

## Fachtagung

### *„Partnerschaften neu definieren - Pflegebudget und regionale Versorgungsnetze“*

am

1. und 2. November 2005

in

Cottbus



Tornowstraße 48  
14473 Potsdam  
Telefon 0331-28497-24  
Telefax 0331-28497-30  
eMail:  
info@qgp-brandenburg.de  
Internet:  
www.qgp-brandenburg.de

**Dokumentation der Fachtagung  
„Partnerschaften neu definieren –  
Pflegebudget und regionale  
Versorgungsnetze“  
Cottbus, 1./2. November 2005**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Begrüßung und Einführung in das Thema**

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

→  5

### **SGB XI – wohin geht die Reise?**

Dr. Jochen Girke, DRK Bundesverband

→  6

### **Das persönliche Budget:**

#### **Chancen und Risiken für Dienstleister**

Thomas Kaczmarek, Contec GmbH

→  13

### **Risiken der Selbstbestimmung – eine Fallstudie aus England**

„Prof. Andrew Crumb“/Paul Kustermann

→  22

### **Gestaltung neuer Partnerschaften/Beziehungen zwischen Kunde und Leistungsanbieter**

Dr. Johannes Plümpe, Institut für Gerontologie/ Berlin

→  26

### **Einführung: QM in der Altenpflege und der Stellenwert für die LIGA im Land Brandenburg**

Andreas Kasczynski, Landesgeschäftsführer  
PARITÄTISCHER LV, Brandenburg

→  33

### **Qualität durch Regionale Versorgungsnetze in der Pflege: Aufgabe und Chance für alle Institutionen im Sinne des Pflegebedürftigen**

Dr. Dieter Wollenberg, Referent f. Altenhilfe/Pflege,  
AWO Landesverband

→  37

### **Interne Qualität: Untersuchungsergebnisse über den Einsatz von Instrumenten der Qualitätssicherung in Alten- u. Pflegeheimen**

Frauke Schönberg, Forschungsgesellschaft für  
Gerontologie, Dortmund

→  39

46  ←**Selbstbewertung der Qualität – Pflichtübung oder Chancen zur Verbesserung ?**

Eva Heinold-Krug, Literaturwissenschaftlerin, Erwachsenenbildnerin, Excellence-Assessorin, Beraterin

49  ←**Zusammenfassung und Blick auf die Zukunftsperspektiven der QgP**

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

## Begrüßung und Einführung in das Programm

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

Meine sehr verehrten Damen und Herren,  
sehr geehrte Gäste,

ich freue mich, auch in diesem Jahr unsere mittlerweile traditionelle gemeinsame Fachtagung der LIGA und der Qualitätsgemeinschaft Pflege der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg eröffnen zu dürfen. Ich heiße Sie alle recht herzlich willkommen.

Ich begrüße ganz besonders die Vertreterinnen und Vertreter des MASGF, Frau Monika Mai, Herrn Ulrich Wendte, und vom LASV bzw. der Heimaufsicht, Frau Lehmann, Frau Hellmann und Herrn Ilte. Besonders freue ich mich, dass Sie, sehr geehrte Frau Gärtner, als Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Soziales und Gesundheit des Seniorenrates als Gast und gleichzeitig wichtige Teilnehmerin hier auf unserer Tagung sind. Auch Sie heiße ich herzlich willkommen.

Ich freue mich weiterhin, als Gastreferenten Herrn Dr. Jochen Girke, Herrn Thomas Kaczmarek und Herrn Dr. Johannes Plümpe, begrüßen zu dürfen, und ich bin mir sicher, dass Sie mit Ihren Vorträgen einen hochinteressanten Input für die Themen dieser Tagung, die in Seminaren, Workshops und Diskussionen vertieft werden, geben werden.

Die erfreulich große Teilnehmerzahl zeigt offensichtlich, dass die Organisatoren ein Thema aufgegriffen haben, das Ihr Interesse anspricht und sozusagen den Nerv der Zeit trifft.





Runder Tisch Pflege

## SGB XI - wohin geht die Reise?

**Dr. Jochen Girke,  
DRK Bundesverband**

Dr. Girke berichtet in seinem Vortrag im Wesentlichen von pflegerelevanten Aktivitäten auf Bundesebene.

Er beginnt mit einem kurzen Blick auf die momentan stattfindenden Koalitionsverhandlungen zur Regierungsbildung. Was ist in diesem Zusammenhang über die geplante Gesundheitsreform zu erfahren?

Gerade im Themenfeld Gesundheitsreform sei „der Vorhang relativ dicht geschlossen“. Man wisse, dass die beiden Systeme Bürgerversicherung und Gesundheitspauschale kontrovers diskutiert werden. Beide Verfahren würden jedoch nicht den großen Durchbruch bringen. Untersuchungen des Forschungszentrums Generationenverträge der Universität Freiburg hätten zum Beispiel über einen längeren Zeitzyklus nachgerechnet, was die beiden in Konkurrenz befindlichen Systeme an Langzeitwirkungen bringen. Die Forscher hätten hier einen relativen Gleichstand - nämlich eine geringe Nachhaltigkeit - festgestellt, mit einem kleinen Vorsprung für die Gesundheitsprämie. Es bleibe also spannend, zu welchem Ergebnis die Koalitionsverhandlungen im Feld Gesundheit führen werden.

Dr. Girke benennt dann die drei Themenbereiche, die die Schwerpunkte seiner Ausführungen bilden werden:

1. die Arbeitsergebnisse des Runden Tisches Pflege,
2. die auch für die Weiterentwicklung des QgP-Qualitätssiegels wichtigen Aktivitäten des MDS zur Vorlage einer neuen Prüfanleitung,
3. die Darstellung einiger Thesen zur demografischen Entwicklung auf Grundlage der Studie „Deutschland 2020“. Zur Lektüre der Studie wolle er anregen. Gerade Strategien für die Pflegeentwicklung in Brandenburg sollten solche Ergebnisse, die bis auf die Länderebene herabreichen, zur Kenntnis nehmen, um die richtigen Zukunftsentscheidungen treffen zu können.

### Runder Tisch Pflege

Nach einer kritischen Beschreibung der Bedingungen, unter denen der Runde Tisch gearbeitet habe, berichtet der Referent, die BAGFW habe vorübergehend ihre Mitarbeit am Runden Tisch wegen des Beschlusses von Neuwahlen unterbrochen. Die Arbeit der Runden Tische sei jedoch fortgesetzt worden. Sie hätten ihre Arbeitsergebnisse am 12.9. vorgestellt.

Jetzt sei auch die BAGFW an den Tisch zurückgekehrt. Der Vorstand der BAGFW werde am 15.11. tagen und eine Bewertung der Ergebnisse vornehmen. Diese Ergebnisse seien komplett auf den Internetseiten der beiden beteiligten Ministerien (Ministerium für Gesundheit und Soziales, Ministerium für Familie und Senioren) und des DZA (Deutsches Zentrum für Altersforschung) abrufbar. Hier finde man auch die Pflegecharta in der letzten Fassung.

Die nun folgenden Einschätzungen seien zum Teil seine persönlichen, zum Teil in der Vorstandsvorlage enthalten. Die Generalkritik an den Ergebnissen laute: Die Arbeitsgruppen (AGs) haben nicht die Verantwortung aller Akteure deutlich genug in den Blick genommen. Die Perspektive sei nach wie vor in unangemessener Weise auf Einrichtungen und Träger verlegt.

Im einzelnen:

In den AGs 1 und 2 - ambulante und stationäre Pflege - gebe es teilweise Zustimmung. Aber da die Ressourcenfrage nach wie vor ausgeklammert blieb, wurde die Frage aufgeworfen: „Kann man tatsächlich die Qualität in der Pflege unabhängig von der verfügbaren Pflegezeit leisten, das heißt unabhängig von der zur Verfügung stehenden Quantität und von den finanziellen Ressourcen?“

Einige Vorschläge beinhalteten aus externer Sicht eine gewisse Belehrung. Diese sprachliche Form mache engagierten Pflegekräften die Akzeptanz der Aussagen schwer. Ausserdem lasse die Stimmigkeit der Aussagen zu Wünschen übrig. Am Ende seien eher zufällige und beliebige Beispiele als Best-Practice-Beispiele in die Dokumente hinein gekommen.

Die AG 3, die sich mit Entbürokratisierung beschäftigt hat, sei aus der Sicht der Leistungserbringer eher die schwächste der vier AGs. Hier gebe es eine massive Unzufriedenheit über Inhalte und Qualität der Aussagen.

Lediglich die AG 4 zur Pflegecharta erfahre nach dem Votum der BAGFW Zustimmung. Im Charta-Papier sei durch eine Reihe von Text- und Strukturänderungen vorher geäußerte Kritik berücksichtigt worden. Es sei auch für in der Umsetzung von Pflegequalität Erfahrene klar, dass man sich gestandenen und gewachsenen Kundenerwartungen nicht widersetzen könne. Jeder, der diese Charta lese, würde im Falle eigener Pflegebedürftigkeit genau den Aussagen und Forderungen der Charta zustimmen. „Die individuelle Erwartung ist genau auf die Punkte formuliert.“

Die Umsetzung sei jedoch unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen schwierig. Dazu habe die BAGFW einen sehr klugen Vorschlag gemacht: Man leiste nicht mehr Widerstand gegen die Charta, wie man es am Anfang formuliert habe. Erstens machten „textliche Veränderungen es leichter für uns“, und zweitens schlage man vor, „die Pflegecharta jetzt als ‘Durchsetzungsdokument’ (Girke) im Interesse von zu Pflegenden zu benutzen. Das heißt, wir messen Politiker, wir messen Finanzzuweisungen an den Kriterien, die die Charta für zu Pflegende formuliert hat, und wir machen auf die Defizite aufmerksam an der Stelle, wo sie auftreten. Wir sprechen uns für die Pflegecharta aus und fragen alle beteiligten Akteure mit der Charta als Maßstabsdokument: Was leistet Ihr im Konkreten, damit es dazu kommen kann, dass diese Preamble und diese Einzelpunkte erfüllt werden können?“

Damit könne der notwendige Reformbedarf auch mit dem Charta-Dokument durchaus noch einmal einen Schub in die richtige Richtung bekommen. Die gemeinsamen Gremien der BAGFW werden diese Gesamteinschätzung abschließend intern und innerhalb der einzelnen Verbände diskutieren.

Zusammenfassend gesagt, bestehe eine gewisse Enttäuschung, weil man nicht alles das geschafft habe, was man erreichen wollte. Es gebe jedoch eine generelle Akzeptanz der Pflegecharta.

### **Was geschieht gegenwärtig auf Bundesebene zum Thema Qualitätsprüfung?**

#### **Wie verhalten wir uns als Leistungserbringer dazu?**

Dr. Girke bezieht sich einleitend auf seine kürzliche Teilnahme an der Konsensberatung von 900 Pflegefachleuten zum fünften Nationalen Expertenstandard zum Thema „Harnkontinenz“ in Osnabrück. Er sei immer wieder beeindruckt von einer solchen Diskussion am Sachthema in diesen Konsensberatungen. Diese Treffen seien auch immer wieder Orte,

MDS - Prüfrichtlinie

an denen man sich mit den KollegInnen aus den Beratungsunternehmen, den Experten des MDS, die Prüfanleitungen als Geheimdokumente erarbeiten, der Heimaufsicht, den Kassenvetretern etc. treffe. Hier ergebe sich immer wieder die Gelegenheit, direkt über anstehende und bedrückende Probleme im Klartext miteinander zu reden.

