

# Umsetzung der Vergütung nach Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege (Modulsystem)

Ursel Becher; Harry Herrmann; Holger Gerecke

- 1 Aufgabenstellung und Rahmenbedingung der Untersuchung
- 2 Datenerhebung
- 3 Vergütungssysteme in der ambulanten Pflege
  - 3.1 Angebote nach dem Pflegeversicherungsgesetz
  - 3.2 Das bisherige Leistungs- und Vergütungssystem
  - 3.3 Das neue „Modul“ - System
  - 3.4 Sonstige Leistungen
- 4 Auswertung der Interviews
  - 4.1 Charakterisierung der Untersuchungsgruppe
    - 4.1.1 Alter
    - 4.1.2 Geschlecht
    - 4.1.3 Pflegestufen
  - 4.2 Durchführung der Interviews
    - 4.2.1 Zur Problematik des Fragebogens und zur Interviewführung
  - 4.3 Auswertung des Fragebogens
    - 4.3.1 Informationen zu den Leistungskomplexen
    - 4.3.2 Kostenvoranschlag vor Pflegebeginn
    - 4.3.3 Vergleich zum bisherigen System
    - 4.3.4 Beurteilung der Leistungskomplexe
    - 4.3.5 Was fehlt im Modulsystem
    - 4.3.6 Die Entscheidungsfrage: Modul- oder Zeitsystem
  - 4.4 Schlußfolgerungen und Empfehlungen
5. Die Finanzierung der ambulanten Pflege durch ein Entgeltsystem  
auf der Basis von Leistungskomplexen in Berlin (von Holger Gerecke)

## 1. Aufgabenstellung und Rahmenbedingung der Untersuchung

Die im folgenden dargestellte Untersuchung erfolgte durch die Projektgruppe der Fachhochschule Potsdam im Auftrag der Leistungsanbieter, koordiniert durch den „Arbeitgeberverband Ambulanter Pflegedienste e. V., Landesvertretung Berlin“ und in Abstimmung mit den Pflegekassen und dem Berliner Senat.

Ausgangspunkt der Befragung war ein bereits von den Auftraggebern erstellter Frageleitfaden aus sieben Fragen, der der Untersuchung zugrunde liegen sollte. Ebenso war bereits vor der Auftragnehmung festgelegt, daß vier Bezirke eine

Stichprobe von insgesamt 60 Personen, die Nutzer ambulanter Pflegedienste sind, auswählen sollten, die für ein Interview zum Themenbereich bereit sein sollten.

Aufgabe der Projektgruppe war es, durch ausgebildete Interviewer eine Befragung dieses Personenkreises auf der Basis des Frageleitfadens durchzuführen, diesen auszuwerten und die Ergebnisse darzustellen. Der Bericht der Projektgruppe wird hiermit vorgelegt.

Im folgenden wird zunächst der Ablauf der Datenerhebung dargestellt (Teil 2). Anschließend folgen Ausführungen zu Vergütungssystemen in der ambulanten Pflege (Teil 3). Daran anschließend erfolgt eine Auswertung der Interviews (Teil 4). In der Anlage ist der Frageleitfaden, so wie er der Untersuchung vorgegeben war, abgedruckt.

## 2. Datenerhebung

Entsprechend der Vereinbarungen sollen 60 Nutzer von Pflegedienstleistungen, die seit dem 01.01.1997 im Rahmen des Modellversuchs ambulant betreut werden und auch schon vorher Leistungen erhielten, im Rahmen einer qualitativen Befragung interviewt werden. Dabei wurden nur solche Empfänger von Pflegedienstleistungen ausgewählt, die neben Leistungen gemäß §36 SGB XI auch ergänzende Leistungen gemäß §§68 ff. Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhalten. Dadurch sind sie den Bezirksämtern bekannt. Das Statistikreferat des Senats hat eine Quotierung der zu Befragenden nach dem Anteil der jeweiligen Pflegestufe festgelegt und vier Bezirke übernahmen die Aufgabe, entsprechend der Quotierung Freiwillige für ein Interview zu finden. Die vier Bezirke, in denen Interviews durchgeführt werden sollten, waren Charlottenburg, Köpenick, Neukölln und Weißensee. Zuständig für die Nennung der Teilnehmer an den Interviews waren die „Abteilungen Soziales“ der Bezirksämter. Die ursprüngliche Planung sah als Auswahlkriterien die Pflegestufe und den Bezirk vor.

Für das Kriterium Pflegestufe wurden 61 Personen vorgesehen und zwar in folgender Zusammensetzung:

der Pflegestufe 0	28 Personen
der Pflegestufe I	14 Personen
der Pflegestufe II	16 Personen
der Pflegestufe III	3 Personen

Beim Kriterium Bezirke reduzierte sich der Vorschlag auf 60 Interviewpartner, die nach Pflegestufen getrennt aufgeführt wurden, wobei sich die Bezirke „weniger an der prozentualen Verhältnismäßigkeit als an Fragen der Durchführbarkeit orientieren sollten“:

Tabelle 1: Ursprüngliche Planung der Interviews

	Charlottenburg	Neukölln	Köpenick	Weißensee	Gesamt:
Pflegestufe 0	10	5	7	5	27
Pflegestufe I	3	3	4	4	14
Pflegestufe II	4	4	4	4	16
Pflegestufe III	0	1	1	1	3
Gesamt	17	13	16	14	60

Die Bezirksämter erhielten die Aufgabe, Empfänger von ambulanten Pflegedienstleistungen ihrer Region anzusprechen, die Einverständniserklärungen einzuholen und der Projektgruppe die Namensliste und Einverständniserklärungen zu übermitteln. Dieses Vorhaben stellte sich als problematischer heraus, als dies ursprünglich angenommen war. Die ersten Einverständniserklärungen lagen der Projektgruppe erst Anfang Juni vor und die letzten zu Beginn der Woche in der ursprünglicher der Abgabetermin dieses Berichts vorgesehen war (4. Juli).

