



der Freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg

Inhalt:

Fachtagung

**QgP verbindet –
Kooperation zwischen
Akutversorgung und Altenpflege
im Land Brandenburg**

am
2. und 3. November 2004
in
Cottbus

Dokumentation

Impressum:

Herausgeber:

Qualitätsgemeinschaft Pflege
der LIGA der Spitzenverbände
der
Freien Wohlfahrtspflege im Land
Brandenburg

Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Brandenburg e.V.

Caritasverbände
im Land Brandenburg

Der
Paritätische Wohlfahrtsverband
Landesverband Brandenburg e.V.

Diakonisches Werk
Berlin-Brandenburg e.V.

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Brandenburg e.V.

Zentralwohlfahrtsstelle der
Juden in Deutschland

Verantwortlich:

Der Vorsitzende der
Qualitätsgemeinschaft Pflege der
LIGA der Spitzenverbände der
Freien Wohlfahrtspflege im
Land Brandenburg,
Konstantin Engels

Tornowstraße 48
D-14473 Potsdam
Telefon: 0331 / 2 84 97 - 24

Redaktion und DTP:

Wolfgang Siegmann

Redaktionsanschrift:

Redaktion QgP-Infoblatt
c/o Qualitätsgemeinschaft Pflege
Brandenburg
Tornowstraße 48
D-14473 Potsdam
Telefon: 0331 / 2 84 97 - 24
Fax: 0331 / 2 84 97 - 30
Abdruck / Kopie honorarfrei,
Belegexemplar erbeten.
Redaktionsschluss: 10.02.2005



Inhaltsverzeichnis

Aktuelles

**Arbeitsschwerpunkte der QgP 2005
- Diskussionsstand der QgP-Steuerungsgruppe auf
ihrer Klausur am 7./8.Februar –**

Joachim F.W. Müller, Wolfgang Siegmann



**Erfolgreiche Wiederholungsprüfung in Zehdenick
W.S.**



**Dokumentation der Fachtagung
„QgP verbindet – Kooperation zwischen
Akutversorgung und Altenpflege
im Land Brandenburg“
Cottbus, 2./3. November 2004**

Begrüßung und Einführung in das Programm
Manfred Helbig, Geschäftsführer DRK, Landesverband
Brandenburg e.V., LIGA-Vorsitzender



**Erfahrungen aus dem GMG - Ausblick auf die
Veränderungen im Jahre 2005 und 2006**
Thomas Eisenreich, Mitglied der Geschäftsleitung, contec-
Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH



**Die Souveränität des Kunden im Gesundheitswesen -
Angebot und Nachfrage/Konzentration der Angebote
und Leistungen**

Thomas Kaczmarek, Dipl. Sozialpädagoge,
Organisationsberater, contec-Gesellschaft für
Organisationsentwicklung mbH



**Qualitätssiegel in der Altenhilfe als Signal an den
Kunden – Verbraucherinformation und Marktvorteil**

Dr. Katharina Kemper, DQS



Seminar**Kooperation und Vernetzung - die Quadratur des Kreises, oder können aus Konkurrenten Partner werden?!**55  ←**Kurze Einführung und Thesen**

Dr. Dieter Wollenberg

Was erwarte ich von Kooperation und Vernetzung und was kann ich dazu beitragen?59  ←**Die Sicht des MASGF**

Hartmut Reiners, Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik

67  ←**Die Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg**

Antje Meinicke

72  ←**Die Sicht eines ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungserbringers**

Dietrich Werner, ASB-Gesellschaft für soziale Einrichtungen mbH - Neuruppin

79  ←**Die Sicht eines Juristen**

André Saborowski

82  ←**Podiumsdiskussion 1. Tag**90  ←**Pflegeausbildung im Umbruch – erste Erfahrungen mit der integrierten Pflegeausbildung/Modellprojekt an der Medizinischen Schule Uckermark**

Monika Zingelmann, Leiterin der Medizinischen Schule Uckermark

97  ←**Zukunftsmodelle in der Pflege**

Otto Melchert, Generalbevollmächtigter der Region Nordost der Sana-Kliniken GmbH, Lübeck

116  ←**„Schönholzer Heide“ - Ein Modell stellt sich vor**

Günter Meyer, Geschäftsführer Fachpflegedienst Meyer & Kratzsch

Gerontopsychiatrischer Verbund Cottbus/Spree-Neisse - Ergebnisse eines erfolgreichen Modellprojekts

Birgitta Neumann, Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.

Territoriale Netzwerke nach dem Modellprojekt - Der Verbund in Form eines Vereins

Ullrich Gruppe, Geschäftsführer, ambulanter Pflegedienst „Pflege zu Haus“, Cottbus

→  120

→  123

Marktplatz Altenpflege - Herausforderungen und Lösungen

EDV – Pflegeplanung leicht gemacht

Thomas Fiedler, RECOM GmbH

→  128

Anforderungen und Lösungsansätze für die Senioren- verpflegung in stationären Einrichtungen

Ralf Roland Oberle, Geschäftsbereichleiter, apetito consult, Rheine

→  132

QgP-Qualität entwickeln und transparent machen

Die Bedeutung von QM in der Zusammenarbeit mit anderen Diensten

Dr. Joachim F. W. Müller, Büro für Beratung, Hamburg

→  142

Die Rolle der Mitgliedseinrichtungen in der regionalen Versorgungsstruktur - Aufgaben der QgP

Andreas Kaczynski, Caritasverband für Brandenburg e.V.,
QgP-Vorstandsmitglied

→  147



Fortbildungsangebote des Paritätischen Bildungswerkes Brandenburg

→  152

Arbeitsschwerpunkte der QgP 2005 - Diskussionsstand der QgP-Steuerungs- gruppe auf ihrer Klausur am 7./8.Februar –

Aktuelles

1. Anpassung des QM-Systems an die gesetzlichen Forderungen

Die neue MDK-Prüfanleitung wird wohl im April 2005 vorgestellt werden. Ihr neuer Name: „Prüfrichtlinie“. Sie ist durch den MDS und die Kassen verabschiedet worden. Anbieter sind nicht mehr beteiligt.

Für MDK-Prüfungen gilt dann die Aussage im Pflegequalitätssicherungsgesetz: Einrichtungen müssen ein funktionierendes QM-System vorhalten und nachweisen. Die Prüfung des QM-Systems wird unter anderem die Nachvollziehbarkeit von Abläufen, Nachweiskontrollen, Audits (PGCA-Zyklus) usw. beinhalten.

Dabei sollen dann folgende inhaltliche Schwerpunkte verstärkt Beachtung finden: Soziale Betreuung und Hauswirtschaft sind mehr eingebunden. Das Gleiche gilt für den Umgang mit Medikamenten und die Hygiene. Erwartet werden neue Kriterien für die Beurteilung der Ergebnisqualität. Es soll ein Bewertungssystem mit vier Stufen und unterschiedlichen Gewichtungen geben.

Die Überlegungen der QgP in diesem Zusammenhang:

Bevor eine Mitgliedseinrichtung das QgP-Qualitätssiegel erlangen kann, benötigt sie ein funktionierendes QM-System.

Die QgP möchte deshalb einen Vortest entwickeln und ihn den Mitgliedern anbieten. Im Rahmen dieses Vortests kommt ein QgP-Experte direkt in die Einrichtung und beurteilt gemeinsam mit Geschäftsleitung und MitarbeiterInnen den aktuellen Stand der Qualitätsentwicklung (Dauer ca. 3 Stunden). Damit werden die Träger klar abschätzen können, inwieweit sie die neuen MDK-Anforderungen und die Bedingungen für das QgP-Qualitätssiegel erfüllen.

2. Qualitätskonferenz: wichtige Pflegethemen

Die Themen „Ernährung“ und „Angehörigenarbeit“ sollen auf den Qualitätskonferenzen 2005 angeboten werden.

Ernährung (Risiken, Haftung, MDS, Trägerbeispiele): im Juni am Tag der Mitgliederversammlung (10.00 – 13.00 Uhr Qualitätskonferenz, danach 14.00 – 17.00 Uhr Mitgliederversammlung).

Angehörigenarbeit: Termin Ende September.

3. QgP-Handbuch 2005

Eine inhaltliche Weiterentwicklung zu allen relevanten Themen wird auch in diesem Jahr erfolgen. Darüberhinaus soll das Handbuch E (Wohnen) aktualisiert werden. Herr Teut wird sich dieses Themas annehmen.

Die erste Sitzung der AG Redaktion findet am Mittwoch, 23.03.05, 14.00 Uhr, beim Paritätischen Wohlfahrtsverband im Potsdam statt.

4. QgP-Infoblatt – zukünftig auch per eMail

Um die Kommunikation mit den Mitgliedseinrichtungen und deren Information zeitnaher zu gestalten und zu intensivieren, ist geplant, stärker

Aktuelles

auf die „elektronischen Informationskanäle“ zurückzugreifen. In kürzerem Rhythmus als bisher sollen den Empfängern kurz gefasste Meldungen in einem „newsletter“ per eMail zugehen. Darin wird dann auf gegebenenfalls umfangreicheres Informationsmaterial hingewiesen, das von der QgP-Homepage heruntergeladen werden kann. Technisch kann das relativ schnell beginnen, sobald die Adressen der Einrichtungen und Träger vollständig vorliegen.

Alternativ können Mitglieder dann auf Wunsch auch mit einem kompakten Info-Rundbrief in Papierform versorgt werden.

5. Regionale Versorgungsnetze

Insgesamt hat die QgP in 5 Regionen Brandenburgs erste Treffen mit den Mitgliedern durchgeführt. Hierzu gehören: Brandenburg a.d.H., Teltow-Fläming, Oder-Spree, Havelland.

Geplant ist eine Bündelung und Multiplikation der Erfahrungen durch eine Arbeitsgruppe, die sich am 07.03.05 erstmals getroffen hat.

Die Stärkung der Angebote der Altenpflege und die Schaffung von Transparenz und gemeinsamer Fachlichkeit mit anderen Partnern im Gesundheitswesen ist eine Zukunftsaufgabe im Land und für die QgP.

Als weiterer Schritt wird von der QgP der Dialog mit den Krankenkassen über mögliche Integrierte Versorgungsmodelle gesucht werden.

Das gesamte Thema wird auch wieder einen Teil der diesjährigen Fachtagung in Cottbus im November bestimmen.

Joachim F.W. Müller, Wolfgang Siegmann

Erfolgreiche Wiederholungsprüfung in Zehdenick

AWO Seniorenzentrum „Havelpark“ beweist nach zwei Jahren weiterhin hohe Qualitätsstandards

Zwei Jahre nach der Erlangung des QgP-Qualitätssiegels bestanden die MitarbeiterInnen des AWO Seniorenzentrums „Havelpark“ in Zehdenick am 10. Februar 2005 erfolgreich ihre Wiederholungsprüfung. Damit kann die erste, 2003 mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnete, Mitgliedseinrichtung der QgP das Siegel weitere zwei Jahre führen.

„A-Prüferin“ seitens der DQS war Dr. Katharina Kemper. Als „B-Prüferin“ hatte die QgP Carola Ahlert (Volkssolidarität) benannt.

Heimleiter Frank Kurmann meinte zur Weiterentwicklung der Pflegequalität, besonders im Bereich der Pflegedokumentation habe man in den letzten beiden Jahren „einen Quantensprung nach vorne“ gemacht. Bemerkenswert seien auch der durch kontinuierliche Fortbildung erreichte Wissenstand des Personals und die erfolgreiche Einarbeitung mehrerer neuer MitarbeiterInnen in die Feinheiten des Qualitätssystems im Seniorenzentrum.

Ein umfassenderer Bericht folgt in einem der nächsten QgP-Infoblätter.
W.S.

Begrüßung und Einführung in das Programm

**Manfred Helbig,
Geschäftsführer DRK, Landesverband
Brandenburg e.V., LIGA-Vorsitzender**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

verehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Politik, Verwaltung und Wissenschaft,

sehr geehrte Gäste,

ich heiße Sie im Namen der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Brandenburg und der Qualitätsgemeinschaft Pflege auf das Herzlichste zur diesjährigen Fachtagung willkommen.

Den Organisatoren der Fachtagung möchte ich im Namen der LIGA und des Vorstandes der QgP nicht nur meinen Dank für die gute Vorbereitung, sondern auch ganz persönlich meinen Respekt dafür aussprechen, dass sie - das ist zumindest mein Eindruck - trotz sich relativ undurchschaubar entwickelnder fachpolitischer Rahmenbedingungen in der Pflege, einmal ganz abgesehen von den abstrusen Ideen mancher Politiker beispielsweise zum Bürokratieabbau, das Thema „Kooperation zwischen Akutversorgung und Altenpflege im Land Brandenburg“ aufgegriffen haben.

Ein wichtiges Zukunftsthema in jedem Fall, und ich hoffe, dass die Fachtagung dazu beiträgt, auf diesem Gebiet auch schnell die ersten Erfahrungen in der Fläche umzusetzen.

Ich wurde im Übrigen ausdrücklich gebeten, der Fachtagung die Grüße des Vorstandsvorsitzenden der AOK Brandenburg, Herrn Niebuhr, zu übermitteln. Das tue ich hiermit sehr gern. Er musste leider absagen, da er aus Termingründen heute und hier nicht teilnehmen konnte.

Wir haben noch eine zweite Absage. Auch das bedauere ich sehr. Leider war auch der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Frau Ulla Schmidt, die Teilnahme an unserer Fachtagung nicht möglich. Sie hat allerdings ihr Grußwort der Tagung schriftlich zugestellt, und ich erlaube mir, dieses Grußwort hier zu zitieren.

„Durch das Pflegeversicherungsgesetz ist von Anfang an die primäre Verantwortung für die Qualität der pflegerischen Versorgung vor Ort in die Hände der Einrichtungsträger gelegt worden. Dort am Ort des Geschehens haben Inhalt und Organisation der Leistungen eine humane und aktivierende Pflege der zu Versorgenden unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

Die Leistungen sind – so will es das Gesetz – von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse eingebettet in ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu erbringen.

Die Erfahrungen aus den Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen aus den letzten Jahren zeigten, wie unterschiedlich sich die Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen verhalten haben.

Ich freue mich deshalb ganz besonders, dass die Pflegeeinrichtungen in Brandenburg schon 1998 die Zeichen der Zeit er-



kannt und mit der Gründung der QgP die Initiative ergriffen haben. Die Mitgliedseinrichtungen der Qualitätsgemeinschaft betreiben interne Qualitätssicherung, führen Qualitätsmanagementsysteme ein und setzen sich der Zertifizierung aus. Ihr freiwilliger Zusammenschluss macht deutlich, dass es auch ohne gesetzgeberischen Zwang es gelingen kann, die Möglichkeiten zur Qualitätssicherung zu präzisieren und umzusetzen.

Das bedeutet, dass der Ansatz des Gesetzgebers, den Einrichtungen die primäre Verantwortung für die Pflegequalität zu übertragen, vom Grundsatz her richtig ist. Aber es ist leider auch richtig, dass bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen, die der Langzeitpflege bedürfen, noch einiges im Argen liegt und verbesserungswürdig ist.

Hier darf die Gemeinschaft nicht Abseits stehen. Es müssen nach wie vor noch Instrumente bereit gehalten werden, um rechtzeitig einzugreifen und Fehlentwicklungen in Einrichtungen vorzubeugen oder nachträglich zu beheben.

Umso mehr sind Initiativen wie die der QgP gefragt, wenn die Pflegequalität dauerhaft und nachhaltig gesichert und ausgebaut werden soll.

Ihnen allen wünsche ich vorwärts weisende Diskussionen und einen erfolgreichen Verlauf Ihrer Fachtagung.

Ihre Ulla Schmidt“

Vielen Dank, Frau Ministerin Schmidt, für dieses Grußwort und für die Anerkennung des Konstrukts, so will ich es einmal bezeichnen, der QgP sowie deren Aktivitäten.

Ich persönlich höre aus diesen Worten aber auch, und ich möchte dies anerkennend anmerken, dass sich die Bundespolitik auch darüber im Klaren ist, dass bezüglich der Rahmenbedingungen ein dringender Nachhol- und Nachbesserungsbedarf besteht, um den prognostizierten demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Denn es kann nicht sein, dass Träger und Einrichtungen diese Herausforderungen mit den derzeit vorhandenen Ressourcen allein meistern sollen.

Der sogenannte Pflege- und Gesundheitsmarkt wird die zukünftigen Probleme nach meiner Überzeugung nicht lösen, auch nicht die aus meiner Sicht überzogenen Erwartungen an den angeblich hundertprozentig mündigen Pflegebedürftigen oder/und Patienten, der schon genau wisse, welche Einkommensanteile er für Pflege, Gesundheit und für seine weiteren Bedürfnisse einsetzen kann, will und muss.

Es könnte dann mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, wenn dieses eben dem Markt überlassen wird, dass ein durchaus wünschenswerter Wettbewerb um Qualität und Leistungen in der Pflege umschlägt in einen Verteilungskampf um profitable Marktanteile.

Mit diesen und anderen Themen werden sich aber ausführlicher und viel besser, als ich das kann, die heutigen Impulsreferate befassen, die durch die Herren Thomas Eisenreich und Thomas Kaczmarek von der contec-Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH gehalten werden. Leider – und das will ich hier einfügen – ist uns unser dritter Referent, Herr Andreas Reidl von der Agentur für Generationen-Marketing, kurzfristig ausgefallen. Dafür ist Frau Dr. Katharina Kemper von der DQS eingesprungen. Dafür bedanke ich mich sehr. Sie wird uns, und auch das passt ja ins Thema insgesamt, über die Vorteile von Qualitätssiegeln, insbesondere, aber nicht nur, in der Pflege, referieren.

Am Nachmittag des heutigen Tages und am morgigen Tag werden dann, so hoffe ich, in interessanten Vorträgen, Diskussionen und Gesprächsrunden, Workshops und Seminaren viele interessante Dinge besprochen, Ideen entwickelt und Erkenntnisse gewonnen.

Gespannt bin ich auf den erstmals in diesem Jahr stattfindenden Marktplatz der Altenpflege. Wir werden sehen, ob das auch eine Tradition dieser Fachtagung werden kann.

Also alles in allem ein interessantes und viel versprechendes Programm, auf das man sich freuen kann. Ich möchte auch nicht versäumen, den Unterstützern dieser Veranstaltung, die Sie draußen im Foyer kennenlernen können, die dort ihre Stände aufgebaut haben, herzlich zu danken. Sie haben die Fachtagung mit ihrem Know-how und auch anderweitig unterstützt: Ich würde Sie gerne bitten, in den Pausen diese Stände recht rege zu besuchen.

Vielen Dank auch den Akteuren, denen es heute gelungen ist, die neue CD für unser Handbuch zur Verfügung zu stellen. Ab Mittag steht die überarbeitete CD für das Handbuch der QgP zur Verfügung. Machen Sie auch davon bitte regen Gebrauch.

Ich wünsche der Tagung einen guten Verlauf und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zwei nützliche und Erkenntnis bringende Tage.

Ich möchte jetzt Frau Kritzel als Tagungsleiterin das Wort übergeben. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.



Erfahrungen aus dem GMG - Ausblick auf die Veränderungen im Jahre 2005 und 2006

**Thomas Eisenreich,
Mitglied der Geschäftsleitung, contec-Gesellschaft für
Organisationsentwicklung mbH**

Auch ich begrüße Sie hier in Cottbus. Ich freue mich, dass ich zusammen mit meinem Kollegen, Herrn Kaczmarek, in den Spreewald kommen durfte.

Das erste, was Sie sehen, das passt schon fast zum Thema, ist die Frage: Können Sie das hinten erkennen, oder, um auf das GMG zu kommen, müssen wir zehn Euro Praxisgebühr nehmen, damit Sie beim Arzt Ihre Sehschärfe überprüfen lassen können.

Damit sind wir dann auch schon fast beim Thema „Erfahrungen aus dem GMG, Erfahrungen mit dem GMG und Zukunft mit dem GMG“ oder anderen Gesetzen, die vielleicht auf uns zukommen.

Ich habe mir eben noch einmal die aktuelle Care konkret genommen, die vorne am Stand des Vincentz-Verlags liegt, und wenn sie das Exemplar durchlesen, glaube ich, bräuchte ich hier gar nichts zu sagen. Die Zukunftsfragen, die Sie alle bewältigen müssen, füllen diese Zeitschriften und Zeitungen komplett. Das, was ich mit Ihnen vielleicht jetzt

in der Stunde schaffen möchte, ist eine kleine Sortierung zu geben und zu schauen: Wohin geht denn die große Reise aus den Erfahrungen, die wir jetzt mit einem der vielen Reformgesetze gemacht haben? Wenn Sie das nämlich alles tun würden, was in diesen Zeitungen steht – ich will das nicht abwerten –, über was man auf all diesen Kongressen etc. diskutiert, dann werden Sie wahrscheinlich aus der Entwicklungsarbeit gar nicht mehr zu der eigentlichen Arbeit kommen, nämlich der Pflege und der Betreuung der Ihnen anvertrauten Menschen in den Heimen und in den Pflegediensten.

Was möchte ich mit Ihnen in dieser Stunde durchgehen?

Einmal einen Rückblick auf den 1.1.2004 geben. Was ist da passiert?

Wesentliche Aspekte der GMG-Einführung noch einmal einfach vor Augen rufen und uns mit den aktuellen Ständen und Entwicklungen beschäftigen.

Sie sehen da auch etwas, was nicht im GMG steht, wie die Frage der Pflegeversicherung.

Die Frage, wie geht es mit der Entbürokratisierung weiter und was ist da eigentlich zu tun? Da werde ich dann immer zu den Themen zusammenpacken, sonst hätten wir relativ viele Wiederholungen.

Themen des Vortrages

- ▷ Rückblick auf den 1.1.2004
- ▷ Wesentliche Aspekte des GMG – Erinnerung
- ▷ Aktuelle Stände
 - Integrierte Versorgung
 - Medizinische Versorgungszentren
 - DRG
- ▷ Anstehende Entwicklungen
 - Pflegeversicherung
 - Integrierte Versorgung
 - Entbürokratisierung
- ▷ Handlungsableitungen für die Träger und Einrichtungen

© contec GmbH Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und die Gesundheitswesen  www.contec.de

Zentrale Elemente des GKV-Modernisierungsgesetz

1. Stärkung der Patientenrechte
2. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung
3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
4. Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich
5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln
6. Reform der Organisationsstrukturen
7. Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz
8. Neuordnung der Finanzierung

© contec GmbH Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und die Gesundheitswesen  www.contec.de

Das vielleicht noch einmal als Preview: Was war die Idee des GMG, das ja letztes Jahr um die Zeit nächstens ausgehandelt worden ist? Das beginnt bei der Stärkung der Patientenrechte. Frau Kühn-Mengel ist jetzt die Patientenbeauftragte. Aktueller Stand, den ich letzte Woche aus Berlin mitgenommen habe: 14.000 Eingaben, die Frau Kühn-Mengel regelmäßig zu bearbeiten hat. Wohlgedenkt: pro Woche. Sie können sich vorstellen, wie die Patientenbeauftragte hier Ihre Rechte als Patient im Krankenhaus oder bei niedergelassenen Ärzten wahrnehmen kann. Sicherlich ein gutes Vorhaben. In der Praxis wahrscheinlich von den insgesamt sechs Mitarbeitern nur schwer zu bewerkstelligen.

Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Sicherlich auch ein Thema, was Sie in der nächsten Zeit beschäftigen wird und hier auch gemeinsam mit der QgP beschäftigt. Das soll eben auch für den Patienten beim Arzt und im Krankenhaus gelten. Über die Entwicklung der Versorgungsstrukturen, das Thema Integrierte Versorgung, Kooperation bis zur Neuordnung der Finanzierung. Jeder, der raucht, führt ja nicht nur Herrn Eichel Geld zu, sondern sorgt auch dafür, dass wir dem Mutterschaftsgeld entsprechende Budgets geben.

Was ist nach dem 1.1. passiert? Die Diskussion kennen Sie alle. Anfang des Jahres die große Frage: Wie gehen wir mit dem Sozialhilfeempfänger im Heim um? Wie kann er jetzt mit seiner Zuzahlung klar kommen, wenn im Grunde genommen sein Barbetrag weg ist? Wie machen wir das mit den Transportkosten?

Es gab ja die große BILD-Schlagzeile, ich habe sie damals nur unterwegs gelesen: „Erster Todesfall durchs GMG“. Es gab einen Dialyse-Patienten, der sich angeblich das Taxi nicht mehr leisten konnte, deswegen nicht mehr zur Dialyse gefahren und gestorben ist. Das passierte in München. Der Taxifahrer mit großem Bild: „Mein Stammkunde ist weg.“ Man hat dann, nicht auf Grund dieses Falls, sondern auf Grund des insgesamt festgestellten Nachbesserungsbedarfs die Transportkostenregelung innerhalb der Selbstverwaltung neu definiert.

Damit Sie da eine Größenordnung kennenlernen, wie Lobbyarbeit wirkt: Das Taxi-Gewerbe, nur das Taxi-Gewerbe, ich spreche nicht vom organisierten Rettungsdienst, hätte durch das GMG in der ursprünglichen Fassung fünfzig Prozent der Transporte, der Fahrten verloren. Fünfzig Prozent. Da können Sie einmal rechnen: die Hälfte der Taxen in Cottbus oder in Potsdam. Dann wüssten Sie die Auswirkung. Da hat man natürlich Interessen hinsichtlich der Arbeitsplätze etc., die da eingeflossen sind.

Dann die „over-the-counter“-Medikamente, also die Medikamente, die Sie ohne Rezept kaufen können. Die waren komplett aus der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung herausgefallen. Die hat man zum Teil wieder hineingenommen. Dann, wenn eine therapeutische Relevanz nachweisbar war. Auch da hat man nachgebessert.

Die Zuzahlungsregelung für Sozialhilfeempfänger in Heimen ist auch noch einmal neu definiert worden durch diese Darlehenskonstruktion. Über die Sozialhilfeträger soll das Sie und die Heimbewohner entlasten, sodass also hier der Barbetrag immer noch zur Verfügung steht.

Klarstellungen und Veränderungen in 2005

- ▷ Ausweitung der Transportkostenregelungen (Taxi, Kranken-/Rettungswagen)
- ▷ OTC-Medikamente mit nachweisbaren therapeutischen Relevanzen
- ▷ Definition der „Chronischen Erkrankung“
- ▷ Zuzahlungsregelung für Sozialhilfeempfänger in Heimen
- ▷ ...

→ Der Gesetzgeber ist zunehmend gezwungen, gesetzliche Regelungen in der Praxis auszuprobieren und anschließend Anpassungen vorzunehmen.

→ Beteiligte sind nicht in der Lage, praktische Lösungen selber auszuhandeln. Der Ruf nach gesetzlichen Regelungen ist schnell geäußert. Gleichzeitig Forderung nach Entbürokratisierung.

© cottec GmbH Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und die Gesundheitswesen cottec www.cotec.de

Es gab noch einige andere Anpassungen, auf die ich jetzt hier nicht näher eingehen will. Es macht allerdings deutlich, dass der Gesetzgeber – und ich glaube, das wird uns in den nächsten Jahren weiterhin begleiten – zunehmend gezwungen ist, sehr schnell ad hoc im Sinne der Kompromissfindung neue Gesetze auf den Markt zu schmeißen, in letzter Minute verhandelt, um nachträglich dann die Anpassung vorzunehmen. Also die Problematik besteht darin, dass sie über die Verzahnung mit der anderen Gesetzgebung in der Politik bewusst gar nicht mehr den Überblick haben.

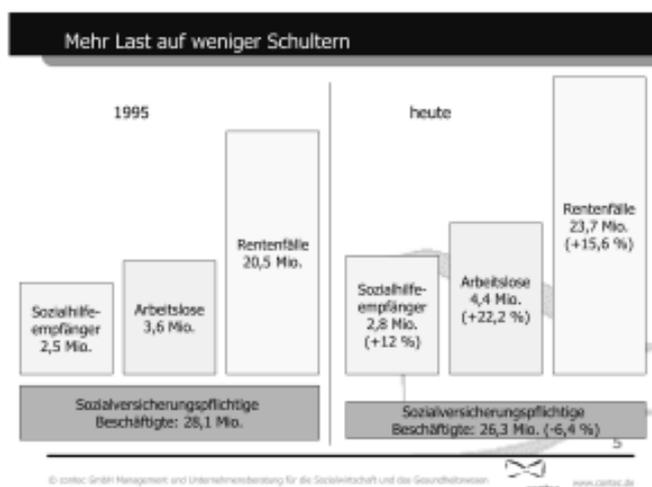
An dieser Stelle, denke ich, werden Sie sich einfach darauf einstellen müssen, dass es eben nicht mehr das perfekte Gesetz gibt, sondern dass ein neues Gesetz auch andere Reformgesetze zur Folge hat und beeinflusst und dann sukzessive entsprechend anzupassen ist.

Auf der anderen Seite zeigt sich überall, dass die Beteiligten selber nicht mehr in der Lage sind, Regelungen, die ihnen übergeben worden sind, zu regeln. Das zieht sich von dem Fallpauschalengesetz, wo es ja die x-te Änderung gibt, über die Frage dieser Barbetragregelung, Zuzahlungsregelung für Sozialhilfeempfänger bis zu einem Stichwort, was ich einfach einmal in den Raum schmeiße: die Gesundheitskarte. Auch hier ist ja gestern mehr oder weniger per Anweisung durch das BMGS eine letzte Frist eingeräumt worden. Nach dem Motto, wenn Ihr Euch nicht einigt, dann machen wir die Regelung für die Gesundheitskarte. Auch hier hatte die Selbstverwaltung die Aufgabe, das zu konzipieren. Sie hat es nicht geschafft und hat dann wie üblich gesagt, „naja, wenn wir uns nicht einigen können, dann soll es doch bitte der Gesetzgeber machen“.

Hier kommen wir an den ganz relevanten Punkt, der uns auch immer wieder bei dem Thema Entbürokratisierung beschäftigt. Wir - alle Beteiligte - sind kaum in der Lage, uns auf einen gemeinsamen Konsens zu einigen und zu sagen: Wie können wir jetzt einmal mit kleinen Schritten eine Veränderung erreichen? Wir erwarten also immer vom anderen die Veränderung. Wenn es dann nicht klappt, rufen wir nach der Politik, und die Politik ist an vielen Stellen machtlos, weil sie eben auch nicht mehr den Durchblick hat, was sie denn tun soll, weil diese Komplexität, die da angepasst werden muss, Stichwort demografische Entwicklung, nicht mehr überschaubar ist und man eigentlich weiß: Egal, welche Schraube man dreht, man wird sie falsch drehen, weil man die Auswirkungen vor Ort gar nicht kennt.

Das geht jetzt inzwischen so weit, dass wir zum Beispiel Anfragen von Politikern bekommen, ich habe nächste Woche noch Gespräche mit einer großen Bundestagsfraktion, die sagen: Passt einmal auf, wir haben die und die Fragestellung. Kannst Du uns einfach mal zwei, drei Ansprechpartner vermitteln, die uns sagen können, was passieren würde, wenn wir den und den Vorschlag in den Raum setzen? Sie sagen: „Wir als Politiker haben keinen Durchblick mehr, was wir eigentlich mit unseren Gesetzen verursachen“. Das zeigt, glaube ich, noch einmal eine besondere Relevanz.

Das Ganze wird dann noch einmal problematischer. Ich habe mir diese Daten aus dem 'Focus' gezogen. Da war so eine schöne Grafik. Die ist, glaube ich, von Prognos entwickelt worden: „Mehr Last auf weniger Schultern.“ Ich glaube, das macht die Problematik der Zukunft deutlich.

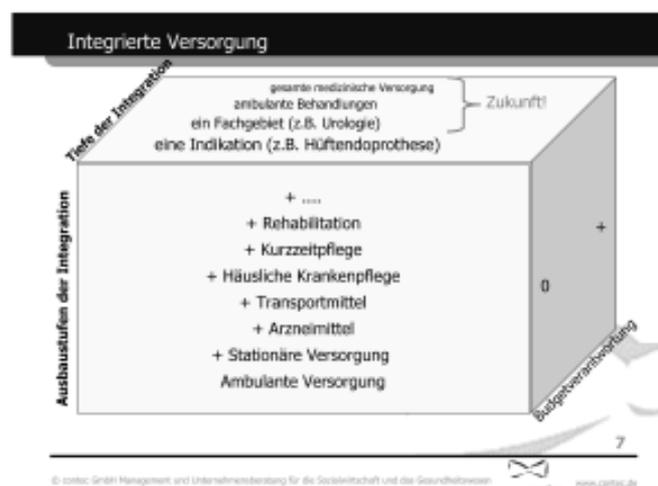


Wenn Sie nur einmal vergleichen, wieviele Rentenfälle wir 1995 und heute hatten, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger, und dann einmal die unteren beiden lila Balken vergleichen: Wer bezahlt denn das? Dann wird deutlich, dass die Last, die da zu tragen ist, zukünftig auf immer weniger Schultern kommt. Egal, über was wir dann reden in der Qualität oder über die Frage, haben wir jetzt einen Markt oder nicht, müssen wir uns alle der Frage stellen: Wie schaffen wir es, dass die weniger Schultern die Zukunftsherausforderung tragen können? Es wird also einfach weniger Leistung geben, die da geschultert werden soll, und die Belastung für diejenigen, die schultern, wird nicht geringer werden. Auch wenn die Politik sagt, die Lohnkosten müssten runter, ich glaube daran nicht mehr. Wie denn? Dann würde man auf der anderen Seite oben noch mehr wegnehmen müssen bei den drei Balken und da ist irgendwann das Friedenspotenzial erreicht. Also heißt das perspektivisch: Es gibt weniger für die drei Balken oben, und es gibt eben weniger Entlastung für diesen Querbalken unten, also für diejenigen, die im arbeitsfähigen Bereich stehen. Und, politisch gesehen, glaube ich, ist auch in Berlin das Thema Reduzierung der Arbeitslosigkeit oder mehr Erwerbstätige sicherlich eine der Herausforderungen. Das heißt für uns alle, die wir hier sitzen, dass wir wahrscheinlich nicht mit 65 oder 60 in Rente gehen, sondern vielleicht mit 70. Aber das ist dann eine andere Frage.

Sicherlich wird für die Pflege hier eine Zukunftsfragestellung sein: Wie halten Sie 50- oder 60jährige Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter im Pflegeberuf? Das wird eine der Fragestellungen sein, mit der wir uns beschäftigen. Denn, wenn wir weniger junge Menschen haben, die in den Beruf gehen, dann wird ja nicht jeder Pflegekraft und examinierte Krankenpflegerin werden oder in den Bereich der pädagogischen Betreuung oder Sozialarbeit gehen, sondern die Wirtschaft ruft nach Ingenieuren. Sie ruft nach Betriebswirten, nach Rechtsanwälten, nach Juristen und bezahlt sie eben auch deutlich besser. Das bedeutet natürlich einen Wettbewerb um gute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Sie brauchen. Das heißt also auch hier perspektivisch, wie es jetzt große Wohlfahrtsverbände auf Bundesebene beginnen, sich Gedanken zu machen, wie sie zukünftig in diesem Wettbewerb um gute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestehen können und wie sie das Potenzial, das sie anwerben, nicht mit 30 wieder lossind, sondern bis 60, 70 diese Mitarbeiter, diese Ressource auch arbeitsfähig erhalten. Das klingt vielleicht etwas hart, aber es wird nur darauf hinauslaufen können.

Integrierte Versorgung (IV). Eines der Schlagworte. Nun kommen wir einmal zu ein paar Extrakten aus dem GMG, was uns ja immer wieder beschäftigt. Ich habe Ihnen hier mitgebracht, was man mit Integrierter Versorgung eigentlich wollte und auch will: Das ist die Verzahnung unterschiedlicher Leistungssektoren, traditionell betrachtet, der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Das betrifft im engeren Sinne alle die Leistungserbringer unter Ihnen, die einen ambulanten Pflegedienst haben und Behandlungspflege erbringen. Bekanntermaßen ist das SGB XI nicht in dieses Konstrukt mit einbezogen.

Ein kurzer Ausblick: Die große erste Welle dieser sogenannten Hype der Integrierten Versorgung ist vorbei. Jetzt kehrt wieder etwas Normalität ins Leben ein. CARE konkret berichtet: „IV sollte Patient, Kassen und Leistungs-



erbringern nützen. AOK hat 50 Verträge abgeschlossen“. Man muss einfach dazu sagen, dass die Integrierte Versorgung an vielen Stellen Verträge widerspiegelt, die auch schon früher bestanden haben, nämlich sogenannte Kooperationsverträge, die jetzt im Grunde genommen in Verträge nach Paragraph 140 f SGB V umgewandelt worden sind. Da, wo die Klammer „Zukunft“ steht, nämlich zu sagen: Ich übernehme im Grunde genommen die medizinische Verantwortung für ein bestimmtes Fachgebiet, für ambulante Behandlung komplett oder für eine gesamte Population. Das ist im Moment noch Zukunft.

Damit Sie sehen, was so ein bisschen diese Zukunft darstellt, nenne ich zum Beispiel die Frage, die bei Ihren Kolleginnen und Kollegen in Berlin diskutiert wird: Wie kann man im Rahmen der Integrierten Versorgung unter Einbindung oder unter Steuerung des ambulanten Pflegedienstes die komplette medizinische Versorgung demenziell Erkrankter in Wohngemeinschaften übernehmen? „Unter Steuerung des Pflegedienstes“ bedeutet, der Pflegedienst verwaltet das Budget. Sie kaufen den Arzt ein. Sie kaufen die Medikamente ein. Ein sogenanntes Einkaufsmodell.

Das hört sich toll an. Es gibt da ein paar Fragestellungen, die man noch nicht gelöst hat.

Erstens weiß keiner der Beteiligten, welche Leistung denn bis heute wirklich erbracht wird. Weder die AOK weiß das, weil sie die ganzen medizinischen Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung im Form des Budgets abgerechnet bekommt. Sie wissen also gar nicht, was der jeweilige Bewohner der Hausgemeinschaft bekommt. Noch weiß man, welche Medikamente tatsächlich gegeben worden sind. Dahinter kommt man jetzt so langsam. Noch wissen die beteiligten Pflegedienste, was sie genau dort tun und welcher Bedarf zukünftig auf sie zukommt. Denn die Erkrankung schreitet ja weiter fort, und der Status quo heute in einem Leistungsgeschehen der letzten drei Monate sagt mir nichts darüber aus, was wir in den nächsten zwei Monaten haben werden. Das heißt, Sie haben hier relativ viele Unbekannte, und das macht diese oberen drei Bereiche im Moment noch schwierig, weil man die Datengrundlage nicht kennt, keine statistischen Daten hat, mit denen man im Grunde genommen die Kalkulation solcher populationsgestützten integrierten Versorgungsverträge durchführen kann.

Aber es wird die Zukunft sein. Das zeigen Beispiele in verschiedenen Bundesländern, die zur Zeit in der Entwicklung sind.

Ich komme noch auf ein weiteres Thema: das medizinische Versorgungszentrum. Darüber ist man in die Planung eingestiegen oder fährt zum Teil auch erste Tests. Zum Beispiel die Sicherstellung der kompletten medizinischen Versorgung eines Pflegeheims oder mehrerer Pflegeheime eines Trägers durch ein Ärztenetzwerk oder eine Klinik oder eben in Verzahnung Klinik - niedergelassene Ärzte. Das hat natürlich einen Charme.

Stellen Sie sich einmal vor, Sie sagen in Ihrer Werbung: „Bei uns ist medizinische Versorgung des Heimbewohners gewährleistet“. Dann sind Sie zwar nicht direkt der Partner der Integrierten Versorgung, aber Sie haben einen Wettbewerbsvorteil. Denn als eine der Folgen des GMG ist ja der Sozialhilfeempfänger jetzt auch Besitzer einer Versichertenkarte. Er wird zwar immer noch über die Krankenkasse an die Sozialhilfe weiterberechnet, aber er ist als solches nicht erkennbar, und die Ärzte sind wenig begeistert, zum Quartalsende noch Hausbesuche durchzuführen, wenn der sogenannte Punktstand, der zur Abrechnung führt, ausgenutzt ist. Das heißt also, die Begeisterung, Pflegeheime zu versorgen, auch wegen des Arzneimittelbudgets, hält sich zwangsläufig

immer wieder in Grenzen. Das kann ich mit dieser Konstruktion aufheben.

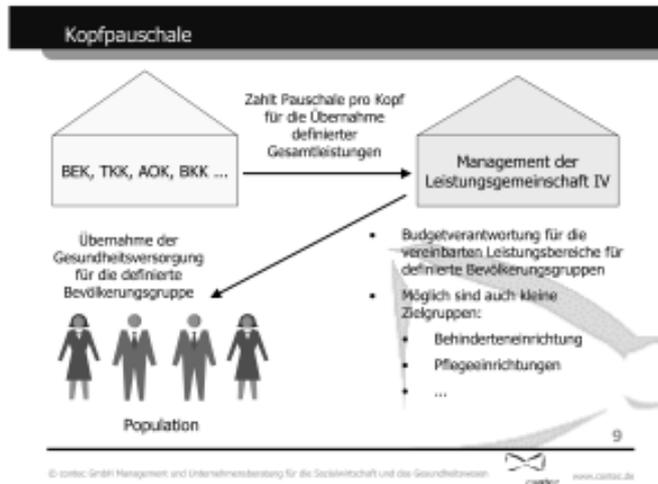
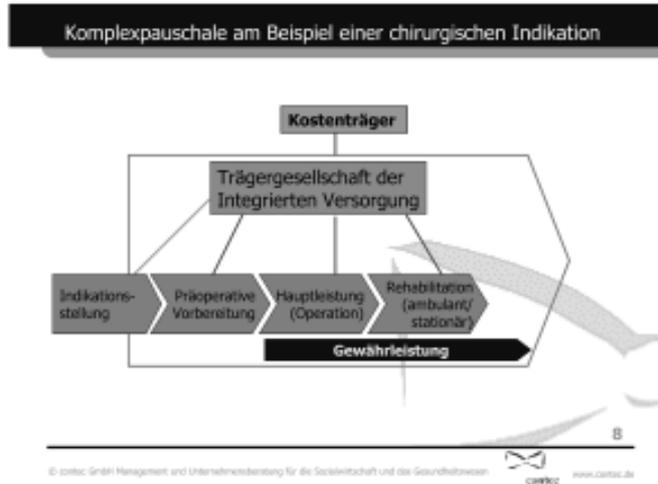
Was ist eine Komplexpauschale? Das ist das, was wir heute haben. Da gibt es eine bestimmte Indikation und alle Beteiligten, die an dieser Indikation arbeiten, rechnen über eine interne Trägergesellschaft eine Fallpauschale gegenüber der Versicherung ab. Das ist eigentlich alles. Also wenn Sie eine Hüft-Endoprothese haben, dann wird von der ambulanten Versorgung über die OP, die Reha bis zur ambulanten Nachversorgung gegenüber einem internen Budget abgerechnet und das dann der Krankenkasse in Rechnung gestellt. Da gibt es einen Festpreis. Damit muss man dann auskommen. Das ist im Moment die Regel.

Die Problematik dabei ist, dass die bisher vorliegenden Fallpauschalen oftmals falsch gerechnet worden sind. Wir haben letzte Woche auf einem Kongress unter Controllern Zahlen diskutiert. Man geht davon aus, dass 50 bis 60 Prozent der Verträge wahrscheinlich in zwei, drei Jahren die Leistungserbringer in Defizite stürzen wird, weil man nämlich keine Vollkostenrechnung, sondern nur eine Teilkostenrechnung angewendet hat.

Was ist die Kopfpauschale? Das ist dieses Zukunftsmodell. Die Kopfpauschale ist relativ einfach. Sie gründen eine Management-Gesellschaft als Leistungsgemeinschaft der Integrierten Versorgung. Sie bekommen dann pro Kopf einer zu benennenden Population – ich nehme einmal als Beispiel ein Pflegeheim und ich nehme auch ein Sortiment gerontopsychiatrischer Bewohner in den Wohngemeinschaften – von dem Kostenträger eine Summe pro Quartal überwiesen. Daraus bestreiten Sie dann die dahinter liegenden vereinbarten Leistungen, also: Einkauf niedergelassener Arzt, vielleicht auch Krankenhausleistungen etc.

Dieses Modell gibt es zum Beispiel in Niedersachsen, wo das Diakonische Krankenhaus in Rotenburg an der Wümme die medizinische Versorgung einer kompletten Behinderteneinrichtung übernommen hat. Sie erhalten pro Quartal 2.200 Euro inklusive Medikamente, und dann hat die Krankenkasse oder der Sozialhilfeträger mit diesen Versicherten kostenmäßig nichts mehr zu tun. Das Risiko liegt in diesem Moment bei dem Krankenhaus. Es gibt da einen Deckel, was die Medikamentenversorgung angeht, damit, wenn sie sehr teure Medikamente haben, darüber nicht das gesamte Krankenhaus in die Pleite stürzt.

Was ist da im Moment Stand? Ich sagte schon, wir haben viele indikationsgestützte Verträge, die allerdings bei den Kostenträgern zunehmend auf Ablehnung stoßen. Wir haben, und das muss man auch sagen, geringe Fallzahlen. Da passiert nicht allzu viel. In dem berühmten Vorzeigehaus in Berlin-Lichtenberg sprechen wir zur Zeit über 353 Fälle bis letzte Woche. Das heißt, pro Tag round about ein Fall in 16 unterschiedlichen Indikationen. Also das ist vernachlässigbar.



Integrierte Versorgung

- ▷ Viele indikationsbezogene Verträge
- ▷ Geringe Fallzahlen
- ▷ Initiatoren zumeist Krankenhäuser
- ▷ Krankenkassen nutzen teilweise Anschubfinanzierung als Liquiditätssicherung
- ▷ Populationsgestützte Modelle kommen langsam
- ▷ IV für spezielle Versichertengruppen ebenfalls in der Entwicklung
 - HIV
 - Demenz
 - Behinderte
 -

10

© coteq GmbH Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und die Gesundheitswirtschaft www.coteq.de

Zur Zeit sind meistens Krankenhäuser die Initiatoren, die – und da wird es dann für Sie relevant – die Integrierte Versorgung für Ihr Zuweisungsmanagement nutzen, nämlich sich die Frage stellen: „Mit welchen Ärzten belegen wir für uns wirtschaftlich interessante DRG-Fallgruppen und stellen die Auslastung unseres Krankenhauses sicher?“ Im Rahmen dieses Zuweisungsmanagements wird auch – und da kommen wir wieder auf ein altbekanntes Thema – das Entlassungsmanagement geregelt. Das heißt also, hier greifen Kooperation und 140er-Verträge ineinander, ohne dass man dann zum Beispiel einen Pflegedienst über den 140er einbindet. Dieses Zuweisungsmanagement gewinnt zunehmend an Bedeutung, abseits

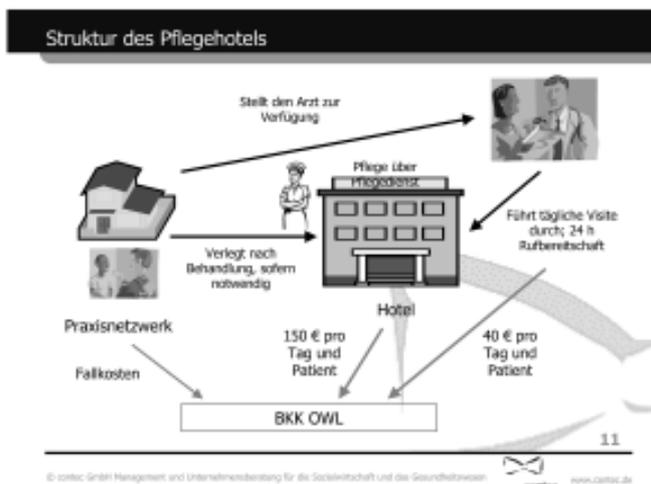
auch der Integrierten Versorgung.

Da stellt sich jetzt die Frage: Wie können Sie in diesem Spielchen um die Lenkung von Patientenströmen – und zwar Patientenströme, die sich rechnen, hier wird nicht mehr pauschal jeder Patient betrachtet – so mitspielen, dass Sie nachher auch noch Kunden haben und nicht in das Risiko kommen, nachher keine Belegung mehr zu haben oder zunehmend, zum Beispiel in der ambulanten Pflege, Patienten oder Pflegekunden zu bekommen, die keiner mehr möchte? Wie können Sie sichergehen, dass Sie nicht der „Abfallkorb“ des Kooperationsverbundes zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten werden, die sich dann „die Rosinen rauspicken“.

Diese populationsgestützten Modelle habe ich schon einmal angesprochen. Interessant werden könnten zum Beispiel auch spezielle Versichertengruppen wie HIV-Patienten. Dazu gab es auch letzstens eine große Veranstaltung in München. Theoretisch eine ganz tolle Gruppe. Da können Sie ganz viel Geld machen, auch als ambulanter Pflegedienst, wenn denn die Krankheit ausgebrochen ist. Allerdings muss man sagen, es traut sich im Moment keiner dran, weil wir hier über immense Beträge reden, wo man das wirtschaftliche Risiko nicht eingehen will. Damit Sie einmal eine Größenordnung haben: Die Versorgung eines HIV-Patienten kostet die Krankenkasse pro Monat ungefähr 6.000 Euro. Rechnen Sie das einmal hoch, dann wissen Sie, mit welchen Summen da hantiert wird. Das sind dann eben auch Medikamentenkosten. Wie gesagt, daran traut sich im Moment keiner so richtig mit Integrierter Versorgung zu arbeiten.

Dann gibt es auch eine andere Entwicklung, die immer wieder diskutiert wird: Das sogenannte Pflegehotel oder Patientenhotel. In Münster an der Uniklinik wird ein solches jetzt gebaut. In Bielefeld existiert ein solches. Das ist vielleicht für Sie noch relevanter, weil dort ein ambulanter Pflegedienst der Initiator dieses Pflegehotels ist.

Wie sieht das Konstrukt aus? Es ist mehrfach in der CARE konkret und in anderen Zeitungen hierüber berichtet worden. Ich habe Ihnen das einfach einmal als Grafik mitgebracht. Dann wird es deutlicher.



Es gibt ein Praxisnetzwerk. Man versorgt Sie – ganz klassisch – und stellt dann fest, Sie können eigentlich nicht nach Hause, weil die Versorgung nicht sichergestellt ist. ... Aber Sie brauchen jetzt keine permanente medizinische Versorgung mehr. Das ist ja die Voraussetzung für die Wahl des Krankenhauses. Also ein Mittelding zwischen „ich bin zu Hause“, also ambulante Versorgung, und eben der komplett vollstationären Gesundheitsversorgung im Krankenhaus.

Für diese Leistung - Unterkunft und Verpflegung - bekommt das sogenannte Pflegehotel 150 Euro pro Tag und Patient. Das ist bei dem Haus, was dort steht, gut. Es hat von den Zimmern her einen etwas niedrigeren Standard als die Zimmer hier im Hotel, und hier zahlen Sie 59 Euro. Das heißt also, selbst wenn Sie Essen mit einplanen etc., ist da eine interessante Marge drin. Jetzt kommt der spannende Punkt: Über den 140er bekommt ein in Bereitschaft stehender Arzt pro Tag für durchzuführende Visiten pro anwesendem Patienten 40 Euro. Das heißt, wenn Sie als Arzt 10 Patienten dort haben, haben Sie abseits Ihres bestehenden Budgets 400 Euro Cash in der Tasche. Für jeden Arzt: Klasse!

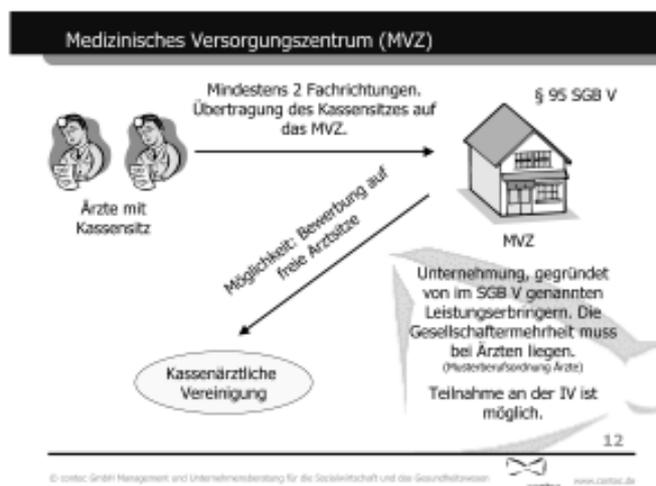
Das Problem ist bloß: Es macht keiner. Also entweder gibt es diese Patientenklasse nicht, die diese Hilfe braucht oder die Ärzte haben noch nicht kapiert, dass sie damit Geld verdienen können. Das hat jetzt zur Folge, dass derjenige, der das Pflegehotel und seinen Pflegedienst betreibt, natürlich auch keinen hat, den er dort pflegen kann. Er ist abhängig von dem Zuweisungsverfahren. Noch nicht so ganz klar ist, woran es liegt. Gibt es da intern in Bielefeld Kämpfe zwischen dem Krankenhaus und den Niedergelassenen? Was findet da sonst noch statt? Das kommt da nicht ganz nach außen. Ich vermute einmal, dass es hier um einen Verteilungskampf geht.

Das heißt also, das Pflegehotel von der grundsätzlichen Idee her ist sicherlich gut. Die Konstruktion, wie sie hier gewählt ist, ist sicherlich auch gut, weil es auch wirtschaftliche Anreize gibt. Aber – und das zeigt das Risiko – wer zu schnell ist, den bestraft dann vielleicht auch diese Schnelligkeit. Das heißt, man muss dieses Modell genau beobachten oder eben anders anpacken. Das heißt, nicht zu blauäugig mit zu schönen Zahlen in ein solches neues Geschäftsfeld eintreten!

Das ist sicherlich auch die Lehre aus dem Stichwort „Markt“: Wir müssen uns alle erst einmal daran gewöhnen, dass es neue Leistungsstrukturen gibt, die wir alle seit 20, 30 Jahren nicht kennen. Wir haben immer nur darüber geredet. Und jetzt mit einem Mal, wir sind jetzt im November, nach 11 Monaten glauben wir, dass ein 20 Jahre altes System sich mal eben innerhalb von 11 Monaten verändern kann. Auch die Beteiligten, die Kunden müssen sich ja erst daran gewöhnen.

Jetzt komme ich noch auf eine Konstruktion, die ebenfalls sehr interessant ist im Rahmen des GMG: das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

Warum stelle ich Ihnen das vor? Ich hatte eben schon erwähnt, dass ein MVZ interessant sein kann, um die ärztliche oder die medizinische Versorgung Ihres Klientels im Pflegebereich abzusichern oder darüber besser einwirken zu können, und interessanterweise gründen immer mehr Träger aus dem Bereich der Freien Wohlfahrtspflege solche MVZ in Anbindung an ihr Pflegeheim, um genau dies zu erreichen und einen anderen Aspekt zu gewährleisten: Nämlich in eine



andere Form des Wettbewerbs mit medizinischen Leistungserbringern einzutreten.

Die Überlegung ist eine ganz banale. Wenn ein Krankenhaus zunehmend Pflegeeinrichtungen gründet, aufkauft oder enge Kooperationen eingeht, dann bin ich entweder Kooperationspartner, oder ich bin raus aus dem Geschäft. Ich habe ja im Grunde genommen an vielen Stellen kaum Macht. Ich bin eine abnehmende Stelle, aber ich habe ja kaum Macht in dem Bereich, den ein Krankenhaus interessiert oder der auch Ärzte interessiert: Das ist die Zuweisung. Wenn ich jetzt aber medizinischer Leistungserbringer werde, dann bin ich mit einem Mal Zuweiser und habe damit Macht über das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses und kann dann ganz anders darüber verhandeln, was am Ende der Leistungskette, nämlich in der Zuweisung zu meinen Einrichtungen, steht.

„Win-Win-Situation“ nennt man das so schön. So lange Sie einen ambulanten Pflegedienst haben, der Behandlungspflege durchführt, kann dieser Pflegedienst einer der Gründer eines MVZ sein. Für ein Pflegeheim ist das nicht möglich. Das können Sie nur als ambulanter Pflegedienst. Sie nehmen sich dort Ärzte mit hinein, die allerdings die unternehmerische Mehrheit haben müssen, 51 Prozent. Sie müssen mindestens zwei Fachrichtungen haben. Wobei das dann nicht gilt mit einem Zahnarzt und einem Allgemeinmediziner. Da kriegen Sie dann ein Problem. Aber Sie können zum Beispiel den niedergelassenen Arzt, den Urologen und einen Internisten nehmen. Dann haben Sie schon drei Fachrichtungen, die Sie dort verzahnen.

Das Interessante ist: Das ist Ihr altes Polikliniksystem. Deswegen werden die MVZ auch vorwiegend in den ostdeutschen Bundesländern gegründet. Die westdeutschen Ärzte tun sich da noch ein bisschen schwerer damit, dass man eben hier den Arzt in ein unternehmerisches Konstrukt einbindet und er eben nicht mehr freischaffender Künstler im klassischen Sinne ist.

Das ist für viele Ärzte attraktiv: Wenn sie älter werden und ihren Kassensitz übertragen können, können Sie diese Übertragung dann refinanziert oder finanziert bekommen durch eine entsprechende Vergütung dieser Kassensitzübertragung. Das heißt, dieses MVZ als Unternehmen – und damit vielleicht Sie mit einem Anteil von 49 Prozent – wird Inhaber oder Besitzer einer Kassenzulassung als niedergelassener Arzt. Jetzt können wir das ganze Konstrukt natürlich weiterspinnen: Haben Sie ein solches MVZ, haben Sie darin zwei, drei Ärzte, können Sie natürlich mit den Ärzten auch ganz anders hinsichtlich der Zuweisung zu Ihrem ambulanten Pflegedienst, der Behandlungspflege sprechen, Empfehlungs-Fragestellungen lösen, und Sie können natürlich auch über die Mietgestaltung Einfluss nehmen auf die Frage: „Wie werden meine Bewohner in Pflegeheimen versorgt?“ Das passiert dann auch. Dann werden zum Beispiel Mieten angeboten von 3,50 oder 4,- Euro mit der Maßgabe, dass dann eben auch eine regelmäßige Visitation der Pflegeheimbewohner stattfindet. Wenn die Ärzte sagen, „das wollen wir nicht“, dann kommen Sie eben nicht in das MVZ hinein. Damit haben Sie eine Selektion Ihrer Kooperationspartner vorgenommen. Das hört sich jetzt klasse an. In der Praxis bedarf es dann erst einmal einer Selektion der Ärzte, die da mitmachen würden. Das braucht ein bisschen Zeit, in der Regel auch ein bisschen Überzeugungskraft. Dann läuft das auch nach einer gewissen Zeit. Man muss da mehrere Gespräche führen und es bedarf einer feinen Businessplanung, wie man das so schön nennt, einer feinen Geschäftsplanung, sodass man also nicht in die Falle gerät, tolle Gebäude zu bauen wie in Berlin-Spandau, um dann später festzustellen, dass man keine Ärzte hat. Denken Sie an das Thema Pflege-

hotel. Nachher stellt man fest, man hat ein tolles Gebäude, aber keine Leistung.

An der Stelle warne ich Sie auch davor, auf diese Investoren sofort anzuspringen, die im Moment durch die Lande ziehen. Ich kenne da zwei, drei, die Ihnen auch genau diese MVZ verkaufen. Die machen nichts anders, als dass sie Ihnen ein Gebäude hinstellen wollen mit fünf, sechs oder zehn Praxen. Sie sollen dann Pächter werden als Diakonie, AWO, DRK oder Volkssolidarität und dann die Ärzte organisieren. Dem Bau-träger oder dem Projektentwickler ist die Pacht dann sicher. Davor warne ich Sie. Wie gesagt, in Spandau ist es so gelaufen. Da ist es allerdings kein Wohlfahrtsverband, der darin steckt, sondern ein privater Träger. Da holen Sie sich dann den großen Defiziterbringer direkt ins Haus.

Was kommt noch auf uns zu? Ich habe hier etwas herausgesucht, was auf die Einführungsrede von Herrn Helbig eingeht. Das ist nämlich die Frage: Was passiert denn auf diesem sogenannten Markt? Die HypoVereinsbank hat da am Anfang des Jahres eine Studie erstellt, aus der ich diese Grafik entlehnt, allerdings die Zahl ein bisschen geändert habe, die Zahlen 2009 und 2004. Die ursprünglichen Zahlen hießen 2008 und 2013. Darüber kann man dann streiten. Das können wir auch gerne diskutieren. Nur die Perspektiven, die da genannt worden sind, waren mir etwas zu lang.

Was bedeutet das grundsätzlich in dieser Grafik? Wir haben vier große Felder:

Den Gesundheitsschwarzmarkt. Den kennen Sie auch. Das ist die Polin oder die Tschechin, die zu Hause pflegt gegen Schwarzgeld ohne Anmeldung und im Grunde genommen Wettbewerber zu Ihren professionellen Dienstleistungen ist. Zum Teil ja auch gewollt. Es gab einmal gewisse Aussagen aus den Ministerien, dass man das gar nicht einmal so schlecht findet.

Dann gibt es die Gesundheitsplanwirtschaft mit einer hohen Regulation, wo wir an Teilen drin sind. Denken Sie an die Frage Ihrer Leistungsverhandlungen im Bereich Behandlungspflege. Denken Sie an die Kontingentierung, die wir in dem Bereich der Krankenhausbudgets haben, zum Teil auch im ärztlichen Bereich oder in der Medikamentenversorgung. Das ist eher Planwirtschaft als dass man von einem Markt sprechen kann.

Dann haben wir den sogenannten Pauschalpatienten, der in diesem planwirtschaftlichen Bereich sagt, „ich habe ja meine dreizehn komma sechs, vierzehn komma irgendwas pro Monat bezahlt, und ich nehme einfach einmal die Leistung in Anspruch. Ich habe Halsschmerzen, also gehe ich erst einmal zum Arzt. Ich habe es ja bezahlt“. Da hat man ja mit dieser Zehn-Euro-Praxisgebühr eingegriffen, um genau da ein erstes Umdenken hinein zu bringen. Jetzt geht die HypoVereinsbank davon aus, dass wir auch auf Grund der politischen Regularien zunehmend zu dem sogenannten Ich-Patienten kommen. Der sagt: „Ich habe jetzt Halsschmerzen, aber ich weiß, diese Halsschmerzen sind morgen wieder weg. Also gehe ich nicht zum Arzt.“ Oder der andere sagt: „Ich gehe trotzdem zum Arzt, weil der ein so tolles Medikament hat, das mir die zehn Euro wert ist plus meinen Beitrag für das Medikament, oder,



wenn es ein OTC-Medikament ist, was ich dann selber bezahlen muss.“ Sodass er auswählt, welche Dienstleistungen er wahrnimmt.

Und jetzt können Sie darin einmal das Thema des persönlichen Pflegebudgets gedanklich durchspielen. Diese Idee von persönlichen Budgets, wie wir sie im SGB IX, im SGB XII und vielleicht auch im SGB XI dann irgendwann einmal haben, ist genau das: diesen Ich-Patienten zu kreieren. Nach dem Motto: Er wird schon wissen, was er braucht, dann soll er sich das einkaufen. Wenn er meint, er braucht es nicht, dann soll er sich das nicht einkaufen. Das wird natürlich dann schwierig, wenn Sie jemanden haben, der diese Entscheidung nicht mehr treffen kann oder – denken Sie an die gesetzlichen Betreuer – Leute hat, die er entscheiden lässt.

... Nur: Die Politik wird wahrscheinlich genau diesen Weg weiterhin beschreiten, weil sie diese Regulation nicht mehr hinbekommt und kein Politiker sich traut, zu sagen: „Wir rationieren das System“. Rationalisiert haben wir in dem System. Da brauchen wir, glaube ich, bei Ihnen gar nicht groß nachzufragen. So viel Luft haben Sie bei sich an Optimierungspotenzialen im sogenannten operativen Kostenmanagement nicht mehr. Sie können zwar noch an der einen oder anderen Stelle sparen, aber die große Luft auf der Gesamtebene haben wir da nicht mehr.

Jetzt kann man zwischen den einzelnen Leistungssäulen noch sparen. Das versucht man durch die Integrierte Versorgung. Dann kommt der nächste Schritt. Ich muss rationieren. Ich muss sagen: „Lieber Versicherter, Du bekommst eben pro Tag“ – und das kennen Sie auch schon aus einigen Bereichen – „eine Spritze. Die zweite Spritze, auch wenn Du Diabetes-Patient bist, setzt Du Dir selber. Wir können aus dem Gesamtsystem nur noch eine Spritze bezahlen.“ Stellen Sie sich da mal einen Politiker vor, der sich oben an die Kanzel stellt und sagt: „Jawohl, Rationierung! Wir machen das wie in England. Jeder Arzt 1000 Patienten, mehr gibt es nicht.“ Sie dürfen sich dann um eine Versorgungssicherheit bewerben als Patient. Das ist in England der Fall. Sie dürfen zwei Jahre auf eine Hüfte warten. Das wird, glaube ich, hier kein Politiker vertreten können.

Das heißt also, man macht es ganz geschickt, und das würde diese These der HypoVereinsbank unterstützen. Man sagt einfach: „Ich schaffe das persönliche Budget“. Dann wählt jeder von uns oder sein gesetzlicher Betreuer selber aus. Der schwarze Peter liegt im Zweifelsfall beim Patienten selber oder beim gesetzlichen Betreuer, aber nicht bei demjenigen, der gesagt hat, die Leistung gibt es nicht mehr. Wenn Sie eben nur 1000 Euro zur Verfügung haben und das, was Sie bräuchten, würde 1200 Euro kosten, dann ist Ihre Rationierung, diese 200 Euro nicht auszugeben, eine Eigenentscheidung. Bei demjenigen, der die 200 Euro hat, würde jeder von uns sagen, „na gut, das ist sein persönliches Pech“. Bei demjenigen, der dieses Geld nicht hat, und wir dann Versorgungsdefizite feststellen, da wird es dann schwer. Das trifft dann den Berufsstand der Pflege und der Medizin besonders hart, weil man ja auch noch nach einem gewissen Berufsethos handelt und nicht sagt wie der Verkäufer bei Mediamarkt: „Naja, wenn Sie den 600-cm-Flachbildschirm nicht haben wollen, Sie können auch einen normalen Fernseher für 200 Euro kaufen.“ Das hat eine andere Relevanz.

Was heißt das für uns? Die erste Frage wird sein: Wie kriegen Sie durch Lobbyarbeit bedingt Einfluss darauf, dass ein sozialpolitischer Grundkonsens über die Minimalversorgung, die jeder Mensch bei uns haben sollte, zustande kommt? Kriegt man das hin? Ich bezweifle es. Aber es wäre sicherlich eine Diskussion wert, diesen Konsens zu finden.

Zweiter Punkt, der da eine Rolle spielt, ist die Frage der Einbringung in die Ausgestaltung dieser Budgets. Denn die Frage ist: Wie hoch ist ein solches Budget und wie wird es im Detail ausgestaltet? Stelle ich irgendjemandem 1000 Euro zur Verfügung als Geldleistung, oder ist es eine Abrechnungsmöglichkeit gegenüber einem Kostenträger in Höhe von 1000 Euro? Wie beeinflusst diese wiederum Ihre Leistungserbringung? Stichwort Bürokratie: Was kommt von den 1000 Euro tatsächlich am Ende an?

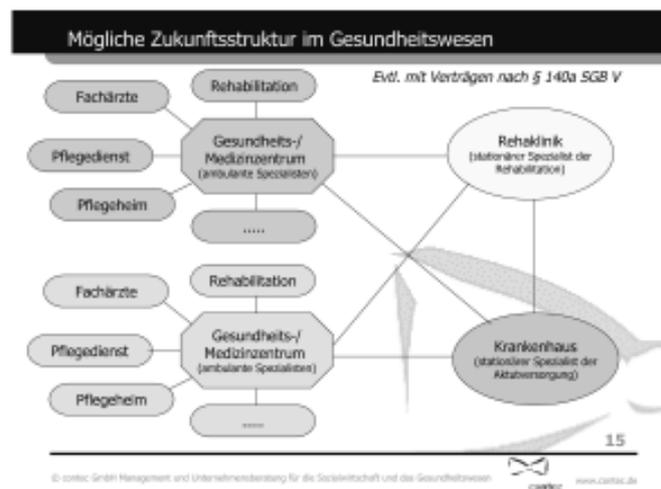
An der Stelle sehe ich die Notwendigkeit, sich sehr frühzeitig über die Spitzenverbände, aber auch vor Ort – denken Sie an Ihre Bundestagsmitglieder, die in ihren Wahlkreisen unterwegs sind, an die Landespolitiker – Einfluss zu nehmen und zu signalisieren, Sie wollen zumindestens Mitarbeit, wenn es um diese persönlichen Budgets geht, und nicht nur einem Professor Klie oder anderen, die in dieser Sache denken, das Feld überlassen. Denn die Gefahr besteht, dass Sie nachher so einen Lauterbach-Rürup-Effekt haben, dass dann auf einer sehr hohen Ebene über diese Dinge diskutiert wird, die praktischen Anforderungen nicht mehr präsent sind und nachher irgendwo auf der Metaebene ein Konstrukt entsteht, das in der Praxis für alle Beteiligten ein Problem bildet und vielleicht auch nicht mehr die Leistungen in einer adäquaten Höhe gewährleistet. Die Diskussion zeigt, dass diese Entwicklungen gefährlich sein können, wenn man da nicht mitarbeitet. Das zeigt das GMG. Ich nenne das Lauterbach-Rürup-Effekt.

Aus meiner Sicht kommt zum Beispiel aus so einem Thema, wie es der Runde Tisch Pflege ist, nichts dabei heraus. Das heißt also, auch hier gilt es jetzt nicht Riesenkommissionen zu bilden, sondern vor Ort Einfluss zu nehmen auf diejenigen, die jetzt über diese Entwicklung diskutieren.

Wenn Sie das Thema Gesundheitsprämie/CDU/CSU versus Bürgerversicherung sehen, dann entsteht ja auch die Frage: Wie bringen Sie sich in diese Diskussion aktiv mit ein? Und das ist übrigens nur das Vorspiel für das persönliche Budget.

Welche Zukunftsstrukturen kommen noch auf uns zu? Es läuft darauf hinaus, dass wir immer mehr Schwerpunkthäuser im stationären Bereich bekommen, in dem Bereich der Rehabilitation und der medizinischen Versorgung, und sogenannte Medizinische oder Gesundheitszentren als Portaleinrichtungen, die die erste Anlaufstelle bilden, verzahnt oder integriert mit Fachärzten, mit ambulanten Rehabilitationsangeboten, Pflegediensten, Pflegeheimen, Sanitätshäusern und so weiter.

Das heißt, gerade für Sie in den Flächenbereichen, dass der Zugang zum stationären Leistungserbringer räumlich gesehen weiter wird und dass die Zuweisungsstrukturen sich stärker auf solche medizinischen oder Gesundheitszentren oder Portalzentren konzentrieren. Sie brauchen also ein zweifaches Zuweisungsmanagement. Einmal in Richtung Krankenhaus und einmal in Richtung auf diese Portalstrukturen. Diese Konstruktionen sind miteinander vertraglich, kooperativ oder unternehmerisch verzahnt. Im Zweifelsfall, wenn Sie sich die Konzerne Helios oder Sana anschauen, würden dann dieses Gesundheitszentrum und der stationäre Leistungserbringer von einem einzigen Konzern betrie-



ben, der wiederum vielleicht auch eigene Pflegedienste und eigene Pflegeheime betreibt oder sich einen festen Kooperationspartner sucht.

Das ist das, was ich vorhin „Kampf um die Patientenströme“ nannte. Hierin wird gesteuert. Das heißt also, wer jetzt in einem solchen Verbund ist, bekommt die Patienten. Das zeigen auch erste Beispiele. Wer in diesem Verbund nicht drin ist, bekommt sie eben nicht mehr.

Das geht in Remscheid bei einem Sana-Haus so weit, dass sie eine eigene Software haben, um das Zuweisungsmanagement zu steuern. Wer an diesem Software-Konstrukt nicht teilnimmt, bekommt auch keinen Patienten. Das heißt, hier wird über eine Software die Zuweisung zu einem nachgelagerten Leistungserbringer durchgeführt, und wer an dieser, ich sage einmal, Datenbank nicht angeschlossen ist, bekommt auch nichts. Damit sind wir genau in diesen Steuerungsfunktionen drin. Das wird weiter zunehmen.