Besonders bedrückt habe die Neuentwicklung der Vereinbarung zum § 80, „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe ...“ Nach Beendigung der Verhandlung hätten nicht alle Beteiligten ihre Unterschrift darunter geleistet. Die kommunalen Spitzenverbände hätten gesagt, „kein Geld in den Kommunen“, die Aufforderung läge hoch über dem Standard. Zwei private Leistungserbringer hätten wegen der Risiken der Finanzierung ebenfalls nicht unterschrieben. Die Wohlfahrtsverbände hätten einen Vertrauensvorschuss gegeben und die neue Vereinbarung gewollt, und gemeint, man müsse sich dann „im Gehen“ bemühen, die Finanzfrage zu klären. Die alten „Grundsätze und Maßstäbe“ gälten also seit 1996 immer noch. Inzwischen habe „uns“ aber das PQSG überholt. Denn darin seien Forderungen enthalten, die nicht mehr mit den alten „Grundsätzen und Maßstäben“ übereinstimmen.

Für ihn verwunderlich habe es dann bis dato Monate lang keine Anstrengungen mehr gegeben, an einen gemeinsamen Verhandlungstisch zurück zu kommen und die unüberbrückbaren Hürden zu benennen. Wo müsste den sichtbar Geld eingespart werden, damit die Kommunen ihre Unterschrift unter die neuen Qualitätsmaßstäbe setzen könnten? Durch die Verzögerungen und Uneinigkeiten der Akteure untereinander sei eine Situation entstanden, die dazu geführt habe, dass die Qualitätsprüfer beim MDS auch ohne die Leistungserbringer an einem Pflegeprüfinstrument gearbeitet hätten. Das solle nun noch verbindlicher als das bisherige als Vorgabe vorgelegt werden.

Die Idee hinter der Erarbeitung einer Prüfanleitung (ambulant und stationär) durch den MDS bestehe darin, dass es sich um eine Prüfrichtlinie nach § 53 a Abs. 4 SGB XI handle. Dort werde eine Kompetenz zum Erlass einer Richtlinie beschrieben. Die Macher hätten also gedacht, ihre Richtlinienkompetenz sei unanfechtbar. Die Freie Wohlfahrtspflege habe mehrfach um offizielle oder informelle Einsicht in das Entwurfspapier oder um rechtzeitige Einbindung gebeten. Dem habe man nicht entsprochen. Als dann am 1.1.2005 die Prüfanleitung fertig sein sollte, habe man in der Erkenntnis einer eigenen Verantwortung gegenüber den Leistungserbringern am 4.10. in einem Schreiben an das Ministerium, namentlich an Frau Luther, die Lage beschrieben und um Klärung gebeten. Danach hätten sich eine Reihe von Verbänden der privaten Leistungsanbieter, Pflegefachverbände, in ähnlicher Weise an das Ministerium gewandt und gegen diesen Alleingang protestiert.

In einem noch nicht abgesandten offiziellen Antwortschreiben des Ministeriums an die BAGFW, das in einem Gespräch der BAGFW mit Frau Luther bekannt worden sei, würden einige Punkte benannt, in denen das Ministerium die Rechtsauffassung teile, dass Paragraph 53a für ein solches Prüfinstrumentarium nicht die Rechtsgrundlage sein könne. Das Prüfkonzept, das in Erarbeitung ist, könne einzig als interne Richtlinie zur Koordination der Qualitätsprüfungen gesehen werden, als ein internes Papier zur Koordinierung der Pflegequalitätsprüfungen. Es könne also nicht ein Dokument vom MDS geben, das „uns alle zwingt“, danach geprüft zu werden. Offensichtlich bedürfe es da wieder genau der Gremien, die § 112 PQSG und andere vorgesehen haben. Weiter heißt es in dem Schreiben: „Es gibt Einvernehmen mit der federführenden Pflegekasse, dass in diesem Dokument weder leistungsrechtliche Verbindlichkeiten noch eine Bewertungssystematik eingeführt werden kann. Es ist, 3.,

hervorzuheben, dass es keine Rechtsverordnung geben wird zu den Leistungs- und Qualitätsnachweisen.“

Auch das sei ja noch einmal eine Hoffnung gewesen: Was passiert mit den Leistungs- und Qualitätsnachweisen? Von den LQV spreche ja schon lange niemand mehr.

Ein letzter Gedanke in diesem Schreiben sei auch für die QgP interessant: „Anerkannte Zertifikate, die Leistungserbringer vorweisen können, sollten in angemessener Weise in das Prüfinstrumentarium eingefügt werden.“

Soweit die Tendenzaussagen zu den Entwicklungen auf Bundesebene.

Dies sei zumindest eine kleine Erfolgsgeschichte. Man werde in der Folgezeit sehen, wie man wieder an einen gemeinsamen Tisch und ob man zu einer neuen 80er-Vereinbarung komme. Oder werde sich die Selbstverwaltung tatsächlich von diesem Instrument verabschieden?

### **Die Broschüre „Deutschland 2020 - die demografische Zukunft der Nation“**

(erstellt vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, zum Download unter [www.berlin-institut.org](http://www.berlin-institut.org))

Strategen, die nach Geschäftsfeld-Entwicklung schauen, empfiehlt Dr. Girke die Lektüre dieser Studie. Im Bundesdurchschnitt betrachtet wisse man sehr schnell: „Wir haben zu wenig Kinder. Nicht: wir haben zu viele Alte, wir haben eine alternde Bevölkerung“. Der Referent versucht, den Begriff „Überalterung“ zu vermeiden. Das klinge so, als müsse man etwas dagegen tun. Er stellt dem gegenüber: „Wir haben aber eine andere Aufgabe. Wir freuen uns darüber, dass Menschen älter werden, dass sie ihre Lebenszeit länger möglichst gesund genießen können. Wir sind Beteiligte, die dafür sorgen, wenn Pflegebedarf besteht, dass auch das menschlich erfolgen kann.“

Man müsse aber auch danach fragen, was es für die Vorbereitung von Pflege heißt, wenn ein prozentual höherer Bevölkerungsanteil als an jungen Menschen nachwachsen pflegebedürftig wird. Man könne ganze Fachtagungen darüber veranstalten, was dies für die Sozialsysteme bedeutet. Die Pflegeleistungserbringer müssten sich darauf vorbereiten, wie sie unter diesen Voraussetzungen eine Grundpflege organisieren.

Hier stellt der Vortragende einen Bezug zu einem drei Wochen zurückliegenden Kongress der EURAG in Lubljana her. Die EURAG ist ein Verband von 140 Senioren-Organisationen. Man müsse sich als Verbandsvertreter gelegentlich solche Veranstaltungen ansehen, um die Sprache „unserer“ Kunden - und deren Funktionäre - zu hören. Die Unmittelbarkeit der Erwartungen sei ganz deutlich gewesen. Es gelte für die Leistungserbringer, für die Kostenträger und für alle Beteiligten, wenn ein dort auftretender EU-Kommissar sage: „Europa hält nach wie vor an dem Ziel fest, eine hochwertige Pflege für alle Menschen zu ermöglichen.“ Und wenn der zuständige UNO-Kommissar sage, „es muss für jeden Menschen auf dieser Welt Pflege erreichbar sein“, dann müssten wir nicht nur an das Ausland denken, wo es oft dort sehr große Schwierigkeiten gibt.

Beim Ansehen der Studie zur demografischen Entwicklung, werde man zu einigen ernüchternden Feststellungen darüber kommen, welche Bevölkerungswanderungen in Deutschland bereits geschehen seien und noch passieren werden und welche Gebiete in Deutschland „renaturiert“ werden. In der Lausitz gebe es schon wieder zwei Rudel von Wölfen, und in Rheinland Pfalz gebe es wieder den Luchs. Wir hätten eine Situation,

Demografische Entwicklung - Studie „Deutschland 2020 ...“



in der sich Industriegebiete nicht mehr fort-, sondern zurückentwickeln, und es entstünden keine neuen mehr. Entvölkerung in Städten nehme zu. Er verweist auf die diesbezügliche Diskussion in Brandenburg.

Worauf konzentrierte sich der Gestaltungswille? Die Politik sei inzwischen schon längst weit davon entfernt, flächendeckend im ganzen Land alle Leistungen vorhalten zu wollen. Man kenne die Diskussion über die Postbriefkästen, die Bushaltestellen, die Einkaufsgelegenheiten in der Prignitz. Es gebe in den Ministerien bereits Planungen für eine Gebietsentwicklung, die - plump ausgedrückt - auf Schrumpfung aus ist, wenn sich die Bevölkerungszahlen so weiterentwickeln.

Wenn der Trend der Abwanderung der jungen Frauen in die westlichen Bundesländer anhalte, dann bekomme auch die Wohlfahrt ein Problem. Wenn in Mecklenburg-Vorpommern der Anteil von Männern und Frauen zu Ungunsten der Männer weiter abnimmt, dann bekomme man langsam ein Problem mit den alleinstehenden Männern. Bei den - ja bekannten - Ersatzritualen alleinstehender Männer werde man dann bald Männerbeauftragte brauchen.

Dr. Girke wolle vor allem die TeilnehmerInnen auf diese Studie, in der auf sechs Seiten Berlin-Brandenburg genau abgebildet sei, neugierig machen. Berlin, die nicht ganz intakte Hauptstadt-Metropole, und der es umgebende Speckgürtel werde profitieren. Dem stehe der gewollte oder nicht gewollte Niedergang in entlegenen Regionen gegenüber. Solche Entwicklungen würden nicht nur im Osten geschehen. Auch in einigen alten Bundesländern gebe es vergleichbare Entwicklungen: Rückgang von Wirtschaft, Rückgang von Familien, Rückgang von Kindergeburten. Wenn man das zusammen nehme, dann werde es einfach nicht mehr attraktiv, dort zu bleiben. Alle Menschen, die es können, würden weg ziehen. Die, die dies nicht können, müssten bleiben. Es gelte, für genau solche Situationen Szenarien zu finden, wie man als Freie Wohlfahrts-träger hier entsprechende Angebote machen könne, gemeinsam mit den Ministerien und den Kommunen. Denn auch sie hätten ein berechtigtes Interesse, solche Konfliktherde und Entwicklungen zu gestalten. Das habe etwas mit Sozialplanung zu tun. Man müsse das im Auge behalten.

Die ersten träumten schon von einem mobilen Arzt, der mit dem Hub-schrauber kommt, von einem Bus, der mit Arztangeboten unterwegs ist, von einer Sozialstation, die ein Leuchtturm für die Grundversorgung sei, wo die Menschen mit Zahnschmerzen zunächst einmal dorthin gehen könnten, erste Hilfe und einen Arzttermin und den Transport dorthin organisiert bekämen.

„Vielleicht kommen wir in Übereinstimmung mit Parlamentariern vor Ort zu solchen Lösungen, bei denen wir mehr machen als das, was wir bisher gemacht haben, und aus dieser Verknappung vielleicht ein Angebot weiterentwickeln können.“

Das sei es, was Dr. Girke den TeilnehmerInnen zu Beginn für die Diskussion mit auf den Weg geben wollte. Er wünscht ihnen viel Erfolg auf der Tagung.

#### Fragen

#### Fragen

**Ulrich Wendte, MASGF Brandenburg:** Ich habe ein paar Anmerkungen, wenn das auch erlaubt ist.

Zum Runden Tisch Pflege: Ich habe selber in dieser Arbeitsgruppe 3, Entbürokratisierung/Deregulierung, gesessen. Die Arbeitsgruppe hat das Problem gehabt, ein Problem zu behandeln, das nicht konkret benannt werden konnte. Jeder klagt über Bürokratisierung. Bei der Frage, „Was

sind genau die gesetzlichen Vorschriften, die stören?“, kam, muss ich sagen, leider auch von seiten der Wohlfahrtspflege sehr, sehr wenig. Meine Einschätzung ist, dass die Politik aufgeladen war durch Besuche vor Ort und den Eindruck mitgenommen hat, 40% der Arbeit von Pflegekräften würde für überflüssige Bürokratie verwandt werden. Das kommt in ganz vielen Reden der Schmidt-Ministerinnen vor, und Untersuchungen haben gezeigt, dass sich diese Phänomene nur in ganz schlecht geführten Einrichtungen wieder finden. Also offensichtlich gibt es nicht nur Unterschiede in der Leistungsqualität zwischen den Einrichtungen, trotz gleicher Rahmenbedingungen, sondern auch große Unterschiede in der Art, wie gesetzliche Vorschriften umgesetzt werden.

