankungen zeigten sich in den stationären Einrichtungen Druckgeschwüre des Stadiums I mit einer Prävalenz von 4,6%, des Stadiums II von 3% und Druckgeschwüre des Stadiums III mit einer Prävalenz von 2,4%. Stadium IV tauchte in NRW nicht auf.
- Des Weiteren wurde im ambulanten Bereich festgestellt, dass Sturzhäufigkeit und Sturzrisiken überdurchschnittlich hoch sind.
- 63% der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner sind urininkontinent, auch Stuhlinkontinenz ist weit verbreitet. Beide Faktoren sind als Hinweise auf Qualitätsprobleme zu deuten. Die hohe Korrelation mit Mobilität weist darauf hin, dass Inkontinenz als ein Ergebnis fehlender Hilfe angesehen werden muss. Im ambulanten Bereich war fast die Hälfte der Befragten inkontinent.
- Dort zeigte sich des Weiteren das Schmerzmanagement als ungenügend. Ein hoher Prozentsatz der Klientinnen und Klienten leidet unter Schmerzen, was auch unzureichend dokumentiert und in der Pflegeplanung berücksichtigt wird.
- Außerdem stellte sich im stationären Bereich ein hoher Medikamentenkonsum heraus: 45,5% der Befragten nehmen demnach zwischen 5 und 8 Medikamente pro Tag ein. Vor allem bei der Einnahme von Psychopharmaka müssen Medikation, Dosierung und Beobachtungsverfahren individualisiert werden.
- Bewohnerinnen und Bewohner, die unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden, finden laut dieser Studie nicht die erforderliche Berücksichtigung und sind hinsichtlich der Versorgung mit Hörhilfen, Geh- und Bewegungshilfen, Flüssigkeit und Nahrung benachteiligt.
- Bezüglich der Aktivierung und Mobilisierung muss vermerkt werden, dass viele Einrichtungen zwar bemüht sind, Förderungsaktivitäten anzubieten, aber dennoch keine fachspezifische Aktivierung und Rehabilitation stattfindet. Des Weiteren zeigten sich wenige Möglichkeiten für Pflegebedürftige, sich außerhalb der Einrichtung zu bewegen. Über ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner wären in der Lage, alltägliche Verrichtungen selbst auszuüben, wenn man ihnen ausreichend Zeit ließe, diese Schritt für Schritt durchzuführen.
- Zusätzlich erwähnenswert an dieser Studie war der große Prozentsatz der informellen Helferinnen und Helfer, welche sich aufgrund fehlender Unterstützung überlastet fühlt.

Die vorgestellten Untersuchungsergebnisse berichten von erheblichen Defiziten in der Struktur- und Ergebnisqualität im ambulanten wie auch im stationären Pflegebereich. Es können damit jedoch keine allgemeingültigen Aussagen über die tatsächliche Pflegesituation in Deutschland getroffen werden, da jeweils immer nur ein Ausschnitt der Gesamtheit betrachtet werden konnte.

# II.

## Untersuchte Institutionen und Vorgehensweise

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

### 2.1 Institutionen

#### 2.1.1 Vereinigung Integrations-Förderung e. V. (VIF) – gemeinnützige offene Hilfen für Behinderte in der Gesellschaft

Die Zielsetzung der Vereinigung besteht in der Förderung selbstbestimmten Lebens von Menschen mit Behinderungen; mit dieser Zielsetzung ist die VIF vor 25 Jahren (1978) mit Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung, der Landeshauptstadt München und des bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung gegründet worden. Es geht darum, dass behinderte und alte Menschen eine tatsächliche Wahlfreiheit über ihre individuelle Lebensform haben. Sie sollen selbst bestimmen, wo sie leben wollen, welche Hilfe sie benötigen, wer die Hilfe durchführt, wann und wie die Hilfe erbracht werden soll.

Angeboten werden (VIF 2004):

- Beratung, Unterstützung und Begleitung in allen Lebenslagen, d. h.
- Beratung und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit sowie Vermittlung von Assistenzpersonal,
- Schul- und Studienbegleitung für Menschen mit Behinderung,
- berufsbegleitender Dienst/Integrationsfachdienst sowie Vermittlung von Arbeitsassistentinnen und Arbeitsassistenten für Ausbildung und Beruf,
- Lohnabrechnungsservice für behinderte Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber,
- Beratung über Wohnmöglichkeiten und barrierefreie Ausstattung,
- Hilfsmittelberatung,
- Vermittlung von Haushaltshilfen,
- Schulung und Coaching von Menschen mit Behinderung und deren Assistenzpersonal.

Seit vielen Jahren werden im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Heimen Beschwerden über Versorgungsmängel in der Pflege gesammelt; diese Dokumentation von Beschwerden zählt jedoch **nicht** zu den originären Aufgaben der VIF, sondern verdankt sich allein dem persönlichen sozialpolitischen Engagement ihres Leiters, Herrn Claus Fussek. Diese Beschwerden sind auf unterschiedliche Weise dokumentiert: Teilweise sind Protokolle von Telefongesprächen aufgenommen worden, überwiegend liegen jedoch Schriftstücke vor (Briefe, E-Mails); am Rande der Recherchen zur Auswahl der zu untersuchenden Dokumente war zu beobachten, dass Anrufer gebeten wurden, ihre Beschwerden in schriftlicher Form mitzuteilen. Grund-

sätzlich wird den Beschwerden nicht nachgegangen, sondern die gesammelten Informationen werden bei vielfältigen Anlässen für die fachliche und sozialpolitische Diskussion verwendet. Lediglich in Einzelfällen, insbesondere wenn die betreffenden Vorfälle juristisch verfolgt werden, ist auch der jeweilige Verlauf der Auseinandersetzung anhand der vorliegenden Akten nachvollziehbar.

Eine Systematisierung wurde zunächst nach Städten, dann nach Bundesländern, schließlich nach Eingangsdatum vorgenommen, jedoch nicht stringent durchgehalten.

### 2.1.2 Die Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“

Die Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“ in Berlin ist im Juni 1999 eingerichtet worden und arbeitet in Trägerschaft des Diakonischen Werkes Berlin Stadtmitte e. V.

„Pflege in Not“ ist primär Anlaufstelle für pflegende Angehörige, die Hilfe und Unterstützung benötigen. Gleichwohl gibt diese Stelle Pflegebedürftigen, die sich mit Konflikten und bzw. oder mit Gewalt im ambulanten oder stationären Pflegebereich konfrontiert sehen, die Möglichkeit, ihre Unzufriedenheit über diese Missstände mitzuteilen, damit Abhilfe geschaffen werden kann. Pflegekräfte wie auch Leitungspersonen, die sich im Pflegealltag mit Gewalt und Konflikten auseinandersetzen müssen, können dieses Unterstützungsangebot ebenso nutzen.

Aufgrund ihres großen Erfahrungsschatzes aus ihrer Beratungspraxis fungieren die Beraterinnen auch als Expertinnen zum Thema „Konflikte und Gewalt in der Pflege“, deren Wissen und Stellungnahmen von Politik, Fernsehen und Rundfunk sowie von der Fachöffentlichkeit nachgefragt werden.

Mit ihrer Arbeit sollen zum einen Gewaltsituationen und Spannungen sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Pflege gelöst, zumindest abgemildert sowie die Enttabuisierung des Themas „Konflikte und Gewalt in der Pflege“ in der Öffentlichkeit vorangetrieben werden. Ferner sollen Verbraucherrechte gestärkt, die Tätigkeit in der Altenpflege aufgewertet sowie den pflegenden Angehörigen mehr Anerkennung und Unterstützung zuteil werden.

Neben telefonischer Beratung (werktags, 2 Stunden am Tag) und persönlichen, auch psychologischen Gesprächen bietet „Pflege in Not“ Schlichtungsgespräche (Mediation), vor allem bei Konflikten in stationären Versorgungssituationen, sowie Teamsupervisionen und Fortbildungen für das Pflegepersonal.

Hierfür stehen hauptamtlich eine Sozialpädagogin (Vollzeit), eine Psychologin (Teilzeit) und darüber hinaus eine fachlich geschulte ehrenamtliche Mitarbeiterin zur Verfügung.

Die Beratungs- und Beschwerdestelle wird u. a. gefördert durch

- die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz,
- die Liga der Wohlfahrtsverbände und
- das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg e. V.

Die im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit geführten Telefonate sind von Beginn an in Form von nicht standardisierten Kurzprotokollen in hierfür angelegten Büchern dokumentiert worden. Die zu Anfang benutzten Erhebungsbögen, die auf eine systematische Erfassung der Kontakte abzielten, hatten sich in der Handhabung als zu komplex und vor allem als zu zeitaufwendig herausgestellt. Zudem wurde durch diese Vorgehensweise ein verfälschtes Bild von den Problemen in der Pflege wiedergegeben, sodass dieses Dokumentationsverfahren wieder eingestellt und nur die Führung der Kurzprotokolle fortgesetzt wurde.

## 2.2 Vorgehensweise

### 2.2.1 Vorgehen bei der VIF

Daraus, dass die Sammlung von Beschwerdefällen in der Pflege vor allem älterer Menschen keine institutionelle Grundlage in der VIF hat, sondern, wie explizit betont worden ist, ausschließlich auf **privater** Initiative beruht, erklären sich die Besonderheiten der Dokumentation, welche die Dokumentenauswahl stark erschwert haben: Eine systematische Übersicht über die tatsächliche Zahl der Beschwerden, ihre Verteilung nach regionalen Schwerpunkten, nach Anlässen bzw. Beschwerdegründen wie auch nach den beschwerdeführenden Personen (Pflegebedürftige, Angehörige, Personal etc.) lag nämlich nicht vor. Manche Unterlagen sind teilweise oder vollständig in zwei-, drei- oder mehrfacher Ausfertigung, oft in verschiedenen Ordnern, abgelegt, was nicht immer zu überblicken ist. Unterlagen tragen teilweise kein Datum, auch ist nicht ersichtlich, ob Betroffene, Angehörige, professionelle Pflegekräfte oder andere Personen sich äußern; dies gilt insbesondere für Aufzeichnungen von Telefongesprächen. Im Einzelnen musste eine Vielzahl höchst unterschiedlicher Unterlagen gesichtet werden.

Insgesamt sind 214 Ordner durchgearbeitet worden, wobei es also darum gehen musste, aus der Fülle des vorliegenden Materials zunächst diejenigen Dokumente auszuwählen, die für die Stichprobe überhaupt berücksichtigt werden konnten, um von diesen wiederum jedes fünfte in die Stichprobe einzubeziehen, die entsprechend dem Projektantrag 20% der vorliegenden Beschwerden betragen sollte. Berücksichtigt wurden Äußerungen von Einzelpersonen bzw. Gruppen von Einzelpersonen (gepflegte Personen, Angehörige, Bekannte, Personal von Pflegeeinrichtungen, Personal von Aufsichtsbehörden), die in Briefen oder E-Mails vorliegen bzw. in Notizen von Telefongesprächen, soweit die für eine Auswertung erforderlichen Informationen, vor allem Beschwerdegründe, daraus ersichtlich waren; Beschwerden von jüngeren Menschen mit Behinderungen wurden nicht einbezogen. Ausgeschlossen blieben ebenfalls Beschwerden, die vor 1995, d. h. vor Einführung der ersten Stufe der Pflegeversicherung, eingegangen sind. Auf diese Weise konnten 294 Dokumente zusammengetragen werden, die hier an Hand der in Kapitel 2.3 vorgestellten Kategorien analysiert werden.

## 2.2.2 Vorgehen bei „Pflege in Not“

Als Grundlage für die Untersuchung der von „Pflege in Not“ aufgenommenen Beschwerden wurden die bereits erwähnten nicht standardisierten Kurzprotokolle aus den Jahren 2000 bis einschließlich 2004 (5 Jahre bzw. 260 Wochen) festgelegt.

Zur Ziehung einer 20%igen Stichprobe wurde jeweils ein Tag aus diesen 260 Wochen, immer von Montag bis Freitag durchwechselnd, ausgewählt. Fiel die Auswahl auf einen Feiertag, wurde der vorherige Werktag festgehalten. Beginnend mit Montag, dem 3. Januar 2000, und endend mit Donnerstag, dem 29. Dezember 2004, wurden somit 259 Tage für die Untersuchung bestimmt.

Um die Beschwerdeanrufe für die Analyse von den anderen Telefonaten zu separieren, wurden alle an den ausgewählten Tagen geführten Gespräche mithilfe von telefonischen Fallbesprechungen dokumentiert, kategorisiert und anschließend gezählt.

Da die in den Kurzprotokollen enthaltenen Informationen für Außenstehende nicht oder nur teilweise transparent sind, war für eine Auswertung der Protokolle eine enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen der Beratungs- und Beschwerdestelle erforderlich. Beide Beraterinnen konnten fast jeden Kontakt aus den knappen schriftlichen Aufzeichnungen in seinen wesentlichen inhaltlichen Aspekten rekonstruieren.

Gezählt wurden tatsächlich eingegangene bzw. von „Pflege in Not“ getätigte Anrufe sowie auf dem Anrufbeantworter hinterlassene Nachrichten, aus denen das Anliegen der Anruferin bzw. des Anrufers bereits hervorging bzw. auf die ein Rückruf vonseiten der Beratungs- und Beschwerdestelle folgte.

Bei der Identifizierung der Beschwerdeanrufe wurde unterschieden zwischen sogenannten Erstkontakten – die Anruferin bzw. der Anrufer berichtet von der Beschwerde zum ersten Mal – und Wiederholungs- und Folgeanrufen – Anrufen, die im Zuge der Bearbeitung von Beschwerdefällen getätigt wurden. Erstere wurden der Kategorie „Beschwerden“, Letztere der Kategorie „Wiederholungs- und Folgeanrufe“ zugeteilt.

Misstände bzw. Überforderungs- und Gewaltsituationen in der häuslichen Pflege, also in Haushalten, wo Privatpersonen, meistens Familienangehörige, die Versorgung von Pflegebedürftigen übernehmen, entweder von Außenstehenden (z. B. einer Sozialarbeiterin bzw. einem Sozialarbeiter oder der Nachbarin bzw. dem Nachbarn) oder den Betroffenen selbst berichtet, wurden nicht als „Beschwerde“ kategorisiert. Derartige Beschwerden richten sich gegen Privatpersonen und nicht gegen professionelle Pflegeeinrichtungen, was aber in dieser Untersuchung als Auswahlkriterium für eine Beschwerde bestimmt wurde. Meldungen über Schwierigkeiten im Rahmen einer häuslichen Pflegesituation wurden demnach der Kategorie „Überforderung/Krise“ zugewiesen.

Nicht immer ließen sich die Anrufe eindeutig der einen oder anderen Kategorie zuordnen. So konnte erst in Absprache mit den Beraterinnen entschieden werden, ob ein Anruf z. B. von einem überforderten pflegenden Sohn, der sich nach Einrichtungen der Kurzzeitpflege informiert und sich gleichzeitig wegen der Unzuverlässigkeit einer Sozialstation beschwert eher ein Krisen-, ein Informations- oder doch ein Beschwerdegespräch ist.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Nach Auszählung aller an den 259 Tagen geführten Telefonate ergab sich eine Gesamtzahl von insgesamt 1250 Telefonaten. Im Schnitt wurden somit 5 Anrufe pro Tag bearbeitet. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu bedenken, dass Gespräche, die wegen einer besetzten Leitung nicht stattgefunden haben, nicht mitgezählt werden konnten. Hochgerechnet auf alle Tage, an denen die Beratungs- und Beschwerdestelle im Dienst war, ergeben sich im Ganzen 6 250 Telefonate.

Bei der Analyse der verschiedenen Anrufe wurden folgende Kategorien identifiziert (Tabelle 1):

### ■ **Beschwerden**

Gezählt wurden nur Erstkontakte.

### ■ **Überforderung/Krise**

Die Äußerung von Überforderung- bzw. Konfliktsituationen im privaten Pflegehaushalt, meist von pflegenden Angehörigen selbst. Gezählt wurden nur Erstkontakte.

### ■ **Wiederholungs- und Folgeanruf**

Unter diese Kategorie fallen Telefonate, die im Rahmen der Problemvertiefung oder Behandlung von Beschwerde- und/oder Überforderungs-/Krisensituationen geführt wurden.

### ■ **Informationen**

Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern, Presse und Politik sowie Informationsaustausch mit anderen Fachstellen. Hier wurde nicht zwischen Erst- und Wiederholungsanrufen unterschieden.

Eine Unterscheidung zwischen Erst- und Wiederholungsanrufen erfolgte auch nicht bei den folgenden Kategorien:

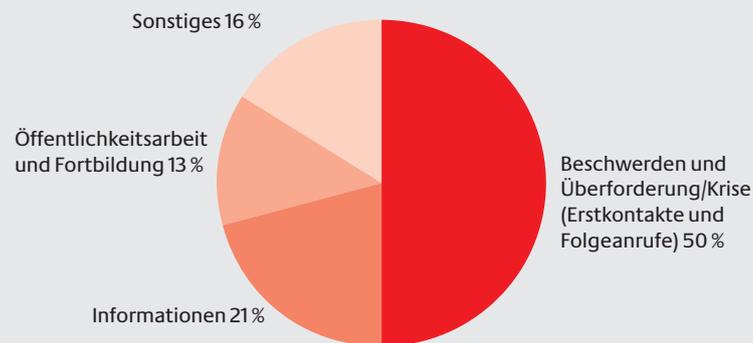
### ■ **Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit**

### ■ **Sonstiges**

Interne Angelegenheiten und Anrufe, die sich nur irrtümlich an die Beschwerdestelle richten oder deren Inhalte bzw. Ausgang nicht (mehr) nachvollziehbar sind.