Die Probleme des Zugangs zu den Interviewpartnern und —partnerinnen beschränkten sich aber nicht nur auf die schleppende Übermittlung von Namen und Anschriften. Von den uns insgesamt genannten 57 Personen (statt ursprünglich geplant: 60) wurden von uns alle angesprochen, teils telefonisch, teils brieflich, teils durch von den Bezirksämtern genannte Kontaktpersonen. Von den 57 angesprochenen Personen waren 25 nicht bereit oder nicht in der Lage, ein Interview m führen. Es kam zu „Ausfällen“ aus folgenden Gründen:

### 1. Krankheit, Krankenhausaufenthalt

- Urlaub
- Zurückziehen der Einverständniserklärung; in einigen Fällen wurde gesagt, sie seien nur unter dem Druck des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin zustande gekommen
- in einigen Fällen war angegeben, daß unbedingt Betreuungspersonen beim Interview anwesend sein sollten. Es kam zu Ablehnungen durch die genannten Betreuungspersonen.
- Personen ohne Telefon wurden auf Empfehlung der für den Zugang genannten Personen angeschrieben und antworteten nicht.
- Einige Interviews kamen auch trotz Absprachen nicht zustande (kein Öffnen).

)ie Tatsache, daß schriftliche Einverständniserklärungen zurückgezogen werden, nag verwundern, jedoch war auch bei den zustande gekommenen Interviews öf-

ter die Befürchtung zu hören, durch die Auskünfte Nachteile in der Pflege zu bekommen.

Durch die Absagen und nicht zustande gekommenen Interviews ergibt sich folgendes Bild:

*Tabelle 2:* Durchgeführte Interviews

		geplante Interviewzahl	erhaltene Adressen	nicht zustande gekommen	durchgeführte Interviews
1	Charlottenburg	17	17	9	8
2	Neukölln	16	11	7	4
3	Weißensee	13	14	3	11
4	Köpenick	14	15	6	9
	Gesamt:	60	57	25	32

Von den 32 durchgeführten Interviews sind nur 30 auswertbar, bei einem sprach statt der Patientin ausschließlich die anwesende Pflegedienstleiterin, für eine Patientin sprach deren Betreuerin. Die Interviews dauerten zwischen 30 Minuten und über 90 Minuten.

### 3. Vergütungssysteme in der ambulanten Pflege

#### 3.1 Angebote nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Durch Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI), dessen 2. Stufe zum 01.07.1996 in Kraft getreten ist, soll die Pflege und ggf. auch stationäre Unterbringung pflegebedürftiger alter und behinderter Menschen sichergestellt werden. •

Ziel des Pflegeversicherungsgesetzes ist es, behinderten und pflegebedürftigen Menschen zu ermöglichen, „trotz ihres Hilfebedarfs ein weitgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“ Die Hilfen sind darauf ausgerichtet, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten. Eine Form der Selbstbestimmung ist in dem Sachverhalt zu sehen, daß die „Pflegebedürftigen ... zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen (können)“ (§2 Abs. 2 SGB XI).

Die Einführung des neuen Vergütungssystems nach Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege entspricht sicherlich auch den Bestimmungen des §2 Abs. 2, nach dessen den „Wünschen zur Gestaltung der Hilfe ..., soweit sie angemessen sind, ... entsprochen werden (soll)“. Obwohl in §2 Abs. 1 auch darauf verwiesen wird, daß „... die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pfl-

gebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten sind“, ist festzustellen, daß soziale Aspekte und sozial-therapeutische Hilfen im Leistungskatalog des Gesetzes nicht vorgesehen sind. Dieser Sachverhalt spiegelt sich auch in dem neuen Modulsystem der Pflegekassen und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wieder: Ein Sachverhalt, den die Betroffenen relativ stark beanstanden.

Die meisten Pflegebedürftigen begrüßen es, daß sie aufgrund der ambulanten Pflegeleistungen in ihrer gewohnten Umwelt bleiben können. Aufgrund ihrer Behinderungen leben sie aber in der Regel sehr isoliert. Häufig sind die Mitarbeiterinnen der Pflegedienste ihre einzigen Kontaktpersonen, so daß sich ihre sozialen Bedürfnisse sehr stark auf diese Personen konzentrieren, sei es bezogen auf Gespräche als auch auf Unterstützung, um durch deren Hilfe die Wohnung verlassen zu können und „draußen“ gelegentlich am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können.

#### 3.2 Das neue „Modul“ — System

Mit der Erarbeitung des Modulsystems wird die Senatsverwaltung dem Anspruch nach der heute vielfach diskutierten und inzwischen auch praktizierten Produktorientierung in der pflegerischen - und sozialen Arbeit gerecht.

Im Rahmen des Modellversuchs werden Pflegebedürftige einbezogen, die neben Leistungen gemäß §36 SGB XI auch ergänzende Leistungen gemäß §§68 ff. Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhalten.

Das neue Modulsystem wurde im Rahmen einer Modellphase — zunächst zeitlich befristet — flächendeckend in allen Bezirken vom 01. Januar 1997 bis zum 30. September 1997 eingeführt. In dem Rundschreiben VIII Nr. 39/1996 der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wird darauf hingewiesen, daß mit der Einführung des neuen Vergütungssystems nach Leistungskomplexen „eine zum Haushaltsstrukturgesetz konforme Umsetzung, die nur bei entsprechend restriktiver Handhabung erreicht werden kann“, zu ermöglichen ist (vgl. dort: 13 i — 6).

Zur Umsetzung des Modulsystems wurden Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, der Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege Berlin e.V. und dem Land Berlin gemäß §89 Pflegeversicherungsgesetz abgeschlossen. In dieser Vereinbarung wird die Vergütung geregelt, die nach „komplexbezogenen“ Pauschalen erfolgt, deren Betrag sich aus der Multiplikation der jeweiligen Punktzahl mit dem Punktwert ergibt.

Durch die durch die Pflegekassen zu gewährenden Leistungen werden ausschließlich hauswirtschaftliche und gesundheitsdienstliche Leistungen erbracht. Darüber hinaus werden im Rahmen einer Anlage 1 zur Vereinbarung nach §93

SGB XI Leistungskomplexe für die weitergehenden Leistungen nach §68 Abs. 1 Satz 2 BSHG sowie Leistungen gemäß §§ I 1 Abs. 3 und 70 BSHG geregelt. Die Leistungskomplexe 31 „Tagesstrukturierung und Beschäftigung“ und 33 „Psychosoziale Betreuung“ sind sicherlich für viele Pflegebedürftige bedeutsam.