Ich will nur zu Brandenburg noch einmal das Angebot wiederholen, das ich schon ganz oft im Landespflegeausschuss gemacht habe: Sagen Sie uns bitte, wo es knirscht mit der Heimaufsicht, mit dem MDK, mit sonstigen Behörden vor Ort! Wir werden versuchen, diesen Problemen nachzugehen und Lösungen zu finden. Es scheint, das hat auch der Staatssekretär im BMFSJ zugestanden, weniger auf der Bundesebene zu liegen, sondern eher daran, wie Behörden vor Ort oder auch Einrichtungen selber rechtliche Vorschriften umsetzen.

Also das Angebot noch einmal: Sagen Sie uns, wenn es irgendwo klemmt!

Der zweite Punkt ist: Die MDS-Prüfanleitung.

Ich hatte mich sehr dafür eingesetzt, dass es so etwas wie eine Bewertungssystematik gibt. Ich habe mitbekommen als Problem: Einrichtungen kriegen einen Prüfbericht vom MDK, 10-15 Seiten Ohrfeigen. Im Grunde unstrukturiert, zumindest nicht möglich für die Einrichtung, herauszulesen, „Bin ich nun eigentlich gut mit ein paar Mängeln oder bin ich richtig schlecht?“ Von daher glaube ich schon, dass darin die Zukunft liegt, wenn die Einrichtungen ein Bild bekommen, wie sie im Gesamtsystem eigentlich da stehen. Unter dem Motto: Im Prinzip stimmt bei Euch der Bereich Hygiene, nur an ein, zwei Punkten bitte noch einmal nachbessern. Das ist auch, glaube ich, für die Motivation, Fehlern hinterher zu arbeiten, ein großer Unterschied, ob ich mich sozusagen niedergemacht fühle oder grundsätzlich gewürdigt und auf Fehler hingewiesen werde.

Von daher würde ich auch Sie bitten, auf Bundesebene auch Ihre Möglichkeiten zu nutzen, dabei zu bleiben an dem Ziel, dass Einrichtungen einen vernünftigen Spiegel vorgehalten bekommen, der nicht nur in ihren Schwächen besteht. (Beifall)

**Girke:** Zwei kurze Anmerkungen - als Reflex darauf.

Zum Bürokratieabbau: Ich finde, ein sehr gutes Dokument ist die Grundsatzempfehlung des MDS zur Pflegedokumentation. Wenn wir damit richtig umgehen, wenn wir schauen, dass das EIN Partner ist, der nicht die Hoheit hat, uns alles vorzugeben, aber eine fachlich begründete zusammengefasste Meinung „Anforderungen an die Pflegedokumentation“. Ich weiß, es gab hohe Erwartungen daran, dass dieses Dokument des MDS alle Einzelheiten berücksichtigt. Also nicht: Weil es verschiedene Pflegemodelle gibt, muss es auch verschiedene Dokumentationssysteme geben. Das konnte nicht sein.

Also ich finde das gut, dass das so allgemein und so prinzipiell ist. Das gibt für uns den Gestaltungsspielraum. Das eine: Das mit zur Kenntnis nehmen auch bei der Überarbeitung von QgP-Standards. Da wirklich zu gucken: Es ist eine Meinungsäußerung, die wir unbedingt mit zur Kenntnis nehmen sollten.

In der Bewertung, in dem Punktesystem, haben Sie mit mir einen Fan. Ich habe das genauso auch in meiner Erfahrung in Brandenburg mitbe-

kommen, dass die Mängelliste einen erschlägt. Aber sie wird relativiert, wenn ich weiß, man kann das in einem Satz oder man kann das sogar in einem Zahlenwert ausdrücken. Da muss nur eine Gerechtigkeit hinein in diese Werte. Daran kann man ja noch arbeiten.

Sie geben mir die Chance, noch etwas zum Expertenstandard zu sagen. Auch das ist Bürokratieabbau.

Ich teile die Auffassung, dass die nationalen Expertenstandards den Maßstab bilden, der für uns geltend ist, nach dem wir nach dem Pflegeversicherungsgesetz aufgefordert sind, Pflegeleistungen zu erbringen. Nehmen wir endlich, und zwar durchgängig, diese nationalen Expertenstandards zur Kenntnis und sehen, wie wir diesen Kenntnisstand, in unsere QM-Systeme einfügen können. Wir müssen das nicht wegschmeißen, was wir haben. Auch das QgP-Handbuch muss nicht beiseite gelegt werden. Aber die Forderungen, auf die sich die Fachwelt mit geeinigt hat, die sollten Eingang finden. Wir werden künftig auch in der Pflegeprüfanleitung daran gemessen werden, ob wir Expertenstandards implementiert haben. Da würde ich als Verbandsfunktionär auch sagen: Das ist eine richtige Entwicklung! Fünf Standards haben wir jetzt. Über weitere fünf ist gesprochen worden. Nehmen wir die Sache ernst!



Stand der QgP-Partnerinstitution  
DQS GmbH,  
deren Mitarbeiterinnen den  
Tagungsteilnehmern/innen zur  
Beratung in Zertifizierungsfragen  
zur Verfügung standen.

## Das persönliche Budget - Chancen und Risiken für Dienstleister

Thomas Kaczmarek  
Contec GmbH

Herr Kaczmarek beginnt mit einem Bild: Was würde geschehen, wenn man Rente beantragt hätte und von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte keinen Rentenbescheid mit der Angabe einer bestimmten Geldsumme erhalten würde, sondern ein Gutscheinheft, mit dem nur bei bestimmten Firmen und Institutionen bestimmte Mengen an Produkten und Dienstleistungen eingekauft werden könnten? Man würde heftigst Einspruch einlegen und auf einer Geldauszahlung bestehen, weil man autonom selbst entscheiden will, welche Leistungen und Produkte man einkauft.

Genau über eine solche Situation diskutiere man, wenn man über das Pflegebudget spreche. Denn die Pflege sei momentan im wesentlichen über die Vergabe von Sachleistungen, also im übertragenen Sinne „Gutscheine“, organisiert, und es sei sehr stark reglementiert, was die Leistungsnutzer mit diesen „Gutscheinen“ machen und beim wem sie sie einlösen können.

Das Pflegebudget gehe weg von diesem Gedanken hin zu einem System analog dem heutigen Rentensystem, in dem die Pflegebedürftigen Geld und damit die Möglichkeit erhalten, sich autonom handelnd ihr jeweils eigenes Hilfesystem zusammenzustellen.

Spätestens wenn wir selbst in dem Alter wären, in dem wir Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, würden wir uns sehr dafür einsetzen, dass das Pflegebudget kommt, und auf Autonomie und Selbstbestimmung pochen.

Den bis dahin noch weiten Weg werde der Referent im Folgenden mit den TagungsteilnehmerInnen diskutieren. An den Anfang setzt er ein Zitat: „Kein Mensch nimmt guten Rat an, aber jeder nimmt gern Geld. Also ist Geld besser als guter Rat.“ Bei all den komplexen Einzelfragen im Zusammenhang mit der Gestaltung von Pflege, sei es tatsächlich einfacher, Geld loszuwerden als einen guten Rat.

Herr Kaczmarek gliedert seinen Vortrag in vier Bereiche:

1. Was ist das personenbezogene Budget (persönliche Budget, Pflegebudget, integrierte Budget, trägerübergreifende Budget)? Angesichts dieser Begriffs- und Budgetvielfalt sei es zunächst wichtig zu klären, welche Budgetform in der beruflichen Praxis der TagungsteilnehmerInnen handlungsrelevant sein werde.
2. Kurze Vorstellung des laufenden Modellprojektes zu diesem Thema
3. Chancen und Risiken - Was bedeutet das Pflegebudget, wenn es kommt, für die Dienstleister?
4. Ausblick: Wie werden sich darüber Pflegelandschaft und -struktur verändern?

### 1. Was ist das persönliche Budget?

Es gebe schon jahrelange Erfahrung in diesem Bereich im europäischen Ausland. In allen diesen Systemen sei unabhängig von der konkreten Ausgestaltung ein Ziel erkennbar: „Behinderte beziehungsweise Pflege-



„Kein Mensch nimmt guten Rat an,  
aber jeder nimmt gern Geld;  
also ist Geld besser als guter Rat.“

Jonathan Swift (1667-1745)

Bilder der Buchreihe „KIDDA“

Bilder der Buchreihe „KIDDA“ sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nicht ohne schriftliche Genehmigung der KIDDA-Verlagsgesellschaft reproduziert werden.

bedürftige sollen in ihrer Autonomie unterstützt werden.“ Das stehe in irgendeiner Form in fast jeder Präambel als Überschrift. Das heiße aber auch, dass die Pflegebedürftigen unabhängiger von Leistungserbringern gemacht werden sollten. Die Sicherstellung einer ausreichenden Konsumentensouveränität solle dazu beitragen, dass die Budgetnehmer als selbstbestimmte Leistungsnachfrager gestärkt werden.

In Finnland gebe es ein entsprechendes System seit 1989, in Schweden seit 1994, in den Niederlanden bestehe seit 1995 die Wahlmöglichkeit zwischen Geld- und Sachleistungen. Jedoch seien alle diese Ansätze und Erfahrungen nur teilweise vergleichbar mit dem System in Deutschland, weil kein Land über ein mit dem deutschen Sozialsystem vergleichbares System verfüge. Der Grundgedanke - Schaffung von mehr Autonomie - sei aber in all den verschiedenen Systemen der gleiche.

Woher kommt in Deutschland die Diskussion zu diesem Thema zu dieser Zeit? Gründe lägen einerseits in der demografischen Entwicklung, andererseits seien die Bedarfslagen pflegebedürftiger und behinderter Menschen wesentlich komplexer geworden als früher.

Alle drei zentralen Kommissionen, die in diesem Themenbereich eingesetzt worden sind (Enquetekommission Demographischer Wandel, Rürup-Kommission, Herzog-Kommission), hätten sich mit dem Problem „Budget“ beschäftigt und die Einführung persönlicher Budgets empfohlen. Alle Empfehlungen seien jedoch nicht in dem Kontext „Stärkung der Autonomie des Pflegebedürftigen/Behinderten“ getroffen worden, sondern im Kontext „wie umgehen mit dem demographischen Wandel“ und „wie umgehen mit dem Problem, dass unser gegenwärtiges soziales Sicherungssystem unter den bisherigen Bedingungen nicht dauerhaft finanzierbar sein wird“. Persönliche Budgets hätten also immer zwei Seiten: Sie sollen die Autonomie stärken und sie sollen aus volkswirtschaftlicher Sicht wirtschaftlich sein. Zumindest mittelfristig solle so eine Kostensenkung erreicht werden können.

#### Entwicklung in Deutschland

##### Es sind aktuell zwei rechtliche Grundlagen für Budgetformen zu unterscheiden:

- Das schon länger existierende Persönliche Budget in der Behindertenhilfe (nach § 17 SGB IX) das inzwischen auch trägerübergreifend vergeben wird. Zu diesem Budget läuft zur Zeit eine bundesweite Modellphase, ab dem 01.08.2008 gibt es einen allgemeinen Rechtsanspruch auf das trägerübergreifende persönliche Budget.
- Modellversuche in der Pflege, die auf dem § 8 SGB XI basieren, hier beispielhaft das Modellprojekt „Pflegebudget“ der Spitzenverbände der Pflegekassen.