Das geht dann einher mit den sogenannten horizontalen und vertikalen Konzentrationsprozessen. Wir beobachten zur Zeit, und das wird auch weiterhin der Fall sein, dass viele kommunale Träger ihr Haus einfach verkaufen, weil sie es nicht in den Griff kriegen. Als kommunales Haus sind Sie ja nicht per se defizitär. Sie sind nur dann defizitär, wenn Sie ein schlechtes Management haben. Weil man das aber nicht gelöst bekommt in diesem politischen Umfeld, verkauft man das Haus. Wohin gehen die Häuser in Regel? An private Träger. Sie kennen die Sana, Assepios, Rhön und wie sie alle heißen. Es gibt da noch ein paar regionale Anbieter, die auch in Brandenburg aktiv sind.

Das heißt also, das Feld wird sich in drei große Bereiche aufteilen. Es wird die konfessionellen Träger geben. Es wird im Bereich der übrigen Wohlfahrtsverbände ein paar Träger geben – ich nenne jetzt einmal nur exemplarisch nur die DRK-Kliniken – und es wird dann die privaten Klinik-Ketten geben. Dann ist eben die Frage: Wohin haben Sie die Drähte? Man kann davon ausgehen, dass ein konfessionelles Haus wahrscheinlich eher die Zusammenarbeit mit Diakonie und Caritas sucht, ein privater Träger wahrscheinlich eher mit Privaten zusammenarbeitet oder sich eigene Konstruktionen löst und dass die DRK-Kliniken wahrscheinlich eher mit DRK-Einrichtungen zusammenarbeiten. Das liegt fast auf der Hand. Wenn es die AWO macht: analog.

Das heißt also: Auch hier wird durch diesen Marktveränderungsprozess die Frage der Kooperationspartner neu aufgemischt unter dem Aspekt, den ich Ihnen eben genannt hatte. Zuweisungsströme. In dieser Entwicklung sind wir im Moment mittendrin.

Man spricht dann auch hier von einem vertikalen und einem horizontalen Konzentrationsprozess. Sie kennen das vielleicht aus dem Autobau. Eine Zeit lang hat man immer mehr selbst gemacht. Wir werden dann wahrscheinlich in fünf Jahren dazu kommen, dass immer mehr wieder ausgelagert wird. Es gibt ja auch hier erste Trends, dass da ein Klinikum sagt: „Warum sollen wir eigentlich unsere eigene Kurzzeitpflege betreiben? Das können wir auch an einen Partner abgeben.“ Aber Sie haben immer so wechselnde Bewegungen. Im Moment sind wir eher in der Bewegung drin, dass man diese vertikalen Konzentrationsprozesse

durchführt, also die Leistungstiefe erhöht, mehr selber in eigener Regie durchführt.

Dann die Entwicklung der Pflegeversicherung. Ein nicht uninteressanter Fall für Sie. Sie kennen ja die Diskussion um diese „Bezahlung“, „Refinanzierung“ oder „Vorteile“ für erziehende Steuerzahler. Ich nenne das einmal bewusst so. Man muss ja da nicht immer von Familie reden im klassischen Sinne. Ich habe hier einmal versucht, die Diskussion grafisch darzustellen, und auch die Diskussion, die nicht läuft, ebenfalls nachzubilden.

Die Diskussion dreht sich ja um die Frage: Wie groß ist eigentlich das Tischtuch, auf dem die Pflegeversicherung liegt? Links habe ich das einmal gezeigt. Sie sehen, es ist schon leicht über dieses Tischtuch hinaus. Das sind die jährlichen Defizite, die die Pflegeversicherung zur Zeit erwirtschaftet. Verbunden mit der Anforderung, dass man das Ganze dynamisieren will. Eine Forderung der Grünen. Dass man eben erziehende Versicherte entlasten möchte, und verbunden auch mit einer Reform der Pflegeversicherung als solcher, weil man eben mit den drei Pflegestufen auch nicht mehr klarkommt. Dann noch die Frage: Wie fördert man ambulante Leistungen, wenn die stationären Leistungen eigentlich im diesem System überproportional zu hoch bezahlt werden?

Die Entwicklung, die man sieht, die habe ich einmal rechts dargestellt. Das ist dieser große Topf auf dem kleinen Tisch, der dann irgendwann zusammenbricht.

Da gibt es zwei Entwicklungen, die man diskutiert. Das sogenannte persönliche Pflegebudget oder/und die sogenannte Einheitspflegestufe, die einen Charme hätte. Das können Sie ganz einfach durchspielen. Sie kriegen einen Betrag für einen Pflegebedürftigen, der bei Ihnen in der Leistung ist, egal, ob ambulant oder stationär. Sie führen tatsächlich aktivierende Pflege durch. Sie bekommen ihn, in der heutigen Konstruktion gedacht, von der Pflegestufe drei in die Pflegestufe zwei. Heute würde das bedeuten, Sie wären „behämmert“. Sie müssten ja im Grunde genommen Ihren Mitarbeitern sagen: „Ihr habt so gut gearbeitet. Ich muss jetzt 2,5 Stellen entlassen“. Das macht ja keiner. Das ist die Steuerungsfunktion des Geldes.

Die Idee, die dahinter steht, ist eine ganz einfache: Wenn ich das jetzt schaffe mit der Einheitspflegestufe, dann müssen Sie ja keinen entlassen. Dann arbeiten Sie mit Arbeitszeitkonten und so weiter. Aber Sie haben einen wirtschaftlichen Vorteil davon. Das heißt also, aktivierende Pflege oder auch Prävention würde sich in einem solchen Konstrukt wirtschaftlich lohnen. Da geht man davon aus, dass dann die Akteure es auch eher tun würden. Das sind ja alles nur Vermutungen. Wir haben es noch nicht ausprobiert.

Die Integrierte Versorgung geht übrigens in die ähnliche Richtung, dass man auch dort über diese sogenannte Budgetverantwortung einen wirtschaftlichen Anreiz geben will, nicht die Krankheit zu finanzieren, sondern die Gesundheit. Das ist die Idee, die dahinter steckt.

Sie hätte politisch gesehen im Moment einen großen Nachteil: Wenn Sie die Pflegestufe eins sehen in der heutigen Konstruktion und dann eine sogenannte Einheitspflegestufe, würde diese Einheitspflegestufe



wahrscheinlich über der Vergütung der Pflegestufe eins liegen. Hieran werden sich wahrscheinlich die Kritiker aufreiben. Die sagen: „Wenn wir x Prozent in der Pflegestufe eins haben, dann müssten wir ja mehr bezahlen“. Und dann erkennen sie: „Wenn wir aber die Pflegestufe drei sehen, dann kriegen wir ja weniger!“ Das wird dann die spannende Frage des Aushandelns sein: Welche Höhe hätte diese Einheitspflegestufe? Wie würde man da einen Einstieg finden, sodass beide Seiten mit dem Gewinn und dem Verlust leben können? Das würde wiederum bedeuten, dass wir uns einigermaßen darüber klar sind, wie der durchschnittliche Lebensweg eines Pflegeversicherten in Ihren Einrichtungen aussieht. Wie lange ist er in der Pflegestufe eins? Wie lange verbleibt er in der Pflegestufe zwei? Mit welcher Pflegestufe tritt der denn überhaupt bei Ihnen ein und wann stirbt er?

Nur mit diesen statistischen Daten könnte man eigentlich adäquat berechnen, wie die Höhe einer sogenannten Einheitspflegestufe aussehen müsste. Das heißt, also auch hier gilt es, ausreichend Daten zu sammeln, zu haben und sie statistisch-mathematisch auszuwerten, um damit Risiken zu bewerten, die in einem solchen System liegen, aber auch die Chancen daraus zu generieren. Darauf kommt es an.

Mein Plädoyer in dieser Diskussion ist, wenn sie nächstes Jahr losgeht – und man sollte sie im Vorfeld des Bundestagswahlkampfs genau beobachten – rechtzeitig anzufangen, dafür Daten zu sammeln, um nachher Vorschläge zu machen. Wenn Sie die nämlich nicht liefern können, dann passiert etwas anderes. Dann sind wir wieder bei der Lauterbach-Rürup-Diskussion, dann werden Ihnen diese Daten geliefert durch politische Festlegung der Einheitspflegestufe. Wenn Sie denn kommt.

Das Gleiche gilt letztendlich für das Persönliche Pflegebudget. Denn hier müsste man ja auch erst einmal festlegen, welches Pflegebudget ausreichend ist. Denken Sie an die Worte von eben. Wo sind wir? Kurz vor der Schwelle der Rationierung. Das wird die zentrale Frage sein. Es wird nicht darum gehen, mehr Pflege zu finanzieren. Es wird nur noch die Frage sein: Wie weit dürfen wir runter, ohne dass wir über eine durchgehende Rationierung für alle Pflegeversicherten sprechen? Das können Sie natürlich wunderbar verzahnen. Die Einheitspflegestufe ist letztendlich fast nichts anderes als ein Persönliches Pflegebudget, wenn Sie das gedanklich durchspielen.

Was passiert dahinter? Sie bekommen eine Reduzierung der kosten-träger-refinanzierten Einzelleistung. Sie müssen wahrscheinlich in diesem ganzen Konstrukt davon sprechen, dass die Pflegebedürftigen zunehmend einen Vermögens- und Einkommenseinsatz leisten müssen. Wir haben es ja heute schon. Das wird dann noch einmal deutlicher werden. Was wahrscheinlich dieses System auch konzidieren wird, ist der Punkt, dass man die Verwaltungskosten deutlich reduzieren kann. Sie stellen nämlich im Zweifelsfall nur noch eine Rechnung über dieses Pflegebudget und eben nicht mehr eine Rechnung an drei unterschiedliche Kostenträger. Wenn man die Idee aus dem Bereich der Eingliederungshilfe übernimmt. Man wird noch sehen, wie das die Politik macht. Aber unter dem Stichwort Entbürokratisierung wird man wahrscheinlich auf diesem Feld relativ schnell versuchen, weiterzuarbeiten.

Dann kommt zunehmend – es ist interessant zu beobachten in den letzten zwei, drei Monaten auf Veranstaltungen und in den internen Gesprächen abends ab 22 Uhr bei der dritten Flasche Wein – das Thema Verzahnung SGB V und SGB XI auf den Tisch. Man kann pauschal sagen, dass die Akteure, auch die Kostenträger, zunehmend sehen, dass es hier einer Verzahnung bedarf. Man könnte das noch erweitern: Verzahnung mit den Fragestellungen des SGB IX: Pflegebedürftige,

Behinderte. Das ist auch ein Thema, wo man sich nicht so richtig herantraut, was aber zunehmend ein Thema wird und ist.

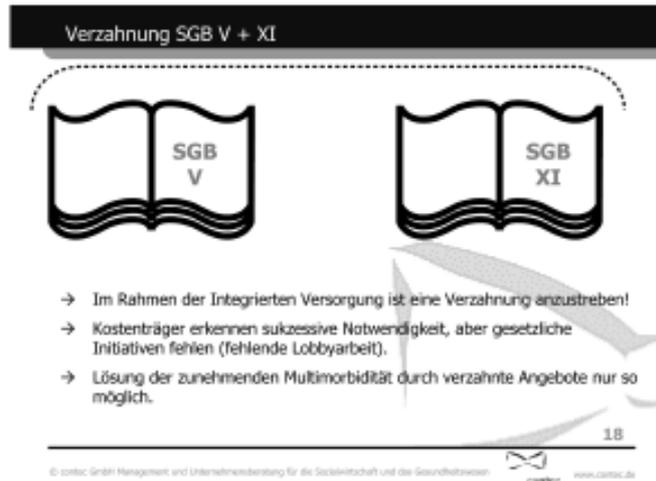
Aktuell wird dieses Thema, Verzahnung SGB V und SGB XI, dadurch, dass man im Rahmen der Integrierten Versorgung versteht, dass die Hoffnung, dass die Pflege bestimmte medizinische Leistungen übernehmen oder absenken und auch kostengünstiger erbringen kann, nur funktioniert, wenn man diese Trennung zwischen der Pflege im SGB XI und den Leistungen im SGB V aufhebt.

Jetzt kann man daraus zwei Theorien ableiten. Die erste Theorie wäre: Man kommt irgendwann dahin und schafft den Elfer wieder ab und setzt den in den Fünfer wieder ein. Dann hat man das Problem gelöst. Ob das kommen wird, weiß ich nicht.

Die andere Theorie ist, dass man im Rahmen der Integrierten Versorgung, über ein Persönliches Pflegebudget zum Beispiel refinanzierbar, bestimmte Leistungen im SGB XI als SGB V definiert, indem man nämlich in das Persönliche Pflegebudget auch medizinische Leistungen einbringt, was wiederum verzahnbar ist mit der populationsgestützten Pauschale im Rahmen der Integrierten Versorgung. Denken Sie an die Klammer „Zukunft“. Da gäbe es also einen Weg, das zu tun als letzte Konsequenz aus der Idee der Integrierten Versorgung so, wie es im 140er steht. Aber das ist noch ganz weite Zukunftsmusik, wenn es denn so kommt. Aber das wäre ein Weg, diese Verzahnung hinzubekommen. Ich wollte Ihnen hier an der Stelle erst einmal nur zeigen, dass diese Diskussion kommt und auch die Kostenträger sagen, „da müssen wir uns etwas ausdenken, da müssen wir neue Konzepte haben, um weiterzukommen“.

Was bedeutet diese Überlegung aber für Sie? Ich habe es hier unten „fehlende Lobbyarbeit“ genannt. Ich glaube, an der Stelle sind gesetzliche Initiativen nur dadurch zu erreichen, dass auch hier wieder in Berlin auf die entsprechenden politischen und, ich nenne sie auch einmal, Kostenträgerverbände Einfluss genommen wird, um ein Grundmodell in die Diskussion zu bringen, was man zum Beispiel in der Freien Wohlfahrtspflege, auch in der BAG, entwickelt. Also nicht nur zu sagen: Wir müssten das tun, sondern ein Modell zu präsentieren und zu sagen, so könnte das aussehen, so könnte man das machen, und an diesem Modell zu diskutieren. Denn in der Politik muss man eins sagen, das haben uns selbst Abgeordnete auf unserer Veranstaltung deutlich gemacht: Die Akzeptanz von Pflege in der Politik ist an vielen Stellen nicht sehr hoch. Man muss deshalb mit Denkmodellen auf die Politik Einfluss nehmen, und bitte hierbei nicht vergessen, auch die Kassen in die Entwicklung einzubetten.

Dann habe ich noch ein Thema mitgebracht. Das ist die Frage – ich habe sie eben genannt – des zunehmenden Vermögens- und Einkommenseinsatzes. Ich habe hier einmal Daten mitgenommen von einem anderen Vortrag. Die Zahl: 2,0 Billionen, mehr als 2 Billionen Euro sind zwischen 1998 und 2000 vererbt worden,



damit Sie nur einmal eine Größenordnung haben. Das sind Wahnsinnsbeträge. Ich habe sie nicht überprüft.

Diese Zahl, und deswegen habe ich sie mitgebracht, geistert zur Zeit in der politischen Diskussion um die Frage der Eigenleistungsfähigkeit der Versicherten. Die Politiker gehen hin – und jetzt kommen wir noch einmal auf das Thema Entwicklung der Pflegeversicherung – und sagen: Da sind doch 2,0 Billionen Euro! Die kann man doch für Pflege einsetzen. Wenn Sie einen Politiker sehen, der eine Milliarde zu wenig im Topf hat, ist das gigantisch. Das Problem ist nur aus meiner Sicht, dass wahrscheinlich 80 Prozent davon, das ist jetzt eine persönliche Schätzung, in Immobilien steckt, also nicht direkt liquidierbar wäre. Wenn dann ein Pflegebedürftiger zu Ihnen kommt und zum Beispiel sagt: „Liebe AWO, ich brauche Pflege, Pflegestufe zwei, Einstufung liegt vor“. Dann sagen Sie: „Herzlichen Glückwunsch, verkaufen Sie Ihr Haus für die Eigenleistung! Wir stellen Ihnen auch ein Zelt hin. Die Kollegen von DRK haben noch ein paar aus dem Katastrophenschutz.“ Sie können sich vorstellen, das funktioniert nicht.

Von daher ist die Frage: Wie kann mit solchen Zahlen tatsächlich hantiert werden? Und hier bitte ich Sie, wenn Sie solche Zahlen sehen, weisen Sie ruhig auf diese Problemlage hin. Ich erlebe es in der politischen Diskussion immer wieder, dass, wenn solche Zahlen auftauchen, bei den Politikern die Dollarzeichen wie bei Dagobert Duck auftauchen, und dann nur noch gerechnet wird, wie man mit diesen Zahlen die ganzen vorhandenen Löcher stopfen kann.

Allerdings bedeutet das auch, die Diskussion über Armutsfalle, Positionierung der Wohlfahrtsverbände, Ihrer Mitglieder, Träger und Unternehmen in diesem Kontext aufzugreifen. Denn wir werden natürlich Leute haben, die bei diesen zwei Billionen auch das Geld auf dem Konto haben. Und da ist natürlich die Frage: Sind Sie diejenigen, die davon auch mit profitieren wollen oder können, oder sind Sie nur für den Teil „unten“, die eben dieses Geld nicht haben und komplett vom Kostenträger abhängig sind, zuständig? Das ist die strategische Positionierung.

Das ist sicherlich auch weiterhin eine strategische Frage, die Sie sich stellen und auch lösen müssen, weil diese Differenzierung in den Vermögens- und Einkommensverhältnissen weiter voranschreitet, dieser berühmte Mittelstand, der sich etwas leisten kann, nicht mehr da sein wird oder zunehmend abnehmen wird und diese Zielgruppe kleiner wird. Diese Diskussion kennen Sie: Stichwort Zwei-Drittel-Gesellschaft. Zwei Drittel haben so gut wie nichts, ein Drittel hat immer mehr. So kann man das auch zusammenfassen.

Jetzt kann ich sagen, das ist ganz schlimm. Das ist sicherlich auch ein Problem. Nur, unternehmerisch gedacht – ich sehe Sie jetzt einmal als Unternehmen – bedeutet das, auch eine Strategie zu entwickeln, wie Sie darauf antworten, und eben auch mit Ihrem Anspruch aus dem Bereich der Wohlfahrt nicht nur auf die Rentabilität des einzelnen Kunden zu achten, sondern auch noch die besondere ideale Zielsetzung zu realisieren. Das müssen Sie strategisch relativ schnell für sich lösen. Dabei bleibe ich.

Dahinter stehen zum Beispiel die Fragen: Wie müssen Sie eine Preissenkung vollziehen? Auch wenn hier in CARE konkret irgendwo ein Artikel steht, „Preissenkung gefährdet die Qualität“. Ich glaube, Verdi hat das im Rahmen von Hannover zu einem schief gegangenen Pflegeheim kommuniziert. Ich bleibe dabei: Sie werden diese Frage stellen müssen, weil wir insgesamt nur noch so ticken. Wer von Ihnen geht nicht beim Aldi einkaufen? Wer guckt sich nicht die Sonderangebote in

der Zeitung an? Ich behaupte einmal, wenn wir jetzt hier eine Umfrage machen würden, würden wir auf eine Quote von 80 Prozent kommen, die sagen, „natürlich gehe ich beim Aldi die Sonderangebote durch“. Auch wenn Sie sie nicht immer kaufen oder nicht dazu stehen, vielleicht gehen Sie auch zu Lidl oder anderen. Diese Billig-Denke ist ja im Moment eines der maßgeblichen Themen. Da kann mir keiner erzählen, dass ich in dem Moment, wo ich 65, 70 werde, Pflegestufe eins habe, mein zwanzig Jahre lang geprägtes Denken bis dahin aus dem Kopf herauskriege und sage, „jetzt zählt nur noch die Höhe des Preises“. Daran glaube ich nicht.

Was bedeutet das? Wenn Sie Geld haben, werden Sie eine konsumbasierte Qualitätsanforderung haben. Da kann man eigentlich schon fast weiterleiten zu den beiden Nachrednern. Hier wird dann nicht das Siegel als solches eine Relevanz haben, sondern die Frage: „Wird die von mir erwartete subjektive individuelle Qualitätsanforderung erfüllt?“ Entspricht das Gesicht der Pflegekraft meinen Idealvorstellungen? Braune Haare, braune Augen, 22 Jahre jung?

Ich wollte jetzt hier keinen diskriminieren. Ich wollte das nur als Beispiel bringen. ...

Individueller Zuschnitt der Leistungen auf die eigenen Bedürfnisse. Also nicht: Sie machen morgens das Pflegemodul eins, das Pflegemodul 17 und dann machen Sie vielleicht, wenn sie Zeit haben, auch noch 19. Nur einmal als Beispiel. Sondern Sie sagen: Eisenreich hat den Bedarf. Sie schneiden morgens das Brötchen auf, schmieren lecker Butter drauf und er ist immer zwei Scheiben Käse. Das weiß jeder Mitarbeiter von Ihnen. Und der Käse ist bitte nur Edamer und nur aus der und der Produktion. Dieses ist der individuelle Zuschnitt auf mein individuelles Bedürfnis, und das werde ich dann auch bezahlen, wenn ich das Geld habe.

Hier zählen Markenpolitik und Image sicherlich als zentrale Erfolgsfaktoren. Das Image zu haben, „die sind gut und die kannst Du Dir auch, wenn Du Geld hast, und die bringen auch die entsprechende Leistung, wenn Du Geld hast“. Feinkost-Käfer-Mentalität spielt sicherlich eine Rolle.

Für die Gruppe, die weniger Geld frei verfügbar hat, geht es um die Frage der angemessenen Versorgung, bezogen auf die Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems. Da geht es eben auch um die Frage: Wo ist die Grenze zur Rationierung? Das ist der sogenannte Minimalstandard. Da wird es auch die Frage geben: Was ist eine angemessene Qualität? Die wird jeder von uns, wie wir hier sitzen, unterschiedlich definieren. Hier werden die Qualitätssiegel oder Qualitätssysteme sicherlich darauf angepasst werden müssen, was eine Minimalqualität oder ein Minimalstandard ist, den ich sicherstellen muss, und was dann nur „nice to have“ ist.

Ich nehme mal ein Beispiel: Ist es dann noch relevant, wenn ich also kostenträgerabhängig bin, ob Sie um acht Uhr oder um 8:15 Uhr bei mir sind? Es wird dann interessant, wenn Sie mir ein Persönliches Pflegebudget geben und ich mir den Pflegedienst aussuchen kann, und das Pflegebudget ausreichend hoch ist, dass Sie mit Eisenreich Geld verdienen. Dann werden Sie pünktlich um 8:00 Uhr da sein. Ist das nicht der Fall, dann wird der Kunde verlieren.

Mehr Wettbewerber – anderer Qualitätsbegriff

- Konsumbasierte Qualitätsanforderung
- Individueller Zuschnitt der Leistungen auf die eigenen Bedürfnisse
- Markenpolitik und Image sind zunehmend Erfolgsfaktor
- Angemessene Versorgung, bezogen auf die Leistungsfähigkeit des Versorgungssystem (Minimal-Standard)
- Standardleistung, Kunde muss an vielen Stellen Zugeständnisse machen.
- Kostenführerschaft ist zentrales Erfolgskriterium

Dämpfung dieser Wirkung durch persönliches Pflegebudget. Effekt bleibt abzuwarten.

© 2004 QgP Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und die Gesundheitsberufe
www.qgp.de

Sie kennen diese Beispiele. Versuchen Sie bei T-online einmal Ihren Online-Anschluss oder bei anderen Internetanbietern zu kündigen. Versuchen Sie einmal, einen an die Strippe zu kriegen an der Hotline, der Ihnen Auskunft geben kann. Warum glückt das in der Regel nicht? Weil Sie eine so geringe Marge als Privatnutzer abliefern, dass Sie wirtschaftlich uninteressant sind, und weil da gestrichen wird. Das ist die Minimalqualität. Sie haben eine Hotline und da läuft ein Band. Punkt. Und wenn Sie kündigen wollen, dann machen Sie es bitte schriftlich. ...

Standardleistung. Der Kunde muss an vielen Stellen Zugeständnisse machen. Ich habe das gerade mit diesem „8.00 Uhr“-Beispiel gebracht. Und sicherlich ist die Frage der Kostenführerschaft ein zentrales Erfolgsmerkmal. Also etwa zum Beispiel die Fragestellung, wenn Sie mit dem Sozialamt zusammenarbeiten: „Wissen Sie was, Pflegemodul 2 und 4, kriegst Du bei mir zum Sonderpreis.“ Das kostet eben nicht 17,22 Euro, sondern ist bei mir für 14 Euro zu haben. Bei mir kostet Pflegestufe eins im Pflegeheim zum Beispiel 33,20 Euro. Investitionskosten bei mir im Pflegeheim: 9,70 Euro. Dass dieser Weg zunehmend beschritten wird, können Sie in einigen Städten sehen. Die Stadtverwaltungen haben Betreibern gesagt: „Nimm Deine Häuser vom Netz! Bau Dir im Grunde genommen so eine Art Studentenwohnheime. Ich miete ich bei Dir ein, und dann habe ich eben einen Investitionskostensatz von umgerechnet neun Euro oder sieben Euro pro Tag in einem nicht mehr dem Heimgesetz unterliegenden Wohnbereich, der dann eben netterweise vom ambulanten Pflegedienst x, y oder z betreut wird. Dann sind wir in der ambulanten Pflege drin. Das Heim ist „vom Netz“. Ich unterliege nicht mehr den restriktiven Faktoren des Heimgesetzes und anderer Regularien. Dafür muss ich mich jetzt mit dem Mietgesetz herumschlagen.

Das heißt also, auch hier wird nach der preiswertesten Lösung gesucht, um mit einem geringeren Budget umzugehen.

Da sind wir auch schon am Ende, und ich möchte Ihnen noch ein Thema mitgeben. Das berühmte Thema der Entbürokratisierung. Das ist so eine Art Fazit.

Die Diskussion, die im Moment politisch läuft, wird unter sehr vielen Gesichtern geführt. Das erinnert mich irgendwie an Halloween. Hinter jeder Maske steckt etwas anderes. Mein Appell an Sie ist, sehr genau zu beobachten und sich da auch aktiv in die Diskussion einzubringen, allerdings auch immer sehr genau abzu prüfen, mit welcher Intention diese Diskussion gerade geführt wird. Ich nehme einmal ein Beispiel aus dem Landtag in Nordrhein-Westfalen, das ich als sehr problematisch erlebt habe.

Es gab dort eine Anhörung, zu der ich auch eingeladen war. Das Bayerische Modell der Dokumentationsoptimierung wurde vorgestellt. Das stellte der Redner vor und sagte: „Man kann mit diesem System 13,7 Millionen Euro einsparen“. Und jetzt kommt die Berechnung: Sie brauchen 5 Handzeichen weniger. Jedes Handzeichen kostet eine Sekunde. 5 Handzeichen pro Schicht mal 3. 15 Handzeichen weniger mal eine Sekunde. Dann hat man hochgerechnet: 15 Sekunden mal Tage mal Pflegemitarbeiter ergibt eine Summe pro Jahr in Höhe von X durch die Personalkosten. Schon sind es 13,7 Millionen Euro.

Sie können sich vorstellen, wie die Herren und Damen im Landtag dagesehen haben. Sie waren schon dabei: „Wie kriegen wir die 13,7 Millionen verteilt?“ Auch wenn da vielleicht die eine oder andere Hoffnung ist, dass dieses Geld in die Pflege zurück fließt: Ich persönlich glaube nicht daran. Sie kriegen dann einfach vier Jahre lang keine Pflegesatzerhöhungen. Das wird die Folge sein. Mit solchen Zahlen – und da ist

meine Bitte – seien Sie sehr, sehr vorsichtig. Wir sind in einer Situation, wo Lücken gestopft werden, und ob das, was Sie eigentlich mit diesen Zahlen bewirken wollen, so dann beim Empfänger dieser Nachricht ankommt, bezweifle ich manchmal. Es gibt ein paar aus dem Bereich der Ministerien und der Politik, die Ihre Interessen da auch sicherlich aufnehmen und da auch identische Grundlagen haben. Nur: In dem Moment, wo die Finanzpolitiker ins Spiel kommen, wird es kritisch.

Denken Sie einmal: Was machen Sie mit 15 Sekunden Einsparung? Geht jeder Mitarbeiter 15 Sekunden früher nach Hause? Das lässt sich in der Praxis nicht realisieren. Also da mein Appell: Diskutieren Sie in dieser Zukunftsentwicklung, Stichwort Demographie, die Entbürokratisierung, diskutieren Sie die auch dahingehend, dass Sie mehr Zeit für den Pflegebedürftigen brauchen. Seien Sie aber bitte sehr zurückhaltend mit Zahlen, die Sie in der Praxis nicht realisieren können, die also Scheinrechnungen darstellen, weil sie dann vielleicht mit einem Mal im Bummerangssystem an einer anderen Stelle dann wieder auftauchen und Ihnen in der Pflegesatzverhandlung zukünftig das Leben schwerer machen.

Damit will ich dann den Schnelldurchlauf durch die Frage „Veränderung“ beenden. Er ist sicherlich nicht vollständig. Sie werden ja auch in den nächsten 1 1/2 Tagen noch einige Dinge diskutieren, aber ich glaube, der große Trend, die große Linie ist deutlich geworden.

Ich wünsche Ihnen einen guten Tagungsverlauf.

Fragen

Frau Kritzl: Sie haben angesprochen, letztendlich sollen Einrichtungen der Altenhilfe auf die Ärzte zugehen und mit denen verhandeln und Kooperationen eingehen. Wo sehen Sie diese Ärzte? Es ist ja in Regionen eher so, dass keine Ärzte zur Verfügung stehen, und es ist auch sehr schwierig, überhaupt in einer Alteneinrichtung einen Facharzt zu sehen zu bekommen.

Eisenreich: Das ist auch genau der Grund zu sagen, Sie müssen im Grunde genommen selber in diese Bresche hineinspringen. Die Medizinischen Versorgungszentren sind ja gerade in den ostdeutschen Ländern eines der aktuell sehr schnell in der Entwicklung befindlichen Modelle. Erstens, weil Sie sie kennen. Wir haben sie ja nach der Wende für viel Geld platt gemacht. Jetzt bauen wir sie für viel Geld wieder auf.

Und der zweite Punkt, um genau diese Lücke zu schließen: Die Medizinischen Versorgungszentren gehen ja dort hinein. Man sollte versuchen, junge Ärzte zu gewinnen und sie wieder dort anzusiedeln in der Fläche, wo man einen erhöhten Versorgungsbedarf hat. Nur darüber werden Sie diesen Facharzt dann auch wieder in Ihren Einrichtungen sehen. An den klassischen Vertrag, „wir haben da eine Kooperation mit einem Facharzt, der 50 Kilometer entfernt sitzt“, daran glaube ich nicht. Der hat ja gar keine Zeit, zu Ihnen zu kommen, weil das Wartezimmer voll ist. Das gilt für jedes Flächenland. Es gilt für NRW in der Eifel genauso wie für den Bayerischen Wald oder für Niedersachsen, dass hier die Leistungserbringer sich selber Strukturen aufbauen müssen. Wie gesagt, immer dann, wenn Sie einen ambulanten Pflegedienst haben, haben Sie die Möglichkeit, über eine solche Managementgesellschaft ein MVZ zu gründen, unternehmerisch-medizinisch leistungsfähig zu werden und, das finde ich den Charme, nicht nur Pflege zu machen, sondern eben auch ärztliche Leistungen durchzuführen und daran mitzuverdienen.



Die Souveränität des Kunden im Gesundheitswesen - Angebot und Nachfrage/Konzentration der Angebote und Leistungen

Thomas Kaczmarek,
Dipl. Sozialpädagoge, Organisationsberater, contec-
Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH

Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren,

Thomas Kaczmarek ist mein Name. Ich bin ein Kollege von Herrn Eisenreich.

„Die Souveränität des Kunden im Gesundheitswesen - Angebot und Nachfrage/Konzentration der Angebote und Leistungen“, vorsichtig formuliert, ein ganz klein wenig sperriger Titel. Ich habe mir erlaubt, ihn etwas umzuformulieren und in die Frage zu verwandeln: „Wie schaffen wir es, aus Fürsorgeempfängern Kunden werden zu lassen?“

Der Begriff Fürsorgeempfänger klingt ein wenig antiquiert, aber es ist ja erst etwas über zehn Jahre her, da wäre der Begriff Kunde im Zusammenhang mit Pflege völlig absurd gewesen und niemals verwendet worden. Da hatten wir es mit Fürsorgeempfängern zu tun. Und sein wir ehrlich, die Zeiten für uns als Leistungsanbieter waren deutlich besser.

Heimleiter konnten die Länge ihrer Warteliste miteinander vergleichen, und die Wartelisten waren so ausreichend lang, dass es Belegungsprobleme nicht gab. Ambulante Pflegedienstangebote wurden fast ausschließlich von der Freien Wohlfahrtspflege gemacht. Private Anbieter spielten keine Rolle. Das hat auch dazu geführt, dass die Anbieter-situation eine doch recht luxuriöse war. Es war, zumindest in Nordrhein-Westfalen, Anfang der 90er Jahre schlechterdings unmöglich, Freitags nachmittags einen Patienten in die ambulante Pflege zu entlassen. Ein ambulanter Pflegedienst hätte diesen Patienten niemals aufgenommen, weil es kurz vor dem Wochenende war und es unmöglich gewesen wäre, das noch so zeitnah zu organisieren und den Mitarbeitern zuzumuten.

Bestimmte andere Dinge, die für uns heute Alltag sind, gab es damals auch nicht. Der Satz, „ich möchte aber, dass Sie morgen wirklich pünktlich um acht Uhr hier sind“, wäre einer Gemeindeschwester gegenüber ganz sicher nie gefallen. Auch daran haben wir uns gewöhnt. Trotzdem, meine ich, haben wir es noch nicht geschafft, aus Fürsorgeempfängern Kunden zu machen. Die Tatsache alleine, dass wir Markt, dass wir Wettbewerb haben, dass wir private und wohlfahrtsverbandliche Anbieter haben, macht aus Fürsorgeempfängern noch keine Kunden.

Wenn wir uns mit dieser Frage beschäftigen, würde ich mich gern mit Ihnen kurz auf die Begrifflichkeit verständigen. Was verstehen wir unter Kunde? Was verstehen wir unter Souveränität?



Aufbau des Vortrags



Der Begriff des Kunden ist ja ein leidenschaftlich diskutierter innerhalb der sozialen Arbeit. Können wir wirklich Kunden sagen zu den Menschen, die wir versorgen? Interessanterweise wird aber nur von uns Leistungsanbietern dieser Begriff so kontrovers diskutiert. Alle anderen haben ihn akzeptiert. Vielleicht hat das etwas damit zu tun, dass wir alle ein wenig Schwierigkeiten haben, uns von den goldenen Zeiten der Fürsorgeempfänger aus der Anbietersicht zu verabschieden.

Was heißt das in der Aussensicht? Also welche Rahmenbedingungen gibt es, die unsere Kunden daran hindern, wirklich Kunden zu werden? Was können wir intern tun, damit aus Fürsorgeempfängern Kunden werden? Und schließlich, das ist der entscheidende Punkt: Welche Handlungsmöglichkeiten haben Sie als Pflegeeinrichtungen, ambulante oder stationäre, um diese Entwicklung zu beschleunigen und in dem, was Herr Eisenreich ja verdeutlicht hat, schwieriger werdenden Wettbewerb zu überleben und Ihre Dienstleistungen erfolgreich zu gestalten und zu verkaufen?

Ich habe aus dem Internet ein Definition von „Kunde“ herausgesucht, die eine sehr allgemeine ist und die ich deshalb gut finde, weil sie keine DIN-A-4-Seite umfasst. „Ein Kunde ist eine Person, die zum Beispiel in einem Geschäft etwas kauft oder eine Dienstleistung in Anspruch nimmt.“

Wenn man sich auf so eine Definition von Kunde verständigt, dann sind die Menschen, die wir versorgen, unsere Kunden. Sie nehmen eine Dienstleistung in Anspruch, und wir erbringen diese Dienstleistung unabhängig von der Frage, ob ein Verzicht auf die Dienstleistung möglich wäre, wie groß die Alternativangebote sind, wie weit die Kundenautonomie und wie weit die Kundensouveränität reichen.

Zunächst bewegen wir uns auf einem Markt und Menschen nehmen Dienstleistungen von uns in Anspruch oder von unseren Wettbewerbern, und damit haben wir es mit Kunden zu tun. Auch da, wo diese Menschen ihre eigenen Interessen nicht mehr selber vertreten können, sondern das über gesetzliche Betreuer, Case-Manager, Angehörige, Ärzte, wen auch immer vertreten lassen müssen. Wir befinden uns auf einem Markt. Wir sind im Wettbewerb, und wir haben es mit Kunden zu tun.

Das Schwierige an der Auseinandersetzung mit dem Kundenbegriff für die Sozialwirtschaft ist, dass es den Kunden im engeren Sinne gar nicht gibt, sondern eine unterschiedliche Anzahl und Art von Kundengruppen sozialer Organisationen. Und wenn wir über Kunden reden und wenn wir überlegen, wie kundenfreundlich und wie kundenorientiert wir sind, dann müssen wir diese Überlegung differenzieren hinsichtlich der Frage: Über welche Kundenform reden wir eigentlich?

Wir haben Finanzierungsträger mit direkten vertragsentscheidenden Funktionen. Also

Definition von "Kunde"

*Kunde, der; -n, -n
Person, die z.B. in einem Geschäft etw. kauft oder eine Dienstleistung in Anspruch nimmt*

4

© context, Credit Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen
context www.context.de

Kunden-Vielfalt

Kunden sozialer Organisationen

Finanzierungsträger mit direkten vertragsentscheidenden Funktionen	Finanzierungsträger ohne direkte vertragsentscheidende Funktionen	Leistungsempfänger mit / ohne Vertragsentscheidenden Funktionen
	Direkter Nutzer	Indirekter Nutzer
	Behinderte Pflegekunden Jugendliche	Angehörige Gesetzl. Betreuer Freunde

Entscheidung der zusammengefassten oder getrennten Betrachtung

5

© context, Credit Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen
context www.context.de

das ist jemand, dem Sie letztendlich eine Rechnung stellen, der aber auch den Pflegevertrag unterschreibt. In aller Regel der Leistungsnutzer selber oder seine Angehörigen. Wir haben Finanzierungsträger ohne direkte vertragsentscheidende Funktionen, also zum Beispiel die Pflegekassen, die zwar mit Ihnen ein Vertragsverhältnis haben, aber nicht den konkreten Pflegevertrag abschließen. Nichtsdestotrotz senden Sie eine Rechnung an die Pflegekasse. Und wir haben Leistungsempfänger mit oder ohne vertragsentscheidender Funktion.

Eine weitere Differenzierung unterhalb der Gruppe der Leistungsempfänger sind diejenigen, die direkt die Leistungen nutzen, und diejenigen, die sie indirekt nutzen. Die direkten Nutzer sind die pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Behinderungen oder, wenn man Jugendhilfe macht, sind es halt Jugendliche. Bei den indirekten Nutzern sind es die Angehörigen, die gesetzlichen Betreuer, die Freunde, das Umfeld.

Häufig vergessen wir, wenn wir über Verkauf sozialer Dienstleistung reden, wenn wir über Marketing reden, die indirekten Nutzer, die gelegentlich einen viel größeren Einfluss auf den Vertragsabschluss und manchmal mehr von Ihrer Tätigkeit haben, als der Pflegebedürftige selber. Jeder, der einmal einen pflegebedürftigen Angehörigen hatte oder hat, kann das nachvollziehen, dass der Nutzen Ihres Einsatzes bei den Angehörigen häufig ungleich höher ist, als bei den Patienten selber. Auch das kennen Sie von Verkaufs- oder Aufnahmegesprächen, wo Sie Angehörige haben, die sehr engagiert auf den Abschluss eines Pflegevertrages hinwirken, während der zu Pflegenden für sich eigentlich sagt: „Es muss gar nicht unbedingt sein, und das kann doch weiter meine Tochter machen, das hat doch immer so gut funktioniert“.

Wenn wir über Marketing, wenn wir über Kunden reden, müssen wir uns also fragen: Wer ist unser Kunde? An wen wenden wir uns denn? Um wessen Souveränität und um wessen Autonomie geht es denn hier? Sind das wirklich immer die Pflegebedürftigen? Oder sind das auch manchmal die Menschen im Umfeld des Pflegebedürftigen, die das System aufrecht erhalten und letztendlich seine Betreuung und seine Existenz im eigenen Umfeld garantieren beziehungsweise seinen Heimzugang sicherstellen?

Definition von "Souveränität"

Souveränität, die; -, /ohne Pl./
[suw..] <franz.>
Macht und Recht, frei nach eigenem
Ermessen zu entscheiden, ohne
dabei das Recht anderer zu verletzen
bzw. die Überlegenheit, Sicherheit
bei der Ausübung von Dingen

Spannender ist dann schon der Begriff der Souveränität. Souveränität, ebenfalls eine einfache Definition aus dem Internet: „Die Macht und das Recht, frei nach eigenem Ermessen zu entscheiden, ohne dabei das Recht anderer zu verletzen“ beziehungsweise „die Überlegenheit und Sicherheit bei der Ausübung von Dingen“.

Sind wir selber überlegen und sicher im Umgang mit Dienstleistungen des Gesundheitswesens? Wer von uns überblickt das komplexe System, mit dem wir es zu tun haben? Haben unsere Kunden die Macht und das Recht, frei und nach eigenem Ermessen zu entscheiden, erstens, ob sie eine Dienstleistung in Anspruch nehmen, und zweitens, ob Sie oder Sie der Anbieter sind, von dem eine Leistung in Anspruch genommen wird?

Ich glaube, dass das nur eingeschränkt der Fall ist und dass wir uns überlegen müssen, wie wir es denn schaffen, Überlegenheit und Sicherheit bei der Ausübung des Rechts auf Inanspruchnahme ei-

ner Dienstleistung in der Pflege zu vermitteln und Bedingungen herzustellen, in denen Menschen sicher werden im Umgang damit. Weil es erst dann Kunden sind, wenn sie souverän sind.

Ein ganz wichtiges Hemmnis, was wir bei der Gestaltung von Souveränität in der Kundenbeziehung haben, ist die Komplexität des Systems, mit dem wir es zu tun haben. Wir haben um den Patienten und um den Angehörigen herum eine ganze Fülle von unterschiedlichen Anbietern von pflegerischen oder Gesundheitsdienstleistungen: Pflegedienste, stationäre Angebote, Ärzte unterschiedlicher Couleur, Arzneimittelversorger, Medizinbedarf, Krankenhäuser, Reha. Man könnte diese Liste ganz weit fortsetzen. Diese Anbieter sind miteinander verbunden in individuell höchst unterschiedlicher Art und Weise und bilden Netzwerke, die auch höchst unterschiedlich sind.

... Andererseits hat jeder 'Kunde' einen deutlich unterschiedlichen Bedarf an Beratung, Unterstützung und Betreuung. Komplexität schränkt Souveränität ein.

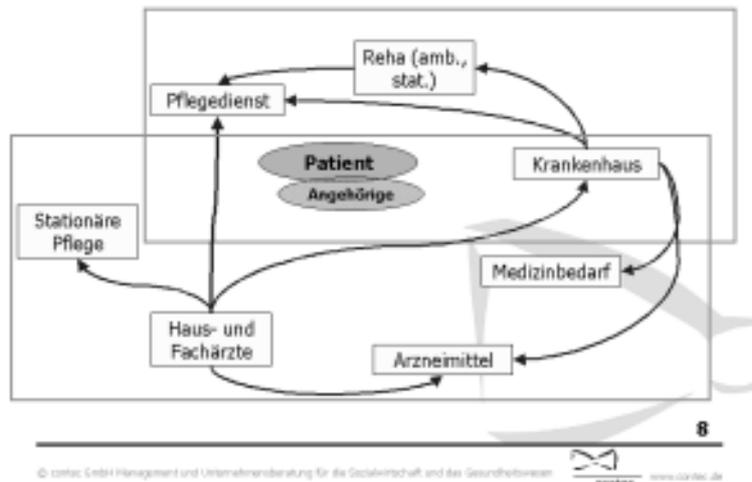
Die Lösung oder die Alternative kann aber auch nicht bedeuten, das System maximal zu vereinfachen, weil immer dann, wenn für Menschen sehr wichtige Systeme sehr einfach werden, dann werden sie automatisch auch sehr, sehr ungerecht. In kann dann nur sehr grobschlächtig Dinge sehr einfach strukturieren und gestalten. Wenn ich ein differenziertes System habe, dann wird es automatisch ein komplexes System sein. Wenn ich aber ein komplexes System habe, dann muss ich mich mit der Frage auseinandersetzen: Wie versetze ich Sie als Leistungsnutzer, als Pflegebedürftigen in die Lage, sich in diesem System überhaupt zu orientieren, sich zurecht zu finden? Wie kann ich Sie ermächtigen und wie kann ich Ihnen das Recht geben, nach eigenem Ermessen zu entscheiden?

Ein zweiter Punkt – auf ihn ist Thomas Eisenreich kurz eingegangen, ich will das etwas ausführlicher machen – ist die Bürokratisierung, unter der wir leiden und die Markt behindert. Ich hebe dabei auch so ein bisschen auf die Frage Qualitätsmanagement im weitesten Sinne ab.

Wir haben bei dem, was wir an gesetzlichen Vorgaben haben im Bereich Qualität, einen ganz dramatischen Schwerpunkt auf dem Bereich der Struktur- und der Prozessqualität. Das kennen Sie alle. Im Paragraphen 80, im PQSG, wo auch immer, ist die Frage, mit welchen Strukturen, mit welchen Prozessen Sie Ihre Leistungen erbringen, sehr weitgehend geregelt. Ebenso konsequent, wie wir Struktur- und Prozessqualität regeln, verzichten wir aus meiner Sicht, und ich hoffe, Sie damit ein bisschen zu provozieren, auf die Regelung von Ergebnisqualität. Das heißt, Sie können als Pflegeeinrichtung eine minimale Kundenzufriedenheit haben. Die Menschen müssen sich nicht bei Ihnen wohl fühlen. Wenn Ihre Strukturen und Prozesse stimmen, werden



Komplexität schränkt Souveränität ein



© cordis, Credit Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen

cordis www.cordis.de

Bürokratisierung behindert Markt

Allen Problembereichen ist gemein:

- Bisher geltende Regelungen zielen auf Strukturen und Prozesse.
- Verzichteten weitestgehend auf eine Ergebnisdefinition.
- Da man jedoch negative Ergebnisziele, z.B. gefährdende Pflege, vermeiden möchte, werden die Vorgaben an Strukturen und Prozesse immer weiter verschärft.
- Nicht überprüft wurde bisher, ob diese Verschärfung zu einer Verringerung der Ergebnisqualität durch Einschränkung von pflegerischen Zeitrressourcen führt und ob die Zahl der Einrichtungen mit gefährdender Pflege sich tatsächlich verringert haben.

9

© cordis, Credit Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen

cordis www.cordis.de

Sie bei einer MDK-Prüfung, um das etwas grobschlächtig zu sagen, weniger Probleme haben als eine Einrichtung, wo die Kundenzufriedenheit zwar sehr hoch ist, die Pflegequalität gegebenenfalls auch sehr gut ist, aber wo es Probleme im Bereich der Struktur- und Prozessqualität im Sinne des Gesetzes und im Sinne des MDK gibt. Ich glaube, wir werden an der Stelle umdenken müssen, was die Schwerpunktsetzung in den verschiedenen Qualitätsdimensionen angeht, weil wir in unserem Bereich ganz anders agieren als in allen anderen Wirtschaftsbereichen.

Sie werden sich im Wesentlichen, wenn Sie irgendeinen Gegenstand kaufen oder eine Dienstleistung in Anspruch nehmen, kaum für die Struktur- und Prozessqualität interessieren. Sie werden sich aber sehr differenziert mit der Ergebnisqualität auseinandersetzen. Ich glaube nicht, dass jemand von Ihnen beim Kauf seines letzten Autos ernsthaft schaut, in welchen Strukturen der Hersteller dieses Auto zusammengebaut hat. Sie werden sich auch nicht dafür interessiert haben, wie die formale Qualifikation des für den Zusammenbau Verantwortlichen war, und Sie werden sich auch die Prozesse nicht angeschaut haben. Sie werden sich dafür interessiert haben, ob das Preis-Leistungsverhältnis stimmt. Und wenn wir über Qualität reden – und wir reden über Souveränität und Kundenorientierung – dann müssen wir über Ergebnisqualität reden.

Das wird uns maximal erschwert angesichts der gesetzlichen Vorgaben, die uns beschäftigen und eine Fülle von Ressourcen binden. Aber ich glaube, dass wir an der Stelle intern schauen können, welche Potenziale es da in unserem Unternehmen gibt.

Ein wesentlicher Punkt bei der Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität ist auch, dass sie tendenziell die Ergebnisqualität vermindert. Wenn ich zu viele Zeitressourcen verwende, um mich um Strukturen und Prozesse zu kümmern, dann bleiben mir weniger Zeitressourcen, um mich auf Ergebnisse zu konzentrieren. Das heißt, auch das ist etwas, wenn wir vorhin das Stichwort Lobbyarbeit hatten, was man der Politik erklären muss. Im Augenblick gibt es den bösen Satz, dass es, wenn man Bürokratie vermeiden möchte, einfacher ist, ein Atomkraftwerk zu betreiben als eine stationäre Pflegeeinrichtung. Das mag etwas übertrieben sein, ist von der Tendenz her aber nicht falsch, und ich denke, dass man der Politik an der Stelle auch klar machen muss, dass die Verschärfung der Kontrollvorgaben im Bereich Struktur und Prozesse Ergebnisqualität tendenziell vermindert. Bürokratisierung behindert Markt.

... und pflanzt sich fort – auch nach innen!

Allen Problembereichen ist gemein:

- Es fehlt ein evaluierter Orientierungsrahmen hinsichtlich der Quantität der eigentlichen Pflegeleistungen sowie der damit verbundenen Qualität der Arbeit.
- Aus dieser Problematik heraus orientieren sich Einrichtungen der Altenpflege oftmals an der Vermeidung von Mängeln, die in externen Prüfungen aufgezeigt werden (Mangelorientierung der Qualitätsbewertung).
- Eine positive Bewertung findet nicht statt.

Was uns fehlt aus pflegefachlicher, aus pflegewissenschaftlicher Sicht, ist ein evaluierter Orientierungsrahmen hinsichtlich der Quantität der eigentlichen Pflegeleistungen und der damit verbundenen Qualität. Also auch auf der fachlichen, auf der wissenschaftlichen Seite sind wir da im Augenblick noch nicht sonderlich gut aufgestellt mit der Frage: Wieviel tun wir eigentlich in bestimmten Bereichen und was ist das Ergebnis?

Was wir machen in den Einrichtungen bei der Gestaltung von Qualitätsmanagement, ist, dass wir uns an vielen Stellen an der Vermeidung von Mängeln orientieren. Das heißt, wir sehen, an welchen Stellen werden wir geprüft, nach welchen Parametern, nach

welchen Prüfkatalogen, und schauen uns dann sehr differenziert an, was wir tun müssen, um Auffallen bei Prüfungen, um Mängel zu vermeiden. Das ist eine Negativperspektive, die wir haben in der Qualität, aus der wir auch nicht vollkommen herauskommen, weil wir diese Prüfungen ja tatsächlich durchlaufen müssen. Das Problem dabei ist, dass keine positive Bewertung pflegefachlicher Arbeit stattfindet, sondern man eigentlich immer schauen muss: An welchen Stellen vermeiden wir Krisen und Gefahren?

In der Innensicht gibt es eine Statistik, die ich Ihnen mitgebracht habe vom wirtschaftssoziologischen Institut der Uni Bonn. Da wurden 100 Pflegekräfte gefragt, ob sie sich denn vorstellen könnten, ihren Lebensabend in einem Heim zu verbringen. Es waren Pflegekräfte, die selber in einem Heim arbeiten würden. Die überwältigende Mehrheit hat die Frage mit einem klaren Nein beantwortet. Jetzt kann man zu dieser Studie viel anmerken. Zum einen ist die Anzahl von hundert sicherlich nicht repräsentativ, aber mein Eindruck ist, dass die Zahl schon so in ungefähr stimmt. Die zweite Anmerkung, die man machen kann, ist, dass Pflegekräfte in stationären Einrichtungen mit dem Lebensort Heim natürlich Pflegebedürftigkeit, Krankheit, zum Teil auch Siechtum verbinden. Unabhängig davon ist es so, dass wir, wenn wir unsere Mitarbeiter fragen, „könnt Ihr Euch vorstellen, in diesem Heim zu leben, in dem Ihr selber tätig seid“, dann würde – vielleicht können wir uns darauf einigen – ein nicht unerheblicher Anteil sagen: „Nein, das möchte ich nicht, auf keinen Fall“.

Das heißt, wir stellen eine Dienstleistung her, vor der wir uns selber fürchten.

Ich glaube, dass wir an der Stelle, wenn wir über Kunden und über Souveränität reden, sehr genau hinschauen müssen: Warum ist das eigentlich so? Wir haben uns ja ein ganzes Stück weit daran gewöhnt: Menschen wollen nicht ins Heim. Wir sagen das mit großer Selbstverständlichkeit. Keiner will ins Heim. Warum eigentlich nicht? Warum gelingt es uns nicht, Heime zu einem Lebensort zu machen, der uns selber für eine bestimmte Phase unseres Lebens als durchaus attraktiv erscheint und von dem wir uns vorstellen können, selber in ihm zu leben?

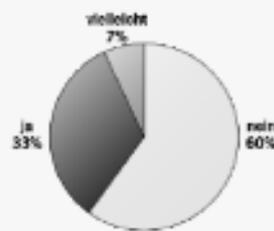
Viele unserer Kunden sind deshalb nicht souverän, weil sie unfreiwillig bei uns sind, weil sie Angst haben vor dem, was wir tun. Unabhängig von der Frage: Ist diese Angst berechtigt? Auf welchen Informationen fußt sie? Ich glaube, das spielt an der Stelle keine Rolle. Nur: Wenn wir über Souveränität, über Kundenorientierung, über den Begriff des Kunden reden, dann müssen wir in einem ersten Schritt darüber reden: Wie schaffen wir es, unsere Einrichtung so zu organisieren und auch so nach außen darzustellen, dass die Menschen nicht Angst haben, wenn sie „Heim“ hören?

Bei der Frage, warum haben wir eine so undifferenzierte Betrachtung der Organisationsstruktur Heim, warum haben viele Leute Angst davor, in ein Heim zu gehen, einen Ausblick in eine Tätigkeitsanalyse: Wenn man sich anschaut, wie die Arbeit von Pflegefachkräften in Heimen an vielen Stellen organisiert ist, dann haben sie enorme Arbeitsspitzen. Das heißt, an der Grafik können Sie das sehen, „rot“ ist eine Überbela-



Der unfreiwillige Kunde...

Pfleger wollen im Alter nicht ins Heim

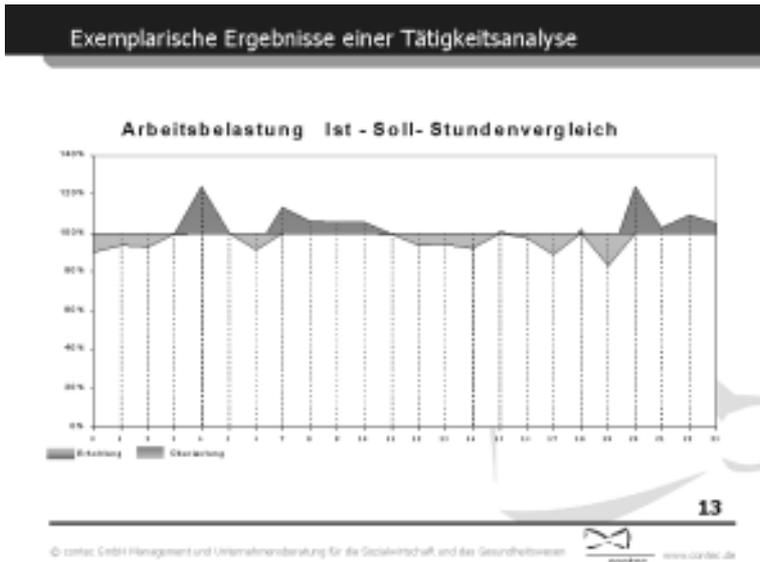


Quelle: gfi wald
Quelle: Wuppertalscher Institut für die Arbeit

Sechs von zehn Altenpflegerinnen können sich mit der Vorstellung, ihren Lebensabend im Heim zu verbringen, nicht anfreunden. Sie wollen lieber zu Hause gepflegt werden, ein Drittel zieht ein Heim vor. Dies ergab eine Umfrage des Bonner Instituts für Wirtschaftssoziologie unter mehr als 100 Pflegekräften.

12

© 2004, Credit Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und der Gesundheitswesen



stung, „grün“ in dem Fall ist als Erholungsphase gekennzeichnet. Also: Wie ist der Arbeitsverlauf? Wie ist die Arbeitsbelastung von Mitarbeitern in stationären Einrichtungen? Ich glaube, das wird eine ganz entscheidende Frage sein, die wir uns stellen müssen, auch in Zusammenhang mit der Bindung von Pflegefachkräften im Beruf. Die durchschnittliche Verweildauer, das kennen Sie, beträgt zwischen vier und fünf Jahren. Warum ist das so? Weil wir die Arbeit in der stationären Altenpflege nach wie vor in Analogie zum Krankenhaus organisieren.

Also man kommt morgens. Es gibt einen deutlichen Schwerpunkt in der Grundpflege an der Stelle. Danach geht die Kurve wieder etwas herunter. Also ein wellenförmiger Verlauf der Arbeit, kein ausgeglichener, keine

konstante Arbeitsbelastung, sondern eine wellenförmige. Im Umkehrschluss ist es so, dass sich natürlich diese Arbeitsablauforganisation auch niederschlägt auf die Menschen, die in einem Heim leben. Also auch die erleben ja genau das, dass eben zu bestimmten Zeiten sehr große Hektik, zu anderen Zeiten relativ weniger Belastung oder weniger Hektik da ist.

Wir schaffen es also, wenn das denn für Einrichtungen typisch ist, im Augenblick nicht, die Arbeit in den Heimen so kontinuierlich über den Tag zu verteilen, dass sie kundenorientiert ist einerseits und dass sie die Ressourcen unserer Mitarbeiter andererseits schont. Unabhängig von der Frage, inwieweit diese Angabe, diese Zahl so für Ihre Einrichtungen stimmt, müssen wir uns fragen: Woran liegt das, dass die Menschen nicht nur nicht in unseren Heimen leben wollen, sondern dass sie auch nicht lange darin arbeiten wollen, wenn es ihnen der Arbeitsmarkt ermöglicht und sie eine andere Alternative haben?

Bewohnerbogene Erhebung der Ruhe- und Aktivitätsphasen

Wochentag	Stunde	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	
Mo																											
Di																											
Mi																											
Do																											
Fr																											
Sa																											
So																											

Schätzungen von Aktivitäten:
 Markieren Sie bitte Ruhe und Aktivität in untenstehendes Feldern. Ruhephase in Rot / Aktivitätsphase in Grün.
 Aktive Phasen sind Wachphasen und Schlafphasen sind inaktiv von Aufstehen mit Frühstück und Schlafen. Daueraktivität von Aufstehen mit.

A: Aktivierung B: Besuch C: Essen D: Hilfe bei der Toi. E: Müssen durch nicht in Besucher
 F: Krankengymnastik G: Medicationen H: Körperhygiene/Reinigung I: Musik (TV) J: Musik S.

© contec, Center Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen
contec

Eine Möglichkeit, damit umzugehen, ist die Orientierung der Arbeitsabläufe an Ruhe- und Aktivitätsphasen der Bewohner. Wir erheben auch jetzt schon im Aufnahmegespräch, wenn wir über biografieorientiertes Arbeiten reden, ganz, ganz viele biografische Daten. Was wir uns aber relativ wenig anschauen, ist die Frage: Wann möchte eigentlich jemand welche Versorgungsleistung in Anspruch nehmen? Also nicht: Wann ist für uns die Zeit, in der wir Grundpflege machen? Sondern: Wann wollen Sie als einzelner Bewohner eines Heimes versorgt und gepflegt werden? Wann wollen Sie essen? Wann wollen Sie welche Dienstleistung in Anspruch nehmen?

Nach wie vor organisieren wir Heime so, dass es relativ starre Essenszeiten gibt, dass die Nacht sehr, sehr lang ist, dass es abends relativ wenig an Aktivität gibt. Und wenn man sich das anguckt, dann begründen wir das damit, dass wir sagen: „Hier die Menschen wollen das nicht. Um zwanzig Uhr sind hier alle müde und liegen im Bett.“ Und dann muss man ein bisschen darüber diskutieren, was war zuerst da? Das Huhn oder das Ei? Also, wenn Sie relativ stringent dafür sorgen, dass sich die allermeisten Be-

wohner zu einer bestimmten Uhrzeit bereits im Bett befinden, und Sie machen das drei Wochen, dann werden sie dann auch weiter ins Bett gehen wollen. So funktionieren Institutionen. Die Frage: Kriegen wir unsere Heime kundenorientierter? Schaffen wir es, die Dienstleistungen, die wir als Komplexleistungen in einem Heim erbringen, zu zerlegen und jeden einzelnen zu fragen: Wann wollen Sie welche Dienstleistung? Wann brauche ich welche Mitarbeiter, damit Sie jede Teildienstleistung genau zu dem Zeitpunkt bekommen, wann Sie sie haben wollen?

Wenn Sie mich fragen, wann ich in ein Heim gehen würde, dann würde ich in eines gehen, was seine Ablaufprozesse maximal an meinen Bedürfnissen orientiert und wo ich die Möglichkeit habe, weitestgehend zu essen, zu schlafen, wann ich das möchte, und nicht, wann eine bestimmte dienstplanmäßige Mitarbeiterverteilung vorgegeben ist.

Wenn man sich die Kundenperspektive anschaut: Wie kriegen wir denn Ergebnisqualität abgebildet? Welche Zahlen können wir uns ansehen, um für uns selber zu sagen, wie wir im Bereich Kundenorientierung aufgestellt sind? Wir können uns den Marktanteil der einzelnen Einrichtung anschauen. Wir können uns die Kundenakquisition angucken. Wir können uns die Kundentreue anschauen. Welche Kunden bleiben wie lange in welchem Bereich bei uns? Wir können Kundenzufriedenheit messen, und wir können uns die Kundenrentabilität anschauen. Das heißt, es gibt eine Fülle von Möglichkeiten, das sind nur Beispiele, wie ich als Pflegeeinrichtung schauen kann, ob ich eigentlich wirklich kundenorientiert bin und wie ich losgelöst von dem, was im PQSG steht und was Paragraph 80 SGB XI sagt, anhand des Marktes herausfinden kann, wie ich verortet bin, welche Möglichkeiten ich habe, welche Grenzen auch da sind und woran ich das messen und anhand von Kennzahlen abbilden kann.

Hier finden Sie ein paar dieser Kennzahlen noch einmal erläutert: Marktanteil als ein Beispiel. Dann Kundenzufriedenheitsbefragungen, um einzelne Elemente heraus zu nehmen. Im Vorfeld die Frage klären: Wer befragt wann wen? Wie häufig wird eine solche Befragung wiederholt? Wie kundenorientiert sind die Fragen? Inwieweit sind die anonym und neutral? An der Stelle haben wir durchaus die Möglichkeit, die Kundenorientierung unserer eigenen Einrichtung weiterzuentwickeln und voranzubringen.

QM-Chaos als eine Folie, die durchaus ernst gemeint ist. Wir sind aufgrund von vielen, vielen Vorgaben – ich habe das erwähnt – gezwungen, sehr, sehr differenzierte und umfassende Bemühungen im Bereich Qualitätsmanagement zu unternehmen. Aber ich weiß nicht, wie Ihnen das geht, wenn Sie so zurückdenken. In der Zeit, als ich nach der Ausbildung als ganz normaler Basismitarbeiter Krankenpflege gemacht hätte, wenn ich in ein neues Unternehmen gekom-

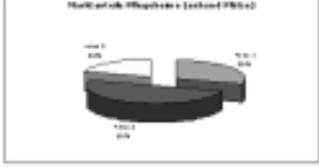
Elemente der Kundenperspektive

Kernfragestellungen in der Kundenperspektive:

Marktanteil	Drückt den Umfang eines Geschäftes in einem gegebenen Markt aus (als Anzahl der Kunden, ausgegebene Beträge oder verkaufte Einheiten)
Kundenakquisition	Mißt das Ausmaß, zu dem eine Geschäftseinheit neue Kunden anlockt oder gewinnt (in absoluten oder relativen Zahlen)
Kundentreue	Mißt das Ausmaß, zu dem eine Geschäftseinheit dauerhafte Beziehungen zu seinen Kunden erhält oder gewinnt
Kundenzufriedenheit	Untersucht den Zufriedenheitsgrad seiner Kunden anhand spezifischer Leistungskriterien innerhalb der Wertvorgaben
Kundenrentabilität	Mißt den Nettogewinn eines Kunden oder eines Segments unter Berücksichtigung der für diesen Kunden entfallenden einmaligen Ausgaben

15

Kennzahlen der Kundenperspektive

Marktanteil: 

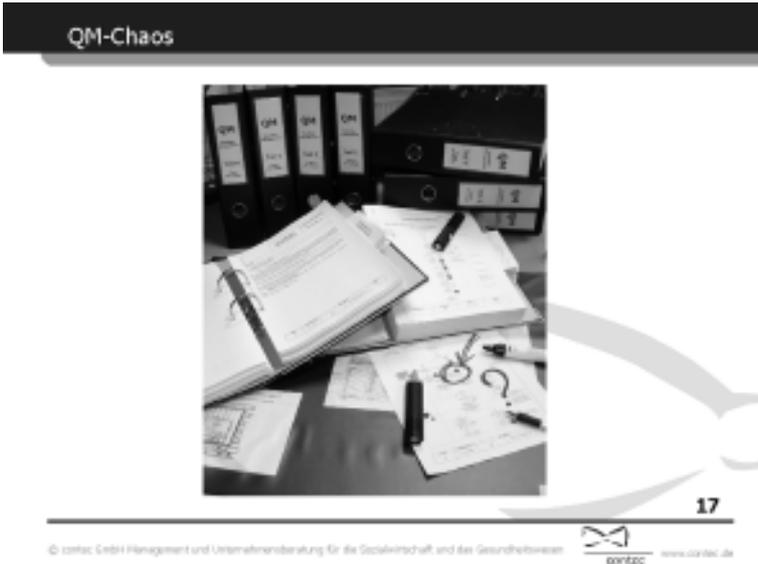
Kundentreue: besser: Wohnzeit, Bezugszeit (Essen), Nutzungszeit (HNR)

Kundenakquisition: über wen kommen welche Kunden? Abhängigkeiten von Zuweisern

Kundenzufriedenheit: bei Befragungen: wer wird wie und wann befragt? Zielrichtung der Befragung wichtig!

Kundenrentabilität: Notwendigkeit einer detaillierten, prozessorientierten Kalkulation bzw. kundensegmentbezogene Kostenrechnung

16



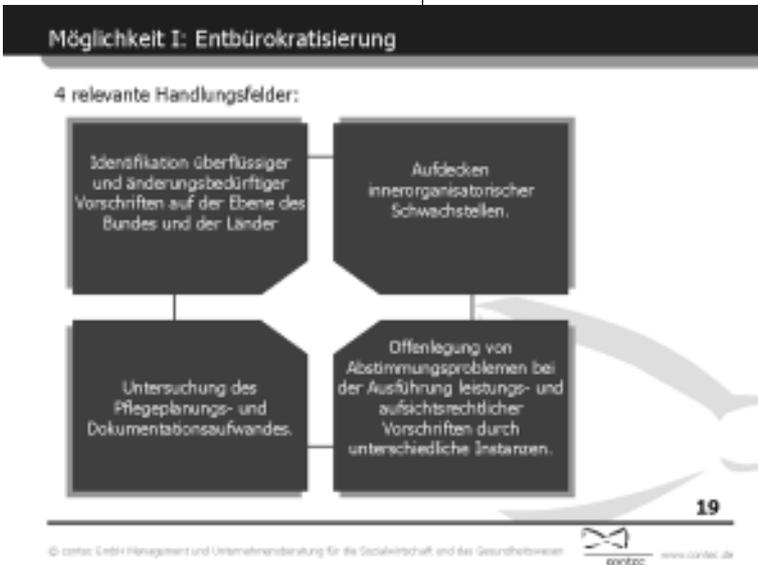
men wäre und man hätte mir fünf, sechs QM-Ordner gezeigt, dann hätte ich freundlich gelächelt, mir gemerkt, wo die stehen, und eine Kollegin gefragt, „wie arbeitet Ihr denn hier?“ Ich glaube, dass es, wenn man es etwas überzeichnet formuliert, einen Zusammenhang gibt zwischen dem Nutzungsgrad eines Qualitätsmanagementsystems und seinem Umfang. Je höher der Umfang desto geringer der Nutzungsgrad, wenn man das etwas überzeichnet. Also an vielen Stellen betreiben wir so viel Qualitätsmanagement, dass ganz wenig vom Qualitätsmanagement noch an der Basis ankommt und die Mitarbeiter gar nicht mehr in der Lage sind, all das, was wir an Prozessen beschrieben und an Formularen eingeführt haben, überhaupt zu verwenden und da einen Überblick zu

bewahren. QM koppelt sich in diesem Fall von dem operativen Geschäft vollkommen ab.

Ich weiß nicht, ob Sie das kennen an der einen oder anderen Stelle. So wichtig, wie QM ist, und es gibt keine Pflegequalität ohne ein strukturiertes Qualitätsmanagement, so wichtig und sinnvoll ist es auch, hinzuschauen: Brauchen wir das alles wirklich? Müssen wir wirklich alles regeln? Oder machen wir hier den verzweifelten und vergeblichen Versuch, den gesunden Menschenverstand durch Formulare zu ersetzen? Das ist ein internes Problem. Es gibt keine gesetzliche Vorgabe und kein QM-System, das uns zwingt, eine interne Bürokratie aufzubauen. Aber an der einen oder anderen Stelle haben wir die Tendenz dazu. Sie kriegen schlanke QM-Systeme nach DIN ISO, nach EFQM, wie Sie das wollen. Wichtig ist nur, dass man, wenn man eines aufbaut, gestaltet und weiterentwickelt, diesen Aspekt der Verschlinkung und der Verschlinkungsnotwendigkeit sehr konzentriert im Auge behält.

Kommen wir zu den Möglichkeiten, die Sie aus meiner Sicht haben, um aus Fürsorgeempfangern Kunden werden zu lassen. Was kann man tun? Was können Sie tun?

Der eine Punkt ist der Bereich der Entbürokratisierung. Da gibt es einmal eine Fülle überflüssiger und änderungsbedürftiger Vorschriften auf der Ebene des Bundes und der Länder. Wir würden in diesem Kreis hier sicherlich ganz schnell Einvernehmen darüber bekommen, welche das sind. Und da gibt es ja auch schon Gegenentwürfe, wie man die Dinge verschlanken kann. Viel gravierender sind die Abstimmungsprobleme bei der Ausführung der entsprechenden Vorschriften durch die unterschiedlichen Instanzen. Also zum Beispiel, wenn Ihnen die Berufsgenossenschaft und die Heimaufsicht eine Anweisung geben, wie Sie Ihr Heim oder Ihren Pflegedienst zu führen haben, und diese Anweisungen schließen sich gegenseitig aus. Das sind die beiden politischen Felder, auf den man Entbürokratisierung betreiben kann. Das geht dann über Spitzenverbände, in denen Sie ja organisiert sind. Mit allen Fragezeichen, inwieweit das gelingt.