Die Summe der im Rahmen der möglichen Leistungskomplexe zu erzielenden Punktwerte überschreiten die nach §36 Abs. 2 SGB XI nach Pflegestufen festgelegten Beträge erheblich:

Orientierungswerte		Anspruch nach §36 Abs. 2	
Stufe 0	24.300 P	ca. 1.825 DM	
Stufe I	48.360 P	ca. 3.675 DM	750,- DM
Stufe II	85.560 P	ca. 6.500 DM	1.800,- DM
Stufe III			2.800,- DM

Die Einschätzung und Zuordnung in eine Pflegestufe wird vom MDK getroffen (13 i-12).

Das Modulsystem mit den einzelnen Leistungskomplexen ist sehr strukturiert und wird durch die Pflegedienste auch als zu starr wahrgenommen. Es lassen sich allerdings — in geringem Umfang — Ansätze von Flexibilität feststellen:

- dort, wo das „reine“ Modulsystem keine sachgerechte Form der Leistungsgewährung darstellt, können gesonderte Regelungen geschaffen werden;
- die zeitliche Verteilung verschiedener Leistungskomplexe (Nr. 9, II, 12, 13) kann flexibel und bedarfsadäquat realisiert werden (13 i - 9);
- auch wenn die notwendigen Leistungen im Rahmen der verschiedenen Leistungskomplexe abgedeckt werden sollen, „ist es denkbar, daß ein konkreter Sachverhalt einer individuellen Bedarfssituation auch durch ergänzende Vereinbarung nicht erfaßt ist. Nach Möglichkeit sollte der entsprechende Bedarf bei der Anzahl der zu bewilligenden Leistungskomplexe Berücksichtigung finden (13 i - 7).

Die Einführung des Modulsystems stellt den Versuch dar, in der Pflege notwendige Leistungen zu beschreiben und zu konkretisieren. Es muß aber überprüft werden, ob die den Leistungsinhalten zugeordneten Punktwerte den real notwendigen Leistungen entsprechen. Darüber hinaus muß geprüft werden, ob die nach dem Modulsystem mögliche Flexibilität situations- und personenangemessen genutzt wird und wo ggf. eine größere Flexibilität im Rahmen einer Evaluation und ggf. Korrektur des Modulsystems zu ermöglichen ist. In dem Zusammenhang muß sicherlich berücksichtigt werden, daß die Festlegung von Leistungen in einem Modulsystem zwar einerseits die Realisierung von einzelnen Leistungsarten

und deren Überprüfung sichern, andererseits aber die Gestaltungsmöglichkeiten und — damit verbundenen — die Motivation und die Verantwortungsbereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedienste verringern (kann).

### 3.4 Sonstige Leistungen

Der Leistungskatalog nach dem Modulsystem beinhaltet zwar bei der Leistungsart 18 auch Beratung, z.B. zur Absicherung des Verbleibs in der Wohnung und Anleitung, Beratung oder Entlastung der Pflegepersonen vor Ort, insgesamt beschränken sich die Leistungsarten aber auf Dienste „am“ Pflegebedürftigen. Leistungskomplexe, die darüber hinaus geeignet sind, „den Pflegebedürftigen (zu) helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen ...“ (§2 Abs. I SGB XI), fehlen aber. Es fehlen auch Leistungsarten, die geeignet wären, entsprechende Angebote anderer Institutionen für die Betroffenen nutzbar zu machen.

Entsprechende Angebote könnten zum Beispiel sein:

- unterstützende und begleitende ambulante soziale Dienste,
- Angehörigenarbeit, z.B. zur Aufarbeitung psychosozialer Probleme (pflegender) Angehöriger,
- soziale Gruppenarbeit — einschließlich Selbsthilfegruppen — mit Angehörigen,
- aktivierende Dienste wie Besuchs-, Vorlese- und Schreibdienste,
- Mobilisierung familiärer und nachbarschaftlicher Ressourcen,
- Integration in das soziale Umfeld.

Im Zusammenhang mit dem Sachverhalt, daß in Berlin ergänzende Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz neben den Leistungen nach der Pflegegeldkasse gewährt werden, sollte im Zusammenhang mit einer Evaluierung des jetzigen Modulsystems überprüft werden, ob entsprechende Angebote nicht sichergestellt werden sollten.

## 4 Auswertung der Interviews

### 4.1 Charakterisierung der Untersuchungsgruppe 1

#### 4.1.1 Alter

Die von uns befragten 30 Personen sind im Durchschnitt 77 Jahre alt, wobei dieser Durchschnittswert durch einen „jungen“ Befragten von 46 Jahren besonders „niedrig“ ausfällt; der etwas weniger von Extremwerten abhängige und daher aussagekräftigere Median-Wert gibt ein mittleres Alter von 80 Jahren an. Ein Viertel der Befragten ist unter 65 Jahre alt, knapp zwei Drittel sind über 75 Jahre alt.

#### 4.1.2 Geschlecht

Wie in der ambulanten Pflege üblich sind der weitaus größte Teil der Befragten weiblich: wir sprachen mit 26 Frauen (=86,7%) und mit 4 Männern (13,3%).

#### 4.1.3 Pflegestufen

*Die Zusammensetzung der Befragten nach Pflegestufen stellt sich wie folgt dar:*

Tabelle 3: Pflegestufen der Befragten

	Häufigkeit	Prozente
Stufe 0	13	46,2%
Stufe 1	8	28,6%
Stufe 2	6	21,4%
Stufe 3	I	3,6%
Gesamt:	28	100,0%

Zwei Befragte kannten ihre Pflegestufe nicht.

## 4.2 Durchführung der Interviews

### 4.2.1 Zur Problematik des Fragebogens und zur Interviewführung

Die Interviews wurden von geschulten Interviewerinnen in ausführlichen Gesprächen erhoben. Dabei wurde auf eine natürliche Sprache Wert gelegt, die auch jenseits der in den Leitfragen zu findenden Fachbegriffe für die Befragten verständlich war.