Zur augenblicklichen Rechtslage: Einmal gebe es das persönliche Budget in der Behindertenhilfe, das trägerübergreifend vergeben werde. Das heißt, als Mensch mit Behinderung könne man jetzt bereits eine Geldsumme beantragen, in der die Leistungen von Sozialhilfeträgern zur Eingliederung in die Gesellschaft, von Pflegekassen, von Krankenkassen, von anderen Rehabilitationsträgern zu einer Geldsumme zusammengefasst werden. Dazu laufe momentan eine bundesweite Modellphase. Ab 1.8.2008 gebe es für Menschen mit Behinderungen einen Rechtsanspruch auf ein trägerübergreifendes persönliches Budget. Anträge würden jedoch kaum gestellt. Denn die zuständigen Stellen könnten die Anträge noch nicht bearbeiten, weil sie noch nicht genau

wüssten, wie sie damit umgehen sollen.

Herr Kaczmarek merkt dazu an, dass bei genauem Blick auf die gesetzliche Definition von Behinderung weit über 90 Prozent der BewohnerInnen der stationären Pflegeeinrichtungen diesen Sachstand erfüllen würden. Sie alle könnten theoretisch ab 1.8.08 ein persönliches trägerübergreifendes Budget beantragen.



Kurze Anmerkungen zu den augenblicklichen Versuchen, das Pflegebudget umzusetzen und zu realisieren.

Das Modellprojekt Pflegebudget der Spitzenverbände der Pflegekassen basiere auf einer Experimentierklausel im SGB XI, habe am 1.12.04 begonnen und laufe bis zum 28.2.08. Es werde finanziert aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherungen der VDAG in Siegburg. Der Projektträger sei die Evangelische Fachhochschule Freiburg (Projektleiter: Prof. Dr. Thomas Klie). An der wissenschaftlichen Begleitforschung seien zusätzlich zwei weitere Institute beteiligt.

In diesem Projekt gebe es Modellregionen in Sachsen, Thüringen, Hessen, Bayern, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. In Rheinland-Pfalz werde dabei versucht, das Pflegebudget im Rahmen dieses Modellversuchs mit dem trägerübergreifenden Budget in der Behindertenhilfe zu kombinieren.

Die Teilnahmevoraussetzungen für Pflegebedürftige an diesem Projekt verlangen einen Wohnsitz in einer der Modellregionen, Pflegebedürftigkeit im Sinne der Paragraphen 14, 15 SGB XI und die Bereitschaft, an den Rahmenbedingungen (wissenschaftliche Begleitforschung, Assessment etc.) teilzunehmen. Die Teilnehmer werden in zwei Gruppen aufgeteilt: Budgetnehmer (Programmgruppe) und Menschen, die in der konventionellen Methode ihre Leistungen finanziert bekommen (Vergleichsgruppe). Die Ergebnisse werden im Rahmen des Modellprojekts miteinander verglichen. Bisher gebe es jedoch Schwierigkeiten, die im Projekt angelegte Teilnehmerzahl von 900 zu erreichen. Bei einer Stichprobe am 1.3.05 waren es nur 110 Teilnehmer (Programmgruppe: 86; Vergleichsgruppe: 24).

Budgetfähig sei die Pflege-Sachleistung in allen Modellregionen. Man bekomme praktisch den Geldwert der Sachleistungen im ambulanten Bereich ausgezahlt. Die Pflegekasse sei dabei alleiniger Leistungsträger. Das Budget sei zweckgebunden für „notwendige und bedarfsgerechte Hilfeleistungen“ zu verwenden.

Als Besonderheit dürfen Angehörige hier nicht aus Budgetmitteln bezahlt werden. Im trägerübergreifenden Budget in der Behindertenhilfe sei dies genau umgekehrt.

### Casemanagement

- Im Modellprojekt ist die Teilnahme am Casemanagement verpflichtend, ein Casemanager soll etwa 50 bis 60 Pflegebedürftige betreuen.
- Die Finanzierung der Casemanager im Modellprojekt erfolgt über die Gesamtfinanzierung.
- Aufgaben der Casemanager: Beratung, Assessment, Erstellung des Hilfeplans, Kontakthalten, Qualitätsmanagement mittels Assessment und Reassessment (alle sechs Monate).
- Die Wirkungen von Casemanagement sollen durch die wissenschaftliche Begleitung erforscht werden.

#### Bisher offene Fragen:

- Wie soll Casemanagement zukünftig finanziert werden?
- Welche Qualifikationen sollen Casemanager haben?
- Wo sind Casemanager angesiedelt (Unabhängigkeit)?

...

Das Verfahren zur Teilnahme setze sich zusammen aus einer anfänglichen Pflegebegutachtung und der Festlegung der Pflegestufe nach dem bekannten - nicht unumstrittenen und teilweise schwer nachvollziehbaren - Verfahren. Daneben werde durch Case-Manager und zusätzliche Assessmentverfahren ein Hilfeplan erstellt und Hilfe bei der Antragstellung an die Pflegekasse geleistet. Die Case-Manager werden durch die Fachhochschule Freiburg ausgebildet. Auf diese Weise entstehe in neuer Berufszweig.

Die Höhe des Pflegebudgets entspreche dem Geldwert der gegenwärtigen Pflegesachleistungen.

Die Finanzierung der Case-Manager erfolge über die Gesamtfinanzierung. Hier seien noch einige offene Fragen in Bezug auf die Kostenanteile der Case-Manager im System und auf die Gesamtauswirkungen des Case-Managements auf das Projekt zu beantworten.

Offene Fragen im Modellprojekt seien unter anderem: Wie sollen die Case-Manager finanziert werden? Welche Qualifikation sollen Case-Manager haben? Wie stellen wir die Unabhängigkeit von Case-Managern sicher?

### 3. Chancen und Risiken des persönlichen Budgets

Herr Kaczmarek versucht, diesen Themenbereich unabhängig vom dargestellten Modellprojekt zu behandeln, da das persönliche Budget mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht so aussehen werde, wie es in diesem Modellprojekt angelegt war. Es bleibe die Frage, welche Chancen für die Leistungserbringer im persönlichen Budget und welche Risiken darin liegen.

Einige der Risiken:

Ein Risiko aus Sicht des Referenten liege im Bereich der Qualitätssicherung.

„Ist ein Case-Management, wie auch immer man es auflegt, ausreichend, um Prozesse adäquat zu steuern?“

Wird es übergreifende Regeln geben, oder sollen die individuellen Vorstellungen des einzelnen Case-Managers ausschlaggebend sein?

Wie sollen die Leistungserbringer konkurrieren, wenn sie mit Versorgungsvertrag ein Fülle von Anforderungen einhalten müssen, und ich kann sozusagen aus Budgetmitteln an ihnen vorbei mal eben eine Leistung erbringen? Wie sollen sie wettbewerbsfähig sein?

Wie beugt man dem Leistungsmissbrauch vor (Moral-Hazard-Effekte, Mitnahmeeffekte)?

Wie sieht es mit den steuerrechtlichen Fragen aus?

Wie hoch ist die Gefahr, Dumpingpreise für die professionelle Pflege zu bekommen - wo sie noch nicht bestehen? (illegal arbeitende, gut qualifizierte Pflegekräfte mit niedrigen Stundenlöhnen zwischen netto drei oder vier Euro; aus Einzelpersonen bestehende 'Pflege-Ich-AGs')“

Das sei jedoch kein Statement gegen das Pflegebudget. Aber auf solche Effekte zu Lasten der Anbieter aus der Wohlfahrtspflege wie auch zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen müsse geachtet werden.

Eine Chance bilde das Pflegebudget für Menschen mit Demenz. Sie würden bisher doppelt diskriminiert: einmal bei der Einstufung in eine Pflegestufe, und zweitens könne der Hilfebedarf von Menschen mit Demenz bei der Sachleistungserbringung im Rahmen der Leistungskomplex-Systematik nicht einmal im Ansatz abgebildet werden. Das, was abgerechnet werden könne, brauchen Menschen mit Demenz oft nicht. Das, was sie brauchen, könne nicht abgerechnet werden. Über das Budget gebe es dann die Möglichkeit, maßgeschneiderte Leistungen zu erbringen, die auch wirklich erforderlich sind. Das seien aber in der Regel nicht die im SGB XI verankerten

#### Risiken

##### Qualitätssicherung:

- Ist Casemanagement ausreichend um die Prozesse adäquat zu steuern? Gibt es übergeordnete Regeln oder sind die individuellen Vorstellungen des einzelnen Casemanagers ausschlaggebend?

##### Missbrauch von Leistungen:

- Wie kann sogenannten Moral-Hazard-Effekten (Mitnahmeeffekten) vorgebeugt werden?

##### Steuerrechtliche Fragen:

- Umsatzsteuerbefreiung nur für Leistungen, die mit der Pflegekasse abgerechnet werden?

##### „Dumpingpreise“ für professionelle Pflege?

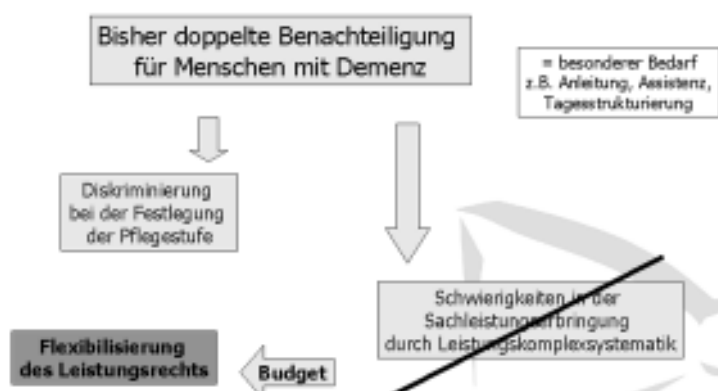
- Verstärkter Wettbewerb, z.B. durch Einzel-Pflegepersonen (Ich-AG's) die keine Zulassung durch die Pflegekassen und nicht den Kostenapparat üblicher Pflegedienste haben.

17

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

corbac  
www.corbac.de

#### Chance für Menschen mit Demenz?



18

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

corbac  
www.corbac.de



Leistungskomplexe. Es werde dabei um besonderen Bedarf in der Frage von Anleitung, Assistenz, Tagesstrukturierung, Angehörigenentlastung gehen.

Diese Flexibilisierung des Leistungsrechts über die Budgets werde insbesondere für Menschen mit Demenz eine sehr positive Entwicklung nach sich ziehen, wenn die Leistungserbringer es schaffen, die entsprechenden Leistungsangebote auch zu gestalten.

Die Erwartungen an das personenbezogene Budget sind groß. Mit dem laufenden Modellprojekt werde ein höherer wissenschaftlicher Aufwand betrieben als bei Einführung der gesamten Pflegeversicherung. Erwartet werde eine effiziente und effektivere Nutzung von Pflegeversicherungsleistungen und man erhoffe eine Verwaltungsvereinfachung für Kostenträger und Leistungserbringer. Der ganze „Leistungsnachweis-Wahnsinn“ werde unter Budget-Bedingungen in dieser Form nicht mehr bestehen. Die Hoffnung darauf sei zumindest nicht unberechtigt.

Das Ziel, Leistungsberechtigten unter eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, sei sicherlich für uns als zukünftige, aber auch bereits für heute Pflegebedürftige eine Chance.

Seine Verwirklichung führe zu einer Unterstützung der Autonomie Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger und zu einer besseren Berücksichtigung von bisher vernachlässigten Wünschen und Bedürfnissen.

Eine Verzögerung der Heimaufnahme, eine Stützung häuslicher Pflege und schließlich die Einführung gemischter Pflegearrangements seien unter Budgetbedingungen wesentlich einfacher als bisher.

#### Kundenrolle

- Budgets in ihrer Funktion einer Geldleistung zum Sachleistungseinkauf verstärken die Kaufkraft des Budgetnehmers.
- Dadurch wird eine Wettbewerbskonzeption forciert, die auf Leistungserbringer und Leistungsempfänger ausgerichtet ist.