Tabelle 1: Kontaktperson und Beschwerdeanlass		
Anrufrkategorien	Anzahl	Anteil
Beschwerde (Erstkontakt)	161	13,4
Überforderung/Krise (Erstkontakt)	154	11,8
Wiederholungs-/Folgeanruf	307	24,6
Informationen	262	21,0
Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung	165	13,2
Sonstiges	201	16,1
gesamt	1 250	100

Den größten Anteil an den Gesamtanrufen machen die Beschwerde- und Krisentelefonate aus (Abbildung 1). Addiert man die Erstkontakte und die Wiederholungs- bzw. Folgeanrufe, ergibt sich ein Anteil von fast 50%. Informationsgespräche ergeben zusammen über ein Fünftel (21%) aller Anrufe. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es sich bei 70% aller Telefonate um Beratung und Interventionen bei Fragen und Problemen in der Altenhilfe/-pflege handelt. Bei 13% der Anrufe ging es um Absprachen zur Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung. 16% konnten der Restkategorie „Sonstiges“ zugeteilt werden.

**Abbildung 1:****Anzahl der verschiedenen Anrufarten in der Erhebungszeit (n=1.250)**

In diesem Zusammenhang soll noch mal verdeutlicht werden, dass 128 von 154 Anrufen, die zur Kategorie „Überforderung/Krise“ gezählt wurden, von zum Teil schwerwiegenden Überforderungs- und Gewaltsituationen sowie pflegerischen Missständen in privaten Pflegehaushalten handeln. Dieser Aspekt von Missständen in der Altenpflege – Missstände und Gewalt in der häuslichen Pflegesituation – kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht weiter berücksichtigt werden. Es ist jedoch im Hinblick auf die Bedeutung, die pflegende Angehörige in der Pflegelandschaft haben, unerlässlich, diesen Bereich in künftigen Studien umfassend zu ergründen.

Nach der Identifizierung aller Beschwerden (Erstkontakte!) wurden diese nach Kontaktart, Jahr des Kontaktes, Bundesland, Kontaktperson, Versorgungsart, Bezug der Beschwerde, Beschwerdeanlass, den einzelnen Beschwerdegründen sowie nach ihrer Glaubwürdigkeit kategorisiert und mithilfe eines elektronischen Datenverarbeitungsprogramms analysiert.

## 2.3 Erläuterungen der zugrunde gelegten Kategorien

Aufgabe einer Dokumentenanalyse ist es, kurz gesagt, schriftlich niedergelegte bzw. anderweitig gespeicherte Informationen nach bestimmten Kriterien zu **systematisieren** und **auszuwerten**, die – im Prinzip unabhängig vom ursprünglichen Zweck der Dokumentation – durch die leitenden Fragestellungen der Untersuchung bestimmt sind. Diese sind in der dem Auftraggeber vorliegenden Projektbeschreibung in Anlehnung an das Erhebungsprotokoll der Bonner Beschwerdestelle „Handeln statt Misshandeln“ im Wesentlichen bereits skizziert und beziehen sich auf

- | **allgemeine Angaben,**
- | **Angaben zu den beteiligten Personen,**
- | **zur Pflegesituation sowie schließlich**
- | **zu Beschwerdeinhalten;**

diese Erhebungsstruktur ist im Gang der Untersuchung auch beibehalten, im Detail jedoch geringfügig modifiziert worden.

### 2.3.1 Allgemeine Angaben

In die Analyse einbezogen wurden **direkte**, aus persönlichem Erleben bzw. eigener Betroffenheit resultierende **Beschwerden** – keine Medienberichte, wie in der Projektskizze vorgesehen. Soweit möglich, sind Monat und Jahr des Beschwerdeeingangs erfasst worden, in die Auswertung eingegangen sind jedoch nur die **Jahresangaben**. Die Feststellung des **Bundeslandes**, aus dem die jeweilige Beschwerde eingegangen ist, war im Hinblick auf die bundesweite Dokumentensammlung bei der VIF in München von Bedeutung (war das Bundesland nicht unmittelbar zu erschließen, konnte es anhand der betreffenden Kommune recherchiert werden). Bezogen auf den Grund des Kontaktes ist zwischen **Beschwerdeanlass** und **Bezug der Beschwerde** unterschieden worden: Als verschiedene Beschwerdeanlässe gelten

- | der einen konkreten **Einzelfall** betreffende Aufweis von Missständen,
- | die Schilderung von Missständen mit Blick auf eine **Pflegeeinrichtung insgesamt** sowie
- | **generelle Kritik** an der pflegerischen Versorgung;

Bezug der Beschwerde ist bzw. sind die von den geschilderten Missständen betroffene(n), d. h. unter ihnen leidende(n) Person(en).

### 2.3.2 Angaben zu den beteiligten Personen

Unter diesem Punkt ist lediglich aufgenommen worden, von wem die Beschwerde ausgeht, also von einer pflegebedürftigen Person selbst, von Angehörigen oder anderen nahestehenden Menschen, von leitendem Personal einer Pflegeeinrichtung, von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder von Aufsichtsbehörden. Alter und Geschlecht sind nicht ermittelt worden – nicht allein, weil dies überhaupt selten möglich gewesen wäre, sondern weil dies für die Thematik wenig relevant erschien; dass überwiegend hochaltrige Frauen pflegebedürftig sind, muss nicht noch einmal bestätigt werden, dass diese also ein besonderes Risiko tragen, von Pflegemissständen betroffen zu sein, leitet sich daraus ab.

### 2.3.3 Angaben zur Pflegesituation

Diesbezüglich ist die Art der Versorgung festgehalten worden, ob es also um **ambulante, teilstationäre** oder **stationäre** Pflege, Leben in **seniorenspezifischen Wohnformen** oder **stationäre medizinische Behandlung** geht.

### 2.3.4 Beschwerdeinhalte

Die in der Projektskizze vorgeschlagene Kategorisierung von Beschwerdegründen ist vor dem Hintergrund der vorbereitenden Gespräche mit den beteiligten Institutionen und sodann bei der Durchsicht der Dokumente beträchtlich erweitert worden, da sich das beanstandete Geschehen als überaus komplex erwiesen hat. Im Einzelnen sind folgende Gründe für Beschwerden erhoben worden:

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

- | Dekubitus, -prophylaxe,
- | unzureichende Katheterversorgung,
- | sonstige unzureichende Behandlungspflege,
- | unzureichende ärztliche Versorgung,
- | unzureichende Ernährung,
- | unzureichende Flüssigkeitszufuhr,
- | unzureichende Körperpflege,
- | unzureichende hygienische Bedingungen,
- | unzureichende Nachtruhe wegen nächtlicher Pflege,
- | Bettruhe,
- | unzureichende nächtliche Versorgung,
- | Freiheitsentzug,
- | Verbalaggression,
- | tätlicher Angriff,
- | fehlende persönliche Zuwendung,
- | Vernachlässigung der Versorgungspflicht,
- | Immobilisierung,
- | Verletzung der Privat-/Intimsphäre,
- | Probleme der rechtlichen Betreuung,
- | Vertragskündigung,
- | Finanzierungsangelegenheiten,
- | Dokumentation, Protokolle,
- | Personalwesen und Organisation,
- | Medikamentenvergabe,
- | unspezifische Beschwerden,
- | sonstige Beschwerdegründe.

Welche Mängel dabei konkret angesprochen worden sind, wird bei der Vorstellung der Untersuchungsergebnisse detailliert erläutert.

# III.

## Analyse der Beschwerdedokumente bei der VIF

◀ Inhalt

◀ zurück

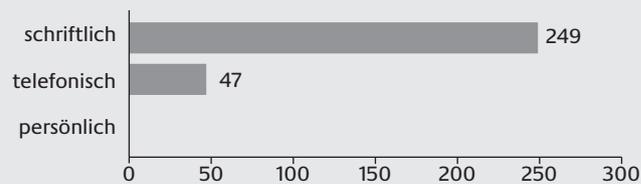
weiter ▶

### 3.1 Struktur der Beschwerden

Die für die Untersuchung ausgewählten Dokumente sind zum weit überwiegenden Teil schriftlich verfasst (handschriftlich, maschinenschriftlich oder EDV-technisch erstellte Briefe, E-Mails), Protokolle von Telefongesprächen machen insgesamt weniger als ein Sechstel der Unterlagen aus (Abbildung 2).

**Abbildung 2:**

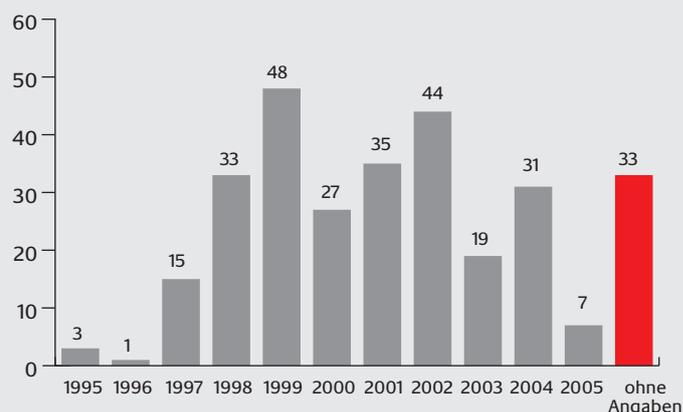
**Art des Kontaktes**



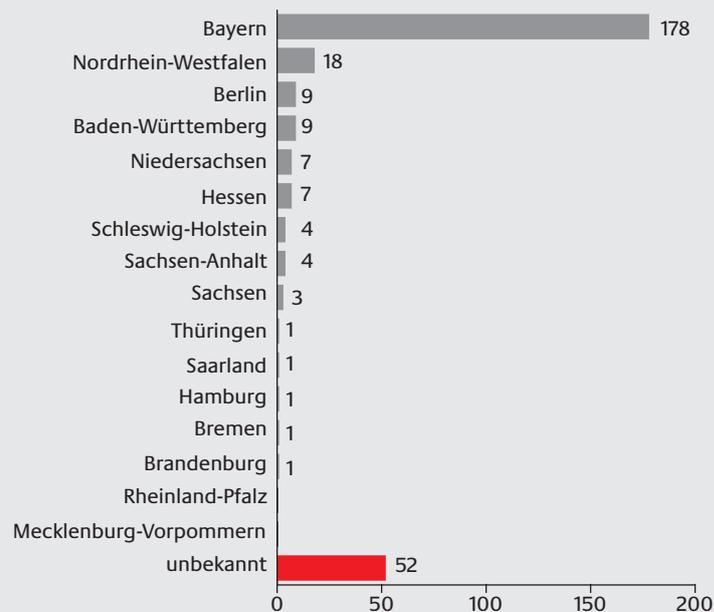
Die meisten Dokumente sind datiert (Abbildung 3); während aus den Jahren 1995 und 1996 kaum Beschwerden vorliegen, ist danach eine Steigerung der Beschwerdehäufigkeit festzustellen, doch schwankt ihre Zahl in den einzelnen Jahren beträchtlich, und soweit ein Trend zu erkennen ist, entwickeln sich die Beschwerden eher rückläufig (die geringe Fallzahl im Jahr 2005 kann dies freilich nicht belegen, da die Auswahl der Dokumente für die Stichprobe Anfang März 2005 abgeschlossen war).

**Abbildung 3:**

**Jahr des Kontaktes**



Ein kleinerer Anteil der Beschwerden ist regional nicht zuzuordnen (Abbildung 4), die meisten sind aus Bayern eingegangen, wo die VIF durch lokale und regionale Öffentlichkeitsarbeit zur Missstandsproblematik in der Pflege sehr bekannt ist; im Vergleich dazu sind die Fallzahlen aus anderen Bundesländern, wo es z. T. ebenfalls Beschwerdestellen gibt, so gering, dass sich eine Analyse nach regionalen Gesichtspunkten erübrigt.

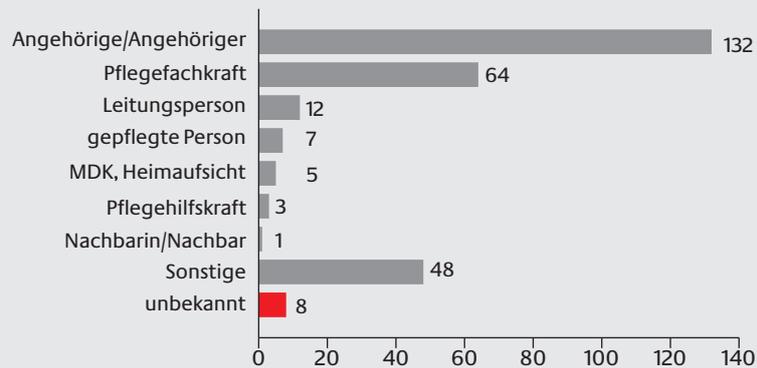
**Abbildung 4:****Beschwerden aus den Bundesländern**

Das Spektrum der Personen, die sich mit Beschwerden über Missstände in der Pflege älterer Menschen melden, ist breit gefächert (Abbildung 5).

An erster Stelle stehen Angehörige der gepflegten Personen, gefolgt – allerdings mit nur halb so großer Zahl – von Pflegefachkräften; auch Leitungspersonal von Pflegeeinrichtungen – z. B. Pflegedienstleitungen, die sich aufgrund von kritisierten Pflegemängeln im Konflikt mit der Einrichtungsleitung befinden, oder auch Heimleitungen, die sich aus dem gleichen Grund mit dem Einrichtungsträger auseinandersetzen – äußert seine Kritik in Telefongesprächen bzw. Briefen, doch fällt die quantitativ weniger ins Gewicht. Noch seltener sind es die gepflegten Personen selbst, die sich über die Pflege beschweren; noch niedriger ist jeweils die Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von MDK oder Heimaufsicht, Pflegehilfskräften und (ehemaligen) Nachbarinnen und Nachbarn pflegebedürftiger Menschen, die Beschwerden über die pflegerische Versorgung formulieren. Sonstige Kontaktpersonen sind beispielsweise Betreuungspersonen, Mitglieder von Heim- oder Angehörigenbeiräten, Verwandte der betreffenden pflegebedürftigen Personen, Auszubildende, (ehemalige) Zivildienstleistende, Angehörige verschiedener therapeutischer Berufsgruppen, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte etc. In wenigen Fällen war nicht festzustellen, wer über Pflegemissstände Beschwerde führt.

**Abbildung 5:**

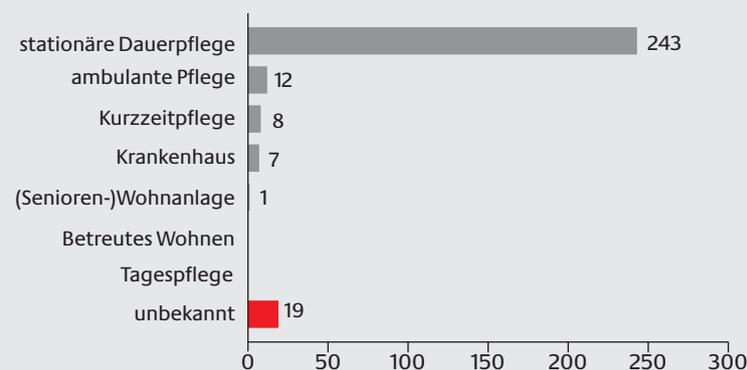
**Kontaktperson**



Die Beschwerden beziehen sich, wie Abbildung 6 verdeutlicht, ganz überwiegend auf die stationäre Dauerpflege; Fälle von Kritik an ambulanter Pflege, Kurzzeitpflege, stationärer medizinischer Versorgung sowie den Dienstleistungen in (Senioren-)Wohnanlagen kommen dagegen kaum vor. Teilweise ist aus den Dokumenten nicht ersichtlich, um welche Versorgungsart es sich handelt, die Anzahl ist jedoch unbedeutend.

**Abbildung 6:**

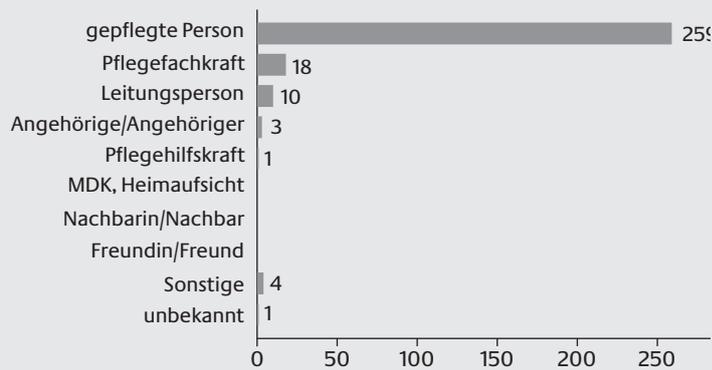
**Art der Versorgung**



Als betroffen von den verschiedenen Missständen in der Pflege erscheinen hauptsächlich die **gepflegten älteren Menschen** (Abbildung 7). Dass sich Personal – Pflegekräfte sowohl wie Leitungspersonen – selbst von diesen Missständen beeinträchtigt fühlt, ist demgegenüber sehr selten, auch wenn in der Kategorie „sonstiger Bezug der Beschwerde“ weitere Nennungen von Personal erfasst sind, bei denen nicht zu erkennen war, ob es sich um Leitungskräfte, Pflegefach- oder Pflegehilfskräfte handelte; Gleiches gilt für Angehörige von Pflegebedürftigen.