<sup>1</sup> Alle Angaben basieren auf einer Befragtenzahl von 30. Bei dieser Größe ist es statistisch nicht ganz unproblematisch Prozentwerte zu benutzen, wir tun es der besseren Übersichtlichkeit dennoch.

Das Problem der vorgegebenen Leitfragen besteht darin, daß sie eigentlich nur für jemanden verständlich sind, der den zugrundeliegenden Sachverhalt bereits kennt. Dabei wurde selbst eine Frage, in der die Befragten ihre Unkenntnis dieses Sachverhalts äußern konnten, so gestellt, daß viele Befragte nicht einmal wußten, was der Fragegegenstand ist: Um auf die Frage „Wie beurteilen Sie die Umstellung auf die Leistungskomplexe“ die Antwortvorgabe „Ich habe die Umstellung nicht verstanden“ wählen zu können, muß man aber verstanden haben, was die „Leistungskomplexe“ sind. Dies kann man jedoch nicht bei allen Befragten voraussetzen.

Unser Ansatz war es daher, den Betroffenen im Gespräch Gelegenheit zu geben, ihre Erfahrungen in Form von Erzählungen und Beschreibungen mitzuteilen. So wurden die Interviewpartner und —partnerinnen gebeten zu erzählen, wie die vertraglichen Vereinbarungen, die seit Pflegebeginn getroffen wurden, zustande kamen. Unser Ansatz war es, über Dinge zu sprechen, die in der Erfahrung der Betroffenen eine Rolle spielen, etwa die Unterzeichnung der Abrechnungen oder Vereinbarungen und Gespräche mit den Pflegekräften über die Neuerungen bei der Abrechnung.

Auf diese Weise kam ein Bild zustande, in dem die Betroffenen ihre Sicht so darstellen konnten, daß sie damit Antworten auf die Leitfragen geben. Gleichzeitig war es durch die Kenntnis des von den Befragten dargestellten Kontextes ihrer Ausführungen möglich, die Antworten richtig einzuordnen und zu interpretieren. Dabei ist klar, daß diese Antworten die subjektive Einschätzung der Befragten widerspiegeln und nicht unbedingt objektiven Tatbeständen entsprechen müssen, etwa, wenn Befragte angeben, man habe sie nicht informiert. Allerdings beeinflussen diese Einschätzungen die Einstellungen und Haltungen der Befragten. Dies wird bei der Darstellung der Ergebnisse weiter unten sichtbar.

Nicht immer war es jedoch den Befragten oder den Interviewerinnen möglich, auf einzelne Leitfragen auch zutreffende Äußerungen zu gewinnen. Manche waren der Fragestellung eines Vergleichs nicht zugänglich, sie hatten bei ihrer Betrachtung ihrer Pflegesituation ein anderes Modell im Kopf. Dies scheint ein Mangel des Fragebogens, gleichzeitig macht er aber aufgrund seiner (falschen) Annahme, informierte Menschen zu fragen, ein Grunddilemma der Nutzer von Pflegediensten deutlich. Der Fragebogen setzt den „aufgeklärten Kunden einer Dienstleistung“ voraus — die Art und Weise, wie sich der Fragebogen aber für die Befragten als „sperrig“ erwies, zeigt, daß diese Annahme nicht haltbar ist. Nur sehr wenige Pflegeempfänger sind in der Lage, mit dem Instrumentarium „Modulzusammenstellung“ zu operieren, für die meisten stellt sich die Frage, wie sie „zu ihrer Pflege kommen“ anders dar: personenbezogen, vermittelt über die Pflegekraft. **Der typische Empfänger von Pflegeleistungen ist nicht der Kunde, der seine Rechte kennt, sondern jemand, der sich seiner Pflegekraft anvertraut.** Und auch auf Seiten der Pflegekraft stellt sich das Verhältnis (im günsti-

gen Fall) als komplementär dar: die Arbeit für den Pflegeempfänger muß getan werden, egal ob die Leistung abrechenbar ist oder nicht.

#### 4.3 Auswertung des Fragebogens

##### 4.3.1 Informationen zu den Leistungskomplexen

Tabelle 4:

Frage 1: „Sind Sie über die Leistungskomplexe und die damit verbundenen Möglichkeiten, Ihre Pflege nach Ihren persönlichen Bedürfnissen zusammenzustellen, ausreichend informiert?“

	Häufigkeit	Prozente
ja	5	16,7%
nein	25	83,3%
Gesamt	30	100,0%

Die erste Frage, ob die Pflegebedürftigen über die Leistungskomplexe und die damit verbundenen Möglichkeiten, ihre Pflege nach den persönlichen Bedürfnissen zusammenzustellen, ausreichend informiert sind, vermittelt den Eindruck, daß es hier um das Problem einer ausreichenden oder nicht ausreichenden Informationsvermittlung geht. Die negative Antwort (83,3% nicht ausreichend informiert) könnte hier die These nähren, daß durch ein Mehr an Anstrengungen in der Informationsverbreitung dieses Problem beseitigt werden könnte.

Diese Hypothese wird durch die Antworten zu den Hintergrundfragen in den meisten Fällen nicht bestätigt. Eine relativ große Gruppe der Befragten erklärte, nichts über ein neues Leistungssystem und die Möglichkeit, die Pflege nach persönlichen Bedürfnissen umzustellen, zu wissen. Das — so könnte man den Gedanken fortführen — ist für sie auch nicht nötig, denn sie sind nicht die „Akteure“ bei der Zusammenstellung der Pflegemodule. Bei einem Teil der Befragten wird die Feststellung der Leistungskomplexe durch das Sozialamt vorgenommen und die Information darüber auch durch Sozialarbeiter der Sozialämter geleistet. Die Tatsache, bei der Festlegung nicht beteiligt worden zu sein, wird von mehreren hervorgehoben — eine Kritik darüber wird aber kaum geäußert: die Befragten empfinden sich nicht als Kunden, nicht als Gestalter, sondern als Empfänger von Entscheidungen, die woanders getroffen werden.