Quasi-Marktstrukturen werden prägnanter hervorgebracht

Erhöhung der Wahlmöglichkeiten für die Gestaltung häuslicher Pflege

Gestärkte Position der Leistungsempfänger zwingt Leistungserbringer zu Innovationen

21

© contec Credit Management und Unternehmensberatung für die Sozialwirtschaft und das Gesundheitswesen

contec www.contec.de

Budgets verstärken die Kaufkraft des Budgetnehmers. Man werde sich als Leistungserbringer stark umstellen müssen: Die Menschen können in „unsere“ Heime oder in ein anderes gehen oder sich an „unseren“ Pflegedienst oder an einen anderen wenden. Unter Budgetbedingungen seien die Wahlmöglichkeiten nicht mehr auf entsprechend zugelassene Einrichtungen beschränkt. Eine Wettbewerbskonzeption werde forciert. Die Auseinandersetzung um den Verkauf von Dienstleistungen werde deutlich härter und schwieriger werden. Die verstärkte Selbstständigkeit, die ja eigentlich immer von den Pflegeanbietern gefordert worden sei, werde sich natürlich auch auf die Beziehung zu ihnen auswirken. Das heiße, die Menschen werden auch nach Alternativen suchen und selbstbewusster werden. Das Leben werde für

Leistungserbringer unbequemer als bisher werden.

Marktstrukturen werden prägnanter hervorgebracht. Es werde mehr Wahlmöglichkeiten für die Gestaltung häuslicher Pflege geben und damit die Notwendigkeit zu Innovation entstehen. Die Leistungserbringer werden sich neu aufstellen und die Frage, welche Leistungen sie für wen erbringen und welche Leistungen sie anbieten, neu überdenken müssen.

Ein positiver Aspekt des persönlichen Budgets in der Pflege sei, dass wir eine Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur bekommen. Wenn man sich im Internet zum Beispiel die Angebote ambulanter Pflegedienste in einer beliebigen Stadt anschau, dann entstehe relativ schnell eine relativ große Langeweile. Fast alle Anbieter präferierten vornehmlich diejenigen Leistungen, die sie mit Kranken- oder Pflegekassen abrechnen

können. Viele andere Leistungen, die zum Verbleib in der eigenen Wohnung erfolgen könnten, werden überhaupt nicht angeboten. Es gebe fast schon eine Dienstleistungsidentität. Die Pflegeeinrichtungen könnten sich in Zukunft von ihren Mitbewerbern dadurch absetzen, indem sie eine breitere Palette von Dienstleistungen anböten. Budgetnehmer würden auch andere Leistungen nachfragen, wie z.B. Haushaltsmanagement, Assistenz und Betreuung, Begleitsdienste usw. Diese Leistungen seien auch deshalb wichtig, weil die Frage, ob jemand zu Hause oder im Heim lebe, nicht ganz so häufig etwas mit Pflegebedarfen zu tun habe. Schwerst Pflegebedürftige könnten zu Hause versorgt werden und nicht alle Heimbewohner hätten ausschließlich Pflegebedarf. Unter ambulanten Bedingungen könne quasi jeder Pflegebedarf sichergestellt werden. Das sei eine Frage des Aufwandes. Wichtiger sei vielmehr die Frage, ob für mich als Pflegebedürftigen mein sonstiges soziales Unterstützungsnetz für die Durchführung vielfältiger Aufgaben in meinem Haushalt funktioniert. Das Problem sei häufig nicht die eigentliche Pflegeleistung, sondern die Organisation der vielen Kleinigkeiten, aus denen unser Leben besteht. Solche Dienstleistungen bereitzuhalten und sie aus Budgetmitteln auch finanzieren zu können, sei die große Chance für innovativ denkende ambulante Pflegedienste, weil man sich dadurch vielleicht erstmalig vom Wettbewerb abgrenzen könne, indem man schneller, flexibler und innovativer ist und letztenendes auch kundenorientierter arbeitet.

Pflegedienste müssten etwas lernen, was sie bisher noch gar nicht machen mussten: Sie müssten Produkte entwickeln und sich dabei auf einen Produkt-Lebenszyklus beziehen. Jedes Produkt habe bestimmte Phasen: Einführungsphasen, Wachstumsphasen, Reife- und Sättigungsphasen, Rückgangsphasen. Man müsse sich damit auseinander setzen, dass man wie fast alle anderen Unternehmen auch immer neu darüber nachdenken muss, „welche Dienstleistung bieten wir eigentlich an“?

Der klassische SGB XI-Bereich werde immer ein Standbein sein. Aber hinzu käme ein anderes Standbein: Nämlich die Überlegung, „welche zusätzlichen Leistungen brauchen Menschen im Einzugsbereich meiner Einrichtung eigentlich noch“? Gibt es einen Bedarf an stationärer Unterbringung nur am Wochenende oder nur in der Woche, also nach flexiblen Pflegearrangements?

Man werde sich mit Produkten und mit ihrem Lebenszyklus auseinander setzen müssen und man werde lernen müssen, dass es eine ganz normale Aufgabe ist, permanent neue Dienstleistungen zu entwickeln, sie anzubieten, sie weiterzuentwickeln, sie wieder aus dem Angebotspektrum zu nehmen und diesen Kreislauf von neuem zu durchlaufen.

Zentrale Überlegungen sei dabei: Die Qualifikation des Personals muss genau auf die zu erbringende Leistung abgestimmt sein. Man müsse

### Innovationen im Pflegemarkt

Durch das personenbezogene Pflegebudget werden Impulse für die Weiterentwicklung pflegerischer Infrastruktur im Bereich der häuslichen Versorgung gegeben.

- Chance für Pflegedienste, sich mit einer breiteren Palette von Dienstleistungsangeboten aufzustellen. Zusatz-Angebote werden besonders für Budgetnehmer in Zukunft interessant sein:
  - Haushaltsmanagement
  - Assistenz und Betreuung
  - Begleitsdienste u.v.m.
- Dadurch ist eine Abgrenzung von der Vielzahl von Anbietern auf dem Markt möglich, gleichzeitig wird eine neue Einnahmequelle erschlossen.

22

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

cordtec  
www.cordtec.de

### Produktlebenszyklus Strategien im Marketing Mix

|                   | Phasen des Produktlebenszyklus           |                                                  |                                                         |                                                 |
|-------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                   | Einführung                               | Wachstum                                         | Reife & Sättigung                                       | Rückgang                                        |
| Produktpolitik    | 1 Grundprodukt                           | Produktvarianten, Serviceleistungen              | Marken und Modelle diversifizieren                      | Angebote mit negativem DB herausnehmen          |
| Preispolitik      | Auf max. Wert für den Nutzer orientieren | Je nach Penetrationsstrategie viele Alternativen | Preis wie Konkurrenz oder niedriger (fester Marktpreis) | Preissenkungen                                  |
| Distribution      | D.-Netz selektiv aufbauen                | D.-Netz verdichten                               | D.-Netz weiter verdichten                               | D.-Netz nach DB auslichten                      |
| Werbung           | Produkt bei Frühadoptern bekannt machen  | Produkt im Massenmarkt bekannt machen            | Unterscheidungsmerkmale und Vorteile der Marke betonen  | Erhaltungswerbung nur noch für treuesten Kunden |
| Verkaufsförderung | Intensive Verkaufsförderung              | Aufwand senken, hohe Nachfrage voll ausnutzen    | Aufwand erhöhen, Anreize zum Markenwechsel geben        | Auf ein Minimum herunterfahren                  |

Quelle: Erwin Blumel, Stuttgart 1995, Marketing Management, S. 508 und eigene Darstellung

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

cordtec  
www.cordtec.de

23

## Innovationen im Pflegemarkt

## zentrale Überlegungen:

- Die Qualifikation des (Pflege-)Personals muss genau auf die zu erbringende Leistung abgestimmt sein.
- Die Ausgliederung von Leistungsbestandteilen oder ein Gemeinschaftsunternehmen mit anderen Dienstleistern sollte in Erwägung gezogen werden.
- Die Auftragsvergabeübersteuerung des Casemanagers hat einen erheblichen Einfluss darauf, welcher Anbieter den Zuschlag bekommt. Wie präsentieren sich Pflegedienste dem Casemanager?
- Neuere Wohnformen (z.B. ambulante Wohngemeinschaften) werden weiter zunehmen, diese Bereiche sollten sich Pflegedienste als Geschäftsfelder erschließen.

24

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



www.cotec.de

en Leistungen schon jetzt anbieten (Beispiel: Allianz-Versicherung im Bereich haushaltsnaher Pflege ergänzender Dienstleistungen). Man werde Konkurrenz von einer Seite bekommen, an die man im Augenblick noch gar denke.

## 4. Ausblick

Wenn man sich die Frage stelle, „kommt das alles so oder können wir uns nicht doch zurücklehnen und davon ausgehen, dass alles so bleibt“, könne man bereits jetzt sehen, dass es Anbieter gebe, die genau diese neu-

Zahlreiche Dienstleister umwerben inzwischen Haushalte mit einem relativ hohen Haushalts-Nettoeinkommen. Sie werden sich auch irgendwann auf die Dienstleistung Pflege konzentrieren. Bereits jetzt gebe es Pflegedienste, die solche Service-Gesellschaften gegründet und ungeheure Zuwachsraten haben.

Entscheidend dafür sei die Frage: Wird es gelingen, erfolgreich Dienstleistungen anzubieten, die unter Budget-Bedingungen auch gekauft werden? Passt die Leistung zum Wunsch des Kunden? Nur dann sei ein Verkauf erfolgreich. Man verkaufe kein Produkt, keine Dienstleistung deshalb, weil ihre Qualität gut ist. Man verkaufe ein Produkt oder eine Dienstleistung nur dann, wenn sie zu den Bedürfnissen des Kunden passen. Qualität als solche sei kein Selbstzweck, sondern habe immer etwas damit zu tun, welche Qualität ich als Kunde für mich brauche und erfrage. Wenn Sie mir diese Qualität so bieten, dass sie zu meinen Bedürfnissen passt, dann werde ich auch dazu bereit sein, Ihre Qualität zu finanzieren. Der von mir gesehene Nutzen muss hoch genug erscheinen oder das Preis-Leistungsverhältnis muss stimmen.

An genau dieser Schere werden die Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege im Bereich Pflege intensiv arbeiten müssen.

Das personenbezogene Budget werde für Leistungserbringer, aber auch für Leistungsberechtigte, weit reichende Veränderungen nach sich ziehen. Dies werde die Pflege-

## Neue Wettbewerber



Gearbeitet wird hier mit:

- Minijobs
- Ich-Ags
- Mitarbeiter im Niedriglohnsektor
- Weiterleitung von Aufträgen

- Haushalte mit ausreichendem Haushaltsnettoeinkommen werden inzwischen durch zahlreiche Dienstleister umworben. Der Weg zur Pflege ist dann nicht mehr weit.
- Zuwachsraten in „Service-Gesellschaften“ von Pflegediensten teilweise bis zu 30 % pro Monat.