Es gibt aber auch interne Möglichkeiten, zu entbürokratisieren. Auch da, glaube ich, müssen wir hinschauen und haben wir Möglichkeiten, zu handeln. Also wo blockieren uns externe Vorgaben, die wir nur eingeschränkt verändern können? Und wo können wir unmittelbar in unserer eigenen Einrichtung den Pflegeplanungs- und Dokumentationsaufwand an der einen oder anderen Stelle vermindern? Wo können wir in unserer Einrichtung innerorganisatorische Schwachstellen aufdecken und an der Stelle schlanker werden? Wo könne wir auch und gerade über ein Qualitätsmanagement Abläufe so optimieren, dass wir weniger interne Bürokratie brauchen?

Die Möglichkeit Nummer zwei dazu: QM-Diät haben wir das einmal genannt. Welche Dinge muss man denn machen? Was brauchen Sie denn wirklich als Basisqualitätsmanagement zur Erfüllung von Kundenanforderungen? Da gibt es ganz wenige Kernprozesse, die Sie regeln müssen – und in dem Fall wirklich auf Betonung mit „müssen“ –, weil Sie sonst nicht nur Probleme bekommen mit MDK oder Heimaufsicht, sondern weil Sie auch haftungsrechtliche Probleme bekommen. Das sind die Bereiche Dekubitus, Sturz. Das ist die Freiheitsentziehung. Das ist Ernährung, und das ist der Bereich der Pflegedokumentation. In diesen Prozessen liegt das Haftungsrisiko für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Das heißt, bei allem, was man an QM macht, muss man letztendlich diese Prozesse in den Mittelpunkt stellen und muss sich fragen: Habe ich das so geregelt, dass der Richter um die Ecke mich da auch noch durchkommen lässt? Oder habe ich das nicht im Detail geregelt? Insbesondere die Expertenstandards, von denen es die ersten ja gibt und sich weitere entwickeln, gelten inzwischen als vorweggenommene Sachverständigengutachten. Das heißt, wenn Sie den Bereich der Dekubitusprävention nicht im Sinne des entsprechenden Expertenstandards in Ihrem QM abgebildet haben, werden Sie im Zweifelsfall jeden Prozess verlieren.

Ich glaube, an der Stelle muss man sich, wenn man QM macht, sehr genau anschauen: Wo sind denn eigentlich die Risiken für das Unternehmen und wo sind die Kundenanforderungen, auf die wir uns beziehen müssen, wenn wir Qualitätsmanagement betreiben? An welchen Stellen regeln wir vielleicht auch Dinge, die weit weniger bedeutsam für die Existenz der Einrichtungen sind?

Eine dritte Möglichkeit, die Sie haben im Bereich Kundenautonomie, Kundenorientierung, Souveränität von Kunden, ist die Frage nach Marktbearbeitung und Wettbewerbsstrategie.

Ich weiß nicht, wieviele ambulante Pflegedienste Sie in Cottbus haben, aber wir haben in deutschen Großstädten zum Teil 150, 200 Pflegedienste. Sie werden sich am Markt an der Stelle nur behaupten und Ihre Kunden nur gezielt ansprechen können, wenn Ihre Leistung unverwechselbar ist. Also durch die Differenzierung Ihrer Leistung darf kein

Möglichkeit II: QM - Diät

Basisqualitätsmanagement zur Erfüllung von Kundenanforderungen:

- Dekubitusprävention
- Sturzprävention
- Freiheitsentzug (gewaltfreie Autonomie)
- Ernährung
- Pflegedokumentation
- Ferner bei DIN ISO 5 vDv's

© Contec, Credit Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen www.contec.de

Möglichkeit III: Strategische Planung

Marktbearbeitungs- und Wettbewerbsstrategie

Differenzierung

Die Leistung soll unverwechselbar sein. Durch die Differenzierung soll kein Vergleich mit dem Wettbewerb mehr möglich sein.

Weitere Elemente der Marketingpolitik:

- Kundenbindung
- Imagepolitik

Beispiel: Audi, Porsche

Preisführerschaft

Niedrigster Preis im Vergleich zum Wettbewerb.

Weitere Elemente der Preispolitik werden ebenfalls genutzt:

- Preisdifferenzierung
- Preisbündelung
- Zahlungsbedingungen

Beispiel: ALDI, Bild-Fachblätter, Scoda

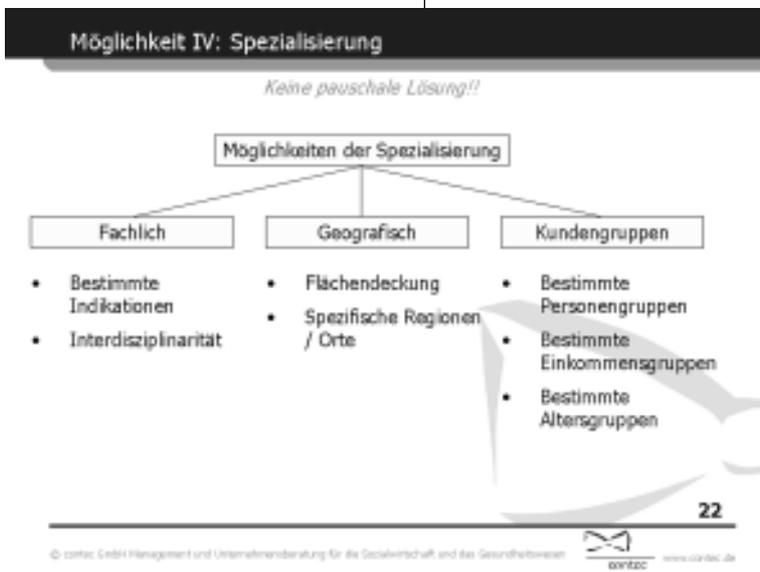
21

© Contec, Credit Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen www.contec.de

Vergleich mit dem Wettbewerb mehr möglich sein. Im Augenblick, wenn Sie sich die Flyer ambulanter Pflegedienste anschauen, haben Sie manchmal das Gefühl, das ist beliebig. Die scheinen alle gleich zu arbeiten oder dasselbe zu machen, zumindest in der Außendarstellung.

Was können wir tun, damit unser Pflegedienst unverwechselbar ist? Wie können wir eine Kundenbindung herstellen und, auch das hat Thomas Eisenreich angesprochen, wie bekommen wir ein bestimmtes Image, insbesondere als Freie Wohlfahrtspflege? Denn ich glaube, dass Sie einerseits den großen Vorteil haben, dass die Menschen Ihnen vertrauen und mit Ihrem Namen ganz viel Erfahrung in dem Bereich verbinden, dass Sie aber auf der anderen Seite den Nachteil haben, dass man glaubt, dass Sie Ihre Dienstleistungen umsonst und aus karitativen Überlegungen heraus erbringen, und man Ihnen ein wenig übel nimmt, dass Sie dann Geld dafür haben möchten. Das ist eine Frage des Images, dass Sie haben.

Umgekehrt, auch das ist bereits stichwortartig gefallen, die Frage der Preisführerschaft. Niedrigverpreist im Vergleich zum Wettbewerb: Da geht es aber auch um eine Preisdifferenzierung, um eine Preisbündelung und um Zahlungsbedingungen. Also, verstehen die Menschen eigentlich, für welche Leistungen Sie wieviel Geld von Ihnen haben wollen? Wir stellen wir das dar? Bis hin zu der Frage des Marketings und der Öffentlichkeitsarbeit. Das unglücklichste Beispiel, das ich dazu kenne, ist ein privater Pflegedienst einer großen Stadt, der in alle Haushalte DIN-A-4-Blätter verteilt hat, auf denen dann stand: „Wir unterbieten Ihren Pflegedienst“. Das war, wenn Sie es denn überzogen wollen, die Idee der Preisführerschaft konsequent zu Ende gedacht. Ich finde das in keiner Weise gelungen, glaube nicht, dass man so etwas tun sollte. Aber die Idee, die dahinter steht: „Ich grenze mich von meinem Wettbewerber ab durch eine bestimmte Preisgestaltung“. Die kann ja genauso gut umgekehrt liegen. Man sagt: „Ich bin der teuerste Anbieter am Markt und sage darüber eine ganz bestimmte Qualität auch zu. Ich stehe auch dazu und mache überhaupt nicht mehr den Versuch, konkurrenzfähig in dem Sinne mit meinen Preisen zu sein“. Über all solche Dinge kann man nachdenken. Ich glaube nur, dass wir herauskommen sollten aus der Überlegung, dass wir meinen, die Preise letztendlich nicht beeinflussen zu können, und dass das abstrakte Verhandlungen wären, die da stattfinden. Sie haben durchaus die Möglichkeit, auch im Rahmen der geltenden Verträge nach SGB XI und SGB V, eine differenzierte Preisgestaltung zu machen.



Die Möglichkeit vier, die Sie haben, ist die Frage der Spezialisierung. Auch das ist keine pauschale Lösung. Auch da muss man schauen, für wen sie an welcher Stelle interessant ist. Sie können sich einmal fachlich spezialisieren, indem Sie sagen, es gibt ganz bestimmte Indikationen, wo wir eine ganz bestimmte Fachlichkeit vorhalten in unserem Unternehmen, die wir am Markt anbieten und wo wir sagen, da sind wir die Besten. Sie können sich aber auch auf Interdisziplinarität spezialisieren. Das wird im Rahmen von bestimmten IV-Verträgen sicher Thema werden. Man kann sich spezialisieren im geografischen Sinne: Man geht bewusst in die Fläche und sagt, wir sind hier Anbieter eines sehr großen Gebietes, lassen aber auch da wenig Wettbewerb zu. Oder wir bleiben in

spezifischen Regionen, in Orten oder sogar in Ortsteilen bis dahin, dass es einen Pflegedienst in einer Großstadt gibt, der gar keine Autos hat, weil sie nur Patienten aufnehmen, die in einer fahradmäßig erreichbaren Entfernung versorgt werden können.

Sie können sich spezialisieren auf bestimmte Kundengruppen. Das gibt es. Das können Personengruppen, Einkommensgruppen oder auch Altersgruppen sein. Ein Pflegedienst war zum Beispiel der Pflegedienst von Frauen für Frauen. Ich denke immer noch darüber nach, ob das clever war oder nicht. Konsequenz hinzugehen: Wir stellen nur ganz bestimmte Mitarbeiter ein, und wir sprechen aber auch nur einen ganz bestimmten Personenkreis an, in dem Fall die Frauen. Männer nehmen wir nicht auf, und das vermarkten wir. Also, wenn ich aus dem Zustand des Autos schlussfolgern darf, ist es diesem Pflegedienst nicht gut gegangen. Aber das kann täuschen.

Eine weitere Möglichkeit, die Sie haben, ist die Orientierung am Nutzen, und da gibt es einen Zusammenhang zum Preis. Der subjektive Gebrauchswert einer Leistung macht diese Leistung beim Kunden wertvoll. Je höher der subjektive Gebrauchswert, desto höher ist der Preis. Was ist also der Nutzen des Kunden aus Ihrer Leistung? Ich glaube, dass man da sehr individuell schauen muss. Wenn man in anderen Wirtschaftszweigen schaut, ist das schönste Beispiel dazu ein Ferrari. Ich hoffe, wir haben keine Ferrari-Fahrer hier im Saal, es ist eher unwahrscheinlich bei einer Veranstaltung der Freien Wohlfahrtspflege, aber es gibt aus meiner Sicht – ich weiß nicht, wie Sie das sehen – eigentlich keinen objektiven Nutzen aus dem Ferrari. Sie kriegen keinen Kasten Wasser transportiert. Das Auto ist unglaublich teuer, ständig kaputt, und wenn es nicht gerade kaputt ist, wird es Ihnen geklaut. Also, wenn man einen Ferrari objektiv bewertet, dürfen Sie ihn nicht kaufen. Auf der anderen Seite: Können Sie sich Dieter Bohlen in einem anderen Auto vorstellen? Der subjektive Nutzen eines Ferrari ist für einen bestimmten Personenkreis, wobei ich jetzt nicht alle Ferrari-Fahrer mit Dieter Bohlen gleichsetzen möchte, aber es gibt einen Personenkreis, der aufgrund von Image, aufgrund von Aussenwirkung mit diesem Produkt einen ganz bestimmten Nutzen verbindet. Dieser Nutzen wird für so hoch gehalten, dass man dafür all die unpraktischen Bestandteile und den gigantisch hohen Preis gerne in Kauf nimmt. Dazu gibt es eine Menge Beispiele, die Sie auch kennen.

Die Frage eines Navigationssystems im Auto. Wenn Sie ständig innerhalb von Cottbus unterwegs sind und das Ihre Heimatstadt ist, dann werden Sie sagen, das ist viel zu teuer. Das muss ich nicht haben. Wenn Sie aber bundesweit berufstätig sind, dann werden Sie sagen, „das kann ich sehr gut gebrauchen“.

Die Frage für Sie: Was ist der Nutzen der Kunden aus Ihrer Leistung? Insbesondere im Bereich ambulanter Pflege, glaube ich, dass eine ganz hohe Anzahl von Menschen, die sich an einen ambulanten Pflegedienst wendet, eigentlich gar nicht gezielt Pflege nachfragt. Die tun das nur indirekt, weil sie das für die Kernleistung halten, die Sie anbringen und vermarkten, was ja auch so ist. Eigentlich möchte ich als Kunde eines ambulanten Pflegedienstes, dass Sie mir helfen, in meiner eigenen Wohnung zu bleiben, und die Kernleistung, die Sie dazu erbringen, ist

Möglichkeit V: Orientierung am Nutzen



Der *subjektive Gebrauchswert* einer Leistung macht eine Leistung beim Kunden wertvoll.

Je höher der subjektive Gebrauchswert (= Nutzen) einer Leistung ist, desto höher ist deren Preis.

Was ist der Nutzen des Kunden aus Ihrer Leistung?

23

Pflege. Aber wenn Sie sich anschauen, was ein Mensch alles braucht, der pflegebedürftig ist, der in seiner eigenen Wohnung lebt, dann ist das weit, weit mehr als Pflege und es ist auch weit mehr als das, was Sie über die Module einkaufen und – hauswirtschaftliche Versorgung, was das SGB XI hergibt – abbilden können. Ich glaube da, wo wir sagen, wir erbringen eine Pflegeleistung, treffen wir mit dem Angebot nur im Ansatz den Bedarf unserer Kunden, und eigentlich treffen wir auch nur teilweise den erwarteten Nutzen, sondern wir lassen, weil wir in der Produktentwicklung nicht sehr gut sind und immer noch sehr am SGB XI und am SGB V kleben, die Menschen an der Stelle auch häufig alleine. Wir haben keine komplexen Antworten auf die Frage: Was brauchen sie alles, um in der eigenen Wohnung zu bleiben? Sie übernehmen an der Stelle auch keine Verantwortung. Wir sagen den Leuten, „wir pflegen Sie, wir gehen vielleicht für Sie einkaufen, wir helfen Ihnen hier und da im Haushalt“, aber wir geben kein umfassendes Versprechen ab in dem Sinne von: „Wir übernehmen alle Dienstleistungen, die Sie brauchen, damit Sie zu Hause wohnen bleiben können“. Also, von der Produktpalette, vom Marketing, von der Angebotsstruktur und der Akquise her sind wir aktuell in der ambulanten Pflege nicht sehr nutzenorientiert, sondern wir fangen erst jetzt sukzessive und ganz langsam damit an, Leistungspakete aufzubauen, die die Bedarfe wirklich abbilden.

Möglichkeit VI: Kundensegmentierung



Segmentierung der Kunden und Gewinnung genauer Erkenntnisse über seine Erwartungen (Marktforschung)

Wer es jedem Recht machen will, wird niemanden zufriedenstellen!

- Mit welchem Kunden werden bzw. sollen welche Ergebnisse erzielt werden?
- Welche Kunden gehören zur ideellen Primärzielgruppe?
- Welche Kundensegmente fragen welche Angebote ab?
- Wie sieht die gesellschaftspolitische Veränderung in den nächsten Jahren aus?

24

© contact, Credit Management und Unternehmensberatung für die Gesundheitswirtschaft und das Gesundheitswesen
contact www.contact.de

Eine weitere Möglichkeit ist die Frage der Kundensegmentierung. Insbesondere ist es ein wichtiger Punkt im Bereich der ambulanten Pflege, wegzukommen von so einem Prinzip: Wir wollen es eigentlich allen Recht machen. Wir nehmen jeden auf, sofern wir ihn fachlich irgendwie versorgen können, und für uns sind alle Menschen gleich, und hin zukommen zu einer Betrachtung, wo wir uns fragen, mit welchen Kunden wir eigentlich welche Ergebnisse erzielen wollen. Also was sind eigentlich die Menschen, die Sie brauchen, damit Sie wirtschaftlich überleben? Woran erkennen Sie die? Was sind die Menschen, die Sie zwar auch versorgen, weil Sie einen bestimmten ideellen Auftrag haben, die aber dazu führen, dass Ihr Betriebsergebnis sich verschlechtert bis in den Bereich des kontinuierlich negativen Betriebsergebnisses?

Welche Kundengruppen fragen eigentlich welche Angebote ab? Und wie sieht die Veränderung der nächsten Jahre aus?

Ich denke das wir an dieser Stelle einen großen Nachholbedarf haben und herauskommen müssen aus der Rolle, wo wir eher passiv ein Dienstleistungsangebot machen und das an der einen oder anderen Stelle vielleicht bewerben, sondern wo wir von uns aus entscheiden müssen: Woran erkennen wir die Menschen, die wir versorgen wollen? An welchen Kunden haben wir ein auch betriebswirtschaftliches Interesse? An welchen Stellen kommen wir auch an Punkte, wo wir sagen, bestimmte Kundengruppen in einer bestimmten Anzahl können wir uns gar nicht leisten, ohne unser wirtschaftliches Überleben zu gefährden? Das mag sich nun vor Zuhörern aus der Wohlfahrtspflege etwas hart oder unsozial anhören. Ich glaube aber, dass nichts so unsozial ist, wie ein Wohlfahrtsverband, der gerade Konkurs gegangen ist, und an der Stelle, glaube ich, ist es nicht nur legitim, sondern notwendig, sich auch mit solchen Fragen wie Kundensegmentierung sehr intensiv zu beschäftigen.

In der Frage der Organisation stationärer Alteinrichtungen: bewohnerzentrierte Leistungssteuerung. Ich habe Ihnen vorhin so einen Fragebogen gezeigt, wie man das erheben und nachmessen kann. So in etwa kann man das abbilden, indem man sich daran orientiert, wann ein bestimmter Mensch Phasen hat, in denen er ruht, in denen er keine Dienstleistungen in Anspruch nehmen möchte oder kann, und wann er Phasen hat, in denen er aktiv ist, wobei man das im Einzelfall sehr genau beobachten muss. Also die Teilnahme am Gottesdienst kann ja durchaus mit einer Ruhephase verbunden sein, während bei klassischen Aktivitäten auch häufig schlafende Bewohner anzutreffen sind. Also auch da gilt es hinzuschauen und zu fragen: Wann ist eigentlich jemand in welcher Phase? Wann braucht jemand welche Leistung, und was heißt Kundenorientierung? Welches Spektrum brauchen wir? Wie lange müssen unsere Leistungen an bestimmten Stellen vorgehalten werden?

Damit wären wir am Ende. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Fragen

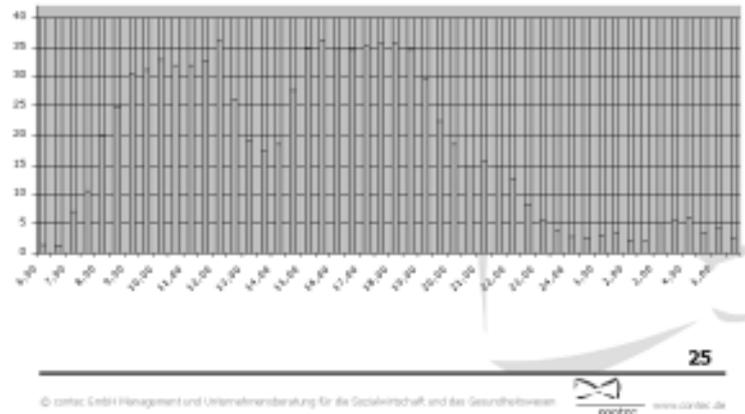
Frau Kritzel: Sie hatten vorhin ganz am Anfang Ihrer Ausführung vom Pflegepersonal gesprochen, das eigentlich nicht so gerne in seine eigene Einrichtung gehen möchte. Glauben Sie wirklich, dass es nur an der Qualität der Einrichtung liegt?

Kaczmarek: Nein, ich würde gar nicht sagen, dass es an der Qualität der Einrichtung liegt. Das heißt nicht, dass wir schlechte Pflegeeinrichtungen machen. Das will ich damit nicht sagen. Ich glaube nur, dass sie offensichtlich nicht so kundenorientiert sind, dass sie für uns selber attraktiv scheinen. Meine Interpretation ist, dass wir alle, wenn wir an Pflegeheime denken, quasi automatisch mitdenken, dass das ganz viel zu tun hat mit Abgabe von Autonomie. Das hat ganz viel damit zu tun, dass ich mich einordnen muss in eine komplexe Institution, von der ich weiß, wie sie funktioniert. Ich glaube, das löst eigentlich die Ängste aus, nicht, dass der einzelne Prozess schlecht gemacht wird. Nur ich glaube, wenn wir die Ängste an der Stelle nehmen wollen, dann müssen wir diesen Institutionscharakter ein Stück aushebeln und müssen kundenorientierter werden insofern, als dass wir die Leistung dann bereithalten, wenn die Menschen sie wollen und so, wie die Menschen sie wollen. Meine These ist sehr deutlich: Das tun wir im Augenblick nur im Ansatz. Ich glaube, dass man die These auch belegen kann, wenn Sie mir noch einen Satz erlauben. Es ist so, dass immer noch in den meisten Altenhilfeeinrichtungen der Abend relativ schnell zu Ende ist. Es scheint also so zu sein, dass in den bundesdeutschen Pflegeheimen die einzige Population lebt, die mit einem Umzug ihre Schlafgewohnheiten augenblicklich ändert. Ich will das nicht glauben, sondern ich glaube, das hat etwas mit der Institution zu tun. Das Thema Sexualität in Pflegeeinrichtungen ist ein weiteres. Es findet de facto nicht statt. Erlauben Sie mir das als Anmerkung.

Das alles sind Symptome dafür, zu sagen, da haben wir Organisationsbedarf, der ganz deutlich ist, und ich glaube, da müssen wir für uns

Möglichkeit VII: Bewohnerzentrierte Leistungssteuerung

Durchschnittliche Ruhe- und Aktivitätsphasen



25

© context, Center Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen  www.context.de

schauen, wie wir damit umgehen. Dem einen oder anderen tue ich sicherlich Unrecht. Anwesende sind immer ausgenommen, aber ich denke schon, dass wir die Probleme so haben.

Rückfrage: (Unverständlich, da kein Mikrofon.) zu den genannten Statistiken

Kaczmarek: Sie haben insofern natürlich recht. Im wissenschaftlichen Sinne ist diese Statistik unzureichend, aber vielleicht überlegen Sie mal in Ihren Einrichtungen. Wenn Sie durch Ihre Einrichtung gehen würden, und Sie würden wirklich alle Mitarbeiter befragen: Können Sie sich vorstellen, später hier zu leben? Nur so als These: Prüfen Sie das einmal und schauen Sie einmal, wieviele würden mit „ja“ und wieviele würden mit „nein“ antworten. Man erhält so eine erste Einschätzung zur Frage der Kundenorientierung. Mehr wollte ich dazu nicht sagen. Ich stimme Ihnen aber zu, im wissenschaftlichen Sinne ist das kein Beleg.

Qualitätssiegel in der Altenhilfe als Signal an den Kunden – Verbraucherinformation und Markt vorteil

Dr. Katharina Kemper,
DQS

Guten Tag.

Vielen Dank für die spontane Einladung. Erwarten Sie jetzt bitte von mir keinen ausgefeilten mit Statistiken hinterlegten Vortrag. Ich bin heute früh gefragt worden. Es sei eine Lücke entstanden, ob ich gerne reden würde. Ich habe es gerne gemacht, und ich muss sagen, ich bin jetzt besonders froh, weil ich auf Ihren Vortrag reagieren kann. Ich glaube, sonst wäre ich da unten beinahe erstickt.

Ich sage Ihnen kurz zu meinem Hintergrund: Mein Name ist Kemper. Ich komme aus Berlin. Ich bin auch selbstständig beratend tätig, aber vor allen Dingen auch zertifizierend, und ich bin unter anderem zertifizierend tätig für die DQS. Das ist die Gesellschaft für die Zertifizierung von Managementsystemen und eben auch mit für die QgP. Insofern komme ich von einer ganz anderen Seite heran, sozusagen aus der Praxis, zu schauen, was man mit dem ach so kritisch gesehenen Qualitätsmanagement eigentlich umsetzen kann.

Der Beitrag, der hier heute geplant war, hieß „Qualitätssiegel in der Altenpflege als Signal an den Kunden – Verbraucherinformation und Markt vorteil“, und ich möchte Ihnen einfach nur ein paar Gedankenblitze zu diesem Thema geben aus der Erfahrung mit zertifizierten Unternehmen.

Was bedeutet Qualitätssiegel? Was bringt es für das Unternehmen? Und was bringt es wohl auch aus der Sicht der Kunden? Ich hoffe, damit ein paar Anregungen geben zu können und auch ein paar Vorurteile auszuräumen, die Sie da unten so flott über den Tisch gebracht haben.

Es waren ein paar Argumente, die hier eben in dem Vortrag kamen, die so voll die Palette erfassen: Oh das schreckliche Qualitätsmanagementsystem! In manchen Sachen gehe ich ja mit Ihnen konform, aber einiges ist doch nicht so, dass ich das unterstützen würde.

Lassen Sie uns also kurz einen Blick auf dieses Thema werfen. Was vermag ein Qualitätssiegel für die Verbraucherinformation verbessern?

Da gibt es immer die weltberühmten Schlagworte: Transparenz. Ein Wort, was nun erst einmal gar nichts ausdrückt. Was meinen wir damit?

Es geht erst einmal darum, welches Unternehmen sich welchem Qualitätssiegeln stellt, es gibt ja eine Vielzahl davon. Wir stehen hier erst einmal für das QgP-Siegel im Moment oder auch für das, was nach DIN EN ISO zertifiziert werden kann. Was machen Sie da? Sie bekennen sich zu bestimmten Qualitätskriterien, und die werden offen gelegt. Durch diese Offenlegung gewinnen Sie nach außen hin eine klare Positionierung zu



Verbraucherinformation durch Qualitätssiegel

- **Transparenz**
 - Offenlegung der eigenen Qualitätskriterien
 - Kosten- und Leistungsvergleich
 - Zuständigkeit und Verantwortlichkeiten
- **Reduzierung von Risiken und Fehlern**
 - Definierte Arbeitsprozesse
 - Erkennen und Bearbeiten von Risiken und Notfällen
 - Lernen aus Fehlern und Kritik

einem Thema und eine klare Darstellung. Damit wird das Unternehmen nach außen transparent und auch für den Kunden.

Dieser Kundenbegriff ist aus meiner Sicht noch viel einfacher übersetzt, wenn ich das sagen darf: Es ist einfach der Leistungsempfänger. Wer ist der Leistungsempfänger? Das sind bei Ihnen die Pflegebedürftigen, aber es sind natürlich auch die Angehörigen. Oft ist es aus meiner Erfahrung heraus so, dass es jetzt gar nicht mehr unbedingt für den Pflegebedürftigen selbst das Signal ist, sondern viel mehr für die Angehörigen. Auch für mich wäre es schwierig auszusuchen, wo sollte ich meine Eltern hingeben. Man würde sich ja orientieren, erfragen und schauen: Was ist es? Da bewirken die Kriterien, zu denen sich eine Einrichtung klar bekennt, deutlich eine Positionierung und ein Vertrauen für die Angehörigen und die zu Pflegenden. Das ist damit gemeint.

Was selbstverständlich auf anderer Ebene auch wieder gemeint ist, was die Transparenz fördert, ist der offene Kosten- und Leistungsvergleich, heute von größerer Bedeutung denn je. Sie selbst wissen am besten, wie man mit Kosten und Leistungen zu kämpfen hat, was dort jetzt gefragt wird, wie was gegenüber gestellt wird, wo eingespart wird. Eine Litanei, die Sie sicherlich besser singen können als ich. Hier helfen eben diese Kriterien, die aufgedeckt werden, auch dabei, einen klaren Vergleich zu schaffen und somit nach außen hin immer dem Kunden, also denjenigen, die betroffen sind, die Fragestellung transparent darzustellen.

Ein Punkt, der mir auch immer wieder bei allen Zertifizierungen begegnet ist: Die Einführung eines Systems – es ist jetzt per se letztendlich egal, über welches Qualitätssiegel Sie gehen, Hauptsache Sie positionieren sich zu einem klaren Weg – führt dazu, dass Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klarer benannt sind, auch genau für die Außenstehenden, die wissen, an wen sie sich zu wenden haben. Wer ist der Ansprechpartner? Klarer: Wie sind die Verantwortlichkeiten verteilt? Das schafft für den Blick von außen eine hohe Transparenz in das Unternehmen hinein. Es ist schlicht und ergreifend so: Ein Unternehmen, das sich entscheidet, ein Qualitätssiegel zu erwerben, stellt sich einer Anforderung, die über die Mindestanforderungen hinausgeht. Das heißt, es ist ein anderes Engagement, eine andere Positionierung da.

Das ist erst einmal das, was vielleicht dieses Wort „Transparenz“ ein bisschen transparenter machen sollte.

Dann greife ich das vorhin Gesagte auf und möchte das ein bisschen modifizieren. Wir hatten vorhin so schön gesagt, bei QM geht es nur darum, Mängel aufzuzeigen, zu prüfen und Negativperspektiven zu schaffen. Da möchte ich einmal ein ganz klares „Nein“ dagegen setzen. Darum geht es nicht. Es geht wirklich nicht darum, Negativpositionen aufzuzeigen, sondern es geht im Gegenteil klar darum, Risiken und Fehler rechtzeitig zu erkennen, damit bewusst umzugehen und somit dazu zu kommen, dass es eben nicht zu einer Negativbilanz kommt. So oft findet man, dass sich immer an bestimmten Sachen bemessen wird und dass dann eben eher die Negativseite dargestellt wird als Positivseite. Genau hier geht der Weg anders. Es werden Qualitätskriterien geschaffen, die die Positivseite, die gute Ergebnisseite darstellen sollen. Damit schafft man auch eine klare Positionierung des Unternehmens. Das heißt, Sie gehen heran durch eine klare differenzierte Darlegung der Arbeitsprozesse.

Auch hier regte sich in mir der Widerspruch, wie Sie sagten, es interessiert letztendlich nur die Ergebnisqualität. Klar, den Anwender von außen, der es wahrnehmen möchte, den interessiert vielleicht nur die Ergebnisqualität. Aber wie kommen die den zu dem Ergebnis? Indem

sie viel mehr Kraft aufwenden oder indem sie klar strukturiert arbeiten, kommen sie zügig und klar und geregelt zu ihrem Ergebnis. Da sparen Sie sich viel Zeit, viel Aufwand für anderes und viele Reibungsverluste. Insofern besteht eben Qualitätsmanagement oder das Erarbeiten eines Qualitätssiegels darin, sich genau anzuschauen: Wie laufen die Strukturen? Wie sind die Prozesse geregelt, damit die Ergebnisqualität auch aus Ihrer Sicht schnell und klar erreicht werden kann mit dem von Ihnen selbst gesetzten Ziel?

Auch das wird von vielen von außen her klar und deutlich wahrgenommen, dass eben klare und auch kalkulierbare Abläufe da sind.

Es geht darum, rechtzeitig Risiken und Notfälle zu erkennen. Das, was Sie vorhin mit den Prophylaxen nannten, genau darum geht es. Das ist klar. Das wird dort aufgegriffen. Auch das ist es: Wenn von außen her erkennbar ist, wie wird damit umgegangen, wie aufgehoben sind die Betreuten in ihren Bereichen.

Für Sie hochinteressant wird der Workshop über das Entlassungsmanagement. In Berlin war Anfang diesen Jahres der entsetzliche Fall, dass eine Patientin vom Krankenhaus entlassen worden und wieder in die ambulante Pflege sozusagen übergeben worden ist. Die ambulante Pflege ist nicht informiert worden. Mit dem Ergebnis, dass die Patientin verdurstet ist. Das haben Sie mit Sicherheit in der Zeitung gelesen. Aber wem ist das erst einmal wieder angekreidet worden? Dem Pflegedienst, nicht dem Krankenhaus. Da ist auch wieder diese Schnittstelle. Das heißt, auch hier werden heute immer wieder Fragen von den Angehörigen gestellt: Wie ist denn das geregelt, damit meinen Eltern oder Angehörigen, wenn so etwas geschieht, nichts passiert?

Auch hier dienen diese Sachen dazu, dem anderen, der Ihre Leistungen empfängt, das Vertrauen entgegen zu bringen. Es geht ja nicht nur um die Risiken, die von außen ins Unternehmen getragen werden, sondern vor allen Dingen um die, die intern ablaufen. Wie sieht es denn aus mit dem Umgang mit Fehlern und Kritik? Wir Deutschen haben ein riesiges Problem, das Wort „Fehler“ überhaupt in den Mund zu nehmen. Schweige denn es vielleicht auch noch zu benennen. Fehler sind immer damit verbunden, zu sagen, mea culpa maxima, ich bin ja weiß ich wie fürchterlich, und Schuld und Sühne werden festgestellt und gefordert. Es geht hier aber darum, zu erkennen: Wo können Schwachstellen aufgezeichnet werden? Wie geht man damit um und wie werden sie eben umgelenkt, dass es nicht wieder auftritt? Eine klare Aussage zu erkannten und bewältigten Fehlern vermittelt mehr Vertrauen, als wenn man so tut, als würde man niemals welche machen.

Weiterhin geht es natürlich darum: Was signalisiert ein Qualitätssiegel nach außen hin? Kompetente Pflege. Ich denke, das gilt gerade vor dem Markt, wie er heute da steht, auf dem jetzt also auch – vorsichtig formuliert – die Ein-Euro-Kräfte auf der Warteliste stehen. Dem wird sich ein Unternehmen, was sich einem Siegel stellt, nicht annehmen können. Sondern es steht dafür, dass wirklich qualifiziertes kompetentes Personal da ist und die Angehörigen und die Pflegebedürftigen sehen, dass immer die qualifizierte Pflege gewährleistet ist.

Ein Unternehmen, was sich dazu bekennt, wird immer den Qualifizierungsbedarf ermitteln müssen, wird immer wieder dahin schau-

Verbraucherinformation durch Qualitätssiegel

- **Kompetente Pflege**
 - Ermittlung von Qualifikationsbedarf
 - Kontinuierliche Weiterbildung von Mitarbeitern
 - Wirksamer Transfer in die Praxis
 - Qualifizierter Arbeitsgeber
- **Nachweisbare Ergebnisse**
 - Darstellung der Ergebnisqualität durch Pflegevisiten
 - Effektiver Umgang mit Ressourcen
 - Nachweis der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen

en: Wie geht es weiter? Wie kann ich mich dafür öffnen? Es geht um die kontinuierliche Weiterbildung und Fortentwicklung aller Beteiligten und letztendlich natürlich um den wirksamen Transfer der wahrgenommenen Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen. Das heißt, es wird nicht nur geschaut: Wieviele Schulungen nehmen sie denn wahr? Sondern ein Unternehmen sieht eben auch: Wie ist die Wirksamkeit im Unternehmen, wie geht das weiter? Und damit wird das Wissen eben weiter getragen. Auch das ist ein wichtiges Spiegelbild, das so ein Unternehmen dann nach außen hin gibt.

Schlicht und ergreifend ist damit ein Unternehmen, was sich dem Qualitätssiegel stellt, ein qualifizierter Arbeitgeber der Umgebung, der regionalen Bereiche. Ich denke, das ist auch gerade im Land Brandenburg nicht zu vernachlässigen, dass man diesen Aspekt sieht, gerade in dem Bereich, wo heute auch viele Arbeitsplätze verloren gehen.

Dann geht es auch, das würde ich gerne aufnehmen, um den Begriff, den auch Herr Kaczmarek benutzt hat, nämlich die Ergebnisqualität. Es geht um nachweisbare Ergebnisse in den vielen verschiedenen Bereichen, die Sie durchführen. Letztendlich durch die Pflegevisite wird auch hier dokumentiert und nachgewiesen, wie eine Einrichtung bewusst und klar mit diesen Sachen umgeht. Auch das kann nach außen hin transparent gemacht werden.

Es geht um den effektiven, klaren und guten Umgang mit allen Ressourcen. Hier geht es wieder um Geld, Leistung, Preis-Leistungsverhältnis. Und natürlich geht es um den Nachweis der Zufriedenheit, dass sich jeder zufrieden fühlt in der Umgebung und dort aufgenommen, aus welchen Perspektiven man das auch sehen mag.

Wie sieht es nun aus? Ein Unternehmen sagt: „O.k., jetzt bin ich überzeugt. Ich stelle mich dem Qualitätssiegel“. Was bringt es denn jetzt dem Unternehmen außer Arbeitszeit und Geld, das es ausgeben muss?

Qualitätssiegel- Marktvorteil aus Sicht des Unternehmens

- **Marktvorteil**
 - Vertrauensvorschuss des Kunden
 - Größere Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit
 - Vorteil bei der Netzwerkbildung mit anderen Organisationen
 - Bessere Auslastung und Belegung
 - Geringere Fluktuation und Krankenstand senkt Kosten
 - Eigene Qualität zieht qualifizierte Mitarbeiter an

Als erstes: Durch die Darlegung dieser ganzen Kriterien bedeutet es, dass es ein Vertrauensvorschuss ist, und zwar von verschiedenen Kundengruppen. Nicht nur von demjenigen, der sich vielleicht die Einrichtung aussucht, sondern natürlich auch von allen Kooperationspartnern. Das mündet auch da hinein, dass sie sozusagen in diese Netzwerkbildung mehr integriert werden. Vorhin im Pausengespräch sagte Frau Ahlert so schön: „Es ist jetzt schon in vielen Bereichen so, dass die Ärzte oder die Krankenhäuser nachfragen. Nach welchem Konzept arbeiten Sie? Wir arbeiten dann mit einer Einrichtung zusammen, wenn sie ein System eingeführt hat.“ Soweit ist es mit dem Denken.

Apotheken müssen diese Wege gehen, die Ärzte werden jetzt die Wege gehen, viele Krankenhäuser. Es geht um das integrierte System. Das heißt, ist ein System eingeführt, nachgewiesen und belegt, bedeutet das, dass Sie einen hohen Vertrauensvorschuss gewinnen. Es wird einfach gesagt, da ist eben eine Überprüfung, eine Kontrolle da. Letztendlich durch die Darstellung dessen erlangen Sie auch eine höhere Anerkennung und Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit bei denjenigen, die vielleicht Ihre zukünftigen Kunden sein mögen, aber auch bei Ihren Partnern.

...

Letztendlich ist es erfahrungsgemäß so bei den Einrichtungen, die ich bisher zertifizieren durfte, dass tatsächlich eine bessere Auslastung erreicht wurde dadurch, dass eben bei bestimmten Verhandlungen in Pflegebereichen das Argument gebracht werden konnte: Es konnten mehr Nachweise erbracht werden. Es wurde nachgefragt, und so konnten die Unternehmen wirklich auf dieser Basis her ihre Auslastung verbessern, und „stabilisieren“, „verbessern“, das ist ja auch schon in dem Bereich.

Durch die gut beschriebenen Prozesse – ich muss noch einmal auf die Prozessqualität kommen –, durch die klaren Vorgaben und letztendlich durch klare Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten geht es auch den Mitarbeitern besser. Es ist leichter, Mitarbeitervertretungen zu regeln. Es ist leichter, bestimmte Vorgaben zu machen. Das führt dazu, und auch das ist ein positives Ergebnis, das einfach aus der Zertifizierungspraxis kommt, dass bei Unternehmen, die diese Strukturen führen, eine geringere Fluktuation und auch ein geringerer Krankenstand provoziert wird, weil einfach ein besserer Ausgleich vorhanden ist.

Letztendlich gibt es auch diese Forderung: Eigene Qualität zieht auch qualifizierte Mitarbeiter an. Stellen Sie Ihre klaren Qualitätskriterien schon in einer Ausschreibung auf, werden sich auch nur die Mitarbeiter melden, die vielleicht diese Sachen erfüllen werden.

Dadurch kann der Marktvorteil ausgebaut werden, der sich auch wieder nach außen spiegelt.

So, nun haben wir das schön theoretisch hinterlegt, und nun kommt die AOK und macht eine Studie und sagt: „Qualitätssiegel - keine Garantie für Qualität!“ Alle werden befriedigt nicken und sagen: „Das habe ich doch schon immer gesagt!“ Gut, das mag so sein, aber letztendlich ist das Siegel natürlich keine Garantie, denn die Garantie geben nur Sie als Unternehmen. Keiner von uns würde heute mehr ein Auto fahren, was nicht ein Qualitätssiegel dran hat. Aber gegen einen Baum fährt nicht das Auto alleine, sondern derjenige, der es lenkt. Ein Qualitätssiegel, was eingeführt worden ist und nicht ordnungsgemäß umgesetzt und transportiert wird im Unternehmen, wo die Leute nicht dahinter stehen und es leben, da brauchen wird nicht darüber zu reden. Dann bildet das überhaupt keine Garantie. Das ist ganz klar. Ein Qualitätssiegel ist letztendlich – und da würde ich auch gerne das Wort aufgreifen, was Sie vorhin benutzt haben – wie ein Navigationssystem durch die Landschaft hindurch. Sie haben einen Leitfaden an der Hand. Sie haben eine Vorgehensweise, mit der Sie das machen können. Aber selbstverständlich, so wie es hier dargestellt ist, kann es keine Garantie sein. Denn letztendlich sind wir alle Menschen, die darin arbeiten. Die Argumentation, die in dieser Studie aufgenommen wurde, war also eine generelle Infragestellung von Auswirkungen von Qualitätssiegeln. D'accord, das muss man hinterfragen. Es gab aber keine qualifizierte Argumentation gegen irgendein Konzept. Das ist sicherlich auch etwas, was Sie verwirren wird.

Es gibt heute eine Vielzahl von Qualitätssiegeln. Ich persönlich bin ziemlich einfach strukturiert und bin eigentlich dagegen, dass es so viele verschiedene Qualitätssiegel gibt. Mir wäre es viel lieber: Eines, und dann ist es o.k.. Aber der Markt spielt da mit: Wir haben viele verschiedene Möglichkeiten. Sie müssen für sich das finden, was für Ihr Haus

Qualitätssiegel keine Garantie? Studie von der AOK

- Generelle Infragestellung der Auswirkung von Qualitätssiegeln
- Keine qualifizierte Argumentation gegen oder für ein Konzept
- Forderung nach der Überprüfung der Wirksamkeit von Qualitätssiegeln

das Beste ist und womit Sie am besten klar kommen. Die Grundprinzipien sind alle dieselben. Es ist nur eine unterschiedliche Herangehensweise. Hier in der AOK-Studie wird generell in Frage gestellt und kein einzelnes wirklich dargelegt, auch nicht auseinander genommen, wo jetzt wirklich die möglichen Schwachstellen sind. Es wird gefordert in dieser Studie, dass eine Überprüfung der Wirksamkeit der Qualitätssiegel vorgenommen wird. Da kann ich als Zertifizierer natürlich nur sagen: „Prima, die arbeiten uns in die Hand. Wenn sie sich einer Zertifizierung stellen, werden sie sowieso überprüft.“ Also auch diese Argumentation steht ein wenig auf wackligen Beinen.

Qualitätssiegel keine Garantie? Gegenargumente

- Qualitätssiegel als ein Schritt auf dem Weg zur gleichbleibend hohen Qualität
- Vereinbarungen aber keine Vereinheitlichung
- Einheitliche Bewertungsmaßstäbe
- Anstoß zur Qualitätsverbesserung
- Mitarbeiterorientierung
- Verbraucherschutz

Als Gegenargument können wir dagegen nur sagen: Ein Qualitätssiegel ist sicherlich nur ein Schritt auf dem Weg. Es ist ein Punkt, der Ihnen bestätigt, dass bestimmte Mindestanforderungen erfüllt werden, die umgesetzt werden. Aber die gleichbleibend hohe Qualität, die gefordert wird, kann nur aus dem Unternehmen selbst heraus erfolgen und nicht durch ein Siegel. Das wissen Sie selbst auch. Was ein Vorurteil ist: Es wird keine Vereinheitlichung geschaffen, sondern es werden klare Vereinbarungen geschaffen. So oft hört man immer wieder, „sollen wir denn nun alle gleich arbeiten?“ „Sollen wir denn jetzt den Einheitsbrei schaffen?“ Nein, das sollen Sie nicht, sondern innerhalb eines Unternehmens

werden klare Vereinbarungen geschaffen. Es werden Arbeitsstandards erstellt und nach ihnen gearbeitet. Das bedeutet aber nicht, dass alle über einen Kamm geschoren werden. Auch dieser Argumentation, wie sie dort ausgeführt ist, kann ich nicht folgen.

Letztendlich werden Bewertungsmaßstäbe gefunden, die Sie dann auch wieder vergleichbar machen, an denen Sie sich messen können. So etwas kann nicht von Nachteil sein.

Ein Qualitätssiegel gibt eben den Anstoß zur Verbesserung, nicht zum Stillstand. Deshalb: Ein eingeführtes Qualitätssiegel kann nicht die Garantie für immer geben, sondern es gibt den Anstoß für die Weiterentwicklung. Wenn die überprüft wird, dann ist es auch wieder vernünftig. Es geht in die Mitarbeiterorientierung hinein, dass es den Mitarbeitern letztendlich in der Arbeit gut geht, dass es damit umgesetzt wird, und es soll dem Verbraucherschutz dienen. Wenn man sich das anschaut, dann kann man auch diese AOK-Studie wieder aus einem anderen Blickwinkel sehen.

Umsetzung des Konzeptes

- Begutachtung der Einrichtung auf der Grundlage des Handbuches und der Selbstbewertung
 - Stichprobenartige Einsicht in die Dokumente
 - Gespräch mit dem Führungskreis
 - Mitarbeiterinterviews
 - Begehung der Einrichtung
 - Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen
 - Erstellung eines Berichts
 - Erteilung der Bestätigung des QgP-Qualitätssiegels

Was können Sie nun tun? Sie können sich so einem Qualitätssiegel stellen, egal welches Sie wählen mögen. Hier stehe ich natürlich für das, was die QgP entwickelt hat. Es geht hier um einen doppelten Ansatz. Es ist eine Formulierung, die Sie nehmen. Sie haben bestimmte Möglichkeiten, mit denen Sie arbeiten können, und es geht zunächst einmal um eine Selbstbewertung, die darin enthalten ist, und dann um eine sogenannte Fremdbewertung, die mit der externen Zertifizierung abschließt. Das heißt, es wird wirklich vorgenommen. Sie entwickeln Ihre Sachen. Es wird dann überprüft und Mitarbeiter werden befragt, ob sie es umsetzen. Es

bleibt nicht in der Theorie hängen, sondern man schaut sich die Praxis an. Sie bekommen dazu dann eine Beurteilung, eine Begutachtung des gesamten Systems und können daraus auch Ihre weiteren Verbesserungsmöglichkeiten ableiten. Und zum Schluss besitzen Sie dann, wenn Sie so einen Weg gehen würden, das QgP-Siegel.

Noch einmal zusammengefasst bedeutet das also: So ein Qualitätssiegel hat für Sie Innen- und Außenwirkungen. Innenwirkungen heißt nicht – und da möchte ich Herrn Kaczmarek wirklich Recht geben - Bürokratie zu schaffen, sondern eben eine vernünftige praxisbezogene Anwendung umzusetzen, nicht eine Perfektion hinzulegen und zu sagen, „erst wenn ich dann auch beschrieben habe, wie ich den Lichtschalter oder die Kaffeemaschine ein- und ausstelle“, sondern dann, wenn ich die Sachen beschrieben habe, die entscheidend sind, geht es darum, diese Sache praxisorientiert anzuwenden und mich dem System zu stellen. Da sieht man wirklich manchmal Dinge, wo ich auch nur mit den Ohren schlackern kann. Es geht darum, vernünftige Kooperation im Bereich und zwischen den verschiedenen Bereichen zu schaffen. Auch hier findet man manchmal in den stationären Bereichen, dass der eine Wohnbereich nicht so ganz kooperativ mit dem anderen umgeht oder die Technik nicht damit. Dieses schafft hier vernünftige Kooperationswege und dadurch weniger Stress.

Es geht darum, eine Diskussionsbereitschaft zu schaffen und nicht Angst vor Mängeln, vor Fehlern, vor Unsicherheiten, sondern die Diskussion auszulösen und das dann umzusetzen und damit zu einer gesteigerten Kritikfähigkeit zu kommen. Letztendlich nach innen geht es immer darum, Weiterentwicklung statt Stillstand zu schaffen, und nach außen geht es um die Vergleichbarkeit mit anderen – wohlwissend, dass es nicht in allen Bereichen geht –, um die anfänglich geschilderte Transparenz, um Anerkennung in Ihrem Integrationsbereich, dass Sie eine bessere Auslastung bekommen. Es ist eine Basis für die Weiterentwicklung Ihres Systems und gibt natürlich Impulse für die gesamte Qualitätsbewegung. Das sind die Außenwirkungen, die eben nicht nur Sie, sondern vor allen Dingen den Kunden erreichen.

Welche Perspektiven würde ein Qualitätssiegel für Ihr Unternehmen bringen?

Gegenseitige Unterstützung, heute wichtiger denn je im Integrationsbereich, natürlich auch Austausch von Erfahrungen, denn Sie stehen nicht alleine da. Sie werden sich in den Qualitätszirkeln und externen übergreifenden Qualitätszirkeln treffen. Sie haben Austausch. Sie haben die Möglichkeiten, Ihr Wissen untereinander zu verteilen. Sie kommen in eine Vergleichbarkeit von Messkriterien. Der eine kann vom anderen lernen. Es gilt hier, wenn ich alleine daran denke, wie un-

Innenwirkungen

- praxisbezogene Anwendung – statt Perfektion
- Kooperation – statt Stress
- Diskussionsbereitschaft – statt Angst
- Kritikfähigkeit – statt Fehlerzuweisung
- Weiterentwicklung – statt Stillstand

Außenwirkung

- Vergleichbarkeit
- Transparenz
- Anerkennung
- Basis für die Weiterentwicklung
- Impulse für die Qualitätsbewegung in der Pflege
- Vernetzung

Perspektiven

- Gegenseitige Unterstützung
- Austausch von Erfahrungen
- Vergleichbarkeit von Messkriterien
- Anregung zu Verbesserungspotentialen
- Übergreifende Qualitätszirkel

terschiedlich heute noch Dekubitus dokumentiert wird, welche schrecklichen Erhebungsbögen es da gibt und welche guten Ideen manche haben, sich untereinander zu befruchten. Das heißt, es ist ein wirklicher Schritt auf dem Weg dorthin, sich stabil und konstant weiterzuentwickeln.

Qualitätssiegel – Signal an die Kunden

- Langfristige Qualitätsstrategie
 - für Auslastung von Morgen
 - für neue Pflegekonzepte
 - für gleichbleibende Kompetenz
 - für neue Kooperationspartner
 - für sichere Arbeitsplätze

Langfristige Signale an den Kunden bedeutet also langfristige Qualitätsstrategien für die Auslastung von morgen. Das heißt, die Angehörigen sind vielleicht Ihre Kunden von morgen. Auch die muss man betrachten. Das rein individuelle Betreuungssystem, wer weiß, wie das kommen kann, wenn dann jeder für sich ein eigenes Altenheim hat, ist auch ein bisschen teuer. Also sollte man das vielleicht doch aufeinander abgleichen.

Einstellung auf neue Pflegekonzepte. Ich denke hier an die ganze Demenzbetreuung.

Da müssen Sie gute Strukturen haben, um sich darauf einzulassen. Denn sonst bricht das ganze System zusammen.

Gleichbleibende Kompetenz. Gleichbleibend, auch wenn heute vielleicht Hartz droht mit bestimmten anderen Pflegekräften.

Bereitschaft für neue Kooperationspartner. Auch hier besonders Demenzenbetreuung, die gerontopsychiatrische Seite. Auch das sind wichtige Aspekte.

Und natürlich die Versorgung mit sicheren Arbeitsplätzen aus Sicht der Mitarbeiter.

Das alles kann das Signal nach außen geben, und wenn Sie sich dann dafür entscheiden mögen, stehen Ihnen zwei freundliche Partner zur Seite: Die QgP, die DQS. Wir kommen gerne, zertifizieren Sie gerne und wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Umsetzung.

Danke schön.

Fragen

Herr Kaczmarek: Frau Dr. Kemper, es wird Sie erstaunen, aber ich stimme Ihnen in weiten Teilen zu. Ich habe auch gar kein Problem mit QM. Ich arbeite für ein DIN ISO zertifiziertes Unternehmen und tue das sehr gerne. Ich glaube aber, dass wir darauf achten müssen, dass Qualitätsmanagement kein Selbstzweck ist, sondern es hat sich dem Ziel der Sicherung der Existenz des Unternehmens unterzuordnen.

Dr. Kemper: Da widerspreche ich Ihnen überhaupt nicht.

Kaczmarek: Vielleicht ist das einfach ein anderer Betrachtungswinkel. Ich stelle gerne auch eine Frage. Ich kenne Ihr Siegel im Detail nicht. Mein Problem mit Siegeln besteht darin, dass ich glaube, wenn alle eines haben, hat keiner mehr einen Marktvorteil. Wie stellen Sie mit Ihrem Siegel sicher, dass es nicht zu einem überflüssigen Maß an interner Bürokratie führt?

Dr. Kemper: Indem wir vernünftige Zertifizierer haben, die Sie wieder auf den richtigen Weg bringen.

Kaczmarek: Ich nehme Ihre Antwort beeindruckt zur Kenntnis.

Dr. Kemper. Ja, tun Sie das.

Qualitätssiegel-
QgP und DQS

Viel Erfolg bei der weiteren
Umsetzung!

Kooperation und Vernetzung - die Quadratur des Kreises, oder können aus Konkurrenten Partner werden?!

Kurze Einführung und Thesen Dr. Dieter Wollenberg

Im vorigen Jahr haben wir hier an gleicher Stelle gesessen - vielleicht sind einige von Ihnen dabei, die im vorigen Jahr auch am Seminar teilgenommen haben - und haben zur Problematik der Fallpauschalen, zu den DRG diskutiert. Wir haben bereits im Vorjahr festgestellt, wie schwierig es sich offensichtlich anlässt, hier auch als Pflegeeinrichtungen, als Pflegedienste, unabhängig davon, ob ambulant oder vollstationär, die notwendigen Verbindungen zu den Kliniken herzustellen.

Unser heutiges Seminarthema unterstellt letztendlich, das sei vielleicht als eine etwas zugespitzte Behauptung zunächst einmal in den Raum gestellt, dass die Akteure im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich mindestens partiell ganz unterschiedliche Interessen, vielleicht sogar teilweise gegensätzliche Interessen verfolgen. Das ist sicher auch den bisherigen Strukturen geschuldet, so, wie sie traditionell im Gesundheits- und Sozialsektor gewachsen sind. Im Verhältnis zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ist das vielleicht sehr schnell augenscheinlich. Inwieweit das auch sofort erfassbar wird innerhalb der einzelnen Leistungserbringer im Gesundheitssektor, das ist sicher nachzufragen.

...

Die sektoralen Grenzen, die sich traditionell im Gesundheitswesen entwickelt haben, differenzieren diese zunächst einmal konstatierten Interessen sicher noch weiterhin. Jeder der beteiligten Akteure kennt die Unmenge an gesetzlichen Vorschriften, Regelwerken, Verordnungen und ähnliches, die Abläufe diktieren. Heute Vormittag war schon die Rede von Entbürokratisierung. Sagen wir es jetzt andersherum: Auch die Bürokratisierung, die teilweise vielleicht Leistung behindert. Es könnte manchmal der Eindruck entstehen, dass der- oder diejenige, um die es hier eigentlich geht, nämlich die Pflegebedürftigen, die Hilfebedürftigen, die Patienten offenbar nur Mittel zum Zweck sind.

Wer fragt sie, was ihre Bedürfnisse sind, was sie eigentlich wollen und worauf wir unsere Leistungen ausrichten sollten?

Noch zugespitzter gefragt: Sind die Hilfebedürftigen, Pflegebedürftigen, Patienten nur Mittel zum Zweck, um einen möglichst großen Anteil vom Kuchen abzubekommen? Den Kuchen wollen sich viele teilen. Ich meine den Kuchen, der auf dem Gesundheitsmarkt gewissermaßen zu verteilen ist. Beiträge, Beitragszahler gibt es aber nur einmal. Leistungserbringer existieren nebeneinander, agieren nebeneinander, aber nicht als einander sich ergänzendes, aufeinander aufbauendes System. Ich habe ja bereits angemerkt, ich spitze mit voller Absicht ein wenig zu und erwarte natürlich dann auch Widerspruch.

Therapiert werden oftmals im Gesundheitsbereich nur Erscheinungsbilder, die Wirkungen, während die Ursachen für manche Krankheiten nicht genug beachtet und im Therapieprozess berücksichtigt werden. Damit bin ich wieder bei den Bedürfnissen, bei den eigentlichen Bedürfnissen und Wünschen derer, die zu uns kommen und um Hilfe bitten.

Seminar



Seminar

Fast jeder von uns, denke ich, hat auch Erfahrungen, sei es selbst oder sei es durch Verwandte, Bekannte oder wie auch immer, mit Doppeluntersuchungen, mit Veränderungen in medikamentösen Verordnungen. Wenn ich zwei Ärzte aufsuche mit der gleichen Diagnose, bekomme ich gegebenenfalls ganz unterschiedliche medikamentöse Verordnungen oder, wo es ja auch immer wieder auftritt, im Krankenhaus werde ich medikamentös oftmals anders behandelt. Komme ich dann zurück zu meinem Hausarzt, stellt der mich wieder um. Als Patient weiß ich oftmals nicht, warum das Ganze eigentlich? Ich agiere dann im blinden Vertrauen.

Herr Eisenreich bemerkte heute Vormittag schon einmal, dass für den Patienten, für den Hilfebedürftigen der Komplex Gesundheitssystem nur schwierig durchschaubar ist, intransparent ist, und er hier eigentlich suchend umherirrt. Die Frage ist: Was können wir tun, um dem abzu helfen?

Ein Problem ist die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und natürlich auch, da müssen wir ehrlich zu uns selbst sein, im Pflegebereich. Das wird ja seit vielen Jahren thematisiert, und seit vielen Jahren gibt es Versuche, dem entgegenzusteuern,

Wir wissen selbst, dass die Kosten den Möglichkeiten eigentlich davonlaufen. Der Gesetzgeber hat in der jüngeren Vergangenheit ja zwei Gesetzeswerke geschaffen mit der Absicht, diesen Prozessen entgegenzusteuern und hier Instrumente zu schaffen, die letztendlich einer Kostendämpfung dienen sollen, die aber auch den Gesundheitssektor, den Pflegesektor transparenter machen und hier vor allen Dingen auch neue Parameter schaffen sollen, nämlich Qualitätsparameter, nach denen Leistungen bemessen und bewertet werden. Gemeint sind das Fallpauschalen-Gesetz oder kurz DRG, und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, insbesondere hier angesprochen der Paragraph 140 a, Stichwort Integrierte Versorgung.

Es sei mir die Anmerkung gestattet: Ich ganz persönlich bin der Meinung, dass, sofern die beiden Gesetze in der beabsichtigten Intention auch greifen und von den beteiligten Akteuren umgesetzt und realisiert werden, dann auch die eben skizzierte Zielsetzung erreichbar ist. Dass das in Frage gestellt wird, zeigt sich unter Umständen daran, dass es bei der Umsetzung des Fallpauschalen-Gesetzes bereits zum jetzigen Zeitpunkt zu erheblichen Verzögerungen gekommen ist und offensichtlich noch weiter kommt. Die in Kürze bevorstehende neue Gesetzesnovellierung oder Ergänzung zum Fallpauschalen-Gesetz wird den weiteren Zeitverzug wahrscheinlich sogar festschreiben. Und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz oder das Problem Integrierte Versorgung, die Umsetzung und Schaffung von Versorgungsketten, von Netzwerken? Nun gut, das Gesetz ist noch kein ganzes Jahr alt. Insofern stehen wir hier natürlich noch am Anfang. Aber wenn wir die Diskussionen verfolgen, ob unter Experten oder unter Beteiligten, dann könnte auch hier teilweise der Eindruck entstehen, „eigentlich wollen wir nicht so recht“. Was ist eigentlich der Vorteil, den wir als gegebenenfalls beteiligte Akteure davon haben könnten oder können? Das erfordert sicher einen Umdenkungsprozess.

Wenn wir uns die ganze Diskussion anschauen und anhören, dann fällt zumindestens ein Weiteres auf: Sowohl bei der Diskussion um die Umsetzung des Fallpauschalen-Gesetzes als auch im Kontext der Schaffung von Netzwerken, des Aufbaus Integrierter Versorgungsnetze, scheint der Pflegebereich „völlig außen vor“ zu stehen. Es sind die ambulanten Dienste und vollstationären Einrichtungen, die, zumindestens nach meiner Kenntnis, in der Vergangenheit vielfach versucht haben, mit Kliniken Kontakt aufzunehmen, mit Kliniken ins Gespräch zu kom-

men, besonders im Kontext mit dem Fallpauschalen-Gesetz, und hier immer wie vor einer Mauer standen, ohne eigentlich ergründen zu können, warum es keine spürbaren Reaktionen gibt, mit denen man umgehen kann, auf deren Grundlage man gegebenenfalls auch agieren kann. Sicher liegen vielleicht auch noch einige Schwächen diesbezüglich bei unseren Einrichtungen und Diensten. Aber es gilt, zumindestens doch überhaupt erst einmal den Ansatz zu finden, das Gespräch zu führen und gemeinsam nach Varianten, nach Möglichkeiten, nach Lösungen zu suchen, um den jeweiligen Platz zu bestimmen, um zu bestimmen: Welche Anforderungen haben wir gegenseitig aneinander und welche Leistungen können und sollen wir gegenseitig erbringen in Ergänzung und im Aufbau auf das gesamte Leistungsspektrum? Das dürfte doch sicher notwendig und erforderlich sein.

Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt in der Bundesrepublik knapp über 100 Integrierte Versorgungsketten oder entsprechende Modelle. Dabei sei die vorsichtige Anmerkung erlaubt, dass vielleicht fast 50 Prozent von den Verträgen, die jetzt mit den Kassen abgeschlossen worden sind, eigentlich auch Netzwerke, Gemeinschaftswerke waren, die zum Teil schon vorher, nur nicht auf dieser vertraglichen Basis existiert haben. Hier entsteht der Eindruck, dass damit schon wieder die Absicht verbunden war, nicht etwa die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen, ein Plus für die beteiligten Leistungserbringer durch höhere Effizienz, durch Senkung bestimmter Leistungspotenziale, ohne dabei aber qualitative Parameter etwa zu senken, ein Plus für die Patienten, für die Hilfebedürftigen zu bringen, für sie das gesamte Gesundheitssystem transparenter, überschaubarer zu gestalten, besser zu lenken und zu koordinieren, und natürlich sicher auch für die Kostenträger hier zu einer echten Kostenersparnis zu kommen. Nein, der treibende Gedanke war oder ist, von den ein Prozent, die zur Verfügung stehen zur zusätzlichen Förderung für den Aufbau und die Schaffung Integrierter Versorgungsnetze, hier doch möglichst etwas abzubekommen und von vornherein mit im Boot zu sitzen.

Insofern ist also die Frage zu stellen, ob alles, was zum jetzigen Zeitpunkt unter dem Namen Integrierte Versorgung läuft, auch wirklich Integrierte Versorgung ist. Damit sind wir bei den Fragen, die uns bewegen: Was ist Integrierte Versorgung? Wer können und sollen die Beteiligten daran sein? Wie können die Beteiligten ihren eigenen Platz, die gemeinsamen Aufgaben, die sie in einem solchen Versorgungsnetz haben können und sollen, determinieren und definieren? Wie können sie auch ihre Einzelaufgaben und ihre Einzelverantwortung determinieren und bestimmen?

Ich denke, das sind Gegenstände, die zu diskutieren sind und die aber natürlich auch gemeinsam abzustimmen sind. Im engen Kontext steht auch die Frage: Wie können wir damit zu einer höheren Effizienz sowohl in unserer Einzelleistungserbringung als auch im Gesamtsystem kommen? Wie können wir uns gemeinsam – und das ist die unbedingte Voraussetzung dafür – auf bestimmte Qualitätsparameter, die wir alle gemeinsam letztendlich wieder für das Gesamtergebnis zu erbringen haben, verständigen?

Da haben wir, das wage ich einmal zu behaupten, als Mitglieder der Qualitätsgemeinschaft Pflege, die sich schon seit Jahren um ein Qualitätsmanagement und dessen Etablierung bemüht und ja auch entsprechende Ergebnisse erbracht haben, einen gewissen Vorteil oder vielleicht einen gewissen Vorlauf. Das mögen mir anwesende Vertreter der medizinischen Zunft verzeihen.

Aber das sind die Diskussionspunkte, die „stehen“. Sicher sind auch ganz entscheidende Fragen, wenn es zum Beispiel um die Bildung ei-

Seminar

Seminar

nes gemeinsamen Budgets geht, und dieses gemeinsame Budget als Pauschale für eine Gesamtleistung niedriger sein soll als die bisherige Summe der Einzelleistungen, denn irgendwoher muss ja auch die Kostenersparnis kommen. Dann ist auch sehr genau zu definieren: Wo liegt der ökonomische Vorteil, der ökonomische Nutzen für den Einzelnen, dass er auch mit einem sozusagen jetzt niedrigeren Anteil am gemeinsamen Budget zurechtkommt, ohne wirtschaftliche Verluste zu erleiden, sondern letztendlich sogar noch ein Plus machen kann? Wo liegt also seine Ersparnis?

Unter diesem Blickwinkel gemeinsam zu diskutieren, gemeinsam zu überlegen und die entsprechenden Fragen zu stellen und Antworten zu finden, das soll das Anliegen sein. Dass hierbei auch eine ganze Reihe von juristischen Fragen beleuchtet werden müssen und sicher eine Rolle spielen in vielen Diskussionen, ist unbestritten. Nämlich bei der Gestaltung der Verträge. Wir haben es ja hier gegebenenfalls mit einem Netzwerk von vertraglichen Beziehungen zu tun, einmal natürlich zwischen den Kassen und den Beteiligten, sei es in Form einer Managementgesellschaft, sei es in Form der einzelnen Beteiligten, aber auch in Beziehung der einzelnen vertraglichen Gestaltungen untereinander.

Insofern steht also die Frage: Wie packen wir es an?

Dazu würde ich zunächst Herrn Reiners bitten.

Was erwarte ich von Kooperation und Vernetzung und was kann ich dazu beitragen?

Die Sicht des MASGF Hartmut Reiners

Schönen guten Tag, meine Damen und Herren, ...

als ich mich am Wochenende auf dieses Referat vorbereitete und mir die Unterlagen, die man mir geschickt hatte, durchlas, war ich zunächst ein wenig ratlos. Denn man hatte mich dort gebeten, ich kann das hier vorlesen, „darüber zu sprechen, was ich zur Kooperation beitragen kann, was ich davon erwarte, was ich von anderen erwarte“. Das hat mich ein bisschen ratlos gemacht, denn ich kann mir nicht vorstellen, dass es Sie interessiert, was ich von Ihnen erwarte oder wie meine Arbeit im Ministerium abläuft, denn ich gehe einmal davon aus, dass Sie erwarten: Was überlegt man sich im Ministerium? Was überlegt man sich in der Politik? Ich glaube, dass das wohl die richtige Interpretation dieser Anfrage ist.

Es geht ja um ein sehr vielschichtiges Problem und die Viertelstunde, die mir hier jetzt für den Vortrag zur Verfügung steht, ist doch ziemlich wenig. Das brauche ich hier nicht weiter zu erläutern. Ich kann bestimmte Fragen hier auch nur anreißen und, wenn das dann in einer etwas doch starken Allgemeinheit bleibt, bitte ich das zu entschuldigen. Wobei ich nicht verhehlen will, dass viele Dinge auch wirklich erst noch sehr allgemein sind. Ich kann da in einigen Punkten meinem Vorredner nur zustimmen. Wir stochern doch in vielen Punkten noch ein bisschen im Nebel, mal weniger, mal mehr. In bestimmten Punkten haben wir mehr Klarheit, in anderen haben wir weniger Klarheit.

Das hängt auch damit zusammen, dass das ganze Integrationsproblem, was wir nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in unserem gesamten Gesundheits- und Sozialwesen vorfinden, insbesondere in der Thematik, um die es hier geht, also bei einem Schwerpunkt auf die Versorgung älterer Menschen, überhaupt nicht voneinander zu trennen ist.

Auf der einen Seite, das brauche ich hier nicht weiter zu erläutern, ist angesichts der demografischen Entwicklung – die Menschen werden nun mal eben immer älter – und auch anderer Prozesse die starre Trennung zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Betreuung so schlicht und einfach nicht mehr haltbar. Das ist eigentlich ein seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten bekannter Sachverhalt. Ich nenne hier in der Medizin im Grundsatz nicht nur das demografische Problem mit dem dadurch entstehenden Betreuungsbedarf, sondern unser Gesundheitswesen ist in mancher Hinsicht noch strukturiert, als wenn es um die Bekämpfung und die Behandlung von Akuterkrankungen geht. Aber im Grundsatz geht es auch um chronische Krankheiten, wo es eben nicht nur um medizinische Behandlung geht, sondern auch um Unterstützung in der allgemeinen Bewältigung des Alltags, die nicht direkt mit Medizin zu tun hat, aber sehr wohl mit der Krankheit, mit dem Leiden der davon betroffenen Menschen. Insofern ist die Trennung zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Betreuung eher akademisch. Aber sie hat eben, das wissen Sie besser als ich, auch ganz bestimmte Konsequenzen. Ich erwähne nur diese immer wieder zum Streit führen-

Seminar

Seminar

de Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege. Wo ist da der Unterschied? Ich kenne dieses Problem seit 25 Jahren, seitdem ich im Gesundheitswesen arbeite, und es ist noch nie zu einer befriedigenden Lösung gekommen.

Vielleicht noch einmal zu einem Problem, das eben angesprochen worden ist. Es ist immer so ein Killerargument: Die Kosten laufen uns davon und laufen hinter den finanziellen Möglichkeiten unserer Gesellschaft hinterher. Das ist eines der Märchen, die ständig erzählt werden. Zum einen, nur ganz kurz, gibt es keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Wir haben eine Ungleichverteilung der Ressourcen innerhalb dieses Systems. Und wir haben auch sicher, vor allem auch angesichts der demografischen Entwicklung, ein wachsendes Finanzierungsproblem. Das ist aber eine ganz andere Geschichte, als wenn man behauptet, die Kosten explodieren und sind von der Gesellschaft nicht mehr finanzierbar. Die Frage ist nicht ob, sondern wie das finanzierbar ist, und da haben wir in der Tat ein Problem. Das demografische Problem im Gesundheits- und Sozialwesen ist nicht zu sehr das zu hoher Ausgaben, sondern das immer mehr sinkender Einnahmen. Das ist ein steigender Punkt, denn eine wachsende Anzahl von Rentnern, das muss man nicht weiter erläutern, bedeutet schlicht und einfach sinkende Einnahmen für die Kranken- und für die Pflegeversicherung.

Wir haben seit 20 Jahren überproportional steigende Beitragssätze. Die Ausgaben der Krankenversicherung sind seit über 20 Jahren konstant, relativ zur allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Die GKV hat keine über das allgemeine Wirtschaftswachstum hinausgehende Ausgabensteigerungen seit über 20 Jahren, seit Ende der 70er Jahre. Was sie aber haben, ist eine sinkende Einnahme infolge steigender Arbeitslosigkeit, steigenden Rentneranteils und so weiter. Das führt dann eben zu dieser Finanzierungslücke. Das ist im Übrigen auch die eigentliche Grundlage für die gesamte Debatte, die jetzt über Bürgerversicherung und Kopfprämie abläuft, wobei da ja nun leider, wie Sie auch wohl wissen und mitbekommen haben, häufig parteipolitische oder auch interne Streitereien der eigentliche Grund sind, weshalb bestimmte Thesen auf einmal in den Raum gestellt werden, von denen man vor zwei Jahren noch gesagt hat: Das ist doch kompletter Unfug. Aber so ist das halt in der Politik.