Relativ klein ist die Gruppe, die sich durch die Pflegestation informiert fühlen. Allerdings erklärten mehrere der Befragten, daß sie im Zusammenhang mit dem Abrechnungsverfahren durch die Schwestern, bzw. Betreuungspersonen informiert wurden. Dieses scheint immer dort relativ gut zu funktionieren, wo die Pflegepersonen nicht oder kaum wechseln. Bei diesen Pflegebedürftigen ist in der Regel die Zufriedenheit auch größer. Auch dies spricht wieder für unsere

These, daß die Aushandlung des Pflegeverhältnisses für die Befragten eine Frag(

der persönlichen Beziehung zwischen Menschen und nicht die eines Vertragswerkes ist. Diese Beziehungsgrundlage wird natürlich immer kritisch, wenn häufiger Personalwechsel erfolgt.

Von der Gruppe derjenigen, die sich nicht oder kaum informiert fühlte, wurden zwei recht unterschiedliche Aspekte zum Ausdruck gebracht:

- die einen äußern kein weitergehendes Interesse an Informationen zum Modulsystem
- die anderen möchten gerne mehr wissen, u. a. auch, um die Einhaltung des Pflegevertrages besser kontrollieren zu können.

Dabei wäre es jedoch voreilig, in ihnen den Typ des „aufgeklärten Kunden“ zu sehen, der — hat er nur alle Informationen — zum autonomen Gestalter seiner Pflegedienstvereinbarungen wird. Auch Pflegenutzer, die das System zu verstehen schienen, neigten dazu, die Abrechnung ihres Pflegedienstes ohne weitere Kontrolle zu unterschreiben, weil sie den Betreuern voll vertrauen.

Die Grundlage der Beziehung zwischen Pflegeempfänger und Pflegedienstleistern ist nicht der Vertrag sondern — im günstigen Fall — Vertrauen, im ungünstigen das Gefühl von Machtlosigkeit bzw. Angst vor Sanktionen.

Der Wunsch, durch mehr Kenntnisse den Pflegedienst kontrollieren zu können, ist ein Wunsch, und kein erster Schritt zu einer Praxis in diese Richtung, dazu fehlen den meisten Pflegeempfängern die persönlichen Ressourcen: Selbstständigkeit, Handlungs- und Argumentationsfähigkeit und der Wunsch sich für ihre Interessen wenn nötig auch mittels Auseinandersetzungen einzusetzen. Es ist eine Überschätzung von Information, wenn man glaubt, nur durch ein Mehr an Wissen, würden sich diese Ressourcen automatisch mit entwickeln.

##### 4.3.2 Kostenvoranschlag vor Pflegebeginn

Tabelle 5:

Frage 2: „Wurde vor Vertragsabschluß bzw. Pflegebeginn ein Kostenvoranschlag mit Ihnen erstellt?“

	Häufigkeit	Prozente
ja	3	10,0%
nein	27	90,0%
Gesamt	30	100,0%

Auch hier fällt die hohe „nein“-Quote auf. Sie erklärt sich daraus, daß bei den meisten Befragten keine „persönlichen Kosten“ entstehen, die Übernahme der

Kosten erfolgt entweder durch die Pflegekassen oder nach BSHG. Die Betroffenen sind dabei froh, „aus dem Schneider“ zu sein und keine eigenen Schritte unternehmen zu müssen. Das Problem wird von den Personen ihres Vertrauens – Pflegestation und Sozialarbeiter – für sie erledigt.

#### 4.3.3 Vergleich zum bisherigen System

Tabelle 6:

Frage 3: „Wie beurteilen Sie insgesamt die Umstellung auf die Leistungskomplexe ab 1. 1. 1997“

	Häufigkeit	Prozente
keine Auswirkungen	13	48,1%
Vorteil	1	3,3%
Nachteil	12	44,4%
Vorteil und Nachteil	1	3,3%
Gesamt	27	100,0%

Die Frage erscheint relativ einfach, jedoch ist sie höchst voraussetzungsvoll. Man muß zu ihrer Beantwortung Kenntnisse darüber haben, welche Aspekte der eigenen Situation auf die Umstellung des Vergütungssystems zurückzuführen sind und welche auf andere Faktoren. Es wurden daher von uns Hintergrundfragen zum Kenntnisstand über das vorherige System, über Veränderungen bei der Pflegestation und über Veränderungen der eigenen Befindlichkeit und der sozialen Situation gestellt.

Die Pflegestation gewechselt hatte niemand von den Befragten, allerdings beklagten mehrere häufigen Wechsel des Personals. Der eigene Pflegebedarf hat sich bei den meisten ebenfalls nicht verändert. Lediglich zwei erklärten, daß ihr Pflegebedarf größer geworden sei. Diese beiden haben eine Einstufung in eine höhere Pflegestufe beantragt. Einige wenige äußerten, daß sie bis zum Zeitpunkt der Befragung nichts von einer Umstellung des Systems gewußt hätten. Explizit einen Vorteil in der Umstellung sehen nur 2 Befragte (einer davon sowohl Vor- als auch Nachteile). Sie halten das Modulsystem für transparenter.

Auffallend ist, daß etwa die Hälfte der Befragten äußern, daß sie keine Unterschiede in der Pflege nach der Einführung des Modulsystems wahrnehmen, allerdings wird gelegentlich auf die Reduktion des Zeitr Rahmens hingewiesen, der für die Pflege zur Verfügung steht.

Knapp die Hälfte der Befragten empfinden das neue System als nachteilig.

Hauptkritikpunkt war die Reduktion des Zeitbudgets.

Tabelle 7:

Frage 3: Gründe für Nachteile: „Pflegedienst hat weniger Zeit“

	Häufigkeit	Prozente
genannt	10	33,3%
nicht genannt	20	66,6%
Gesamt	30	100,0%

So wurde bemängelt, daß die Kürzung des Zeitr Rahmens zum einen die Pflege beeinflusse, zum anderen aber auch die allgemeine Kommunikation und Aktivitäten zur „Verselbständigung“ reduziere. Dieser Sachverhalt wird von denjenigen, die nicht oder kaum über weitere Bezugspersonen verfügen, als besonders nachteilig wahrgenommen. Im Zusammenhang mit der zeitlichen Einschränkung der Pflege im Rahmen des Modulsystems wird dieses System auch mit Sparmaßnahmen in Verbindung gebracht. Andere äußern die Vermutung, daß das Pflegepersonal in Bezug auf die Zeit zwar stärker unter Druck steht, sich aber dennoch die nötige Zeit nimmt.