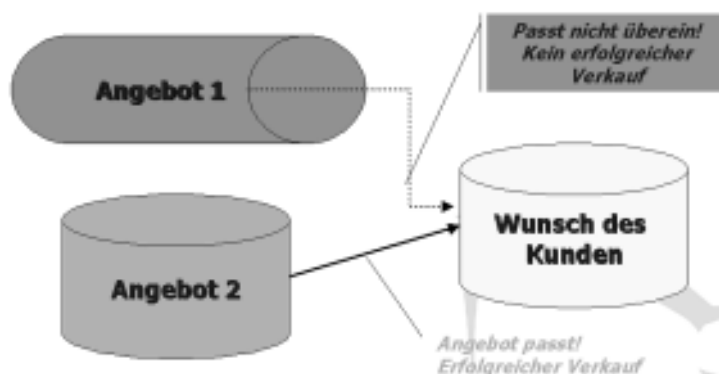
26

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



www.cotec.de

## Angebot und Kundenwunsch: Orientierung am Kundennutzen



27

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



www.cotec.de

landschaft „auf den Kopf“ stellen. Mehr Autonomie für pflegebedürftige Budgetnehmer bedeute eine stärkere Kundenrolle. Daraus resultierend verändere sich der Pflegemarkt als solcher. Wenn man frühzeitig plane, strategisch denke und früh damit anfangen, sich auf diese neuen Bedingungen einzustellen, dann sei das eine große Chance. Es sei ein Fehler, auf den Abschluss des Modellprojekts 2008 zu warten. Dann sei es zu spät. Nicht nur die Allianz-Versicherung stelle sich heute schon auf. Eine ganz wichtige Rolle werde die Funktion des Case-Managers zukünftig spielen.

Eine richtige Verbindung von Geld und gutem Rat werde für alle Beteiligten ausschlaggebend sein bei der erfolgreichen Umsetzung des persönlichen Pflegebudgets. „Wir werden beides brauchen: Geld in die Hände der Pflegebedürftigen, aber auch den guten Rat im Sinne von Beratung, die personenzentriert ist und sich auf die Kundenbedürfnisse bezieht und die vor allem auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung erfolgt.“

### Fragen

**Frau Kritzel:** Wie ist es mit der Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung, wenn so viele verschiedene Akteure auf den Markt kommen?

**Kaczmarek:** Das ist ein sehr kontrovers diskutiertes Thema. Die Kollegen aus Freiburg würden Ihnen jetzt antworten, dass eben die Qualität gesichert wird durch diese Assessments, die einmal im Halbjahr wiederholt werden. Der Case-Manager geht ja regelmäßig hin und überprüft den Hilfebedarf. Wenn ich mir aber anschau, was Sie in der stationären oder ambulanten Altenhilfe im Bereich QM tun. Wenn ich mir anschau, wie viel Sie kontrolliert und überprüft werden, ohne jede Bewertung, dann scheint mir da ein dramatisches Missverhältnis vorzuliegen. Insbesondere bei schwerst pflegebedürftigen Menschen habe ich einige Probleme, mir das vorzustellen. Das heißt, an der Stelle werden wir intensive Diskussionen bekommen, weil wir dann in der Versorgung in der Pflege auf einmal zwei komplett unterschiedliche Systeme von Qualitätssicherung haben. Das kann aus meiner Sicht nicht so sein, dass Sie als Anbieter eine Fülle von Regeln einhalten müssen, unabhängig von der Frage, sind die sinnvoll oder nicht, und ich als Thomas Kaczmarek kann dann - im Extremfall als Ich-AG - mich aus Budgetmitteln bezahlen lassen, ohne auch nur ein Vertragsverhältnis zu haben und ohne dass irgendjemand überprüfen kann, was ich da eigentlich tue - außer zwei Mal im Jahr bei dem Assessment. Dieses Missverhältnis finde ich frapierend und sehr beunruhigend.

### Ausblick...

- Das personenbezogene Budget wird sowohl für Leistungserbringer als auch für Leistungsberechtigte weitreichende Veränderungen bringen.
- Pflegebedürftige Budgetnehmer werden über ein größeres Maß an Autonomie bei der Gestaltung ihres Alltags verfügen. Ihre Kundenrolle wird gestärkt.
- Daraus folgend wird sich die Situation für den Pflegemarkt ebenfalls weitreichend wandeln.
- Innovativ denkende Pflegedienste werden bei rechtzeitiger strategischer Planung und Organisationsentwicklung zukünftig über neue Marktchancen verfügen.
- Eine zentrale Rolle wird die Ausgestaltung des Casemanagements spielen.

28

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



www.cordtec.de



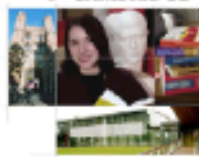
## Risiken der Selbstbestimmung – eine Fallstudie aus England

„Prof. Dr. Andrew Crumb“/Paul Kustermann  
(Satirischer Beitrag!)

Der Referent stellt sich vor als Andrew Crumb, Professor der Cambridge University, Leiter des Instituts für Anthropologische Soziologie.

1996 habe man in Cambridge von der Regierung einen Auftrag erhalten, eine Studie über personenbezogene Budgets in England durchzuführen. Damals sei noch Margret Thatcher an der Macht gewesen, und man habe zu der Zeit sehr viele Probleme mit Budgets und der Vergabe von Geldern gehabt. Man habe den Auftrag angenommen und versucht, zu sehen, ob man das System ein wenig modernisieren könne, bevor es „völlig vermodert“.

Das zu untersuchende Problem hätte darin bestanden, dass der Staat bzw. übergeordnete Behörden die Budgets zwar gestellt hätten, aber diese Budgets hätten nicht mit den Bedürfnissen der Patienten, Bewohner, Klienten übereingestimmt. Man habe in London entschieden, was Herr Crumb in Liverpool braucht. Aber bis die Dinge in Liverpool eingetroffen wären, hätte Herr Crumb bereits etwas anderes gebraucht. Das wollte man ändern und einen kürzeren Weg zum Kunden finden.


**Professor Dr. Andrew Crumb**  
Department of Anthropological Sociology

The Problem to be Addressed:

- ⇒ state-set budgets too expensive
- ⇒ not meeting needs of patients
- ⇒ administrative cost high
- ⇒ wasteful spending to keep budget
- ⇒ inefficient application of funds
- ⇒ privatization / customer is King  
threat to public health services system



Die administrativen Kosten seien sehr hoch gewesen und dies könne man sicher mit einer Modernisierung und eventuell sogar mit einer Privatisierung (das böse P-Wort) ändern. Aber gerade in Amerika habe man gesehen, dass einiges aus dem privaten Sektor sehr viel für die älteren Menschen leisten könne, wozu die städtischen Heime nicht in der Lage gewesen wären. Viel Geld sei verschwendet worden. Oft sei es so gewesen, dass die festgestellten Budgets nicht gebraucht wurden. Aber die schlaue Heimleiter hätten herausgefunden: um das Geld wiederzubekommen, müssten sie es ausgeben. Hier in Deutschland laufe das sicherlich viel effizienter.

Die Regierung sei nicht völlig uninformiert über dieses Problem gewesen und hätte versucht, hier etwas zu ändern. Mit einer gewissen Pri-

vatization könnte der Kunde „zum König“ werden und man wäre schneller an seinen wirklichen Bedürfnissen.

Das Universitätsinstitut hätte dann einige Hypothesen zu diesem Problemkomplex aufgestellt. Diese lauteten: Zuerst weiß der Bewohner/Klient am besten, was er braucht. Das sei nicht immer der Fall, aber man könne davon ausgehen, dass der Mensch sich selbst am nächsten steht und eine Ahnung von den Bedürfnissen habe, die ihn befriedigen würden. Man sei davon ausgegangen, dass er, wenn er mehr zur Auswahl hätte, glücklicher und involvierter in eigenen Sache wäre. Ein völlig neues Konzept in England.

Glückliche Klienten würden auch weniger kosten, weil sie gesünder blieben. Man werde so weniger ernste Fälle haben. Das sei auch zum Teil eingetreten.

Man werde auch einfacher Kunden für die Einrichtung gewinnen, wenn sie sähen, dass da ein gutes Angebot sei, und das mit anderen vergleichen würden. Man habe aber auch vermutet, dass das Ganze bei Übergabe an den freien Wettbewerb anfangs eine rege Verwirrung stiften werde. Das habe sich aber nach fünf oder sieben Jahren geregelt.

Letztendlich sei die Kosteneffektivität ein großes Thema gewesen und man habe gedacht, je näher am Kunden man sei, je schneller man reagieren könnte und je flexibler man sei, desto besser werde das auch wirtschaftlich sein.

Das seien die Annahmen des Instituts gewesen.

#### Ein Fallbeispiel

Um den Tagungsteilnehmern eine große Aufzählung von Statistiken und trockenen Daten zu ersparen, beschränkt sich der Referent auf ein typisches Fallbeispiel „über unseren Star-Klienten“ namens Stuart Weatherby.

Stuart Weatherby sei in dieser Geschichte der prototypische Kunde, sozusagen „unser König“.

Er sei bis zum Tode seiner Frau Elektriker gewesen und danach in ein Heim gekommen mit einer sehr niedrigen Pflegestufe. Einsam, in sich selbst zurückgezogen, ein bisschen apathisch habe er eigentlich kaum an den Heimaktivitäten teilgenommen. Andererseits habe er dem Heimpersonal aber auch wenig Sorge bereitet und sei relativ pflegeleicht und ruhig gewesen. Seine tägliche Zigarre, sein Kreuzworträtsel und die regelmäßigen Telefonate mit seinem Enkel, der Pfarrer war und zusätzlich eine Hühnerfarm im Süden Englands betrieb, hätten seinen Alltag bestimmt. Die betrieblichen Abläufe in der Hühnerfarm hätten ihn dermaßen interessiert, dass er schließlich ein Experte im „Hühner-Management“ geworden sei. Man habe dies anfangs nicht zur Kenntnis genommen, aber dies hätte für die spätere Entwicklung dieses Falles eine große Bedeutung eingenommen.

Man sei an Stuart Weatherby herangetreten und habe ihm ein breit gefächertes neues Angebot an Aktivitäten angeboten:

- Teilnahme am Tierpflegeprogramm (kein Interesse),
- Beschäftigungstherapie (Basteln, Keramikgestaltung; kein Interesse),
- freiwilliges soziales Engagement (Charity; kein Interesse),
- Aromatherapie (Ablehnung),
- Yoga, Tai-Chi, Meditation (kein Interesse),



**Professor Dr. Andrew Crumb**  
Department of Anthropological Sociology

**Our Hypothesis:**

- ⇒ client knows best what he wants
- ⇒ more choice / more involvement
- ⇒ happier clients / lower care costs
- ⇒ quality improvement
- ⇒ better client recruitment
- ⇒ more cost effective fund allocation







**Professor Dr. Andrew Crumb**  
Department of Anthropological Sociology

**Our Prototype:**



**Stuart Weatherby**





- Tanztherapie (negativ),
- mit Kräutern kochen (negativ).

Man habe jedoch trotz der vielen Ablehnungen nicht aufgegeben - im Bewusstsein dessen, dass Leistungen, die nicht dem Bedürfnis des Kunden entsprechen, auch nicht verkaufbar sind. Man habe ihm schließlich weitere Angebote unterbreitet:

- einen Führerscheinkurs zur Auffrischung seiner Fahrfähigkeiten (Ablehnung),
- Schiffsmodellbau (negativ),
- Parkpflege in öffentlichen Parks (kein Interesse),
- Kurs zu Entwicklung von Brieffreundschaften (Ablehnung),
- Blumenarrangement-Dienst,
- Geschichtsvorlese-Service.

Er habe alle Angebote abgelehnt. Damit habe er im Prinzip der Norm entsprochen, denn 76 Prozent der Menschen, die an diesen angebotenen Programmen teilgenommen hätten, wären komplett mit dem offerierten Angebot überfordert gewesen. Sie wären nach Durchsicht der Prospekte oft ratlos gewesen.

UNIVERSITY OF CAMBRIDGE

**Professor Dr. Andrew Crumb**  
Department of Anthropological Sociology

After three years we found it:

- ⇒ Driving Skills Improvement
- ⇒ Model Ship Building
- ⇒ **Weekly Race Track Visits**
- ⇒ Pen-Pal Writing Service
- ⇒ Flower Arranging
- ⇒ Library Reading Service
- ⇒ Garden Husbandry

**Decided**

76% of all participants were now challenged by the choice of activities. Agility and imagination resulted in difficult choices.