Aber jetzt zurück zu dem Problem Integrierte Versorgung. Das ist ein ganz, ganz schillernder Bereich, wo man eigentlich auch, wenn man darüber diskutiert, immer wieder feststellt: Darunter stellt sich jeder etwas anderes vor, je nach dem, aus welchem Spektrum man kommt, aus welchem der vielen Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens man kommt. Dementsprechend vielschichtig sind auch die Probleme.

Wenn man sich das einmal genauer anschaut, dann bewegt sich das Problem auf zwei ganz verschiedenen Ebenen, die beide mit den Strukturen unseres sozialen Dienstleistungssystems zusammenhängen.

Das eine ist ein schon seit Jahrzehnten beklagter Sachverhalt, nämlich die kausale Ausrichtung unseres Sozialleistungssystems. Das habe ich schon im Studium gelernt bei Sozialpolitik, ich bin gelernter Ökonom, dass es zwei Prinzipien gibt: Finalprinzip und Kausalprinzip.

Kausalprinzip heißt: Derjenige finanziert es, in dessen Zuständigkeitsbereich es ist.

Das Finalprinzip heißt: Es ist patientenorientiert und ist an der Problemlösung orientiert.

Wir haben aber ein Sozialleistungssystem, so wie es strukturiert ist, das kausal ausgerichtet ist. Man kann das auch lösen, hat aber sicher-

lich, aus dieser Perspektive gesehen, einen Fehler gemacht mit der Trennung in Gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung, denn da hat man wieder ein neues Gleis auf dem Verschiebebahnhof eröffnet, durch den unser Sozialleistungssystem auch gekennzeichnet ist. Das heißt, es wird von einem Zweig, linke Tasche - rechte Tasche, verlagert, ohne irgendwelche Effizienz- oder Effektivitätsgewinne. Dadurch hat es auch immer große Reibungsverluste gegeben. Man hat mehrfache Anläufe gemacht, das zu lösen. Früher hieß es Rehabilitationsangleichungsgesetz, jetzt im SGB IX. Aber das hängt immer sehr stark davon ab, wie die einzelnen, die dort zusammenarbeiten müssen, auch bereit sind, diese Probleme, die sich aus dem Kausalprinzip ergeben, zu lösen.

Und da ist das zweite Problem. Das ist die zweite Ebene. Das ist die eigentlich wohl spannende. Das ist eben auch angesprochen worden. Das ist das Budgetproblem. Denn daraus ergeben sich für jeden Budgets, was noch dadurch verschärft wird, dass auch das Gesundheitswesen durch Budgets gekennzeichnet ist.

Wenn man nur einmal die Kassenärztliche Versorgung nimmt, dann ist da pro Forma zwar ein Einzelleistungsvergütungssystem durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab, aber durch die Gesamtvergütung der Krankenkassen an die Kassenärzte gibt es Budgets. Es ist ja nicht so, dass die Ärzte ihr Geld von Krankenkassen bekommen, sondern sie bekommen es von der Kassenärztlichen Vereinigung, und die Kassenärztliche Vereinigung bekommt von den Krankenkassen eine sogenannte Gesamtvergütung. Das heißt, pro Mitglied einer Krankenkasse werden an die KV pro Jahr so und so viel hundert Euro überwiesen, und dann verteilt das die KV auf ihre Ärzte nach dem Honorarverteilungsmaßstab. Das wiederum geschieht auch nach Budgets.

Man kann es ein bisschen drastisch ausdrücken: Kassenarzt, das ist eine spezifische Form von Scheinselbstständigkeit. Sie ähneln mehr Angestellten der Kassenärztlichen Vereinigung, weil sie ihr Praxisbudget bekommen, was dann wiederum zur Folge hat, das werden Sie als Patient vielleicht schon einmal von Ihrem Arzt gehört haben: „Mein Budget ist ausgelastet, ich muss ab jetzt umsonst arbeiten“. Das ist Unsinn. Umsonst arbeitet er nicht, aber er kriegt dann halt weniger pro Leistung umgerechnet auf das ganze Jahr, als er sich vielleicht vorher ausgerechnet hat. Aber diese Budgetabgrenzungen, die es in anderer Form bei Krankenhäusern auch gibt, ich will da nicht ins Detail gehen, haben zur Folge, dass natürlich jeder auf seinem Budget-Stühlchen sitzt und nicht bereit ist, davon etwas abzugeben. Das hat nicht etwas mit Unwilligkeit oder mit Geiz oder mit sonst etwas zu tun. Das ist eben systembedingt. Man muss auch dazu sagen, das ist jetzt meine These – wie gesagt, ich bin Ökonom und beschäftige mich seit 25, 30 Jahren mit dem Gesundheitswesen als Wirtschaftszweig –: Es wird schlecht anders möglich sein, als die Vergütungen krankenkassenbudgetmäßig auch an die Leistungserbringer abzuwickeln. Wenn ich das in einem strikten Einzelleistungssystem umsetze, dann werden wir ein irrsinnig bürokratisches System bekommen, wo jedes einzeln überprüft wird. Das ist einfach rein praktisch nicht machbar, oder aber die Kosten gehen enorm in die Höhe, ohne damit irgendwelche Effizienzgewinne verzeichnen zu können. Also man wird immer solche Budgets haben. Es kommt dann eben darauf an: Wie gestalte ich die Budgets, und wer gestaltet die Budgets? Da ist eben immer noch traditionell diese Arbeitsteilung. Hier ist das ambulante Budget. Da sind die Pflegeeinrichtungen. Und hier ist das Krankenhaus. Dann gibt es eben die entsprechenden Reibungsverluste.

Seminar

Seminar

Was tun? Es ist angesprochen worden, dass das GKV-Modernisierungsgesetz den 140 a und noch einige andere Paragraphen geändert hat und es jetzt sogenannte Integrierte Versorgungsformen gibt. Wenn man sich den 140 a und auch alles andere, was sich darum gruppiert, durchliest, dann haben selbst Profis wie ich Schwierigkeiten, das alles nachzuvollziehen. Da gibt es Strukturverträge. Die gibt es also schon seit wer weiß wie vielen Jahren. Das ist ein Wust. Wenn Sie die ganzen 140er Paragraphen im SGB V durchschauen, ist das kaum ohne entsprechende Expertenhilfe zu verstehen. Das hängt auch damit zusammen, dass in der Vergangenheit mehrfach Anläufe gemacht worden sind, dieses Problem der Abschottung der einzelnen Leistungserbringer irgendwie zu lösen. Es ist aber bis zu diesem GKV-Modernisierungsgesetz nie zu vernünftigen Lösungen gekommen. ...

Es ist also keine Böswilligkeit, sondern strukturell bedingt. Angesichts immer knapper werdender Kassen gibt es immer größere Probleme der internen Verteilung, und um so weniger ist da auch eine Bereitschaft irgendwie zu organisieren, gemeinsam mit anderen über das Budget hinaus irgendetwas zu vereinbaren. Es spielen da auch noch andere Dinge eine Rolle, auf die ich jetzt hier nicht näher eingehen werde, etwa die Frage, wie Budgetsteigerungen für die KV im Gesetz geregelt sind, was keine sehr befriedigende Angelegenheit ist und zum Teil auch wirklich eine Benachteiligung der Kassenärzte gegenüber anderen Leistungserbringern darstellt. Aber das hat in der Vergangenheit immer dazu geführt, dass eigentlich keiner bereit war, die bereits im Gesetz vorhandenen Möglichkeiten zu nutzen. Das ist mit dem GKV-Modernisierungsgesetz insofern geändert worden, als auf einmal jetzt die Krankenkassen ohne Zustimmung der KV solche Verträge mit Leistungserbringern schließen können.

Es ist eben angesprochen worden, dass das so schleppend anläuft und dass dort zur Zeit erst 100 Verträge da wären und von denen vielleicht 50 Prozent eigentlich wirklich im Sinne des Erfinders seien. Ich würde sagen, das ist eine optimistische Schätzung. Also, was ich kenne, verdient den Namen Integrierte Versorgung eigentlich nicht. Das sind meist sehr spezifische Ausschnitte, wo irgendwelche Fachärzte ganz spezifische Verträge, sagen wir einmal in der Urologie, mit den Krankenkassen geschlossen haben. Da ist sehr viel, ich will nicht sagen, Etikettenschwindel dabei, aber es wird sehr vieles als Integrierte Versorgung verkauft, wo eigentlich nur sehr, sehr wenig Integrierte Versorgung drin ist. Das muss man so deutlich sagen.

Was ich zur Zeit beobachte, ist, dass man da so eine Art Henne-Ei-Problem erkennen kann. Außerdem kann ich zur Zeit wirklich ein Lied von singen, dass sich ganze Heerscharen von teilweise ausgesprochen obskuren Beratern, Rechtsanwaltsbüros und so tummeln, die versuchen, den Krankenkassen oder sonstwo irgendwelche Projekte anzudienen, die dermaßen etwas von unausgegoren sind, wo dann von uns seitens der Aufsicht auch nur gesagt werden kann: „Lasst besser die Finger davon, es hat keinen Sinn“!

Das Problem ist, dass auf der einen Seite Leistungserbringer, sei es Krankenhäuser oder auch schon Gruppen von Ärzten und dergleichen, sagen, „Mensch, toll, ich will da was machen, bring mir eine Kasse, mit der ich den Vertrag machen kann“. Umgekehrt höre ich dann von den Kassen: „Bring mir mal irgendein gutes Krankenhaus oder irgendetwas, das als Budgethalter funktionieren kann“, das dann in dieses „Geschäft“ einsteigen kann. Im Moment wird es auch darum gehen, diesen, ich will nicht sagen, Teufelskreis, aber diese Lähmung, die im Moment zu beobachten ist, zu durchbrechen.

Vielleicht noch einmal etwas zu diesem 1-Prozent-Budget. Wobei ich jetzt bei allen diesen Sachen immer noch den Vorbehalt machen muss: Das gilt nur für die GKV-Leistungen. Auf die Integration von Pflege und GKV-Leistungen gehe ich gleich noch einmal ein, denn das ist im Moment wirklich noch, ich will nicht sagen, Utopie, aber da gibt es eben keine vernünftigen gesetzlichen Regelungen. Das ist noch eine Aufgabe. Das steht, neudeutsch gesagt, auf der To-do-Liste für die Politik, sich über das einmal gezielt Gedanken zu machen, und ich bin mir ganz sicher, dass das uns in den nächsten Jahren auch ganz erheblich beschäftigen wird, nicht zuletzt in der Landespolitik.

Aber noch einmal zurück zu diesem Problem: Wer kann da Budgethalter werden? Wie kann das Ganze überhaupt funktionieren? Und zu diesem „1 Prozent“.

Diese „1 Prozent“ sind folgendermaßen zustande gekommen: Als das GKV-Modernisierungsgesetz gemacht wurde, hat es am Rande der Sitzung abends längere Gespräche gegeben. Da haben die Leute, die an dem Gesetz gearbeitet haben, zu denen ich auch gehören musste als Landesbeamter – es ist wirklich kein Vergnügen, so ein Gesetz zu machen, das ist wirklich beinharte Arbeit – sich dann einfach mit ein paar vertrauenswürdigen Experten, auch von den Krankenkassen, von den Kassenärzten und von den Krankenhäusern, die also nicht sofort Fensterreden halten und ihre Eigeninteressen in den Vordergrund stellen, zusammengesetzt. Wir sind dann zu dem Ergebnis gekommen, das war von einer Vertreterin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingebracht worden: Die Schwierigkeit wäre, dass es größere Krankenhäuser gibt, die hinreichend Eigenkapital haben und auch als Unternehmen groß genug wären, solche Projekte erst einmal vorzufinanzieren. Aber dazu seien die meisten Kassenärzte, von einigen, Luxuspraxen in Berlin-Grünwald abgesehen, gar nicht in der Lage.

Daraufhin war dann die Idee geboren von Staatssekretär Schröder im Bundesgesundheitsministerium: Dann bilden wir so einen Fonds. Es hat auch innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung schon solche internen Ideen gegeben. Sie haben gesagt: „Leute, wir müssen in diese Richtung denken, weil dieses System der Einzelpraxen am Ende ist. Wir müssen in die Richtung Integrationsversorgung denken. Deswegen wäre es auch ganz gut, wenn wir von unseren Vergütungen für solche Projekte, für Zukunftsinvestitionen, einen bestimmten Teil abzwecken“. So sind diese „1 Prozent“ zustande gekommen. Im Moment ist das so doch, salopp ausgedrückt, eine Art Rattenrennen. Das heißt, der erste gewinnt. Das Instrument hat sich im Moment als noch nicht sonderlich zielführend herausgestellt.

Was heißt das Ganze jetzt konkret für Brandenburg? Das will ich jetzt zum Schluss meiner Ausführungen noch einmal ein bisschen ausführen, damit wir dann hinterher auch noch Zeit für die Diskussion und für Nachfragen haben.

Diese ganze Diskussion beim GKV-Modernisierungsgesetz, wie generell in der Gesundheitspolitik, über mehr Wettbewerb, Deregulierung, pipapo, das ist eine Diskussion, die aus Brandenburger Sicht insofern ein bisschen gespenstisch ist, als sie immer so tut, als würde die gesamte Bundesrepublik aus Ballungszentren bestehen.

Ein Beispiel zur Erklärung: Ein wichtiger Ansatzpunkt, und da wird es auch brummen, wird sein in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, vor allen Dingen dann, wenn das DRG-System ans Laufen kommt. Wenn das läuft, dann haben die Krankenhäuser einen hohen Anreiz, die Verweildauer zu senken. Sie können aber auf der anderen Seite aus verschiedenen Gründen, auch

Seminar

Seminar

aus ökonomischen Gründen, keine „blutigen Entlassungen“ riskieren, können dann aber die Verweildauer nur senken und damit Überschuss durch die DRG machen, wenn sie gleichzeitig ein Netz in der ambulanten Versorgung haben, was die ganze Nachsorge macht. Das ist auch medizinisch in jeder Hinsicht sinnvoll. Denn, einmal salopp ausgedrückt, Krankenhausaufenthalt ist ja eine gesetzlich legitimierte Freiheitsberaubung. Die sollte man nur so lange behalten, wie sie medizinisch erforderlich ist. Aber da ist die Zukunft, und da werden gerade große Kliniken mit entsprechenden Fachärzten in Ballungszentren sehr schnell, glaube ich, über kurz oder lang Vertragsnetze schließen. Große Klinikgesellschaften haben da schon fix und fertige Konzepte in der Schublade und sind im Moment dabei, sich die Ärzte herauszupicken in den jeweiligen Regionen oder Städten, mit denen sie meinen, zusammen arbeiten zu können.

Das ist aber auf dem flachen Land in dieser Hinsicht so gar nicht das Problem. Da gibt es auch keinen Wettbewerb zwischen den Kassen. Da gibt es auch keinen Wettbewerb unter den Krankenhäusern. Da ist man froh, wenn man ein Krankenhaus hat und wenn Ärzte da sind. Also diese ganze wettbewerbliche Orientierung hilft uns aus unserer Sicht auf dem flachen Land herzlich wenig weiter. Der Wettbewerb zwischen den Ersatzkassen oder auch innerhalb der Ersatzkassen und der AOK und so weiter ist in der Uckermark vergleichsweise irrelevant. Deswegen brauchen wir auch hier in Brandenburg ganz andere Ansatzpunkte, und da ist sicherlich auch ein bisschen die Landesregierung gefordert, obwohl sie selber, sieht man von dem Krankenhausbereich ab, keine direkte Verantwortung in diesem Feld hat. Aber wir können jetzt nicht einfach sagen, es ist Sache der Krankenkasse und der Kassenärzte. Das werden die Bürger nicht akzeptieren, weil die politische Verantwortung für die allgemeinen Lebensverhältnisse, und die sind ja berührt, natürlich bei der Landesregierung liegt. Nur haben wir selber sehr wenig Instrumente, jetzt so par ordre de mufti zu sagen, jetzt wird das in der Uckermark oder in der Lausitz oder sonstwo so und so geregelt. Das können wir nicht. Wir sind darauf angewiesen, die Leute an einen Tisch zu bringen, die dafür zuständig sind, und zu versuchen, Modelle zu entwickeln, die zeigen, dass es funktionieren kann. Das ist so ein Punkt, bei dem ich zwar nichts versprechen kann, wir haben eine neue Hausspitze, wir haben eine neue Landesregierung, das muss sich erst einmal ein bisschen auspendeln, aber ich glaube schon, dass keine Landesregierung, wie immer sie aussieht, sich davor drücken kann, weil der Problemdruck in dem Bereich so groß ist.

Nur als eine Zahl: 40 Prozent der Hausärzte in den peripheren Gebieten des Landes Brandenburg, also in den ländlichen Gebieten, sind 60 Jahre und älter. Wir haben schon jetzt massive Probleme in den Nachbesetzungen von Praxen. Das wird sich in den nächsten Jahren erheblich zuspitzen, und da wird man nur in gemeinsamen Kraftanstrengungen überhaupt etwas bewirken können.

Das ist im Übrigen auch für Ihr Fachgebiet, also für die Versorgung älterer Menschen, eine ganz zentrale Geschichte, denn die Hausärzte sind gerade für ältere Menschen noch von einer viel größeren Bedeutung, als sie das generell schon haben, weil sie eine Art Fokus und eine zentrale Clearingstelle sind. Sie sind die erste Anlaufstelle auf dem flachen Land. Darum werden wir uns bemühen müssen.

Ich bin jetzt dabei, das mit Fachleuten zu klären. Das bewegt sich alles auf der Diskussionsebene. Ich sage das jetzt wirklich vereinfacht, und das ist alles nicht zu Ende gedacht. Das ist alles nur die Überlegung, die man weiter ausdiskutieren muss. Zu lösen ist das nur, indem man regionale, ich sage bewusst, Versorgungsbudgets schafft, also wekommt

von den Gesamtvergütungen auf Landesebene, sondern dass man sagt, wir machen jetzt für die Region Uckermark oder wahrscheinlich noch kleinteiliger, sei es Angermünde/Templin oder Cottbus oder Cottbus-Land eine strikte Dezentralisierung der Verteilung der Ressourcen, um es dann auch möglichst wohnortnah verteilen zu können.

Das betrifft ja auch das Problem, was eben angesprochen worden ist: Wenn dann die Summe der Einzelleistungen, die jetzt erbracht werden, nicht mehr sind als das Budget, wo ist dann der Effekt? Ich glaube, der Effekt liegt weniger darin, dass jetzt irgendwie Vergütungen steigen. Es gibt dort ein ganz erhebliches Rationalisierungspotenzial, dass mit dem gleichen Geld, was wir heute haben, die Ressourcen sehr viel besser verteilt werden können, sowohl im Sinne der Patientinnen und Patienten, als auch im Sinne der Leistungserbringer und Leistungsanbieter. Da ist eine ganze Menge an Potenzial drin. Ich will nur einmal eine konkrete Zahl nennen: Wir haben es ja in Brandenburg geschafft, die guten alten Polikliniken zumindest in Ansätzen und in einigen Orten so aufzurüsten, dass sie wirklich wirtschaftlich arbeiten und eine gute Versorgung anbieten können. Die werden honoriert wie fachübergreifende Gruppenpraxen. Das heißt, es ist weniger als die normale Einzelleistungsvergütung. Es sind ein paar Abschläge. Wenn sie abrechnen würden wie die Einzelleistungsvergütung, hätten sie ungefähr, das haben die einmal ausgerechnet, 10 bis 15 Prozent mehr. Das Ganze wird erwirtschaftet durch erhebliche Einsparungen bei der Verwaltung. Ungefähr 30 Prozent der Tätigkeit eines normalen Kassenarztes ist mittlerweile Papierkram. Das kann man erheblich reduzieren. Er wird dann zwar nicht unbedingt mit mehr Geld bezahlt, aber dafür mit mehr Freizeit, und der einzelne Arzt kann sich mehr um die Patienten kümmern.

Das ist die Orientierung, die man bei der Integrierten Versorgung haben muss. Es wird keine wundersame Geldvermehrung geben. Aber die Arbeit wird gerechter in dem System auf die Betroffenen verteilt, und die Patienten können damit dann auch besser versorgt werden.

Wir werden uns auch Gedanken darüber machen müssen, wie die Brücke zur sozialen Betreuung herzustellen ist. Ich hatte vorhin schon gesagt, da ist ganz einfach ein weißer Fleck auf der juristischen Landkarte. Unser System ist eben so gestrickt. Das ist ein Wirtschaftszweig. Der wird über Politik und damit über Recht gesteuert. Es bedarf alles einer juristischen Basis. Das ist die einzig sinnvolle Alternative zu einer marktwirtschaftlich organisierten Versorgung, die für den Einzelnen größtenteils dann gar nicht mehr bezahlbar wäre. Deswegen muss das auch über Recht gesteuert werden. Ob das so, wie es gemacht wird, alles o.k. ist, ob man nicht auch einfachere Formen finden kann, ist dabei eine ganz andere Geschichte. Aber wir haben ein großes Problem im ganzen Bereich der sozialen Betreuung. Wir werden das auch komplett anders organisieren müssen, als das zur Zeit der Fall ist.

Das System, so wie wir es haben, wo der gesamte Erstkontakt in einem Gesundheitswesen über den Arzt läuft, wird eigentlich sowohl zunehmend zu einer hohen Belastung für die Ärzte als auch ist es nicht mehr problemadäquat. Das heißt, ich will es einmal so auf den Punkt bringen, es war einer von den vielen großen Fehlern, die damals gemacht worden sind, nach der Wende das System der Gemeindeschwestern abzuschaffen. Das ist ein Riesenfehler, denn es geht ja bei der Versorgung älterer Menschen eigentlich, wenn man sich das einmal anschaut, mehr um Betreuung als wirklich um medizinische Leistung. Und ich weiß aus persönlicher Erfahrung mit meinen Eltern, wovon ich rede. Ein guter Hausarzt ist sowieso zu 80 Prozent eher Sozialarbeiter als wirklich Arzt.

Aber in anderen Ländern, wie in Skandinavien und Holland, hat man eben gute Erfahrungen gemacht, wo der Erstkontakt, die Primärversor-

Seminar

Seminar

gung auch über Pflegekräfte läuft. Das ist erheblich rationaler und da werden Ärzte erst dann eingesetzt, wenn sie wirklich als Mediziner gebraucht werden.

Das ist im Übrigen auch, nebenbei gesagt, für mich der Kernpunkt, als man die Praxisgebühr eingeführt hat, wo man gesagt hat: „Schreit doch nicht so. In Schweden, diesem eigentlich so sozialen System, gibt es ja auch Praxisgebühren“. Ja, aber da sind vor den Arztkontakt, was bei uns der Primärkontakt ist, andere Versorgungssysteme geschaltet, und die benötigen wir wirklich dringend, wenn wir dieses Problem der Betreuung und Versorgung älterer Menschen sachgemäß bewältigen wollen. Was wir jetzt hier auf Landesebene machen können, ist, sich gezielt Gedanken zu machen: Wie können wir verschiedene Modelle entwickeln? Da bieten sich verschiedene Ideen an.

Es gibt auch kleine Krankenhäuser, die nur darauf warten, selber für solche regionalen Budgets als Organisationszentrum zu dienen. Das heißt nicht, dass die das Geld kriegen und es dann verteilen. Das muss dann schon anders organisiert werden. Es gibt auch bestimmte Arztnetze, die das übernehmen können. Das sind aber Dinge, die man erst einmal ausprobieren muss. Jetzt einfach nur zu sagen, „hier, wir geben Euch Geld, und dann organisiert Ihr das mal“. So wird es nicht funktionieren.

Das Modell, was wir in Brandenburg hatten bei der Umgestaltung der Polikliniken zu Gesundheitszentren, könnte, ich sage bewusst „könnte“, da ein Vorbild sein. Damals ist von der Landesregierung auch eine Managementberatung finanziert worden. Man muss Erfahrungen sammeln. Man muss das lernen. Es entstehen völlig neue Organisationsformen mit internen Problemen der Verteilung, der Arbeitsorganisation und so. Das kann man nicht einfach irgendwie per ordre de mufti einführen. Da bedarf es der Modelle, das einmal auszuprobieren. Und ich hoffe, dass man da zusammenkommt von Krankenkassen, von Leistungserbringern und auch vom Land, um in bestimmten Regionen Modelle zu entwickeln, um zu zeigen, wie es gehen kann. Das ist eine ganz, ganz wichtige Sache. Man braucht da wirklich einen langen Atem, und wenn die Politik die Kunst des Bohrens dicker Bretter ist, dann gilt das gerade für diesen Bereich.

Diese Diskussion um Integrierte Versorgung hat man in Westdeutschland – ich weiß, wovon ich rede – Ende der 80er Jahre geführt. Und die, die das nicht haben wollten, haben dann beim Einigungsvertrag dafür gesorgt, dass diese ganzen integrativen Strukturen des DDR-Gesundheitswesens schlicht und einfach abrasiert worden sind. Mit der wörtlichen Formulierung im Einigungsvertrag „die Einzelpraxis ist die Regelpraxis“. Es waren dann die ganzen 90er Jahre insofern in der reformpolitischen Diskussion verlorene Jahre. Darüber muss man jetzt nicht lange jammern. Man muss an dem anknüpfen, was vor 15 Jahren diskutiert worden ist, und muss das jetzt ganz entschieden nach vorne treiben. Ich bin mir auch sehr sicher, dass der Problemdruck, vor dem wir stehen, mit dazu beitragen wird, dass wir dort weiterkommen, denn es gibt keine Alternative.

Das wär's erst einmal. Danke.

Was erwarte ich von Kooperation und Vernetzung und was kann ich dazu beitragen?

Die Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg Antje Meinicke

Mein Name ist Meinicke. Ich komme von der KV Brandenburg. Herr Reiners hat ja schon einiges darüber erzählt, in wie weit die KV Brandenburg auch in diese Dinge involviert ist.

Am Anfang dachte man ja, dass die KVen aus diesem Vertragsbereich herausgefiltert wurden mit dem GMG, weil sie als direkte Vertragspartner nicht mehr benannt waren in dem Paragraphen 140 a und fortfolgende. Aber man muss eben sagen, dass Kooperationsformen sowohl zwischen den Ärzten als auch zwischen den Vertragsärzten, Psychotherapeuten und anderen Akteuren im Gesundheitswesen vielfältig vorhanden sind. Es sind nach der Wende nicht alle Kooperationsstrukturen, die schon vorhanden waren, zerstört worden, sondern es gibt sehr viele Einzelpraxen, die miteinander Praxisgemeinschaften bilden. Diese Praxisgemeinschaften nutzen Personal, nutzen bestimmte materielle Dinge der Praxen. Aber jeder Patient schließt mit dem Arzt einen eigenen Behandlungsvertrag ab.

Es gibt Praxisnetze. Das sind eher lose Strukturen, und es gibt offizielle Gemeinschaftspraxen. Da rechnen dann mehrere Ärzte zusammen ab mit uns, und der Patient kann dann auch in dieser Gemeinschaftspraxis bei jedem Arzt in Behandlung gehen.

Und wir haben die ehemaligen Polikliniken, also die dreielfer Einrichtungen. Es sind auch nicht alle aufgelöst worden, sondern wir haben immer noch 28 Einrichtungen mit insgesamt 129 angestellten Ärzten. Das ist nicht wenig.

Die Medizinischen Versorgungszentren sind also jetzt die neuen Strukturen, die seit Januar möglich sind im Vertragswesen. Wir haben in Brandenburg aber bis zum heutigen Tage noch kein einziges zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum.

Um einmal kurz darzustellen, wie die Ärzte in Brandenburg strukturiert sind: Gerade einmal etwa 1300 Ärzte sind in Einzelpraxen tätig. Wir haben 1041 Ärzte die in 440 Praxen mit 2 bis 4 Ärzten organisiert sind, und sie haben fast 500 Ärzte, die in Ärztehäusern mit 5 bis 10 Ärzten organisiert sind, und sogar 205 Ärzte, die in großen Ärztehäusern mit mehr als zehn Ärzten organisiert sind.



Kooperationsformen zwischen den niedergelassenen Ärzten

- Einzelpraxen bilden eine Praxisgemeinschaft
- Praxisnetz
- Gemeinschaftspraxis
- Gesundheitseinrichtungen nach § 311 SGB V 28
Einrichtungen mit 129 angestellten Ärzten
- Medizinisches Versorgungszentrum



Organisation der niedergelassenen Ärzte im Land Brandenburg

1 Arzt	1296 Praxen	1296 Ärzte
2 – 4 Ärzte	440 Praxen	1041 Ärzte
5 – 10 Ärzte	75 Ärztehäuser	493 Ärzte
> 10 Ärzte	14 Ärztehäuser	205 Ärzte

Seminar



Potentielle Kooperationspartner

- Krankenhäuser
- Rehabilitationseinrichtungen
- Pflegeeinrichtungen
- Physiotherapeuten
- Sanitätshäuser
- Apotheken
- Hebammen ...



Gesetzliche Grundlagen

- Medizinisches Versorgungszentrum § 95 SGBV
 - werden zugelassen
 - fachübergreifend, ärztlich geleitet
 - alle zulässigen Organisationsformen möglich
 - Gründung von Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen

Was ich damit sagen will, ist, dass diese Medizinischen Versorgungszentren, die jetzt als völlig neue Strukturen dargestellt werden, auch schon gelebt werden, eben in anderer Form.

Wir haben natürlich auch Kooperationspartner nach außen, also nicht nur zwischen den Ärzten und Psychotherapeuten, sondern auch mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Das sind die Krankenhäuser, die Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Physiotherapeuten, Sanitätshäuser, Apotheken und Hebammen. Auch diese Kooperationen werden ja schon gelebt. Wir haben sehr viele Ärzte, die in Brandenburg über Konsil-Verträge an Krankenhäusern tätig sind. Die tägliche Arbeit mit Rehabilitationseinrichtungen oder mit den Pflegeeinrichtungen und den anderen Akteuren ist notwendig, damit die Patienten ausreichend versorgt werden.

Ich will etwas sagen zu den Medizinischen Versorgungszentren. Herr Eisenreich, glaube ich, sprach heute vormittag, diese Möglichkeit an, dass Pflegeeinrichtungen ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen, sich Ärzte suchen, sie dort anstellen und dann die Versorgung übernehmen. Diese Medizinischen Versorgungszentren müssen zugelassen werden. Das heißt, das läuft über einen Zulassungsausschuss, der von Krankenkassen und der Vertragsärzteschaft besetzt ist. Da greifen ja auch andere Regelungen mit hinein, wie die Bedarfsplanung,

wie Zulassungsrichtlinien, wie die Berufsordnung und eben die gesetzlichen Vorgaben, sodass es ganz so einfach doch nicht ist. Diese Versorgungszentren müssen fachübergreifend tätig sein. Also es müssen Ärzte von mindestens zwei Fachrichtungen dort tätig sein. Diese Zentren müssen ärztlich geleitet sein. Das ist schon vom Gesetz her so vorgegeben, und da gibt es schon die ersten größeren Probleme, denn Sie benötigen für die Gründung eines solchen Versorgungszentrums praktisch zwei Fachrichtungen. Wir haben ja in bestimmten Fachrichtungen eine Unterversorgung, Sie haben aber auch viele andere Fachrichtungen, wo die Bedarfsplanung ausgelastet ist. Vom Gesetz her sind viele Organisationsformen möglich. Wir haben von der Berufsordnung im Land Brandenburg her nur die Möglichkeit der Partnerschaftsgesellschaft oder der GBR. Das würde vielleicht mit anderen Akteuren Probleme geben. Die Gründung allerdings, das ist richtig, ist von allen Leistungserbringern möglich, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen. Da sind dann auch Pflegeeinrichtungen möglich. Aber ich benötige eben, um ein Versorgungszentrum zu gründen, nicht nur die Gründer, sondern ich benötige die Gründungsvoraussetzungen, ich benötige Träger, ich brauche einen vernünftigen Gesellschaftsvertrag und so weiter. Es ist also ein ziemlich komplexes Geschehen.

Ich habe gestern noch einmal bei uns im Zulassungsausschuss in der Geschäftsstelle nachgefragt, und es sind wohl gerade einmal zwei Anträge in der Form, dass man sagen könnte, es könnte etwas werden. Aber bei einem Antrag fehlt noch der zweite Facharzt. Bei dem anderen Antrag fehlt der Gesellschaftervertrag. Alle anderen Anträge erfüllen überhaupt nicht die Voraussetzungen, die notwendig sind, um so ein Versorgungszentrum gründen zu können.

Über die Integrierte Versorgung gemäß Paragraph 140 a ff ist ja heute schon viel gesprochen worden. Aus unserer Sicht sieht es so aus, wie ich vorher schon gesagt habe, dass die Krankenkassen Verträge schlie-

ßen können. Die Kassenärztlichen Vereinigung war primär davon als Vertragspartner ausgeschlossen. Die Vergütung soll für Leistung erfolgen. Da gab es am Anfang auch große Verwirrungen, denn es gab etliche Berater oder Beraterfirmen, die durch die Lande gezogen sind und damit argumentiert haben, dass sich zum Beispiel die Entwicklungskosten von solchen vertraglichen Grundlagen aus dieser Anschubfinanzierung begleichen ließen. Man würde damit Räume bezahlen können, Computer, Ausrüstungen und so weiter. Aber im Gesetz steht ausdrücklich, dass diese Anschubfinanzierung für die Leistung ist, und über das eine Prozent ist ja heute auch schon einiges besprochen worden.

Es bieten sich demnächst wahrscheinlich neue Möglichkeiten auf Grund der Änderung der Musterberufsordnung, die dann aber auf Landesebene in den einzelnen Ländern von den Ärztekammern angepasst werden muss. Die beruflichen Kooperationen sollen vereinfacht werden. Die Bildung von überörtlichen Gemeinschaftspraxen, das wäre für uns im Land Brandenburg auch sehr wichtig, weil wir, wie Herr Reiners schon sagte, ein Flächenland haben und oft in diesem Flächenland das Problem haben, dass wir zwar zum Beispiel in einem Altkreis ausreichend gesichert sind, aber die Wege zwischen diesen einzelnen Standorten eben sehr weit sind.

Die Gründung von Teilgemeinschaftspraxen ist möglich. Die Anstellung von Ärzten soll vereinfacht werden, und es ist möglich, Heilkunde GmbHs und Ärztegesellschaften zu gründen.

Die KV Brandenburg hat sich mit diesem Thema auch recht lange und kontrovers auseinander gesetzt. Es ist so, dass viele Ärzte auf uns zu gekommen sind, die Beratung erwartet haben. Sie sind eigentlich Mediziner, also für die Patientenbetreuung, für die medizinische Versorgung zuständig. Sie haben nebenbei auch noch ihre Praxis zu organisieren, ihr Praxispersonal. Sie müssen sich weiterbilden, und das ganze Vertragsgeschäft, das Management, das sind dann Dinge, bei denen sie irgendwo ihre Grenzen erreichen. Insofern denken wir, dass die SKV diese Sache beratend und auch in anderer Weise unterstützen kann. Wir denken aber auch, dass es schon sehr viele Kooperationen und das Zusammenwirken gibt ohne diese großen übergeordneten vertraglichen Strukturen, weil die Akteure ja einfach auch noch - zum Teil auch historisch bedingt - zusammengearbeitet haben, und es wird sehr vieles gelebt. Ich denke, man muss da auch im Kleinen anfangen und nicht nur von oben nach unten, sondern wichtig ist auch, dass diese Zusammenarbeit untereinander gelebt wird. Also sind jetzt zum Beispiel im Hauptgebäude der KV bestimmte Selbsthilfegruppen untergebracht. Sie haben bei uns Räume angemietet. Es werden zusammen Veranstaltungen organisiert, und Ärzte arbeiten, wie gesagt, im Vertragsarztbereich, sind



Gesetzliche Grundlagen

- Integrierte Versorgung gemäß § 140 SGB V
 - Krankenkassen können Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung abschließen
 - Vergütung für Leistungen
 - Anschubfinanzierung 1%



Neue Möglichkeiten durch Änderung Musterberufsordnung

- Berufliche Kooperationen ermöglicht
- Überörtliche Gemeinschaftspraxen
- Teilgemeinschaftspraxen
- Vereinfachung der Anstellung von Ärzten
- Zulassung von Heilkunde GmbH und Ärztegesellschaften



Position der KVBB zu Kooperation und Vernetzung

- Kooperationen und Zusammenarbeit der Ärzte untereinander und mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen in Brandenburg wird gelebt (Beispiele)
- Förderung und Unterstützung von „neuen Versorgungsformen“

Seminar

aber auch konsiliarisch an Krankenhäusern tätig. Auch mit den Pflegeeinrichtungen wird zusammen agiert. Es sind also viele Dinge schon vorhanden, deren Strukturen man vielleicht einfach noch verbessern müsste.



Aktive Unterstützung unserer Mitglieder

- Entwurf eines Vertrages durch KV an KK zur Förderung dieser Strukturen
- Abschluss einer Rahmenvereinbarung über rheumatologische Sprechstunden
- Begleitung eines Modellprojektes in Belzig
- allgemeine Beratung
- Management von Verträgen, der Abrechnung, der Qualitätssicherung...
- Einschreiten bei ungerechtfertigten Kürzungen der Gesamtvergütung aller Ärzte durch einzelne Krankenkassen

02.11.04

Wir wollen unsere Mitglieder aktiv unterstützen und haben das erst einmal in der Form versucht, dass wir einen Rahmenvertragsentwurf an die Krankenkassen weitergeleitet haben zur Förderung dieser Strukturen, damit man auch gewisse Rahmenbedingungen hat, an denen sich auch Einzelärzte entlanghangeln können, an die dann auch die Krankenkassen gebunden werden. Da haben wir bis jetzt noch keine endgültige Antwort. Da haben sie sich noch nicht positioniert.

Wir haben, im Gegensatz zu dem, was Herr Reiners gesagt hat, auch in der Vergangenheit im Rahmen des 140er eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen, also vor dem GMG. Und zwar ist das eine Rahmen-

vereinbarung über rheumatologische Sprechstunden. Da werden Räume von Vertragsärzten bereitgestellt, wo dann Krankenhausärzte kommen, weil diese spezielle Behandlung rheumatologischer Patienten gerade in diesem Flächenland Brandenburg schwierig war. Dieser Vertrag wurde gelebt. Er war mit der AOK abgeschlossen worden. So weit wir informiert sind, ist derselbe Vertrag jetzt mit denselben Vertragspartnern vom VdAK komplett übernommen worden.

Weiterhin begleiten wir ein Modellprojekt in Belzig. Dort wird Integrierte Versorgung durch einen Verein gefördert. Dieser Verein hat einen Teil der Managementfunktionen an die KV Brandenburg übergeben. Es geht dort primär um Diabetes Mellitus. Es sollen dann aber noch bestimmte Module erweitert werden.

Wir führen allgemeine Beratung der Ärzte durch. Aber mittlerweile treten auch ganz andere Akteure an uns heran: nicht nur Vertragsärzte. Es kommen Krankenhausärzte auf uns zu. Es kommen Anwälte. Es kommen bestimmte Beraterfirmen. Es ist also sehr vielfältig. Zum Teil hatten wir auch schon Kontakt mit Pflegeeinrichtungen. Es ist sehr vielfältig, wie auch der Gesprächsbedarf da ist, und die KV hat sich in der Richtung positioniert, dass, wenn ihr das übertragen wird, sie dann auch das Management von Verträgen, die Abrechnung und die Qualitätssicherung, die ja bei diesen Verträgen unserer Meinung nach auch eine große Rolle spielen sollte, übernimmt.

Wir sehen es gleichzeitig aber auch so, dass wir uns bei ungerechtfertigten Kürzungen der Gesamtvergütung durch einzelne Krankenkassen, dieses einen Prozentes, was ja dann alle Ärzte betrifft, dagegen wehren. Es gibt bestimmte BKK, die auf dubiose Art und Weise versuchen, dieses eine Prozent aus der Gesamtvergütung herauszuziehen. Wir haben jetzt auch schon ein Gerichtsverfahren im einstweiligen Rechtsschutz gewonnen.

Wir denken, es gibt gute Möglichkeiten, die diese Gesetzesänderung bietet, die man nutzen sollte, wo wir auch die Ärzte und Psychotherapeuten begleiten wollen. Wir denken aber auch, dass das gerade im pflegerischen Bereich in Verbindung mit dem ambulant ärztlichen Bereich zunehmen wird. Das hatte Herr Reiners vorhin auch schon angesprochen.

Wie schon in den letzten Jahren werden Verlagerungseffekte verstärkt auf uns zukommen auf Grund der DRG. Gerade dieser intensivmedizinische Part, wo auch die Hauptpflege dann stattfindet, wird zunehmen, und dort müssen auch die Pflegeeinrichtungen mit den ambulanten Ärzten kooperieren.

Wir denken, die bestehenden Verflechtungen sollten im Rahmen dieser Integrierten Versorgung ausgebaut und dann auch vertraglich fixiert werden.

Ein Krankheitsheitbild, das wir uns vorstellen könnten, wäre zum Beispiel die Multiple Sklerose. Da gibt es wohl auch schon einen Vertrag in Niedersachsen, der zwischen den Krankenkassen auch unter Beteiligung der KV geschlossen wurde, wo Pflegeeinrichtungen mit ambulanten Ärzten über dieses Vertragswerk versuchen, durch eine verbesserte Behandlung Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Es gibt Möglichkeiten vor allem im Rahmen der postoperativen Behandlungen, der Kurzzeitpflege nach ambulanten oder stationären Behandlungen oder Eingriffen sowie der HIV-Erkrankungen. AIDS ist sicherlich auch ein großes Thema. Es ist ja auch heute schon angesprochen worden, aber mein Kenntnisstand ist der, dass das für Brandenburg nicht das Thema ist. In dem Moment, wo die Erkrankung ausbricht, gehen doch sehr viele dieser Erkrankten dann auch nach Berlin.

Demenzerkrankungen, Geriatrie kommen ebenfalls in Frage.

Wir denken, durch diese verstärkte Kooperation sind bessere Behandlungsabläufe durchsetzbar, etwa durch das verbesserte Aufnahme- und Entlassungsmanagement, verbindlichere Abläufe und Kommunikation, denn dort entstehen auch viele Verluste auf diesem Weg dadurch, dass Absprachen nicht eingehalten oder nicht durchgeführt werden.

Vernetzung drückt sich aus in technischen Hilfen, standardisierten Dokumenten, Infomaterial für Patienten, eventuell eine Hotline.

Ziele der ambulanten Ärzte und Psychotherapeuten sind in erster Linie die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten. Dann bieten diese Möglichkeiten, indikationsbezogene individuelle Versorgung im Verbund durchzuführen, was immer Vorteile bringt, durch Austausch, durch Ergänzung, dass man sich dadurch zum Beispiel auch Freiräume schafft.

Ziel ist natürlich immer auch die kostendeckende Finanzierung der ärztlichen Leistung und insgesamt die Kosten auf einem Level zu halten oder insgesamt abzusenken.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.



Position der KVBB zu Kooperation und Vernetzung

- Möglichkeiten nutzen, die Gesetzesänderungen bieten
- Zunahme des ambulanten ärztlichen und pflegerischen Bedarfs durch Verlagerungseffekte aus dem stationären Bereich
Pflege ↔ ambulante Ärzte
- bestehende Verflechtungen im Rahmen einer integrierten Versorgung ausbauen und vertraglich fixieren



Chancen durch verstärkte Kooperation

- Bessere Behandlungskontinuität durch
 - Aufnahme- und Entlassungsmanagement
 - verbindlichere Abläufe und Kommunikationswege
 - Vernetzung für Datenübertragung
 - Standardisierte Dokumente
 - Infomaterial für Patienten
 - Hotline



Was erwarte ich von Kooperation und Vernetzung und was kann ich dazu beitragen?

Die Sicht eines ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungserbringers

Dietrich Werner,
ASB-Gesellschaft für soziale Einrichtungen mbH -
Neuruppin

... Mein Name ist Dietrich Werner. Ich komme von der ASB-Gesellschaft für soziale Einrichtungen in Neuruppin. Mir ist es bei der Ausarbeitung des Kurzvortrages auch so ähnlich ergangen wie Herrn Reiners, dass ich lange darüber nachgedacht habe, was ich denn letztendlich zur Kooperation beitragen kann und wie ich die Kooperation beeinflussen kann. Da habe ich sicher eine Viertelstunde gebraucht, denn was kann ich letztendlich dagegen tun, wenn jemand nicht kooperationswillig ist? Dann kann ich tausende von Konzepten entwerfen und entwickeln, die ich letztendlich in die Schublade lege, und es kommt nichts dabei heraus.

Ich habe deswegen einen anderen Gedanken mit hineingenommen, wie man in der roten Schrift sieht: „Können aus Konkurrenten Partner werden?“ Ich versuche, das anhand des Beispiels Landkreis Ostprignitz-Ruppin (OPR) darzustellen.

Dass sich für uns auch letztendlich als Träger und mögliche weitere Interessenten der Freien Wohlfahrtspflege wirklich reale Chancen ergeben, ohne dass wir auf solche Dinge wie die Integrierte Versorgung warten, ohne dass wir darauf warten, dass Krankenhäuser auf uns zukommen und eventuell mit uns zusammenarbeiten werden, das ist eine blanke Utopie, denke ich einmal, und derzeit nicht einmal eine Vision.

Erfolgspotentiale



Ich habe versucht, verschiedene Faktoren einzubeziehen, um zu schauen: Wie könnte sich Kooperation und Vernetzung überhaupt darstellen? Es knüpft letztendlich an die Ausführungen von Herrn Kaczmarek an, dass wir in erster Linie schauen müssen: Wie ist der Markt in unserem Landkreis beschaffen? Welche Marktsituationen finden wir vor? Welche Dienstleister gibt es auf dem Markt? Welche Leistungen werden angeboten? Letztendlich ist es erforderlich, eine sehr konkrete Kenntnis dieses Marktes zu besitzen, um überhaupt Chancen und Risiken für

die eigene Organisation, für das eigene Unternehmen wie auch für mögliche Partner in bevorstehenden Kooperationen zu erkennen.

Und zum Zweiten: Der Versuch, interne Potenziale darzustellen. Das heißt also, die Ressourcen und das Wissen um verschiedene gesetzliche Dinge, um Zusammenhänge in der Betriebswirtschaft, Pflege und ähnlichen Dingen aufzuzeigen, um damit herauszubekommen, welche Stärken und Schwächen letztendlich die eigene Organisation hat.

Alle Faktoren, die jetzt eingeführt worden sind, führen letztendlich dazu, dass wir für unser Unternehmen selbst festlegen können: Mit welchen Zielen gehen wir eigentlich in eine Kooperation? Mit wem wollen kooperieren, und welches ist der günstigste Zeitpunkt zu einer möglichen Kooperation?

Auf dieses Schaubild kommen wir jetzt im Laufe der nächsten Minuten noch einmal zurück.

Externe Potentiale. Das bedeutet, wir sind im Moment immer noch dabei, die Marktsituation im Landkreis OPR zu analysieren und Dienstleistungen oder Dienstleister, Träger, gewerbliche als auch freigemeinnützige Träger aufzulisten und zu schauen: Wer macht was mit welchem Erfolg?

Letztendlich wird der Markt ja in erster Linie von dem Kunden beherrscht. Wie Herr Kaczmarek das schon einmal ausgeführt hat, ist für uns am wichtigsten, zu schauen: Was braucht der Kunde tatsächlich? Wir wollen also nicht nur so herangehen, um zu schauen, welche Leistungen aus dem SGB V oder XI oder hauswirtschaftliche Zusatzleistungen stehen an, sondern in der Zukunft wird es sicherlich eher wichtig sein, den tatsächlichen Kundenbedarf zu ermitteln. Das heißt also, aus unserer Sicht erwartet der Kunde ganz einfach individuell erbrachte Dienstleistungen rund um Medizin, Wohnen, Beratung, Begleitung, Pflege und Haushalt. Also ein Komplettpaket. Und diese Leistungen erwartet er preiswert und kompetent.

Zum Zweiten ist das Feld der Dienstleister, der beherrschenden Träger am Markt in OPR zu beleuchten. Aus unserer Sicht ist derzeit die Situation so zu bezeichnen, dass natürlich die einzelnen Träger ein primäres Interesse daran haben, das eigene Unternehmen und die Erweiterung des eigenen Unternehmens zum Ziel zu erklären. Das ist logisch und nachvollziehbar. Teilweise herrscht ein ruinöser Wettbewerb. Das dürfte in anderen Landkreisen ähnlich sein. Es besteht eine sehr geringe Kooperationsneigung, letztlich darauf zurück zu führen, dass ein Träger, der kooperieren will, sich ein Stück weit öffnet gegenüber einem anderen Partner, und man muss entsprechend versuchen, Ziele und Vorgehensweisen so weit in Einklang zu bringen, dass die Kundenerwartungen tatsächlich möglichst zu 100 Prozent erfüllt werden.

Weiter ist zu verzeichnen, dass die meisten Träger eine ziemlich große Unsicherheit haben in Bezug auf eine mögliche strategische Ausrichtung. Das ist darauf zurückzuführen, dass ja niemand weiß, was in dem nächsten Jahr passiert. Niemand weiß, was in diesem Jahr noch passieren wird und wie sich die Politik letztendlich entscheidet. Und wie sich andere Träger, insbesondere gewerbliche größere Träger, strategisch am Markt positionieren, kann in der eigenen Einrichtung nicht so ohne Weiteres nachvollzogen werden.

Als kleines Beispiel dazu: Es gibt aus unserer Sicht ein Überangebot an Dienstleistungen, zum Beispiel 887 stationäre Pflegeplätze auf 112.000 Einwohner. Wenn man sich einmal die Prozentzahl ausrechnet, dann ist das ein deutliches Überangebot gegenüber den ursprünglichen Planwerten, die das Land zum Beispiel in den sogenannten Regional-Konferenzen entwickelt hat.

Seminar

Externe Potentiale

Marktsituation und Dienstleistungen im Landkreis OPR

Kunden

- erwarten individuell erbrachte Dienstleistungen rund um Medizin, Wohnen, Beratung, Begleitung, Pflege und Haushalt
- preiswert und kompetent

Dienstleister

- haben primär den Erhalt und die Erweiterung des eigenen Unternehmens zum Ziel
- teilweise ruinöser Wettbewerb
- geringe Kooperationsneigung
- Unsicherheit in Bezug auf strategische Ausrichtung
- Überangebot an Dienstleistungen (z.B. 887 vollstationäre Plätze und 32 ambulante Pflegedienste auf ca. 112.000 Einwohner)

Wettbewerb zweier Krankenhäuser im Einzugsbereich (kommunal und gewerblich)

Seminar

Etwas weniger Angebote gibt es im ambulanten Pflegebereich, derzeit 32 für das ganze Kreisgebiet. 112.000 Einwohner, ländliche Region. Das ist natürlich nicht allzu viel. Das hat jede mittlere Großstadt allein. Diese 32 ambulanten Pflegedienste konzentrieren sich aber tatsächlich auf die Schwerpunktgebiete wie Neuruppin, Kyritz, Wittstock, und nur ganz wenige Einrichtungen sind tatsächlich auf dem sogenannten platten Land tätig.

Nicht zu vergessen, es gibt einen Wettbewerb zweier Krankenhäuser im Einzugsbereich, kommunal und gewerblich. Es gibt das Schwerpunkt-krankenhaus in Neuruppin mit knapp 700 Betten und etwas über 1.000 Mitarbeitern, und einen gewerblichen Anbieter, die KMG, die in dem gleichen Kreisgebiet tätig ist. Logischerweise gibt es erst einmal gewisse Auseinandersetzungen dieser beiden Krankenhäuser um die Verteilung von Angeboten oder die Verteilung von Kunden. Und erst dann, denke ich einmal, wird das eine oder andere Krankenhaus – die Tendenz geht sicherlich eher in Richtung auf kommunal – bereit sein, mit einem möglichen Partner über Vernetzungen und Kooperationen zu sprechen.

Externe Potentiale

Chancen und Risiken

Chancen

- strikte Kundenorientierung (Minimalstandard & Zusatzleistungen)
- Orientierung auf Kernleistungen
- trägerübergreifende Abstimmung und Vernetzung der Geschäftsfelder

Risiken

- falsche Einschätzung des Kundenbedarfs
- Verschärfung der Konkurrenzsituation
- Verminderung des verfügbaren Einkommens der Kunden
- gesetzliche Eingriffe
- Kapitalbedarf und -verfügbarkeit
- Strategien der Krankenhäuser

Werden wir als Kooperationspartner gebraucht ?

Aus dieser Marktanalyse, die, wie gesagt, noch nicht fertiggestellt ist, sind die Chancen und Risiken für uns als Träger oder für andere Kooperationspartner herauszubilden. Das heißt also, unsere primäre Vorgehensweise ist tatsächlich eine strikte Kundenorientierung. Wir müssen einfach sehen, wie ich vorhin schon angedeutet habe, dass wir über den SGB XI- und V-Bereich hinaus denken und handeln müssen. Wir müssen sehen, dass die Minimalstandards erfüllt werden, und uns insbesondere auf das Gebiet der sogenannten Zusatzleistungen begeben, sicherlich eher im ambulanten Bereich, sicherlich eher mit der Zielgruppe der Selbstzahler. Wir müssen aber natürlich auch sehen,

dass Kunden dafür geworben werden können, die Leistungen rund um den sogenannten Haushalt erwarten wollen und können.

Als Zweites sehen wir Chancen darin, dass wir uns verabschieden von einer mehr wohlfahrtstypischen Ausprägung verschiedener Träger. Wie das nach der Wende teilweise passiert ist, haben die meisten Wohlfahrtsverbände sich auf verschiedenen Gebieten engagiert. Einmal aus eigener Unsicherheit heraus und zweitens natürlich auch daraus abgeleitet, dass man sich erst einmal am Markt profilieren musste, was jetzt zum Teil auch fehlerhaft ist.

Unsere Vorgehensweise ist eher die, dass wir uns tatsächlich auch in den vergangenen zwei Jahren von verschiedenen Dienstleistungsbereichen verabschiedet haben und uns verstärkt orientieren auf dem Gebiet der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege und weiter, außer in diesen Bereichen, nichts machen. Denn lieber in Bezug auf die Kernleistungen richtig handeln, als in allen möglichen anderen Gebieten, wo es tatsächlich spezialisiertere Träger gibt, die sich zum Beispiel in der Kinder- und Jugendarbeit besser auskennen, als wir das können.

Als nächste und letzte Chance aus unserer Sicht: Es ist sicherlich nötig, trägerübergreifend Abstimmung und Vernetzung von Geschäftsfeldern vorzunehmen. Es gibt eine ganze Reihe von Trägern, die parallel und zum Teil auch gegeneinander Angebote am Markt etablieren. ...

Lasst uns bestimmte Bereiche zusammen tun! Lasst uns uns spezialisieren auf gerontopsychiatrische Versorgung oder meinetwegen nur auf Behandlungspflege oder oder oder.

Risiken auf dem Markt gibt es sicherlich in der Chance oder in dem fatalen Glauben, der Kundenbedarf würde sich so oder so in den nächsten Jahren entwickeln. Es gibt ein Risiko sicherlich in Richtung auf die zunehmende Konkurrenz. Wenn also Träger weiterhin nicht bereit sind zu kooperieren, wird es sicherlich den ruinösen Wettbewerb eher verschärfen, als dass man in der Lage ist, bestimmte Kernleistungen zu bündeln.

Als weiteres Risiko sehe ich eine Verminderung des verfügbaren Einkommens der Kunden. Es gibt eine Statistik, die von der Firma contec entwickelt worden ist, die besagt, dass ein Großteil, ich glaube 60, 70 Prozent der Kunden nur über ein frei verfügbares Einkommen von ca. 100 Euro pro Monat verfügen. Das heißt, es tummeln sich auf dem Markt nicht nur sozialer Dienstleistungen, sondern auch gewerblicher Dienstleistungen eine unzählige Menge an Anbietern, die sich mehr oder weniger um diese 100 Euro bewerben und dem Kunden entsprechende Angebote unterbreiten. Der Kunde hat letztendlich nur relativ wenige Möglichkeiten, sich zu entscheiden. Ob er sich für die Erhaltung der eigenen Gesundheit entscheidet oder dafür entscheidet, ob er den Enkel finanziell unterstützt oder ob er sich Essen auf Rädern beschafft oder ähnliche andere Dinge, sind sicherlich sehr wichtig bei der weiteren Entwicklung des Marktes oder für die Einflussnahme auf diesem Markt.

Letztendlich sind weitere Risiken gesetzliche Eingriffe, vor denen wir überhaupt nicht geschützt sind und die auch in den nächsten Jahren kaum abzusehen sind.

Weitere Risiken sind notwendiger Kapitalbedarf und -verfügbarkeit. Einmal in die Richtung gesehen: Was kann man in Richtung Hausgemeinschaften unternehmen? Was kann man in Richtung Medizinische Versorgungszentren unternehmen? Es sind ja sehr viele der freien Träger nicht unbedingt gesegnet mit Unmengen an Kapital, sondern man muss einfach sehen, dass man geeignete Investoren oder andere Finanzierungsmodelle findet, um genau diese Dinge umzusetzen.

Letztendlich kennen wir auch nicht die Strategie der Krankenhäuser, zumindest im Landkreis OPR. Es gibt, als Beispiel dafür, eine ganze Reihe an Gesprächen, die wir mit dem Krankenhaus in Neuruppin geführt haben, mit dem Ergebnis, dass sehr wohl die Bereitschaft zur Kooperation bekundet worden ist, aber tatsächlich ein direkter Vorstoß seitens des Krankenhauses bisher unterblieben ist. Ich denke einmal, es ist in erster Linie darin zu sehen, dass das Krankenhaus im Moment „wichtigere“ Probleme zu lösen hat, zum Beispiel in Richtung Umgang mit dem privat-gewerblichen Krankenhaus, zum Beispiel in Richtung Fusion mit einem Krankenhaus in Perleberg und ähnliche Dinge. Bevor also tatsächlich der Gesetzgeber Möglichkeiten der Integrierten Versorgung oder des Entlassungsmanagements und andere Dinge findet, wird das Krankenhaus wahrscheinlich kaum auf uns als Trägerkonsortium zurückgreifen, sondern erst einmal sehen, was es alleine aus eigener Kraft bewerkstelligen kann. Es stellt sich also letztendlich die Frage: Werden wir als freie Träger tatsächlich von den Krankenhäusern als Kooperationspartner gebraucht?

Wenn wir an das Schaubild noch einmal zurück denken: Es ist ganz wichtig, dass wir neben der konkreten Kenntnis des Marktes auch sehr genaue Kenntnisse des eigenen Unternehmens brauchen. Ich habe das zusammengefasst unter 'Ressourcen und Wissen', 'Stärken und Schwä-

Seminar

Interne Potentiale

Ressourcen und Wissen / Stärken und Schwächen

Ressourcen und Wissen

- personelle, finanzielle und organisatorische Ressourcen
- OE, Insbes. Verbesserung der Geschäftsprozesse
- PE, Insbes. gezielte Fort- und Weiterbildung aller MA
- strategische Planung
- ergebnisbezogenes Qualitätsmanagement

Stärken und Schwächen

- organisationsbezogene Analyse als kontinuierlicher Verbesserungsprozess

chen'. Von diesen Dingen hat jeder sicherlich in den eigenen Unternehmen schon verschiedene probiert. Wir sind ebenfalls dabei, unsere Ressourcen, unser Wissen, unsere Stärken und Schwächen mit entsprechenden Analysen zu ermitteln. In Kürze zusammengefasst, betrifft es ja alle Ressourcen: das Personal, also unsere Mitarbeiter, finanzielle, organisatorische Ressourcen. Im Wesentlichen geht es darum, eine strategische Planung für die nächsten wenigen Jahre aufzustellen, die tatsächlich realistisch ist unter Einbezug aller dieser vorhandenen Ressourcen. Wir wollen also versuchen, dass wir uns wirklich offen halten gegenüber den Entwicklungen auf dem Markt oder im Umfeld, um zu dem entsprechenden Zeitpunkt, wenn tatsächlich Kooperationen sinnvoll sind, auch bestimmte Dinge umsetzen zu können.

Kooperation und Vernetzung

Ziele und Partner

In Auswertung der Chancen-Risiken-Analyse wird vereinbart, welche Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung und der Optimierung der Ressourcen bestehen.

Die Vereinbarung setzt voraus, daß freie Träger aber auch gewerbliche Dienstleister bestehende Chancen und Risiken erkennen und bereit sind, eigene Strukturen und Machtverhältnisse zu ändern.

Dazu gehört auch die Bereitschaft zur Übernahme / Abgabe von Geschäftsfeldern.

Kooperation und Vernetzung. Zusammengefasst unter dem Begriff „Ziele und Partner“.

In Auswertung der Chancen-Risiken-Analyse wird vereinbart, welche Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung und Optimierung der Ressourcen bestehen. Ich hatte vorhin kurz ausgeführt, dass es natürlich wichtig ist, den Markt und die eigenen Ressourcen entsprechend zu bewerten und dann zu schauen, welche Ressourcen können tatsächlich für eine Kooperation genutzt werden. Die Vereinbarung mit anderen Trägern

setzt voraus, dass freie Träger, aber auch gewerbliche Dienstleister bestehende Chancen und Risiken erkennen und bereit sind, eigene Strukturen und Machtverhältnisse zu ändern. Das heißt, man muss sich dann, wenn tatsächlich kooperiert wird, darüber einig sein, wer welche Spezialisierung, wer welchen Weg einschlägt, damit es nicht wieder zu möglichen Konkurrenzsituationen kommt. Dazu gehört natürlich auch die Bereitschaft zur Übernahme oder Abgabe von verschiedenen Geschäftsfeldern.

An dem einfachen Beispiel festgemacht: Fünf Tagespflegen im Landkreis rechnen sich unter dem Strich überhaupt nicht. Ich denke einmal, wenn man das reduziert auf drei Tagespflegen mit der entsprechenden Spezialisierung auf eine bestimmte Klientel, wird unter dem Strich mehr daraus, als wenn fünf Träger um die gleichen Kunden werben.

Die Auswirkung dessen, was an Chancen und Risiken beziehungsweise an möglichen Kooperationen besteht, sind einfache Dinge, die mit den Kooperationspartnern zu besprechen sind.

Kooperation und Vernetzung

Ziele und Partner

Ziele

- Abstimmung von Geschäftsfeldern und Einzugsgebieten, z.B.
 - Tagespflege
 - Kurzzeitpflege
 - Behandlungspflege
 - Medizinisches Versorgungszentrum MVZ
 - niedrigschwellige Angebote
 - Menüservice
 - Hausnotruf
 - Fahrdienste
 - Vernetzung von stationärer & ambulanter Pflege
- Vernetzung der Beratungsangebote
(seit 1996 existiert im Landkreis das Ambulante Hilfezentrum als Trägerverbund der Volksolidarität, der Diakonie und des ASB)

Abstimmung von Geschäftsfeldern und Einzugsgebieten zum Beispiel, das ist jetzt eine lose Aufzählung: Tagespflege, wie schon genannt; über Kurzzeitpflege muss man sich unterhalten; über Behandlungspflege, insbesondere in Richtung Spezialisierungen; dick mit hineingeschrieben „Medizinisches Versorgungszentrum“; das ist sicherlich ein Thema, über das wir in Form von Kooperationen nachdenken können und wollen. Niedrigschwellige Angebote, Menüservice, Hausnotruf, Fahrdienste, Vernetzung von statio-

närer und ambulanter Pflege sind mögliche Geschäftsfelder, über die, wie gesagt, beraten werden muss.

Es gibt, als kleines Beispiel, den Beginn einer Vernetzung in Richtung auf die Beratung. Es existiert seit 1996 im Landkreis ein Ambulantes Hilfezentrum als Trägerverbund der Volkssolidarität, der Diakonie und des ASB. Das sind immerhin schon acht Jahre der Existenz. Bisher hat es sich bewährt, und wir denken und gehen davon aus, dass sich auch weiterhin das Ambulante Hilfezentrum sicherlich als Plattform anbietet, um genau diese Abstimmung von Geschäftsfeldern in der Zukunft vorzunehmen.

Als weiteres Ziel ist genannt eine Koordinierung der Aufbau- und Ablauforganisation. Es weiß jeder, der in der ambulanten Pflege beispielsweise tätig ist, welche Schwierigkeiten jeder einzelne Träger hat, Rufbereitschaften auf Dauer abzusichern, Fort- und Weiterbildungen durchzuführen und ähnliche Dinge wie Tourenplanung vernünftig durchzuführen und so weiter und so fort.

Jede Sozialstation hat in der Regel immer damit zu tun, einen halbwegs ausgeglichenen Jahresabschluss hinzubekommen, und dementsprechend auch Strategien für das kommende Jahr festzulegen. Wir gehen davon aus, dass es durchaus möglich wäre, bestimmte sogenannte Overhead-Kosten aufzuteilen und einfach zu sehen, wie sich Träger an genau diesen problematischen Bereichen beteiligen können. Und das lässt sich aus meiner Sicht ohne weiteres machen, wenn man sich abstimmt zur gemeinsamen Fort- und Weiterbildung. Man kann sich externe Referenten einkaufen, die auf dem Markt relativ teuer sind, und kaum ein Träger ist in der Lage, das allein zu bezahlen. Wenn sich also drei, vier, fünf Träger zusammenschließen, wird es unter dem Strich preiswerter.

Gemeinsames Qualitätsmanagement, davon halte ich sehr viel. Abgespecktes, ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement so, wie es heute morgen schon einmal angeklungen ist, muss einfach das Ziel sein, um von diesen ewigen langen, dicken, fetten Ordnern wegzukommen, die in der Praxis niemand braucht.

Es ist daran zu denken, dass eine Tourenplanung gemeinsam gemacht werden kann.

Einsatz von ehrenamtlichen Helfern kann zentral geregelt werden. Die Koordinierung von Arbeitsgelegenheiten in Richtung Arbeitslosengeld II kann zentral erfolgen. Und das, was in blau geschrieben ist, ist mehr als Vision zu verstehen: gemeinsamer Personalpool, Betriebsvergleiche auf Landkreisebene, gemeinsame Verwaltung und Abrechnung, gemeinsamer Fuhrpark. Das sind alles Dinge, die überhaupt nicht fern der Realität sind. Man muss sich nur einigen darüber, ob man gewillt ist, in diesen Gebieten zusammenzuarbeiten, und ich denke und glaube fest daran, dass, wenn tatsächlich diese Overhead-Kosten verteilt werden auf mehrere Schultern, eine Kostenminimierung in bisher nicht einschätzbarem Umfang erreicht werden kann, ohne dass die Qualität der Dienstleistung darunter leidet und ohne dass die Visionen der einzelnen beteiligten Träger oder deren Philosophien davon großartig berührt werden.

Und als letzten Punkt, ganz verschämt ganz unten geschrieben: Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft mit den Gesellschaftern Ruppiner Kliniken gGmbH und freien Trägern im Einzugsgebiet. Das ist nach wie vor eine Vision, die wir haben, die im Wesentlichen von der Klinik auch mitgetragen wird. Allerdings scheidet das im Moment daran, dass die

Seminar

Kooperation und Vernetzung

Ziele und Partner

Ziele

- Koordinierung der Aufbau- und Ablauforganisation
 - Rufbereitschaft
 - Fort- und Weiterbildung
 - gemeinsames Qualitätsmanagement
 - Tourenplanung
 - Einsatz von ehrenamtlichen Helfern
 - Koordinierung von Arbeitsgelegenheiten
 - gemeinsamer Personalpool
 - Betriebsvergleiche
 - gemeinsame Verwaltung und Abrechnung
 - gemeinsamer Fuhrpark
- Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft mit den Gesellschaftern Ruppiner Kliniken gGmbH und freien Trägern im Einzugsbereich

Seminar

Klinik nicht dazu bereit ist, über noch konkretere Dinge zu sprechen, sondern erst einmal wartet auf alle möglichen Dinge, die möglicherweise in den nächsten paar Monaten oder vielleicht auch erst in dem nächsten Jahr eintreten. Der berühmte Fuß steht in der Tür, aber wir müssen aufpassen, dass wir den auch drin behalten und dass die Klinik auch tatsächlich bereit ist, über solche Dinge zu reden.

Kooperation und Vernetzung

Was können wir dazu beitragen ?

Bedingungen für eine Kooperation und Vernetzung

Jeder der beteiligten Kooperationspartner muß:

- die gleiche Zielgruppe als Kunden haben
- in seinem Bereich über einen starken Namen verfügen
- ein qualitativ hochwertiges Angebot bieten
- ein zuverlässiger Dienstleister sein
- einen gesunden und wettbewerbsfähigen Betrieb repräsentieren
- an einer langfristigen Zusammenarbeit interessiert sein

Erfolgsfaktoren

- klare Vereinbarungen treffen
(Ziele, Vertrag, Inhalte, Marketing, Kostenaufteilung,
Qualität der Leistungen, Auflösung)

Was können wir letztendlich dazu beitragen, zu kooperieren und Vernetzungen herbeizuführen?

Ganz wichtig bei allem ist sicherlich, nach einer ausgeführten Marktanalyse zu sehen, mit welchem Träger man kooperieren kann. Welcher Träger ist bereit, über all diese Dinge zu reden und sich, wie gesagt, auch zu öffnen, auch über Zahlen zu sprechen, über Visionen zu sprechen, über bereits eingeschlagene Wege zu reden, Philosophien möglicherweise abzu prüfen? Alle diese Dinge sind aus unserer Sicht sehr wichtig. Sonst

wird es möglicherweise nur sehr schwer zu einer Kooperation oder eben zu einer nicht gelebten Kooperation kommen. Das heißt also, jeder der beteiligten Kooperationspartner muss zwingend die gleiche Zielgruppe als Kunden haben, in seinem Bereich über einen starken Namen verfügen. Es hat relativ wenig Sinn, mit jemandem zusammenzuarbeiten, dessen Jahresabschlüsse der letzten drei Jahre ausschließlich rote Zahlen aufgewiesen haben. Es muss ein qualitativ hochwertiges Angebot vorgehalten werden. Der oder die Träger müssen zuverlässig sein in entsprechenden Absprachen, in Vertragseinhaltung. Die Träger müssen einen gesunden und wettbewerbsfähigen Betrieb repräsentieren können und vor allen Dingen auch an einer langfristigen Zusammenarbeit interessiert sein.

Erfolgsfaktoren für eine mögliche Kooperation sehen wir darin, dass man ganz einfach klare Vereinbarungen treffen muss. Das wird sicherlich den Anwalt nachher eher noch betreffen. Es müssen Ziele, es müssen der Vertrag, Inhalte, Marketing, Möglichkeiten der Kostenaufteilung, Qualität der Leistungen besprochen werden, und natürlich muss auch darüber gesprochen werden, was passiert, wenn ein Träger nicht mehr in diesem Kooperationsverbund mitarbeiten möchte. Alle diese Dinge sind wir im Moment dabei, zu klären. Es gibt im Landkreis derzeit drei Interessenten, mit denen wir schon nähere Gespräche geführt haben, und es zeigt sich, dass die jahrelangen Bemühungen um eine Kooperation sicherlich im nächsten Jahr so weit sein werden, dass wir die erste gemeinsame GmbH in diese Richtung bilden werden.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Was erwarte ich von Kooperation und Vernetzung und was kann ich dazu beitragen?

Die Sicht eines Juristen André Saborowski

Zum Schluss also der Jurist oder zum Anfang, besser gesagt. Erst einmal kann man sich schon fragen, was ich hier mache. Was hat das überhaupt für einen Stellenwert, wenn ein Jurist zu dem Thema etwas sagt? Sie kennen den Juristen ja meistens nur dann: Sie haben eine tolle Idee, schreiben das alles auf, finden sogar Kooperationspartner, Verbundpartner und dann denken Sie sich: „Naja, es wäre vielleicht ganz sicher, wenn da noch einmal ein Anwalt darüberschaut“, und der sagt Ihnen dann, „ja, aber so nicht!“

Das übliche Prozedere. Das schöne dabei ist aber: Sie haben einen konkreten Vorgang, und das haben wir hier nicht.