Neben der zeitlichen Einschränkung wurde von einigen auch auf den Wegfall bzw. eine Reduktion des Fahrdienstes hingewiesen.

#### 4.3.4 Beurteilung der Leistungskomplexe

Tabelle 8:

Frage 4: Wie beurteilen Sie die Umstellung auf die Leistungskomplexe ab 1.1.1997? (Mehrfachnennungen möglich)

	Häufigkeit	Prozente
„Ermöglicht mir eine auf meinen Bedarf zugeschnittene Pflege“	2	6,7%
„Verschafft mir größere Transparenz bei der Pflegeabrechnung“	1	3,3%
„Ich habe die Umstellung nicht verstanden“	17	56,7%
„Schafft unnötige Verwirrung“	13	43,3%
„Engt mich in meinem pflegerischen Bedarf ein“	3	10,0%
anderes	3	10,0%

Die Antworten auf die Frage 4 zeigen, daß die Antwortvorgaben, die den „aktiven Kunden“ voraussetzen („mehr Transparenz“, „engt mich ein“), nahezu nicht gewählt worden sind. Dies spricht dafür, daß die Befragten das Instrument „Module“ nicht handhaben – genauso wenig, wie sie das Zeitsystem aktiv für ihre Zwecke nutzen könnten. Die Antworten auf die Frage machen eines deutlich: die

Erwartung, daß mit den Modulen dein „aktiven Kunden“ ein Handlungsinstrument gegeben wurde, um seine Interessen durchsetzen zu können, geht an den realen Möglichkeiten der Pflegeempfänger vorbei.

#### 4.3.5 Was fehlt im Modulsystem

Tabelle 9•

Frage 5: Was fehlt Ihnen im Vergleich zum Jahr 1996 im Bereich der:

	Häufigkeit	Prozente
Hauswirtschaft	0	0,0%
Mobilität	2	6,7%
Körperpflege	0	0,0%
Zeit bei der Arbeit, Gespräche	6	20,0%

In der ursprünglichen Frage hat es drei Vorgaben gegeben, die sich auf die vermeintlich zentralen Bereiche der Pflege beziehen: Hauswirtschaft, Mobilität und Körperpflege. Allerdings gaben die Befragten zu diesen Vorgaben – mit Ausnahme der Mobilität – keine Mängel unter dem Modulsystem an. Zwei gehbehinderte Personen bemängelten, daß seit dem Modulsystem die Möglichkeit zur Teilhabe am Leben außerhalb der Wohnung nun eingeschränkt sei, da keine Begleitungen mehr finanziert werden. Auffallend war, daß – obwohl keine entsprechende Antwortvorgabe existierte – 20% der Befragten den höheren Zeitdruck bei der Pflege als Nachteil anführten, „es muß husch husch gehen“, war eine Kritik, die Patienten fühlen sich – genau wie die Pfleger unter Druck – und es fehlt die Zeit für ein Gespräch, das vor allem die Pflegeempfänger benötigen, für die der Pflegedienst der hauptsächliche Kontakt zur Welt darstellt.

Die Antworten auf die zentrale Frage – Modul- oder Zeitsystem – wurden nicht von allen Befragten als eine „schwarz-oder-weiß“-Entscheidung aufgefaßt. Deutlich ist, daß mehr als die Hälfte das Zeitsystem bevorzugt, nur ein gutes Viertel das Modulsystem. Ein knappes Viertel will dagegen beides: diese Befragten möchten wissen, auf welche Leistungen sie Anspruch haben und wie lange sie jeweils zu dauern haben.

#### 4.3.6 Die Entscheidungsfrage: Modul- oder Zeitsystem

Tabelle 10:

Frage 6: „Was ist für Sie bei der Leistungsabrechnung wichtiger zu wissen: welche Aufgaben oder Leistungen die Pflegekraft bei Ihnen zu erfüllen hat? Oder in welchem Zeitumfang die Pflegekraft Ihnen zur Verfügung stehen soll?“

	Häufigkeit	Prozente
Aufgaben oder Leistungen	6	26,1%
Zeitumfang	12	52,2%
beides	5	21,7%
Gesamt:	23	100,0%

Es soll auch sicher sein, daß sich die Pflegezeit dadurch nicht verkürzt. Diese Sichtweise spricht für die bisherige Argumentationslinie: die Festlegung von Modulen gibt den meisten Pflegebedürftigen keine Sicherheit, daß ihren Ansprüchen auch Genüge getan wird. Module haben den Nachteil, daß es immer „Verhandlungssache“ zwischen Pflegeempfänger und Pflegekraft ist, ob ein Modul auch „ordnungsgemäß“ abgeleistet ist. Wie kann ein Pflegeempfänger einer Pflegekraft argumentativ entgegenreten, die „schnell schnell“ die Module abarbeitet und nach kurzer Zeit wieder verschwunden ist? Hier ist die Fähigkeit zur Interessensaushandlung des „selbstbewußten Kunden“ gefordert, die in der Realität der hier befragten Pflegeempfänger nicht vorhanden ist.

Mit den Hintergrundfragen zu Frage 6 sollten mehr Informationen zu Ansprüchen an die Flexibilität des Systems gewonnen werden. Allerdings wurden hier nur wenige Aussagen gemacht. Nur einmal wurde zum Ausdruck gebracht, daß die Befragte sich selbst die Leistungskomplexe anders zusammengestellt hätte, eine weitere äußerte sich kritisch gegenüber einer engen „Leistungsfestlegung“ verbunden mit einem anderen Zeitrahmen. Die meisten anderen, die sich zu die-sein Fragenkomplex äußerten, wiesen darauf hin, daß die Pflege in der Realität relativ flexibel gehandhabt würde. Dies schien besonders dort der Fall zu sein, wo die Beziehung zwischen Befragten und Mitarbeiterinnen der Pflegestation relativ gut war.