**Stuart Weatherby**

Erst nach drei Jahren habe man entdeckt, was Stuart Weatherby dringend interessierte: Pferderennen.

Stuart habe für sein Leben gern gewettet. Man habe ihn zur Trabrennbahn gebracht und er sei begeistert gewesen. Man habe bemerkt, auf der richtigen Spur zu sein, und habe ihm sofort weitere Angebote unterbreitet. So habe man für seinen wöchentlichen Besuch auf der Trabrennbahn eine Transportmöglichkeit organisiert, einen Begleitservice zur Sicherung des An- und Rückweges engagiert, Gelder zum Kauf der Wettscheine und Taschengeld frei gemacht und ihn mit den Zigarren seiner Wahl ausgestattet. Man habe sehen können, wie sich im Laufe der Zeit sein Profil zum positiven wandelte. Nach Versorgung mit den entsprechenden Fachzeitschriften habe er

sich zu einem Experten für Trabrennbahn-Wetten entwickelt.

Zur Wirtschaftlichkeit dieser Maßnahme: Im ersten Jahr seien die Kosten um 27 Prozent gestiegen. Also: Glücklicher Mensch gleich teurer Mensch. Im zweiten Jahr seien seine Pflegekosten durch ordentliche Gewinne wieder um zwei Drittel gesunken, so dass der Anfangsstand wieder erreicht war. Im dritten Jahr seien die Gewinne dermaßen gestiegen, dass er eine Sekretärin und einen Chauffeur anstellen konnte. Er sei in diesem Sinne ein erfolgreicher Unternehmer geworden. Er habe eine Restaurantbesitzerin, Sara Andrews, kennengelernt und geheiratet. Die beiden hätten schließlich in Brighton einen Pflegedienst-Organisationsdienst-Service gegründet und würden dieses kleine Etablissement „Senioren-Reisedienst“ bis heute leiten.

Zurück zu den anfänglich genannten Hypothesen:

„Weiß der Kunde, was er will? Manchmal, manchmal nicht. Aber, wenn man ihm Zeit läßt, gibt es eine Hoffnung. Mehr Wahl kann auch mehr

Qual sein. Das darf man nicht vergessen. Macht das glückliche Bewohner? Ja. Vor allem macht es auch weniger Stress, wenn man zusehen kann, wie sie ihre eigenen Unternehmen zu entwickeln beginnen. Verbesserte Qualität? Nur bei Beteiligung am Programm. Wer nicht teilnimmt, hat wenig davon. Bessere Kundenakquise: Wir haben festgestellt, dass dieses Programm wesentlich besser funktioniert hat an angenehmen Ortschaften wie in Brighton. Das zog viele Kundschaft an. In den nahe gelegenen Gebieten, um Liverpool zum Beispiel, haben wir wenig Zuwachs aus Brighton bekommen. Eher in der anderen Richtung.

War das ganze kosteneffektiver? Ja, allerdings nur, wenn man beim Pferderennen die Pferde gut ziehen kann.

Also, um das zu einem kurzen Abschluss zu bringen, sagen wir einfach: Unsere Empfehlung ist 'Keep it simple und keep it simple!'

Ein kleines Fallbeispiel aus England.“



Übersetzung: Any Glinenbach



**Professor Dr. Andrew Crumb**  
Department of Anthropological Sociology

Resultate der Forschung:

- ⇒ Weiß der Kunde, was er will?  
...wenn er genügend Zeit zur Entscheidung hat
- ⇒ Mehr Wahl? ...kann auch mehr Qual sein
- ⇒ Glücklicher Bewohner? ...weniger Stress
- ⇒ Verbesserte Qualität? ...nur bei Beteiligung
- ⇒ Bessere Kundenakquise? ...ortsspezifisch
- ⇒ Kosteneffektiver? ...ja, wenn  
Stuart die Pferde gut ziehen kann.





Unsere Empfehlung: Keep it simple!

**Professor Dr. Andrew Crumb**  
Department of Anthropological Sociology



#### Hinweis:

Die Veranstalter/innen hatten den Komödianten Paul Kustermann gebeten, sich zur Auflockerung des Programms auf seine Weise über das Thema der Fachtagung Gedanken zu machen. Sein Vortrag als fiktiver Prof. Dr. Andrew Crumb wurde von den Teilnehmer/innen freudig und mit viel Beifall angenommen.





## Gestaltung neuer Partnerschaften/ Beziehungen zwischen Kunde und Leistungsanbieter

**Dr. Johannes Plümpe**  
**Institut für Gerontologie, Berlin**

Dr. Plümpe wird sich dem Thema „persönliches Budget“ weniger über die Frage nach den systemischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen nähern, sondern er möchte versuchen, dies über die Menschen zu tun, die in diesen neuen Strukturen zusammen leben und arbeiten sollten, und er versucht, einige Ableitungen darzustellen, die sich vielleicht gar nicht stark von den bisherigen Herleitungen unterscheiden. Dabei werde es ihm schließlich wohl nicht gelingen, einen Patienten oder Bewohner oder einen Menschen mit Pflegebedarfen als Unternehmer darzustellen. Aber selbst das scheint ihm nicht völlig utopisch zu sein im Zusammenhang mit den Fragen der Weiterentwicklung von Autonomie und Selbstbestimmtheit.

Im Hintergrund ist ein Teil seiner Biografie abgebildet. Biografiearbeit werde ja auch „für uns“ in „unserer“ Arbeit immer bedeutender. In vielen Seminaren benutze er seine Biografie und die Biografie anderer Referenten, um mit den Teilnehmern an Biografien zu arbeiten.

Die Beziehungsdefinition. Zunächst einmal die zwischen Leistungsanbieter und Leistungsempfänger. Er werde aufzeigen, dass das bei weitem nicht ausreicht. Aber er fange zunächst einmal damit an.

Die erste Annahme: Die Auseinandersetzung mit dem Kundenbegriff sei eine nicht einfache im Bereich der Pflege und überhaupt in den sozialen Dienstleistungen und in Wohlfahrtsverbänden. Er gehe davon aus, was heute schon gesagt wurde: „Der Kunde ist König.“ Man müsse also schauen, „wer ist Kunde, und wer ist König“. Bei der ganzen Problematik „der Kunde ist König“ müsse man sich die Frage vor Augen halten „was sind dann die anderen?“ Die anderen seien konsequenterweise die Untertanen. Darüber müssten sich die Dienstleister im Klaren sein, wenn sie mit Kunden sprechen.

Der Versuch mit einer anderen Definition: Der Versuch der Bedürfnisorientierung. Man habe gehört, die Menschen bräuchten eine Wahl, aber nicht zu viel. Man müsse sich bemühen, die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen zu erkennen. Im Gegensatz zur Disengagement-Theorie in der Gerontologie der 60er Jahre, bei der man davon ausging, dass die alternden Menschen sich in Ruhe auf den Tod vorbereiten können sollten, kam man in den 80er Jahren schließlich zur Aktivitätstheorie, denn die Menschen in den Heimen lebten ja in den Einrichtungen noch bis zu 30 Jahre weiter. Ihnen müssten also Aktivitäten angeboten werden. Diese Aktivitäten hielten sich aber in vielen Einrichtungen in Grenzen, und man hätte doch weiterhin Probleme gehabt, zu sagen, wie man richtig altert. Das Ergebnis war: Man wisse nicht, wie man richtig altert, zumal die jetzt betreute Generation die erste sei, die so alt werde. Man verfüge also praktisch über keine Erfahrungen darüber, wie man richtig altert. Das heiße, man wisse auch nicht, wie man richtiges Altern fördert.

Dritter Versuch: Partnerschaft. Nicht nur aus konzeptionellen, sondern auch aus unternehmensstrategischen Gründen müsse man sich fragen, welche Erwartungen und Bedürfnisse die Leistungsempfänger/Leistungs-

nehmer haben. Man müsse eigentlich sagen, die potenziellen Leistungsnahmer, denn man müsse sie ja erst für sich gewinnen. Die zweite Frage, wenn man die Bedürfnisse kenne, sei, „welchen Auftrag erteilen sie uns oder welchen Auftrag würden sie uns erteilen“?

Einfach formuliert, müsse man sagen: „Der Mensch ist das Konzept.“ Wenn man auf den Menschen schaue, wisse man, was man zu tun habe. Dafür müsse man natürlich sehr genau hinschauen, und zwar nicht nur auf das Gegenüber, sondern auch auf sich selbst. Dieses aus der Gerontologie hergeleitete Menschenbild habe natürlich einen sehr verallgemeinernden Charakter, denn es könne kein Menschenbild nur für Menschen im höheren Lebensalter geben, sondern es könne nur eine Perspektive geben, die den ganzen Menschen in seiner gesamten Biografie betrachtet.

Dazu gehöre u.a., dass der Mensch einzigartig ist. Der Blick auf die Einzigartigkeit bleibe einem manchmal verschlossen, wenn man sich in der Pflege bewege. Dazu bringt Dr. Plümpe ein Beispiel: Wenn er Heime besuche, schaue er auf die Frisuren der Frauen und achte darauf, ob der Heimfriseur plötzlich nur noch eine einzige Frisur beherrsche. Wenn er das sehe, frage er sich, wie sich da Einzigartigkeit ausdrücke.

Wie drückt sich Einzigartigkeit unter Mitarbeitern aus? Wie können sich Mitarbeiter in einem Unternehmen als Personen mit ihren ureigensten Kompetenzen sich selbst vertretend und autonom einbringen? Und wie können das vor allem dann auch die Menschen, die dort leben?

Menschen verfügen lebenslang über Entwicklungspotenziale. Das sei eine der wichtigsten Thesen, die er in diesem Zusammenhang vertrete, betont Dr. Plümpe. Diese Entwicklungspotenziale, die er jedem Menschen, auch denen mit Demenz und anderen Kompetenzeinbußen zuschreibe, gelte es nicht nur in Pflegeheimen, sondern in jedem Kontext von Pflege, durch die Gestaltung von sozialen und räumlichen Bedingungen zu fördern. Diese Entwicklungspotenziale bezögen sich nicht nur auf die betreuten Menschen, sondern auch auf die Menschen, die begleiten. Diese Entwicklungspotenziale zu erkennen und zu fördern liege nicht nur in der Verantwortung jedes einzelnen Menschen, sondern auch in der Verantwortung von Unternehmen.

Dies habe im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement auch etwas mit „internen Kundenbeziehungen“ zu tun.

Unter Bezug auf die Studie der Paul-Lemm-Stiftung „Alt werden im 21. Jahrhundert“ weist der Referent darauf hin, dass in Haus- bzw. Wohngemeinschaften das hauswirtschaftliche Arbeiten im Zentrum stehen sollte. Man nehme an, dies solle deshalb im Zentrum stehen, weil es den Bedürfnissen der dort lebenden Menschen überwiegend entspreche. Die gezeigte Grafik bestätige, dass diese Arbeiten tatsächlich einen großen Teil ausmachen.

Aber es gebe dort auch eine ganze Menge von Alltagsaktivitäten, die teilweise von der überwiegenden Zahl der Menschen nicht so gerne gemacht würden, wie z.B. das Putzen. Wesentlich sei also auch: Wenn man sein Gegenüber als autonome, sich selbstvertretende, selbstständige und selbst handelnde Person erkenne und sie auch so ernst nehmen möchte, dann werde es so sein, dass angesichts der zurückgehenden

... der Mensch ist das Konzept ...



Ressourcen, die zur Verfügung stehen, um Leistungen einzukaufen, nicht alles abzudecken sein werde. Der Referent erwarte eher, dass viel mehr Eigenverantwortung von den Menschen wahrgenommen und viel mehr Eigenleistungen selbst durchgeführt werden müssten.

Die in diesem Zusammenhang oft erwähnte Alltagsorientierung sei richtig, aber nicht die alleinige Lösung.