Ich muss Ihnen ehrlich sagen, jetzt in der Kaffeepause war ich ein bisschen ratlos, worüber es jetzt noch sehr viel zu reden gilt, aus Sicht der Juristen wohlgermerkt.

Vielleicht muss ich mich dann noch kurz vorstellen. Ich bin nicht nur Jurist, sondern ich bin auch Geschäftsführer einer GmbH, die ein sehr großes Pflegeheim betreibt, kenne mich also in der Pflegepraxis auch ein wenig aus und stehe häufig, ähnlich wie Sie, vor den Problemen der Regelungswut. Gut, da bin ich halt noch Jurist, da kann ich vielleicht die eine oder andere Vorschrift noch ein bisschen besser einschätzen als Sie. Aber der Umfang ist derart groß, dass es eigentlich nur noch als unüberschaubar bezeichnet werden kann. Diese Unüberschaubarkeit und der Wust der Regelungen hat aber eine weitere Folge, und ich denke, die spüren wir hier heute ganz deutlich. Wir reden mit Begrifflichkeiten, die vom Gesetz oder von der Intention her besetzt sind. Wenn wir von Integrierter Versorgung sprechen, dann hat es mittlerweile Gesetzescharakter, sprich, es steht im 140 a ff im SGB V. Ich weiß nicht, ob Sie, wie Sie hier sitzen, Integrierte Versorgung so verstehen, oder ob Sie ein anderes Verständnis davon haben. Nämlich Vernetzung, Verbund, Kooperation.

Ich will nur noch einmal fragen: Sind Vertreter der Ärzteschaft, der Krankenkassen, Krankenhäuser hier? Dann würde ich einfach vorschlagen, ich rede nicht weiter über „Fußball“, wenn „Fußballspieler“ nicht da sind. Ich würde mich also vom Thema her dann tatsächlich über den Verbund, die Kooperationsgeschichte gerne mit Ihnen unterhalten, und da bewege ich mich, ähnlich wie Sie, zunächst rein rechtlich gesehen im luftleeren Raum. Sie haben momentan keine gesetzlichen Regelungen, von zwei, drei kleinen Ausnahmen abgesehen, die Ihnen vorschreiben, was ein Verbund ist, was eine Kooperation ist. Das einzige, was Sie haben, ist: Sie haben Probleme in der Praxis. Und da haben Sie Schnittstellen in Ihren Pflegeeinrichtungen, seien es stationäre, seien es ambulante Pflegedienste, Sozialstationen. Sie haben Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern im Sozialwesen. So will ich es einmal grob bezeichnen, und um diese Schnittmengen, um diese Schnittstellen geht es.



Seminar

Welche Gesellschaftsform – Verein, GmbH, Aktiengesellschaft – Sie auch immer wählen, lose Verbunde, Kooperationsformen, um dieser Probleme Herr zu werden mit den anderen Leistungserbringern, das können wir hier heute gar nicht erörtern. Das müssten wir über Tage, über Wochen machen, denn bei Gesellschaftsverträgen etc. gibt es auch keine zehn Gebote und wenn man die einhält, ist man auf der sicheren Seite. Das ist einfach nicht so.

Ich will einmal an einem Beispiel noch ein bisschen verdeutlichen, was Kooperation heißt. Sie alle kennen die Kooperationsverträge mit den Apotheken. Zumindest die vollstationären Pflegeeinrichtungen kennen die. Die haben sie auch alle. Hat sich denn in der Zusammenarbeit zwischen Ihnen und der Apotheke seit Abschluss dieses Kooperationsvertrages sehr viel geändert? Haben Sie diesen Kooperationsvertrag inhaltlich wahrgenommen, oder haben Sie ihn nur als zusätzliches formales Erfordernis wahrgenommen? Es steckt eine Menge drin. Man kann eine Menge machen. Aber was hat es Ihnen bislang gebracht?

Das heißt, wir müssen aus meiner Sicht zunächst erst einmal einen Schlüssel finden, wie wir an dieses Thema Verbund, Kooperation, Netzwerk herangehen, und das scheint mir ausschließlich über das Qualitätsmanagement in den Einrichtungen oder auch in den Sozialstationen zu gehen. Sie müssen erst einmal eine Analyse machen, wo Sie intern Schnittstellen haben, insofern schließe ich kurz an meinen Vorredner an, nämlich die Analyse dessen, was Sie selbst darstellen. Wo haben Sie Ihre Grauzonen? Wo haben Sie Ihre Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern? Wo liegen dort Ihre Probleme? Dafür brauchen Sie ein Instrument, das Ihnen das automatisch an die Oberfläche befördert. Sie stehen alle im Tagesgeschäft. Sie sind froh, wenn Sie irgendwann einmal den Kopf heben können. Sie müssen aber den Kopf heben. Das hilft nichts. Und Sie brauchen ein Instrument, was es Ihnen erleichtert, diese Schnittstellen mit anderen Leistungsträgern aufzudecken und dann die Probleme dort herauszufiltern. Das scheint mir nur über das Qualitätsmanagement zu funktionieren.

Zwei Stichworte in dem Zusammenhang: Entlassungsmanagement ist Ihnen allen ein Begriff. Was passiert, wenn Bewohner eines Pflegeheimes in das Krankenhaus gehen oder wieder zurückkommen? Was passiert aber auch in ambulanten Bereichen, wenn Leute aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit kommen und der Sozialdienst wieder einsetzt? Wo findet Informationsaustausch statt? Wie sind Haftungsrisiken? Womit wir wieder den juristischen Einschlag haben.

Das sind Themen, die Sie eigentlich in Ihrer täglichen Arbeit bewältigen müssen, und wo ich auch meine, die Sie besser bewältigen können, wenn Sie diesen Verbund mit den anderen Leistungserbringern tun. Es haben sich ja aus sich heraus schon verschiedene Verbunde, so nenne ich sie einmal, konstituiert. Ich kenne es jetzt aus dem Landkreis Oberspreewald-Lausitz. Da gibt es einen geronto-psychiatrischen Verbund. Ich habe jetzt hier in der Liste der Workshops gelesen, dass es auch hier in Cottbus und im Spree-Neiße-Bereich einen solchen Verbund gibt. Das heißt, die Leute haben schon angefangen, sich lose zusammenzuschließen, um bestimmten Problemen Herr zu werden.

Ich will jetzt noch einmal die Brücke zu dem 140 a, zu der Integrierten Versorgung im Sinne vom SGB V schlagen, weil auch das Sie berührt: Die Versorgung der Heimbewohner durch Hausärzte.

Ich weiß nicht, wie viele von Ihnen aus den Ballungsgebieten kommen. Ich sage einmal jetzt Potsdam, Speckgürtel Berlin, wo vielleicht das Thema ärztliche Versorgung noch nicht so ein elementares ist, wie zum Beispiel in der Uckermark oder in der Prignitz oder in der Lausitz. Ich

kann das nur aus meiner eigenen Erfahrung sagen: Wir haben eine Einrichtung, die relativ groß ist. Da ist ein Hausarzt, der betreut 150 Heimbewohner. Der hört nächstes Jahr im September auf. Nachfolger nicht in Sicht. Das berührt Ihre tägliche Arbeit. Es ist also sinnvoll, sich an sich mit dem Thema zu beschäftigen und dort die eigenen Probleme herauszukristallisieren, um sie dann zu lösen. In welcher Form Sie das dann tun, hängt wirklich vom Einzelfall ab.

Wir haben jetzt ein Modell skizziert bekommen, wo man versucht, mit Kliniken zusammen oder mit anderen Anbietern aus der Region eine gemeinsame Gesellschaft zu gründen, zunächst erst einmal noch getragen vom Kostengedanken, Overhead-Kosten, aber sicherlich auch, um sich untereinander besser abzustimmen, um die Leistungserbringung selber effizienter, besser zu gestalten, hohe Qualität zu erreichen und – wieder das juristische Thema – natürlich eine möglichst optimale Behandlung zu erreichen, ob nun als Patient, Bewohner oder schlicht Bürger.

Im stationären Bereich, von dem kann ich noch ein bisschen mehr sagen, werden wir diese Probleme mit der ärztlichen Versorgung der Bewohner innerhalb der nächsten eineinhalb Jahre in einer Form erfahren, die einigen vielleicht noch nicht so ganz klar ist, und das scheint mir aus meiner Sicht, für das heutige Thema auch ein Diskussionspunkt zu sein: Wie können Pflegeeinrichtungen, und da schließe ich auch die ambulanten Einrichtungen mit ein, durch gezielte Zusammenarbeit mit Kliniken, mit Gesundheitszentren, aber auch mit niedergelassenen Ärzten eine Sicherstellung der ärztlichen Betreuung der Bewohner, aber auch der Betreuten in ihrer Häuslichkeit herbeiführen? Ich kann jedenfalls nur sagen, das brennt vielen Mandanten, die ich kenne, arg auf den Nägeln, weil man eigentlich nicht so richtig weiß, wie man sich der Sache annehmen soll.

Und vielleicht, um noch einmal die Angst vor dem Stichwort Netzwerk, Vernetzung oder Integrierte Versorgung zu nehmen: Alle, die eine stationäre Pflegeeinrichtung betreiben, betreiben bereits ein Netzwerk. Sie müssen sich nur einmal vor Augen führen, welche Art von Leistungen in Ihrer Einrichtung erbracht werden. Das geht von sozialer Betreuung bis zu medizinischer Behandlungspflege, die dort, unter uns gesagt, natürlich nicht hingehört, rein von der Systematik. Sie haben einen Friseur drin. Das ist auch soziale Betreuung. Jetzt stellen Sie sich vor oder rechnen noch zehn Jahre zurück: Da gab es noch viele Einrichtungen mit einem Heimarzt. Wenn Sie sich jetzt noch überlegen: Da ist vielleicht noch eine kleine Apotheke oder irgendetwas mit in der Einrichtung, wo Sie bloß etwas vermietet haben. Dann haben Sie Ihr Netzwerk. Mehr ist das ja nicht.

Jede Kooperation, jedes Netzwerk lebt und stirbt am Ende damit, ob die Leute, die in der Kooperation, im Netzwerk arbeiten, Interessen haben, die übereinstimmen. Also nicht gleiche, sondern aufeinander abgestimmte Interessen. Da helfen Ihnen die schönsten Verträge, oder was auch immer, nichts, wenn am Ende Leute mit am Tisch sitzen, die sich zwar zusammengefunden haben, weil sie es toll finden, dass es Verbund oder Kooperation heißt, aber am Ende nicht aufeinander abgestimmt sind. Da gibt es steuerliche Probleme und so weiter. Das sind alles Einzelfall-Sachen. Es würde hier den Rahmen sprengen, um jetzt, sagen wir einmal, nur diese Problemkreise anzureißen. Ich würde mich allerdings freuen, wenn wir vielleicht in diesem konkreten Thema, nämlich Akutversorgung und Altenpflege, weiterdiskutieren könnten. Das ist ja das Motto der Tagung hier, und das Motto ist aus meiner Sicht jedenfalls nicht Integrierte Versorgung im Sinne vom 140 a SGB V.

Danke.

Seminar

Seminar

Kooperation und Vernetzung - die Quadratur des Kreises, oder können aus Konkurrenten Partner werden?!

Podiumsdiskussion 1. Tag

Dr. Wollenberg: Herr Reiners, Sie haben vorhin unter anderem in Ihren Ausführungen darauf aufmerksam gemacht, dass im Kontext mit der Einführung des Fallpauschalengesetzes jetzt doch verstärkt darüber nachgedacht wird, die Verbindungen, Netzwerke, welchen Begriff wir auch immer jetzt wählen wollen, zwischen Kliniken und Hausärzten, also denen, die in der ambulanten Nachsorge die Versorgung dann weiter führen werden, zu übernehmen. Etwas zugespitzt gefragt: Ist das nicht zu kurz gedacht?

Ich denke, in der klinischen Nachsorge überhaupt kann das ja nicht nur auf die rein ärztliche medizinische Nachsorge begrenzt bleiben, sondern hier sind mehr Leistungen erforderlich. Hier sehe ich natürlich auch die Pflege, und zwar den Teil der Pflege – Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste –, der auch Verträge für die Hauskrankenpflege hat und damit für die medizinische Nachsorge nicht nur in der Pflicht steht, sondern auch in der Verantwortung und in Bereitschaft. Nicht jede „Krankheit“ bedarf einer medizinischen Versorgung, sondern oftmals ist eigentlich eine soziale Betreuung, der Sozialkontakt in der Prävention viel notwendiger und kann gegebenenfalls auch ausreichen, um den ärztlichen Kontakt von vornherein gar nicht erst als nötig zu erweisen. Ergeben sich hier nicht auch ganz neue Aufgaben oder erweiterte Leistungspotenziale für die Sozialstationen, für die ambulanten Dienste? Stellen wir zunächst einmal nicht die Frage, wie finanzieren wir diese Geschichte, wenn es neue Leistungsaufgaben sind, neue Leistungspotenziale, sondern verständigen wir uns doch erst einmal darüber: Was kann das inhaltlich sein? Wie können wir hier Strukturen entwickeln, Strukturen aufbauen, um diesen Erfordernissen gerecht zu werden? Und danach fragen wir: Wie finden wir hier Finanzierungsmöglichkeiten? Denn Leistungen müssen ja irgendwie refinanziert werden.

Reiners: Um mit dem Letzten anzufangen: Das kann man in einer Doktorarbeit so analytisch voneinander trennen, aber in der Praxis nicht. Es geht immer um die Finanzierung. Da sollte man sich auch nichts vormachen. Es ist ein Wirtschaftszweig und es sind Leute, die dort einen Beruf ausüben. Die wollen bezahlt werden. Das ist ganz normal. Das ist auch in Ordnung. Insofern spielt die Finanzierung immer eine Rolle. Das Problem, was wir in dem Zusammenhang haben, ist eben auch noch einmal angedeutet worden: Wir haben im Moment ein sehr bunt-scheckiges System von Finanzierungsquellen und vor allen Dingen zwei Vergütungssysteme. Die einzelnen Vergütungen sind noch nicht einmal zwischen ambulant und stationär in der medizinischen Versorgung aufeinander abgestimmt. Darüber beklagen sich niedergelassene Ärzte oft zu Recht, dass Krankenhäuser für dieselbe Leistung mehr Geld bekommen als die niedergelassenen Ärzte. Das ist irgendwie nicht in Ordnung. Wir haben mit dem Fallpauschalensystem einen Anfang im stationären Bereich gemacht. Das ist ein hochkomplexer Versuch, medizinische Leistungen, die Kosten und den Ressourcenverzehr von medizinischen Leistungen mit Geld zu bewerten. Ökonomen nennen das „administrative Preise“. Das heißt, das sind keine Preise, die durch Angebot und Nachfrage zustande kommen. Das kann im Gesundheitswesen

grundsätzlich nicht funktionieren, oder wenn, dann nur um den Preis großer Verwerfungen. Es müssen allgemeine Regeln aufgestellt werden. Das sind politisch definierte Preise, die aber eine sachliche Grundlage haben müssen. Es muss einigermaßen gerecht beurteilt werden: Wieviel Arbeitszeit kostet diese Leistung und wieviel Ressourcen werden dabei verzehrt? Das ist eine hochschwierige Angelegenheit.

In der ambulanten Versorgung ist man nicht so weit. Da fängt man erst an. Das ist auch eine Orientierung, die im neuen Gesetz auch drin ist. Aber bis solche Systeme laufen, dauert das manchmal bis zu zehn Jahre. Man muss überlegen: Die DRG sind 1999 in das Gesetz eingeführt worden, und man redet jetzt darüber, ob man nicht noch mehr Zeit braucht für die Umsetzung. Es ist eine hochschwierige Angelegenheit. Die ganzen Pflegeleistungen und die ganzen Vergütungssysteme stehen noch völlig quer dazu. Das ist ein riesenschwieriges Problem. Ich will jetzt nur beschreiben, weshalb es diese Probleme gibt.

Man kann natürlich sagen, „ich definiere jetzt einmal, wie die Aufgaben aufeinander abgestimmt werden müssen“. Aber das ist wirklich eine Gedankenspielerei, wenn nicht gleichzeitig gefragt wird: Erstens, wie wird das finanziert, wer ist der Finanzierungsträger? Und zweitens, was ganz wichtig ist, wer ist der Budgethalter? Wer verteilt das nach welchen Maßstäben? Das muss dann auch für die einzelnen Beteiligten transparent sein. Das ist zum Beispiel auch in der kassenärztlichen Honorarverteilung ein Problem, dass es für den einzelnen Arzt oft gar nicht mehr nachvollziehbar ist, wie er zu seinem Geld kommt. Das ist eine ganz schwierige Angelegenheit und da soll man die Probleme auch nicht unterschätzen.

Dann zum anderen Punkt mit den Fallpauschalen und der Nachsorge, den Sie angesprochen haben. Ich habe das vielleicht nicht klar genug ausgedrückt. Ich habe nur ein Beispiel geben sollen, wo es Prozesse der Integrierten Versorgung gibt, die von selber laufen, ohne das in Richtung „gut“ oder „nicht so gut“ beurteilen zu wollen. Ich bin mir sehr sicher, dass es in bestimmten Bereichen, insbesondere in der Kooperation mit der fachmedizinischen Versorgung in Ballungszentren sehr schnell zu solchen Netzwerken kommt aus diesen ökonomischen Vorteilen, die sich für beide Seiten daraus ergeben. Also sagen wir einmal, Krankenhäuser machen mit den DRG Überschuss, und dann sagen sie, ich vereinfache das jetzt einmal, „beim Prostatakrebs machen wir mit den Urologen eine Nachsorge“. Mit dem Überschuss, den ich mit einer Verkürzung der Verweildauer erziele, machen wir fifty-fifty, die Hälfte bleibt bei mir, und du kriegst dadurch auch zusätzliches Geld über das hinaus, was Du als Budget von der Kassenärztlichen Vereinigung für Deine normale ambulante Versorgung bekommst.

Da braucht man, glaube ich, keine weiteren großen politischen Anstöße zu geben. Darauf wollte ich hinweisen. Das wird in bestimmten Bereichen von alleine laufen. Also ich nehme fest an, dass das Carl-Thieme-Klinikum hier in Cottbus schon so sehr stark darauf orientiert, wo es mit welchen niedergelassenen Ärzten zusammenarbeiten kann.

Das ist aber nur ein Ausschnitt. Da haben Sie völlig Recht. Das, was jetzt hier vor allen Dingen die Zusammenarbeit von Akutversorgung und Akutpflege angeht, das wird eben nicht so von alleine laufen. Da bedarf es weiter gehender Anstöße und Anstrengungen, weil da die ökonomischen Vorteile nicht so greifbar sind für die Beteiligten, wie in anderen Bereichen. Darauf wollte ich orientieren. Das ist eine ziemlich schwierige Angelegenheit, von der noch keiner behaupten kann, er habe da den Stein der Weisen gefunden, weil es auch zum Teil sehr komplexe rechtliche Strukturen sind. In dem ganzen Pflegebereich, in den anderen

Seminar

Seminar

Bereichen ist „nur die Krankenversicherung betroffen“. Nur. Aber in Ihrem Bereich ist die Sozialhilfe mit dabei. Da sind die kommunalen Spitzenverbände mit dabei. Da ist die Pflegeversicherung mit dabei, die Krankenversicherung, teilweise noch die Rentenversicherung. Und die alle unter einen Hut zu kriegen, das ist eine Aufgabe für sich. Im SGB IX stehen wunderbare Sachen drin, wo man nur sagen müsste, man muss sie anwenden. Das ist ja immer das eigentlich Schwierige. In den Gesetzen stehen tolle Sachen drin. Aber als Gesetzmacher steht man ja immer vor der Schwierigkeit: „O.k., ich weiß, wenn ich das jetzt nicht noch genauer in das Gesetz hineinschreibe, werden die Brüder und Schwestern in der Praxis nichts machen“. Auf der anderen Seite mache ich es dadurch immer komplizierter, wenn ich immer mehr in das Gesetz hineinschreibe. Um so weniger handhabbar wird das dann auch. Im Sozialgesetzbuch ist alles relativ allgemein gehalten.

Im Gesundheitswesen gibt es ja den kleinen Gesetzgeber, der für Ihre Praxis sehr viel wichtiger ist. Das ist der gemeinsame Bundesausschuss, der jetzt gerade neu gestaltet worden ist. Der definiert zum Beispiel, welche Behandlungsformen und welche Medikamente von der Kasse bezahlt werden. Das ist das entscheidende Clearing-Gremium im Gesundheitswesen und wird deswegen auch 'der kleine Gesetzgeber' genannt. Und da gibt es oft die ganz großen Probleme, etwa auch für Sie, wenn es um die Versorgung älterer Menschen geht. Es ist jetzt in dem Zusammenhang ganz aktuell keine sehr glückliche Sache gewesen, das sage ich ganz deutlich, dass man die sogenannten OTC-Präparate, das heißt die rezeptfreien Präparate, erst einmal generell und dann mit Ausnahmen aus der Erstattungspflicht der Kassen ausgeschlossen hat. Die ersten Daten der Krankenkassen weisen schon auf eine Folge hin, dass jetzt in den anderen Arzneimittelbereichen der verordnungspflichtigen auf einmal ein Zuwachs ist, weil viele Ärzte ihren Patienten dann lieber andere Medikamente verschreiben. Ob das medizinisch sinnvoll ist, weiß ich nicht. Da spielt dann auch eine Rolle, dass viele Ärzte nicht genau wissen, dass es da eine umfangreiche Liste von Medikamenten gibt, die in bestimmten Fällen doch erstattet werden von der Krankenkasse. Ich persönlich habe immer große Probleme mit solchen generellen Regelungen. Das streichen wir raus. Aber das ist politisch so beschlossen worden. Ich kann erzählen weshalb, aber das würde jetzt hier nicht interessieren.

Das sind die Probleme, die dann in der Praxis anstehen, wo dann das, was der Gesetzesmacher im guten Glauben verabschiedet hat, in der Praxis auf Schwierigkeiten stößt. Das ist auch so ein gewisses Dilemma, in dem man dann manchmal steckt.

Dr. Wollenberg: Gibt es weitere Reaktionen?

Reiners: Vielleicht noch einmal weitere Beispielen, die Sie auch besser aus Ihrer Erfahrung kennen: Also die ganze Frage der Heimbewohner. Dann sind da irgendwelche objektiven oder auch nur scheinbaren Gesetzeslücken, und da wird es dann schwierig. Da können wir als Aufsicht uns auch nur immer so verhalten, dass wir sagen, „wenn es dem Patienten nützt, dann interpretieren wir das Gesetz jetzt einmal sehr großzügig“. Aber wenn irgendjemand wiederum dagegen klagt oder sich damit nicht einverstanden erklärt, muss das unter den Kassen Konsens sein. Das ist ein unheimlich schwieriger Austarierungsprozess.

Dr. Wollenberg: Es ist heute schon mehrfach auf ein weiteres Problem aufmerksam gemacht worden. Herr Saborowski hat das zuletzt deutlich gemacht: Das Problem der ärztlichen Versorgung in Heimeinrichtungen, in vollstationären Einrichtungen, ja selbst auch gegebenenfalls im ambulanten Bereich. In einigen Territorien Brandenburgs wird das zum Teil immer schwieriger. Die Wege zum Arzt werden immer länger. Damit

entstehen echte Versorgungslücken oder sind bereits entstanden. Wir haben heute Vormittag von Herrn Eisenreich unter anderem die Überlegung gehört, dass auch ambulante Träger oder Pflegeträger als Initiator von Medizinischen Versorgungszentren wirksam werden könnten. Dass dabei natürlich bestimmte Voraussetzungen zu beachten sind, ist denkbar. Könnte das ein Weg sein? Die Frage geht vielleicht an das gesamte Auditorium. Könnte das ein Weg sein, um hier entstehende Lücken zu schließen?

Frau Meinicke hat vorhin in ihren Ausführungen auf einen ganzen Komplex von Regelungen aufmerksam gemacht, die das verhindern. Sicher gibt es Gesetze, gibt es Regelungen, die zu beachten sind, und wir leben in einem Rechtsstaat. Den wollen wir auch so. Ich will jetzt einmal etwas provokant fragen: Sollte man manchmal nicht erst einmal nachdenken? Wie können wir, wenn bestehende Strukturen Probleme nicht mehr lösen können, erst einmal darüber hinausdenken, um so dann auch über notwendige Lobbyarbeit gegebenenfalls notwendige gesetzliche Initiativen auszulösen?

Saborowski: Ich muss dazu vielleicht doch noch zwei Sachen sagen. Ich glaube, wir sind ja hier unter uns. Insofern kann man auch ein paar andere Ausdrücke verwenden. Dass ambulante Pflegeeinrichtungen oder Sozialstationen oder aber stationäre Pflegeeinrichtungen Medizinische Versorgungszentren gründen, halte ich für ausgemachten Quatsch. Ich will es einmal so deutlich sagen. Nicht so sehr vom Inhaltlichen, darüber mag man ja noch streiten, aber Sie kommen an den Zulassungsthemen überhaupt nicht vorbei. Das ist schlicht ausgeschlossen. Das sollte man einfach vergessen. Das ist aber eigentlich auch der Grund, warum wir heute hier zusammensitzen. Es geht um Kooperation, um Vernetzung. Fangen Sie kleiner an! Nicht immer gleich das große Rad drehen. Die Räder, die man drehen soll, werden sowieso jedes Jahr neu erfunden. Die heißen halt nur jedes Mal anders. Das ist nicht der entscheidende Punkt.

Der entscheidende Punkt ist, dass Sie bei sich vor Ort schauen: Wo habe ich Anknüpfungspunkte, wo habe ich meine Ärzte? Wie kann ich die stimulieren, zu mir in die Einrichtung zu kommen? Die Ärzte haben ja verschiedene Probleme damit. Reden Sie mit ihnen. Wir haben heute leider keinen hier. Deswegen ist es ein bisschen problematisch. Aber natürlich haben sie ein Problem mit Ihrem Budget, wenn sie zum Beispiel ausschließlich Heimbewohner betreuen. Das sind einfach kostenintensivere Sachen, im medikamentösen Bereich in jedem Fall. Da hat schon einmal ein Arzt Berührungängste. In der Lausitz, da kann ich es ganz gut sagen, weil sich der Träger, unter dem wir dort arbeiten, auch noch an einem Gesundheitszentrum beteiligt hat. Insofern kenne ich die Strukturen dort auch ganz gut. Da macht ein Hausarzt, sage ich einmal, 1.400 Scheine im Quartal. Der Fachgruppenschnitt liegt etwa bei 800, 900, in der Größenordnung. Jetzt versucht man, dort Nachfolger zu finden für diese strukturschwache Region. Da waren auch einmal junge Leute da. Die sagten dann aber: „Wissen Sie, aber doch nicht 1.400 Scheine im Quartal! Wie soll ich das denn schaffen? Also 600, 700 und Teilzeit und Mutterschutz.“ Naja, was dann halt so kommt. Ich habe ja Verständnis dafür, dass jeder seine persönliche Lebensplanung hat. Aber das Problem dabei ist: Sie kriegen die Symptome nicht gelöst, wenn Sie die Ursachen nicht bekämpfen, und die Ursachen liegen nun einmal darin, dass die Regionen dort strukturschwach sind. Da können wir uns nichts vormachen. Wen zieht es nach Lauchhammer oder in ein ehemaliges Bergbaugebiet, wo ansonsten außer Arbeitslosigkeit nichts ist? Das sind Probleme. Die lösen sie aber nicht dadurch, dass Sie irgendwo „Integrierte Versorgung“ darüberschreiben.

Seminar

Seminar

Deswegen aus meiner Sicht nur die Empfehlung: Kleine Schritte machen. Suchen sie sich die Partner vor Ort. Versuchen Sie da, Netzwerke, Cluster aufzubauen, die die Leute binden. Dass Sie also sozusagen Verbindungen schaffen und mit Leuten über einen gewissen Zeitraum zusammenarbeiten, denn nur darüber werden Sie da eigentlich der Probleme Herr, die bei Ihnen im Hause sind.

Und nun noch einmal in Anknüpfung an Herrn Reiners: Sie als Pflegestation- oder Pflegeheimbetreiber haben ein ähnliches originäres, vielleicht sogar monetäres Interesse daran, mit Kliniken gut zusammenzuarbeiten. Es ist zwar nicht so, dass Ihnen die Klinik ein Stück Geld in die Hand drückt, wenn Sie die Leute besonders gut behandeln, die aus der Klinik zurückkommen, aber die Klinik kann Sie sehr viel Geld kosten.

Denn wenn Sie Leute aus der Klinik zurückkriegern, die dort schlecht betreut und gepflegt wurden und mit einem Dekubitus zurückkommen, dann haben Sie erst einmal Aufwand. Da sind sie erst einmal am Laufen. Das heißt, das Thema Entlassungsmanagement, Schnittstellenproblematik, das ist etwas, das Sie interessieren muss. Da müssen Sie ran. Sie können Ihren Personaleinsatz im Prinzip kaum zuverlässig planen, weil Sie manchmal gar nicht wissen, in welchem Zustand Sie Heimbewohner wieder zurück in die Einrichtung bekommen. Vielleicht auch, wenn Heimbewohner wieder ins Krankenhaus müssen. Es gibt ja auch den Rücklauf, wenn sich der Zustand dann doch wieder verschlechtert, sodass Sie so eine Art Ping-Pong-Spiel haben: Mal rein, mal raus. Sie kriegen Probleme mit der Pflegekasse mit der Abrechnung, Anwesenheitstage, Abwesenheitstage. Das muss ich nicht erläutern, wie die zählen. Das sind alles Sachen, die bei Ihnen durchaus das Interesse wecken sollten, mit den umliegenden Kliniken zu reden.

Und, wie gesagt, ich kann es nur aus der Erfahrung berichten: Da gibt es diesen Verbund. Da gibt es eben ein Entlassungsmanagement. Da hat man sich lange darüber Gedanken gemacht. Da gibt es ein richtiges Formular, was man entwickelt hat und worüber man regeln will, welche Informationen jetzt zum Beispiel das Klinikum einträgt, wenn ein Heimbewohner entlassen wird. Wie kommt die Information in die Einrichtung? Wie setzt die sich in der Pflegedokumentation fort? Umgekehrt aber genau dasselbe: Welche Informationen braucht der Klinikbetreiber, um Leute richtig behandeln zu können, die aus der Einrichtung in die Klinik kommen? Das ist erst einmal nur ein Beispiel. Dafür müssen Sie noch keine Gesellschaften gründen. Da müssen Sie auch noch nichts investieren, außer ein bisschen Gehirnschmalz und ein bisschen für Papier und Stifte. Und das meine ich. Diese Schnittstellen, diese Probleme, die müssen Sie sich aufschreiben. Die müssen Sie sich erarbeiten. Dann haben sie am Ende sogar, meine ich jedenfalls, auch echt betriebswirtschaftlich etwas davon.

Dr. Wollenberg: Über solch eine Schnittstelle oder konkret Entlassung aus der Klinik werden wir sicher morgen reden. ...

Vielleicht nur folgende Anregung noch: Es gilt nachzudenken unter dem Blickwinkel: Wo liegen meine Stärken? Wo liegt eigentlich mein Leistungsangebot? Wie attraktiv ist mein Leistungsangebot? Aber: Wo habe ich auch meine Schwächen und wo habe ich meine Lücke? Wie kann ich mein Leistungsangebot attraktiver gestalten? Wie kann ich es eventuell erweitern, vervollständigen? Das heißt nicht immer, dass ich dazu selbst die Voraussetzungen schaffen muss, sondern ich sollte die Überlegung anstellen: Wer könnte in diesem Sinne Kooperationspartner für mich sein, damit für beide Seiten auf der einen Seite eine Vervollständigung, auf der anderen Seite auch eine höhere Attraktivität des Leistungsangebots zum Tragen kommt?

Wendte: Reichen die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen aus, um die medizinische Versorgung der Heimbewohner sicherzustellen, oder brauchen wir hierfür wieder ein Modell wie einen Heimarzt?

Saborowski: Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind doch sehr allgemein gehalten. Das, denke ich, ist auch eher ein Thema, was Frau Meinicke beantworten könnte, weil das aus meiner Sicht eher etwas mit Residenzpflicht, Zulassungsthema und so weiter von den Ärzten zu tun hat. Da muss ich ehrlich sagen, da bin ich jetzt in dem Falle, als Jurist jedenfalls, überfragt. Das würde ich dann an Sie weitergeben.

Ich würde es jedenfalls begrüßen, wenn es die Möglichkeit gäbe, es zu tun.

Reiners: Das sind sicherlich sehr viele für den Außenstehenden und auch für Fachleute oft nicht verständliche standespolitische Regeln. Ich meine, die KV, da kann Frau Meinicke auch etwas dazu sagen, hat jetzt gerade ein neues Sicherstellungsstatut verabschiedet, was einige dieser Dinge relativiert. Aber es gibt eben solche wie: „Man darf Patienten nicht von sich aus aufsuchen“. Ich glaube schon, deswegen braucht man nicht gleich einen Heimarzt oder einen festen Vertragsarzt für das Heim. Das könnte auf regionaler Ebene auch anders geregelt werden. Aber es gibt da ganz bestimmte Hindernisse, die standespolitisch definiert sind. Wir haben das gerade in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe noch einmal besprochen. Wir werden sicherlich einiges deregulieren und lockern müssen, sodass dort auch andere Wege möglich sind. Ich glaube, bei den meisten KVen rennt man da, wenn schon nicht offene Türen, so doch zumindest angelehnte Türen ein, weil das also auch für sie oft sehr, sehr lästig ist, und in der Praxis passiert das ja auch häufig so. Da wird aufsuchende Betreuung gemacht, was eigentlich standesrechtlich verboten ist. Aber rein praktisch geht es ja gar nicht anders. Wenn schon einmal ein Arzt in einem Heim ist und da Patienten betreut: Was spricht dagegen, dass er auch einmal kurz woanders vorbeischaud? Denn das, was die Kassenärzte von den Krankenkassen für die Wegegeder und so weiter bekommen, ist einfach nicht Kosten deckend. Das ist einfach so. Trotz gewisser Verbesserungen, die jetzt auch vertraglich vereinbart worden sind.

Frau Meinicke: Ich muss vielleicht auch noch kurz etwas zu den unterversorgten Gebieten oder zu den Gebieten, die von Unterversorgung bedroht sind, sagen. Da haben wir im letzten Jahr ein Sicherstellungsstatut verabschiedet. Wir waren auch eine der ersten KVen, die das gemacht hat, wo die Vertragsärzteschaft sich schon Dinge überlegt hat, um solchen Situationen vorzubeugen. Wir haben zum Beispiel die Möglichkeit der Eigeneinrichtung geschaffen. Wir haben die Möglichkeit geschaffen, dass Ärzte in unterversorgten Gebieten angestellt werden können oder arbeiten sollen mit einer Umsatzgarantie. Da gibt es jetzt auch, ich glaube, zwei oder drei, die schon so tätig sind. Sie bekommen ein gewisses Honorarvolumen garantiert, egal, wieviel sie dann tatsächlich erbringen. Dort sind dann auch, um dieses überhaupt zu erreichen, Kooperationen mit den Kommunen eingegangen worden. Das ist jeweils ein recht komplexes Geschehen. Es ist nicht ganz so einfach. Aber wir sind dabei.

Wie Herr Reiners gesagt hatte: Wir können jetzt niemanden verpflichten, in einem Heim tätig zu werden. Es ist natürlich so: Wenn der Arzt dort niedergelassen ist, ist er auch verpflichtet, Hausbesuche durchzuführen. Wir haben auch mitunter die Probleme, auf Grund der viel zu vielen Arbeit, die sowieso da ist, dann noch die Besuchstätigkeit in dem gewünschten Umfang durchzuführen. Die Ärzte müssen diese ja auch nach Notwendigkeiten durchführen und nicht nach Wunsch. Da gibt es immer Reibungspunkte.

Seminar

Seminar

Saborowski: Ich habe doch noch eine kleine Anmerkung. Mir fällt dazu nur eine Anekdote aus der Uckermark ein, wo ich hörte, dass ein Dorf ein Haus gebaut hat mit einer Wohnung und Praxisräumen darin und das dann einem Arzt überlassen hat, damit man dort einen Arzt ansiedelt. Ich sage einmal an die Betreiber der größeren Pflegeeinrichtungen, wenn das auch zum Thema Vernetzung und Kooperation gehört: Für ein paar Praxisräume in Ihren Einrichtungen haben Sie immer Platz. Wir reden ja nicht hier von Spezialisten, die dort irgendwo hineinsollen. Das muss machbar sein. Mich würde wirklich noch einmal sehr interessieren, in wieweit es da Beschränkungen seitens der KV gibt, dass sich Ärzte direkt im Pflegeheim niederlassen.

Frau Meinicke: Bei den zulassungsrechtlichen Bestimmungen wüsste ich jetzt nicht, dass es da Beschränkungen gibt. Da müsste ich mich erkundigen. Tut mir leid.

Saborowski: Dann ist ja nun der Weg zum Heimarzt nicht weit. Das ist dann nur eine Frage der Steuerung.

Reiners: Sie sehen, dass sich mittlerweile ja viele alte Polikliniken Ärztehäuser nennen. Wo die sich jeweils ansiedeln, ist relativ egal. Das liegt in der Autonomie des einzelnen Arztes. Die Schwierigkeit besteht im Moment darin, für die vorhandenen Arztpraxen Nachfolger zu finden im Moment. Das wird das wachsende Problem sein, dass Arztpraxen im Prinzip da sind, aber es keine geeigneten Leute gibt, die diese Arztpraxen übernehmen wollen. Das ist das Problem.

Da gibt es jetzt die neuen Möglichkeiten, die die KV selber eröffnet: Praxen zu kaufen und dort angestellte Ärzte erst einmal schnuppern zu lassen. „Ist das überhaupt etwas für mich?“ Dass die dann sagen, „o.k., Du machst das einmal drei Jahre. Dafür kriegst Du dann ein, sagen wir einmal, garantiertes Einkommen“, ob man das jetzt Gehalt nennt, ist egal, „und nach drei oder vier Jahren kannst Du Dir überlegen, ob Du die Praxis übernimmst oder etwas anderes machst“.

Aber das hat an und für sich mit Ihren Problemen nur indirekt zu tun, weil es eben immer schwieriger wird, auf dem Land überhaupt noch einen Hausarzt zu finden, der die Versorgung übernimmt. Das ist ein Problem, was Sie genauso betrifft wie den Rest der Bevölkerung. An Räumen mangelt es bestimmt nicht. Das Problem kann man so auf den Punkt bringen: Ärzte, die in Berlin vielleicht 30.000, 40.000 Euro mit Praxisvertretungen und dergleichen verdienen, die könnten das Doppelte nach Abzug der Praxiskosten auf dem Lande verdienen, bleiben aber lieber in Berlin. Wir haben eher ein anderes Problem: Die Arbeit auch attraktiver zu machen. Das geht im Prinzip, glaube ich, wirklich nur durch eine stärkere Arbeitsteilung unter den Ärzten, indem also auch die ganzen Wochenend-Notdienste anders organisiert werden. Es ist eben nicht sehr angenehm, in einem Dorf zu sein und dann rund um die Uhr im Prinzip für die Patienten da zu sein. Vor allen Dingen jüngere Ärzte machen das nicht mehr mit. Die sagen, „ich mag meinen Beruf, aber mein Leben hat auch noch etwas anderes. Es gibt auch noch etwas neben meinem Beruf“. Das ist so eine Schwierigkeit neben ganz bestimmten Honorierungsproblemen, wie eben zum Beispiel bei den Hausbesuchen. Die werden einfach nicht kostendeckend von den Krankenkassen vergütet, und dann gibt es Quersubventionierungen innerhalb der ärztlichen Honorare, damit man da auf irgendetwas kommt. Sehr rational ist das System nicht.

Dr. Wollenberg: Übrigens ist das Problem der Hausbesuche unter anderem der Grund, warum der eigentlich eingeladene Vertreter der Ärzteschaft heute nicht hier sein kann. Der Dienstag ist der Tag, wo er seine Hausbesuche durchführt, und es war ihm nicht mehr möglich,

eine Vertretung zu organisieren. Er sah auch keine Möglichkeit, selbst diese Termine zu verschieben, weil in seiner Praxis – es ist eine Gemeinschaftspraxis, die durch zwei Ärzte betrieben wird – nun auch noch der andere Arzt ausgefallen ist, sodass es für ihn auch noch den völligen Sprechstundenausfall bedeutet hätte. Das unterstreicht die Situation, vor der viele Ärzte stehen.

Ich denke, wir haben heute hier eine ganze Menge gehört. In erster Linie, so scheint es, Probleme, die einer Lösung harren. Aber hier sind auch Ansätze aufgezeigt worden. Hier sind Möglichkeiten aufgezeigt worden, die weiteres Nachdenken erfordern, die aber vor allen Dingen auch gegebenenfalls Handeln erfordern. Manches muss sicher getestet werden, muss geprüft werden, in wieweit es schon umsetzbar ist. Verbündete müssen gefunden werden. Man muss gemeinsam agieren. Dafür wünsche ich allen viel Erfolg und, dass es gelingen möge nicht nur zum eigenen Nutzen, sondern zum Nutzen derer, für die wir ja alle unsere Dienstleistungen erbringen, hier etwas zu bewirken.

Ich wünsche Ihnen noch einen schönen guten Abend.

Seminar



Kooperation und Vernetzung - die Quadratur des Kreises ... ?!

Pflegeausbildung im Umbruch - erste Erfahrungen mit der integrierten Pflegeausbildung/Modellprojekt an der Medizinischen Schule Uckermark

**Monika Zingelmann,
Leiterin der Medizinischen Schule Uckermark**

Aufgrund eines technischen Problems bei der Aufzeichnung des Beitrags können wir Ihnen nur den zweiten Teil der Ausführungen Frau Zingelmanns dokumentieren, der sich mit den praktischen Aspekten der Ausbildung befasst.

Wir bitten um Ihr Verständnis!

Redaktion

... Und wenn Sie sich nur einmal die erste Spalte, also die erste Woche, ansehen: Hier geht es also um die Altenpflege.

In der Krankenpflege lautet also das Thema nicht „Altern als Prozess“, sondern „Gesundheit und Krankheit als Prozess“. Auch wieder die Lernfeldzuordnung. Die Lerninhalte, Lernsituationen, ein völlig anderer Charakter. Der saluto-genetische Ansatz wird deutlich. Soweit zu den Besonderheiten der schulischen Ausbildung.

Was hat sich nun geändert in der praktischen Ausbildung?

Praxisanleitung bedeutet heute nicht mehr, einen Kopf mit Wissen zu füllen. Praxisanleitung bedeutet also, aus den Anforderungen, die das Klientel der Pflegebedürftigen hergibt, Situationen zu fokussieren und daraus Lerninhalte zu bestimmen. Der Anteil der praktischen Ausbildung dominiert, und wir sind im Modellversuch – das wird auch auf die Erstausbildung in der jetzigen Form bezogen – gesetzesgetreu vorgegangen. Das heißt, alle Modellprojektteilnehmer haben einen Ausbildungsträger, mit dem sie einen Ausbildungsvertrag, wie es Paragraph 4 und 13 des Altenpflegegesetzes vorschreiben, abgeschlossen. Die Krankenpflege steht da etwas außen vor. Da gibt es diese Festlegungen aus dem Umschulungsbereich noch nicht.

Die Verantwortung des Ausbildungsträgers ist enorm gewachsen, wenn man einen Vergleich zur bisherigen Ausbildung in der Altenpflege zieht. Der Ausbildungsträger hat im Rahmen seiner Verantwortung den Vorteil, und das ist auch gut so, dass er die Masse an praktischer Ausbildung selbst mit dem Schüler gestaltet. Das Altenpflegegesetz schreibt für die Altenpflegeausbildung in der Praxis eigentlich nur zwingend zwei Praktikumsbereiche vor. Einmal den stationären und einmal den ambulanten Bereich.

Wir haben uns mit unseren Ausbildungseinrichtungen aber dahin gehend einigen können, und das ist auch in den Kooperationsverträgen so fixiert, dass wir im Grunde genommen dem Altenpfleger eine breite-

re Ausbildungspalette ermöglichen wollen. Ganz besonders auch unter dem Gesichtspunkt, dass ja die Konfrontation in den ambulanten Einrichtungen mit demenziell veränderten alten Menschen beziehungsweise mit alten kranken Menschen immer mehr an Umfang zunimmt. Aus diesem Grunde haben wir die Stundenverteilung wie folgt vorgenommen: 1.500 beim Träger der Ausbildung, 500 im jeweils anderen Bereich, also entweder Heim oder Ambulanz, 240 Stunden, also sechs Wochen, in einem Krankenhaus und letztendlich 320 Stunden im Bereich der Gerontopsychiatrie, also ein achtwöchiges Praktikum.

Eine weitere Veränderung im Bereich der Ausbildung besteht darin, dass die Rolle des Praxisanleiters eine völlig andere wird. Das Altenpflegegesetz schreibt vor, dass die Ausbildungseinrichtungen Praxisanleiter vorhalten müssen, die bestimmte Anforderungen erfüllen müssen. Praxisanleitung heißt nicht mehr vorzeigen und Wissen einhämmern. Ich sagte es bereits anfangs. Praxisanleitung bedeutet immer Planen der Tätigkeit, und das ist eigentlich die gegenwärtig schwierigste Aufgabe für unsere Praxisanleiter: Mit den entsprechenden Bereichen Lernangebote erstellen. Planen des Einsatzes bedeutet Durchführen der Tätigkeit, der gesamte kommunikative Bereich, aber auch die Einführung und die Begleitung in neue Handlungssituationen. Und letztendlich der dritte Handlungsbereich ist das Evaluieren der Tätigkeit, hier besonders als Schwerpunkt die ständige Reflexion, aber auch die Beurteilung und natürlich auch die Mitwirkung an Lernzielkontrollen, Leistungsüberprüfungen und auch an der staatlichen Prüfung. Zu diesem Zweck muss der Praxisanleiter auch eine entsprechende berufspädagogische Fortbildung aufweisen, um zu diesem Geschehen befähigt zu werden.

Die wohl anspruchsvollste Aufgabe besteht darin, dass die praktische Ausbildungseinrichtung aus dem Rahmenplan, aus dem Curriculum für die praktische Ausbildung Ausbildungspläne ableiten muss. Auch das schreibt das Altenpflegegesetz zwingend vor. Das Krankenpflegegesetz nicht. Im Modellversuch gehen wir aber diesen gleichen Weg.

Ausbildungspläne beinhalten Ausbildungsaufgaben und Ausbildungsaufgaben beschreiben, was mit welcher Methode in welcher Zeit erreicht werden muss. Sie sind also im Grunde genommen Auflistungen von Lerninhalten und Lernschritten, und diese Ausbildungsaufgaben beziehen sich immer auf umfassende Arbeitszusammenhänge. Die direkte Anleitung des Praxisanleiters ist unbedingt notwendig und diese Ausbildungspläne Wirklichkeit werden zu lassen, erfordert einfach, genau wie von den Theorielehrern, auch von den Praxisanleitern eine große methodische Vielfalt. Sie bedeutet natürlich auch, dass unseren Praxisanleitern, die finanziellen Zwänge in den Einrichtungen kennen wir alle, aber auf alle Fälle Freiräume gegeben werden müssen.

Im gestrigen und heutigen Workshop ging es auch um das Erstellen von Ausbildungsplänen, und es war so richtig herzerfrischend von einem Heimleiter zu hören, mit welchem Engagement eine Einrichtung sich dieser Sache annimmt. Wenn es nur möglich ist, den Praxisanleiter zwei Stunden pro Tag aus dem Pflegeprozess herauszunehmen und ihm diese Zeit für die Gestaltung der praktischen Ausbildung einzuräumen, dann sind wir schon eine ganze Ecke weiter. Denn letztendlich zahlt sich diese zunächst einmal notwendige ganz konkrete, sehr zeitintensive Anleitung aus, indem die Auszubildenden immer mehr selbstständig in der Lage sind, zu arbeiten, im reinsten Sinne des Wortes, und dadurch Leistungen erbringen wie andere Mitarbeiter auch.

Das war im Grunde genommen zunächst einmal ein Überblick über das, was wir an unserer Schule veranstalten. Ich würde dann zu den Problemen kommen wollen und zu den Ergebnissen: Wo stehen wir jetzt?

Seminar (2. Tag)

Seminar (2. Tag)

Wenn wir uns noch einmal ansehen: Ausbildungsbeginn war der 4. August 2003. Dann liegt ein recht gutes Ausbildungsjahr hinter uns. 50 Umschüler, 25 in der Altenpflege, 25 in der Gesundheits- und Krankenpflege, das war fast eine zufällige Entscheidung, wobei nur in einem Falle ein leichter Zwang durch die Agentur für Arbeit ausgeübt werden musste, weil keine Klasse mit 26 und 24 entstehen sollte.

Wie sieht es heute aus? In der Altenpflege haben wir noch 21 Umschüler, in der Gesundheits- und Krankenpflege 22 Umschüler. Das heißt also, einige haben die Ausbildung beendet. Nicht nur unsere schulinterne Evaluation, sondern auch die Evaluation des BIBB haben ergeben, dass wirklich rein persönliche Gründe wie Schwangerschaft, Erkrankung, Wegzug mit der Familie die Gründe für die Beendigung der Umschulung waren. Diese Aussagen gehen auch hervor aus einem ersten Zwischenbericht des BIBB an unser Ministerium, in dem weiterhin aufgelistet wird, welche Reserven in der Ausbildung bestehen.

Wir sehen hier noch einmal einen Überblick über die Art und Weise der wissenschaftlichen Begleitung, wann und in welcher Form. Ich möchte noch einmal auf die Evaluation im Bereich der Praxis eingehen.

Diese Praxisevaluationen verdeutlichen noch einmal ganz besonders, dass nicht nur wir als Lehrer unwahrscheinlich stark gefordert sind, sondern dass unsere Praxis eigentlich noch stärker gefordert ist. Sehr häufig geht es eigentlich nur um Begrifflichkeiten. Der Praxisanleiter übergibt eine Arbeitsaufgabe. Die ist völlig o.k., hat aber noch nicht die berufspädagogische Qualifizierung einer Ausbildungsaufgabe, also ein Problem, welches das BIBB sieht, was wir aber durchaus denken, in den Griff zu bekommen.

Wir als Lehrer haben uns nicht leicht getan, und ich muss auch sagen, wir tun uns heute noch nicht leicht. Wir fühlen uns streckenweise doch stark überfordert. Unser Modellversuchskonzept mit der Formulierung von Lernsituationen ist mit das schwierigste und anstrengendste, und vor allen Dingen auch zeitaufwendigste. Es weicht eigentlich von Betrachtungsweisen des Lernfeldkonzeptes, was viele andere Institute vertreten, doch ziemlich ab. In der Regel geht man davon aus, dass pro Jahr zwei bis drei Lernsituationen als Höhepunkte der Ausbildung gestaltet werden im Sinne einer Insellösung, und alles andere rankt sich herum. Unser Modellprojekt geht aber ganz stark und eindeutig nur ums Umsetzen von Lernsituationen. Da ist bei der Mehrzahl der Kollegen wirklich die Schmerzgrenze streckenweise erreicht.

Eine weitere Variante ist, dass also eine ganze Reihe von Kollegen die Gestaltung des Lernfeldkonzeptes und den Lernsituationsbezug einfach von der berufspädagogischen Befähigung noch nicht als wirklich hilfreich erkennen. Ich denke aber, das ist auch ein Langzeitprozess, in den wir hineinwachsen müssen, denn von heute auf morgen innerhalb dieser kurzen Zeit völlig aus dem Kopf zu verdrängen, „ich darf nicht mehr Anatomielehrer sein, dem es darauf ankommt, wirklich bis ins Detail den letzten Piepel eines Organs zu vermitteln, sondern kann nur noch in komplexen Geschehen denken“, ist natürlich nicht ganz einfach und braucht seine Zeit.

Ich will auch nicht verschweigen, dass wir trotz allem Arrangement uns auch relativ schwer tun bei der Umsetzung einzelner Unterrichtsmethoden. Ganz besonders bei den Rollenspielen. Wir kommen alle aus der Pflege, sind alle lange Jahre als Krankenschwestern tätig gewesen, haben im Sinne unserer Begleitung der Praxis auch einen ganz, ganz engen Bezug zur Praxis und sehen demzufolge die Realität, sodass wir nach wie vor auch immer noch ganz verstärkt im Hinterkopf haben: Der Schüler muss arbeitsfähig sein in den Einrichtungen. Auf der gleichen

Ebene bewegen sich unsere Praxisanleiter, aber gemeinsam sind wir optimistisch, und mich hat eigentlich gestern abend auch wieder bestärkt, als eine Pflegedienstleitung aus einer beteiligten Einrichtung zu mir sagte: „Lassen Sie, Frau Zingelmann, das kriegen wir hin!“ Wenn man also diese Hilfe im Hinterkopf hat, dann werden wir sicherlich mit kleinen Schritten, aber doch als Vorlauf auch erfolgreich wirksam werden können.

Hinsichtlich der praktischen Ausbildungsstätten arbeiten wir sehr differenziert an der Erstellung der Praxis der Ausbildungspläne, und hier will ich eigentlich auch noch einmal alle Vertreter, die aus den Praxiseinrichtungen hier daran teilnehmen, ermuntern: Sie kommen nicht um den Ausbildungsplan herum. Fordern Sie von Ihrer Schule im Rahmen der Gesamtverantwortung Begleitung und Beratung ein. Es ist etwas Berufspädagogisches, was Sie schlicht und einfach nicht leisten können, und ich weiß, dass alle Fachseminare auch dazu die große Bereitschaft zeigen. Und: Liebe Praxisanleiter, versuchen Sie, Ihre Leitungen zu Ihren Partnern zu machen, denn alleine kämpfen Sie gegen Windmühlen.

Die Vorbereitung der einzelnen Unterrichtsphasen ist dahin gehend sehr zeitaufwendig, weil das Curriculum ja immer noch in der Erarbeitung ist. Die Lernsituationen gehen von Bonn nach Prenzlau, von Prenzlau nach Bonn, und oftmals gibt es eben auch begriffliche Sprachprobleme, wo wir erst alle auf einen Nenner kommen müssen. Da sind wir aber schon ganz schön weit vorangekommen.

Beispielsweise kultursensible Pflege. Kultursensible Pflege bedeutete für uns als Praktiker: Jeder Patient, jeder alte Mensch muss kultursensibel gepflegt werden. Aus Sicht des BIBB heißt oder hieß aber kultursensible Pflege Fremde pflegen. Solche Varianten erschweren natürlich die Ausbildung unwahrscheinlich.

Das größte Problem, denke ich einmal, ist aber die Schulorganisation. Die Umsetzung eines solchen Lernfeldkonzeptes funktioniert sicherlich super, wenn man an der Schule eine Klasse oder einen Kurs zu betreuen und gleichzeitig fünf Lehrer hat, die jederzeit „Gewehr bei Fuß“ stehen, wenn einer ausfällt. So aber ist es ein ständiges Puzzlespiel, und das Ergebnis ist eben durch die Auflösung des Fächerkonzeptes, dass also eben einmal 28 Stunden am Stück in der Woche anfallen für einen Kollegen. Letztendlich können sich Klasse und Lehrer schon nicht mehr sehen. Da müssen wir einfach noch neue Lösungsvarianten finden.

Das Leistungsvermögen unserer Umschüler ist sehr differenziert. Wir beobachten, dass seltsamerweise – das hatten wir eigentlich noch nie – die Altenpflege ein höheres Leistungsniveau zeigt als die Krankenpflege, was sich sowohl im Bereich von Noten ausdrückt als auch in der Aktivität am Unterricht, in der Motivation und in ähnlichen Bereichen.

Und letztendlich: Bisheriges Denken in Fächerstrukturen ist vorbei. Das heißt für uns alle, und nicht nur im Modellversuch, umdenken in Lernfeldern. Das ist ein langer Prozess. Wir alle, die am Modellversuch beteiligt sind, sind optimistisch, dass es etwas Gutes wird, dass wir eine ordentliche Ausbildungsgrundlage „Integrierte Ausbildung“ am Ende der drei Jahre vorlegen können und halten uns eigentlich aufrecht daran: „Was wir nicht können, das wird uns vergeben. Was wir aber nicht wollen, nimmermehr“. Das hat einmal ein kluger Mann gesagt, und ich denke einmal, er hatte Recht.

Danke schön.

Seminar (2. Tag)

Seminar (2. Tag)

Fragen

Dr. Wollenberg: Vielen Dank Frau Zingelmann. Ich glaube, wir haben alle mit großer Spannung Ihre Ausführungen verfolgt und mit großem Interesse die Inhalte, die Gestaltung dieses Modellprojekts wahrgenommen. Ich muss für mich persönlich gestehen, ich hatte eigentlich eine ganz andere Vorstellung von der Zielstellung. Deswegen habe ich natürlich auch einige Nachfragen, aber ich könnte mir vorstellen, auch im Auditorium gibt es Fragen, gibt es Anmerkungen.

Ich will zunächst beginnen mit meiner Fehlvorstellung. Ich war bisher davon ausgegangen, so war das zumindest bei mir angekommen, Ziel dieses Modellprojektes sei es im Sinne der Integrierten Ausbildung, dass wir am Ende sozusagen mit der Berufszertifizierung den Krankenpfleger und Altenpfleger in einer Person haben. Das ist ja, wie wir vernommen haben, offensichtlich nicht der Fall, aber die Darstellung der Lernfelder, der Lernsituationen hat gezeigt, dass es viel Gemeinsames gibt und auch inhaltlich darauf ausgerichtet ist. Meine Frage wäre zunächst also: Am Ende der Ausbildung stehen ja wieder beruflich zertifiziert der Altenpfleger und der Krankenpfleger. Was ist das Neue bei denen, gegenüber denen, die die ganz klassische Ausbildung durchlaufen?

Frau Zingelmann: Zunächst einmal zu Ihrer ersten Frage, warum die Zielstellung anders ist. Es gibt eine bundesweite Diskussion, die ja im Grunde genommen in fünf Jahren erproben lassen soll, in welche Richtung die Ausbildung in den Pflegeberufen geht. Wollen wir irgendwann einmal in der Bundesrepublik die sogenannte generalisierte Ausbildung, also die Pflegefachkraft für alles? Oder wollen wir diese integrative berufsspezifische? Das Neue mit dem Berufsabschluss Altenpfleger/Krankenpfleger durch diese Integrations- und Differenzierungsphasen so, wie wir sie gestalten, besteht also darin, dass der dann fertige Altenpfleger 2006 weitaus mehr medizinisches Wissen hat als der Altenpfleger 2005, der seinen Abschluss macht, und dass die Krankenschwester weitaus mehr sozial-pflegerische Kenntnisse hat und dass die Zusammenarbeit in den Einrichtungen eine weitaus bessere ist.

Fragestellerin: Als Sie Ihr Modell erläutert hatten, da war für mich die Frage: Wenn Sie in diesen Feldern unterrichten, kommt da nicht das Fachwissen zu kurz? Vor allen Dingen, als Sie gesagt haben, einen Dozenten oder einen Lehrer sehen die 28 Stunden und dann nicht mehr. Die Abstimmung muss auf jeden Fall passieren: Wo sollen die sich denn in der Praxis bewähren, wenn ihnen das Fundament fehlt? Da habe ich so meine Probleme.

Frau Zingelmann: Ja, da haben nicht nur Sie Ihre Probleme, sondern das ist eigentlich auch das, was ich versucht habe, herüberzubringen, dass der Anatomielehrer zum Beispiel im Grunde genommen befürchtet: Sind nun die anatomischen oder die pflegerischen oder die psychologischen Kenntnisse am Ende vorhanden? Aber wir wissen es noch nicht. Wir können es bloß hoffen und uns miteinander wünschen und alles dafür tun. Bloß, Fakt ist eben nun einmal, dass die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und auch das Gesetz und eben ganz besonders dieses Lernfeldkonzept von der Anlage exemplarisch auszubilden hat, eben diese Variante des selbst organisierten Lernens. Das heißt, das Anzünden einer Flamme, sagt man so schön beim Lernfeldkonzept. Exemplarische Situationen zu schaffen und zu versuchen, die soweit als möglich mit wirklichem Fachwissen, was in der Praxis gebraucht wird, zu unterlegen. Das Andere, das muss die Praxis im Sinne des eigenständigen Bildungsauftrages realisieren. Wir können es einfach nicht mehr beim Lernfeldkonzept als Schulen.

Fragestellerin: Also damit habe ich ein großes Problem. Wenn Sie sagen, mit diesem Anzünden, wenn das nur ein Strohhalm ist, dann

brennt es nicht mehr lange. Da muss ein bisschen festes Holz darunter liegen. Das meine ich mit dem Fundament. Sonst haben wir das Gleiche, wie wir das mit der Schulausbildung erleben mit Schülern. Wenn wir das weiter auch in der Praxis so machen, dann habe ich ein Problem damit. Ich finde die Idee, bei Altenpflegern und Krankenschwestern diese unterschiedlichen Schwerpunkte zu verbinden, super. Aber das Andere ist ein Problem. Und wenn Sie dann sagen, der Praxisanleiter soll täglich zwei Stunden anleiten. Das finde ich ein Unding. Das Spezielle vielleicht zwei Stunden in der Woche und das dann in der Praxis weiterführen, das geht. Aber so, das können Sie nicht erwarten, denn Sie müssen in der Schule die Basis legen mit dem Fachwissen. Da, denke ich, da müssen wir, die Praktiker, auch intervenieren.

Frau Zingelmann: Intervenieren Sie! Zunächst einmal möchte ich noch einmal außer Kraft setzen: Es ist beim Lernfeldkonzept nicht so, dass das Wissen in der Regel zu kurz kommt. Es werden schon Grundlagen fachlicher Art gelegt, aber eben schlicht und einfach in einer völlig anderen Form. Ich verstehe Ihre Bedenken voll und ganz, ich habe es ja auch mehrmals gesagt, wir haben sie ja auch im Hinterkopf, aber wir wissen doch erst am Ende, was letztendlich dabei herauskommt. Sie sind gefordert als Praxiseinrichtung. Als Träger haben Sie die Verantwortung, und wenn ich gesagt habe zwei Stunden pro Woche, dann ist das eine Wunschvorstellung. Sicherlich habe ich mich nicht deutlich genug ausgedrückt. Ich weiß um die Realität in der Praxis. Das sollte einfach ein Appell und eine Bitte an einzelne Einrichtungen sein, darüber nachzudenken, wie wir die Rolle des Praxisanleiters stärken können. Denn Ihre Mitverantwortung für die Ausbildung, das wäscht Ihnen kein Regen ab. Das ist einfach etwas, was wir beim jetzigen Stand so akzeptieren müssen.

Fragestellerin: Ich wollte einfach noch einmal sagen, wir haben uns da überhaupt nicht missverstanden. Wir haben unsere Verantwortung und, dass die Praxisanleiter auch ausgebildet sein müssen, das ist völlig klar, und auch mit den differenzierten Zielen, die dort in der Praxis erbracht werden müssen, gehe ich völlig konform. Ich bin selbst in der Leitung tätig und habe die Personalentwicklung als oberste Priorität mit gezielter Weiterbildung, mit gezielten Analysen, mit Mitarbeiterentwicklung: total richtig. Aber ich weiß nicht, ob ich Sie vorhin richtig verstanden habe. Sie hatten gesagt „tägliche“ und ich habe gesagt, täglich ist das unmöglich. Das kann nicht unsere Aufgabe sein. Die Schule hat das Fundament im Fachwissen zu bringen, und wir wollen wirkungsorientiert, praxisbezogen und arbeitszeitbezogen, wie Sie das auch gesagt haben, umsetzen. Nicht, dass Sie mit einem Haufen Fachwissen kommen und die wissen überhaupt nicht, wo das hingehört. Das will ich einfach mal so sagen. So habe ich es verstanden und so sage ich das auch mit meinen eigenen Worten. Da wollen wir uns überhaupt nicht herauswinden. Aber die Basis, die muss einfach geschaffen werden. In diesen Schulen müssen Sie sich schon klar werden, wer so etwas vermittelt, was vermittelt werden muss und welches Basiswissen da sein muss.

Frau Zingelmann: Ja, es kann doch gar kein Diskussionspunkt zwischen uns sein, dass die Schule immer das fachliche Fundament legen wird. Wenn Sie aber diesen dualen Charakter von der formalen Art, den wir nun einfach mal auf Grund unserer Ausbildungsgesetze haben, früher oder später anwenden müssen, dann muss die Stellung des Praxisanleiters eine andere sein. Und die kann nur sein, wenn ihm genügend Freiraum gegeben wird. Ich will das noch einmal deutlich machen: Wir haben ja auch einige Praxiseinrichtungen, die am Modellversuch beteiligt sind, mit hier vor Ort, die vielleicht ja auch einmal ihre Erfahrungen berichten können. Wenn wir nach den Vorstellungen der Berufspädagogik gehen würden, dann müsste der Praxisanleiter völlig frei sein

Seminar (2. Tag)

Seminar (2. Tag)

von der pflegerischen Tätigkeit. Ich weiß, dass das eine Wunschvorstellung ist, aber es nützt uns ja auch nichts, wenn wir nicht darüber reden. Wir wissen aber alle, dass das nicht so ist. Also müssen wir im Grunde genommen Kompromisslösungen finden.

Aber ich muss das noch einmal betonen: Umsetzung des Lernfeldkonzeptes bedeutet schlicht und einfach, die Praxis ist nicht mehr Anwendung dessen, was in der Theorie vermittelt wurde. Die Abarbeitung des Praxisauftrages, den die Schüler mitkriegen, das gibt es nicht mehr. Sie bestimmen, was gelernt wird.

Dr. Wollenberg: Danke schön. Ich denke, die Differenziertheit in den Positionen, wie sie eben ankamen, ist gar nicht so groß, wie das im ersten Moment erscheinen mag, sondern es geht ja wirklich darum: Wir wollen am Ende gut ausgebildete Kranken- beziehungsweise Altenpfleger haben, die arbeitsfeldbezogen auch sofort einsatzfähig sind. Dass darauf genau das hier praktizierte und vorgestellte Modellprojekt hinführt, das, denke ich, ist ja sichtbar geworden. Die Lernfeldbezogenheit ist ja eben auch darauf ausgerichtet, ob im theoretischen Teil oder dann letztendlich auch im praktischen Teil in der Einrichtung, so praxisnahe unter Nutzung und Weiterentwicklung theoretisch angeeigneter Erkenntnisse arbeiten zu können. Dass alles Neue natürlich auch immer Schwierigkeiten bereitet und das ja auch für jeden bedeutet, sich umzustellen, die Erfahrung hat ja mehr oder weniger jeder schon einmal im Leben gemacht.

Lassen Sie mich hier mit Theodor Fontane sprechen: „Für alles Alte, was gut ist, soll ich recht eigentlich eintreten, aber für das Neue soll ich eigentlich kämpfen“. In diesem Sinne, denke ich, ist ja hier auch ein Schritt gelegt, ein erster Baustein geschaffen worden, wo wir gerade ein Drittel der Etappe hinter uns haben, wo es also gilt, weiter zu schauen, wie sich das Ganze entwickelt. Am Ende – und die wissenschaftliche Begleitung dieses Projektes bestätigt das ja auch – steht natürlich eine Auswertung. Dann geht es darum, entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen. Ich denke auch, es ist erst einmal gut, dass im Land Brandenburg mit Unterstützung des Ministeriums hier die Voraussetzungen und die Möglichkeiten geschaffen wurden, dieses Modellprojekt zu starten.

Eine Frage habe ich noch, Frau Zingelmann. Wie kommt das Ganze eigentlich bei den Schülern selbst an?

Frau Zingelmann: Langsam, aber sicher gewöhnen sie sich daran. Sie haben zu Beginn im Grunde genommen die gleichen Probleme gehabt wie wir. Wo schreibe ich was hin? Wo hefte ich was ab? In den völlig unterschiedlichen Varianten. Die Befragungsergebnisse, sowohl in Interviewform als auch durch schriftliche Befragung, verdeutlichen ganz einfach, dass sie schrittweise mit diesen neuen Lernformen immer besser zu Rande kommen. Sie bringen ganz besonders zum Ausdruck, dass sie in den praktischen Ausbildungseinrichtungen, in denen sie tätig sind, viel intensivere Kontakte zu den praxisverantwortlichen Mitarbeitern haben, dass sich die praxisverantwortlichen Mitarbeiter unwahrscheinlich um sie bemühen, dass sie auch neue Varianten, wie Lerninseln, eine bessere Beratung in der Praxis erleben, dass sie doch schon viele Erfolgserlebnisse auch im Sinne des komplexen Herangehens haben. Sie fühlen sich auch bestätigt in ihrer Persönlichkeitsentwicklung, ganz besonders, wenn ein Projekt erfolgreich verlaufen ist, wie beispielsweise jetzt unlängst „Rehabilitation beim Schlaganfallpatienten“. Das war eine theoretische und praktische Lernsituation. Wenn eben Beschäftigungsmaterialien entstehen, die auch andere Einrichtungen mit nutzen. ...

Kooperation und Vernetzung - die Quadratur des Kreises ... ?!

Zukunftsmodelle in der Pflege

**Otto Melchert,
Generalbevollmächtigter der Region Nordost
der Sana-Kliniken GmbH, Lübeck**



... Zu meiner Person etwas gesagt: Ich habe nicht mehr so lange bis zum Ruhestand. Ich hoffe aber, dass ich das noch gut schaffe in diesen unruhigen Zeiten, wo wir nicht wissen, wohin die Reise geht. Das wird auch mein Schlussappell nachher an Sie sein. Ich komme ursprünglich aus der Kommunalverwaltung. Dort bin ich bis 1990 tätig gewesen in verschiedenen Funktionen, unter anderem als Verwaltungsdirektor in Krankenhäusern und auch zuständig als Heimleiter für drei Alteinrichtungen mit angeschlossenen Altenwohnungen. Auch, und da sitzt die Verbindung zu Ihnen, bin ich in den letzten Jahren, bevor ich dann zum privaten Träger gegangen bin, als Sozialdezernent verantwortlich gewesen für die Sozialplanung in diesem Landkreis in Niedersachsen, der südlich von Hamburg liegt, wo ich auch noch wohne. Ich pendele immer ein und aus und bin, wie ich dann so schön sage – das hat sich jetzt etwas gebessert – Mitglied einer vaterlosen Familie, weil ich dann ab und an mal am Freitag wieder einfliege und Sonntag abend oder am Montag wieder abfliege. Das verursacht immer viel Unruhe, aber die Kinder sind dabei groß geworden. ...

Ja, meine Damen und Herren, das kurz zu meiner Person. Seit 1990 bin ich bei den Sana-Kliniken, dort in verschiedenen Funktionen tätig gewesen, von kleinen Häusern, 125 Betten in Hamburg, bis zu einem großen Klinikum in Stuttgart, wo wir auch viele Fragen der Überleitung miteinander diskutiert hatten. Wir hatten dort auch eine eigene Pflegeeinrichtung mit 2.500 Betten. Also die Facetten medizinischer und pflegerischer Versorgung habe ich kennen gelernt. Ein Beispiel werde ich Ihnen noch zeigen aus der Zeit, als ich in Rendsburg-Eckernförde war, wo wir ein Konzept entwickelt hatten für die gerontopsychiatrische Versorgung, wo wir mit niedergelassenen Ärzten, mit Wohlfahrtseinrichtungen zusammen eine neue Struktur aufbauen wollten.

Meine Damen und Herren, Zukunftsmodelle für die Pflege. Erlauben Sie mir, und das ist eigentlich der Ausgangspunkt, dieses darzustellen aus der Sicht der Kliniken, aber auch Ihnen darzustellen: Was bedeutet für uns Integrierte Versorgung? Was sind Integrationsoptionen, die sich aus Sicht der Kliniken ergeben, welche Wünsche haben wir an unsere Partner und wie gehen wir auch in diesem Feld um?