**Abbildung 7:**

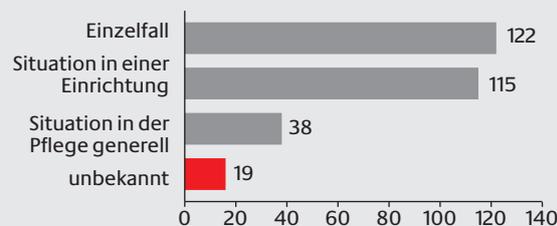
**Bezug der Beschwerde**



Was Beschwerdeanlässe (Tabelle 8) angeht, zeichnen sich zwei annähernd gleichwertige Schwerpunkte ab: Der häufigste Anlass, telefonisch bzw. schriftlich über Mängel in der Pflege zu berichten, ist die Versorgung im Einzelfall, wenn sich also Angehörige oder andere nahestehende Personen melden, um mitzuteilen, dass ein bestimmter pflegebedürftiger Mensch unzureichend versorgt wird. Fast genauso häufig zielen die Beschwerden auf die Verhältnisse in einer einzelnen Pflegeeinrichtung im Ganzen, in der eine allgemein schlechte pflegerische Versorgung beobachtet wird. Erheblich kleiner ist die Anzahl der Beschwerden, die generell die Situation in der Pflege betreffen und auf Erfahrungen mit verschiedenen Einrichtungen beruhen.

**Abbildung 8:**

**Beschwerdeanlass**



Der konkrete Einzelfall ist vor allem bei Angehörigen Anlass der Beschwerde, Mängel in einer Pflegeeinrichtung bzw. in der Pflege generell bei Pflegefachpersonal und Leitungskräften (Tabelle 2).

Kontaktperson	Beschwerdeanlass			
	Einzelfall	Situation in einer Einrichtung	Situation in der Pflege generell	gesamt
Angehörige/r	98	22	5	129
Pflegefachkraft	2	45	13	60
Leitungsperson	1	9	2	12
gepflegte Person	4	2		6
MDK, Heimaufsicht			5	5
Pflegehilfskraft		3		3
<b>gesamt</b>	<b>105</b>	<b>81</b>	<b>26</b>	<b>215</b>

### 3.2 Inhalte der Beschwerden

Unter den Gründen, sich zu beschweren (Tabelle 9), rangieren Mängel in **Personalwesen** und **Organisation** mit weitem Abstand an erster Stelle (166 Nennungen). Angesprochen sind damit einerseits Arbeitsbedingungen, die durch ein eng bemessenes Personalkontingent und daraus resultierende Überlastung des Personals, die sich z. B. in einem hohen Krankenstand und hoher Personalfuktuation äußert, gekennzeichnet sind, was auf vielfältige Weise zur Vernachlässigung der pflegebedürftigen Menschen führt. Andererseits geht es um Qualifikation und Einsatz des Personals: Es wird angeführt, dass minderqualifiziertes Personal – verschiedentlich selbst Zivildienstleistende – für anspruchsvolle pflegerische Tätigkeiten eingesetzt wird, für die es nicht ausgebildet ist, woraus sich eine Gefährdung der zu pflegenden Menschen ergibt; umgekehrt kommt es vor, dass Pflegefachkräfte u. a. auch Tätigkeiten mit einem geringen Anforderungsprofil ausführen müssen. Hinzu kommen vielfach Hinweise auf ein miserables Arbeitsklima: Kritik an mangelhafter Pflege wird nicht toleriert, die betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden von Kolleginnen und Kollegen, aber auch vom Leitungspersonal unter Druck gesetzt, was oft zur (beabsichtigten) Folge hat, dass sie ihre Stellung kündigen; zumal hoch qualifiziertes und motiviertes Personal ist nicht bereit, solche belastenden Arbeitsbedingungen zu akzeptieren, sodass schlechter ausgebildete und weniger engagierte Kräfte schließlich diese Einrichtungen dominieren. Auch wird darüber geklagt, dass Leitungspersonal mit seinen Aufgaben überfordert, weil unterqualifiziert ist, worunter Dienstplanung, Mitarbeiterführung, Arbeitsabläufe etc. leiden. Insgesamt herrscht in diesen Beschwerden der Eindruck vor, dass

- ! es **zu wenig** Personal in den Pflegeeinrichtungen gibt,
- ! der Anteil des Pflegefachpersonals **zu gering** ist,
- ! eine schlechte **Pflegequalität** von Leitungspersonal sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vieler Pflegeeinrichtungen stillschweigend **toleriert** wird und eine Auseinandersetzung mit interner Kritik **nicht** stattfindet.

Den zweithäufigsten Beschwerdeggrund bildet die **Ernährung** (94 Nennungen). Damit ist zunächst die Qualität des Essens gemeint: Die Mahlzeiten sind unappetitlich zubereitet, zu heiß oder zu kalt, Lebensmittel sind minderwertig, Brot bzw. Gebäck ist z. B. zu hart, das Speisenangebot ist zu wenig abwechslungsreich, beispielsweise fehlt frisches Obst; es gibt keine Zwischenmahlzeiten, die Menge des Essens ist nicht ausreichend – zumal abends, um so zu verhindern, dass Pflegebedürftige nachts zur Toilette gebracht werden müssen. Ein großes Problem stellt den Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern zufolge der eigentliche Vorgang der Nahrungsaufnahme dar: Pflegebedürftigen Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig zu essen, wird die Nahrung unter Zeitdruck eingegeben; sie werden durch Zuhalten ihrer Nase genötigt, schnell zu schlucken; um das Schlucken zu beschleunigen, wird gewaltsam Flüssigkeit nachgeschüttet. Häufig werden die Mahlzeiten aber lediglich serviert und nicht darauf geachtet, ob die betreffende pflegebedürftige Person überhaupt noch in der Lage ist, selbstständig zu essen; bleibt das Essen unangerührt, wird es nach einiger Zeit wieder abgeräumt, sodass diese Menschen bald unterernährt sind und daran schlimmstenfalls sterben. Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer geben in diesem Zusammenhang an, dass pflegebedürftigen Personen zum Essen ihr Gebiss herausgenommen wird. Immer wieder wird auch erwähnt, dass pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr selbstständig essen können, ohne zwingende medizinische Gründe und gegen ihren erklärten Willen bzw. den ihrer Angehörigen Sondennahrung verordnet bekommen, worauf sich behandelnde Ärztinnen und Ärzte einlassen, weil sie vor dem Hintergrund, möglicherweise Patientinnen und Patienten zu verlieren, Konflikte mit dem Personal der Pflegeeinrichtungen scheuen.

Nach der Ernährung werden die **hygienischen Bedingungen** am häufigsten kritisiert (65 Nennungen): Die Beschwerden richten sich gegen die unzureichende Reinigung der Zimmer in Pflegeheimen, Verschmutzung der Toiletten, aber auch von Einrichtungsgegenständen in den Zimmern, mit Kot und Urin, zu seltene Wechsel der Windeln, sodass pflegebedürftige Menschen über lange Zeit in nassen Windeln sitzen oder liegen und sich außerdem ein dementsprechender Geruch verbreitet, mangelnde Desinfektion, Mehrfachverwendung von Einmal-Handschuhen, unzureichende Entsorgung von gebrauchten Windeln und Schmutzwäsche u. Ä.

Es folgt mit 64 Nennungen **unzureichende Flüssigkeitszufuhr**, die nach den Angaben der Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer dazu führt, dass pflegebedürftige ältere Menschen häufig ausgetrocknet sind und im Krankenhaus behandelt werden müssen. Auch wird bemängelt, dass Getränke nicht zur Verfügung gestellt werden oder für die großenteils bettlägerigen Personen unerreichbar deponiert sind, Hilfe beim Trinken ist nicht gewährleistet oder die Flüssigkeit wird gewaltsam eingeflößt. Kritisiert wird ebenfalls, dass die zur Verfügung stehenden Getränke gesundheitlich nicht geeignet sind, etwa weil sie Durchfall verursachen.

Problematisch erscheint sodann die **Vergabe von Medikamenten** (59 Nennungen): Sie wird oft als fehlerhaft bezeichnet, es kommt zu Überdosierungen, wozu sich als Ursache nicht zuletzt ein Personaldefizit heranziehen lässt, denn es wird darauf hingewiesen, dass die Ausgabe der Medikamente durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgt, die dafür nicht ausreichend qualifiziert sind. Mitunter müssen Medikamente von Angehörigen besorgt werden, auch sind von Ärztinnen und Ärzten falsche Präparate verordnet

worden, Unverträglichkeiten, z. B. wegen Magenproblemen, werden nicht berücksichtigt, ärztliche Anordnungen zur Medikation werden nicht oder verspätet zur Kenntnis genommen, Medikamente werden ohne Flüssigkeit verabreicht, die Einnahme von Medikamenten wird nicht kontrolliert.

Nächster Beschwerdegrund ist die **Immobilisierung** pflegebedürftiger Menschen (58 Nennungen): Aktivierende Pflege findet viel zu wenig statt, was sowohl krankengymnastische, ergotherapeutische oder vergleichbare Behandlung wie auch mögliche Aktivitäten der Alltagsgestaltung betrifft. Die Erhaltung der Mobilität scheint nicht dem Interesse des Personals zu entsprechen, das davon nach Aussagen der sich beschwerenden Personen eine höhere Arbeitsbelastung erwartet; aus diesem Grund werden Pflegebedürftige gezielt zur Inkontinenz erzogen, damit der Aufwand der Begleitung zur Toilette entfällt. Im Übrigen wird argumentiert, dass Aktivierung im Widerspruch zur Logik der Pflegeversicherung stehe, insofern als größere Mobilität eine Verringerung der Pflegestufe und damit niedrigere Einkünfte der Pflegeeinrichtung nach sich ziehe.

Beanstandet wird des Weiteren der Aspekt der Körperpflege (52 Nennungen): Regelmäßiges Baden oder Duschen ist keineswegs selbstverständlich, ebenso wenig regelmäßige Mundpflege; auch sind die Bedingungen der Körperpflege nicht optimal, es fehlt etwa an erforderlichen Materialien wie Pflegeschäum oder Zellstoff, es wird zu kaltes Wasser benutzt, geduscht wird auf der Toilette.

Es folgen mit etwas geringerer Häufigkeit (50 Nennungen) Beschwerden über die **Vernachlässigung der Versorgungspflicht**: In diese Kategorie fallen Beschwerdegründe wie langes, z. T. stundenlanges, auch absichtliches Wartenlassen pflegebedürftiger Menschen, nachdem sie das Personal in Pflegeeinrichtungen um Hilfe gebeten haben, insbesondere wird angegeben, dass sie nicht (rechtzeitig) zur Toilette gebracht und wieder abgeholt werden; auch wird Bewohnerinnen und Bewohnern die Möglichkeit genommen, sich bemerkbar zu machen, indem die Glocke für sie unerreichbar angebracht oder ganz entfernt wird. Pflegebedürftigen werden gesundheitsschädigende Bedingungen in ihren Zimmern und in den Aufenthaltsräumen zugemutet, sie liegen etwa ungenügend bekleidet bzw. zugedeckt im Winter bei geöffneten Fenstern auf ihren Betten, werden in Räume gebracht, in denen stark geraucht wird, die sie aber nicht selbstständig wieder verlassen können. Erkrankungen oder Verletzungen von Bewohnerinnen und Bewohnern werden nicht oder zu spät erkannt.

Deutlich weniger, nämlich 36 Nennungen sind zu dem Bereich **Dekubitusversorgung** bzw. **-prophylaxe** zu verzeichnen; hierzu wird erläuternd auf unsachgemäße Lagerung der Pflegebedürftigen, fehlendes Lagerungsmaterial bzw. falschen Umgang damit und Mängel in der Wundversorgung hingewiesen. In 35 Fällen wird über **Finanzierungsangelegenheiten** geklagt: Dies betrifft fehlerhafte Abrechnungen, ein als unangemessen empfundenes Preis-Leistungs-Verhältnis, unbegründete oder nicht nachvollziehbare Steigerungen bei den Zuzahlungen, die Diskrepanz von höheren Kosten bei gleichzeitig sinkender Personalzahl, aber auch unwirtschaftliches Verhalten der Pflegeeinrichtungen. 33 Dokumente enthalten Kritik an fehlender **persönlicher Zuwendung**, wobei nicht nur das Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Kontakten angesprochen wird, das zu kurz komme, sondern auch der Gesichtspunkt ungenügender Aktivierung und Mobilisierung. Zu Fragen der **Dokumentation** (einschließlich Dienstplanung) wird in

den Beschwerden 32 Mal Stellung genommen, und zwar wegen Unvollständigkeit, Fehlerhaftigkeit und Manipulation, Letzteres speziell bei bevorstehenden Prüfungen durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, um Dokumentationsmängel zu kaschieren; auf betrügerische Absicht gegenüber den Pflegekassen muss geschlossen werden, wenn in der Pflegedokumentation Leistungen erscheinen, die zu keinem Zeitpunkt erbracht worden sind.

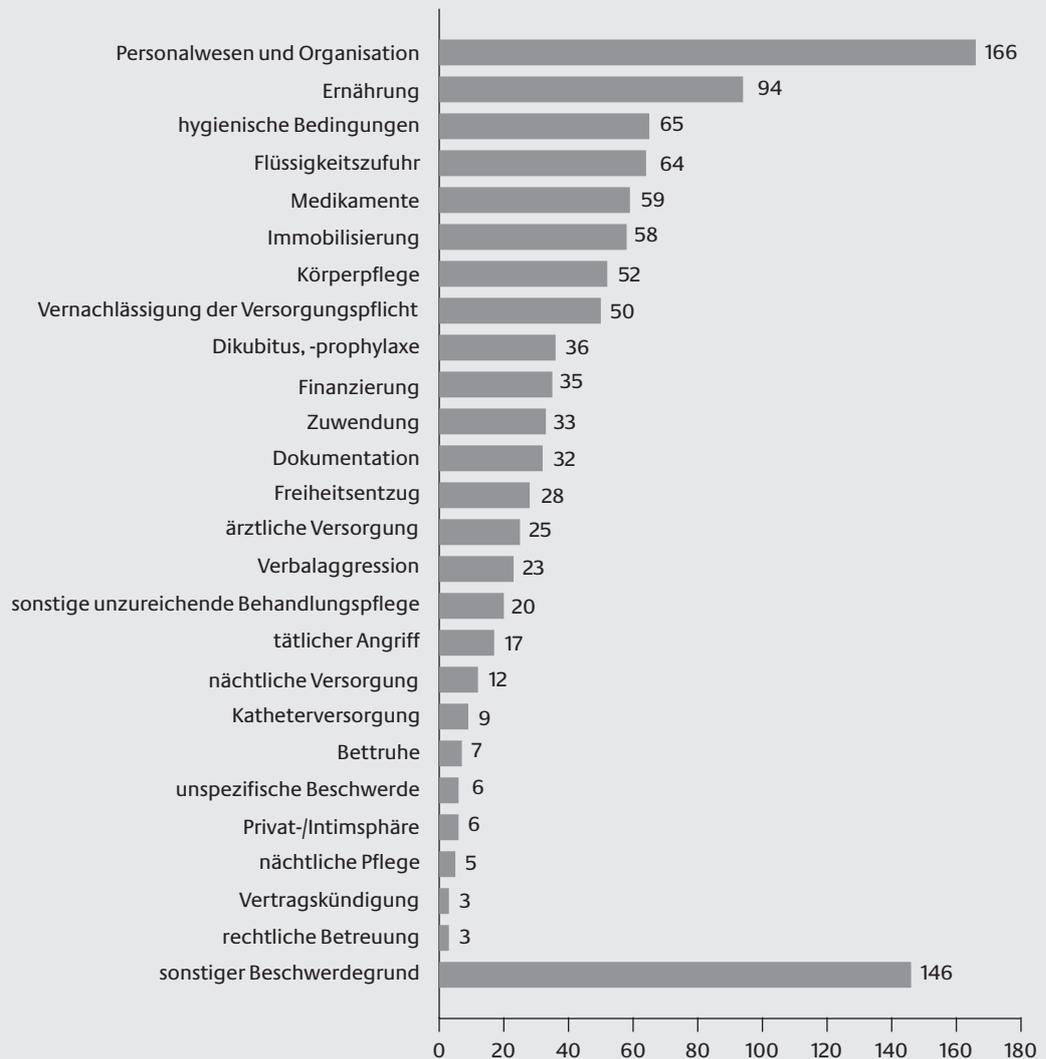
Ähnlich brisant wie die genannten Fälschungen im Dokumentationswesen ist das Thema **Freiheitsentzug** in Altenpflegeeinrichtungen, das immer wieder auch in den Medien zur Sprache kommt. In den analysierten Beschwerdedokumenten erscheint es 28 Mal; dahinter verbirgt sich nicht nur Fixierung an Stühlen, Betten etc. – teils ohne richterliche Genehmigung –, es kommt auch zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch Versperren von Türen, schließlich werden in diesem Zusammenhang auch die medikamentöse Ruhigstellung und Katheterlegen ohne begründeten Anlass genannt. Auf die **ärztliche Versorgung** als Beschwerdegrund entfallen 25 Nennungen: Darunter ist im Einzelnen zu verstehen, dass – z. T. gravierende – Erkrankungen nicht erkannt bzw. nicht behandelt werden (was nach Aussagen verschiedentlich den Tod des betreffenden pflegebedürftigen Menschen zur Folge hatte), behandelnde Ärztinnen und Ärzte alles in allem zu wenig geriatrische Kompetenz besitzen und überdies freie Arztwahl in Heimen durchaus nicht selbstverständlich ist. **Verbalaggressives** Verhalten des Pflegepersonals, d. h. Beschimpfungen, Bedrohungen, Demütigung, Einschüchterung oder einfach ein barscher Umgangston, ist ein Grund von 23 Beschwerden.