#### 4.4 Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Ein System, das denjenigen, die es „benötigen“ mehr Transparenz und Sicherheit bezogen auf die „eingekauften“ Leistungen bieten sollte, ist sicherlich grundsätzlich zu begrüßen.



Der Sachverhalt, daß der überwiegende Teil der Pflegeempfänger

- sich nicht oder nicht ausreichend informiert fühlt,
- sich nicht einbezogen sieht in die Auswahl der Leistungskomplexe und beim Abschluß des Pflegevertrages, und
- die Abrechnungen „blind“ unterschreibt,

ist aber ein Hinweis dafür, daß die Verwendung des Anbieter - Kunden - Modells für die hier untersuchten Pflegebeziehungen sehr problematisch ist.

Bei einer näheren Betrachtung stellt sich nämlich heraus, daß das **Anbieter-Kunden-Modell** für die hier untersuchte Gruppe von falschen Voraussetzungen ausgeht:

- Den Pflegeempfängern fehlen mehrheitlich die **persönlichen Ressourcen**, um als aktiver Kunde auftreten zu können (Kompetenz, Selbstbewußtsein, Autonomiewunsch).
- Der Aushandlungsprozeß um die Pflegeleistungen findet weitgehend ohne die Pflegeempfänger statt – alles wird **durch Dritte für sie geregelt**, sie haben – auch aufgrund ihrer ökonomischen Situation – wenig Einfluß, das System zu verändern.
- Das Verhältnis von Pflegeempfänger und Pflegekraft ist weniger durch ein Kontraktverhältnis geprägt, als durch ein persönliches Verhältnis von einem „Schützling“ zu einem „Sorgeberechtigten“, der sich persönlich dafür verantwortlich fühlt, daß der „Schützling“ zu seinem Recht kommt. Insofern existiert ein **persönliches Abhängigkeitsverhältnis** des Pflegeempfängers, wobei die Abhängigkeit von den Leistungsträgern durch die „sorgende“ Pflegekraft abgepuffert wird.

Welche Empfehlungen ergeben sich aus diesen Ergebnissen?

Man muß für die hier untersuchte Personengruppe von einem Pflegeverhältnis ausgehen, das keinem Anbieter-Kunden-Modell entspricht, sondern ein **persönliches Vertrauensverhältnis** darstellt.

Die zentrale Kraft in diesem Verhältnis stellt die Haupt-Pflegekraft dar. Sie stellt eine wichtige Vermittlerposition für den Pflegeempfänger dar: sie regelt für ihn das „Geschäftliche“, sie ist oft der einzige Draht zur Welt. Man kann daher von einem Coach-Modell sprechen: die Pflegekraft berät, motiviert, regelt, sorgt. Dieses persönliche Vertrauensverhältnis ist zu stärken.

Nach den Ergebnissen der Studie zeigt sich, daß **zeitliche und persönliche Kontinuität der Pflegekraft** für das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegeempfänger und Pflegekraft wesentlich ist.

Zeitliche Kontinuität ist mit Komponenten des **Zeitmodells** besser zu realisie

ren als in einem reinen Modulsystem.

Für Pflegeempfänger, die von ihrer persönlichen Kompetenzen und ihren Interessen ein aktiv steuerndes Verhältnis zur Organisation ihrer Pflege haben, müssen andere Assistenzmodelle diskutiert werden.

### 5. Die Finanzierung der ambulanten Pflege durch ein Entgeltsystem auf der Basis von Leistungskomplexen in Berlin (von Holger Gerecke)

Berlin hat seinerzeit als letztes Bundesland nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung ein Entgeltsystem für die ambulante pflegerische Versorgung auf Basis von Leistungskomplexen, auch als ‚Modulpflege‘ bezeichnet, eingeführt. Nach langwierigen Verhandlungen zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin, den Organisationen der Pflegestationen und dem Land Berlin für die Sozialhilfeträger wurde die ‚Vereinbarung über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 89 SGB XI‘ mit Datum 5. November 1996 von den Parteien unterschrieben (nachfolgend dreiseitige Vereinbarung genannt). Um Zeit für die organisatorischen Umsetzungen zu schaffen, wurde als Termin des Inkrafttretens dieser Regelungen der 1. Januar 1997 vereinbart. Berlin war das einzige Bundesland, das die Einführung des Leistungskomplexsystems mit einem eigenen Vertragswerk flankiert hat. Die ‚Vereinbarung nach § 93 Abs. 2 BSHG über die Erbringung von Leistungen der Haushalt- und Hauspflege nach §§ 11 Abs. 3, 68 ff., 70 BSHG‘ wurde bereits per 4. Oktober 1996 unterschrieben. Sie wurde ausgehandelt zwischen dem Land Berlin und den Organisationen der Pflegedienste (nachfolgend zweiseitige Vereinbarung genannt). Es war zeitgleiches Inkrafttreten vereinbart. Bis Ende 1996 galt im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung ein Vergütungssystem auf der Basis von Stundensätzen.

Die Verhandlungen über die Einführung der Leistungskomplexe führten zu heftigen Reaktionen seitens der Seniorenorganisationen und der organisierten behinderten Menschen. Sie trugen die Besorgnis vor, daß das neue System eine ganzheitliche Pflege und Versorgung und die entsprechende Sichtweise durch die ausführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verhindere. Das Berliner Parlament griff diese Bedenken auf und befasste sich wiederholt mit dem Thema, so daß vereinbart wurde, die Einführung des Leistungskomplexsystems im Rahmen eines sogenannten Modellversuchs zu begleiten. Die vorstehende Studie ist Teil dieses Modellversuchs.