Hier sehen Sie eine Darstellung: Was sind die Wege in die Integration? Wir in den Kliniken schlagen uns heute damit herum, dass wir die sogenannten Fallpauschalen, die DRG, umsetzen müssen. Wir sitzen da wie das Kaninchen vor der Schlange und sagen: Wie können wir das überhaupt schaffen? Alle

GMG, der Weg in die integrierte Versorgung



- | | |
|--|--------------------|
| • Hausarztzentrierte Versorgung | § 73b SGB V |
| • Integrierte Versorgung | § 140 SGB V |
| • Disease-Management-Programme (DMP) | § 137 SGB V |
| • Medizinische Versorgungszentren | § 95 SGB V |
| • Stationersetzende Leistungen,
ambulante Operationen | § 115 b SGB V |
| • Unterversorgung | § 116 a SGB V |
| • Hochspezialisierte Leistungen | § 116 b SGB V |
| • Modellvorhaben | §§ 63 bis 65 SGB V |

Seminar (2. Tag)

konzentrieren sich darauf. Aber wir müssen feststellen, dass dieses nicht der einzige Faktor ist, der die Strukturen im Gesundheitswesen verändern wird, sondern es gibt im GMG, das ja zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, andere Einflussfaktoren, die nachhaltig wirken werden auf das System. Wir spüren es auch schon. Die Konsequenzen werden nachher noch einmal zusammengefasst.

Einmal die hausarztzentrierte Versorgung als neues Modell. Wir merken, dass gerade in Zusammenhang mit Integrationsmodellen die Krankenkassen dieses Modell präferieren und dort hingehen, obwohl wir feststellen, dass es in der Praxis den Erfolg, den man dort sehen will, nicht so bringt.

Integrierte Versorgung nach Paragraph 140 a bis d: Man muss sehen, wie sich das entwickeln wird. Darauf werde ich aber eingehen.

Disease Management-Programme: Dabei muss man beachten, das Disease Management-Programme nicht originär das Ziel haben, die Verbesserung der Situation chronisch Erkrankter herbeizuführen, sondern sie sind ein Instrument der Ertragsausgleiche zwischen den Krankenkassen, nämlich Risikostrukturausgleich. Das heißt, wer hier nicht mitmacht, wird verlieren. Das ist der Treiber in dem System.

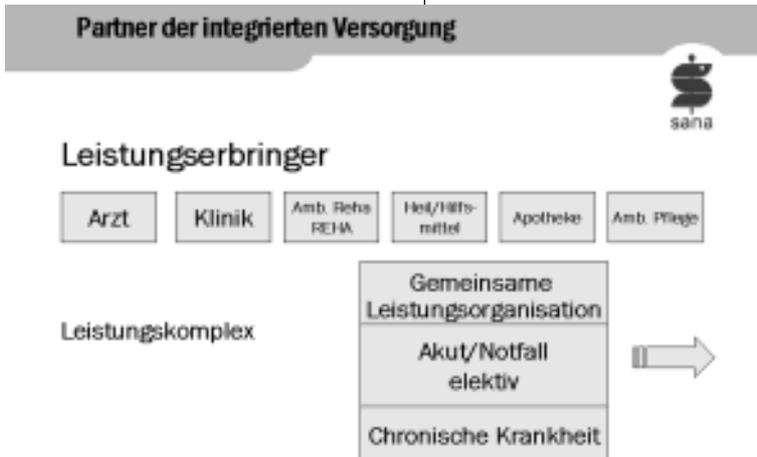
Dann die stationersetzenden Maßnahmen. Das steht nicht im GMG, es ist nur noch einmal genannt. „Stationersetzende Maßnahmen“ heißt, dass wir nach dem Paragraphen 115 b SGB V einen Katalog haben von Leistungen, die primär ambulant erbracht werden sollen. Das bedeutet, dass wir heute etwa 20 bis 30 Prozent von Leistungen in den Kliniken noch stationär erbringen, die in Zukunft nur noch ambulant erbracht werden können. Das hat ganz gravierende Auswirkungen auf die Kliniken. Die Kliniken müssen sich nämlich Gedanken darüber machen: Wollen sie diese Leistungen noch machen und wie wollen sie dann in dem Umfeld auch die Versorgung für diese Patienten sicherstellen? Da ist dann auch die erste Schnittstelle zur Pflege.

Dann der Bereich der Unterversorgung. Ich habe gerade heute morgen in Lübben dieses Thema diskutiert mit dem ärztlichen Direktor für die Pädiatrie. Wie wird die morgen sein, wenn wir überall zu wenig Kinder haben und die Pädiatrien nicht mehr laufen können? Können wir hier als Krankenhaus einsteigen? Wollen wir uns hier beteiligen im ambulanten Versorgungsbereich?

Dann haben wir das System der hochspezialisierten Leistungen, wo die Kliniken einspringen können, und, was immer noch gilt im Bereich der neuen Strukturen, dass Modellvorhaben nach den SGB V-Paragraphen 63 bis 65 möglich sind. Sie haben die größten Optionen, wenn man sie einsetzt. Wir haben solche Modellvorhaben, als Integrierte Versorgung,

weil sie nicht abhängig sind von der Einschreibung des Patienten. Das ist ein ganz wichtiger Punkt in dem System der Integrierten Versorgung.

Ich will Ihnen einmal aufzeigen, was Integrierte Versorgung aus unserer Sicht bedeutet. Hier sehen Sie, hier sind alle die Leistungserbringer. Die ganze Palette der Leistungserbringer, die wir heute in der medizinischen pflegerischen Versorgung haben, müssen zusammenarbeiten, gemeinsam eine Organisation aufbauen, um einen Leistungskomplex entsprechend darzustellen und die Leistung gemeinsam zu erbringen. Das ist



ein ganz wichtiger Punkt. Zentraler Bereich sind dabei die chronischen Erkrankungen, DMP-Programme, daneben aber auch andere Leistungen, die akut, Notfall sind oder, was wir gerade bei Integrierter Versorgung feststellen, elektive Leistungen im Bereich der Kardiologie/Herzchirurgie oder elektive Leistungen im Bereich der Orthopädie, das heißt der Endoprothetik.

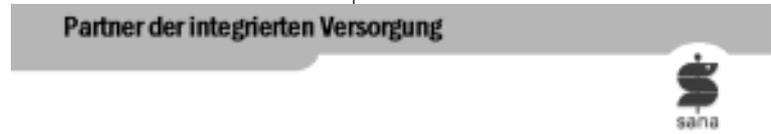
Das waren die Leistungserbringer. Das sind die Partner, mit denen wir das vereinbaren müssen, mit den Krankenkassen. Im Gegensatz zur Vergangenheit, wo alle das gemeinsam mit uns vereinbart haben und es einheitlich sein sollte, kann jetzt jede Krankenkasse für sich das vereinbaren. Das heißt also, jede Krankenkasse hat ihre eigene Marktstrategie, hier heranzugehen und zu sagen: Ich will ein solches Modell entwickeln. Das hat ganz große Bedeutung, weil die einzelnen Modelle unterschiedlich sind. Das heißt also, ein Patient oder ein Versicherter kann in verschiedenen Modellen sein. Im Diabetesmodell, in dem Modell und so weiter. Und überall hat er „eine Gesundheitskarte“, wenn sie nicht alles zusammenfasst eines Tages.

Dann haben wir als Partner den Versicherten, denn er muss sich einschreiben. Der kann eintreten und austreten in dem System. Das ist sehr schwierig. Und er kann auch fremdgehen. Das muss man auch sehen. Und zwar kann er deshalb fremdgehen, weil er sagt, „mir gefällt das nicht mehr, ich möchte die Versorgung nicht mehr von einem Arzt einer solchen Integrierten Versorgung bekommen, sondern ich nehme einen anderen“.

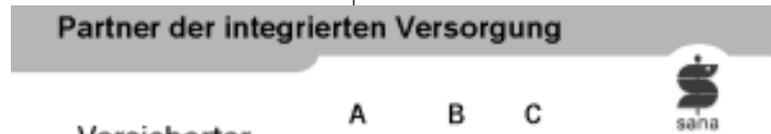
Dann stellt sich die Frage: Wer finanziert das? Denn die Integrierte Versorgung wird von der Kasse komplex, nämlich in der Gesamtheit, finanziert. Das bedeutet, dass die Leistungsträger der Integrierten Versorgung diesen Leistungserbringer finanzieren müssen und nicht mehr die herkömmliche Finanzierung gilt. Dieses alles ist abhängig von der einzelnen Genese, das heißt also, von der einzelnen Indikation und der Erkrankung des Patienten. Das heißt also, beim Diabetes ist das anders, als wenn es ein orthopädisches Leiden ist oder wenn ich jetzt jemanden habe, der mit angiologischen Erkrankungen zu tun hat. Das heißt also, ich habe ganz unterschiedliche Zugänge zu solchen Systemen.

Im Ergebnis bedeutet das aber: Wir haben auf der einen Seite Leistungserbringer. Die können sich alle einig sein und sagen, „wir machen so einen Leistungskomplex“. Wir haben Krankenkassen, die nicht alle mitmachen müssen. Das sind schon weniger. Wir haben Versicherte, die nicht alle mitmachen müssen. Wir haben Indikationen, die nicht alle greifen, und wir haben den Eingang ins

Seminar (2. Tag)



Krankenkassen



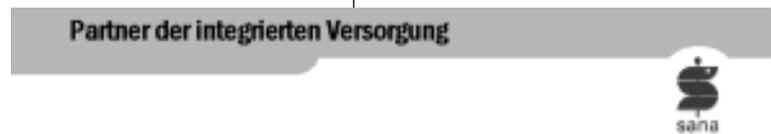
Versicherter



Indikation/
Facharzt



Genese

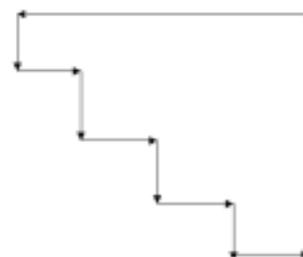


Leistungserbringer

Krankenkassen

Versicherte

- Indikation
- Genese



Seminar (2. Tag)

System, der auch nicht in jedem Fall gewährleistet ist. Am Ende gibt es nur einen kleinen gemeinsamen Nenner.

Zum Beispiel in der Kardiologie sagen uns die Krankenkassen, wir haben 170.000 Patienten in Sachsen, die kardiologisch betreut werden müssen. Dann sagt man: Das ist ein Markt. Aber wie komme ich dahin, dass diese Patienten oder Versicherten in das System hineingehen. Das heißt also, wir haben nur einen kleinen gemeinsamen Nenner.

Gesetzliche Ziele



• Neuer Sektor

- > Anschubfinanzierung
- > Regelversorgung
- > Durch Krankenhaus und Vertragsärzte gespeist

Dafür hat der Gesetzgeber gesagt: „Ich schaffe, weil bisher die Parteien sich nicht einig geworden sind, einen neuen Finanzierungstopf, nämlich eine Anschubfinanzierung, indem ich einen neuen entsprechenden Sektor schaffe mit der entsprechenden Ausstattung durch Anschubmittel“. Diese Anschubmittel sollen in einen Bereich hinein, der in Zukunft im Gegensatz zu dem, was wir bisher haben, eine Regelversorgung

sein soll. Bisher war es optional. Das heißt, wenn ich in die Integrierte Versorgung gehe, ist das die Sicherstellung der Versorgung für diesen Patienten. Dieser Topf wird heute, und das merken wir zunehmend, gespeist von den Krankenhäusern und von den Vertragsärzten. Das heißt, über die KVen wird ein entsprechender Anteil in den Topf gezahlt. Das ist dann wiederum abhängig von den Mitteln, die reingehen. Das heißt, es werden nur dann die Rechnungen gekürzt, wenn die Leistungen für eine Integrierte Versorgung vereinbart sind.

Ausgangbedingungen



• Krankenkassen

- > Rechnungsabzug nur bei vereinbarter Integration
- > Rechnungsabzug bis zu 1%
 - Tatsächliche Kosten
- > Rückzahlungsverpflichtung
- > Regionalprinzip
 - KV-Bezirk

Wir sehen, jetzt kommen zunehmend die ersten Verträge, und die Krankenkassen kündigen uns an, dass sie kürzen. Wir zahlen in den Topf, der etwa 700 Millionen ausmachen soll, zwei Drittel als Kliniken. Die niedergelassenen Ärzte ein Drittel. Das ist eine Besonderheit.

Der Rechnungsabzug erfolgt von jeder Rechnung bis zu einem Prozent. Allerdings haben die Krankenkassen die Möglichkeit, über diesen Bereich hinauszugehen und Integrierte Modelle zu schaffen, die mehr als den

Aufwand auf diese Summe, insgesamt gesehen, von einem Prozent bundesweit ausmachen. Das heißt, sie haben eine Chance, das entsprechend zu verändern.

Das Problem in dem System ist: Es läuft schwerlich an und es kommt hinzu, dass es eine Rückzahlungsverpflichtung gibt, wenn der Abzug nicht gerechtfertigt war in der Höhe, weil der Aufwand in der Integrierten Versorgung niedriger war. Also, es sollen die entsprechenden Kosten wieder ausgeglichen werden, und das nach einem Zeitraum, der nach 2006 liegt. Also drei Jahre sammeln wir ein, bewahren wir jede Rechnung auf, und anschließend sagen wir, auf jede einzelne Rechnung zahlen wir dann 0,05 Prozent wieder zurück. Wer das administrieren will, weiß ich noch nicht. Aber ich glaube, man wird das irgendwann einmal in Bausch und Bogen erledigen und sagen: „Das war mal ein Abzug. Das habt Ihr so hinnehmen müssen“.

Wie sind die Anschubfinanzierungen in dem Bereich? Sie sehen ein Krankenhaus, und das ist der Topf, der gebildet wird. Dieser Topf wird gebildet in jedem KV-Bezirk. Das ist ein ganz entscheidender Punkt. Es ist nicht so, dass wir einen bundeseinheitlichen Topf für die Anschubfinanzierung haben. Wir haben einen Topf, der genau den KV-Bezirken

zugeordnet ist. Wenn wir einen KV-Bezirk Brandenburg haben, dann ist dies der Topf, in dem das drin steht, aus dem die Mittel kommen. Und wir haben natürlich noch zwei weitere. Die können rundherum sein. Wenn Sie in Cottbus sitzen, dann müssen Sie eventuell damit rechnen, dass Sie Patienten aus Sachsen haben - anderer KV-Bezirk. Dann müssten Sie damit rechnen, dass Sie Patienten aus Sachsen-Anhalt haben, nach Leipzig rüber. Also ist es so, dass Sie drei verschiedene KV-Bezirke haben, und Sie, als derjenige, der die Leistung erbringt, der Sie dann eine eventuell ein Kürzung der Rechnung hinnehmen müssen, müssen prüfen: Ist das gerechtfertigt? Wenn Sie dann das Geld haben wollen, dann müssen Sie an diesen Topf in dem KV-Bezirk heran. Der ist der Topf, der dann entsprechend die Mittel bereitstellt. Alle Kassen versuchen das eben.

Was heißt das in den Ausgangsbedingungen?

Bei der kassenärztlichen Versorgung ist es so: Da wird jedes Jahr eine Gesamtvergütung für die Kasse AOK vereinbart im KV-Bezirk. Da wird eine Gesamtvergütung für die Barmer Ersatzkasse vereinbart. Da wird eben eine Vergütungskürzung von bis zu einem Prozent vorgenommen, aber diese Leistungen fallen dann auch, wenn sie in der Integrierten Versorgung enthalten sind, aus der Leistungsverpflichtung der KV heraus. Das bedeutet, dass die Vergütung der Leistungen, die im KV-Bereich bleibt, steigt, und die Ärzte haben als niedergelassene Ärzte die Chance, das zusätzlich zu erbringen.

Bei den Krankenhäusern ist es so: Wenn sie Integrierte Versorgung machen, dann müssen sie diese Leistungen zusätzlich machen. Das darf keine Substitution bisher erbrachter Leistungen sein. Das ist das große Problem, das die Krankenhäuser haben. Wenn Sie jetzt hineingehen, und Sie sagen, „ich möchte jetzt in der kardiologischen Versorgung hier ein Integrationsmodell machen“, dann verhandeln Sie erst einmal über das Add-On, also zusätzliche Leistungen. Aber es kann ja sein, wenn Sie 150 Patienten haben von einer Kasse X, dass die 150 sich einschreiben. Dann sind Sie genau in Ihrem gesicherten Budget, und da entstehen die Probleme in dem System. Deshalb sind die Krankenhäuser sehr, sehr vorsichtig, da reinzugehen. Sie müssen sich nach unten hin absichern. Bei den Krankenhäusern immer zusätzliche Leistungen. Das heißt, wir verlieren ein Prozent, müssen dann zusätzlich Leistungen erbringen und müssen sehen, wie wir es dort entsprechend darstellen können, zu reduzierten Preisen selbstverständlich. Denn zusätzliche Leistungen, die erbracht werden, sind immer mit der Erwartung der Krankenkassen verbunden, dass es darauf Rabatte gibt. Das ist ganz klar. 100 Prozent für das Alte und für das Neue, was zusätzlich kommt, 75 Prozent. Das macht ja vielleicht auch betriebswirtschaftlich Sinn, denn man sagt: Ich habe die Fixkosten sowieso, also oben drauf. Aber was beginnt dort, und das ist ein ganz wichtiger Faktor? Der Wettbewerb zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Wenn ich 50 mehr mache, muss der andere 50 weniger machen. Denn wir können ja nicht den Patienten mit einem Lasso auf der Straße einfangen. Die Option haben wir nicht.

Dr. Wollenberg hat gesagt, ich komme von der Küste. Ich komme auch echt von der Küste. Mein Elternhaus steht direkt am Deich der Elbe.

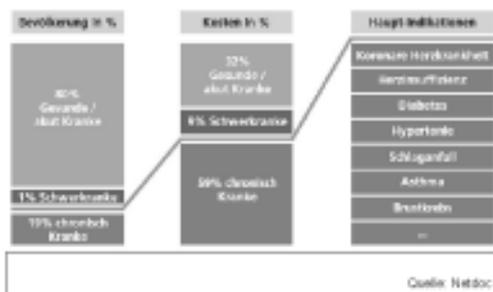


Seminar (2. Tag)

400, 500 Meter breit ist sie dort. Da gab es einen Begriff bei der Seefahrt: Wenn man nicht genug Seeleute hatte, dann hat man die Mannschaft zusammengestellt, indem man die Seeleute, die draußen in den Hafenkneipen waren, etwas mit Alkohol abgefüllt hat. Dann wurden sie erst einmal an Bord gebracht, zum Schlafen, und zwischenzeitlich war das Schiff dann ausgelaufen. Das war dann schon draußen. Das nannte man „shanghaien“. Also es heißt, es wurde jemand „shanghai“t. Wenn Sie einmal „Dick und Doof“ gesehen haben, da hat man das dann mit der Bratpfanne gemacht. Da wurden sie erst einmal bewusstlos gemacht, und dann wurden die auch an Bord gebracht. Also in dem Film gibt es auch etwas dazu.

Disease-Management-Programme (DMP)

- Integrierte Versorgung für chronisch Kranke, evidenzbasiert
- Einkaufsmodell: Krankheitsbild spezifische Vereinbarung mit Krankenkassen



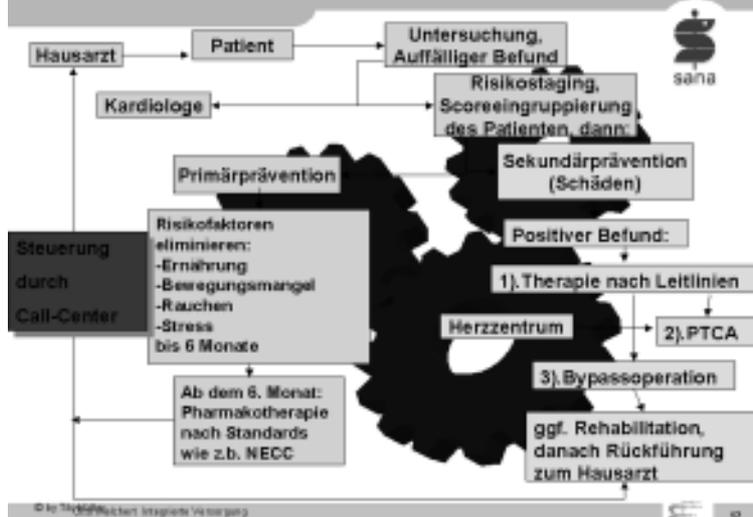
Jetzt ist die Bedeutung einmal aufzuzeigen, wenn ich konsequent Integrierte Versorgung mache, nämlich, wenn ich sage, ich will ein neues Modell, und ich sehe das Disease-Management als ein Teil der Integrierten Versorgung. Es ist eine Untermenge der Integrierten Versorgung. Die Integrierte Versorgung ist weiter zu fassen.

Wenn Sie hier raufschauen, sehen Sie, wenn wir das auf die chronischen Krankheiten abstellen, dass von der Bevölkerung 19 Prozent chronisch krank sind. Für die werden aber, und das ist ein ganz wichtiger Punkt, 59 Prozent aller Gesundheitsleistungen erbracht. Das heißt also, die Mehrzahl der Leistungen, die in der Versorgung erbracht werden, sind für chronisch Kranke. Das sind die Hauptindikationen, die ich Ihnen dann entsprechend rechts gezeigt habe.

Das heißt also, wenn die alle in den Fokus kommen, werden sehr viele Leistungen in dieses Modell hineingehen. Und das Disease-Management, das heißt der Kostenaspekt, das heißt Verschiebung und Verlagerung von Einnahmen der Krankenkassen von einer zur anderen, spielt dabei eine ganz entscheidende Rolle. Denn jedes Disease-Management-Programm, das die Kasse macht und groß anlegt, macht sie zu Lasten der anderen Mitbewerber. Das brauchen sie nicht zu bezahlen. Sie können das im Risiko-Struktur-Ausgleich abziehen. Das heißt, das haben sie letztlich, wenn sie es gut machen, zum Nulltarif.

Und jetzt einmal ein Disease-Management aufgezeigt, damit Sie sehen, welche Konsequenzen das hat. Das hat auch Konsequenzen in der Zusammenarbeit mit allen anderen Bereichen. Das ist aus der Kardiologie. Es ist mit einem Kardiologen aus Dresden zusammen entwickelt worden, wo ich auch ein Jahr lang Geschäftsführer des Herzzentrums war.

Behandlungsprozess im Disease-Management



Es geht ein Patient zu seinem Hausarzt, und der Hausarzt stellt fest: Der hat einen auffälligen Befund. Der sagt also: „Da bin ich überfordert. Gehen Sie einmal zum Kardiologen“. Der macht ein Risikostaging und sagt: „Also bei Dir, Patient, muss einiges getan werden. Wir möchten nämlich Primärprävention mit Dir machen.“

Es geht ein Patient zu seinem Hausarzt, und der Hausarzt stellt fest: Der hat einen auffälligen Befund. Der sagt also: „Da bin ich überfordert. Gehen Sie einmal zum Kardiologen“. Der macht ein Risikostaging und sagt: „Also bei Dir, Patient, muss einiges getan werden. Wir möchten nämlich Primärprävention mit Dir machen.“

Die Primärprävention sieht so aus: Risikofaktoren eliminieren. Das machen übrigens ganz exzellent die Holländer. Die sagen nicht immer gleich: Erst einmal in die große Pillenkiste greifen. Sondern sie fragen: Was hast Du getan für Deine Gesundheit?

Dazu gehört einmal, die Ernährung umzustellen. Da empfehle ich dann immer Rotwein und Olivenöl, also mediterrane Kost.

Bewegungsmangel ausgleichen. Das heißt, wenn Sie in Ihrer Einrichtung sind: „Bitte nehmen Sie die Treppen und nicht den Fahrstuhl“. Das ist auch eine wichtige Sache.

Rauchen tun wir sowieso nicht mehr. Eichel lässt grüßen dabei.

Und den Stress abbauen. Das heißt also, nicht mehr im Gesundheits- und Sozialsystem tätig sein. Dann haben Sie eine entsprechende Entlastung. Das ist dann ganz einfach.

Wenn Sie das gemacht haben, könnte es ja schon funktionieren. Das heißt, Sie sind wieder fit und Sie können wieder zu Ihrem Hausarzt gehen. Es ist alles in Ordnung.

Aber wenn es nicht so ganz klappt, dann werden die entsprechenden Statine eingesetzt. Das heißt, wir machen jetzt Pharmakotherapie nach sechs Monaten, NECC. Das ist eine Leitlinie, die aus Kalifornien kommt.

Das hat auch nicht funktioniert: Jetzt Sekundärprävention, weil Schäden da sind. Also geht der Patient mit einem positiven Befund zu einem Arzt. Der sagt: Therapie nach Leitlinien. Das kann sein im Herzzentrum, weil ich da ja herkomme, entweder eine PTCA, das heißt also, eine Dilatation, oder es kann eine Bypassoperation sein. Und wenn das alles so gut verlaufen ist, geht's anschließend in die Rehabilitation. In Zukunft müssen wir damit rechnen, und das kann auch wieder Pflegebedarf erzeugen, dass das mehr ambulant geschieht. Also überall sitzen sie schon in den Startlöchern, statt stationärer Reha ambulante Reha zu etablieren, und das in eine Integration hinein, denn es macht Sinn. Wir haben solche Modelle auch im Bereich der Endoprothetik.

Da sitzen dann an diesem roten Steuer im Call-Center die Krankenkassen und die sagen, wer da mitspielen darf. Nun ist das sehr schön so dargestellt. Aber in unserem System ist jeder ein eigenes Profitcenter, wenn ich das jetzt einmal betriebswirtschaftlich sagen kann. Profitcenter heißt, der Hausarzt muss für sich kämpfen, der Kardiologe muss für sich kämpfen, die Klinik muss für sich kämpfen, und in der Klinik kämpfen noch Kardiologe und Herzchirurg gegeneinander. Der eine sagt: „Bypass zu operieren ist besser“, und der Kardiologe sagt: „Nehmen wir einen sogenannten beschichteten Stent, und wenn wir davon drei implantieren, dann braucht der Patient nicht operiert zu werden“. Der Reha-Bereich ist auch ein eigener Topf. Die Krankenkasse möchte das alles steuern. Das bedeutet: Wenn die ersten das gut machen, das heißt also, wenn die Empfehlung von diesem Arzt zur Primärprävention – mehr Rotwein und mehr Olivenöl – funktioniert, dann sind die anderen eben arbeitslos. Das muss man letztlich sehen.

Das heißt, eine gute Prävention führt dazu, dass die anderen nichts zu tun haben, und das ist das große Problem. Das haben wir jetzt bei allen Schnittstellen in dem System. Wenn der eine es sehr, sehr gut macht, der andere nichts mehr zu tun hat: Welches Interesse sollte derjenige haben, der „hinten“ ist, das heißt also, der arbeitslos wird? Welches Interesse sollte der haben, dann mitzumachen in einer solchen Integration? Darüber muss man sich im Klaren sein. Das ist das Ziel von integrierter Versorgung. Schnittstellenabbau und Versorgung verbessern. Das heißt, weniger Leistungen zu erbringen. Welches Interesse sollte er haben, in dieser Integration mitzumachen?

Seminar (2. Tag)

Seminar (2. Tag)

In Kalifornien gibt es Modelle für Disease-Management im Bereich des Diabetes. Da geht der Direktor der Klinik durch seine Station und sagt, „Prima, heute alles wieder leer. Wunderbar. Klasse, wir haben eine gute Prävention gemacht, und das bedeutet, ich muss keine Krankenschwester beschäftigen, die einen Patienten in dieser Station versorgt“. Aber er profitiert davon. Er muss die Prävention auch bezahlen, und er profitiert davon, dass er diese Leistungen nicht erbringt. Das müssen wir im Kontext sehen. Das bedeutet, dass Integrierte Versorgung, wenn ich sie nur sektoral sehe, ein großes Problem für den einen oder den anderen ist.

Herr Dr. Wollenberg hat gesagt, ich darf ein bisschen länger sprechen. Also erzähle ich Ihnen das Beispiel mit der Kooperation, und das ist immer das Problem:

Ein Huhn und ein Schwein wollen zusammen eine Kooperation machen. Da sagt das Huhn dann zum Schwein, „lass uns mal eine Kooperation machen“. Dann sagt das Schwein: „Was wollen wir den machen?“ „Ja“, sagt das Huhn dazu, „wir machen Kotelett á la Meyer. Du das Kotelett, ich die Eier.“ Da sagt das Schwein, „dann muss ich ja sterben“. Dann sagt das Huhn: „Ja, bei der Kooperation bleibt immer einer auf der Strecke“.

Also, darauf müssen Sie achten. Deshalb habe ich dieses Modell einmal dargestellt.



SBG

Analyse des Potentials an Endoprothetischen Integrationsleistungen durch das Krankenhaus

Krankenkasse 1		Zahl der Leistungen	Anteil Krankenkasse	Potenzielle Patienten	Erwartete Patienten
Leistung					
Hüftprothese	1000	20%	70%	140	
Knieprothese	300	20%	70%	42	
Krankenkasse 2					
Hüftprothese	1000	40%	70%	280	
Knieprothese	300	40%	70%	84	

Hier sehen Sie, wie der Ansatz im Krankenhaus ist. Wie gehe ich hinein in das Geschäft? Hier sehen Sie, das Krankenhaus hat also etwa 1000 Hüft- oder 300 Knieprothesen und hat einen Anteil der Krankenkasse A mit 20 Prozent und der Krankenkasse B von 40 Prozent. Das bedeutet, dass also die Anzahl der Patienten relativ hoch ist. Die potenziellen Patienten, die sich einschreiben werden, sind 70 Prozent. Das bedeutet, dass hinten, erwartete Patienten, 140, 42 oder 280 sind. Das heißt, es ist ein relativ hoher Anteil für die einzelnen Krankenkassen. Da macht es Sinn, so etwas zu tun.



SBG

Analyse des Potentials an Endoprothetischen Integrationsleistungen durch die Krankenkassen

Krankenhaus 1		Zahl der Leistungen	Anteil Krankenkasse	Potenzielle Patienten	Erwartete Patienten
Leistung					
Hüftprothese	1000	7%	70%	49	
Knieprothese	300	7%	70%	15	
Krankenhaus 2					
Hüftprothese	500	5%	70%	18	
Knieprothese	30	5%	70%	1	
Krankenhaus 3					
Hüftprothese	200	6%	70%	11	
Knieprothese	10	6%	70%	0	

Anders ist es aber, wenn ich nur 10, 20 oder 50 Leistungen habe. Gerade hat das Deutsche Krankenhausinstitut eine Studie veröffentlicht, in der es darstellt: Wie wird es aussehen mit den Knieprothesen, wenn die Mindestleistung 50 heißt? Da haben sie festgestellt, dass 417 Kliniken in Deutschland keine Knieendoprothesen mehr machen dürfen. Das heißt also, es verändert den Markt.

Genauso ist es hier. Bei geringen Leistungen ist es nicht attraktiv, es so zu machen, da hinein zu gehen und dafür auch eine Struktur aufzubauen.

Umgekehrt ist es seitens der Krankenkassen so, wenn sie analysieren: Wer sind die Partner für so etwas, wenn sie das machen? Wenn sie hören Integrierte Versorgung, dann sagen sie, „Rückenschmerz nehmen wir, oder wir machen onkologische Versorgung

oder etwas ähnliches“. Sie müssen feststellen, dass die Krankenkassen genau dorthin schielen und einen Vertrag abschließen wollen, wo sie ein hohes Potenzial haben. Wenn eine Krankenkasse nur sieben Prozent oder fünf Prozent Marktanteil hat, das heißt Versicherte, von denen sie ihr Geld kriegen, von denen wir unser Geld kriegen, bedeutet es, dass die Zahl so gering ist, dass es für eine Krankenkasse nicht mehr attraktiv ist, mit jedem einzelnen von Ihnen, von uns in den Kliniken einen Vertrag zu schließen.

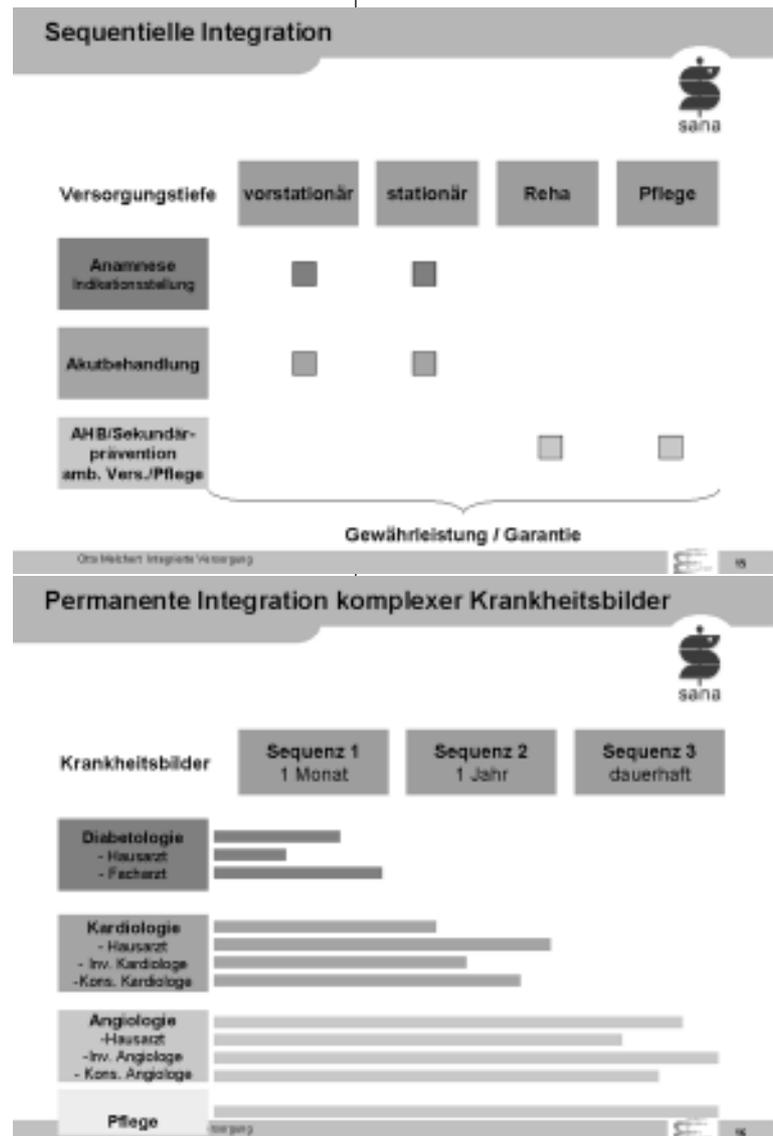
Die Konsequenz ist: Sie müssen bündeln und müssen es anbieten. Das heißt, Sie müssen sagen, „wir sind 60 Kliniken, wir sind 60 Anbieter und wir fassen das zusammen und bieten Euch 1000 Patienten oder 1000 Pflegebedürftige“. Nur so werden Sie von den Krankenkassen wahrgenommen.

Das ist übrigens ein Effekt wie die Umstrukturierung im Einzelhandel, wo ich auf Rügen den Tante-Emma-Laden 50 Meter vor meiner Haustür hatte, und heute haben wir Supermärkte, die immer größer werden, wo alles drin ist. Das heißt, wenn auf der einen Seite der Einkauf gebündelt wird, wird sich auf der anderen Seite der Verkauf auch bündeln. Das wird also Veränderungen in den Strukturen geben. Und da ist dieses alles ein Treiber in dem System.

Und jetzt müssen Sie sehen: Was heißt Integration? Das ist ein ganz schwieriger Faktor. Alle sprechen über Integration. Was meinen sie?

Und das ist das erste Beispiel, das ich bringe: eine sogenannte – Begriffsschöpfung von mir – sequentielle Integration. Das heißt, ich habe nur eine bestimmte Sequenz, in der ich heute zusammenarbeite. Hier sehen Sie die Versorgungstiefe: vorstationär, stationär, Reha, Pflege. Da habe ich eine Anamnese, die liegt in dem Bereich. Ich habe eine Akutbehandlung, und ich habe anschließend die entsprechende Nachversorgung, eventuell die Pflege dazu. Das ist sequentiell. Das ist etwas, was diejenigen, die es machen wollen, übersehen können. Das wichtigste ist dabei, dass die Gruppe, die Sie versorgen wollen, in Ihrer Kalkulation, wenn Sie jemandem einen Preis anbieten wollen, sehr homogen ist. Die Homogenität muss da sein. Das ist nur bei diesen Sequenzen der Fall. Das ist nicht der Fall, wenn es anders aussieht. Das heißt, das wird dann noch entsprechend unterstützt durch Gewährleistungen und Garantie. Das verlangen die Krankenkassen von uns. Also innerhalb von 10 Jahren immer gleich eine neue Hüfte zum Nulltarif. Dieses müssen Sie gewährleisten. Eine entsprechende Nachversorgung innerhalb von fünf Jahren, Schulung und soweit, soll in dem System mit drin sein. Das kann man übersehen. Deshalb sind Integrationsmodelle, die heute kommen, erst einmal rein sequentiell. Das haben Sie in der Kardiologie, das haben Sie in dem Bereich der Orthopädie, und das sind alte Modelle, die man vorher auch schon betrieben hat. Also man geht genau so hinein.

Seminar (2. Tag)

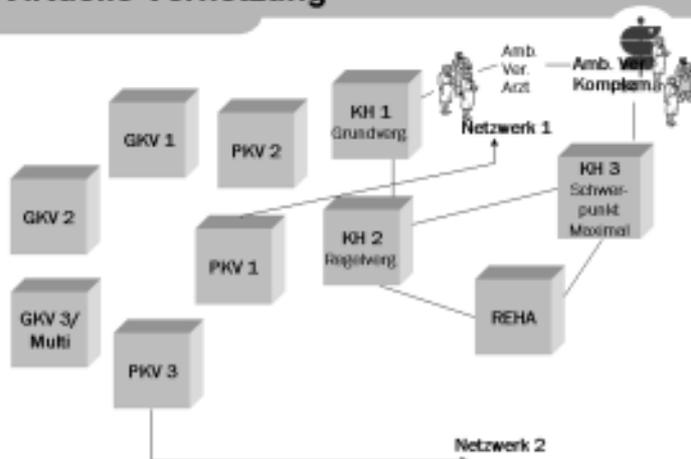


Seminar (2. Tag)

Dann kommt natürlich der komplexe Prozess, nämlich eine permanente Integration komplexer Krankheitsbilder, und das noch auf die einzelnen Sequenzen: Da ist ein Patient, der ist multimorbid. Der muss zum Diabetologen. Der hat auch etwas Kardiologisches, das liegt dicht beieinander. Der hat etwas angiologisch und hat auch noch einen Pflegebedarf. Das wird dann immer komplexer. Das ist sehr schwer, in eine Homogenität zu bringen, und deshalb haben die Krankenkassen auf der einen Seite noch nicht den Drive, da heranzugehen. Und wir als Leistungsanbieter, ich schließe Sie mit ein, können das noch nicht kalkulieren, weil wir gar nicht wissen, was am Ende herauskommt.

Die Kassen sagen: „Mach mal einen Preis, der preiswerter ist als das, was vorher war!“ Und wie schreibe ich es fest auf die Sequenz? Ich habe da geschrieben Sequenz, einen Monat, ein Jahr, dauerhaft. Wie mache ich das? Das ist dann der Ansatz, wie es zum Beispiel in Kalifornien oder anderswo ist. Da gibt es eben für eine Versorgung – und Sie werden in der Pflege ähnliches kriegen, wenn Sie nämlich das persönliche Budget haben nach SGB IX, wenn Sie dort reinkommen – ein Budget für die Versorgung eines Patienten, eines Versicherten, für ein Jahr. Capitation nennt man das. Damit müsst Ihr alles machen. Das erzeugt dann natürlich das Interesse, zu sagen: „Ich mache es vorne in der Prävention gut, damit ich hinten keine Kosten habe“. Das heißt beim Diabetiker, es nicht zu Amputationen des diabetischen Fußes kommen zu lassen. Diese Bilder greifen deshalb im Augenblick noch nicht, weil einfach das Interesse und auch die Handelbarkeit dieses ganzen Systems noch nicht vorhanden ist.

Virtuelle Vernetzung



Am Ende, und das ist unser Problem, das wir jetzt im Augenblick haben, weil wir eben noch nicht gebündelt haben, können Krankenkassen sich überlegen, wen sie hineinnehmen und wie sie die einzelnen Leistungserbringer miteinander vernetzen wollen. Hier kaufe ich ein bisschen ein bei einem Krankenhaus der Grundversorgung, da der Schwerpunktversorgung. Den ambulanten Dienst nehme ich mit hinein, die anderen nicht. Das darf ich ja mit entsprechenden Vertragslösungen. Ich nehme die Reha mit hinein, und andere sind dann ausgeschlossen in dem System. Das heißt also, wir kommen hier zu einer Vernetzung, die allerdings virtuell ist und die nicht in einem Prozess gemeinsam geplant ist.

Die Krankenkassen – ich habe da einmal eine Matrix gesehen von einem Vertreter der Krankenkassen. Der hat Folgendes gemacht. Er hat gesagt, „hier habe ich so eine Matrix und immer, wenn man über einen Scroll in die nächste Phase der Versorgung kommt, dann müsst Ihr mich fragen, und dann kann der Patient wieder verlegt werden“. Wissen Sie, das ist die Denkweise, die darin steckt. Es ist sehr schwierig, das miteinander zu vernetzen, wenn Sie dahinter einen komplexen Leistungsprozess legen wollen, den Sie auch steuern wollen, einschließlich Dokumentation und anderen Dingen. Das heißt Datenübermittlung.

Das bedeutet in Zukunft, und darauf müssen wir uns einstellen: Die alten Systeme sind „out“. Wir kommen zu einem Einkaufsmodell, im großen Stil. Wir gehen ab von dem bisherigen Budgetmodellsystem zum Vertragssystem, wo jemand sagt: „Ich verkaufe Dir eine Leistung für ein bestimmtes Volumen Geld“. Das wird sich verändern. Wir sind nicht

mehr dabei. Gerade für die Kliniken bedeutet es, dass wir sagen können, „ich habe einen Kontrahierungszwang. Du, Kasse, musst mir das geben, und dafür werde ich die Grundversorgung oder die Regelversorgung sicherstellen“. Das ist nicht mehr. Wir sind auf dem Weg zum Einkaufsmodell.

Mit einführen möchte ich die Medizinischen Versorgungszentren. Ich will es aber in Ihrem Kreis nicht so intensiv machen. Aber sie werden an Bedeutung gewinnen, weil die Krankenhäuser ein Interesse haben müssen, auch in dieses Feld einzusteigen. Das System ist ja nicht neu, denn das hatten wir alles schon einmal. Aber die Medizinischen Versorgungszentren müssen über verschiedene Regionen organisiert werden, denn sie sind immer abhängig von den einzelnen Versorgungsregionen. Das heißt, jeder Kassenarztsitz hat eine Versorgungsregion und in jedem Bereich müssen Sie ein entsprechendes Versorgungszentrum haben.

Dieses ist eine Option, mit der Sie integrieren können. „Das hatten wir einmal“, sage ich deshalb, weil wir ja die Polikliniken hatten. Das heißt, sie waren etwas anders strukturiert, aber der Weg dahin ist schwierig. Hier kann jetzt passieren, dass man neue Leistungspakete von ambulant bis entsprechend schnürt. Das kann für die Krankenhäuser auch interessant sein, wenn sie das ambulante Operieren ausbauen wollen, und dafür eine Nachsorge brauchen. Das heißt also, wenn sie in den Diensten eine Behandlungspflege mit einschließen wollten, ein solches Modell. Hier können die Krankenhäuser ihr Portfolio erweitern und können etwas tun. Aber sie brauchen Partner, um das darzustellen.

Wen müssen wir für dies alles gewinnen? Das ist gar nicht so einfach, wenn wir so etwas verändern. Das ist so: Sie sind der Externe. Wir müssen aber die Internen gewinnen. Wir müssen den internen Leistungserbringer dafür gewinnen, an solchen Dingen mitzumachen. Das ist sehr schwierig, denn es ist ein großer Prozess der Veränderung. Wir stellen in den Kliniken fest, dass ein Drittel der Betten abgebaut wird. Wir stellen aber auch fest, und das ist meine feste Überzeugung, dass 800 von 2.200 Kliniken verschwinden werden. Das wird eine ganz neue Struktur sein: Kliniken nicht gleich Standorte. Da wird es Regionalkliniken geben. Aber es werden Kliniken verschwinden. Also müssen wir interne Leistungserbringer davon überzeugen, dass eine solche Veränderung notwendig ist.

Und wir haben externe Leistungserbringer. Einmal haben wir hier die hausarztzentrierte Versorgung. Das heißt also, wir haben ein System, das eventuell auf uns eingreift und uns steuert. Wir haben ambulante Zentren, und die Hausärzte können sich zusammenfassen und können sagen, „ich arbeite nur mit einem Krankenhaus zusammen“. Das heißt, ich muss diese Hausärzte entsprechend mit überzeugen, und ich muss überlegen, wenn ich das im Krankenhaus machen will, Hausbesuche

Seminar (2. Tag)

Medizinische Versorgungszentren

```

graph TD
    A[Träger] --> B[Tochter]
    B --> C[MVZ]
    B --> D[MVZ]
    B --> E[MVZ]
          
```

Rechtsform frei
GKV-Leistungserbringer

Neue Rechtsperson
GKV-Leistungserbringer ?!
Standesrecht beachten

Kassenarztsitz
Versorgungsgebiet
Kassenarzt oder
angestellt. Arzt
Mitglied der KV

fachübergreifend
ärztlich geleitet

Ortsbezogen Integrierte Versorgung
E 19

Medizinische Versorgungszentren

- **Integration von Kassenärzten zur**
 - > Bildung von Leistungspaketen (Mammazentren)
 - > Kardiologische Versorgung
 - > Forensische Absicherung (amb. Operieren)
 - > interdisziplinär
- **Erweiterung des Portfolios**
- **Einstieg des Krankenhauses**
 - > gemeinsames Versorgungszentrum (Träger oder MVZ)
 - > Übernahme von Praxen
 - > Bewerbung um Kassenarztsitze

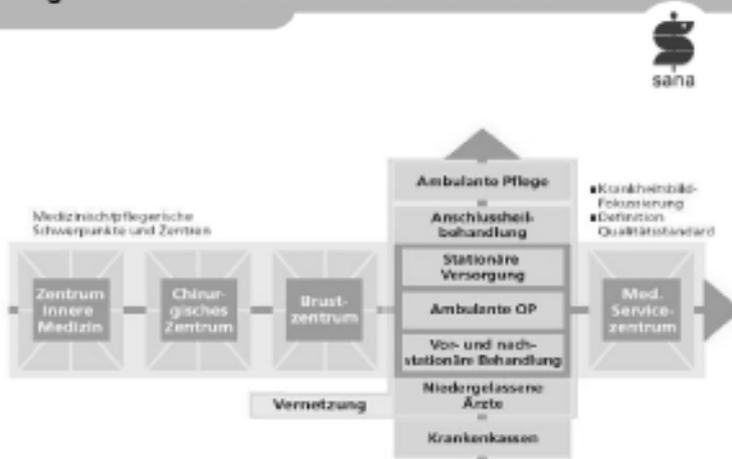
Ortsbezogen Integrierte Versorgung
E 21



Seminar (2. Tag)

zu machen. Will ich die Pflege übernehmen? Das heißt: „Pflege, wir übernehmen auch Hausbesuche.“

Organisationsstruktur des Krankenhauses



Hier haben die Krankenkassen hohe Gestaltungsmöglichkeit. Hier haben sie Möglichkeiten, etwas zu ändern. Aber, das ist die Besonderheit gegenüber der Integrierten Versorgung, wer sich bei dem Hausarztssystem einschreibt, muss ein Jahr bleiben. Der darf nicht sagen, „nächsten Monat ist das alles wieder vorbei“. Darauf müssen wir heute unsere Struktur in den Krankenhäusern verändern. Wir müssen also eine Organisationsstruktur schaffen, die intern große Zentren hat und auf der anderen Seite entsprechend vertikal eine Vernetzung zu allen anderen Bereichen herstellt. Das heißt, wir müssen die Versorgungsbereiche Pflege, Anschlussbehandlung schon mit einbeziehen, um klar nach dem Krankheitsbild solche Veränderungen durchzuführen.

Das klassische Krankenhaus mit Abteilungsstrukturen ist tot. Das wird es nicht mehr geben, sondern es wird neue interdisziplinäre Strukturen in den Kliniken geben, die dann auch die Vernetzung zu den anderen Einheiten sicherstellen.

Behandlungsprozess



Das bedeutet, wir haben Behandlungsprozesse in den Kliniken, und da beginnt also auch schon der Zugang zur Pflege. Das heißt, wenn ich einen Patienten aufnehme, muss ich schon entscheiden: Wie soll er nachträglich behandelt werden? Und ich kann ihn nicht aufnehmen, weil ich sage, im Krankenhaus wird immer stationär behandelt, sondern ich entscheide nach der Aufnahme, wie seine entsprechende Weiterbehandlung durchgeführt wird, entweder ambulant, teilstationär, stationär. Bei der stationären Versorgung muss ich schon beginnen mit der Nachsorge. Das heißt, ich plane schon am zweiten, dritten Tag, wohin der Patient nach fünf Tagen, nach sieben Tagen gehen wird, und dies eventuell mit Partnern aus dem Reha-Bereich, aus dem ambulanten Versorgungsbereich der Pflege.

Das muss ich machen. Wir nennen es dann – darauf komme ich noch einmal – Überleitungs-pflege, die eigentlich schon mit der Aufnahme für den Patienten beginnt. Das ist ein ganz anderer Behandlungsprozess, als wir ihn in der Vergangenheit hatten. Wir werden ganz neue Strukturen haben.

In den USA wird jeder Arzt von seinem Chefarzt schon am ersten Tag gefragt: „Wie lange soll der Patient bleiben?“ „Braucht er sieben Tage, braucht er neun Tage. Wie lange braucht da die Behandlung?“ Da sind wir noch nicht, weil wir einfach denken, der Patient hat Zeit. Aber das wird nicht mehr so sein. Wir werden den Behandlungsprozess hier in der Klinik entsprechend ändern müssen.

‘Im Krankenhaus’ bedeutet: Wir werden andere mit einbeziehen müssen, die mit uns zusammenarbeiten. Das heißt, wir haben Tageskliniken, wir haben Betten, wir haben Praxen und wir haben andere Partner, die mit uns schon in der Klinik entsprechend zusammenarbeiten.

Hier ein Beispiel, wie das sein kann. Das heißt also, ich habe ambulante Zentren. Von dortaus geht ein Patient in ein elektives Krankenhaus, hier gedacht an die Orthopädie. Dieses Krankenhaus unterhält auch ein ambulantes OP-Zentrum. Anschließend wird der Patient wieder in dem ambulanten Zentrum versorgt. Vor- und nachstationär, präoperativ wird er schon versorgt in diesem ambulanten Zentrum, und er erhält dort auch ambulante Reha und Pflege. Das heißt, Sie haben eine Vernetzung zwischen den einzelnen Bereichen in den Kliniken und in den ambulanten Vor- und Nachsorgebereichen.

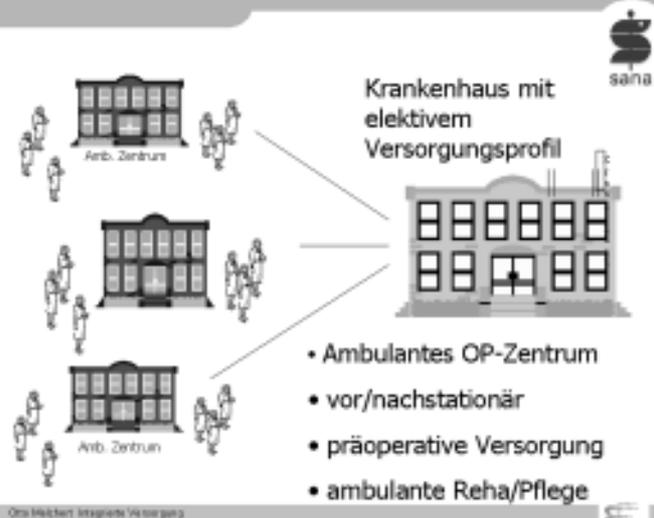
Die stationersetzenden Maßnahmen – ich hatte Ihnen das genannt: 15 bis 20 Prozent – werden uns erheblich belasten. Wir merken in vielen Kliniken, dass die Belegung in dem Bereich, nach Fallzahl, um 15 bis 20 Prozent zurückgeht. Das ist dramatisch, was sich dort entwickelt.

Wir müssen hier sehen: Mit wem arbeiten wir zusammen? Denn wenn wir jetzt in diesen Bereich einsteigen, sind wir plötzlich Konkurrent für den niedergelassenen Arzt. Mit dem müssen wir uns auseinandersetzen. Er ist auf der einen Seite unser Partner. Er ist aber Wettbewerber, und er steuert mit Blick auf das Hausarztmodell den Patienten zu uns in das Haus. Wenn wir dem sagen, „ich nehme Dir etwas weg“, dann sagt er: „Du bist nicht mehr mein Partner. Was mache ich?“ Das kann dazu führen, dass habe ich aus Stuttgart mitgebracht, dass man sagt, „wir müssen genau abgrenzen, wo die Grenze zwischen uns ist“. Das nennt man dann „Claimisierung“. Im Wilden Westen hat man auch immer seinen Claim abgesteckt. Das heißt: Wie gehe ich da heran? Wie gewinne ich den Partner dafür, das miteinander zu machen?

Das Gleiche gilt für den ambulanten Pflegedienst. Wie binde ich ihn mit ein? Er ist für mich Partner, wenn ich mit ihm zusammenarbeite. Er könnte Wettbewerber sein, wenn ich einen eigenen ambulanten Pflegedienst habe. Er ist aber für mich auch, wenn ich ihn gut einbinde, ein Marketinginstrument, indem ich sage, „Deine Versorgung, wenn Du zu mir zum ambulanten Operieren kommst, ist, wenn ich in Bergen bin, bis oben nach Dranske entsprechend sichergestellt. Das ist gewährleistet.“ Das heißt, daraus kann ich ein entsprechendes Marketinginstrument für die Klinik entwickeln.

Was muss ich machen? Ich muss genau erst einmal das Versorgungsangebot in meinem Einzugsbereich identifizieren. Wer könnte ein Partner sein? Wer sind meine Wettbewerber? Welche komplementären Versorgungsstrukturen habe ich? Und wenn ich Verweil-

Krankenhaus und Netzwerke in der Zukunft

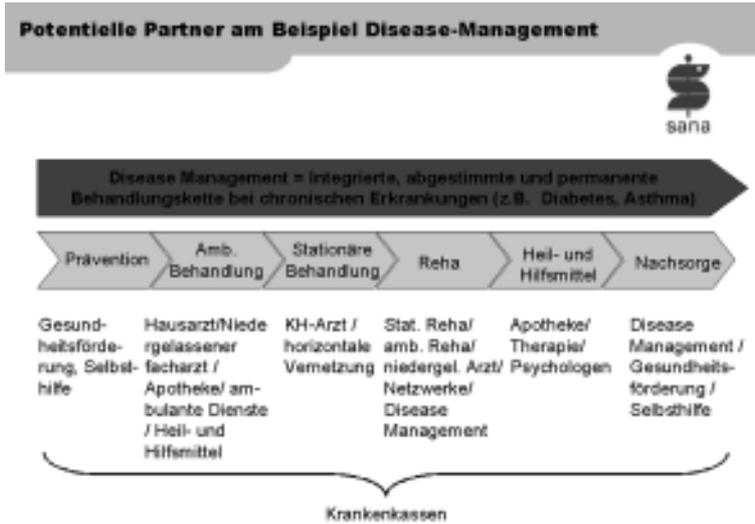


Wettbewerb versus Kooperation

- **Der niedergelassene Facharzt**
 - > Partner
 - > Wettbewerber
 - > Patientensteuerer
 - Hausarztmodell
- **Claimisierung**
 - > Absprachen über Zusammenarbeit
 - > Monopol?
- **Der ambulante Pflegedienst**
 - > Partner
 - > Wettbewerber
 - > Marketinginstrument

Versorgungsangebot im Einzugsbereich

- **Identifikation**
 - > potentieller Partner
 - > Wettbewerber
 - ambulant
 - stationär
 - ärztliche Angebote
 - Heil- und Hilfsmittel
 - > Komplementäre Versorgungsstruktur
 - vertragsärztliche Versorgung durch KV
 - freie Kassenarztsitze
 - Pflege



dauern im Krankenhaus reduziere, ist dieses in der Komplexität komplementär auch der ambulante Pflegedienst, weil ich nämlich Pflege ersetze, die nach draußen geht, oder andere Kurzzeitpflege. Ich gehe dort hinein in diesen Bereich. Also muss ich das genau identifizieren. Ich muss die potenziellen Partner entsprechend auch einmal darstellen und muss sagen: Wer sind sie? Das sind viele Beteiligte, bis zum Ende hin: Gesundheitsförderer, Selbsthilfegruppen. Die muss ich identifizieren, um sie in einen solchen Komplex mit einzubinden, um dann gemeinsam den Krankenkassen ein entsprechendes Leistungsangebot zu machen.

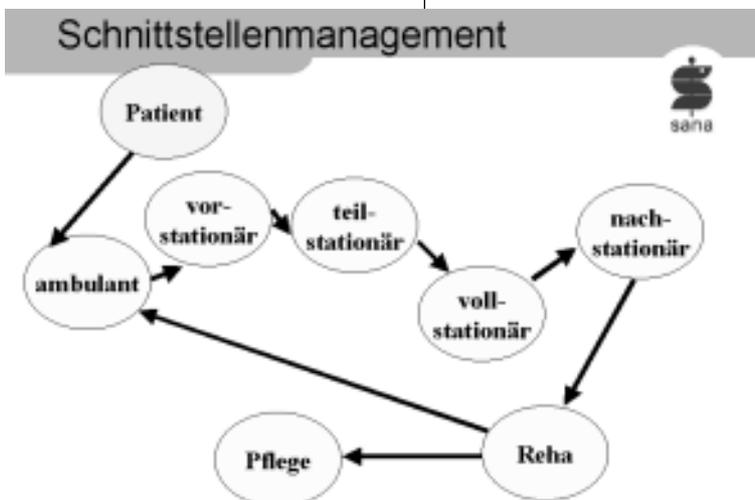
Dann muss ich bei mir selbst sehen: Wo habe ich Versorgungslücken? Das könnte für

das Krankenhaus attraktiv sein, wenn ich das hineinnehme. Ich biete Räume an. Ich biete andere Möglichkeiten an, um damit mein Angebot breiter zu machen. Denn der Patient, der einmal in meinem Hause, als Krankenhaus, versorgt worden ist durch einen Dritten, aber darüber steht „Sana Krankenhaus“, der sagt, „in dem Haus ist das andere auch gut“, wenn er versorgt worden ist. Ob das nun ein Partner ist oder ein eigener Mitarbeiter. Das ist sehr wichtig. Das heißt, ich muss sehen: Wo habe ich Versorgungslücken? Wen will ich eventuell mit hineinnehmen in das System?

Dann muss ich sehen: Wer sind die Krankenkassen? Wer sind die Vertragspartner? Wer will das mit mir machen? Ich habe aufgezeigt, wie schwierig das in dem System ist. Wir wissen noch nicht, welche Rolle die Pflegekassen dabei spielen. Wir müssen sehen: Wer bietet schon Integrationsleistungen an? Kann ich da mit hinein, wenn es schon einzelne gibt, bei denen ich mich nur anschließen kann, indem ich dafür optiere?

Und ich muss sehen: Wer sind die Anbieter von vorstationären Behandlungen, nachstationären Behandlungen und Versorgungsformen, die meine bevorzugten Partner sein können in diesem System? Denn die würden wieder für mich die Patienten in die Klinik steuern. Das heißt also, das ist Ihr Angebot, das Sie machen können an eine Klinik.

Wenn Sie vor Stralsund sind, dann können die Patienten ja auch nach Stralsund gehen, und wenn ich einen guten Dienst habe, der mit mir zusammenarbeitet und sagt, „Bergen ist schöner als Stralsund“, dann finde ich das klasse. Das heißt also, ich könnte sehen, wer mein bevorzugter Partner in dem System ist.



Wir brauchen in einem solchen System, das ist das große Problem dabei, ein Schnittstellenmanagement für diesen Patienten. Hier habe ich einmal aufgezeigt, wo wir überall Schnittstellen in dem System haben. Das ist vielen gar nicht bewusst, insbesondere auch nicht in den Kliniken. Da haben wir sogar Schnittstellen zwischen den Abteilungen. Die heilen wir immer in der Weise, dass ein Konsilauftrag erteilt wird. Nach dem Motto 'Konsilauftrag geht raus und nach zwei Tagen schaut mal einer drauf'. So läuft das in

diesem Moment. Wir müssen also ein echtes Schnittstellenmanagement im Interesse des Patienten haben.

Ursprünglich hatte ich bei dieser Folie die Odyssee einer an Brusttumor erkrankten Frau hinterlegt. Das ist eine Bekannte meiner Frau. Sie hat einmal ihre Odyssee durch das deutsche Gesundheitswesen mit ihrem Brustkrebs aufgezeigt, und da sind diese Schnittstellen alle nicht beachtet. Also da ist alles drin, von Strahlentherapie bis zur Misteltherapie. In meiner Not: „Was tue ich als Nächstes, damit ich nichts Verkehrtes mache, dass der Tumor auch endgültig beseitigt wird und nicht, dass irgendwo wieder Metastasen auftreten“. Das ist in dem System nicht drin. Also muss ich das mit einbeziehen. Ich muss ein gutes Schnittstellenmanagement haben.

Schnittstellenmanagement heißt Überleitungsmanagement. Das, was ich Ihnen aufgezeigt habe: Planung der Nachsorge eigentlich mit der Aufnahme. Das Problem ist nur dabei, wenn es wieder einen Wettbewerb gibt in der Pflege. Wie mache ich das? Wie kann ich das tun? Wie kann ich das als Klinik machen, wenn plötzlich drei auf der Matte stehen und sagen, „das ist meiner“.

Ich wundere mich immer bei mir auf dem Dorf, wo ich wohne, 800 Einwohner, dass fünf verschiedene Pflegedienste kommen, und jeder hat in meinem Dorf einen Pflegebedürftigen. Im Nachbarort haben sie auch einen. Da ist der logistische Aufwand so groß, dass man fragen kann: Wie kann man das überhaupt tragen? Wäre es nicht besser, dass der eine dieses Dorf und der andere jenes Dorf nimmt, also dass man dort hin zu neuen Strukturen kommt? Das ist zu überlegen, damit der logistische Aufwand, der Sie alle auffrist, der uns auch auffrist, entsprechend reduziert wird.

Also Überleitungsmanagement bedeutet Planung der Nachsorge mit Partnern oder selbst. Das heißt also, Partner in der Klinik, und Partner, die von draußen kommen aus dem Reha-, aus dem Pflegebereich, um schnell den Übergang zu gewährleisten. Das ist ein Angebot, das man an die Klinik machen kann.

Und Sicherstellung der Versorgung bedeutet, dass der Patient dann, wenn er ausbehandelt ist im Sinne der medizinischen stationären Indikation, auch weiterbetreut werden kann, und es bedeutet, dass ich entsprechende Betreuungsstrukturen darstelle. Dazu gehören die ambulante Pflege, die Kurzzeitpflege als Krankenhausvermeidungspflege und auch die Übergangspflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Das heißt also, dass nach Paragraph 42 im SGB XI, glaube ich, diese Übergangspflege gewährleistet ist und die stationäre Pflege.

Wir haben in Stuttgart solche Verträge auch schon mit Einrichtungen geschlossen. Wo gehen sie hin? Da gibt es auch einen großen Bedarf. Es gibt bestimmte Pflegebedarfe, die heute in dem System nicht abgedeckt werden. Die normale Pflege: Da gibt es einen Wettbewerb. Aber bei demjenigen, der komatös ist, da haben wir als Kliniken große Probleme, sie entsprechend unterzubringen, Kapazitäten zu haben. Das bedeutet aber, dass an den Partner wesentlich höhere Anforderungen zu stellen sind, als sie in der Vergangenheit gestellt worden sind. Da gibt es einen großen Bedarf. Das ist aus meiner Sicht auch zukünftig ein großer Markt. Die Kliniken haben ein großes Interesse daran, dass der Patient, der austherapiert ist, aber pflegebedürftig bleibt und koma-

Seminar (2. Tag)

Schnittstellenmanagement



- **Überleitungsmanagement**
 - > Planung der Nachsorge
 - > Sicherstellung der Versorgung
- **Betreuungsstrukturen**
 - > Ambulante Pflege
 - > Kurzzeitpflege
 - Krankenhausvermeidungspflege
 - Übergangspflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz
 - > Stationäre Pflege

Seminar (2. Tag)

tös ist, entsprechend in anderen Einrichtungen betreut wird. Wenn es nicht funktioniert, werden Sie erleben, dass die Kliniken, die heute keinen Markt mehr haben, vielleicht in den Bereich vorstoßen. Das wird ganz schnell so passieren können.

Gesamtversorgungsmodell

• Gerontopsychiatrie

- > Stationäre Versorgung
 - Ärztlich
 - Pflegerisch
- > Ambulante Versorgung
 - Ärztlich
 - Pflegerisch
- > Psychosoziale Hilfe
 - Patienten/Betreute
 - Angehörige



Hier, dieses Versorgungsmodell der Gerontopsychiatrie, von dem ich gesprochen habe. Gerontopsychiatrie haben wir in Rendsburg geplant. Wir wollten ein gemeinsames Modell entwickeln sowohl stationärer Versorgung, ärztlich-pflegerisch, ambulanten Versorgung und psychosozialer Hilfe, die auch Patienten/Betreute und Angehörige mit einbezieht. Das war in Form einer gemeinsamen Trägerschaft über eine GmbH, also eine Tochter des Krankenhauses, eines ambulanten Betreuungsdienstes und der niedergelassenen Ärzteschaft angedacht. Das wird jetzt etwas anders gemacht, aber man geht dorthin. Das heißt, ein Gesamtversorgungsmodell, das gewährleistet, dass weiterhin der soziale Bezug erhalten bleibt und das Modell in der Klinik entsprechend beginnt.

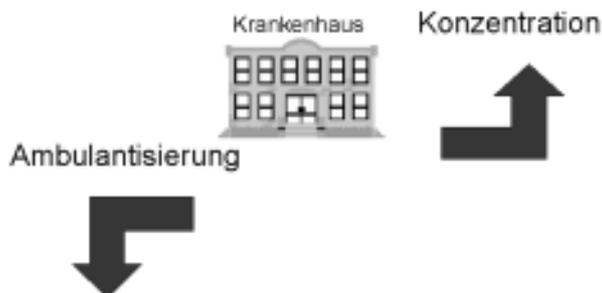
Änderung von SGB IX (Gesamtbudget)

Ordnungsbereich Integrative Versorgung



Ein Hinweis sei hier erlaubt auf das Gesamtbudget nach SGB IX. Das wird uns alle fordern in Zukunft. Herr Florian Gerster hat es ja vorgebracht als Sozialminister in Rheinland-Pfalz. Er hat den Versicherten ein Budget gegeben, ein Budget für die Pflege, und sie dürfen sich einkaufen, wo sie es bekommen. Der Druck wärmt auf die einzelnen Leistungserbringer, die über die verschiedenen Sektoren hinweggehen. Wir haben viel zu viele Finanzierungssektoren: SGB V, SGB IX, SGB XI und dann noch die weiteren Differenzierungen ambulant und stationär. Das wird den Patienten in eine Autonomie versetzen, wo er sagt: Wo kriege ich die höchste Qualität zum niedrigsten Preis? Weil er mit seinem Budget auskommen wird. Das heißt, es wird uns dahin bringen, integriert zu denken und dann auch den Interessenausgleich in dem System durchzuführen, was nicht einfach ist in diesem Modell.

Strukturänderungen und Leistungsverchiebungen



Für die Krankenhäuser ist diese Entwicklung so, wie sie hier dargestellt ist. Wenn Sie ein Krankenhaus haben mit, sagen wir einmal, 250 Betten, dann machen wir heute einen Strich darunter und sagen, davon bleiben 150 nach. Mehr werden es nicht sein. Das bedeutet, ein Krankenhaus verliert Leistungen nach oben weg, an Zentren. Als Beispiel darf ich das Brustzentrum nennen. Wenn Sie nicht mehr als 50 OP's haben und wenn Sie ein kooperatives Modell nicht betreiben können, haben Sie das Problem, dass Sie nicht mehr an dieser Versorgung teilnehmen. Das heißt, ich verliere meine Leistungen in große Zentren. Das berührt viele Krankenhäuser in Zukunft. Die werden diese Leistungen

nicht mehr haben, und wer keine Gyn mehr hat, hat keine Geburtshilfe, und wer keine Geburtshilfe hat, hat keine Kinder, und wenn Sie das haben, dann geht es also immer weiter. Dann ist es mit der entsprechenden Kinderchirurgie zu Ende und so weiter. Das ist dann ein Dominoeffekt, der eintritt.

Das Gleiche tritt ein nach unten hin: Ambulantisierung. Das heißt, in ambulanter medizinischer Versorgung und ambulanter pflegerischer Versorgung. Wenn medizinisch nichts mehr getan wird in der Klinik, was der Heilung dient, notwendig ist, und es kann ambulant gemacht werden, werden diese Leistungen aus den Kliniken hinausgehen. Das wird zu dramatischen Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitswesen führen.

Hier habe ich noch einmal aufgezeigt, wie die Finanzierung in Zukunft sich ändern wird gegenüber der Vergangenheit. Hier sehen Sie: Jeder hat einen Sektor. In jedem Bereich wird gesondert finanziert, und für jeden Bereich ist Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zu betreiben. Die Dokumentation soll so sein, dass der Patient in dem System auch entsprechend immer gut weiterversorgt wird und das Wissen um die Behandlung an den nächsten Leistungserbringer weitergegeben wird. Das wird in Zukunft anders aussehen.

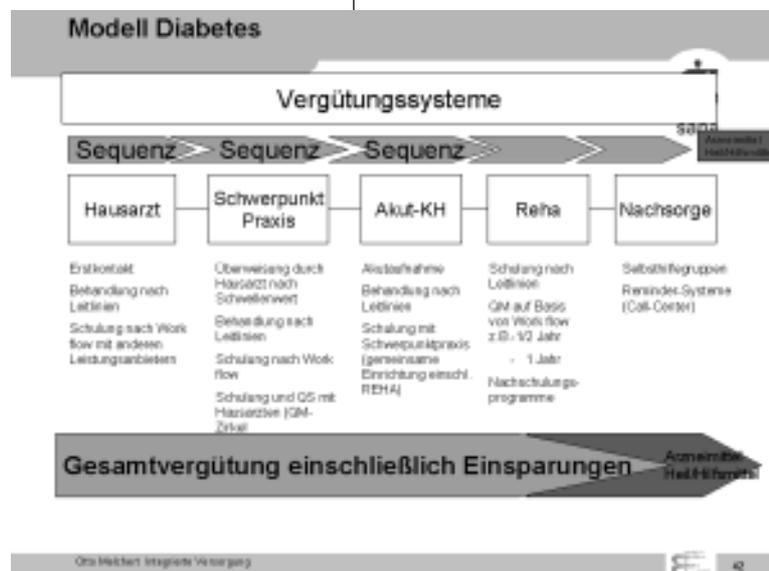
Wir haben die Vergütungssysteme, die heute auch den Sequenzen gerecht werden. Wir werden zu Gesamtvergütungen einschließlich Einsparungen kommen. Darauf müssen wir uns einstellen. Das heißt, wir müssen unsere Strukturen heute schon so verbessern, dass wir diese Einsparungen auch darstellen können. Das führt zwangsläufig zu Konzentration. Darüber müssen wir uns im Klaren sein, und das dann noch in den Vergütungszeitraum vielleicht für ein Quartal oder für ein Jahr, wo wir eine Gesamtvergütung bekommen. Risikobehaftet ist dabei noch die Arzneimittelversorgung. Die Krankenkassen haben ja das größte Interesse, das mit hereinzunehmen. Das bedeutet, dass Versicherungsrisiko geht auf den Leistungserbringer über. Im Augenblick muss das die Krankenkasse noch entsprechend tragen.