Mängel in der **Behandlungspflege**, die noch nicht durch andere Kategorien erfasst sind (sonstige unzureichende Behandlungspflege), werden in 20 Beschwerdedokumenten thematisiert: Was hierbei hervorgehoben wird, ist der Umstand, dass Leistungen der Behandlungspflege von nicht entsprechend qualifiziertem Personal erbracht werden; notwendige Tests, beispielsweise der Blutzuckerwerte, der Körpertemperatur, werden – wenn überhaupt – unregelmäßig vorgenommen, benötigte Materialien – Verbandzeug u. dgl. – fehlen. Mit 17 Nennungen treten **tätliche Angriffe** als Beschwerdegrund seltener auf als Verbalaggressionen; zumeist werden in dieser Beziehung Übergriffe des Pflegepersonals beschrieben – von grobem Verhalten bei den pflegerischen Tätigkeiten, das Verletzungen in Kauf nimmt, bis zum Schlagen der pflegebedürftigen Menschen –, vereinzelt wird aber auch erwähnt, dass derlei Gewalttätigkeit von Angehörigen oder Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern ausgeht. Die **Versorgung während der Nacht** stellt zwölfmal einen Grund zur Beschwerde dar, und zwar vornehmlich wegen der als desolat betrachteten Personalsituation im Nachtdienst.

**Unzulänglichkeiten bei der Katheterversorgung** (neun Nennungen) zeigen sich in verschiedener Art – unsachgemäßes Vorgehen, wiederum wegen schlechter Personalqualifikation, mangelnde Sterilität – und haben schwerwiegende Folgen wie Infektionen oder – tödliche – Urinvergiftungen. Die Gegebenheiten der **Bettruhe** werden in sieben Beschwerden moniert; die Zeiten, während deren pflegebedürftige Menschen in ihren Betten liegen müssen, werden als zu lang angesehen, sie werden teilweise schon nachmittags – gegen 16.00 Uhr – zu Bett gebracht und andererseits schon sehr früh morgens wieder aus dem Schlaf gerissen, weil die reglementierten Abläufe des Heimalltags dies erfordern; Schlaf ist zu dieser Zeit häufig wegen der Unruhe, die von demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern ausgeht, nicht möglich. Nichtbeachtung

der **Privat- bzw. Intimsphäre** findet in sechs Schriftstücken Erwähnung, es geht darum, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ohne jede Rücksicht darauf, dass sie so von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch von Fremden (Besucherinnen und Besuchern) gesehen werden können, teilweise oder völlig entkleidet werden. Sechs Beschwerden liegen vor, die nicht auf einem spezifischen Grund, sondern allgemeiner Unzufriedenheit beruhen. Dass die **Pflege in der Nacht** – nicht frühmorgens, vielmehr z. B. um 1.30 Uhr – erfolgt, um das Personal der Frühschicht zu entlasten, ist mit fünf Nennungen dokumentiert. Probleme der **rechtlichen Betreuung und Vertragskündigung** erscheinen je dreimal als Beschwerdeggrund, wobei bemerkenswert ist, dass mit der Kündigung des Heimvertrags gedroht wird, wenn Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen sich über Missstände beschweren.

Über die hier näher beschriebenen Beschwerdeggründe hinaus liegt eine Fülle zur Unzufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung vor, die in der Kategorie „sonstiger Beschwerdeggrund“ zusammengefasst worden ist (146 Nennungen). Trotz dieser relativ hohen Zahl war eine weitere kategoriale Differenzierung entweder nicht möglich, weil die jeweiligen Gründe der Beschwerde nur vereinzelt vorkommen, oder es wurde darauf verzichtet, weil es sich um sehr allgemeine Aussagen über Versorgungsdefizite oder solche handelte, die in keiner direkten Beziehung zur Pflege stehen. Einzelbeschwerden betreffen beispielsweise pietätloses Verhalten des Personals bei Todesfällen in stationären Pflegeeinrichtungen, Kommunikationsprobleme, weil Pflegepersonal der deutschen Sprache nur unzureichend mächtig ist, Ausstattungsmängel, Respektlosigkeit gegenüber Pflegebedürftigen (Duzen), fehlendes politisches bzw. gesellschaftliches Interesse an Missständen in der Pflege. Allgemein wird Empörung über unwürdige Verhältnisse in der Pflege zum Ausdruck gebracht; häufiger, wiewohl nicht versorgungsrelevanter Beschwerdeggrund ist das Verschwinden bzw. der angenommene Diebstahl persönlicher Gegenstände der pflegebedürftigen Personen durch andere Bewohnerinnen und Bewohner oder das Personal.

**Abbildung 9:****Beschwerdegründe (Mehrfachnennungen)**

### 3.3 Kombination von Beschwerden und Beschwerdeführerinnen und -führern

Die Problematik von Versorgungsmängeln in der Pflege wird nicht nur durch die Vielzahl unterschiedlicher Beschwerdegründe und die Häufigkeit der jeweiligen Nennungen, sondern auch durch die Kumulation von Beschwerdegründen je Beschwerde verdeutlicht (Tabelle 3). Die bei der VIF in München gesammelten Dokumente weisen im Durchschnitt 3,6 verschiedene Gründe pro Beschwerde auf, die Höchstzahl beträgt 15, wird aber nur einmal erreicht; am häufigsten sind die Beschwerden mit weniger als vier Begründungen, darunter 92 mit mindestens zwei Beschwerdegründen. Immerhin insgesamt 125 Beschwerden beziehen sich auf vier oder mehr zugleich bestehende Missstände.

	<b>n</b>
<b>mindestens</b>	1
<b>maximal</b>	15
<b>durchschnittlich</b>	3,6
<b>1 Beschwerdegrund</b>	79
<b>15 Beschwerdegründe</b>	1
<b>weniger als 4 Beschwerdegründe</b>	171
<b>4 – 7 Beschwerdegründe</b>	102
<b>8 – 10 Beschwerdegründe</b>	16
<b>mehr als 10 Beschwerdegründe</b>	7

Interessant ist dabei nicht bloß die Häufigkeit, mit der die einzelnen Gründe genannt werden, sondern mehr noch die bestimmter Kombinationen (Tabelle 4): Sind die drei am meisten genannten Beschwerdegründe „Personalwesen und Organisation“, „Ernährung“ und „hygienische Bedingungen“, so zeigt sich eine bemerkenswerte Übereinstimmung in ihren fünf jeweils häufigsten Kombinationen mit anderen Beschwerdegründen. Demnach treten folgende Misstände gehäuft in Verbindung miteinander auf:

- █ personelle und organisatorische Mängel,
- █ unzureichende Ernährung,
- █ unzureichende Flüssigkeitszufuhr,
- █ unzureichende hygienische Bedingungen,
- █ unzureichende Körperpflege und
- █ Immobilisierung.

<b>1. Hauptbeschwerdegrund „Personalwesen und Organisation“ (n), kombiniert mit ...</b>	
<b>Ernährung</b>	60
<b>hygienische Bedingungen</b>	46
<b>Immobilisierung</b>	40
<b>Flüssigkeitszufuhr</b>	37
<b>Körperpflege</b>	37
<b>Medikamentenvergabe</b>	37
<b>Dokumentation</b>	29
<b>Zuwendung</b>	26
<b>Dekubitus, prophylaxe</b>	23
<b>Vernachlässigung der Versorgungspflicht</b>	23
<b>Finanzierung</b>	19
<b>sonstige unzureichende Behandlungspflege</b>	15
<b>ärztliche Versorgung</b>	14
<b>Freiheitsentzug</b>	14
<b>Verbalaggression</b>	14

<b>Tabelle 4: Häufung von Beschwerdegründen</b>	
<b>1. Hauptbeschwerdegrund „Personalwesen und Organisation“ (n), kombiniert mit ...</b>	
tätlicher Angriff	11
nächtliche Versorgung	9
Bettruhe	6
Katheterversorgung	5
nächtliche Pflege	5
Privat-/Intimsphäre	4
Vertragskündigung	2
rechtliche Betreuung	1
unspezifische Beschwerde	1

<b>2. Hauptbeschwerdegrund „Ernährung“ (n), kombiniert mit ...</b>	
Personalwesen und Organisation	60
hygienische Bedingungen	38
Flüssigkeitszufuhr	34
Körperpflege	31
Immobilisierung	30
Medikamentenvergabe	27
Vernachlässigung der Versorgungspflicht	22
Dekubitus, prophylaxe	20
Zuwendung	19
Dokumentation	14
Finanzierung	13
Freiheitsentzug	13
ärztliche Versorgung	12
sonstige unzureichende Behandlungspflege	11
tätlicher Angriff	10
Verbalaggression	10
nächtliche Versorgung	7
Privat-/Intimsphäre	5
Bettruhe	2
nächtliche Pflege	2
Katheterversorgung	1
rechtliche Betreuung	1
Vertragskündigung	1

<b>3. Hauptbeschwerdegrund „hygienische Bedingungen“ (n), kombiniert mit ...</b>	
<b>Personalwesen und Organisation</b>	46
<b>Ernährung</b>	38
<b>Körperpflege</b>	25
<b>Medikamentenvergabe</b>	25
<b>Flüssigkeitszufuhr</b>	21
<b>Vernachlässigung der Versorgungspflicht</b>	19
<b>Immobilisierung</b>	17
<b>Dekubitus, prophylaxe</b>	16
<b>Dokumentation</b>	14
<b>Zuwendung</b>	13
<b>Freiheitsentzug</b>	10
<b>Finanzierung</b>	9
<b>ärztliche Versorgung</b>	8
<b>sonstige unzureichende Behandlungspflege</b>	8
<b>nächtliche Versorgung</b>	6
<b>Verbalaggression</b>	6
<b>Katheterversorgung</b>	5
<b>tätlicher Angriff</b>	5
<b>Bettruhe</b>	4
<b>Privat-/Intimsphäre</b>	4
<b>nächtliche Pflege</b>	2
<b>rechtliche Betreuung</b>	1
<b>Vertragskündigung</b>	1

Eine Differenzierung der Beschwerdegründe nach der Art der Versorgung sowie dem Bezug der Beschwerde vorzunehmen, kann hinsichtlich der hier behandelten Dokumente entfallen, weil neben der „stationären Dauerpflege“ andere Versorgungsarten und außer dem Beschwerdebezug „gepflegte Person“ andere Bezüge nur selten vorkommen.

Wird verglichen, mit welcher Häufigkeit die unterschiedlichen Beschwerdegründe von verschiedenen Kontaktpersonen angeführt werden (Tabelle 5), lassen sich gewisse Abweichungen erkennen: „Personalwesen und Organisation“ rangiert bei Angehörigen, Pflegefachkräften und Leitungspersonen an erster Stelle, in Relation zur Größe der jeweiligen Gruppe aber unter Pflegefachkräften und Leitungspersonal deutlicher noch als unter den Angehörigen. Auf dem zweiten Platz folgt bei Angehörigen wie Pflegefachkräften „unzureichende Ernährung“. Den dritten Rang nimmt bei den Angehörigen „unzureichende Flüssigkeitszufuhr“ als Grund der Beschwerde ein, Pflegefachkräften erscheinen dagegen die „hygienischen Bedingungen“ wichtiger, die für Angehörige erst viel später folgen, nämlich nach der „Vernachlässigung der Versorgungspflicht“, der „Medikamentenvergabe“, der „Immobilisierung“ und der „Finanzierung“.

Tabelle 5: Beschwerdegründe und Kontaktperson

Beschwerdegründe	Kontaktperson			gesamt
	Angehörige/ Angehöriger	Pflegefachkraft	Sonstige	
Personalwesen und Organisation	49	56	19	124
Ernährung	44	23	4	70
Flüssigkeitszufuhr	41	10	4	55
Medikamentenvergabe	33	14	3	50
hygienische Bedingungen	25	20	3	48
Vernachlässigung der Versorgungspflicht	35	8	1	44
Immobilisierung	28	11	3	42
Körperpflege	23	11	5	39
Finanzierung	27	3	2	32
Dekubitus, -prophylaxe	22	7	2	31
Zuwendung	15	9	3	27
Dokumentation	4	16	5	25
ärztliche Versorgung	18	4	1	23
Freiheitsentzug	13	5	4	22
sonstige unzureichende Behandlungspflege	7	5	2	14
Verbalaggression	9	5		14
nächtliche Versorgung	4	6	1	11
tätlicher Angriff	5	4	2	11
Katheterversorgung	5	3		8
Bettruhe	2	2	1	5
unspezifische Beschwerde	1	2	2	5
nächtliche Pflege		4		4
rechtliche Betreuung	3			3
Verletzung der Privat-/ Intimsphäre		2		2
Vertragskündigung	1		1	2
Überforderung	1			1
gesamt	415	230	68	712

# IV.

## Analyse der Beschwerdeanrufe bei „Pflege in Not“

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

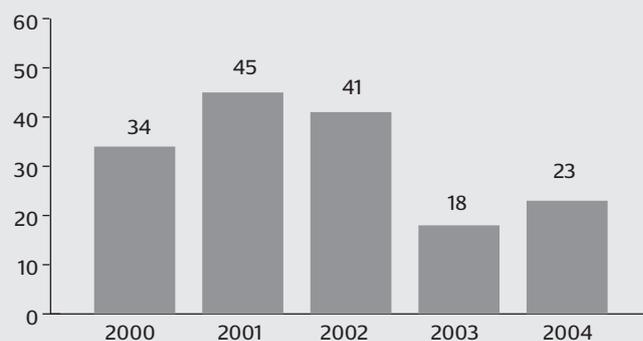
### 4.1 Struktur der Beschwerden

An den 259 untersuchten Tagen wurden bei „Pflege in Not“ insgesamt 161 Beschwerdekontakte gezählt. Auf die gesamten 5 Jahre hochgerechnet ergibt sich daraus eine Gesamtanzahl von 805 Beschwerdekontakten.

Zwei von den Kontakten fanden persönlich, die restlichen 159 am Telefon statt. Im Folgenden wird aus sprachökonomischen Gründen von „Telefonaten bzw. Anrufen“ die Rede sein, die auch die zwei persönlichen Gespräche beinhalten. Bis auf eine Ausnahme („Westdeutschland“) kamen alle Beschwerden aus dem Berliner Raum.

Im Jahr 2003 gab es mit 18 Kontakten die niedrigste, im Jahr 2001 mit 45 Fällen die höchste Anzahl an Beschwerden (Abbildung 10).

**Abbildung 10:**  
Jahr des Kontaktes (N=161)



Die meisten Anruferinnen und Anrufer, die die Beratungs- und Beschwerdestelle kontaktiert haben, waren Angehörige von Pflegebedürftigen (n=92). Am zweithäufigsten beschwerten sich Pflegefachkräfte (n=26), gefolgt von den gepflegten Personen selbst (n=14) (Abbildung 11).

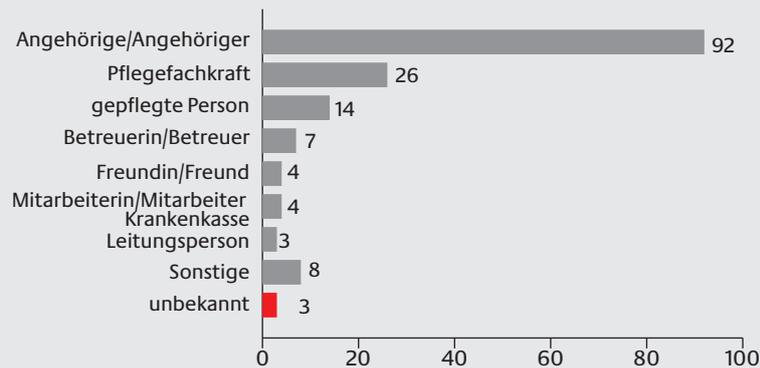
Weiter befanden sich Betreuerinnen und Betreuer (n=7), Freundinnen und Freunde von Pflegebedürftigen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen (jeweils n=4) in der Stichprobe. Leitungspersonen von Pflegeeinrichtungen (meistens Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter) (n=3) riefen seltener an.

Anonym meldeten sich 3 Anruferinnen und Anrufer.

Unter die Kategorie „Sonstige“ (n=8) fallen zwei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, je eine Person aus dem Bereich Hauspflege bzw. Presse, eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen und Frauen („Wildwasser“) sowie eine Qualitätsbeauftragte, eine Pflegehilfskraft und eine Nachbarin (jeweils n=1).

**Abbildung 11:**

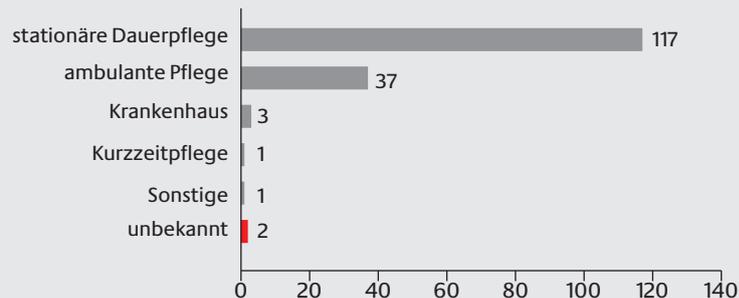
**Kontaktperson (n=161)**



Die meisten Beschwerden bezogen sich auf Missstände im vollstationären Pflegebereich (n=117) (Abbildung 12). Beschwerden über ambulante Pflegedienste kamen 37 Mal vor. Gemeldete Unzufriedenheiten über Zustände in Krankenhäusern (n=3), Einrichtungen der Kurzzeitpflege oder in sonstigen Versorgungseinrichtungen (Blindenheim für Alte) (jeweils n=1) bildeten eher die Ausnahme.

**Abbildung 12:**

**Art der Versorgung (n=161)**



Kontaktperson und Versorgungsart zusammen betrachtet macht deutlich, über welche Versorgungsbereiche die jeweiligen Kontaktpersonen dieser Stichprobe hauptsächlich Beschwerden geäußert haben (Tabelle 6).