Mit der Pflegeversicherung wurde ein in dieser Form im Sozialrecht neues Element eingeführt, das dem Versicherten weitgehende Autonomie in der Entscheidung einräumt, ob er seine Ansprüche als Geld- oder als Sachleistung realisieren möchte. Diese Möglichkeit gab es bereits bei der Vorgänger-Regelung im

Recht der Krankenversicherung (§§ 53 ff. SGB V ‚Leistungen bei Schwerstpflegebedürftigkeit‘). Allerdings war der Berechtigtenkreis enger gefasst, und zusätzlich wurde nun die Kombination von beiden Leistungsformen ermöglicht. Nach den damaligen Annahmen wurde davon ausgegangen, daß sich in der ambulanten Pflege 80 % der Leistungsberechtigten für den Pflegegeldbezug und nur 20 % für den Sachleistungsbezug entscheiden würden. Weiter wurde davon ausgegangen, daß bei länger anhaltender Pflegesituation und bei den höheren Pflegestufen zur Entlastung der Angehörigenpflege gezielt Entlastung ‚eingekauft‘ wird. Dazu sollten inhaltlich und preislich definierte Leistungspakete, eben die *Leistungskomplexe* oder *Module*, beschrieben werden. Es spricht vieles dafür, daß für diesen Teil der Pflege und Versorgung das Leistungskomplexsystem gut geeignet ist. Die Grenzen dieses sich auf die Verrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung beziehende Modulsystem zeigen sich bei komplexem und umfangreichem sowie nicht ‚planbarem‘ Hilfebedarf, in der Regel also bei einem Teil der Sachleistungsbezieher. Diese wiederum sind in großem Umfang auf ergänzende Leistungen des Trägers der Sozialhilfe angewiesen.

Um die Größenordnungen zu veranschaulichen: Nach dem ‚Zweite(n) Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung‘ (Bundesrats-Drucksache 208/01 vom 15. März 2001, dort S. 28) stellt sich die Verteilung auf die Leistungsarten Ende 1999 wie folgt dar:

Leistungsart		davon ambulant
Pflegegeld	52%	74,3 %
Kombinationsleistung	10%	14,3 %
Pflegesachleistung (ambulant)	8%	11,4 %
(Zwischensumme ambulant)	(70%)	
vollstationäre (Langzeit-)Pflege	26%	
Summe	96%	100 %

Die auf die Leistungsarten Tages- Kurzzeit- und sogenannte Verhinderungspflege entfallenden 4 % sind in dem Bericht nicht weiter aufgeschlüsselt.

Im Ergebnis ist es nicht zufriedenstellend, daß mit Einführung der Pflegeversicherung die Träger der Sozialhilfe weitgehend auf den Pflegebegriff des SGB XI festgelegt worden sind, obwohl sie nach wie vor einen großen Teil der Kosten tragen. So hat das Land Berlin 1998 206 Mio. DM für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen aufgewendet, mit einem Plus gegenüber dem Vorjahr von 11,1 %. Dieser Betrag steigerte sich dann für 1999 noch mal um 2,3 % auf 210,7 Mio. DM.

Hilfe zur Pflege (BSHG):		Pflegeversicherung :
individueller Hilfebedarf		Pflegebedarf
‚bedarfsgerecht‘		‚gedeckt‘ (inhaltlich und der Höhe nach)
Lebenslagenbezug		Verrichtungsbezogenheit
(steuerfinanziert)		(beitragsfinanziert)

Diese Systemunterschiede unterlegen die Berechtigung der Entscheidungen, zumindest für einen Teil der Zahlungen eigene vertragliche Regelungen zu schaffen, die an den Grundlegungen des Bundessozialhilfegesetzes orientiert sind. In dem erwähnten zweiseitigen Vertrag sind zwei Leistungskomplexe beschrieben, die mit einem Zeitwert unterlegt sind, so daß hier gewissermaßen für besondere Problemlagen innerhalb des Modulsystems eine Rückübersetzung in zeitdefinierte Leistungen erfolgt. Dies ist zum einen das Modul „Tagesstrukturierung und Beschäftigung“, zum anderen sind es die sogenannten „zeitlich umfangreichen Pflegen“ in Form der sogenannten Persönlichen Assistenz. In künftigen Verhandlungen sollten die Sozialhilfeträger prüfen, ob im Rahmen des Vertragsmanagements der Einfluss auf die Dienstleistungsinhalte bei den zweiseitigen Vereinbarungen weiter ausgebaut werden kann.

Ambulante Pflegedienste unterscheiden sich von anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wesentlich in ihren Finanzierungsgrundlagen. Folgen die Einrichtungen in ihrer Ausformulierung in der Regel wenigen Rechtsvorschriften, erfolgt die Refinanzierung der ambulanten Pflege und Versorgung aufgrund von Vorschriften der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe mit ihren jeweils verschiedenen Systemlogiken, mit entsprechenden Konsequenzen für den Einzelbetrieb. Veränderungen in dem einen Bereich wirken auf die anderen Bereiche durch. Lange Zeit bestanden in Berlin in der häuslichen Krankpflege Einheitsvergütungen auf Basis von Verträgen zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin und allen Anbietergruppierungen. Zum 1. September 1999 scherte die erste Kassenart aus und schloss eine eigene Vereinbarung mit einzelnen Anbietern. Dem sind später andere Kassenarten gefolgt, so daß nunmehr mehrere Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen nebeneinander bestehen. In Verbindung mit restriktiver Bewilligungspraxis auf Kassenseite hat dies zu Verunsicherungen auf der Anbieterseite geführt. Die auf die Kostenträger der Krankenversicherung entfallenden Anteile am Betriebsergebnis sind in den letzten Jahren nach Darstellung der Träger kontinuierlich zurückgegangen. Konkrete Zahlen hierzu wurden bis-

lang nicht vorgelegt. Diese Veränderungen setzen die Anbieter sehr unter Druck, so daß derzeit wenig Bereitschaft besteht, über Neuerungen im Bereich der Pflegeversicherung bzw. Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz zu verhandeln.

---

Abschrift aus:

Ernst von Kardorff, Hans-Joachim von Kondratowitz

(Hrsg.)

## Personalbemessung in der Altenhilfe

Wissenschaftliche, praxisbezogene und  
sozialpolitische Verständigungsversuche

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin, wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und von der Senatsverwaltung für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Berlin

Transfer Verlag, Regensburg

**(Abschrift zu finden unter: <http://www.hermanns.it/publikationen>)**