Im Ergebnis, wenn es sich verändert, werden wir zu Markenbildungen kommen. Das bedeutet, jeder Einzelne für sich, der alleine kämpft, wird nicht mehr erfolgreich sein. Wir werden Leistungen entsprechend bündeln, indem wir einheitliche Behandlungsabläufe und -standards haben, indem wir Leistungen in Verbänden bündeln.

Im Krankenhausbereich haben wir das als Musterbeispiel schon bei den Landesbetrieben 'Krankenhäuser in Hamburg'. Die haben sich mit München, Wiesbaden und Saarbrücken zusammengetan und verkaufen ihre Leistungen insgesamt an die Krankenkassen.

Das bedeutet auch, in der regionalen Betrachtung, Konzentration auf wenige Anbieter. Auf der anderen Seite, bei den Krankenkassen wird es auch eine Konzentration geben, also eine Konzentration der Nachfrage. Im Ergebnis: Regionale Allianzen. Das bedeutet, in der Region müssen wir uns zusammenschließen, um gemeinsam ein Paket anzubieten. Das ist sehr, sehr schwierig, weil nun zunächst einmal jeder sagt: „Ich muss mein gleiches Geld haben wie vorher“. Das

Seminar (2. Tag)



Markenbildung

- Einheitliche Behandlungsabläufe und -standards
- Bündelung von Leistungen in Markenverbänden
- Konzentration auf wenige Anbieter und Nachfrage
- Regionale Allianzen
- Vertikale Allianzen
- Key Account für komplexe Versorgungsleistungen
> elektive oder definierbare Leistungen als Produkt



Seminar (2. Tag)

ist das Problem. Das ist immer so. Wenn Sie in solche Diskussionen hineingehen, wir diskutieren das seit 1996, jedesmal: „Ich brauche aber eine höhere Vergütung, weil ich mit dem Geld nicht auskomme.“ Die Industrie und andere machen es vor. Die sagen: Wie kann ich den Prozess verbessern, damit die Synergien dazu führen, dass ich mit weniger auskomme und dann mehr habe? Darauf müssen wir uns einstellen. Das wird zwangsläufig auf uns zukommen.

Wir haben gerade Anfang der Woche mit einem Krankenhaus einen Vertrag verhandelt, der sagt, „ich möchte über Eure Marke vermarktet werden“. Da wird also eine sogenannte, wie es im Einzelhandel heißt, Key Account der Sana verkauft an die Krankenkassen. Der definiert auch die Versorgungsleistungen. Allerdings müssen Sie sich darauf einstellen, dass dann die Leistungen auch einheitlich sein müssen. Sie können nicht sagen, der eine im Norden macht es so und der andere im Süden macht es anders. Also es werden die Produkte, wie man es heute auch in der Medizin sagt, definiert und beschrieben.

Dazu brauchen Sie Qualitätsstrukturen, Mindeststandards. Sie brauchen eine Einrichtung eines Qualitätssystems. Sie brauchen Qualitätssicherung, und Sie brauchen diesen sektorübergreifenden Versorgungsprozess. Nur dieses wird dieses alles gewährleisten. Wenn Sie in Sequenzen denken, werden Sie diese Chance nicht haben, und das schließt alles in der Medizin und in der Pflege ein.

In der Organisation bedeutet es, dass es neue Träger geben wird. Bisher ist es so, dass jeder für sich kämpft und verhandelt. In Zukunft wird einer für die anderen Leistungserbringer mitverhandeln. Das sehen wir bei der Integration. Die Krankenkassen verlangen von uns, dass eigene Managementgesellschaften diese Verantwortung übernehmen, nicht im Sinne 'Sana-Management', sondern im Sinne 'neue GmbH, die dann diese Leistung verkauft'. Das ist der neue Träger, und dieser verhandelt mit den Krankenkassen.

Organisationsstruktur Integrierte Versorgung



- **Abrechnungsmanagement**
 - > Gemeinsame Managementgesellschaft/IGBR/KV-Ersatz
- **Finanzierung der Infrastruktur**
- **Rückversicherung von außerordentlichen Risiken**
- **Vertragssystem IV**
- **Haftung/Gewährleistung**
- **Kostenverrechnung**
- **Strukturplanung**
 - > Bindung der Partner
 - > Laufzeit/Planungssicherheit

Org. Heilert Integrierte Versorgung



Dazu brauchen Sie eine Organisationsstruktur, wie Abrechnungsmanagement, eben diese Managementgesellschaft. Sie brauchen eine Finanzierung der Infrastruktur. Das ist das große Problem. Sie müssen Ihre Risiken, die Sie in dem System haben - nach dem Motto „darf's ein bisschen weniger sein im Preis“ -, selber tragen. Das heißt, ist einmal ein Bluter darunter, im Krankenhaus gesprochen, müssen Sie eine Rückversicherung haben. Sie brauchen Vertragssysteme für das Ganze. Sie müssen die Frage der Haftung klären: Wie ist es damit, wenn drei beteiligt sind, und der eine hat nicht richtig gehandelt? Wer ist Schuld daran? Alle insgesamt? Liegt es an der Dokumentation? Und so weiter.

Sie brauchen Kostenverrechnung in dem System. Sie brauchen eine Strukturplanung, denn keiner wird irgendwas machen, was nur für ein Jahr hält, wenn Sie so etwas machen. Das heißt, wenn ich mit Ihnen vereinbare, Sie nehmen uns entsprechende langzeitbeatmete Patienten ab, dann möchten Sie, wenn Sie eine Investition tätigen in eine Intensivpflegestation, dass Sie dafür eine Sicherheit haben für fünf Jahre. Wenn Sie die nicht haben, wird Ihnen keine Bank das Geld geben dafür, um so etwas zu machen. Darüber muss man sich im Klaren sein. Das heißt also, solche Verträge schließe ich nicht für ein halbes oder ein Jahr, sondern solche Verträge muss ich

auf fünf Jahre oder einen etwas längeren Zeitraum schließen, damit die Partner gebunden sind und ich Sicherheit während der Planungszeit habe.

Modelle gibt es heute schon, Kooperationsverträge. Es gibt auch schon gemeinsame Einrichtungen. Das neue Modell wird eventuell ein Franchise Modell sein: einheitliche Strukturen, einheitliche Behandlungsprozesse, unter einem Namen. Aber jeder wird selbstständig in dem System handeln. Das kennen wir ja bei Eismann und anderen auch. Beim Mercure-Hotel ist es auch ein Franchise-System. Jeder macht es für sich, aber es wird einheitlich entsprechend vermarktet.

Eines müssen Sie lernen: Ein solcher Prozess bedeutet einen wahnsinnigen Aufwand an Kommunikation.

In Rendsburg habe ich einmal das erste Arztnetzwerk moderiert. Also, bis das da hingekommen ist, sind zwei, drei Jahre vergangen. Ich musste auch mehrfach mehr Bier und Wein trinken, damit wir über Nacht einmal die Themen ausgetauscht haben. Das heißt dann, solche Klausuren, wie Sie sie hier machen, sind da sehr förderlich.

Sie müssen die Behandlungskette schließen. Sie müssen die Sektoren aufheben und sie nicht mehr in den Köpfen haben. Sie brauchen ein System, in dem Sie gut kommunizieren, wo einer dem anderen vertraut. Wenn er ihm nicht vertraut und sagt, „der will nur meins“ – das heißt also, ich soll das Kotelett werden – dann werden Sie das nicht zustande bringen. Das wird sehr schwierig sein. Sie müssen sich einig sein, dass Sie einheitliche Standards haben, und Sie müssen den Anderen dann auch akzeptieren. Nicht, wie es in den Kliniken manchmal ist: „Naja dem Arzt“, das sagt ein Arzt, nicht der Ökonom, „dem vertraue ich nicht. Deshalb schicke ich ihm keinen Patienten“. Und umgekehrt. Das ist ein großes Problem. Wenn wir Standards festlegen, müssen wir sie auch gegenseitig in dieser Zusammenarbeit akzeptieren.

Also wichtig: Kommunikation! Ich glaube, in dem Prozess ist 50 Prozent Kommunikation. Das bedeutet wesentlich mehr Managementaufwand.

Und das ist das, was ich Ihnen am Ende mitgeben will. Das hat Karl Valentin gesagt: „Die Zukunft war früher auch besser.“ Also wir sollen sie einfach anfassen und sollen etwas machen. Und dann zitiere ich noch einmal, das ist mir eben spontan eingefallen, Michael Ende. Das sollten Sie lesen. „Das Gauklermärchen“. Es geht um eine Behinderte, die gerne Ballerina werden möchte, und der Zirkus nimmt sie auf und sagt: „Du darfst hier bei uns in dem Zirkus auch als Ballerina auftreten“, und das Fazit von Michael Ende ist, dass er sagt: „Nur Fantasie verändert Welten“. Also sollten wir Fantasien bei der Veränderung haben.

Danke schön.

Seminar (2. Tag)

Vernetzung / Kooperation als Zukunftsmodell



- Kommunikation
- Behandlungskette
- Sektoren aufheben
- Aufbau gegenseitigen Vertrauens
- Standard & Akzeptanz



Das Netzwerk integriert Versorgung





Kooperation und Vernetzung - die Quadratur des Kreises ... ?!

„Schönholzer Heide“ - Ein Modell stellt sich vor

**Günter Meyer,
Geschäftsführer Fachpflegedienst Meyer & Kratzsch**

Mein Name ist Günter Meyer. Ich bin angekündigt als Geschäftsführer der Pflegestation Meyer & Kratzsch. Das ist ein ambulanter Pflegedienst in Berlin mit der Fachspezialisierung Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. Ich soll Ihnen heute das Modell „Schönholzer Heide“ vorstellen.

Dieses Bundesmodellprojekt „Schönholzer Heide“ mit einem eigenen Pflegedienst, wo ich auch die Pflegedienstleitung übernommen habe, ist in zweierlei Hinsicht interessant, und es sind die beiden Aspekte, die ich Ihnen auch ganz kurz darlegen möchte.

Einmal unter der Perspektive einer Kooperation. Wir sind ein Kooperationsmodell. Das Zweite ist, dass wir dort das Prinzip der ambulant betreuten Wohngemeinschaften unter dem Dach eines Bundesmodellprojekts realisiert und auch besonders forciert haben. ...

Das Bundesmodellprojekt umfasst insgesamt sechs Wohngemeinschaften. In diesen sechs Wohngemeinschaften, die ambulant betreut werden, sind insgesamt sieben Pflegedienste tätig. Diese sieben Pflegedienste organisieren vierundzwanzigstündige Versorgungen für Menschen mit Demenz. In diesem Komplex ist ebenfalls eine Tagespflege integriert. Wir haben weiterhin vor, aber das ist noch ein Zukunftsplan, eine Kurzzeitpflege umzusetzen. Auf dem Gelände befinden sich seniorengerechte Wohnungen, wo auch Angehörige, wenn sie wollen, Wohnungen beziehen können. Es ist also gerade für Ehepaare gut geeignet.

Das Bundesmodellprojekt beinhaltet eine gezielte und integrierte Weiterbildung. Diese Weiterbildung musste schon ein Jahr vor Umsetzung starten, sodass die Mitarbeiter geschult in dieses Projekt hineingingen.

Ich sollte das ja alles etwas kürzen. Ich werde deshalb jetzt auf diese Wohngemeinschaften direkt eingehen.

Da sich die „Schönholzer Heide“ in Berlin-Pankow befindet, wurde eine Ausschreibung vorgenommen, welcher Pflegedienst daran interessiert war, sich an diesem Projekt zu beteiligen. Insgesamt haben wir dann sechs in Pankow tätige Pflegedienste, drei gemeinnützige und drei private, ausgesucht, und es wurde der Pflegedienst „Schönholzer Heide“ als siebter Pflegedienst eigens als koordinierender Pflegedienst gegründet. Im Vorfeld dieser Gründung sind die Geschäftsführer und die Pflegedienstleiter eingeladen worden, am Pflegekonzept und auch am Leitbild des Pflegedienstes „Schönholzer Heide“ mitzuarbeiten. Gegenwärtig ist es so, dass alle Pflegeverträge beim Pflegedienst „Schönholzer Heide“ angesiedelt sind und dass in jeder Wohngemeinschaft ein besonderer Kooperationspartner verantwortlich ist. Ich habe Ihnen das hier noch einmal aufgelistet.

Wir haben sechs WGs. Wir haben dann eine Wohngemeinschaft, die wir zusammen mit der Volkssolidarität, mit der Panke-Pflege, Deutsches Rotes Kreuz, betreiben. Das können Sie hieraus erkennen.

Wie setzt sich diese Kooperation nun zusammen? Wir bilden feste Mitarbeiterpools. Diese festen Mitarbeiterpools pro WG bestehen aus zirka 10 Mitarbeitern für den Tagdienst und zirka acht bis 10 Mitarbeitern für den nächtlichen Dienst.

Jeder Kooperationspartner muss für eine Wohngemeinschaft – ich nehme jetzt einfach einmal die Wohngemeinschaft 1 mit der Volkssolidarität heraus – die Hälfte der Mitarbeiter stellen. Das heißt, für den Tagdienst brauche ich, um das über 365 Tage realisieren zu können, 10 Mitarbeiter. Wir haben vier Examierte à 30 Stunden, vier Pflegehelferinnen und zwei Zivildienstleistende beziehungsweise Menschen aus dem Freiwilligen Sozialen Jahr. Jeweils die Hälfte, also zwei Examierte, zwei Pflegehelferinnen und einen Zivildienstleistenden stellt der Kooperationspartner, die andere Hälfte jeweils der Pflegedienst „Schönholzer Heide“.

Es wird dann vom Pflegedienst „Schönholzer Heide“ quasi ein Soll-Dienstplan erstellt, wo eine gleichberechtigte Aufteilung aller Mitarbeiter erfolgen muss. Anhand der Ist-Planung, also sozusagen nach dem Soll-Ist-Abgleich am Ende des Monats, werden dann die Erstattungspreise ermittelt, es wird in Kooperation festgelegt, dass diese Mitarbeiter, die entsprechend eingesetzt wurden, ja auch dem entsprechenden Dienst mit Geldern ausgestattet werden müssen. Darin sind auch entsprechende Regiekostenanteile berechnet. Auch der Gewinnanteil ist schon mit einkalkuliert.

Das Kooperationsmodell ist so ausgestattet, dass sich jeder Pflegedienst in einem Kooperationsvertrag verpflichtet, so viele Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen, auch so viele Mitarbeiterstunden zur Verfügung zu stellen, dass Urlaubsvertretung, Krankheitsvertretung und Fortbildungen gewährleistet werden können.

Damit komme ich darauf: Was sind eigentlich ambulant betreute Wohngemeinschaften? Ich denke, dieses Modell ist in Berlin schon relativ weit verbreitet, und ich habe hier einmal ein paar Kriterien aufgelistet. Es ist so, dass man in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft grundsätzlich von einer strikten Trennung zwischen Mietvertrag und Pflegevertrag ausgehen muss. Das heißt, die Wohngemeinschaften unterstehen keinem Träger. Die Mieter, also die Betroffenen, die dort in dieser Wohngemeinschaft leben, haben alle einen eigenen Mietvertrag und können also auch alle Rechte und Pflichten eines ganz normalen durchschnittlichen Mieters wahrnehmen. Das heißt, durch die Trennung von Mietvertrag und Pflegevertrag kann auch der Pflegevertrag jederzeit gekündigt werden, ohne dass der Wohnstatus in irgendeiner Form angegriffen ist.

Es ist weiterhin so, dass diese Wohnungen auch selbstständig bewirtschaftet werden müssen. Das heißt, die jeweiligen Betroffenen müssen diese Wohnungen selbstständig einrichten. Sie bringen ihre Möbel mit und haben natürlich damit auch nicht nur die Rechte, eine Wohnung entsprechend einzurichten, sondern auch Pflichten. Das ist in Angehörigengruppen, die natürlich immer geführt werden müssen, oft schwer vermittelbar. Wenn zum Beispiel eine Waschmaschine kaputt ist, das ist ein ganz banales Beispiel, dann gibt es keinen Träger, der in Auftrag stellt, dass sie jetzt repariert wird, sondern es muss in Angehörigengruppen geklärt werden, ob die Waschmaschine noch einmal repariert werden oder ob eine neue gekauft werden soll.

Es ist darauf zu achten, dass die Angehörigen von vornherein wissen, auf was sie sich dort einlassen. Die Mieter dürfen vom Vermieter auch keine zusätzlichen Leistungen erwarten. Das heißt also, es darf an den Mietvertrag auch keinerlei Serviceleistung gebunden sein. Das alles sind

Seminar (2. Tag)

Seminar (2. Tag)

Aspekte, die wichtig sind, damit man überhaupt diesen ambulanten Status beibehalten kann und damit wir überhaupt auch das Recht haben, danach abzurechnen.

Ich habe hier noch einmal die drei Kriterien aufgelistet, damit wir nicht sozusagen den Heimstatus erhalten, und komme zu den Finanzierungsmöglichkeiten. Wir haben bislang immer ganz normal wie in der ambulanten Pflege eine Art virtuelle Tour in dieser Wohngemeinschaft aufgebaut. Für jeden Betroffenen wurde ein Bedarfsplan festgelegt. Wir haben dabei natürlich ganz normal mit Leistungsmodulen gearbeitet und diese Leistungsmodule dann in Form eines Tourenplanes dem Mitarbeiter mitgegeben. Der wurde dann in dieser Wohngemeinschaft umgesetzt.

Es entstehen natürlich Synergieeffekte. In einer virtuellen Tour ist es so, dass ich nicht sechs Mal hintereinander ein Frühstück zubereiten muss, sondern ich kann natürlich für alle gemeinsam ein Frühstück zubereiten. Das sind die Synergieeffekte, die man aus der ambulanten Pflege in diese Wohngemeinschaft hineinbringt. Es fallen die Fahrzeiten weg. Diese Fahrzeiten werden in Form von Betreuungsleistungen wieder in diese Wohngemeinschaften hineingegeben.

Hier rückt sozusagen die ambulante Pflege ein Stück weit auf die stationäre Pflege zu. Innerhalb der stationären Versorgung gibt es ja auch das Wohngruppenmodell, und in der ambulanten Pflege diese ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Aber die grundsätzlichen Unterschiede zwischen einer stationären Wohngruppe und einer ambulant betreuten Wohngruppe bestehen darin, dass hier stets darauf geachtet werden muss, dass der Mietvertrag und der Pflegevertrag getrennt sind. Das heißt, der Pflegeanbieter kann wirklich jederzeit gekündigt werden. Es wird real ein Haushalt geführt, und es ist auch so, dass die Pflegekräfte in diesen Wohngemeinschaften kochen, putzen und jeweils auch die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten durchführen müssen.

Damit schließe ich jetzt, damit Sie die Möglichkeit haben, vielleicht noch zwei, drei Fragen zu stellen.

Fragen:

Herr Liebisch: (unverständlich, da ohne Mikrofon)

Meyer: Also grundsätzlich besteht eine Wohngemeinschaft in der Regel aus sechs bis acht Bewohnern. Es gibt inzwischen in Berlin auch kleinere Wohngemeinschaften. Es gibt auch Wohngemeinschaften, die zehn Bewohner beinhalten, aber es wird empfohlen, dass die Gruppe nicht größer als zehn Bewohner sein soll.

Es sind selbstständige Wohnungen. In dieser Wohnung, das ist wie eine studentische WG, hat jeder zwar ein eigenes Zimmer, aber es gibt auch Gemeinschaftsflächen. Das heißt, es gibt einen Mietvertrag für die gesamte Wohnung, auch auf die Gemeinschaftsflächen bezogen, und natürlich hat jeder bezogen auf sein Zimmer einen entsprechenden Anspruch. Da außerhalb des Bundesmodellprojekts oft Vermieter etwas Berührungsängste haben, größere Wohnungen an Menschen mit Demenz, an Betroffene zu vermieten, haben sich in Berlin einige Vereine gebildet. Diese Vereine übernehmen einen Generalmietvertrag und dieser Generalmietvertrag wird dann 1 zu 1 an die jeweiligen Mieter, die dort einziehen, weitergegeben. Aber diese Mietverträge müssen dem Standard des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechen. Das heißt, es dürfen da auch keine zusätzlichen Leistungen mit integriert sein, auch keine Serviceleistungen. Es müssen ganz normale Mietverträge sein.

Fragesteller: (unverständlich, da ohne Mikrofon)

Meyer: Ja. Wenn wir den entsprechenden Dienstplan gestalten, haben wir in einer Gruppe von sechs bis acht mindestens zwei Pflegekräfte vormittags, zwei Pflegekräfte für den Spätdienst, also nachmittags, und eine Nachtwache. Das ist ein Personalschlüssel, den wir nur aufgrund unseres ambulanten Status' realisieren können. Ich sage Ihnen nur zum Beispiel: Die Nachtwache bei einer Achter-WG ist natürlich nicht immer eine examinierte Krankenschwester. Das sind auch Pflegehilfskräfte, die hauptsächlich dazu da sind, damit man nachts eine Beaufsichtigung hat, weil es ein Projekt für Menschen mit Demenz ist. Es ist natürlich immer eine examinierte Kraft im Hintergrunddienst vorhanden, die Bereitschaft hat. Aber bezogen auf die kleinen Wohneinheiten, auf die Wohngruppen, sind das oft Pflegehelferinnen oder auch Studenten.

Frau Neumann: (unverständlich, da ohne Mikrofon)

Meyer: Es ist gar nicht mal so sehr das Problem der Konkurrenz, was da auftritt. Es sind Pflegedienste, die zum größten Teil schon über Jahre etabliert waren in Pankow. Es sind ganz andere Probleme, die auftreten.

Ich vereinige jetzt allein schon in Pankow in diesem Heidehof sieben verschiedene Tarifsysteme. Sie können sich nicht vorstellen, was das manchmal für ein Kommunikationsproblem mit sich führt. Allein, als wir die Diskussion führten, wie bezeichnen wir jetzt eigentlich die WG-Leiterin, denn wenn ich die Person als WG-Leiterin bezeichne, dann hätte ich gleich drei Tarifsysteme gestreift. Das hätte entsprechende Folgen gehabt. Wir mussten uns also auf den Begriff 'WG-Sprecher' einigen. Das sind sozusagen auch ganz alltägliche Dinge: Wenn ich zum Beispiel eine Stellenbeschreibung vornehme, muss sie natürlich in sieben verschiedene Systeme integrierbar sein. Das sind natürlich Aspekte, wo man lernfähig sein muss.

Auf der anderen Seite machen wir aber auch Erfahrungen. Was zum Beispiel mein Vorredner heute vormittag sagte, als er von den ambulanten Diensten in den verschiedenen Dörfern sprach, wo ein Dienst in jedem Dorf immer einen Patienten versorgt, was letztendlich ja gar nicht ökonomisch und effektiv ist.

Wir schaffen es durch die Zusammenarbeit von sieben Pflegediensten, ein Kooperationsmodell aufzubauen, wo wir einen gemeinsamen Dienstplan schreiben und auf diese Art und Weise Synergien schaffen. Aufgrund dieser Erfahrung ist zum Beispiel die Gesobau auf uns zugekommen, weil oft fünf oder sechs verschiedene Pflegedienste in einem Hochhaus tätig sind: Ob nicht dort auch ein ähnliches Kooperationsmodell entstehen könnte?

Das sind dann die Vorteile. Man muss aber natürlich auch erst einmal die Geburtswehen überstehen.

Seminar (2. Tag)

Seminar (2. Tag)

Kooperation und Vernetzung - die Quadratur des Kreises ... ?!

Gerontopsychiatrischer Verbund Cottbus/Spree-Neisse - Ergebnisse eines erfolgreichen Modellprojekts Birgitta Neumann, Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.

Ich komme von der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg und darf Ihnen das Modellprojekt ländliche Verbundstrukturen für gerontopsychiatrisch erkrankte ältere Menschen, das von 2000 bis 2003 hier in Cottbus und in Oberspreewald-Lausitz gelaufen ist, vorstellen. Es entstand damals auf Antrag der Alzheimer-Gesellschaft. Federführend waren Frau Professor Dr. Neumann und Herr Dr. Neher mit den Projektmitarbeiterinnen Frau Schmidt, Frau Lober, Frau Arndt. Ich selbst war zum Schluss auch noch dabei, deshalb habe ich auch das Vergnügen, Ihnen das heute in ganz kurzer Form in 10 Minuten zu erzählen, als Einführung praktisch zu dem, was daraus gefolgt ist.

Ein spannendes Projekt, das wird Ihnen nachher Herr Gruppe noch erzählen, wenn man so etwas wie einen Verbund oder Kooperationsstrukturen aufbauen möchte, wie das hier vor Ort auch passiert. Wir haben, sagen wir einmal, aus einer anderen Sicht angefangen. Wir haben erst einmal inhaltlich begründet, so ein Modellprojekt auf die Beine zu stellen und zwar speziell für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen beziehungsweise insbesondere für Menschen mit Demenz.

Ziele

- Verbesserung der Versorgungslage für gerontopsychiatrisch Erkrankte – insbes. für Demenzkranke und deren Angehörige
- Verbesserung der Zusammenarbeit der Dienste und Einrichtungen mit dem Ziel Kooperationsverbünde aufzubauen, um die „Schnittstellenproblematik“ zu überwinden
- Erarbeitung und Sicherung von gemeinsamen Qualitätsstandards bei der ambulanten/stationären Versorgung von gerontopsychiatrischen Patienten
- Schaffung von Information und Transparenz für Nutzer/innen von Dienstleistungen sowie alle an der Versorgung beteiligten Stellen

Die Ziele sind ja bei Gerontopsychiatrie eine ganz spezifische Problematik. Wir haben ja sehr oft Drehtüreffekte. Das kennen Sie, die in Heimen, aber auch im ambulanten Bereich arbeiten. Es gibt immer wieder schwere Krisen. Ob das nun gesundheitlicher Art ist oder psychische Krisen sind, sodass es hier auf eine ganz intensive Kenntnis und auch auf Wissen und Informationen, was dieses Krankheitsbild anbetrifft, ankommt. Das war auch das erste Ziel dieses Modellprojektes. Nämlich dazu zu kommen, eine Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen, aber auch gleichzeitig die Schnittstellenproblematik, nämlich die Verbesserung der Zusammenarbeit der Dienste und Einrichtungen mit dem Ziel, am Ende oder in der Mitte dieses Modellprojektes auch zu Kooperationsvereinbarungen zu kommen. So war das das Modellprojekt angelegt.

Wir haben des Weiteren als Ziel definiert, zu Qualitätsstandards zu kommen. Man kann sich ja auch gut vorstellen, wenn Herr Melchert vorhin gesagt hat, dass man auf gleiche Standards kommen muss, wie schwierig es für uns ist, die wir in der Praxis tätig sind, solche Standards erst einmal zu entwickeln, weil ja auch ganz unterschiedliche Einstellungen, ganz unterschiedliche Wissensstände bestehen und man allein schon,

wenn fünf Personen in einer Arbeitsgruppe zusammen sind, erst einmal eine Stunde braucht, um sich tatsächlich zu verständigen.

Das letzte Ziel, das sind die Grobziele, war natürlich auch die Schaffung von Information und Transparenz, und zwar für Angehörige, Dienste und Einrichtungen: Welche aktuellen neuesten Entwicklungen gibt es, die wir immer wieder in die Praxis einbauen können? Das ist besonders wichtig auch für Angehörige von Demenzerkrankten. Sie haben ja meistens eine sehr lange Odyssee hinter sich, bevor sie überhaupt zu Ihnen finden, ob das nun ein ambulanter Dienst ist oder ein Heim oder die Tagespflege. Es galt, Transparenz und Information zu schaffen, damit Hilfe und Unterstützung im Vorfeld besser eingesetzt werden können.

Angefangen haben wir damit – und daraus kann man vielleicht auch lernen, wie man so eine Kooperation anfangen kann –, dass wir erst einmal die gesamten Dienste und Einrichtungen informiert haben. Ich beziehe das jetzt hier auf Cottbus und Spree-Neiße. Der Kreis ist nachher weiter geworden. Insgesamt 62 Dienste und Einrichtungen sind angeschrieben worden, unter anderem auch die Ärzte. Es gab auch eine Abfrage, ob man zum persönlichen Gespräch kommen kann.

Das ist ein sehr zeitaufwändiger Prozess, hat sich aber im nachhinein in der Analyse doch als eine sehr vorteilhafte Geschichte erwiesen, weil dadurch sozusagen im persönlichen Gespräch noch einmal deutlich wurde: Wo ist denn der tatsächliche Bedarf?

Es wurde dann eingeladen zu einer Verbundkonferenz. Diese Verbundkonferenzen, das heißt, diese Zusammenkommen von Diensten und Einrichtungen dienten dazu, erst einmal die Diskussion zu beginnen und die Bedarfslage miteinander zu diskutieren. Sie wurden dann vierteljährlich durchgeführt. Man kam in der Mitte des Modellprojektes, zirka nach einem, eineinhalb Jahren auch zu einer erstmal sehr vagen Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, man möchte sich gerne weiterentwickeln und verständigen.

Es gab einen weiteren wesentlichen Schwerpunkt, nämlich die gemeinsame Veranstaltung von Fortbildungen. Ein ganz zentraler Schwerpunkt, weil man hier nämlich nicht nur wie in normalen Fortbildungen sich neues Wissen und Anwendungen und Praxis aneignet, sondern weil sich hier eine ganze Region zusammen fortbildet, was einen ganz starken Synergieeffekt hat. Man lernt sich kennen. Man weiß dann, wer wer ist, wer aus welchem Dienst ist. Wir mussten die Erfahrung machen, dass es hier in Cottbus nicht selbstverständlich war, dass die Heime oder die Mitarbeiter sich untereinander kannten.

Es war damit verbunden, ein Verbundhandbuch herzustellen, und, als Zielperspektive, einen Überleitungsbogen zu erstellen. Das auch als Hinweis darauf, daraus zu lernen, nicht nur miteinander zu diskutieren, sondern ganz praktisch in Handlungen zu kommen. Handlung ist dann manchmal die bessere Alternative, wenn die Diskussionen zu schwierig werden. Gerade wenn so unterschiedliche Interessen aufeinandertreffen, ist es sinnvoll, etwas gemeinsam herzustellen und etwas Produktives und Konstruktives gemeinsam zu machen.

Ergebnisse: Wir haben insgesamt 25 Fortbildungen durchgeführt mit den verschiedensten Problembereichen, die hier wirklich nur im Schwerpunkt erwähnt werden. Es gab sogar ein kleines Zertifikat. Zum Beispiel

Seminar (2. Tag)

Projektumsetzung

- Schriftliche Information der Dienste u. Einrichtungen über das Projektvorhaben und persönliches Gespräch/Befragung
- Einladung zur Verbundkonferenz und Vereinbarung einer Kooperation
- Organisation der gewünschten Fortbildungen zu Themen der Gerontopsychiatrie
- Herstellung eines Verbundhandbuches
- Erarbeitung eines Überleitungsbogens

Ergebnisse

- Durchführung von 25 Fortbildungsveranstaltungen mit ca. 40 – 50 Teilnehmern
- Zu Themen:
- Rechtliche Probleme bei der Pflege u. Betreuung Demenzkranker
 - Pflegeplanung für Demenzkranke
 - Kommunikation und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten
 - Diagnostik – Abgrenzung von Depression und Demenzsyndrom
 - Kooperation mit Angehörigen und anderen Versorgungseinrichtungen

Ergebnisse

- Herstellung eines Verbundhandbuches
- Entwicklung eines Überleitungsbogen
- Verbesserung des Fachlichen Austausch z.B. über neue Pflege- und Betreuungskonzepte
- Entwicklung gemeinsamen Interessen – 1. Stufe einer aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit
- Verbesserung des Wissens- und Praxistransfers
- Weiterentwicklung des Verbundes nach der Modellphase

Diagnostik war ein ganz wichtiges Thema, weil wir ja immer wieder, gerade wenn es um Demenzerkrankte geht, das Problem haben, dass wir keine umfassende Diagnostik haben. Hier gab es dann auch immer wieder Diskussionen in den Fortbildungen: Wie könnte man das hier in Cottbus ändern? Was könnte man noch tun? Wie sieht es in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus aus, zum Beispiel mit dem Karl-Thieme-Klinikum? Das heißt also, innerhalb der Fortbildungen wurde sozusagen schon an der Entwicklung einer Kooperation oder Entwicklung und Verbesserung der Situation gearbeitet.

Ergebnis: Es wurde ein Verbundhandbuch erstellt. Es wurde auch ein Überleitungsbogen erstellt, der allerdings auch zu heftigen Diskussionen geführt hat.

Alles das, was ich Ihnen erzähle, hört sich heute im Nachhinein einfach an. Dieser Prozess war doch auch immer wieder durch Krisen geschüttelt, aber wie es so schön im Leben heißt: Nur durch Krisen kommt man weiter. Es wurde ein erheblich besserer fachlicher Austausch erreicht, zum Beispiel über neue Pflege- und Betreuungskonzepte. Hier kann ich nur erwähnen, weil ich da auch ein bisschen mit beteiligt war: Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz im ambulanten Bereich ist hier in Cottbus und in Spree-Neiße am besten umgesetzt gegenüber dem gesamten Land Brandenburg. Also es gibt hier

eine Vielzahl mehr Angebote, die funktionieren, als zum Beispiel in Potsdam-Mittelmark oder in MOL. Das hat unmittelbar etwas mit der Information und dem fachlichen Austausch darüber, wie man solche Angebote umsetzt, zu tun.

Es hat stattgefunden die Entwicklung gemeinsamer Interessen. Es gab also nicht nur Konkurrenz, sondern auch gemeinsame Interessen. Das ist die erste Stufe, und man darf auch nicht zu viel verlangen von so einem Verbund. Es war ein erster Schritt, zu einem aufeinander abgestimmten System oder zu einer Zusammenarbeit zu kommen.

Es hat stattgefunden eine Verbesserung des Wissens- und Praxistransfers, auch für die Angehörigen. Wir standen viel häufiger in der Zeitung. Auch das Thema wurde viel häufiger in der Zeitung dargestellt, und es hat, das ist das Spannende, eben auch eine Weiterentwicklung nach der Modellphase gegeben. Darüber wird Ihnen jetzt Herr Gruppe berichten.

Danke schön.

Kooperation und Vernetzung - die Quadratur des Kreises ... ?!

Territoriale Netzwerke nach dem Modellprojekt - Der Verbund in Form eines Vereins Ullrich Gruppe, Geschäftsführer, ambulanter Pflegedienst „Pflege zu Haus“, Cottbus



Meine sehr verehrten Damen und Herren,

wie Sie sehen habe ich unsere Koordinatorin, Frau Zehle, mitgebracht. Wer von Ihnen einmal so etwas durchführen will in gleicher oder ähnlicher Form, dem kann ich nur herzlich wünschen, eine ebenso engagierte, nette und couragierte Mitarbeiterin zu haben, wie wir sie bekommen haben.

Ich möchte Ihnen erzählen, wie es weitergegangen ist, wie Frau Neumann sagte, und versuchen, mich dabei ebenfalls kurz zu fassen.

Worauf haben wir aufgebaut? Auf diesem Modellprojekt, und eigentlich könnte ich das alles auf zwei kurze Fragen zurückschrauben. Als wir damals angeschrieben beziehungsweise angesprochen wurden zu Beginn des Modellprojektes, waren zwei Fragen entscheidend: Was soll das, und was bringt es uns?

Nun kann man sich vielleicht entrüstet zurücklehnen und sagen: Wie könnt Ihr solche Fragen stellen? Sie sind da, und jeder möchte wissen: Was ist hier los? Was wollen die von uns?

Ich denke, wir haben diese drei Jahre genutzt, um genau diese Fragen zu beantworten. Hätten wir sie nicht positiv beantworten können, dann wäre heute das Modell hinfällig. Es wäre zu Ende gegangen, es wäre vorbei.

Das Modellprojekt: Damals 16 Träger, 29 Einrichtungen der verschiedensten Art enthalten. Also stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen. Alle hatten ihre eigenen qualitativen Vorstellungen, und Frau Neumann hatte es am Rande erwähnt, es wurde versucht, auch Ärzte mit einzubeziehen. Das hat nicht geklappt. Wir haben es bis heute auch noch nicht geschafft. Aber ich zumindest gebe die Hoffnung nicht auf, dass wir es eines Tages in einer geeigneten Form – das soll um Gottes Willen keine Ärzteschelte sein – auch tun wollen.

Verstetigung des Projektes stand an. Drei Jahre dauerte das Modellprojekt. Ich würde Ihnen empfehlen, beginnen Sie mit dem Nachdenken über das Verstetigen nicht so wie wir nach eineinhalb bis fast zwei Jahren! Beginnen Sie einfach schon nach dem ersten Jahr!

Altenhilfestrukturen der Zukunft

- **Modellprojekt:**
- Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur in einer ländlichen Region und kreisfreien Stadt – Cottbus (2000 bis 2003)
- 16 Träger und 29 Einrichtungen
- **Verstetigung des Projektes:**
- November 2003
- 12 Träger und 25 Einrichtungen
- **Finanzierung durch:**
 - Mitgliederbeiträge
 - Starthilfefinanzierung

Prozess der Verstetigung

1. Kommission Grundsatzfragen (Arbeitsgruppe)

- Erarbeitung einer Berechnungsgrundlage für Mitgliederbeiträge
- Erarbeitung eines Kooperationsvertrages
- Entscheidungsvorlage für die rechtliche Form eines Vereins
- Erarbeitung einer Satzung

2. Gründungsveranstaltung am 19. November 2003

■ Aus dem Projekt übernommen:

- Arbeitsgruppe-CTK (heute: Arbeitsgruppe-Netzwerke)
- Arbeitsgruppe-Pflegeüberleitung
- Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit

Das erste Jahr würde ich als Findung ansehen. Man muss sich kennen lernen, man muss sich erst einmal einschätzen. Man muss die gegenseitigen Interessen kennen lernen. Das ist alles in Ordnung, und es ist natürlich bedeutend angenehmer, wenn man dieses Kennenlernen noch durchführen darf, wenn andere dafür bezahlen. Das macht sich natürlich äußerst günstig. Dieses Modellprojekt aus heutiger Sicht war also recht gut gestellt in dieser Hinsicht. Wir konnten uns also ganz in Ruhe diesem widmen.

Ich verhehle hier nicht, dass es auch einen Haken hatte. Man verlässt sich nämlich so gerne darauf, dass die Bezahlung dann immer von anderen gemacht wird. Die drei Jahre sind vorbei. Das ist bekannt, und trotzdem mussten wir uns erst einmal diesem Gedanken

sehr stark widmen. Es war also klar, als Quintessenz, wir wollen weitermachen.

Wir, das waren dann 12 Träger und 25 Einrichtungen, die diesen Entschluss gefasst haben. Wir hätten natürlich alle gern dabei gehabt. Aber ich finde es völlig akzeptabel, dass jeder selbst überlegt, bevor er dort weitermacht. Wieder diese zwei Fragen: Was wollen wir damit, und was bringt es uns? Nur wenn beide Fragen positiv beantwortet werden von jedem einzelnen, ist er auch bereit, engagiert mitzuwirken. Die Finanzierung ist, bei uns jedenfalls, durch Mitgliederbeiträge und eine erneute Starthilfefinanzierung durch ein Förderprojekt gewährleistet. Das heißt also, wir haben auch gute Voraussetzungen gehabt, um weiterzumachen. Aber auch dieses Förderprojekt geht zu Ende, und dann müssen wir es geschafft haben, auf eigenen Beinen zu stehen.

Welchen Prozess sind wir durchlaufen? Wir haben zuerst gesagt, wir müssen uns gedanklich erst einmal damit vertraut machen. Eine Kommission Grundsatzfragen hatte dann von der Kooperation die Aufgabe erhalten, eine Berechnungsgrundlage der Mitgliederbeiträge zu erarbeiten. Finanzen spielen immer eine zentrale Rolle. Ein Kooperationsvertrag folgte. Die juristische Form war keineswegs von Anfang an klar. Es waren verschiedene Modelle, und der andere Kreis, der dieses Modellprojekt auch gemacht hat, hat auch einen anderen Weg genommen. Als wir dann doch in der Diskussion dazu kamen, dass die Vereinsgründung aus unserer Sicht die positiven Aspekte umsetzen lässt, die wir im Blick haben, war dann natürlich die Entscheidungsvorlage für die Form eines Vereins zu erarbeiten und auch die Vereinssatzung.

Das alles erfolgte im Jahre 2003, und am 19. November 2003 war dann die Gründungsveranstaltung unseres eingetragenen Vereins „Gerontopsychiatrischer Verbund Cottbus-Spree-Neiße e.V.“ Auf das Letztere möchte ich ganz besonderen Wert legen, weil, Sie hörten es vielleicht schon von Frau Neumann, das Modellprojekt hatte ausschließlich die Stadt Cottbus im Blick aus ganz bestimmten modellimmanenten Gründen.

Während dieser Zeit konnten Kolleginnen und Kollegen aus Einrichtungen vom Spree-Neiße-Kreis an Veranstaltungen teilnehmen, und wir waren uns von Anfang an einig: Wenn wir dieses Projekt weiterführen, dann grundsätzlich gemeinsam, sprich Cottbus und Spree-Neiße-Kreis. Wir haben sozusagen die politische Entwicklung, die sicher in die Richtung gehen wird, schon ein bisschen voraus genommen, und haben es auch bis heute noch nie bereut.

Aus dem Projekt konnten wir viele Erfahrungen übernehmen, auch viele Emotionen, die dabei entstanden sind. Das heißt also, ein Wir-Gefühl, und wir haben natürlich Arbeitsgruppen während des Modellprojektes gehabt: Heute die Arbeitsgruppe „Netzwerke“. Damals konzentrierte sich das auf die Zusammenarbeit Modellprojekt und Carl-Thiem-Klinikum, Arbeitsgruppe Pflegeüberleitung und Öffentlichkeitsarbeit.

Ziele: Die waren im Wesentlichen die gleichen wie vorher im Modellprojekt. Die Verbesserung der strukturellen Versorgungssituation. Damit standen die Erkrankten und ihre Angehörigen im Zentrum, die Verbesserung der Kooperation der Einrichtungen und die Beratung von Betroffenen und Verbundmitgliedern.

Gerade diese Beratung erscheint uns sehr wichtig. So haben wir dann auch die Struktur des Vereins und seiner Arbeit durchgeführt.

Was gehört also dazu? Erst einmal die Bausteine, also ambulant, teilstationär, stationär, gegenseitige Unterstützung bei Konzepten, Informationsaustausch. Wir haben eigentlich alle Bausteine darin verarbeitet, die wir während der drei Jahre schon kennen lernen konnten und die wir auch schätzen gelernt haben. Dabei, da kann ich Frau Neumann nur bestätigen, war die Aus- und Fortbildung ein ganz wesentliches Thema und wird es auch bei uns bleiben. Sicherlich wandeln sich die Inhalte mit der Zeit. Aber die Aus- und Fortbildung wird ein ganz wesentlicher Teil sein. Daraus werden sich dann auch die gemeinsamen Qualitätsstandards entwickeln und entwickeln lassen, die letztlich dann auch ein Bild auf den Gerontopsychiatrischen Verbund Cottbus/Spree-Neiße werfen. So qualitätsgerecht wir arbeiten, so werden wir auch eingeschätzt.

Dazu nutzen wir verschiedene Gremien, die hier unten aufgeführt sind. Ich darf vielleicht dazu sagen, dass manche Gremien, insbesondere die Fallkonferenzen bei uns noch nicht den Stellenwert haben, wie ich ihn mir wünschen würde. Aber ich denke, auch das ist ein Prozess, dass wir das so organisieren, dass niemand da als Verlierer herausgeht und jeder als Gewinner.

Unsere Vereinsstruktur ganz kurz: Sicher ist wie in jedem anderen Verein die Mitgliederversammlung das oberste Organ. Dann der Vorstand und die Verbundkoordination mit der Koordinatorin in unserem Fall. Sie ist ein ganz wesentliches Kettenglied in unserem Verein. Die Beratung ist der absolute Schwerpunkt. Dafür haben wir auch eine eigene Beratungsstelle, und verschiedene Arbeitsgruppen.

Hier nur eine kurze Übersicht. Sie sehen also, dass es – ich sage es einmal so salopp – bunt gewürfelt ist. Es sind verschiedene Träger dabei, private wie auch gemeinnützige und dergleichen. Wir haben in unserem Verbund, in unserem Verein eine große Zahl von Trägern aufnehmen können, beziehungsweise es ist ja dieser Verein von ihnen gegründet worden.

Seminar (2. Tag)

Bausteine der Verbundarbeit



Mitglieder (Träger)

- ASB Ortsverband Cottbus/Niederlausitz e.V.
- AWO Regionalverband Brandenburg Süd e.V.
- Caritaskreisstelle Cottbus
- Gubener Sozialwerke gGmbH
- Häusliche Krankenpflege Margit Albinus
- Kongregation der Hedwigschwestern
- Landesausschuß für Innere Mission
- M.E.D. Gesellschaft für Altenpflege mbH
- Mobile Hauskrankenpflege Elisabeth Frischke
- „Pflege zu Haus“, Ambulanter Krankenpflege- u. Sozialdienst
- Volkssolidarität Stadtverband Cottbus
- Volkssolidarität Kreisverband Spree-Neiße e.V.

Mitgliederstruktur des Verbundes zu Projektzeiten und aktuell

Bereich	Einrichtung	Anzahl zu Projektzeiten	Aktuelle Anzahl
Stationär	Alten- und Pflegeheime	8	7
Teilstationär	Tagespflege	5	6
	Nachtpflege	1	1
Ambulant	ambulante Dienste	11	9
Komplementär	Kontakt- und Beratungsstellen	4	5
	Niedrigschwelliger Bereich		9
		29 Angebote	37 Angebote

Wie sah das im Einzelnen aus? Hier einmal eine zahlenmäßige Gegenüberstellung: die Anzahl zu Projektzeiten und die Anzahl jetzt. Alles in allem können wir sagen, dass sich die Angebote deutlich erweitert haben, insbesondere die niederschweligen Angebote, die ja vorher so noch nicht bestanden haben. Ich darf noch hinzusetzen: Wir haben hier nur die beziffert, die sozusagen offiziell anerkannt oder bekannt sind.

Hier noch einmal eine Gegenüberstellung.

Mit welchen Partnern haben wir es hier bei uns zu tun?

Das erscheint uns sehr wichtig: Die Stadt Cottbus, insbesondere die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, dann der Landkreis

Spree-Neiße, das Sozialamt, die Alzheimer-Gesellschaft. Hier möchte ich noch einmal hervorheben, dass ohne die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg ein solches Modellprojekt und die Verstetigung aus meiner Sicht unvorstellbar wäre.

Partner



Die Kliniken hier in Cottbus und im Landkreis: Vielleicht da auch der Hinweis, dass es für uns im Vorstand des Vereins immer wieder wichtig ist, dass wir aus jedem Bereich ein Vorstandsmitglied haben. Das heißt also, bei uns ist die Kollegin Lehmann ganz dezidiert für den Spree-Neiße-Kreis zuständig. Das heißt, sie ist unser Ansprechpartner für Belange des Spree-Neiße-Kreises und die dortigen Mitglieder, weil wir ja vorher immer so stark fokussiert waren auf Cottbus. Man muss sich einfach ein bisschen umgewöhnen. Aber es macht Spaß. Ich finde es gut so, dass dann ab und zu einmal die warnende Stimme kommt: Halt, es gibt nicht nur Cottbus! Das ist auch in Ordnung so.

Welche Perspektiven sehen wir?

Ich denke, dass jeder Verein, der lebt und der sich in seine Umwelt einbringt, auch seine Ziele und seine Wertschätzung immer wieder überprüfen muss. Insofern ist eine Weiterentwicklung der Zielstellung auch aus den Themen, die Sie gestern und heute gehört haben, zweifellos notwendig und auch möglich. Eine Weiterentwicklung von Servicefeldern

gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen erscheint unserem Verein als ganz wesentlich. Es muss aufhören, dass Angehörige oder Betroffene eine Odyssee durchlaufen, bis sie endlich die sie notwendige Hilfe erhalten. Das ist eigentlich für uns das Wesentliche im Verein. Deswegen auch diese Beratungsstelle, dass diese Wege verkürzt werden. Möglichst eine Telefonnummer, die angerufen wird, und dann wird alles andere entsprechend koordiniert.

Steigerung der Mitgliederzahl. Das ist nicht nur ein Wort, das ist Geld. Damit hängt Geld zusammen. Wie gesagt, auch die Förderung

Mögliche Perspektiven

- Weiterentwicklung der Zielstellung des Vereins
- Entwicklung weiterer Servicefelder gegenüber Betroffenen, Angehörigen & Partnern
- Steigerung der Mitgliederzahl
- Erschließung weiterer Formen der Zusammenarbeit mit Partnern im Territorium

läuft aus. Insofern brauchen wir auch dort Möglichkeiten. Der Verein, und das war ein Punkt, warum wir uns dafür entschieden haben, birgt eben verschiedene Finanzmöglichkeiten. Einmal den Mitgliedsbeitrag, dann aber auch die Förderung und die Spende. Demzufolge, denke ich einmal, haben wir hier verschiedene Möglichkeiten, die wir aber nutzen müssen und die nur dann nutzbar sind, wenn wir Qualität liefern.

Die Erschließung weiterer Formen der Zusammenarbeit mit Partnern im Territorium: Ich denke, dass das ein ganz aktuelles und umfassendes Feld ist. Das Carl-Thiem-Klinikum hat Mitte diesen Jahres ein Signal gesandt, das wir aufgenommen haben und wo wir jetzt im Verein dabei sind, zu prüfen, ob wir Kooperationspartner werden können. Ich möchte nicht übertreiben, aber doch sagen: Unser Netzwerk, was wir aufgebaut und stabilisiert haben, bringt viele Vorteile mit, die in dieser Kooperation mit eingebracht werden können und die hilfreich sein können.

Danke schön.

Seminar (2. Tag)



Marktplatz Altenpflege - Herausforderungen und Lösungen

EDV – Pflegeplanung leicht gemacht Thomas Fiedler, RECOM GmbH

Herr Fiedler stellt im Wesentlichen die Funktionen und Möglichkeiten der von der RECOM GmbH entwickelten Pflegeplanungs- und -dokumentationssoftware **GriPS** (steht für: „ganzheitlich ressourcenorientiertes innovatives Pflegeplanungssystem“) und deren wissenschaftliche Basis, die einheitliche Pflegefachsprache **ENP®**, vor.

Da eine vollständige Dokumentation (inklusive der Grafiken) die Platzkapazitäten dieser Dokumentation sprengen würde, geben wir im Folgenden wesentliche Texte und Grafiken aus den Verlagsprospekten sowie der Internetpräsentation der RECOM GmbH zu den Produkten wieder.

(Redaktion)



Lückenlose Dokumentation - GriPS und ENP®

GriPS steuert – im positiven Sinne – Ihren Pflegeprozess. Ausgerichtet auf die täglich in der Pflege anfallenden Arbeiten unterstützt unser System Sie insbesondere bei der Dokumentation. Keine lästige Formulierungsarbeit, kein Suchen der Patientenakten – mit der Online-Version von GriPS haben sie mit wenigen Handgriffen Ihr Ziel – zeitnahe Dokumentation vor Ort – erreicht. Und plagen sich zudem nicht mehr mit unleserlichen Handschriften bzw. unverständlichen Eintragungen. Doch das eigentliche Geheimnis unseres Werkzeuges GriPS heißt ENP®. Die Abkürzung steht für European Nursing care Pathways – eine einheitliche Pflegefachsprache! Sie garantiert Ihnen das wissenschaftliche Arbeiten, ermöglicht Ihnen ein Überprüfen Ihres Wissensstandes und gleichzeitig sichern Sie sich und Ihre pflegerischen Tätigkeiten ab.

Das System ENP® basiert auf einer wissenschaftlich fundierten Kombination der Kategorien Pflegediagnose, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Maßnahmen und handlungsleitende Interventionen. Es ist überall dort, wo professionell Pflegende Leistung erbringen, einsetzbar.

Quelle: RECOM GmbH, GriPS v 3.0 (Verlagsprospekt)

European Nursing care Pathways (ENP®)

Die Umsetzung der ENP® (European Nursing care Pathways) im Softwaresystem RECOM®-GriPS

Die Umsetzung von Pflegewissen das auf der Grundlage der ENP® entwickelt wird, dem Anwender mit Hilfe des Pflegeprozesses zur Verfügung zu stellen, ist das zentrale Anliegen dieses Softwareproduktes.

Auf der Basis der „praxisnahen Theorien“ können pflegerische Behandlungspfade, abhängig von der vorherrschenden Pflegelehre und der gelebten pflegerischen Praxis, erstellt werden.

Das System stellt der Pflegeperson das gesamte pflegerische Wissen sowie alle weiteren benötigten Werkzeuge (Anamnese, Skalen, Berichte, Medikation) im Kontext zur Verfügung.

Einheitliche Pflegefachsprache – Warum?

Professionelle Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass eine patientenorientierte, individuelle Pflegeplanung durchgeführt wird.

Die Dokumentation von Pflegeleistungen muss einheitlich, auf Grundlage einer vorher durchgeführten Pflegeplanung erfolgen.

Geschieht dies nicht, gibt es keine Qualitätskontrolle der Pflegeleistung, am wenigsten für die Pfleger. die Dokumentation wird bisher, wenn überhaupt, nur lückenhaft durchgeführt. Dabei bleibt es oft den jeweiligen Pflegepersonen und deren jeweiligem Engagement überlassen, ob und wie genau sie dokumentieren.

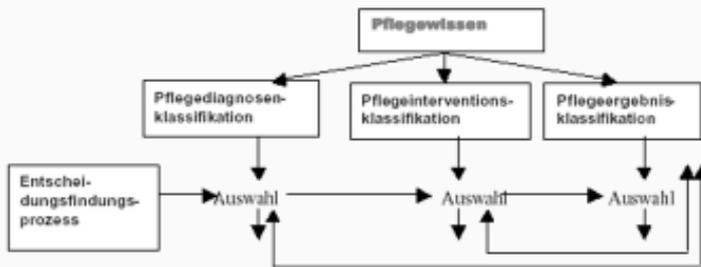
Um dieses Problem zu lösen wurden die ENP® unter wissenschaftlicher Begleitung entwickelt. ENP® stellen die Basis für Eindeutigkeit der pflegerischen Handlung dar.

Mit den ENP® lassen sich pflegewissenschaftlich fundierte Forderungen und Anforderungen erfüllen:

- Die einheitliche Pflegefachsprache fördert die Eindeutigkeit der Kommunikation unter den professionell Pflegenden (vgl. Hunecke 2000:38 f.)
- Die gemeinsame Sprache liefert den Rahmen für den Pflegeprozess und ist somit Grundlage für die Planung und Evaluation der Pflege (vgl. Höhmann, 1999:10)
- Sie ist Grundlage für quantifizierbare Daten für die Pflegeforschung, zur Hypothesenbildung und -prüfung (vgl. Beckstrand, 1980:76)
- Pflegekostenhomogenität kann mithilfe der Pflegeprozess-Dokumentation durch die Nutzung einer einheitlichen Pflegefachsprache erreicht werden (vgl. Fischer, 2000:77 ff.)
- Transparenz im Bereich der gesundheitsökonomischen Diskussion kann so erreicht werden, denn Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann nur bedeuten, dass die notwendige Leistung der erbrachten Leistung entspricht (vgl. Fischer, 2000:79)
- durch die Nutzung einer einheitlichen Pflegefachsprache werden Vergleiche zur Reflexion der Pflegepraxis, der Hypothesenbildung und des Benchmarking möglich (vgl. Hunecke, 2000:39)

**Marktplatz
Altenpflege**

Bei ENP® kommt eine erweiterte Sichtweise des Pflegewissens- und Entscheidungsfindungsmodells zum Tragen!



In RECOM®-GriPS werden die ENP® nach untenstehendem Schema abgebildet und dem Anwender zur Verfügung gestellt.

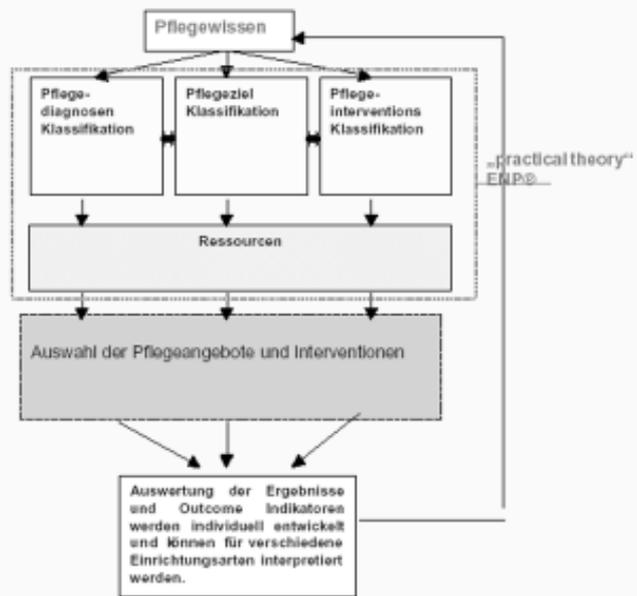
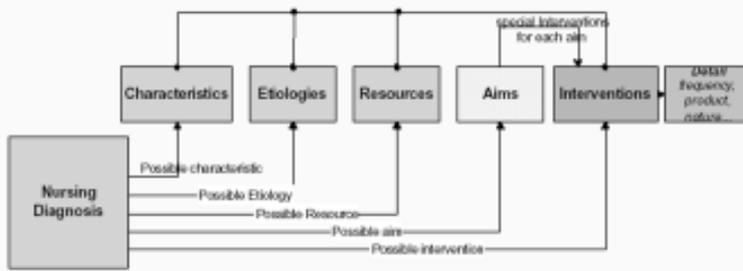


Abb: In Anlehnung an: Das Pflegewissens- u. Entscheidungsfindungsmodell von McCloskey und Balczek, 1992 In: Bruggen, 2002: 48

RECOM®-GriPS unterstützt den Pflegeprozess als System aufeinander bezogener Handlungen



So sieht die Struktur der „practical theory“ in ENP® aus.



ten entworfen worden und verfolgen ebenso unterschiedliche Ziele. Damit

Die derzeitige Situation:

Unterschiedliche Klassifikationssysteme und Terminologien behindern die Zielsetzung einer einheitlich genutzten Pflegefachsprache und stehen somit im Widerspruch zueinander ...

Durch die Diskussion über das Für und Wider und die vermeintlichen Vor- und/oder Nachteile aller genannten Systeme gerät etwas außer Acht: Alle Systeme sind nicht dazu entwickelt, die Pflege in der Praxis, also an der Basis, abzubilden. Sie sind vielmehr unter jeweils unterschiedlichen Gesichtspunkten entworfen worden und verfolgen ebenso unterschiedliche Ziele. Damit

So sind die ENP® im EDV-System RECOM®-GriPS im Pflegeplan abgebildet.

Problem/Diagnose	Ressourcen	Ziele	Maßnahmen
<p>Der Bewohner- kann sich nicht selbständig waschen.</p> <p>Kennzeichen/Symptom: Pflegeutensilien können nicht selbständig benutzt werden Kann sich nicht zu der Waschelegenheit begeben</p> <p>Ursachen/Ätiologie: Eingeschränkte körperliche Belastungsfähigkeit</p>	Der Bewohner- kann sitzen	Äußert Wohlbefinden nach der Körperwaschung.	<p>Ganzkörperwaschung am Waschbecken vollständige Übernahme Ritualisierung einhalten Mundpflege, Ausziehen, GW nach Standard, Anziehen Essen/Anölbad 1 x täglich Morgens</p>

hat jedes einzelne Klassifikationssystem für sich genommen seine Berechtigung.

Doch das eigentliche Problem, die Unterstützung der Basis, dort wo die Pflege praktisch stattfindet, wird so nicht gelöst.

Hier wird ein System mit genau diesem Ansatz benötigt – praktische Pflegearbeit in strukturierte Daten zu wandeln, auf die dann unter ganz unterschiedlichen Blickwinkeln oder Fragestellungen zugegriffen werden kann.

So werden dem Anwender die ENP® in RECOM-GriPS® zur Verfügung gestellt.

Example 1:
K: Der Bewohner- hat einen verlangsamten Schluckreflex und kann nicht trinken. Die Flüssigkeit läuft zu schnell in den Schlund und der Bewohner- verschluckt sich.
U: *Die Flüssigkeit läuft zu schnell in den Schlund und der Bewohner- verschluckt sich.
R: *Trinktraining durchführen
*Langsame Steigerung der Flüssigkeitsmenge
*Langsame Steigerung der Flüssigkeitskonsistenz
*Eindicken von Flüssigkeiten

Example 2:
K: Der Bewohner- kann nicht trinken, die Flüssigkeit läuft über aus dem Mundwinkel heraus (HundeSchleimhaut).
U: *Der Bewohner- kann selbständig trinken, ohne dass sich die Flüssigkeit aus dem Mund läuft.
*Der Bewohner- nimmt an sozialen Leben teil und kann in der Öffentlichkeit essen und trinken.
*Wiedererlangung des Mundschlusses.
R: *Kompensatorische Maßnahmen beim Trinken durchführen
*Stimulation der Gesichtsmuskulatur und der Lippen
*Anleitung dazu, den Lippenschluss selbständig zu kontrollieren
*Mundmotorische Übungen durchführen bzw. den Bewohner- anleiten.
*Schutz für Kleidung und Bett anbieten

Dies ist mit der Entwicklung der ENP® eindrucksvoll gelungen!

Quelle: RECOM Buch- & Softwareverlag, ENP®, European Nursing care Pathways, Einheitliche Pflegefachsprache für Gesundheitsberufe, „Damit sie wissen, mit welcher Pflegefachsprache Sie in Zukunft in GriPS arbeiten! (Verlagsprospekt)



Marktplatz Altenpflege - Herausforderungen und Lösungen

Anforderungen und Lösungsansätze für die Seniorenverpflegung in stationären Einrichtungen

Ralf Roland Oberle,
Geschäftsbereichsleiter, *apetito consult*, Rheine

Redaktionelle Anmerkung:

Im ersten - allgemeineren - Teil seiner Ausführungen referiert Herr Oberle die grundlegenden Bedingungen und Anforderungen, unter denen alle stationären Träger im Moment stehen und stellt deren Beziehung zu den Fragen von Ernährung und Verpflegung dar. Er geht dabei aus von den Vorgaben der Pflegeversicherung, des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes und des Heimgesetzes. Er weist darauf hin, dass sowohl die „Pflegekassen als Sachwalter der Pflegebedürftigen ... Ernährung in den Fokus“ stellen als auch bei MDK-Prüfungen die Ernährungssituation und der Ernährungszustand der Bewohner intensiv untersucht werden. Zusätzlich setzen die Kampagne Seniorenernährung des Verbraucherschutzministeriums und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung („Fit im Alter“) Standards für die Senioren. Der Nachweis eines einwandfreien pflegerischen Umgangs mit Ernährungszustand und Ernährungsanforderungen werde besonders wichtig. Qualitätsmanagement auch im Verpflegungsbereich sei verbindlicher Bestandteil einwandfreier Pflege und Leistungserbringung.

Wir beginnen die Wiedergabe des Referates von Herrn Oberle mit seiner Darstellung der konkreten „Anforderungen an die Heimküche“ als „Basis eines umfassenden Qualitätsmanagements“.

(W.S.)

... Das ist das Leistungsverzeichnis, das heute adäquat angegeben wird. Stimmt das überein mit den Anforderungen?

Ich zeige Ihnen gerne einmal kurz, wie wir das machen.

Mindestanforderungen für die Heimküche sind die Basis eines Qualitätsmanagements (QM)



apetito

Hier haben Sie diesen Mindeststandard, den wir zu Grunde legen, um herauszuarbeiten, wie die Versorgung überhaupt geregelt ist. Das ist ganz einfach aufgebaut. Wir haben grundsätzliche Anforderungen formuliert, wie zum Beispiel: kurzfristige Änderungen in besonderen Fällen so bald wie möglich realisieren; zum Beispiel Brei, Suppe, Tee anstelle der üblichen Mahlzeit geben oder auch: Die Versorgung erfolgt kundenorientiert. Zielgruppen und Rituale sind zu beachten.

Wir hatten einen Fall im Bereich der Caritas. Da war zum Beispiel ein wesentlicher Diskussionspunkt im Hinblick auf den Mindeststandard: Sind wir in der Lage, Moslems zu versorgen? Das ist eine Frage gewesen, die

für die Kollegen dort erst einmal diskutiert werden musste, um dann zu entscheiden, ob man das hineinnimmt.

Es geht weiter über regelmäßige bereichsübergreifende Besprechungen. Aber dann haben wir auch Folgendes gemacht: Wir haben dort Qualitäten festgelegt, allgemeine Qualitäten zum Thema Frühstück, Mittag-, Abendessen, und haben uns dann noch einmal Gedanken gemacht. Den Teil möchte ich Ihnen auch gerne zeigen, Zielgruppe Demente.

Es wird ein Familientischsystem eingeführt. Ist dem höheren Kalorienbedarf der mobilen Menschen mit Demenz Rechnung getragen? Werden Rituale in der Mahlzeitenversorgung gewährleistet, etcetera? Wir haben also dort versucht, die Anforderungen abzubilden, um damit einen möglichst einfachen und schnellen Überblick zu bekommen über die Situation in der Einrichtung, über das Leistungsverzeichnis und die Erfüllung bestimmter Standards. Abgeleitet ist das alles aus der Grundsatzstellungnahme, aus der Lebensmittelhygieneverordnung, aus dem Heimgesetz etcetera, sodass wir hier fachlich auf dem Boden der Gesetze stehen.

Dann prüfen wir die Umsetzung der Qualitätsmanagements und vielerlei weiterer Dinge. Ich will gar nicht auf alles eingehen.

Bauliche Situation: ein wichtiger Punkt in der Küche. Wenn die nicht geeignet ist, dann entsteht ein großes Problem.

Zentraler Bereich. Der muss natürlich auch zentral hygienisch einwandfrei sein.

Das geht so weiter über die Prozesse, die Herstellung der Mahlzeiten, und dann kommt ein wesentlicher Punkt, der jetzt zu diesem Thema hinführt: Nämlich im Rahmen dieses Qualitätsmanagements die objektive Bewertung der Ernährungssituation, des Ernährungszustandes. Findet das statt? Und was wird dann gemacht, wenn man ein Problem erkennt? Genauso die Versorgungssicherheit im Hinblick auf Diabetes. Die weiteren Dinge bestehen in der Umsetzung der vorher genannten Aspekte, sodass wir hier sagen, in der Ergebnisqualität einer Küche spielt es eine Rolle, und es muss dem Küchenverantwortlichen auch wichtig sein: Ist die Ernährung, die ich produziere, für die Patienten/Bewohner geeignet? Und ist es so, dass in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Küche – ein wichtiger Punkt, es ist ja auch eine heikle Schnittstelle – alles dafür getan wird, dass dort keine Defizite entstehen?

Dafür haben wir eine Reihe von Instrumenten entwickelt. Zunächst einmal ein Selbstbewertungsprotokoll zur Einschätzung von Qualität und Normenkonformität. Ich hatte ja gerade zum Thema Leistungsverzeichnis etwas gezeigt. ...

Dann die Prüfung des Qualitätsmanagements. Das sollten Sie tun. Dann „Qualitätssicherung Essen und Trinken“ einführen und die Ernährungslösung „Diabetes im Alter“. Das sind zwei standardisierte Konzepte, die ich Ihnen jetzt gerne vorstellen möchte als Lösungsansätze.

Die Ernährungssituation von Senioren ist ja deshalb schwierig, weil sie älter sind. Sie haben Veränderungen im Geschmack. Sie haben Veränderungen in der Resorption. Sie sind pflegebedürftig, deswegen möglicherweise auch schwach im Hinblick auf die

Marktplatz Altenpflege

Was können Sie tun?

- > Selbstbewertungsprotokoll zur Einschätzung von Qualität und Normenkonformität



- > Qualitätsmanagement prüfen und ergänzen



- > Qualitätssicherung Essen und Trinken installieren



- > Ernährungslösung Diabetes im Alter installieren.



Marktplatz Altenpflege

Selbstversorgung. Sie haben auch Probleme mit dem Sehen. Ein wesentlicher Faktor, den wir immer wieder beobachten. Deswegen haben wir in dem Mindeststandard beispielsweise auch „buntes Geschirr“ formuliert. Buntes Geschirr ist günstig, denn wir stellen immer wieder fest, dass Bewohner auf Grund ihrer Sehschwäche gar nicht erkennen, dass etwas auf dem Teller ist, was sie essen könnten.

Die „Qualitätssicherung Essen und Trinken“ ist ein Konzept, das wir gemeinsam mit der Uni in Bonn, mit Frau Dr. Volkert, der Ernährungswissenschaftlerin zum Thema Seniorenernährung in Deutschland, entwickelt haben. Frau Dr. Volkert hat uns dort begleitet von Anfang an. Wir haben als Basis ihr Buch „Ernährung im Alter“ genutzt und sind, wie folgt, vorgegangen:



Zunächst einmal der Kreislauf der Mangelernährung. Wie kommt es überhaupt zu einem Mangelernährungszustand? Es gibt da vielerlei Einflussfaktoren. Das Alter bringt soziale Belastungen mit sich. Es kommt zu psychischen Problemen, zum Beispiel Alleinsein, und die Situation, bevor der Einzug in ein Heim stattfindet, ist ja häufig ein ganz kritischer Zeitraum, in dem Menschen möglicherweise vereinsamen, Probleme bekommen auf Grund dieser Einsamkeit oder auch einfach nicht fertig werden mit den Einschränkungen.

Stellen wir uns einfach vor, wir haben plötzlich ein Problem, dass wir nicht mehr so können, wie wir es bisher konnten. Stellen Sie

sich vor, Sie sind in einen Nagel getreten oder irgendetwas in Ihrem Garten, und sollen sich jetzt bewegen. Sie haben ein Bewegungsproblem. Wie einschränkend das schon ist, und wenn Sie das übertragen auf einen älteren Menschen vorstellen: Das bringt erhebliche Probleme mit sich, wenn man sich nicht mehr so rühren kann wie gewohnt.

Körperliche Veränderungen: Schwierigkeiten beim Essen entstehen. Sie werden feststellen, dass häufig neue Bewohner irgendwie „Brei-Diabetiker“ oder „Dryson and Brei Dietiker“ sind. Sie essen häufig ganz seltsame Sachen, viele, viele Sachen immer gleich. Wir stellen bei *apetito* auch fest im Bereich Essen auf Rädern, dass es Bewohner oder beispielsweise Kunden gibt, die immer wieder das Gleiche bestellen, ganze Kisten voll mit demselben Hackbraten beispielsweise. Immer acht Stück für die Woche, immer der Hackbraten. Also eine sehr einseitige Ernährung, was möglicherweise mit entsprechenden Veränderungen zu tun hat, weil man nicht mehr kauen kann, weil man nicht gut schlucken kann oder weil man auch vielleicht auf Grund psychischer Probleme dort Ängste entwickelt hat gegenüber dem Essen.

Die geistige Verfassung kann auch nachlassen.

Die finanziellen Probleme: Die Diskussion rund um jetzt Hartz IV ist ja das eine Thema, aber das andere sind Rententhemen. Jedesmal in der letzten Zeit, wenn es zu Diskussionen über die sogenannte Rentenkürzung kam, haben wir das an den Umsatzzahlen messen können. Plötzlich haben die Kunden, unsere Partner aus den Wohlfahrtsverbänden, dann nicht mehr so bestellt. Man hat dann statt vier Mal die Woche nur noch drei Mal die Woche ein Essen haben wollen oder statt fünf Mal nur noch vier Mal. Die Reaktion ist recht kurzfristig und sofort gewesen. Also wir stellen da schon fest: Finanzielle Probleme sind gerade im Hin-

blick auf die Quasi-Ausgeliefertheit an die Rentenkasse Dinge, die die Menschen drücken.

Dann kommt ein Heimeinzug. Das Problem: Was mache ich mit meinem Häuschen? Was ist mit meinem Vermögen? Jetzt muss ich alles aufgeben. Ich wollte doch etwas vererben. Diese ganzen Dinge können zu Problemen führen, die auf den Appetit schlagen und dann zu Veränderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme führen.