Von den 92 Angehörigen, die die Berliner Beratungs- und Beschwerdestelle kontaktiert haben, haben ca. vier Fünftel (n=73) über Missstände im dauerhaft vollstationären Bereich berichtet, 17 schilderten Schwierigkeiten, die im Rahmen der häuslichen Pflege aufgetreten sind. Auch bei den Mängeln, die von Pflegefachkräften (n=20), Betreuerinnen und Betreuern (n=5), Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern (n=4) und Leitungspersonen (n=3) vorgebracht wurden, ging es überwiegend um Probleme aus dem Bereich der vollstationären Dauerpflege.

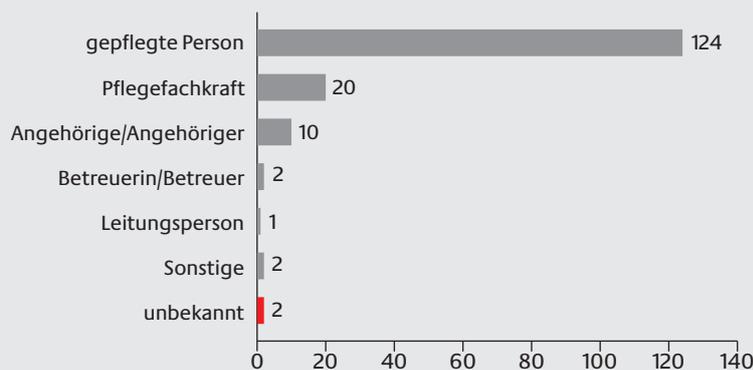
Pflegebedürftige (n=8) dagegen äußerten vermehrt Beschwerden den ambulanten Bereich betreffend, so auch z. B. eine Nachbarin oder die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter („Sonstige“, n=5).

Tabelle 6: Kontaktperson und Versorgungsart				
Kontaktperson	Versorgungsart			
	gesamt	stationäre Dauerpflege	ambulante Pflege	Sonstiges
Angehörige/r	92	72	17	3
Pflegefachkraft	26	20	5	1
gepflegte Person	14	6	8	
Betreuer/in	7	5	1	1
Freund/in	4	2	1	1
Mitarbeiter/in Krankenkasse	4	4		
Leitungsperson	3	3		
Sonstige	8	3	5	
unbekannt	3	2		1
<b>gesamt</b>	<b>161</b>	<b>117</b>	<b>37</b>	<b>7</b>

In 124 Fällen bezogen sich die Beschwerden auf die Gruppe der gepflegten Personen. Weitaus geringer wurden Pflegekräfte (n=20) oder Angehörige (n=10) als Opfer von Pflegemissständen angegeben (Abbildung 13).

**Abbildung 13:**

**Bezug der Beschwerde (n=161)**



Differenziert nach Kontaktperson (Tabelle 7) wird deutlich, dass sich in der Stichprobe die Angehörigen in 82 Fällen über die Situation einer bzw. eines Pflegebedürftigen, in 10 Fällen über ihre eigene Situation beschwert haben.

Die meisten Pflegefachkräfte (19 von 26 Nennungen), die bei der Beratungs- und Beschwerdestelle anriefen, klagten über ihre eigene Lage, nur 6 schilderten die Probleme einer gepflegten Person.

Die von den pflegebedürftigen Anruferinnen und Anrufern vorgebrachten Beschwerden handelten ausschließlich von ihrem Missfallen über ihre persönliche Pflegesituation (n=14).

Auch die von den restlichen Kontaktpersonen berichteten Schwierigkeiten betrafen überwiegend die gepflegten Personen.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

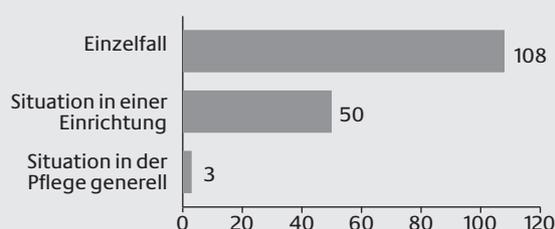
Tabelle 7: Bezug der Beschwerde und Kontaktperson					
Kontaktperson	Bezug der Beschwerde				
	gesamt	gepflegte Person	Pflegefachkraft	Angehörige/r	Sonstige
Angehörige/r	92	82		10	
Pflegefachkraft	26	6	19		1
gepflegte Person	14	14			
Betreuer/in	7	5			2
Freund/in	4	4			
Mitarbeiter/in Krankenkasse	4	4			
Leitungsperson	3	2			1
Sonstige	8	6			2
unbekannt	3	1	1		1
gesamt	161	124	20	10	7

In welchem pflegerischen Bereich die Personen, die von Missständen betroffen sind, versorgt werden, zeigt Tabelle 8: Danach werden von den 124 Pflegebedürftigen, die direkt von den Missständen betroffen sind, 89 dauerhaft vollstationär und 30 ambulant gepflegt. Pflegefachkräfte werden in 15 Fällen in stationären Einrichtungen und in 4 Fällen im häuslichen Pflegebereich mit Schwierigkeiten konfrontiert. Auch Angehörige von Pflegebedürftigen müssen sich in Pflegeheimen (n=9) häufiger als in der häuslichen Pflege (n=1) mit Problemen auseinandersetzen. Auch in sonstigen Einrichtungen sind hauptsächlich gepflegte Personen von Missständen betroffen (n=5).

Tabelle 8: Bezug der Beschwerde und Art der Versorgung				
Bezug der Beschwerde	Versorgungsart			
	gesamt	stationäre Vollzeitpflege	ambulante Pflege	Sonstiges
gepflegte Person	124	89	30	5
Pflegefachkraft	20	15	4	1
Angehörige/r	10	9	1	
Sonstige	7	4	2	1
gesamt	161	117	37	7

Bei 108 Beschwerdeanrufen wurde von Einzelfällen berichtet (z. B. „Meine Mutter bekommt nicht genug zu essen“). 50 Anruferinnen und Anrufer klagten dagegen über die Gesamtsituation in einer Einrichtung (z. B. „Die Bewohnerinnen und Bewohner

bekommen nicht genug zu essen“). Bei nur 3 Anrufen wurde die generelle Situation in der Pflege beanstandet (z. B. „Das ganze Pflegesystem in Deutschland ist miserabel“) (Abbildung 14).

**Abbildung 14:****Beschwerdeanlass (n=161)**

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Differenziert nach Kontaktpersonen (Tabelle 9) wird deutlich, dass die meisten Anruferinnen und Anrufer von Einzelfällen berichten: Dies ist der Fall bei Angehörigen (n=76), Pflegebedürftigen (n=9) und Betreuerinnen und Betreuern (n=6).

Pflegekräfte dagegen schildern hauptsächlich Missstände, die die Situation einer Einrichtung betreffen (in 22 von 26 Fällen).

**Tabelle 9: Beschwerdeanlass und Kontaktperson**

Kontaktperson	Beschwerdeanlass			
	gesamt	Einzelfall	Situation in einer Einrichtung	Situation in Pflege generell
Angehörige/r	92	76	14	2
Pflegefachkraft	26	4	22	
gepflegte Person	14	9	5	
Betreuer/in	7	6	1	
Freund/in	4	4		
Mitarbeiter/in Krankenkasse	4	1	3	
Leitungsperson	3	3		
Sonstige	8	5	3	
unbekannt	3		2	1
<b>gesamt</b>	<b>161</b>	<b>108</b>	<b>50</b>	<b>3</b>

Tabelle 10 veranschaulicht, dass die meisten eingegangenen Beschwerden von Einzelfällen in der stationären Vollzeitpflege handeln (n=83), gefolgt von Anrufen, die die Missstände in einer Einrichtung insgesamt bemängeln (n=32). Hinsichtlich der Beschwerden im Bereich der ambulanten Pflege beschreiben 21 Anruferinnen und Anrufer eine unzureichende pflegerische Versorgung an einer einzelnen Person, in 16 Fällen richtet sich die Beschwerde auf die Situation in einer Sozialstation im Allgemeinen.

Versorgungsart	Beschwerdeanlass			
	gesamt	Einzelfall	Situation in einer Einrichtung	Situation in Pflege generell
stationäre Vollzeitpflege	117	83	32	2
ambulante Pflege	37	21	16	
Sonstige	7	4	2	1
gesamt	161	108	50	3

## 4.2 Inhalte der Beschwerden

Insgesamt wurden in der Stichprobe 296 Beschwerdegründe genannt, die sich auf 22 Kategorien wie folgt verteilen (Abbildung 15):

Mit 54 Nennungen handelten die meisten Beschwerden von Mängeln im Bereich des **„Personalwesens** und der **Organisation“** innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Konkret wurden angesprochen: chronischer Personalmangel, hohe Personalfuktuation, überfordertes Personal, Mobbing von Pflegekräften, Einsatz von unqualifiziertem Personal, ungenügende Anleitung des Personals, verordnete Überstunden, Inkompetenz der Leitung, Kündigung des Arbeitsvertrages, mangelhafte Kooperation vonseiten des Personals und/oder der Heimleitung, Unzuverlässigkeit der Sozialstation u. Ä.

An zweiter Stelle (n=24) rangierten Beschwerden, die der Kategorie **„Finanzierung“** zugeteilt wurden. Darunter fallen hauptsächlich Schwierigkeiten, die aufgrund von Abrechnungsfehlern vonseiten der Einrichtung oder aufgrund der Ablehnung von Anträgen auf Höherstufung bzw. auf Übernahme von Leistungskosten entstanden sind.

Als dritthäufigste Beschwerde (n=21) ist die **„Immobilisierung“** zu nennen. Gemeint sind damit der ungerechtfertigte Einsatz von pflegeerleichternden Maßnahmen wie Katheter/Windelhosen, Magensonden, Psychopharmaka u. Ä. sowie die fehlende Aktivierung der bzw. des Pflegebedürftigen bei der Pflege und/oder der Tagesgestaltung.

Darauf folgen mit jeweils 16 Nennungen **„Verbalaggression“**, **„Ernährung“** und **„rechtliche Betreuung“**. Unter **„Verbalaggression“** fallen Beschimpfungen, Beleidigungen, Anschreien, Tyrannisierung, unfreundliches, abwertendes, vulgäres Verhalten, Schlechtes-Gewissen-Machen u. Ä. Die Beschwerde einer unzureichenden **„Ernährung“** reichte von „Das Essen entspricht nicht dem Essensplan“ über „keine Rücksichtnahme auf individuelle Essenswünsche“, „fehlende Zwischenmahlzeiten“, „fehlende Diätkost“, „qualitativ schlechtes Essen“ bis zur häufigen „Abmagerung“ der bzw. des Pflegebedürftigen aufgrund „fehlenden Anreichens der Speisen“ bzw. aufgrund „fehlender Aktivierung zum selbstständigen Essen“. Bei Problemen, die im Zusammenhang mit einer **„rechtlichen Betreuung“** stehen, ging es hauptsächlich um die finanzielle Ausbeutung durch die Betreuerin bzw. den Betreuer, um eine unrechtmäßige Einrichtung bzw. unrechtmäßigen Entzug einer rechtlichen Betreuung sowie um persönliche Konflikte mit der Betreuerin bzw. dem Betreuer.

Die Gefahr einer Austrocknung bzw. einer eingetretenen Austrocknung aufgrund einer unzureichenden Flüssigkeitszufuhr wurde 15 Mal bemängelt (**„Flüssigkeitszufuhr“**), gleichziehend mit Missständen aufgrund einer unzureichenden **„Körperpflege“** („Die bzw. der Pflegebedürftige wird zu selten gebadet/gewaschen“, „mangelhafte Mundpflege“, „selten Wäschewechsel“, „Bewohnerin bzw. Bewohner riecht streng“).

In den 12 Fällen von unzureichender ärztlicher Versorgung ging es meistens um die fehlende Möglichkeit einer freien Arztwahl sowie das Nichterkennen und/oder Ignorieren von medizinischen Notlagen (z. B. bei akuter Atemnot oder Herzproblemen) vonseiten des Personals und/oder der Ärztin bzw. des Arztes (**„ärztliche Versorgung“**).

Das Fälschen von Dokumentationen, die Manipulation von Dienstplänen sowie von Trinkprotokollen (**„Dokumentation“**) wurde 9 Mal als Beschwerde vorgebracht.

Genauso häufig war ein **„tätlicher Angriff“** Beschwerdeursache. Darunter fielen Schlägen und Boxen, wobei den Aussagen zufolge diese Form der Gewalt sowohl von Pflegekräften als auch von Pflegebedürftigen ausging.

Beschwerden, die sich auf unzureichende **„hygienische Bedingungen“** richten, ähneln denjenigen einer unzureichenden Körperpflege und lassen sich daher nicht immer eindeutig der einen oder anderen Kategorie zuordnen. Unter den 8 Nennungen fanden sich Missstände wie zum Beispiel „Bewohnerinnen und Bewohner liegen häufig eingeknast“ und „unhygienisches Arbeiten“.

Ebenso achtmal war die **„Vernachlässigung der Versorgungspflicht“** Grund einer Beschwerde, wovon sich das „lange Wartenlassen der Pflegebedürftigen“ sowie die Ignoranz oder Gedankenlosigkeit des Personals, deutlich werdend z. B. an dem Versäumnis, das Zimmer bei starker Sonneneinstrahlung abzudunkeln, verbergen.

Von sechs Anruferinnen und Anrufern wurde die fehlende persönliche Zuwendung (**„Zuwendung“**) bemängelt.

Jeweils 5 Mal wurden Missstände wie ein vorliegender Dekubitus bzw. eine fehlende bzw. mangelhafte Dekubitusprophylaxe (**„Dekubitus, -prophylaxe“**), eine unrechtmäßige Heimvertragskündigung sowohl vonseiten des Heimes als auch vonseiten der bzw. des Pflegebedürftigen, (**„Heimvertragskündigung“**) und die **„Verletzung der Aufsichtspflicht“** (z. B. „aus dem Bett bzw. die Treppe hinunter gefallen“, „Sozialstation hat Herd angelassen“) vorgetragen.

Beschwerden wie eine fehlerhafte Medikamentenvergabe, z. B. durch eine unregelmäßige, falsche Medikation oder auch eine fehlerhafte Aufbewahrung von Medikamenten, (**„Medikamentenvergabe“**), sowie die personelle Unterbesetzung in Nachtschichten (**„nächtliche Versorgung“**) wurden 4 Mal gezählt.

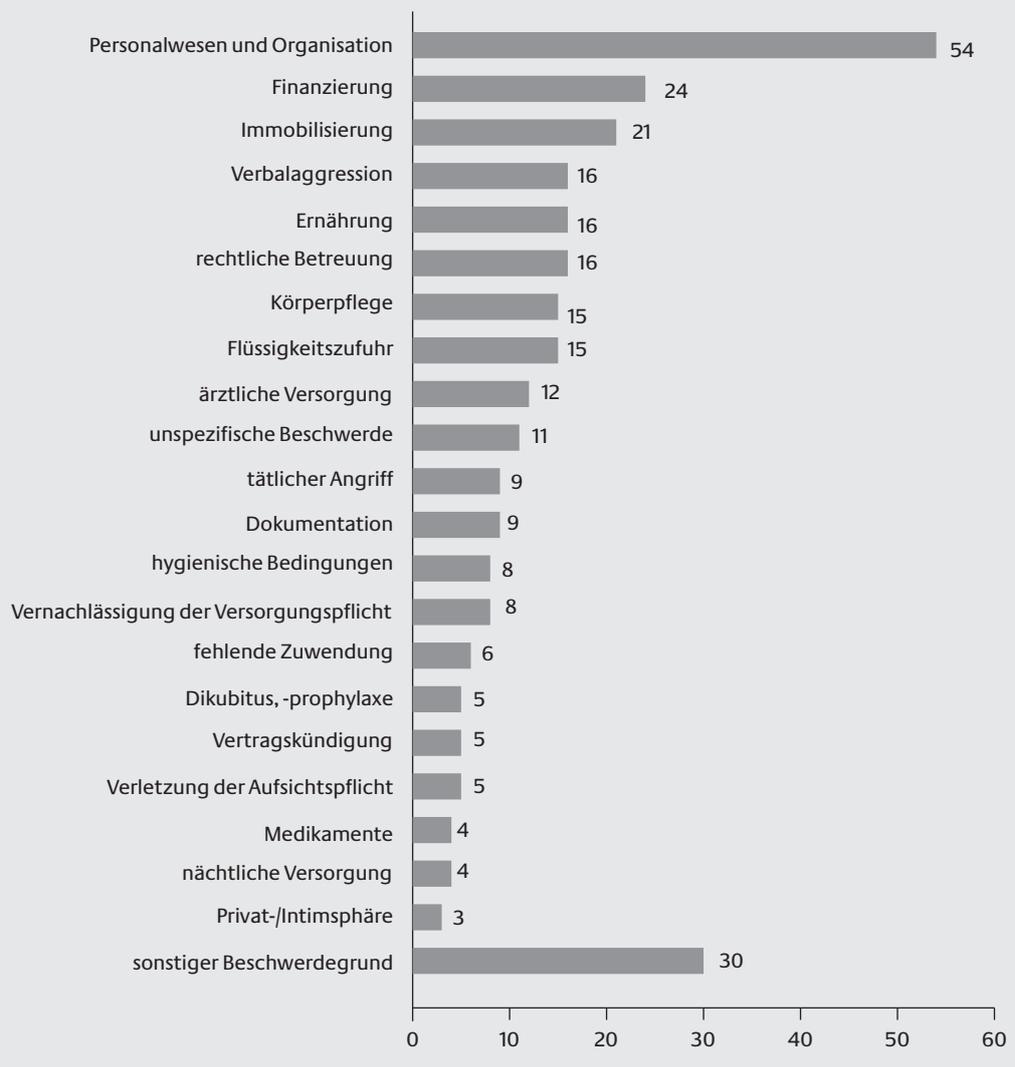
Die Verletzung der Privat- und Intimsphäre (z. B. ein Bewohner wird nackt im Rollstuhl sitzend über den Gang zur Dusche gefahren) (**„Privat-/Intimsphäre“**) wurde jeweils 3 Mal thematisiert.

Alle Beschwerdegründe, die in der Stichprobe seltener als 3 Mal vorkamen, wurden der Kategorie „**sonstiger Beschwerdegrund**“ zugeteilt. Unter diese 30 Einzelgründe fallen unter anderem: Diebstahl im Heim, Verlegung der Bewohnerin gegen ihren Willen, das Zusammenlegen von dementen und nicht dementen Bewohnerinnen und Bewohnern, Hausverbot für Angehörige, das störende Schreien einer dementen Nachbarin, das Fehlen bzw. der Defekt von Heiminventar, das Ignorieren der Missstände im Heim von den „Zuständigen“ (MDK, Politik), unkooperierendes Verhalten vonseiten der Angehörigen und/oder der Bewohnerinnen und Bewohner, das körperliche Überfordern der Bewohnerin durch eine Pflegekraft, fehlende Dementenbetreuung etc.

Unspezifische Angaben wie z. B. „schlechte Versorgung“ und „Pfleagemängel“ oder nicht mehr nachvollziehbare Fälle wurden unter die Kategorie „**unspezifische Beschwerde**“ subsumiert (n=11).

Fasst man die Beschwerdegründe nochmals inhaltlich in Oberkategorien zusammen – ohne Berücksichtigung der Kategorie „sonstige Beschwerdegründe“ –, ergeben sich ca. 154 Beschwerdegründe, die auf Schwierigkeiten oder Missstände abzielen, die im direkten täglichen Kontakt von zu pflegenden Menschen und Pflegenden, im pflegerischen, medizinischen und sozialen Umgang miteinander entstehen oder erzeugt werden.

Dagegen heben ca. 112 Beschwerden den eher nicht direkten pflegerischen/sozialen Bereich, sondern vielmehr die strukturellen Rahmenbedingungen wie Personal, Finanzen, rechtliche Betreuung, Verträge und Dokumentationen als maßgebliche Gründe hervor.

**Abbildung 15:****Anzahl der Beschwerdegründe (Mehrfachnennungen, n=296)**

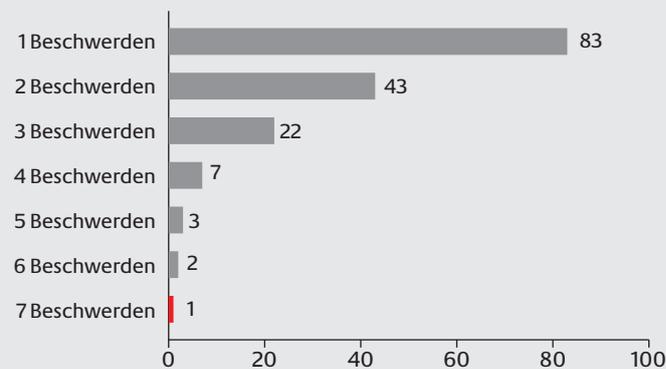
### 4.3 Kombination von Beschwerden, Beschwerdeführerinnen und -führern sowie Versorgungsart

Im nächsten Abschnitt wird gezeigt, wie viele einzelne Beschwerdegründe im Durchschnitt pro Kontakt thematisiert wurden, in welchen Häufungen sich diese darstellen und welche Beschwerdekombinationen sich hauptsächlich ergeben haben.

Ausgehend von insgesamt 296 gezählten einzelnen Beschwerdegründen wurden pro Kontakt im Schnitt 1,8 Ursachen genannt.

Bei den meisten Kontakten (n=83) wurde nur jeweils ein konkreter Beschwerdegrund gezählt (Abbildung 16). Typisch dabei waren Beschwerden aus dem Bereich „Finanzierung“ (n=17), „Personalwesen und Organisation“ (n=16) und „rechtliche Betreuung“ (n=11).

Beschwerdegründe aus den Kategorien „Dokumentation“, „Privat-/Intimsphäre“, die „Verletzung der Versorgungspflicht“, „Zuwendung“ „Körperpflege“ und „hygienische Bedingungen“ kamen in dieser Stichprobe immer in Kombination mit mehreren genannten Missständen vor.

**Abbildung 16:****Beschwerdehäufungen (n=161)**

Die Anzahl der entsprechenden Kontakte nimmt mit zunehmenden Beschwerdegründen rapide ab. So sprachen 43 Anruferinnen und Anrufer zwei und 22 Anruferinnen und Anrufer drei Beschwerdegründe an. Vier bzw. fünf genannte Beschwerdeursachen fanden sich nur noch bei 7 bzw. 3 Anruferinnen und Anrufern. Zwei Fälle wiesen sechs Beschwerdegründe auf, wie im Folgenden dargestellt wird:

Fall 1: Eine Sozialarbeiterin berichtet von einer Pflegebedürftigen, die nur unzureichend von einer Sozialstation versorgt wird. Bemängelt wurden eine unzureichende Ernährung und Körperpflege, eine unzeitgemäße Bettruhe, eine verdreckte Wohnung, die mangelhafte Kooperation mit dem Betreuer sowie gefährlicher Leichtsinn (Herd angelesen).

Fall 2: Eine Betreuerin schildert die Situation einer von ihr betreuten Heimbewohnerin, die ausgetrocknet ist, deren Mundhygiene zu wünschen übrig lässt und deren entzündete Warze nicht behandelt wird. Weiter bemängelt sie, dass zu wenig Personal auf der Station ist, die Bewohnerin lange ohne Aufsicht ist und dass zudem die Wäsche verschwindet.

Die höchste Beschwerdeanzahl pro Kontakt betrug sieben Beschwerdegründe und kam ein Mal in dieser Stichprobe vor:

Bei diesem Fall hat eine Krankenkasse die Beratungsstelle kontaktiert und von den Missständen in einer stationären Einrichtung berichtet. Aufgezählt wurden eine mangelhafte Medikamentenaufbewahrung, Verbalaggressionen ausgehend von den Bewohnerinnen und Bewohnern, physische Gewaltanwendungen durch Pflegekräfte, eine unzureichende Dokumentation, zahlreiche Mängel im Bereich Personal und Organisation (keine PDL, kein Pflegekonzept etc.), das Fehlen eines Heimbeirates sowie lange Wartezeiten für Bewohnerinnen und Bewohner nach Läuten der Glocke.

## Beschwerdekombinationen

Um einen Eindruck von den gängigsten Beschwerdekombinationen zu gewinnen, wurden die drei am häufigsten genannten Beschwerdegründe jeweils mit allen anderen Beschwerdegründen kreuztabelliert. Es zeigt sich, dass in der Stichprobe Missstände im Bereich Personal und Organisation am meisten gemeinsam mit verbalen Aggressionen und unzureichender Dokumentationsführung auftreten (jeweils  $n=7$ ). Auch die Verletzung der Versorgungspflicht und die Mängel bei der Körperpflege (jeweils  $n=5$ ) sowie Missstände in der ärztlichen Versorgung, Ernährung, Hygiene und die unspezifischen Beschwerden (jeweils  $n=4$ ) zeigen sich häufiger im Zusammenhang mit Beschwerden über das Personalwesen bzw. die Organisation.

Der am zweithäufigsten genannte Beschwerdegrund – Beanstandungen wegen Finanzierungsangelegenheiten – tritt meistens als Einzelbeschwerde, ohne weitere Gründe, auf. Lediglich 3 Mal wurde derartige Kritik zusammen mit der Beschwerde „Personalwesen und Organisation“ und 2 Mal mit der Beschwerde „unzureichende Flüssigkeitszufuhr“ genannt. Jeweils einmal zeigt sich eine Kombination mit den Missständen in den Kategorien „Dekubitus, -prophylaxe“, „ärztliche Versorgung“, „Ernährung“, „hygienische Bedingungen“, „Vernachlässigung der Versorgungspflicht“, „Immobilisierung“, „Dokumentation“ und „sonstiger Beschwerdegrund“.

Die dritthäufigste Beschwerde „Immobilisierung“ wurde 4 Mal gemeinsam mit „unzureichende Flüssigkeitszufuhr“ und 3 Mal mit „ärztliche Versorgung“ angegeben. Jeweils 2 Mal treten „unzureichende Körperpflege“, fehlende „Zuwendung“ sowie „Personalwesen und Organisation“ auf. Weiter zeigt sich je eine Kombination mit den Beschwerden „tätlicher Angriff“, „Vernachlässigung der Versorgungspflicht“, Verletzung der „Privat- und Intimsphäre“, „rechtliche Betreuung“, „Medikamentenvergabe“, „sonstiger Beschwerdegrund“, „Dekubitus, -prophylaxe“ und „Finanzierung“.

## Beschwerdegründe nach Kontaktperson

Die aufgeführten Beschwerdegründe nach Art der Kontaktperson differenziert (Tabelle 11) macht deutlich, dass die meisten Beschwerdegründe ( $n=165$ ) von Angehörigen geäußert wurden, gefolgt von Pflegefachkräften ( $n=50$ ) und Pflegebedürftigen ( $n=19$ ).

Bei den anrufenden Angehörigen ging es hauptsächlich um Missstände, die die Mängel im Bereich „Personalwesen und Organisation“ monierten, vor allem den niedrigen Personalstand und die mangelhafte Kooperationsbereitschaft des Personals ( $n=23$ ). In 20 Fällen riefen die Angehörigen insbesondere wegen nicht korrekter Abrechnungen oder der Ablehnung einer Kostenübernahme durch die Krankenkasse („Finanzierung“) an. An dritter Stelle steht mit 16 Fällen die Kritik an der „Immobilisierung“ der Bewohnerinnen und Bewohner. Konkret wurden der Einsatz von zu starken Psychopharmaka, Inkontinenzartikeln und Magensonden sowie die fehlende Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner generell beanstandet.

Bei den 50 von den Pflegekräften hervorgebrachten Beschwerdegründen ging es ebenfalls überwiegend ( $n=19$ ) um Probleme im personellen Bereich wie zum Beispiel die eigene Überforderung aufgrund chronischer personeller Unterbesetzung oder Mobbing auf der Station. In jeweils 5 Fällen wurden das verbalaggressive Verhalten von

Kolleginnen und Kollegen, Angehörigen oder Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. das fehlerhafte Dokumentieren von Pflegeverrichtungen und die manipulierten Dienstpläne bemängelt.

Pflegebedürftige, die die Beratungs- und Beschwerdestelle kontaktierten, thematisierten hauptsächlich ihre Unzufriedenheit mit der eigenen rechtlichen Betreuung (n=5), kritisierten die Unzuverlässigkeit ihrer Sozialstation, die mangelnde Qualifikation des Personals sowie den Einsatz männlicher Pflegekräfte (n=4). Weitere Beschwerden fielen in die Bereiche „Immobilisierung“ (Festziehen der Rollstuhlbremse; Schlafmittel anstelle von Bewegung), „Finanzierung“ (schlechte Beratung bei Finanzierungsfragen; Rechnung für Krankentransport), „Verbalaggression“ (Ausländerfeindlichkeit; brüllender Pfleger), „Vernachlässigung der Versorgungspflicht“ (Wartenlassen) (jeweils n=2).

Bei den Beschwerden der 7 Betreuerinnen und Betreuer ging es zum einem um das inkorrekte Verhalten der bzw. des Betreuten (fristlose Kündigung des Betreuungsvertrages, „rechtliche Betreuung“; unverhältnismäßig hohe Ansprüche, „sonstiger Beschwerdegund“, jeweils n=1), zum anderen um Missstände, die ihnen in ihrer Betreuer Tätigkeit in Pflegeeinrichtungen aufgefallen sind. Diese waren zum Beispiel: 4 Mal eine ungenügende Flüssigkeitszufuhr, die unzureichende Mund- und Körperpflege sowie die unzureichende medizinische Versorgung (Warzenversorgung, allgemein schlechter Gesundheitszustand) (jeweils n=2).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen bemängelten Personalmangel, leistungsschwache Heimführung und das Fehlen eines Pflegekonzeptes („Personalwesen und Organisation“, n=3). Im Bereich der „unzureichenden Ernährung“ entsprachen die Mahlzeiten nicht dem Essensplan bzw. nicht den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerin (n=2). Weiter wurden zum Beispiel beanstandet: ein verbalaggressiver Bewohner, ein gewalttätiger Pfleger, ein herrischer Betreuer, die häufigen Stürze der Bewohnerinnen und Bewohner sowie das Fehlen eines Heimbeirates (jeweils n=1).

Tabelle 11: Beschwerdegründe und Kontaktperson							
Beschwerdegründe	Kontaktperson						
	gesamt	Angehörige/r	Pflegefachkraft	gepflegte Person	Betreuer/in	Mitarbeiter/-in Krankenkasse	Sonstige
Personalwesen und Organisation	54	23	19	4	1	3	4
Finanzierung	24	20		2			2
Immobilisierung	21	16	1	2	1		1
Ernährung	16	10			1	2	3
Verbalaggression	16	6	5	2		1	2
rechtliche Betreuung	16	8		5	1	1	1
Flüssigkeitszufuhr	15	11			4		
Körperpflege	15	10	2		2		1
ärztliche Versorgung	12	9		1	2		
tätlicher Angriff	9	2	1			1	5
Dokumentation	9	2	5			1	1

Tabelle 11: Beschwerdegründe und Kontaktperson							
Beschwerdegründe	Kontaktperson						
	gesamt	Angehörige/r	Pflege- fachkraft	gepflegte Person	Betreu- er/in	Mitarbeiter/ -in Kranken- kasse	Sonstige
hygienische Bedingungen	8	4	2				2
Vernachlässigung der Versorgungspflicht	8	5		2		1	
Zuwendung	6	4	1		1		
Dekubitus, -prophylaxe	5	5					
Vertragskündigung	5	3					2
Verletzung der							
Aufsichtspflicht	5	2			1	1	1
nächtliche Versorgung	4		4				
Medikamenten- vergabe	4	2	1			1	
Privat-/Intimsphäre	3	1	1		1		
unspezifische							
Beschwerde	11	6	2		1	1	1
Sonstiger							
Beschwerdegrund	30	16	6	1	2	1	4
gesamt	296	165	50	19	18	14	30

Unter der Kategorie der „Sonstigen“ finden sich unter anderem Freundinnen und Freunde von Pflegebedürftigen (insgesamt 4 Beschwerdegründe), die z. B. die finanzielle Ausbeutung durch eine Pflegekraft bzw. einen Betreuer (je  $n=1$ ) oder ihren Verdacht auf die Verabreichung von zu starken Sedativa ( $n=1$ ) meldeten, sowie Leitungspersonen, die z. B. das unkooperative Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern und Angehörigen monierten.

Von den 3 anonymen Anruferinnen und Anrufern wurden rüde Umgangsformen auf der Station, Mobbing durch die Pflegedienstleitung, der tätliche Angriff einer Wohnbereichsleitung, das unsaubere Pflegen am Patienten, das Dokumentieren in der Freizeit, sowie das Pflegesystem im Allgemeinen bemängelt (jeweils  $n=1$ ).

Von den 2 Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern wurden folgende Beschwerden vorgebracht: mangelhafte Kooperation mit dem Betreuer vonseiten einer Sozialstation, geplante Gewalt gegenüber einer ambulant Versorgten durch Pflegekräfte, kein Anreichen der Speisen, Bewohnerin riecht nach Urin, verwahrloste Wohnung, Anlassen des Herdes sowie zu späte Bettruhe (jeweils  $n=1$ ).

### Beschwerdegründe nach Versorgungsart

Betrachtet man die Beschwerdegründe hinsichtlich der Versorgungsart (Tabelle 12), zeigt sich, dass die meisten aufgeführten Beschwerdegründe (231 von 296) von Missständen in der vollstationären Dauerpflege handeln.

Tabelle 12: Beschwerdegründe und Art der Versorgung				
Beschwerdegründe	Art der Versorgung			
	gesamt	stationäre Dauerpflege	ambulante Pflege	Sonstige
Personalwesen und Organisation	54	37	16	1
Finanzierung	24	15	8	1
Immobilisierung	21	20		1
Ernährung	16	14	2	
Verbalaggression	16	11	5	
rechtliche Betreuung	16	9	6	1
Flüssigkeitszufuhr	15	14		1
Körperpflege	15	13	1	1
ärztliche Versorgung	12	11		1
tätlicher Angriff	9	6	3	
Dokumentation	9	8	1	
hygienische Bedingungen	8	6	1	1
Vernachlässigung der Versorgungspflicht	8	7	1	
Zuwendung	6	4	2	
Dekubitus, -prophylaxe	5	4	1	
Vertragskündigung	5	5		
Verletzung der Aufsichtspflicht	5	4	1	
nächtliche Versorgung	4	4		
Medikamentenvergabe	4	4		
Privat-/Intimsphäre	3	3		
unspezifische Beschwerde	11	7	3	1
sonstiger Beschwerdegrund	30	25	3	2
gesamt	296	231	54	11

54 Beschwerdegründe thematisieren Probleme im ambulanten Pflegebereich. Die Anzahl von Beschwerdegründen, die eine Situation in Krankenhäusern (n=4), in der Kurzzeitpflege (n=3) oder in sonstigen Einrichtungen (n=2) betreffen, stellt in dieser Stichprobe eine eher marginale Größe dar und wird daher unter der Kategorie „Sonstiges“ subsumiert.