Der Bedarf wird aber dadurch nicht gedeckt. Es kommt zu zu wenig Flüssigkeitsaufnahme, zu zu wenig Nahrungsaufnahme. Der Ernährungszustand verändert sich, das Körpergewicht verändert sich und die Abwehrkräfte werden schwächer, sodass Krankheiten gehäuft auftreten können.

In dem Buch „Ernährungsrisiken“ von Dr. Doris Becker, das beim Vincentz-Verlag erschienen ist, ist unter anderem auch der Zusammenhang von Gewichtsabnahme und Wieder-Zurückkehren des Gewichtes dargestellt. Es gab eine Untersuchung in den USA. Dort wurden 30-40jährige dazu aufgefordert, 10 Kilo abzunehmen, und es wurden 60-70jährige aufgefordert, 10 Kilo abzunehmen innerhalb einer bestimmten Zeit. Das haben sie auch problemlos geschafft. Dann waren sie aufgefordert, so schnell wie möglich diese 10 Kilo wieder zuzunehmen. Es hat bei den Mittelalten nicht lange gedauert, dann hatten sie das Gewicht wieder drauf. Bei den Senioren hat das ewig gedauert. Also Menschen, die einmal in einen Mangelernährungszustand hineingeraten, ist die Aussage dieser Studie, haben große Probleme, da auch wieder herauszukommen. Insofern macht es Sinn, dem schon vor den ersten Anzeichen entgegenzuwirken und es gar nicht erst zu einem Mangelernährungszustand kommen zu lassen.

Es gibt praktische Hilfsmittel, von denen Sie vielleicht auch schon gehört haben. Die Braden-Skala ist, glaube ich, im pflegerischen Bereich sehr bekannt. Das Mini Nutritional Assessment ist bekannt geworden durch diese Grundsatzstellungnahme des MDS. Es gibt einen Ernährungsstatus-Bogen der Firma abbott. Es gibt eine Ernährungsrisiko-Skala nach Lewis, und es gibt eben die „Qualitätssicherung Essen und Trinken im Alter“.

Ich stelle sie auch deswegen dar, damit Sie einen Überblickdarüber bekommen, was es noch gibt.

In diesem gerade erwähnten Buch „Ernährungsrisiken“ von Doris Becker sind diese und verschiedene andere Instrumente zur Bestimmung des Ernährungszustandes nicht nur dargestellt, sondern auch miteinander verglichen und bewertet, sodass Sie dort auch einen Überblick gewinnen können. In „Heim aktuell“ ist ebenfalls ein Artikel erschienen, in dem Sie nachlesen können zum Thema Ernährungsanforderungen und insbesondere zur Praktikabilität. Das ist nämlich der wesentliche Unterschied bei diesen verschiedenen Ansätzen: Die Praktikabilität dieser verschiedenen Instrumente.

Ziele unseres Ansatzes „Qualitätssicherung Essen und Trinken“ ist es, Mangelernährung zu erkennen, zu vermeiden und, wenn sie vorhanden ist, zu verbessern und die Wirksamkeit regelmäßig zu prüfen und zu dokumentieren.

Mangelernährung ist möglicherweise auch ein Thema, das Sie importieren in den Pflegeheimen. Aus der ambulanten Pflege her-

Marktplatz Altenpflege

Qualitätssicherung Essen und Trinken

Ziele beim Einsatz des Qualitätssicherungskonzeptes sind,

- Mangelernährung zu erkennen
- Mangelernährung zu vermeiden
- Mangelernährung zu verbessern
- Wirksamkeit regelmäßig zu prüfen und zu dokumentieren

Marktplatz Altenpflege

aus kommend, von zu Hause kommend, aus dem Krankenhaus kommend ist Mangelernährung möglicherweise bei dem neuen Bewohner sozusagen schon „im Paket dabei“. Das zu erkennen, das sofort aufzunehmen und die entsprechenden Maßnahmen zu ergreifen, das ist ein wesentlicher Teil dieses Hilfsmittels, das sehr einfach aufgebaut ist.



apetito

Die erste Frage ist die: Wo liegt der Body Maß Index (BMI)? In der Zusammenarbeit mit der Frau Dr. Volkert haben wir definiert, wo Mangelernährung anfängt, unter der Vorgabe, dass wir gar nicht erst einen Zustand tolerieren wollen, der unter dem Wert liegt, der wissenschaftlich festgelegt ist und bei 18,5 liegt. Da haben wir gesagt, suchen wir einen Wert, der deutlich darüber liegt, um Möglichkeiten zu nutzen, einen Zustand zu erkennen und den dann entsprechend zu behandeln. Wir haben in dem Konzept eine BMI-Tabelle hinterlegt, mit der der Gewichtsstatus sehr schnell zu erfassen ist.

In unserem Test mit 780 Bewohnern in sieben Einrichtungen haben wir festgestellt, dass etwa 33 Prozent der Bewohner tatsächlich ein Body Maß von unter 22 hatten. Das ist ja eine interessante Zahl,

denn die Zahl bezieht sich tatsächlich auf eine relativ realistische Größenordnung. Puseck zum Beispiel, der sich immer wieder damit beschäftigt, sieht Zehntausende in den Heimen in Deutschland an Hunger sterben. Manchmal ist das auch so, dass, wenn man den BMI entsprechend hoch setzt, dann eben mehr Leute mangelernährt sind. Das ist dann auch eine Frage der Definition.

Wir haben also die 22 als den kritischen Punkt definiert und haben dann verschiedene Maßnahmen zu veranlassen, wenn der BMI darunter liegt. All die Leute von den 780 Testpersonen, die unter 22 waren, wurden dann mit einem Fragebogen zum Thema Ernährungsrisiken und Ernährungsverhalten befragt, wobei diese Fragen so gestaltet sind, dass sich daraus immer auch sofort pflegerische Maßnahmen ergeben. Eine dieser pflegerischen Maßnahmen ist zum Beispiel eine Mitteilung an die Küche, und das ist das Besondere an diesem Konzept, dass ein Ernährungsplan durchgeführt werden soll, zum Beispiel eiweißreiche Kost. In der Küche, und das ist das Praktikable daran, liegen die Rezepte für eiweißreiche Kost vor. Die sind nämlich in dem System schon gleich mit drin. 89 Rezepte, die alle kalorienbewertet sind, die sämtliche Nährstoffe benennen und so hinterlegt sind, dass sie sehr schnell und einfach umzusetzen sind.

Die Maßnahmen, zum Beispiel bei Schluckbeschwerden, bestehen darin, auch einmal zu schauen, ob es Entzündungen und ähnliche Dinge gibt, aber auch darin, möglicherweise passierte Kost anzubieten.

Die Dokumentation findet statt über den Einsatz von entsprechenden Dokumentationsbögen. Wir haben, das ist vielleicht für Sie ganz interessant, seit letzter Woche eine Kooperation gegründet mit Dan Produkte. Das ist ein Unternehmen, das Ihnen möglicherweise bekannt ist im Bereich Pflegedokumentationssysteme. Deren Formularwelt wird in Zukunft das System so abbilden, dass es problemlos miteinander kompatibel ist und Sie keine Parallelstruktur brauchen. Wenn Sie also Dan Produkte benutzen, haben Sie das Instrument mit den Rezepten praktisch parallel dazu zur Hand und können das direkt einsetzen.

Ich will noch einmal ganz deutlich sagen: Es ist nicht erforderlich, deswegen mit *apetito* zusammenzuarbeiten. Sie können dieses Instrument erst einmal so nutzen.

Das ist jetzt dieser Gewichtsstatus. Das ist vielleicht noch einmal ganz interessant: Mit steigendem Alter verändert sich die Größe des Body Mass Index, die dort bewertet wird. Bei jüngeren Menschen ist der wünschenswerte BMI im Alter von 19 bis 24 zwischen 19 und 24, bei älteren über 65 dann zwischen 24 und 29. Allerdings, durch die Veränderung des Körperbaus, den Verlust von schwerer Muskelmasse und so weiter, sagt Frau Volkert, sei 22 ein Wert, der den Risikobereich adäquat benennt.

Das ist einer dieser Fragebogen. Das sind insgesamt 13 Fragen, und jede dieser Fragen, wenn sie adäquat beantwortet wird, führt zu einer Maßnahme und führt dazu, dass Handlungen erforderlich sind. Es gibt keine Punktwertsysteme oder ähnliches.

Was ist alles in diesem Konzept enthalten? Es ist eine BMI-Tabelle beziehungsweise so ein Schieber enthalten. Dieser Schieber ist übrigens ganz häufig, 1.500 Mal, von MDKs abgerufen worden. Der kann Ihnen also auch auf der Seite der MDKs begegnen. Die fanden das Ding irgendwie gut, weil da die wesentlichen Anforderungen beziehungsweise Daten mit darauf stehen. Es sind die beiden Fragebogen darin, die hier leider nicht so gut zu sehen waren, und es sind Tipps für Rezepte für energiereiche Mahlzeiten/Getränke darin, für die Zubereitung von Suppen, Soßen, Speisen, Anreicherungstipps und so weiter. Darüber hinaus gibt es noch wichtige Infotexte.

Zum Beispiel auf eine Sache möchte ich gerne hinweisen: Arzneimittel und Ernährung. Welche Arzneimittel haben Auswirkungen auf die Resorption von Nahrung. Das ist auch ein Punkt, an dem wir sehr lange diskutiert haben. Ist es denn nötig, dass wir sagen, ab drei Tabletten oder Medikamenten, die genommen werden, muss man darüber nachdenken? Nein, eigentlich ab jedem Medikament, denn es muss nur das richtige oder das entsprechend falsche sein, dann tritt ja schon ein Problem auf. Es ist immer zu schauen, welche Medikamente genommen werden und Einfluss nehmen.

Soweit zum Thema „Qualitätssicherung Essen und Trinken“.

Vielleicht wäre noch die Frage zu beantworten: „Wie kann ich das Paket bekommen?“ Es ist ganz einfach: Rufen Sie in Rheine an und lassen Sie es sich zuschicken. Es kostet eine Lizenzgebühr von 50 Euro. Dann erhalten Sie eine CD, zwei Booklets und Vordrucke. In Zukunft erhalten Sie dann für dasselbe Geld auch gleich von Dan Produkte die Pakete mit den entsprechenden For-

BMI in Abhängigkeit vom Alter

Alter	Wünschenswerter BMI* (kg/m ²)	Risikobereich der Mangelernährung
19-24	19-24	< 18
25-34	20-25	< 19
35-44	21-26	< 20
45-54	22-27	< 21
55-64	23-28	< 22
≥ 65	24-29	< 22

Im Alter ab 75 Jahren geht der BMI wieder zurück. Daher ist bei Senioren der BMI-Wert von 22 als erster Maßstab zur Beurteilung des Risikos einer Mangelernährung anzusetzen (Volkert, 2002)

* National Research Council, 1999
Diet and health: Implications for reducing chronic disease risk. National Academy Press, Washington DC, 563-693

Qualitätssicherung Essen und Trinken

Das Konzept „Qualitätssicherung Essen und Trinken im Alter“ bietet umfangreiches Material zur Erfassung, Bewertung und Verbesserung des Ernährungszustandes von Senioren.

- Ernährungszustandsbestimmung mit
 - > BMI-Tabelle Gewichtsstatus
- Fragebogen zur Erfassung von Ernährungsproblemen
 1. „Ernährungsrisiken“, z.B. Kau- und Schluckbeschwerden
 2. „Ernährungsverhalten“, z.B. täglich warme Mahlzeit
- Tipps und Rezepte für energiereiche Mahlzeiten/Getränke
 - > Zwischenmahlzeiten (Breis, Pudding, Quark u.a.)
 - > Getränke (Milchmix, Obst-, Gemüsesäfte)
 - > Zubereitung von Speisen (Suppen, Soßen, Breis u.a.)
 - > Mittagessen (konventionell, Multi Plus)

Zusätzliche Materialien

Das Konzept „Qualitätssicherung Essen und Trinken im Alter“ bietet zusätzlich umfangreiches Material bzw. Literaturhinweise:

- > Infotexte
 - > Mangelernährung im Alter
 - > Konsequenzen der Fehlernährung
 - > Arzneimittel und Ernährung
 - > Flüssigkeitsbedarf im Alter + Trinkplan
- > Literatur zur Mangelernährung

mularen mitgeschickt, sodass Sie dort also alle Dinge, die Sie brauchen, direkt bekommen.

Diabetes im Alter

- „Diabetes im Alter“ ist die neue apetito Ernährungslösung für Senioreneinrichtungen, die voll mit der Qualitätssicherung Essen und Trinken im Alter abgestimmt ist.
- „Diabetes im Alter“ bietet den Verantwortlichen abgestimmte Handlungshilfen, die sie befähigen, mit geringem Aufwand eine „sichere Diabeteskost“ in die Praxis umzusetzen.
- Mit dieser Ernährungslösung engagiert sich apetito wiederum für eine gesunde und bessere Verpflegung der Senioren in den Einrichtungen bei gleichzeitig mehr Lebensqualität

Die Ernährungslösung „Diabetes im Alter“.

Diabetes im Alter ist ein Thema, auf das immer wieder und auch sehr stark von den Medizinischen Diensten geachtet wird. Das wissen Sie sicher, und es ist gleichzeitig ein Thema, wo sehr viel Wissen, Halbwissen oder auch Nichtwissen vorhanden ist. Das geht in der Küche los, setzt sich in der Pflege fort, endet aber auch nicht beim Arzt. Da gibt es sehr viele Diskussionen, und es gibt solche Dinge wie BE-Festlegungen von 10 BE bis zu 28 BE. Das ist bis jetzt der höchste BE-Wert gewesen, den ich gehört hatte. Ich bin Diabetiker, und da ist die Frage: Wie kann

man da Fachlichkeit und einen Standard hineinbringen?

Wir haben das gemacht, indem wir ein System entwickelt haben, das sämtliche heute dem Stand der Ernährungswissenschaft entsprechenden Faktoren zusammenzieht, und haben dann ein Konzept aufgebaut, das die zentralen Fragen beantwortet. Zunächst einmal haben wir eine

Richtlinie für Diabetes-Kost entwickelt. Die ist in diesem Paket enthalten. Sie haben bei 'Diabetes-Diagnose' einen Fragebogen dargestellt, der dem Arzt gegeben wird. Wir haben eine Übersicht der Diabetiker als Formular hinterlegt. Tagespläne mit 12, 15 und 18 BE. 12, 15, 18 BE ist international der Standard, wie Diabetiker versorgt werden sollen. Das ist bei 12 derjenige, der ein bisschen abnehmen soll, bei 15 der Normalgewichtige, der sein Gewicht halten soll, und bei 18 derjenige, der zunehmen soll.

Heute findet man aber unterschiedlichste BE-Formen, was ja auch die Versorgung schwierig macht für die Mitarbeiter im Pflegebereich oder die, die ausgeben, weil man dann möglicherweise eben 12 und dann vielleicht 13 und dann wieder 14 BE ausgeben soll, je nach Arzt. Ein Bestellformular für Diabeteskost ist auch mit dabei.

Schritt für Schritt zur sicheren Lösung



Sichere und qualitativ hochwertige Verpflegung bei Diabetes im Alter **apetito**

und dann wieder 14 BE ausgeben soll, je nach Arzt. Ein Bestellformular für Diabeteskost ist auch mit dabei.

Bausteine der Ernährungslösung Diabetes im Alter



apetito

Das spezifische Menüangebot, das von uns angeboten wird, beinhaltet sämtliche Menü-Komponenten, exakte BE-Angaben und entsprechende Rezepte. Aber das System können Sie auch nutzen, ohne mit apetito zusammenzuarbeiten,

Wir haben jetzt auch in dem Test festgestellt, wenn wir einem tradierten Diabetiker Zucker geben – nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist das möglich –, dann verweigert er das Essen. Das ist ein Problem. Also haben wir gesagt, o.k., lassen wir das so, wie es ist, und handeln so, wie der Kunde es will. Wir werden weiterhin zuckerfreie Lebensmittel empfehlen. Es sei denn, der Betreffende sagt, „ich mache das“. Da kann

man ja fragen. Vielleicht will er ja gerne einen eingerührten Zucker essen.

Wir haben Instrumente hinterlegt: die Richtlinie, Fragebogen, die BMI-Tabelle, eine Blutzucker-Dokumentationstabelle, eine Übersicht über die Diabetiker, das Bestellformular für die Diabeteskost an die Küche, damit dort auch eine entsprechende Dokumentation stattfinden kann, und ein Formular zur Ablehnung der BE-Verordnung. Es kommt ja häufig vor, dass Bewohner das ablehnen. Sie stehen dann da und haben irgendwie den Druck, eigentlich etwas machen zu müssen, aber der Patient lehnt ab. Dann muss eben unterschrieben werden.

Da sind Speisepläne drin, Möglichkeiten, wie man BE schöpfen kann. Es sind Tagesvorlagen enthalten für den gesamten Tag. Vollkost für die Tagespflege können wir auch anliefern, und Informationen für die Pflege, Hauswirtschaft, Küche zum Thema Diabetes. Es gibt auch einen noch nicht verabschiedeten Qualitätsstandard für Ärzte zur Versorgung von Diabetikern, den haben wir mit hineingenommen. Der ist in einer Kommission – ich habe leider vergessen, wie sie heißt – noch in der Diskussion. Aber er soll in der Form in etwa verabschiedet werden. Das endgültige Papier werden wir dann nachliefern, aber es gibt auch auf Seiten der Ärzte inzwischen den Zug dahin, das zu standardisieren.

Eine Information an die Bewohner. Was passiert hier mit Ihnen? Warum? Wieso? Weshalb? Was ist Ihre Rolle dabei? Und natürlich auch eine Information an die Angehörigen.

Die Reaktion vieler, die das Konzept gesehen haben in den Tests – auch wieder über 700 Testpersonen in stationären Einrichtungen, wir haben es übrigens beides auch im ambulanten Bereich getestet – war die, dass die Angehörigen, die auch Diabetiker sind, plötzlich kamen und Informationen haben wollten, weil sie gemerkt haben, dass da irgendwie plötzlich Fachlichkeit ist. Sie haben plötzlich Fragen gestellt, sodass wir inzwischen in Schulungen die Unterstützung anbieten, für Angehörige so eine Veranstaltung zu machen, um dann in der Weise der Einrichtung auch noch ein Stück weit einen Service zu bieten.

Für all das gibt es jeweils Schulungen, Trainings. Ihre Mitarbeiter und Sie selber können sich dort informieren. Für den allgemeinen Trainingsbereich: Kennenlernen des Konzeptes, intensiv etwas hören über seniorengeeignete Ernährung, über die Fragen rund um Mangelernährung, über die Fragen Diabetes jeweils drei Stunden, die wir durchführen können. Hausindividuell oder auch für größere Bereiche. Es gibt dann noch Schulungen, die wir in-house im Hinblick auf die Umsetzung anbieten, also Planung, Entwicklung und so weiter, wo es mehr um Coaching im Rahmen von Qualitätsmanagement geht.

Die Ernährungslösung „Diabetes im Alter“ ist das weitreichendste Instrument zur Erfassung, Bewertung und Verbesserung der Versorgungssituation von Diabetikern, das derzeit bekannt ist. Wir haben es auf den Markt gebracht. Auch das können Sie kaufen, unabhängig von einer Zusammenarbeit mit apetito. Auch hier wieder einfach in Rheine anrufen und dort nachfragen.

Nach diesem Projekt mit Dan Produkte zum Thema „Qualitätssicherung Essen und Trinken“ und Mangelernährung werden wir das Thema Diabetes angehen, um die Formulare auch dort zu implementieren.

Noch einmal zum Thema „Qualitätssicherung Essen und Trinken“: Im Bereich ambulanter Versorgung haben wir das ebenfalls aufgebaut und haben es dort aber hinterlegt mit Warenkörben, die Sie ganz normal im Laden kaufen können. Darin finden Sie dann nicht irgendwie einen tollen Sanddornmilchmix, sondern es steht dort, dass Sie von Müller-Milch

Marktplatz Altenpflege

Marktplatz Altenpflege

das und das Produkt kaufen sollten in der und der Größe mit soundso viel Gramm. Dort sind dann Dr. Becker-Säfte genannt etcetera, sodass also ein ganz normaler Einkauf im Einzelhandel die Möglichkeit gibt, das Konzept auch im ambulanten Bereich umzusetzen.

Haben Sie noch Fragen?

Schlussbemerkungen

- Pflegeeinrichtungen sehen sich einer Vielzahl von Anforderungen unterschiedlichster Herkunft und Art gegenüber.
- Die Umsetzung der Anforderungen, z. B. der Grundsatzstellungnahme des MDS, erfordert einen ungeheuren Aufwand und ist deshalb zeitintensiv.
- Mit standardisierten und getesteten Instrumenten kann die Installation sehr schnell erfolgen.
- Viele Einrichtungen nutzen die vorgestellten Instrumente als Vorlage für die eigene Weiterarbeit.
- Beide Ernährungslösungen sind frei erhältlich und bedingen nicht die Zusammenarbeit mit *apetito*.
- *apetito* bietet zusätzlich Schulungen und Beratungsleistungen bis hin zur umfassenden Organisationsberatung an, mit denen die Instrumente eingeführt werden können.

apetito

Fragen

Fragestellerin: (unverständlich, weil ohne Mikrofon)

Oberle: Zunächst einmal dazu: Theoretiker sind wir nicht. Wir sind in Einrichtungen gegangen. Wir haben bei der „Qualitätssicherung Essen und Trinken“ mit den Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten dieser zehn Einrichtungen zusammengearbeitet. Im Fall der Diabetes-Geschichte haben wir das ebenfalls gemacht. Da waren es allerdings leider nur sieben Einrichtungen, nicht zehn, die dort mitgemacht haben. Wir

sind selber vor Ort gewesen. Auch ich war vor Ort, habe mir das angeschaut, wie das geht. Das Ziel dieser Instrumente ist es ja, Ihnen die Arbeit zu erleichtern, etwas anzubieten, was Sie sozusagen aus der Pflegedoku sofort umsetzen können, ohne lange vorher irgendwelche Erhebungen durchzuführen und sich kundig zu machen. Was ist denn jetzt überhaupt die Anforderung? Sondern all das ist im Grunde genommen da schon hineingepackt worden. Sie müssen im Grunde genommen nur noch anwenden, was Ihnen dort vorgegeben wird. Das zu dem einen Punkt.

Der andere Punkt ist: wirtschaftlicher Druck. Der ist gegeben. Da gebe ich Ihnen Recht. Deshalb ist es aber trotzdem erforderlich, sich Gedanken darum zu machen, den Bewohner einwandfrei zu ernähren beziehungsweise einwandfrei zu pflegen. Das ist ja die Verpflichtung, die Sie haben, die wir haben, auch im Hinblick auf Hygiene, und da muss man sehen, wie man sich mit einfachsten Mitteln und strukturierten Mitteln da hilft. Wir haben beide Systeme, auch das Qualitätsmanagement, in der letzten Zeit, gerade in diesem Jahr, sehr häufig eingeführt. Das führt zu einer Entspannung und Erleichterung bei den Mitarbeitern. Klar, am Anfang ist es Stress.

Herr Fiedler: Wenn ich da vielleicht ganz kurz etwas dazu sagen darf: Die Leute, die Sie Theoretiker nennen, zumindest gilt das für die RECOM GmbH, sind alles einmal Praktiker gewesen. Sie kommen ausnahmslos aus der Pflege, und ich möchte den Kollegen da einfach noch einmal bestätigen. Das ist schon so. Die Instrumente, die wir entwickeln, sind natürlich aus Sicht der Pflegenden gemacht, sollen eine Erleichterung bieten und das auch realisieren. Für den Bereich Pflegeplanung zum Beispiel sollen Sie natürlich weniger Zeit aufwenden können bei einem deutlich besseren Ergebnis.

Wenn Sie da Zweifel haben, kommen Sie gerne noch einmal vor an den Stand. Dann zeige ich Ihnen das auch. Damit sollen sich die Kosten nicht nur amortisieren, sondern Sie sollen deutlich weniger Kosten haben im Schnitt. Wenn man das nicht realisiert, hat man auch überhaupt kein Verkaufsargument. Verstehen Sie? Schauen Sie es doch einfach nachher noch einmal an. Ich zeige es Ihnen gerne.

Frau Kritzel: Herr Oberle, ich habe im Internet über ein Projekt von Ihnen gelesen. Da geht es um vergnügliches Essen aus den 50er Jah-

ren für Senioren. Wir machen ja alle Biografiearbeit. Ich wollte wissen, was sich dahinter verbirgt.

Oberle: Das ist aber toll. Daran hatte ich überhaupt nicht gedacht.

Die 50er Jahre-Aktion. Die Idee, die dahinter steht, ist: Wir suchen ja immer nach neuen Produkten, insbesondere auch im Bereich Seniorenernährung, weil apetito ja ein spezielles Senioren-Sortiment bietet. Da geht es auch immer darum: Was haben die Leute denn früher immer so gegessen? Da kam dann in so einer Runde die Idee: Wann waren die denn jung? Die 50er Jahre waren die Zeit, in der die Leute, die heute häufig im Pflegeheim sind oder demnächst dahin kommen werden, jung waren. Das sind nicht die Jungen, die Rock'n Roll gehört haben, sondern es sind die Nachkriegsgenerationen, die den Bert Wendland gehört haben, Rudolf Schock oder Cornelia Froboess, der Blaue Bock oder Heinz Mägerlein „Was Sie wissen, was Sie wissen sollten“. Das waren Themen, die damals aktuell waren.

Wir haben uns dann zusammengesetzt und haben überlegt, wie man das irgendwie fassen kann, und haben ein Konzept ausgearbeitet. Das 50er Jahre-Vergnügungskonzept, das ergänzt wird mit einem Sortiment von leckeren Mahlzeiten. Sechs Menükomponenten kann man kombinieren.

In diesem Konzept sind enthalten: Einmal ein Film „Wenn der Vater mit dem Sohne“ mit Heinz Rühmann, dann ein Ratespiel „Was Sie wissen, was Sie wissen sollten“, Heinz Mägerlein so ein bisschen nachgemacht. Dann ist drin ein Erinnerungsspiel, das mit 50er-Jahre-Symbolen arbeitet. ... Dann ist drin eine CD mit, ich glaube, 40 Hits der 50er Jahre, sehr spannend. Extra neu aufgenommen für unsere Kunden. Es sind dann noch verschiedene Deko-Materialien und ein weiteres Brettspiel drin, in dem es auch um Fragen geht, die beantwortet werden sollen, sodass da viele Anregungen sind, neben dem Ernährungsbereich eben auch einen sonstigen Event im Haus zu starten.

Wir haben jetzt erste Rückmeldungen bekommen von Kunden, die das gemacht haben. Die haben dann Dinge gemacht wie beispielsweise eine Karaoke-Show mit Kostümen aus den 50er Jahren. Die haben sich Autos und alte Trecker aus den 50er Jahren auf dem Land besorgt und haben die dort ausgestellt. Es wurden Tanztees durchgeführt und dann entsprechend die Jakob-Sisters imitiert. Etcetera. Also vielfältige Idee sind da geflossen. Das ist ein ganz spannendes Produkt. Das ist seit drei Monaten draußen. Wir sind eigentlich im Moment ausverkauft. 1500 hatten wir gemacht und die sind weg. So schnell ging das eigentlich noch nie mit irgendetwas. Ein sehr spannendes Ding. Wir legen das jetzt wieder auf. Es kostet auch wieder einen Einheitspreis: 50 Euro. Das passt ja auch: 50er Jahre, 50 Euro.

Marktplatz Altenpflege

Weitere Informationen:

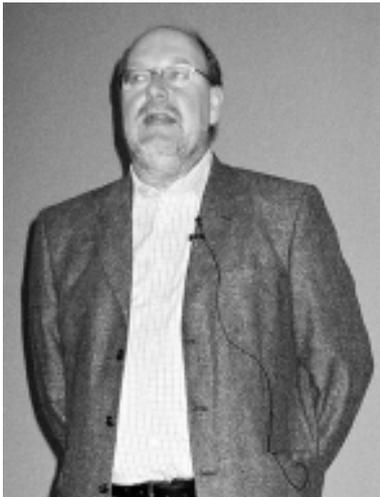
apetito RVS GmbH & Co. KG

Bonifatiusstraße 305
D-48432 Rheine

Telefon 0 59 71 / 7 99 98 05
Fax 0 59 71 / 79 97 07

eMail Ralf.Oberle@apetito.de

www.apetito.de



QgP-Qualität entwickeln und transparent machen

Die Bedeutung von QM in der Zusammenarbeit mit anderen Diensten

Dr. Joachim F. W. Müller,
Büro für Beratung, Hamburg

Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen, aber auch im Zusammenhang mit dem SGB XI, in den Pflegeeinrichtungen, geht davon aus, dass die Zusammenarbeit der beteiligten Professionen und Institutionen verbesserungswürdig ist, dass dieses Zusammenwirken suboptimal ist, also nicht optimal ist und außerdem zu hohe Kosten verursacht.

Also wenn wir uns über Zusammenarbeit, Kooperation, Integration Gedanken machen müssen, dann muss das, was da passiert, auf der einen Seite einen zusätzlichen Effekt für den Pflegebedürftigen, für den Betroffenen haben, und zweitens müssen die Kosten möglichst gesenkt werden – das ist das Ziel. Die Krankenkassen, die Pflegekassen als Finanziere des Systems und natürlich auch die Kommunen sind dann interessiert, dass sich Verbesserungen für den Patienten, den Kunden auch kostensenkend für das Gesundheitswesen auswirken.

Diese Hauptmotivation in der Zusammenarbeit - zunächst einmal aus Sicht des Kunden - muss man berücksichtigen.

Der Betroffene, der Kunde des Gesundheitswesens, erwartet eine dem Problem angemessene Betreuung und Versorgung, die sich letztlich durch eine enge Kooperation der Professionen realisieren lässt. Aber von dieser Kooperation zum Wohle des Patienten und Pflegebedürftigen sind wir häufig weit entfernt. Fehlende Informationen, Doppeluntersuchungen, nicht vorhandene Medikamente – alles Anzeichen für den Kunden, dass das System nicht optimal funktioniert. Heilung und Besserung tritt womöglich nicht ein, es entstehen die sog. Drehtüreffekte – der Kunde wird unnötig zwischen den Institutionen hin- und hergeleitet.

Qualität aus Sicht des Kunden: Versorgungspfad durch Kooperation der Partner



Im positiven Sinne gibt es dann den berühmten Begriff des Versorgungspfads, der letztendlich statt der Drehtüreffekte dazu führen muss, dass die Betreuung und Lebensqualität in solchen Krisensituationen, ob es nun Akutsituationen sind oder ob es chronische Profile sind, die dort zur Bearbeitung anstehen, durch ein abgestimmtes Miteinander der Leistungserbringer zu einem erfolgreichen Ineinandergreifen der Leistungen führt, also zu einem sog. Versorgungspfad wird.

Daran müssen in beiden Leistungsbereichen, ob nun im SGB V-Bereich oder im SGB XI-Bereich, unterschiedliche Partner mitwirken, damit es gut läuft. Sie kennen alle aus Ihrem alltäglichen Geschäft sicherlich im Zusammenhang zwischen diesen beiden Systemen das Problem der Schnittstellen in Über-

leitungssituationen. Wir haben das Problem, dass unterschiedliche Sprachen gesprochen werden in unterschiedlichen Diensten. Wir haben eben hier gehört, dass 25 Einrichtungen erfolgreich zusammenarbeiten. Es wurde hier in dem Modellprojekt aus Cottbus betont, wie schwierig es ist, eine Sprache zu sprechen und einen Versorgungskreislauf aufrechtzuerhalten, der ohne Qualitätsverlust an unterschiedlichen Stellen ablaufen kann und der vielleicht eher dadurch, dass eine Zusammenarbeit der Dienste zu einer Optimierung und zu einer Sicherung der Qualität beiträgt.

Rolle der QgP

Nun wissen Sie ja als QgP-erfahrene Einrichtungen, dass die QgP auf verschiedenen Wegen versucht, Qualitätsinstrumente zur Qualitätssicherung zu entwickeln, die in den Diensten Einfluss entfalten. Zum einen wissen Sie, dass das Qualitätshandbuch, die Arbeit mit Qualitätsbeauftragten, die Beschreibung von Leistungsstandards und die Erarbeitung von Verfahrensanweisungen dazu beitragen können, Qualität zu definieren, in Ihren Einrichtungen dafür Sorge zu tragen, dass interne Abläufe optimiert werden können. Das damit eindeutig festgelegt ist, wie Verantwortung und Prozesse gestaltet werden sollen.

Auf der anderen Seite existieren eine Vielzahl der Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, über die wir gestern und heute hier gehört haben, die in ihrer Region als mögliche Partner für eine Zusammenarbeit in Frage kommen. Es stellt sich da die Aufgabe und Frage, ob in der Zusammenarbeit eindeutige Verfahrensweisen abzustimmen sind und man zu einer fachlichen Gemeinsamkeit finden kann, den Versorgungspfad für den Kunden zu ebnet. Wir haben von Herrn Melchert von den Sana-Kliniken, aber auch von anderen, gehört, dass die Chance der Kooperationsmodelle, ob nun Integrierte Versorgung oder niedrigrschwelligere Kooperationsansätze, darin liegt, dass der Kunde, der Patient, aber auch der Kostenträger erwarten kann, dass hier gemeinsame Wege gegangen werden und dass man sich gemeinsam auf beiden Seiten der entstehenden Partnerschaften auf Qualitätsstandards für die Versorgung einigt.

Damit bekommt das Qualitätsmanagement, das bei Ihnen im Entstehungsprozess ist, eine Bedeutung in dem Zusammenspiel mit einer anderen Partnerinstitution. Denn dieser Partner, je nachdem, wie seine Qualität entwickelt ist, wird sich ja fragen: Arbeite ich mit jemandem zusammen, der noch am Nullpunkt seiner Qualitätsentwicklung steht, oder gibt es dort schon bestimmte Erfahrungen und Vorarbeiten für die Qualitätssicherung der Leistung?

Beispiele der fachlichen Zusammenarbeit

Ich möchte einmal Beispiele aufführen, die eine Rolle spielen könnten, wenn man über Regionale Versorgungsnetze, über Regionale Zusammenarbeit nachdenkt und sich fragt: Haben wir da Ansatzpunkte mit-

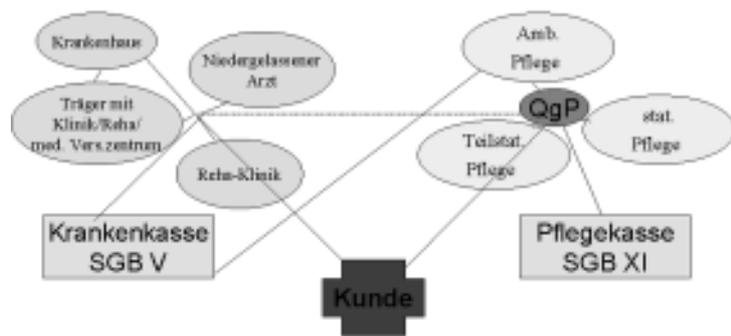
QgP-Qualität entwickeln

Rolle der QgP

Die Bedeutung des QM in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen



QgP-Mitgliedseinrichtungen: Partner für Qualität im Sozial- und Gesundheitswesen



Beispiele der fachlichen Zusammenarbeit

QgP-Qualität entwickeln

einander, wo wir zu gemeinsamen Abläufen, zu gemeinsamen Standards oder Verfahrensweisen mit anderen Institutionen kommen können?

Das ist zum Beispiel der Bereich Überleitung und Entlassung. Dieses Thema will ich noch einmal ein bisschen vertiefen.

Es gibt in einigen Modellprojekten den Versuch, bestimmte Dokumentationsformen zu entwickeln – z.B. ein sogenanntes Formblatt 'postklinischer Versorgungsbedarf' - um zu definieren, welche Leistungen und welche Erwartungen auf das nachsorgende Einrichtungs- und Versorgungsnetz zukommen. Es wird sicherlich notwendig sein, Zeit und Kommunikation zu investieren, wenn man über gemeinsame Qualität und Standards sprechen will. Schon Herr Melchert nannte das Stichwort: Das Wichtigste ist, miteinander zu sprechen, miteinander in Kontakt zu kommen. Das wurde, glaube ich, auch in dem Bericht aus Cottbus noch einmal ganz gut deutlich.

Zum nächsten Beispiel: auch die Fort- und Weiterbildung zu pflegerischen Fragen, aber auch zu organisatorischen Standards, die in der Zusammenarbeit zu entwickeln sind, als Schnittstelle und als Kontaktmöglichkeit zur Entwicklung gemeinsamer Fachlichkeit wird ihre Bedeutung haben.

Wenn man sich weiter im Versorgungsnetzwerk entwickelt und wenn man sich über Personalqualität und das Management von Personal in den beteiligten Einrichtungen Gedanken macht, dann sind Überlegungen und Ansätze nur folgerichtig, die zu dem Schluss kommen: Wir müssen vielleicht auch über gemeinsame Personalressourcen sprechen, die man nutzen und austauschen kann in der Altenpflege, aber auch mit der Klinik zusammen. Das war auch gestern ein Thema von Herrn Werner in seinem Bericht aus der Ostprignitz.

Und wenn wir über Qualität sprechen, dann geht es auch immer darum, den Nutzer dieses Gesamtsystems, den Kunden, zu informieren und ihm Möglichkeiten zu geben, auf unsere Leistung zu reagieren, uns Anregungen, Kritik etc. zukommen zu lassen.

Alles das sind Möglichkeiten, sind Ansätze, um Qualitätssicherung zwischen Einrichtungen in einem Netzwerk zu entwickeln und miteinander in Kontakt zu kommen, wenn man sich die Bedürfnisse aus der Kundensicht noch einmal vor Augen führt. Partnerschaften zu entwickeln, die letztendlich dem Kunden zugute kommen müssen, dies wird ein zentrales Ziel der nächsten Monate, wenn nicht Jahre, sein.

QgP-Strategie

QgP-Strategie

Es wurde zu Recht in den vorhergehenden Beiträgen darauf hingewiesen, dass die Bereiche, die wir hier miteinander in Kontakt und in Kommunikation setzen müssen, nur füreinander interessant sind, wenn es eine gewisse kritische Größe gibt, wenn ein gewisser regionaler Verbund existiert, der eine gewisse Leistungsvielfalt, eine Leistungsabstimmung und eine regionale Darstellung der Angebote ermöglichen kann. Die QgP bietet sich hier für ihre Mitgliedseinrichtungen als Plattform, als Moderator an, in bestimmten Regionen diese Angebote im SGB XI-Bereich zunächst einmal miteinander in Kontakt zu bringen und mit Ihnen und mit den Einrichtungen zusammen dort eine gemeinsame Sprache zu finden, um dann im Sinne des Kunden mit dem Bereich der Kliniken, der Ärzte ein System aufzubauen, das von beiderseitigem Nutzen ist.

Ich glaube, wir haben hier im SGB XI-Bereich noch eine Menge Synergieeffekte, die sich erzielen lassen. Die Anfahrt von einzelnen Pflegekunden

in einem Dorf durch mehrere Pflegedienste war ein kostspieliger Zustand, der hier mehrfach angesprochen wurde.

Die QgP bietet hier einen Ansatzpunkt zur verbesserten Absprache und Zusammenarbeit, und Herr Kaczynski wird gleich noch ein bisschen ausführen, wie die Strategie da im Moment ausgelegt ist.

Überleitung und Entlassung

Ich wollte noch einmal zurückkommen auf den Zusammenhang zwischen Entlassung, Überleitung und der Frage des Qualitätsmanagements. Auch das ist vorhin aus der Sicht der Sana-Kliniken schon einmal angesprochen worden. Ich will noch einmal kurz die einzelnen Aspekte, über die Herr Melchert sprach, aus unserer Sicht ausführen.

In einer zukünftigen Betrachtung von Patientenpfaden und einer optimalen Versorgung beginnt im Prinzip das Qualitätsmanagement der Entlassung schon bei der Aufnahme, also schon bei der Entscheidung darüber, wie lange der Patient in einer Klinik, in einem stationären Bereich bleiben wird. Es muss schon sehr kurz nach dieser Aufnahme letztendlich festgelegt werden: welche Unterstützungsbedarfe hat er im weiteren Weg seiner Versorgung und was braucht er dafür in der Nachsorge?

Daraus kann ich eine Entlassungsplanung aufstellen, die den Partner in der Nachsorge schon mit einbezieht. Wenn ich jetzt hier über Qualitätsmanagement von Arbeitsprozessen spreche, dann heißt das, dass hier die Klinik die Partner, die dann eine spätere Nachsorge durchführen sollen, in die Definition dieser Arbeitsprozesse einbeziehen muss. Es muss sichergestellt sein, dass die Unterstützungsbedarfe so erkannt werden und die Kontakt- und Schnittstellen so ineinander greifen, dass ein reibungsloser Ablauf gesichert ist.

Sie kennen die Debatte um die nationalen Expertenstandards in der Pflege. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement ist ja ein Teil dieser Arbeit an den Expertenstandards. Genau da wird versucht, diesen Ablauf zu beschreiben und deutlich zu machen, welche Leistungen erbracht werden sollen. Da wird etwas vorweggenommen, was letztendlich in der Praxis noch Utopie ist, nämlich dass die Klinik zum Beispiel die QgP-Mitglieder als nachsorgende ambulante Pflege oder teilstationäre oder vollstationäre Einrichtung mit einbezieht in die Planungen, wie der Patient zu versorgen ist und wie eine Nachfolgeversorgung optimal aussehen kann.

Das wäre also ein optimales Entlassungsmanagement, wie es an einigen Stellen in der Bundesrepublik modellhaft erprobt wird, das aber nur funktioniert, wenn unterschiedliche Einrichtungen zusammenarbeiten können. Dafür braucht es Fachlichkeit und Vertrauen auf beiden Seiten. Qualitätsmanagement und eine Beschreibung der eigenen Leistung durch ein Qualitätsmanagement-Handbuch stellen ein Instrument dar, um Fachlichkeit und Vertrauen zwischen Partnern aufzubauen. Hier schließt sich wieder der Kreis zu den Arbeiten und Angeboten der QgP und Ihren Interessen an Qualitätssicherung.

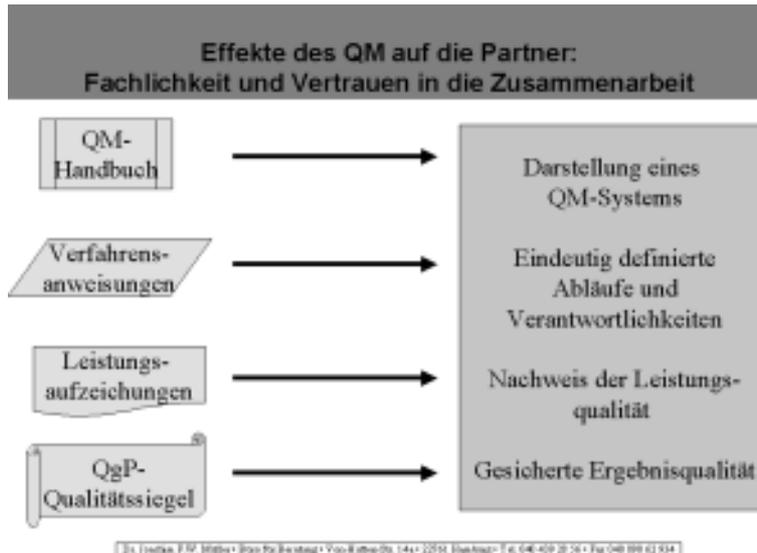
Qualität nachweisen mit der QgP

Sie haben mit Hilfe der QgP-Instrumente verschiedene Möglichkeiten, mit einem Qualitätsmanagementsystem diese Fachlichkeit nachzuweisen und Vertrauen aufzubauen. Sie können mit Partnern darüber ins Gespräch kommen, dass Sie nachweisen können, wie Ihre Qualität organisiert ist. Sie haben ein Handbuch, das Sie nutzen, wo Sie Dokumente ablegen, wo Sie Verfahrensanweisungen für sich selber dokumentieren, um eindeutig definierte Abläufe und Verantwortlichkeiten zu

QgP-Qualität entwickeln

Überleitung und Entlassung

Qualität nachweisen mit der QgP



regeln. Sie haben verschiedene Formen der Leistungsaufzeichnungen, die den Nachweis über Ihre Qualität liefern.

Last but not least: Das QgP-Qualitätssiegel. Auch die ist eine Möglichkeit, um letztendlich in der Region und in Partnerschaften gesicherte Ergebnisqualität nachzuweisen und zu sagen: Wir arbeiten nicht nur an Qualität, sondern es gibt hier eine geprüfte Qualität, und wir haben uns von neutralen Experten bescheinigen lassen, dass wir ein hohes Qualitätsniveau bei uns vorhalten.

Fachlichkeit und Vertrauen aufzubauen, ist eine Aufgabe der Kommunikation mit anderen in der Region, mit anderen Partnern.

Aber die Frage ist: Wie fülle ich das mit Inhalt? Ein Qualitätsmanagementsystem ist die

Möglichkeit, die eigene Fachlichkeit nachzuweisen und diesen Inhalt zu belegen.

Wenn wir diesen Weg in der Altenpflege und in den QgP-Einrichtungen weitergehen, denke ich, haben wir einen gewissen Vorsprung gegenüber manchem Klinikum und manchem Krankenhaus, die gesetzlich ja auch aufgefordert sind, sich über Qualitätsmanagement Gedanken zu machen, die aber in der Regel noch nicht so weit vorangeschritten sind in ihrem System und in ihren Entwicklungen. Die QgP, die sich schon seit 1998 mit diesem Thema beschäftigt, kann ihren Mitgliedseinrichtungen da eine gute Vorlage bieten. Ich kann nur empfehlen: Diejenigen, die sich fit fühlen und die diese Qualität für sich entwickelt haben, sollten das auch nach außen dokumentieren und sich dafür entscheiden, das QgP-Qualitätssiegel zu erringen.

Zum Abschluss: Was wollen wir erreichen? Wir wollen Effekte für Kunden sicherstellen, eine bessere Versorgung auf dem Patientenpfad. Wir müssen, wenn wir mit den Kostenträgern ins Gespräch kommen wollen, für die Zukunft einen Effektivgewinn erzielen. Es müssen Synergieeffekte erzielt werden zwischen Partnern. Das wurde heute mehrfach betont. Das Gleiche zu den gleichen Bedingungen wird es in Zukunft wahrscheinlich in der Leistungspalette immer weniger geben. Es werden Konzentrationsbewegungen stattfinden. Auch das ist eine Tendenz, die deutlich gemacht wurde auf Seiten der Kliniken, aber sich auch auf Seiten der Altenpflegeeinrichtungen, in der Langzeitversorgung abzeichnet.

Ich glaube, die QgP-Mitgliedseinrichtungen sind gut beraten, sich über die Entwicklung und Darstellung ihrer Qualität weiter ernsthaft Gedanken zu machen. Das Vorhandene weiterzuentwickeln, um einen gewissen Vorsprung vor anderen im Markt sicherzustellen und als interessierte Partner für die Zusammenarbeit in den Regionen zur Verfügung zu stehen, sollte das Ziel sein.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

QgP-Qualität entwickeln und transparent machen

Die Rolle der Mitgliedseinrichtungen in der regionalen Versorgungsstruktur - Aufgaben der QgP

Andreas Kaczynski,
Caritasverband für Brandenburg e.V.,
QgP-Vorstandsmitglied



... Herr Dr. Müller hat gerade deutlich gemacht, dass wir uns von Seiten der QgP schon länger mit den Fragen Integrierter Versorgung und der Netzwerke beschäftigen, dass dieses Verknüpfen der unterschiedlichen Netze ein dickes Brett bedeutet, nicht einfach und oft auch mit Rückschlägen verbunden ist. Das haben Sie in diesen Tagen, denke ich, zur Genüge gehört. Ein dorniger Weg. Um so besser ist es, wenn man solche Wege geht. Momentan sind das noch sehr kleine Wege, sehr verschlungene Wege. Dann ist es gut, dass man Weggefährten hat. Insofern, glaube ich, können Sie froh sein, können wir froh sein, in der QgP eine starke Gemeinschaft zu haben, die vielleicht ein bisschen helfen kann, die Wege an dieser Stelle zu bahnen.

Um was geht es ganz genau? Vielleicht noch einmal ganz kurz zur Erinnerung, obwohl Sie das auch alles schon in diesen Tagen gehört haben.

Mit den Gesetzesnovellen sind doch zwei wesentliche Auswirkungen verbunden: Einerseits mit den Fallpauschalen natürlich auch die Gefahr einer wachsenden Konkurrenz von ganz anderer Seite, beispielsweise von den Krankenhäusern her, die sich mitunter zu Gesundheitszentren entwickeln möchten, aber natürlich auch Chancen zu Kooperation.

Das GKV-Modernisierungsgesetz geht eigentlich diesen Weg der Vernetzung konsequent weiter mit dem Modell der Integrierten Versorgung. Wenn man genauer hinschaut, dann geht es ja letztlich darum, sehr unterschiedliche Menschen, Berufsgruppen zusammenzubringen. Nämlich interdisziplinär zusammenzuarbeiten zwischen Medizinern, Sozialarbeitern, Therapeuten und so weiter. Ein Vernetzungsgedanke, der ja eigentlich immer auf der Hand liegt, der ja nicht nur für den Gesundheitsbereich gilt, sondern da ließen sich auch eine Fülle von Beispielen aus der beraterischen Praxis zum Beispiel der Sozialarbeit nennen.

Mehr Hand in Hand zu arbeiten ist sicherlich ein Gebot der Stunde, aber eine Herkulesaufgabe. Ich selber habe da ein Erlebnis gehabt, was allein das berufsständische Denken in der Ärzteschaft angeht. Ich hatte letztes Jahr ein längeres Gespräch mit Orthopäden in Berlin. Mir wurde deutlich, wie ausgeprägt die Netzwerke jeweils in den einzelnen Segmenten sind und wie schwer es ist, diese Segmentgrenzen wirklich zu überwinden. Das sind Netzwerke, die ja über Jahre gewachsen sind, beispielsweise durch die berufliche Ausbildung, Facharztstudium und so weiter, und es ist sehr schwer aus Sicht der Ärzteschaft, sich anderen Berufsgruppen oder anderen Versorgungsdienstleistern zu öffnen.

Um was geht es letztlich bei den DRG? Natürlich auch um die Ausschöpfung von Synergien, also ganz konkret um die Verkürzung von

QgP-Qualität entwickeln

Liegezeiten, um die Freisetzung von Ressourcen: Personal, Räume, auch natürlich um die Erschließung neuer Einnahmequellen. Darin steckt natürlich auch ein Stück Gefahr oder Angst vielleicht vonseiten der Pflege, dass Krankenhäuser bisheriges Urterritorium der Pflege mitbesetzen wollen. Ich denke aber, dass darin auch eine ganze Menge Chancen liegen, denn aus meiner Sicht sind die Kliniken darauf angewiesen, dass es zu einer funktionierenden Nachsorge kommt. Im Moment ist das noch wenig zu merken, weil die DRG ja erst 2005 richtig greifen werden. Aber dann, sage ich einmal, haben die Krankenhäuser eine Notwendigkeit, dass sie eine Punktlandung hinkriegen müssen. Das heißt, dass sie in ihrer Kalkulation sehr wohl überlegen müssen, wie sie den einzelnen Patienten versorgen und wie weit sie nicht externe Dienstleister in ihre Nutzungskonzepte mit einschließen. Dazu gibt es natürlich auch schon eine ganze Fülle von Praxisbeispielen: Hostels, ambulante, stationäre, teilstationäre Pflegedienste, die das übernehmen. Vieles davon steckt noch ganz am Anfang. Wir haben jetzt gerade aus Cottbus ein Beispiel gehört, und wir haben es, denke ich, auch erlebt, wie mühsam dieser Weg war, um zu einem solchen ersten Netzwerk zu kommen und erste Entwicklungsschritte da zu gehen.

Wie sehen solche Entwicklungsschritte aus? Auch das haben wir ja gerade schon von Dr. Müller gehört. Hier geht es zunächst natürlich um ganz einfache Regelungen wie zum Beispiel die Überleitung, die auch regionale Standards setzen kann, wie eben beispielsweise in solch einem gerontopsychiatrischen Netzwerk. Es geht um den Aufbau von Kooperationsstrukturen zwischen ausgewählten Leistungserbringern und dann irgendwann auch sicherlich um ein Vertragswerk mit den Krankenkassen im Sinne der Integrierten Versorgung.

Diese ersten Schritte, regionale Standards zu setzen, können auf das aufsetzen, was wir als QgP mitbringen, nämlich eigene Qualitätsstandards, abgesicherte Standards. Darauf hat Dr. Müller gerade hingewiesen.

Es gibt eine ganz Reihe von Kooperationsansätzen, die wir in Brandenburg verfolgen. Einige will ich einmal hier nennen.

Es gibt erste Gespräche beispielsweise in Brandenburg an der Havel, erste kleine Pflänzchen sozusagen, wo versucht wird, mehr Kooperation zunächst einmal zwischen QgP-Einrichtungen hinzubekommen.

Im Landkreis Teltow-Fläming wird es noch diesen Monat ein erstes Gespräch geben zwischen QgP-Einrichtungen und der dortigen Fachklinik der Johanniter, die Bedarf angemeldet hat, weil sie Probleme auch in der Nachsorge haben. Das ist eine Rheuma- und Lungenfachklinik.

Im Havelland gibt es schon seit längerem Kontakte zu den Havelland-Kliniken.

In Fürstenwalde sind Kooperationen in Vorbereitung.

Das Interessanteste sicherlich und am weitesten Fortgeschrittene haben wir gerade vorgestellt bekommen. Nämlich hier in Cottbus der Gerontopsychiatrische Verbund, in dem die QgP ja nicht vertreten ist, aber, woraus sich sicherlich eine ganze Menge lernen lässt.

Dr. Borchmann, der Vorsitzende der Landeskrankenhausesgesellschaft, hat kürzlich uns gegenüber geäußert, dass es eine ganze Fülle von Orten inzwischen in Brandenburg gibt, wo es ähnliche Gedanken und Wünsche gibt, und die auch von Klinikleitungen betrieben werden.

Es muss aber nicht immer gleich das große Rad sein, glaube ich, an dem man dreht, sondern, auch das hatte Dr. Müller gerade noch einmal deutlich gemacht, in unseren eigenen Reihen, alleine im Bereich des

SGB XI, gibt es noch genug zu tun, um sich mehr miteinander zu vernetzen. Da muss man sich solche Fragen stellen, wie beispielsweise örtlichen Raum: Wo sind die speziellen Bedürfnisse unserer Menschen hier vor Ort? Wie wird sich das weiterentwickeln? Also so etwas wie Marktanalyse durchzuführen. Sind wir eigentlich gewappnet für die Anforderungen? Wie sieht überhaupt bei uns in der Versorgung in unserer Region der Markt aus? Wo sind die Stärken und Schwächen der einzelnen Träger? Wie sieht die wirtschaftliche Zukunft aus?

Ich denke, Sie werden das selbst erleben. Es wird auch in Ihrer Region Träger geben, die zu wenig haben zum Leben und zu viel zum Sterben. Können wir da vielleicht viel stärker als bisher miteinander kooperieren, vielleicht auch zu einer Neuaufteilung kommen in der Region? Ein gewagter Gedanke: Letztlich Geschäftsfeldbereinigung. Aber ich glaube, dass es dazu eigentlich keine Alternative gibt. Es wird darauf ankommen, stark zu werden durch Netzwerke auch unterschiedlichster Träger. Der einzelne Träger hat dann die Chance, sich zu spezialisieren in Absprache mit anderen, vielleicht auch neue Marktnischen zu besetzen.

Ich glaube, dass die Partner, die sich jetzt auf den Weg machen, sich mehr zu vernetzen, und da spreche ich erst einmal alle QgP-Einrichtungen untereinander an, auch in Zukunft deutlich bessere Überlebenschancen haben. Ich glaube, der Einzelne wird zunehmend mit dem Rücken an der Wand stehen. Ich sage einmal, wir müssen so etwas entwickeln wie Pflegeplattformen. Da kann die QgP moderierend mit dazu beisteuern, dass so etwas örtlich passiert.

Auf der Landesebene versuchen wir das ja auch. Vonseiten des Vorstands können wir so etwas begleiten, indem wir versuchen, den Dialog zwischen den Kassen, zwischen den Ministerien, der Ärzteschaft, Krankenhausgesellschaft, Pflegeeinrichtungen und so weiter zu stärken. Wir können versuchen, das zu begleiten. Aber das Konkrete sozusagen, das Entscheidende passiert bei Ihnen vor Ort.

Wir haben uns in der QgP Gedanken gemacht, wie das weitergehen kann. Denn das bedeutet letztlich auch, in der QgP einen neuen Schwerpunkt zu setzen. Wir haben uns bisher intensiv mit dem Thema Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung auseinander gesetzt.

Der zweite Schwerpunkt heißt: Wir wollen Kooperation mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen fördern. Wir wollen die Kompetenzen nutzen, die wir ja in unserer Gemeinschaft hier haben, um regionale Versorgungsnetze aufzubauen. Wir wollen auch über diese Ziele, über dieses Projekt, mehr informieren als bisher. Wir wollen unterstützen, anleiten an der Stelle, um als qualitätsbewusste Partner hier im Land auftreten zu können. Das heißt auch: Mehr Informationen letztlich für Patienten aus solchen Netzen heraus über Leistungen der QgP und auch, denke ich, für Kooperationspartner der QgP.

Insgesamt geht es auch da natürlich um Stärkung, um Qualitätssicherung und -steigerung, um eben die Drehtüreffekte, die Dr. Müller gerade noch einmal aufgezeigt hat, ein Stück mehr auszuschließen, um Wiedereinweisungen zu verhindern und so weiter. All das, was ja letztlich auch mit Integrierter Versorgung versucht wird. Es geht um die Verzahnung der einzelnen Leistungsbereiche, die wir zum Teil hier unseren eigenen Reihen haben.

Wie kann das ganz konkret aussehen? Wir haben uns überlegt, welche Bausteine wir Ihnen konkret anbieten können. Das Erste, das habe ich gerade schon gesagt: Zunächst einmal das alles bündeln, was wir an Kompetenzen, an Erfahrungen in Brandenburg haben. Die wenigen

QgP-Qualität entwickeln

QgP-Qualität entwickeln

Beispiele, die ich vorhin aufgezählt habe, müssen mehr werden, und wir müssen uns intensiver darüber austauschen, welche Erfahrungen wir konkret vor Ort damit machen, wie wir voneinander lernen können. Wir müssen uns auch an der Stelle vielleicht mehr vernetzen.

Die Kompetenzen und Erfahrungen in Brandenburg bündeln. Den Kontaktaufbau zu überregionalen Stellen, den Erfahrungsaustausch. Ich sagte es gerade, dass wir das natürlich auf Landesebene voranbringen.

Die Durchführung von Modellprojekten.

Wir haben uns überlegt, dass es durchaus Sinn machen kann, in mindestens zwei Modellregionen, einer städtischen und einer vielleicht eher ländlich geprägten, eine solche Vernetzung zu begleiten, aufzubauen. Ziel ist es, die Vernetzung aktiv durch Moderation zu begleiten, vielleicht auch durch Kontaktmanagement zu unterstützen. Den ganzen Prozess mit den Einrichtungen der QgP, die vor Ort sind, durchzuführen. Sie dabei zu beraten. Sie nicht allein zu lassen in diesem Prozess, der ja vielleicht mehrere Jahre dauern muss.

Dazu gehört dann sicherlich auch die Erarbeitung von Arbeitshilfen, von Checklisten, von Standards, die dann auch landesweit Bedeutung gewinnen können. Das Formblatt 'postklinischer Versorgungsbedarf', das ist ja gerade schon einmal genannt worden. Das sind, glaube ich, immer so ganz erste Schritte, gerade die Überleitungsplanung, wo es konkret wird, wo auch Vertrauen wächst zwischen sehr unterschiedlichen Partnern, wo man sehr schnell Erfolge erzielen kann und wo man eben nicht gleich die ganz großen Konzepte drehen muss.

Dann würden wir Sie gerne unterstützen bei der Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement an den Nahtstellen. Das hat Dr. Müller gerade deutlich gemacht. Da wird das Thema Qualität ja ganz akut. Da, wo so unterschiedliche Partner zusammenkommen, wo es noch keine Arbeitsbeziehungen gibt, da muss man darüber sprechen, was der Einzelne unter Pflegequalität versteht und wie er das andocken kann an die Abläufe und an die Strukturen, die es bereits beim anderen Träger gibt. Wir können das untereinander, unter den QgP-Einrichtungen, denke ich, ganz gut tun, weil wir hier auf einer gemeinsamen Plattform arbeiten. Aber ich denke, wir haben auch einiges einzubringen an der Stelle für weitere Partner, beispielsweise eben Krankenhäuser.

Das bedeutet auch, dass die QgP die Mitgliedseinrichtungen noch mehr bei der Optimierung ihrer Leistungen, vielleicht auch bei der Eröffnung von neuen Aufgabenspektren – Kurzzeitpflege ist ja hier auch, glaube ich, mehrmals Thema gewesen – unterstützt, Sie berät.

Die Kurzzeitpflege ist insofern vielleicht ein schwieriges Thema, weil die finanziellen Anreize ja immer noch fehlen. Aber sie wird vielleicht ein wichtiges Thema im Kontext der Fallpauschalen und sicherlich auch ein wichtiges Thema, wenn man überlegt, dass der eine oder andere Patient aus der Kurzzeitpflege dann auch in der längeren Form der Pflege verbleibt, sodass es durchaus interessant sein kann für einen stationären Anbieter, auch solche Plätze, die sich zunächst einmal nicht so ohne Weiteres rechnen, vorzuhalten.

Es gibt, glaube ich, immer noch eine ganze Menge Unbekannte in dem ganzen Kontext von DRG und von Integrierter Versorgung. Aber ich glaube, es gibt eben auch viele Chancen dabei. Besonders im ländlichen Bereich, glaube ich kaum, dass es zu der Vernetzung eine Alternative gibt, weil wir schlichtweg auch Versorgungsprobleme bekommen werden. Wir werden Fachkraftmangel bekommen. Wir haben heute schon einen ausgeprägten Ärztemangel. Ich glaube, wir werden in Zu-

kunft so etwas auch nur noch leisten können, indem wir vielleicht stärker auf medizinische Versorgungszentren setzen. Das ist vielleicht gerade für den ländlichen Bereich ein passendes Angebot, wodurch sich ja häufig genug auch Krankenhauseinweisungen vermindern lassen oder auch die Kosten der Medikation sinken können.

Es gab kürzlich eine Tagung in Berlin mit Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen zum Thema Integrierte Versorgung. Dort wurde immerhin eingeräumt, dass die Verträge, die bisher geschlossen worden sind, weitestgehend ohne Beteiligung der Pflege stattgefunden haben und dass hier im Grunde genommen noch ein Loch besteht, was es zu füllen gilt.

Es gibt Modellprojekte, wie beispielsweise eben auch in Berlin, wo Kliniken sich verknüpft haben mit stationären Anbietern. Diese Modelle zeigen jetzt schon in der Anfangszeit, dass hier immer noch enorme Synergien drinliegen und dass es insofern auch sehr interessant ist, nicht nur für die stationären Anbieter, denen sich hier ganz andere Leistungsfelder erschließen, sondern natürlich auch für die Krankenkassen. Denn hier liegen schlichtweg nach wie vor noch Millionenbeträge im System drin, die gespart werden könnten. Insofern glaube ich, dass alle Beteiligten gewinnen würden, wenn es stärker zu einer solchen Vernetzung kommt.

Die QgP begleitet Sie bei diesen Schritten. Bewerben Sie sich bei der QgP, beispielsweise um diese Modellregionen. Wir wollen natürlich jetzt möglichst schnell auch an dieser Stelle in die Praxis kommen. Einige Regionen habe ich genannt. Vielleicht sind wir nächstes Jahr schon wieder einige Schritte weiter und können darüber berichten, wo es ganz konkret zu ersten Netzwerken gekommen ist unter QgP-Mitgliedern.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

QgP-Qualität entwickeln

Fort- und Weiterbildungsangebote des Paritätischen Bildungswerkes Brandenburg e.V.

Weiterbildung zur/m Qualitätsmanagementbeauftragten

- Aufbaukurs für Qualitätsbeauftragte aus den unterschiedlichen Berufsfeldern -

Zielgruppe	Qualitätsbeauftragte in ambulanten und stationären Einrichtungen der Alten-, Behinderten-, Kinder- und Jugendhilfe die Qualitätsmanagementbeauftragte werden wollen
Zulassungsvoraussetzung	Qualitätsbeauftragte/r mit einem Zertifikatsabschluss in einem der o. g. Fachbereiche
Zielsetzung	<p>Die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements bringt erhebliche Umstellungen in den Einrichtungen mit sich. Die interne Qualitätssicherung erfordert eine Neugestaltung der Zusammenarbeit von pflegerischen, betreuenden, hauswirtschaftlichen und verwaltungstechnischen Bereichen. Die Aufgaben des Qualitätsmanagementbeauftragten zielen auf eine alle Bereiche der Einrichtung umfassende Qualitätsentwicklung. Sie unterstützen die Leitung umfassend bei der professionellen Umsetzung der Qualitätsanforderungen.</p> <p>Sie werden in diesem Aufbaukurs auf die Aufgaben und die Rolle des/der Qualitätsmanagementbeauftragten vorbereitet. Im Mittelpunkt stehen dabei die Qualitätssicherung, -verbesserung und -entwicklung einschließlich der Qualitätsplanung und der Dokumentation.</p>
Thematische Schwerpunkte	<ul style="list-style-type: none">• Rolle und Aufgaben des QMB• TQM, EFQM und DIN EN ISO 9000ff• Implementierung eines QM-Systems und die daraus abzuleitenden Aufgaben und Prozesse• Bearbeitung von Schlüsselprozessen und deren Dokumentation• Selbst- und Fremdevaluation <p>Der Kurs umfasst insgesamt 80 Unterrichtsstunden (einschließlich der Projektarbeit) und schließt mit einem Zertifikat des Paritätischen Bildungswerkes als Qualitätsmanagementbeauftragte/r ab.</p> <p><i>Ein ausführliches Faltblatt kann ab Januar 2005 angefordert werden.</i></p>
Referent/in	Rüdiger von Dawans , DGQ-Qualitätsmanager, EFQM-Assessor, EOQ-Quality Management Technician
verantwortlich	Marie-Luise Klein und Jeanette Kritzel, PBW
Datum	September 2005
Ort / Kosten	Potsdam / auf Anfrage 880 Euro f. MO / 930 Euro f. Sonstige
Anmeldeschluss	August 2005

Sem.-Nr.: 600/2005

Hauswirtschaft - Qualitätsentwicklung

Hygieneberater/in in der Hauswirtschaft

- Zertifikatskurs -

Zielgruppe	Fachkräfte in der Hauswirtschaft, Hauswirtschaftler/in, Meister/in, hauswirtschaftliche/r Betriebsleiter/in, Fachlehrer/in für Hauswirtschaft
Zielsetzung	<p>Im Rahmen der Qualitätssicherung, die sich für den hauswirtschaftlichen Bereich in Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe, in Rehabilitationseinrichtungen, Kinderbetreuungsstätten, der Gemeinschaftsverpflegung u. a. durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, der Lebensmittel Hygiene-Verordnung, dem Infektionsschutzgesetz und dem Produkthaftungsgesetz ergibt, gewinnt Hauswirtschaft immer mehr an Bedeutung.</p> <p>Ziel des Kurses ist das Kennen lernen der rechtlichen Grundlagen und Maßnahmen der Hygiene in der Hauswirtschaft sowie Managementmethoden und Moderationstechniken.</p>
Thematische Schwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche Grundlagen • Maßnahmen der Hygiene in der Hauswirtschaft • Maßnahmen zur Einführung und Umsetzung des HACCP-Konzeptes in der Küche, Haus und Wäsche • Schulungen nach LMHV und IFSG arbeitsplatzbezogen • Managementmethoden • Moderationstechniken • Schwachstellenanalysen <p>Der Kurs umfasst 3 zweitägige Seminare, insgesamt 48 Unterrichtsstunden sowie ein Praxisprojekt aus dem eigenen Erfahrungsbereich.</p> <p><i>Ein ausführliches Faltblatt kann ab sofort angefordert werden.</i></p>
Abschluss	Zertifikat des PBW und dem Bildungswerk Hauswirtschaft e.V., Hanhofen
Referent/in	Elfriede Schröder , Dipl.Oecotrophologin, Qualitätsbeauftragte
verantwortlich	Jeanette Kritzler, PBW in Kooperation mit dem Bildungswerk Hauswirtschaft e.V. in Hanhofen
Datum	18./19. April, 30./31. Mai, 20. und 21. Juni 2005
Ort / Kosten	Tagungshaus in der Nähe von Potsdam / 485 Euro f. MO und BWH-Mitglieder/ 645 Euro f. Sonstige
Anmeldeschluss	21. März 2005

Sem.-Nr.: 301/2005

Altenarbeit - Pflege - Management

Weiterbildung von Pflegefachkräften für leitende Funktionen gemäß § 80 SGB XI

(Pflegedienstleitung)

Zielgruppe	<p>Pflegedienstleiter/innen, Pflegefachkräfte, die bereits als verantwortliche Pflegefachkraft oder als stellvertretende PDL arbeiten bzw. sich auf die Leitung von stationären und/oder ambulanten Einrichtungen vorbereiten wollen</p> <p><i>Ein ausführliches Faltblatt kann ab sofort angefordert werden.</i></p>
-------------------	--

Abschluss	Zertifikat (ggf. der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege).
verantwortlich	Jeanette Kritzel, PBW
Datum	Beginn 6./7. und 8. April 2005, jeweils von 8.30 bis 16.00 Uhr
Ort / Kosten	Potsdam / 3.150 Euro f. MO / 3.260 Euro f. Sonstige
Anmeldeschluss	8. März 2005

Sem.-Nr.: 312/2005

Altenarbeit - Qualitätsmanagement

Erfolgreich zum QgP-Qualitätssiegel

- ein Beratungs-Workshop in verschiedenen Regionen -

Zielgruppe	Geschäftsführer/innen, Leiter/innen, PDL und Qualitätsbeauftragte in der Altenhilfe
Zielsetzung	<p>Mit diesem Workshop wollen wir Sie da abholen, wo Sie stehen und Ihnen ein Beratungs- und Arbeitsforum anbieten. Damit Sie Zeit sparen, kommen wir Ihnen an drei verschiedenen Regionen im Lande Brandenburg entgegen.</p> <p>Das Ziel ist, die Schaffung der Voraussetzungen, um das QgP-Qualitätssiegel zu erlangen. Im Dialog mit Experten und anderen Einrichtungsvertreter/innen wird die Vorbereitung strukturiert und verkürzt. Grundlagen für das QM-Handbuch und die Selbstbewertung werden ausgetauscht und optimiert.</p> <p>Die teilnehmende Einrichtung erlangt die Sicherheit, dass die Prüfung zum QgP-Qualitätssiegel erfolgreich bewältigt werden kann.</p>
Thematische Schwerpunkte	<p>Themenschwerpunkte können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stellenwert des Qualitätssiegels • Aufbau und Darstellung des internen QMS • Einbeziehung der Mitarbeiter • Definition von Leistungen und Verfahren im QM-Handbuch • Erarbeitung von Verfahrensanweisungen • Durchführung der Selbstbewertung • Beratung bei der Vorbereitung der Begutachtung • Begutachtungsverfahren zum QgP-Qualitätssiegel <p>Nach Ihrer Anmeldung erfolgt von unserer Seite aus eine konkrete Bedarfsabfrage. Anhand der Angaben werden wir die Themen für jede Region individuell festlegen.</p>
Referent	Dr. Joachim F.W. Müller , Organisationsberatung, TQM-Assessor, Auditor, N.N. DQS
verantwortlich	Jeanette Kritzel, TQM-Assessorin, PBW
Datum	17. März in Lübben, 13. April in Eberswalde, 19. Mai 2005 in Potsdam, jeweils von 10.00 bis 16.00 Uhr
Ort / Kosten	siehe Datum / je Termin 80 Euro
Anmeldeschluss	Jeweils 4 Wochen vor der Veranstaltung