In der dauerhaft vollstationären Pflege wurde überwiegend von Misständen im Bereich Personal und Organisation berichtet (n=37). Themen waren insbesondere Personal-mangel, inkompetente Führung, Mobbing, die Kündigung des Arbeitsvertrages sowie das unkooperative Verhalten vonseiten der Pflegekräfte. Beschwerden aufgrund des unnötigen Einsatzes von pflegeerleichternden Maßnahmen („Immobilisierung“, n=20), Schwierigkeiten hinsichtlich der Abrechnungs- und Finanzierungsregelungen von Pflegeleistungen („Finanzierung“, n=15) sowie Mängel im Bereich der „Ernährung“ und „Flüssigkeitszufuhr“ (jeweils n=14) wurden wesentlich häufiger im Rahmen einer stationären als im Rahmen einer ambulanten Pflege vorgebracht.

Misstände im Bereich „Personalwesen und Organisation“ bzw. die Unzufriedenheit mit der Leistung der Sozialstation waren auch im Bereich der häuslichen Versorgung die am meisten genannte Beschwerde (n=16). Darauf folgten mit 8 Nennungen Ungereimtheiten hinsichtlich diverser Finanzierungsfragen sowie Schwierigkeiten, die im Rahmen einer rechtlichen Betreuung entstanden sind (n=6).

Die Gewaltformen „tätlicher Angriff“ sowie „Verbalaggression“ kamen in der stationären Dauerpflege jeweils doppelt so häufig vor wie im ambulanten Bereich.

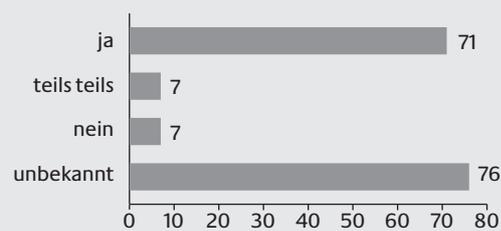
## 4.4 Beschwerdegründe – berechtigt?

Die von den Betroffenen geschilderten Misstände sind subjektiv und voller Emotionen. Daher gilt es bei den Interventionsversuchen der Mitarbeiterinnen von „Pflege in Not“ in Gesprächen die Problemlagen zu objektivieren und den tatsächlichen Beschwerdeinhalten und -ursachen auf den Grund zu gehen. Dabei kommt es vor, wie Fallbeispiel 2 des Exkurses (S. 53) verdeutlicht, dass eine zu Anfang als „Opfer“ auftretende Person im Zuge der Mediation (auch) als „Täter“ gesehen werden kann.

Leider bleibt in der Stichprobe bei einem Großteil der Beschwerdekontakte (76 von 161) verborgen, inwieweit es sich hierbei nach Beurteilung der Mitarbeiterinnen von „Pflege in Not“ tatsächlich um gerechtfertigte Beschwerden handelte (Abbildung 17). Entweder war die Begleitung eines Falles durch die Beratungs- und Beschwerdestelle nicht nötig bzw. nicht von der/dem Betroffenen erwünscht, sodass die Beraterinnen sich von der wirklichen Situation kein endgültiges Bild machen konnten. Oder spezielle Fälle wurden in nicht seltenen Fällen bei Bedarf an entsprechende Fachexpertinnen und -experten (z. B. Anwälte, Berufsgenossenschaft etc.) weitergeleitet. Vereinzelt konnte der Ausgang eines Falles nicht mehr nachvollzogen werden.

Bei 71 Beschwerdeanrufen stellte sich nach Angaben von „Pflege in Not“ im Nachhinein heraus, dass die formulierten Beschwerden berechtigt waren. Dagegen erwiesen sich in 7 Fällen die vorgebrachten Misstände als unglaubwürdig, in weiteren 7 Fällen als nur teilweise berechtigt.

Zieht man die Anzahl der „unbekannten“ Fälle von der Gesamtzahl der Beschwerdeanrufe ab (bekannte Fälle n=85), zeigen sich lediglich 8,2% der Beschwerdefälle, die sich nach Ansicht der Beraterinnen nicht erhärten konnten.

**Abbildung 17:****Beschwerdegründe – berechtigt (n=161)****Berechtigte Beschwerde und Kontaktperson**

Differenziert nach Kontaktpersonen wird deutlich (Tabelle 13), dass sich von den 46 Beschwerdeanrufen der Angehörigen mit bekanntem Ausgang 36 Mal die Beschwerde als gerechtfertigt, 6 Mal als nicht gerechtfertigt und 4 Mal als teilweise gerechtfertigt herausstellte.

**Tabelle 13: Berechtigte Beschwerde und Kontaktperson**

Kontaktperson	Berechtigte Beschwerde			
	gesamt	ja	teilweise	nein
Angehörige/r	46	36	4	6
Pflegefachkraft	17	17		
gepflegte Person	8	4	3	1
Leitungsperson	3	3		
Mitarbeiter/in Krankenkasse	3	3		
Freund/in	2	2		
Betreuer/in	1	1		
Sonstige	4	4		
unbekannt	1	1		
gesamt	85	71	7	7

Alle 17 Beschwerdeanrufe von Pflegefachkräften, deren Inhalte „Pflege in Not“ genauer untersuchen konnte, stellten sich als überzeugend dar.

Von den von 8 Pflegebedürftigen geschilderten Problemen, denen nachgegangen wurde, waren 4 Mal die Angaben korrekt, 3 Mal teilweise und 1 Mal stellte sich die Situation anders dar.

Alle 4 Beschwerden, die von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, einer Berliner Zeitung und einer Qualitätsbeauftragten einer Pflegeeinrichtung vorgebracht wurden, bestätigten sich, ebenso die 3 Beschwerden von Leitungspersonen bzw. von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Krankenkasse.

**Berechtigte Beschwerde und Beschwerdeursachen**

Interessant ist auch die Frage, welche vorgebrachten Einzelbeschwerden sich im Nachhinein als gerechtfertigt herausgestellt hatten (Tabelle 14): Insgesamt mussten fast 90% aller von „Pflege in Not“ nachgegangenen Beschwerdegründe als bestätigt klassifiziert werden (n=147). 11 formulierte Missstände entsprachen dagegen teilweise und 9 nicht den vorgefundenen Tatsachen.

Beschwerdegründe	Berechtigte Beschwerde			
	gesamt	ja	teilweise	nein
Personalwesen und Organisation	27	22	4	1
Finanzierung	15	8	2	5
Immobilisierung	11	11		
Ernährung	11	10	1	
Verbalaggression	10	8	2	
Körperpflege	9	9		
ärztliche Versorgung	8	8		
Dokumentation	8	8		
Flüssigkeitszufuhr	7	7		
hygienische Bedingungen	7	6	1	
tätlicher Angriff	5	5		
rechtliche Betreuung	5	3	1	1
Vernachlässigung der Versorgungspflicht	4	4		
Medikamentenvergabe	4	4		
Zuwendung	3	3		
nächtliche Versorgung	3	3		
unspezifische Beschwerde	2	2		
Dekubitus, -prophylaxe	2	2		
Vertragskündigung	2	2		
Privat-/Intimsphäre	2	2		
Verletzung der Aufsichtspflicht	1	1		
sonstiger Beschwerdegrund	19	17		2
<b>gesamt</b>	<b>167</b>	<b>147</b>	<b>11</b>	<b>9</b>

- 22 von den 27 nachgegangenen Beschwerden im Personal- und Organisationsbereich waren sehr wohl, 4 teilweise und 1 nicht gerechtfertigt.
- Bei den 15 bekannten Missständen, die diverse Finanzierungsfragen betreffen, erwiesen sich 8 als berechtigt, 2 zum Teil und 5 als nicht berechtigt.
- Alle der 11 Immobilisierungsvorwürfe, deren Inhalte auf ihre Glaubhaftigkeit überprüft werden konnten, mussten als überzeugend klassifiziert werden.
- Beschwerden aufgrund von verbalen Aggressionen bestätigten sich in 8 von 11 bekannten Fällen.

Beispiele von Beschwerdefällen, die sich als gerechtfertigt herausgestellt haben:

- Eine Qualitätsbeauftragte eines Heimes berichtet von einer Pflegekraft, die einen Bewohner geschlagen hat. Der Pflegekraft wurde fristlos gekündigt.

- Eine Pflegekraft beklagt die Situation der Einrichtung, in der sie beschäftigt ist: Bewohnerinnen und Bewohner wurden wochenlang nicht gewaschen, kommen nicht aus ihren Betten; chronische Unterbesetzung der Frühschicht, der Heimleiter hat engagierte PDL „rausgeekelt“. Eine Strafanzeige wurde eingeleitet.
- Ein Heim steht kurz vor der Schließung, unter anderem wegen folgender Mängel: Bewohnerinnen und Bewohner werden kaum gebadet oder eingecremt, Urinwindeln werden nicht gewechselt, das Personal ist lieblos und erzeugt bei den Angehörigen ein schlechtes Gewissen, weil diese sich nicht selbst um „ihre“ Pflegebedürftigen kümmern.
- Ein Heimleiter beschwert sich gerechterweise über das unkooperative Verhalten einer Bewohnerin. Trotz individualisierter Pflege kein Entgegenkommen ihrerseits.
- Ein Pfleger einer Sozialstation wird versetzt, da er eine Pflegebedürftige mit sexuellen Anzüglichkeiten attackiert hat.
- Ein Angehöriger beschwert sich zu Recht darüber, dass die Krankenkasse die Kosten für den Krankentransport nicht übernehmen möchte.
- Eine Alzheimerpatientin zieht sich bei einem Sturz einen Nasenbruch zu, da sie sediert war.
- Ein Bewohner beschwert sich mehrmals darüber, dass die Pflegekräfte die Bremse am Rollstuhl festziehen und ihm die Klingel wegnehmen.
- Eine Tochter entrüstet sich darüber, dass das Essen im Heim einfach vor die Bewohnerinnen und Bewohner hingestellt und später wieder abgeräumt wird, unabhängig davon, ob diese in der Lage waren zu essen oder nicht.
- Eine ambulant versorgte Pflegebedürftige wird von ihrem rechtlichen Betreuer finanziell ausgebeutet.

Die 9 ungerechtfertigten Beschwerdegründe waren:

- 5 Beschwerden zum Thema Abrechnungsfehler vonseiten einer Pflegeeinrichtung sowie Krankentransportfinanzierung: Die Forderungen der Einrichtungen bzw. der Krankenkasse stellten sich als gerechtfertigt heraus;
- Hausverbot für Angehörige und pflegerische Tätigkeiten in der Nacht („Sonstige Beschwerdegründe“, n=2): Das Hausverbot diente zum Schutz der Pflegebedürftigen und pflegerische Tätigkeiten zur Nachtzeit konnten nicht nachgewiesen werden;
- jeweils eine Beschwerde aus dem Bereich „Personal und Organisation“ (zu wenig Personal) sowie „rechtliche Betreuung“ (Entzug der rechtlichen Betreuung): Der niedrige Personalstand erwies sich als ein vorübergehender Engpass aufgrund hoher Krankenzahlen unter dem Personal, der Entzug der rechtlichen Betreuung galt als Schutzmaßnahme für die Pflegebedürftige.

## Exkurs: Zwei Fallbeispiele

Anhand zweier Fallbeispiele soll verdeutlicht werden, wie komplex Beschwerdefälle sein können, welche Interventionsmaßnahmen eingesetzt werden und dass „Opfer“ und „Täter“ von Missständen nicht immer klar voneinander zu trennen sind.

◀ Inhalt

### Fallbeispiel 1: Herr M., Bewohner eines Pflegeheimes

◀ zurück

Herr M. meldete sich anfänglich immer nur auf unserem Anrufbeantworter und äußerte dort seine Beschwerden. Oft eröffnete er das „Gespräch“ mit dem Satz: „Hier ist Herr M. aus dem Schurkenheim ...“. Das Pflegepersonal lasse ihn sehr oft stundenlang abends auf dem Toilettenstuhl sitzen und er sei müde und könne nicht ins Bett. Gleichzeitig sei seine Klingel abgestellt, sodass er sich nicht bemerkbar machen könne. Ebenso käme es vor, dass einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seine Bremse hinten am Rollstuhl feststellten, sodass er sich nicht fortbewegen könne. Ein weiteres Ärgernis war das Entwenden von Abfuhrmitteln durch das Personal. Trotz mehrerer Gespräche mit der Heimleitung und dem Betreuer änderte sich über Monate nichts grundlegend. Die Situation spitzte sich zu, als Herr M. – festgehalten durch die Zeitansagen unseres Anrufbeantworters – an einem Wochenende über Stunden nicht versorgt wurde. Ich [Mitarbeiterin von „Pflege in Not“, Anm. d. Verf.] schlug eine Mediation in der Einrichtung vor, um im gemeinsamen Gespräch die Situation zu klären.

weiter ▶

Im Gespräch mit Herrn M., der Pflegedienstleiterin und dem Betreuer wurden folgende Probleme deutlich: Herr M. nahm sehr viele Abfuhrmittel, weil er gelesen hatte, dass dies seine Kopfschmerzen mildere. Durch sein häufiges Klingeln mit der Bitte um Umsetzen vom Rollstuhl auf den Toilettenstuhl und zurück fühlten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestresst. Vor allem abends vor dem Schlafengehen und nachts kam es immer zu häufigem Klingeln und lautstarken Auseinandersetzungen. Daraus folgte, dass einige Pflegekräfte ihn sozusagen „festsetzten“ und die Klingel ausschalteten. Diese führten dann die abendlichen Tätigkeiten auf anderen Wohnbereichen fort, sodass Herr M. oft unangemessen lange warten musste, bis er wieder fortbewegt wurde. Gleichzeitig beschimpfte Herr M. das Personal mit Kraftausdrücken.

Durch behutsame Klärung der gesamten Problematik wurde eine Vereinbarung getroffen, die für alle annehmbar war: Herr M. wird abends/nachts auf den Toilettenstuhl gesetzt, zügig wieder runtergeholt und ins Bett gebracht, damit er weiterschlafen kann. Das Feststellen des Rollstuhls hat generell zu unterbleiben. Das Entwenden von Abfuhrmitteln ist nicht gestattet. Der Betreuer bespricht sich mit dem Arzt und der Apotheke, um ein neues milderes Mittel auszuprobieren. Die PDL informiert die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Vereinbarung, damit diese auch vom gesamten Personal getragen wird. Herr M. bemüht sich, im Umgang mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine freundliche Ansprache zu finden. Die Vereinbarung wird im Zimmer von Herrn M. an die Wand gehängt, damit sich alle Beteiligten daran orientieren können.

Herr M. hatte noch mal betont, dass er in dem Pflegeheim verbleiben möchte. Bis auf die o. g. Punkte sei er mit der Einrichtung und einem Großteil des Personals zufrieden.

### **Fallbeispiel 2:** Frau A., Angehörige einer Pflegeheimbewohnerin

Frau A., eine knapp sechzigjährige Tochter, kam in die Beratung, da sie große Angst hatte, auch im aktuellen Heim ein Hausverbot zu bekommen und schließlich ihre Mutter wieder nach Hause nehmen zu „müssen“.

In einem langen Beratungsprozess erschloss sich Folgendes:

Frau A. hatte ihre 82-jährige Mutter wegen fortschreitender Demenz sechs Wochen bei sich zu Hause aufgenommen und gepflegt. Nachdem sie sie mehrfach geschlagen hatte (mit der Bürste auf den Kopf) und sie so geschubst hatte, dass sie gestürzt war (ohne größere Verletzungen davonzutragen), litt sie unter extremen Schuldgefühlen und brachte ihre Mutter schließlich in einem Heim unter.

Da die Pflegekräfte in den Augen der Tochter nichts richtig machten (Körperpflege, Versorgung mit Medikamenten etc.), war sie „gezwungen“, die Pflege der Mutter im Heim selbst zu leisten. Die Pflegekräfte erlebten die Tochter als aggressiv und vereinnahmend gegenüber der Mutter sowie als permanent unzufrieden und aggressiv gegenüber dem Personal. Die Situation eskalierte, sodass das Haus ihr schließlich Hausverbot erteilte. Daraufhin hatte sie ihre Mutter in einem neuen Heim untergebracht. Wieder zeichneten sich erste Konflikte ab und eine Odyssee von Umzügen von Heim zu Heim begann: Fristlose Kündigungen, Hausverbote; immer geht die Tochter – sozusagen mit ihrer Mutter im Schlepptau – im Bösen.

Im Rahmen der psychologischen Begleitung erfuhren wir von ihrer Trauer darüber, dass die Mutter ihr gegenüber bis heute immer den Sohn vorgezogen hatte. Ein weiterer Konflikt bestand darin, dass die strenge Mutter, die früher sehr pingelig war und bei ihrer Tochter nie etwas durchgehen lassen hat, sich nun selber nicht mehr an die „Regeln“ hielt (...) Frau A. wurde dann von einer fassungslosen Wut erfasst (...).

Im Verlauf der Beratung konnte Frau A. so weit auf Distanz zu ihrer Mutter gehen, dass sie die rechtliche Betreuung abgab, ihre Mutter seltener, aber unbelasteter besuchen und ein Eskalieren des Konfliktes mit dem Heim vermieden werden konnte. Außerdem beginnt sie eine Therapie, in der sie dabei ist, die lebensgeschichtlichen Verletzungen zu überwinden, die hinter den heftigen Aggressionen gegenüber der Mutter stehen.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

# V.

## Vergleich der Datenquellen

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Der Hauptunterschied zwischen den beiden hier untersuchten Datenquellen sind die verschiedenen Ansätze, die beiden Beschwerdestellen zugrunde liegen, wobei jede Beschwerdestelle für sich genommen ihre eigenen Schwerpunkte hat.

Das Sammeln von hauptsächlich schriftlich verfassten Beschwerden über die Versorgungsmängel in der Altenpflege von Fussek in München ist nicht institutionell eingebettet und beruht ausschließlich auf privater Initiative. Ziel seines Engagements ist, mit offensiven Auftritten in der (politischen) Öffentlichkeit die Allgemeinheit, vor allem aber die Politik, immer wieder mit der Bekanntgabe schockierender Fälle aus der Altenpflege „wachzurütteln“, sie mit erschütternden Tatsachen zu konfrontieren, um somit beizutragen, die fachliche und sozialpolitische Diskussion zu diesem Thema am Laufen zu halten.

„Pflege in Not“ in Berlin macht ebenfalls durch Öffentlichkeitsarbeit (Medienauftritte, Vorträge etc.) auf Gewalt und Konflikte in der Altenpflege aufmerksam, jedoch aufgrund knapper Ressourcen in weitaus geringerem Maße als Fussek in München. „Pflege in Not“ ist vielmehr eine eigens für die Behandlung von Missständen eingerichtete Beratungs- und Beschwerdestelle mit der Intention, die an sie herangetragenen Missstände und Konflikte in der Altenpflege mithilfe von Beratung, Begleitung und Vermittlung zu lösen bzw. ihnen durch Fortbildungen von Pflegepersonal vorzubeugen und somit zur Verbesserung der Pflegequalität aktiv beizutragen.

Aufgrund der eben geschilderten ungleichen Herangehensweisen der beiden Beschwerdestellen sowie der darin begründeten unterschiedlichen Erfassungsweisen der jeweiligen Beschwerdedokumente können keine direkten Vergleiche zwischen den beiden Untersuchungsergebnissen gezogen bzw. interpretiert werden. Im Folgenden sollen daher lediglich beschreibende Gegenüberstellungen dargestellt werden:

Hinsichtlich Anzahl, Herkunft, Kontaktperson, Versorgungsart, Beschwerdebezug und -anlass unterscheiden sich die Beschwerdefälle nicht wesentlich, wobei sich die Beschwerdefälle aus Berlin zum Teil in der Tendenz heterogener darstellen als diejenigen aus München:

Die größere Anzahl an Beschwerdekontakten in München (296 versus 161) lässt sich auf den dort umfangreicheren Untersuchungszeitraum (1995 bis 2005 versus 2000–2004) zurückführen.

Beide Stellen erhalten überwiegend Beschwerden aus dem jeweiligen Bundesland, und zwar hauptsächlich von Angehörigen – in Berlin relativ gesehen häufiger als in München –, gefolgt von den Pflegefachkräften – in München häufiger als in Berlin. Sind unter den Berliner Kontaktpersonen vermehrt auch Pflegebedürftige sowie ihre Betreuerinnen und Betreuer vorzufinden, sind das in München eher Leitungspersonen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK bzw. der Heimaufsicht.

In beiden Beschwerdestellen handeln die meisten Briefe bzw. Anrufe von Missständen in der stationären Vollzeitpflege, wobei das in Berlin seltener der Fall ist, dort dafür aber wesentlich mehr Beschwerdefälle im ambulanten Bereich auftreten.

Was den Beschwerdebezug angeht, sind nach der Auswertung der Datenquellen die gepflegten Personen mit Abstand am häufigsten von Missständen betroffen, in Berlin jedoch relativ gesehen wieder seltener als in München. Dagegen spielen in Berlin zusätzlich Pflegefachkräfte und Angehörige eine stärkere Rolle.

Hinsichtlich des Beschwerdeanlasses halten sich in München die sogenannten Einzelfälle sowie die Beschwerden, die die Situation einer Pflegeeinrichtung allgemein bemängeln, fast die Waage. Dagegen konzentrieren sich die Beschwerden, die an „Pflege in Not“ gerichtet sind, deutlich auf Missstände, von denen einzelne Personen betroffen sind („Einzelfälle“). Beschwerden, die die generelle Situation in der Pflege kritisieren, spielen in München eine geringe, in Berlin eine zu vernachlässigende Rolle.

Bezüglich der Rangfolge der erfassten Beschwerdegründe gleichen sich beide Datensätze nur hinsichtlich des am häufigsten genannten Beschwerdegrundes: Demzufolge wurden bei beiden, zu ähnlichen Anteilen und mit großem Abstand zu den anderen Beschwerdeursachen, Missstände aus dem Bereich „Personalwesen und Organisation“ angegeben.

Für die darauf folgende Aufzählung zeigt sich ein differenzierteres Bild: So bemängeln die Beschwerdeträgerinnen und -träger aus der Münchner Stichprobe überwiegend eine unzureichende „Ernährung“ und „Flüssigkeitszufuhr“ sowie schlechte „hygienische Bedingungen“ und fehlerhafte „Medikamentenvergabe“. Dagegen fallen in den Berliner Unterlagen vermehrt Beschwerden hinsichtlich der „Finanzierung“, „Immobilisierung“ oder „Verbalaggression“ ins Gewicht. Unzureichende „Flüssigkeitszufuhr“ und „hygienische Bedingungen“ sowie vor allem eine fehlerhafte „Medikamentenvergabe“ waren dafür seltener Grund für Beanstandungen. Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit einer „rechtlichen Betreuung“ entstanden sind, finden sich unter den Beschwerden aus der Berliner Beratungsstelle noch unter dem ersten Drittel, in den Fällen aus der Sammlung von Fussek spielen derartige Beschwerden kaum eine Rolle. Auffallend an der Münchner Stichprobe ist die doppelt so hohe Anzahl der einzelnen Beschwerdegründe pro Kontakt ( $\bar{\varnothing}=3,6$ ). In 7 Fällen werden mehr als 10 verschiedene Missstände aufgeführt, in einem Fall waren es sogar 15. In Berlin dagegen kamen im Schnitt nur 1,8 Mängel pro Kontakt zur Sprache. Anrufe mit einer einzelnen Beschwerde überwiegen deutlich. Lediglich ein Mal werden bei einem Anruf sieben als maximale Anzahl unterschiedlicher Missstände aufgezählt.

Die unterschiedlichen Höhen der Beschwerdebüfungen lassen sich vermutlich auf die ungleiche Herangehensweise an die Problematik „Missstände in der Altenpflege“ der beiden Beschwerdestellen zurücführen. In der Münchner Sammlung befinden sich überwiegend Beschwerdebriefe, die sehr ausführlich – vor allem nach der Aufforderung von Fussek an die Anruferinnen und Anrufer, alle Beschwerden detailliert niederzuschreiben –, persönlich und emotional Missstände und Nöte im Rahmen der Altenpflege schildern. Die Darstellungen der Anruferinnen und Anrufer von „Pflege in Not“ waren nicht minder dramatisch. Sie stellten sich jedoch aufgrund einer im Vorfeld zielgerichteten Gesprächsführung zwischen Anruferin bzw. Anrufer und Beraterin sowie einer später bereits selektiven, ergebnisorientierten Weitergabe der Beschwerdeinhalte im Zuge der Datenerhebung um einiges sachlicher und komprimierter dar.

Ein weiterer Unterschied zwischen den Beschwerdefällen von Fussek und denen von „Pflege in Not“ ist die Möglichkeit, für Letztere teilweise Aussagen über den Wahrheitsgehalt der Beschwerdeinhalte treffen zu können. Auch diese Differenz lässt sich mit den verschiedenen Ansätzen beider Beratungsstellen – wie bereits oben ausgeführt – erklären.

# VI.

## Schlussfolgerungen

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

In der vorliegenden Studie wurde anhand der Beschwerdesammlung von Fussek, München, und der Unterlagen der Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“, Berlin, untersucht, in welchem Ausmaß welche Probleme und Missstände in der Altenpflege hauptsächlich genannt werden und in welchen Versorgungsbereichen diese überwiegend auftreten.

Beiden Beschwerdestellen liegt ein unterschiedlicher Ansatz zugrunde:

Fusseks Verdienst liegt vor allem in seinem persönlichen Engagement, mithilfe der von ihm gesammelten Beschwerden vor allem in der politischen Öffentlichkeit offensiv auf die Missstände in der Altenpflege aufmerksam zu machen. Die Leistungen der Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“ zeigen sich primär in ihrem Bestreben, die an sie herangetragenen Missstände und Konflikte, die im Rahmen einer Pflegesituation entstanden sind, vor Ort und aktiv durch (Beratungs-)Gespräche und Interventionsmaßnahmen abzumildern bzw. aufzulösen.

Bei der Interpretation der empirisch erhobenen Daten ist zu bedenken, dass die analysierten Beschwerdefälle beider Stichproben nicht repräsentativ sind, also keine Rückschlüsse auf die allgemeine Situation der Pflegelandschaft zulassen. Zum einen gibt es keine vollständigen (wie bei „Pflege in Not“, Berlin) bzw. überhaupt keine Kenntnisse (wie bei Fussek, München) darüber, inwieweit die geschilderten misslichen Situationen und Geschehnisse in der Pflege tatsächlich der Wahrheit entsprechen. Zum anderen sind die Beschwerdestellen München und Berlin keine Anlaufstelle für die gesamte Bundesrepublik. Des Weiteren muss davon ausgegangen werden, dass eine nicht unerhebliche Anzahl tatsächlicher Missstände als Dunkelziffer ungemeldet bleibt.

Dennoch ergab die Analyse der Dokumente beider Beschwerdestellen, dass bei einer großen Anzahl der vorliegenden Beschwerden tatsächlich von gravierenden Missständen in der Altenpflege die Rede sein kann. Die Anzahl der sogenannten Bagatellbeschwerden ist verhältnismäßig gering.

Wie bereits im vorherigen Kapitel dargestellt, handelten die Beschwerden, neben der am häufigsten identifizierten Beschwerdeursache „Personalwesen und Organisation“, hauptsächlich von Missständen, die Pflegebedürftige im Rahmen ihrer Pflege und Betreuung am eigenen Leib erfahren mussten. In der Berliner Stichprobe fanden sich – neben den Schwierigkeiten aufgrund von Finanzierungsangelegenheiten – vor allem Beschwerden des unnötigen Einsatzes von immobilisierenden Maßnahmen (z. B. Einsatz

von Katheter, Sonden) sowie der Anwendung von psychischer Gewalt. In den Unterlagen der Beschwerdestelle München wurden insbesondere Unzulänglichkeiten bei der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sowie im hygienischen Bereich moniert, gefolgt von dem Vorwurf einer fehlerhaften Medikamentenvergabe und der Immobilisierung.

Bei der Sichtung der Unterlagen wurde darüber hinaus deutlich, wie groß das persönliche Leid ist, welches sich hinter den einzelnen Beschwerden verbirgt. Hilflosigkeit, Wut und Schmerz der Betroffenen können mit statistischen Zahlen kaum wiedergeben werden.

Nach der Analyse der Beschwerdefälle stellt sich die Frage, worin die Ursachen dieser Missstände begründet liegen. Sind es die Rahmenbedingungen wie z. B. die Pflegeversicherung, die es den Einrichtungen erschweren, eine qualitativ gute und ausreichende Pflege zu leisten? Oder sind die jeweiligen Einrichtungen selbst für die Missstände in ihren Häusern verantwortlich? Diese Fragen lassen sich nicht ohne weiteres beantworten.

Die Tatsache, dass es Einrichtungen gibt, die unter denselben Rahmenbedingungen eine qualitativ bessere Pflege erbringen können, lässt es jedoch sinnvoll erscheinen, die Probleme erst einmal „vor Ort“, in den Pflegeeinrichtungen selbst anzugehen. Dabei gilt es herauszufinden, ob eine Optimierung der Pflege bei gleichen Rahmenbedingungen möglich ist oder nicht.

In diesem Zusammenhang kommt den Beratungs- und Beschwerdestellen eine bedeutende Rolle zu: Mit ihrer Hilfe wird den Problemen in Pflegehaushalten und Pflegeheimen auf den Grund gegangen und Konflikte werden gelöst. Sie bieten Pflegebedürftigen, Angehörigen und dem Pflegepersonal eine anonyme Anlaufstelle bei Schwierigkeiten und Konflikten, die im Rahmen des Pflegealltags entstehen. Mithilfe von persönlichen Beratungsgesprächen, Mediationen und Supervisionen werden Lösungswege für alle Beteiligten erarbeitet und umgesetzt.

Dass sich zunehmend auch Pflegekräfte und Einrichtungsleitungen an die Beratungs- und Beschwerdestelle wenden, verdeutlicht, dass Pflegeeinrichtungen an einer Verbesserung der Situation aktiv interessiert sind und dort professionelle Hilfe suchen. Sie fragen Fortbildungsangebote nach, in denen es nicht mehr nur um die theoretische Abhandlung des Gewaltbegriffs geht, sondern um konkrete Handlungsanleitungen und Kommunikationshilfen bei Konflikten mit Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen.

Bedenkt man, dass ein Heimeinzug für ältere Menschen eine massive Einschränkung ihrer Lebensgewohnheiten bedeutet und dass es sehr belastend ist, gerade in den letzten Lebensjahren vom Wohlwollen anderer Menschen abhängig zu sein, ist die Dringlichkeit, unnötiges zusätzliches Leid für diese Personen weitestgehend zu vermeiden, unverkennbar. Daher ist es wichtig, entsprechende Angebote sowohl für Hilfe suchende Bewohnerinnen und Bewohner als auch für Hilfe suchende Pflegekräfte und Leitungspersonen bereitzustellen. Diese können ein Beitrag zum Abbau von Missständen und Konflikten in der Altenpflege sowie zur Prävention sein.

In diesem Kontext muss die Bedeutung der pflegenden Angehörigen sowie deren Situation noch besonders herausgestellt werden. 70% der Pflegebedürftigen werden von Familienmitgliedern gepflegt und die Gesellschaft wird weiterhin auf die Pflegebereitschaft der Familienmitglieder angewiesen sein. Bei der Untersuchung der Krisentelefonate in der Beratungs- und Beschwerdestelle Berlin wurde jedoch deutlich, wie sehr pflegende Angehörige unter Schuldgefühlen, physischer und psychischer Überforderung sowie unter familiären Konflikten leiden und nicht selten an die Grenzen ihrer Belastbarkeit geraten.

Nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen von „Pflege in Not“ werden sich im Zuge des demografischen Wandels die Konflikte in der häuslichen Pflege zuspitzen. Aufgrund einer höheren Lebenserwartung ist davon auszugehen, dass sich die Pflegezeit verlängern wird und wegen verringerter Geburtenraten die soziale, pflegerische und finanzielle Unterstützung von pflegebedürftigen Familienmitgliedern auf weniger Geschwister verteilt werden muss. Daher gilt es, die Pflegebereitschaft von Angehörigen vermehrt zu fördern, angemessen zu honorieren und überforderte Pflegepersonen vor allem auch emotional durch derartige Beratungsstellen verstärkt zu unterstützen.

Um für eine Optimierung der Pflege feststellen zu können, ob Pflegequalität primär über modifizierte Rahmenbedingungen oder über die Einrichtungen selbst verbessert werden kann, ist eine fundierte Datengrundlage notwendig. Eine systematische Dokumentation der von den Beschwerdestellen bearbeiteten Beschwerden vorausgesetzt, sind die von Betroffenen selbst vorgebrachten Informationen über Missstände in der Pflege eine wertvolle Ergänzung des Datenmaterials, das bereits vom MDS aus den Qualitätskontrollen des MDK systematisch erhoben wird – zumal die Qualitätskontrollen häufig angekündigt werden und überwiegend nur die sichtbaren und messbaren Mängel dokumentiert werden können.

Da es noch keine flächendeckenden Erfahrungen mit der Arbeit von Beratungs- und Beschwerdestellen gibt, ist es für dieses Vorhaben unerlässlich, den Arbeitsumfang, das Vorgehen und die Resultate der Berater- und Interventionstätigkeit umfassend zu evaluieren. Es muss untersucht werden, inwieweit und unter welchen Umständen die Arbeit von Beratungs- und Beschwerdestellen geeignet erscheint, auch nachhaltig zu einer Verbesserung der Pflegemissstände beizutragen. Solange diese Frage nicht schlüssig beantwortet werden kann, scheint es übereilt, Veränderungen der Rahmenbedingungen zu forcieren.

## Literaturverzeichnis

**Garms-Homolová, V. & Roth, G.** (2004). *Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegegemängeln*. Forschungsbericht im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Unveröffentlichtes Manuskript. Düsseldorf.

**Landtag Nordrhein-Westfalen** (2005). *Situation und Zukunft der Pflege in NRW*. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

**Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.** (2004). *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI.

**Strauss, B. & Seidel, W.** (1998). *Beschwerdemanagement*. München, Wien: Carl Hanser Verlag.

**VIF – 25 Jahre plus**, 18. Juni 2004, Hrsg. u. v. i. S. P.: VIF

**Wingefeld, E. & Schnabel, E.** (2002). *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;  
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

**Herausgeber:**

Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend  
11018 Berlin  
[www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

**Bezugsstelle:**

Publikationsversand der Bundesregierung  
Postfach 48 10 09  
18132 Rostock  
Tel.: 0 18 05/77 80 90\*  
Fax: 0 18 05/77 80 94\*  
E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)  
Internet: [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

**Stand:**

Mai 2006

**Gestaltung:**

KIWI GmbH, Osnabrück

Für weitere Fragen nutzen Sie unser

Servicetelefon: 0 18 01/90 70 50\*\*

Fax: 0 30 18/5 55 44 00

Montag–Donnerstag 7–19 Uhr

\* es gelten die Preise der Standardtarife

\*\* nur Anrufe aus dem Festnetz, 9–18 Uhr 4,6 Cent,  
sonst 2,5 Cent pro angefangene Minute