Zum Bereich der Partnerschaft gehöre auch die Frage: „Wie sehen wir nicht nur unser Gegenüber, sondern wie sehen wir auch uns in unserer Rolle als Leistungsanbieter? Wie definieren wir uns dann neu?“ Es gelte zunächst einmal, sich als Sozialbetrieb wahrzunehmen - also als immer noch zwischen der Selbstwahrnehmung als „Dienstleister“ und der des Anbieters von „Wohlfahrt, Wohltätigkeit“ stehend. In diesem Zwiespalt müsse man trotzdem Geld verdienen und die Wohltätigkeit zumindest gut finanzieren können. Das heißt, die Wirtschaftlichkeit müsse stimmen. Das Thema Wirtschaftlichkeit sei nach wie vor im sozialen und insbesondere im Pflegebereich kein sehr willkommenes Thema. Es gelte, nicht nur bei Geschäftsführern und Leitungspersonen, sondern bei allen in diesem Prozess Mitwirkenden das

Bewusstsein zu entwickeln, dass Wirtschaftlichkeit und Wahrnehmung von sozialem Auftrag zusammengehören und voneinander abhängig seien. Ohne sozialen Auftrag werde es keine Wirtschaftlichkeit geben und ohne Wirtschaftlichkeit keinen sozialen Auftrag mehr. Hier werde allerdings häufig Wirtschaftlichkeit mit Sparen und Einsparungen verwechselt und führe so zu falschen Diskussionen.

Zur Betrachtung, welche Rollen man wahrnehme und welche Aufträge man habe, wählt der Referent zwei Bereiche als Beispiel. Einmal die ambulante Pflege, die ihren an Leistungskomplexen orientierten Hilfebedarf anbietet und sich gegenüber dem Kunden in einer Gastrolle, also als Gast in einer fremden Wohnung, wahrnimmt. Diese Orientierung an Leistungskomplexen sei aus der Erfahrung des Redners nur sehr schwierig zu verändern. Pflege werde da wirklich innerhalb der Leistungskomplexe wahrgenommen, und ein Abweichen von ihnen - auch schon im Angebot von Leistungen - sei sehr schwierig. Pflege werde auch von den Pflegepersonen als in den Leistungskomplexen kategorisiert erlebt.

In der vollstationären Pflege biete man pauschalierte Hilfebedarfe im Rahmen standardisierter Tagesabläufe an. Die Leistungsanbieter befänden sich in einer etwas anderen Rolle. Sie erlebten sich als Hausherren. (ohne Bewertung gemeint; einfach der juristische Bezug zur Schlüsselgewalt) Bei der Hilfeleistung im stationären Bereich, die pauschaliert mit SGB XI, SGB V und Betreuungsleistungen angeboten werde, bestehe das Problem, dass pauschalierte Leistungsabrechnung auch zur pauschalierten Leistungserbringung führen könne, dass man nicht mehr ausreichend differenzieren könne nach den einzelnen tatsächlichen Bedarfen. Man könne hier - genauso wie der ambulante Bereich vor dem Hintergrund der Abrechnung in die Leistungskomplexe gedrängt werde - in ein pauschaliertes System gedrängt werden.

Wenn man sich die reine Struktur der Beziehung im Bereich der Pflege anschau - „Wer hat es hier eigentlich mit wem zu tun?“ - dann finde man zunächst den Kunden als Auftraggeber: den Pflegebedürftigen und sein

soziales Umfeld. Dieser könnte zunächst ganz allgemein etwa folgende Bedürfnisse ausdrücken: „Ich benötige spezifische Begleitung in meiner Lebenswelt. Ich kann aber auch noch selbst etwas tun! Können Sie mich begleiten? Was erwarten Sie dabei von mir? Ich erwarte etwas von Ihnen!“

Dann sehe sich die Pflege als Auftragnehmer, als Begleiter in einer individuellen Wohn- und Lebenswelt des Kunden. Begleiter haben dabei die Eigenschaft, dass sie nicht vorauslaufen oder den Weg vorgeben, sondern dass sie dem zu begleitenden Menschen folgen und in der Regel nur dann aktiv werden, wenn sie von dem zu begleitenden Menschen dazu aufgefordert werden. Man könne zwar Angebote, Hinweise, Orientierungshilfen etc. geben. Ob dies jedoch angenommen werde, sei offen. Der neue Aspekt liege hier in der Rolle des „Folgenden“.

Pflege müsse sich in diesem Zusammenhang sehr konkret darstellen können: „Was können wir leisten und was nicht?“ Im Zusammenhang damit stehe auch die Frage: „Was an Qualität können wir versprechen und was nicht?“ Hier beobachte der Referent im aktuellen Pflegekontext immer wieder ein sich gegenseitiges Hochspielen von Erwartungen und Leistungsangebot.

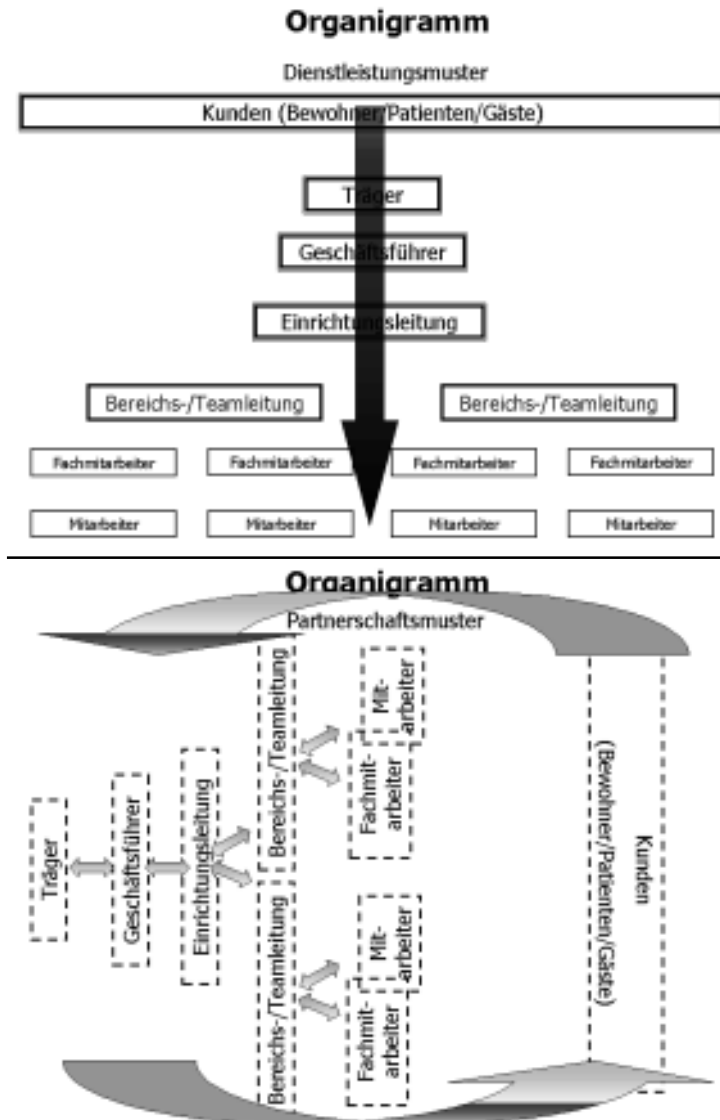
Er schildert dies am Beispiel eines Wohngemeinschaftsprojekts, in dem der Pflegedienst „plötzlich am Ende ist“ und nicht mehr die Erwartungen der Wohngemeinschaftsbewohner erfüllen könne, zumindest nicht mehr zu dem bisher ausgehandelten Preis. Die Menschen in der Wohngemeinschaft meinen, sie wären rund um die Uhr so gut betreut wie in einem Pflegeheim, und der Pflegedienst hätte zunächst auch solche Erwartungen geweckt, könnte sie aber später so nicht (mehr) erfüllen. Es habe sich gezeigt, dass für Zusatzleistungen eben auch Extra-Geld gefordert werden müsse.

Die nächste Frage sei hier: „Welche Rahmenbedingungen benötige ich eigentlich, um handeln, um die Leistung anbieten zu können?“ Dazu gehörten nicht nur die finanziellen und räumlichen Rahmenbedingungen etc., sondern auch die systemischen und strukturellen Rahmenbedingungen.

„Was wir von unseren Partnern erwarten ...“ Zu den Partnern gehörten auch die Leistungsempfänger und ausdrücklich im Wortlaut die Frage: „Darf ich Sie begleiten?“ Er verweist hier auf die von ihm so genannte „Erlaubnisstruktur in der Pflege“. Nicht der Dienstleister erteile Erlaubnisse (z.B. zum Aufstellen von eigenen Möbeln, oder „bei uns dürfen Sie so lange schlafen, wie Sie wollen“), sondern die Erlaubnis, ihn zu pflegen, erteilt der Kunde mit dem Auftrag, und der Pflegenden fragt, ob es ihm erlaubt ist, den Kunden zu begleiten.

Hier bringt Dr. Plümpe eine dritte Kategorie von Partnern ins Spiel, die er „Verbraucherschutz“ nennt und die zum Beispiel die Pflegekassen und die Heimaufsicht umfasst. Sie haben nach ihrem eigenen und nach gesetzlichem Auftrag die Aufgabe des Verbraucherschutzes und müssten die anderen Partner fragen: „Was braucht Ihr an Begleitung von uns? Welche Rahmenbedingungen sind in der Partnerschaft erforderlich und sinnvoll? Wie können diese sichergestellt werden? Wie viel Freiraum und wie viel Kontrolle wirkt förderlich?“ Dr. Plümpe empfiehlt, diese Institutio-





nen ebenfalls als Partner wahrzunehmen und in Anspruch zu nehmen, obwohl es in diesem System auch systemische Fehler gebe.

Der Referent verweist auf seine weiter oben getroffene Aussage, dass nicht nur die Beziehung zwischen Leistungsempfänger und Leistungsgeber wichtig sei, sondern auch die interne Gestaltung von Beziehungen. Er bebildert dies mit zwei Organigrammen, wobei das zweite die partnerschaftlichen Beziehungen zwischen internen wie auch externen Kunden andeutet. Wenn ein personenbezogenes Budget käme, dann gewinne nicht nur der externe Kunde mehr an Autonomie und könne damit mehr gestalten, sondern die Idee der Budgetierung und Zuweisung von Verantwortung und Autonomie sollte sich auch innerhalb von Unternehmen fortsetzen. Das heiße, wenn man den Verantwortlichen an verschiedenen Stellen größere Verantwortung und Freiräume der Gestaltung weg von einer überwiegend hierarchischen Organisation hin zu mehr Transparenz und Verantwortung geben werde, dann könne man auch der neuen Autonomie des Kunden besser begegnen. „Denn, wenn ich selbst nicht autonom handeln und entscheiden kann, dann kann ich auch mit einem Kunden, der das tut, nur ganz schwer umgehen.“ Diese Systematik und diese Ideen sollten sich verstärkt insgesamt auch in der Gestaltung von Unternehmen fortsetzen.

Fast wie ein Aufruf klinge es, wenn er sage: „Pflege erneuert sich und gestaltet aktiv die Zukunft mit“. Pflege werde nur dann aktiv die

Zukunft mitgestalten können, wenn sie sich selbst vertrete - intern wie extern. Sie müsse dazu ihre Anliegen, ihre Kompetenzen und ihre gesellschaftliche Bedeutung viel stärker in den Vordergrund stellen und in die Waagschale werfen, gerade angesichts der großen Anzahl von in diesem Bereich Arbeitenden im Verhältnis zu den anderen Wirtschaftsbereichen. Dabei müsse man aber gleichzeitig ein Stück Abschied nehmen von bisher vermeintlich sicheren Ufern und sich zu anderen Zielen aufmachen.

Zum Abschluss habe Dr. Plümpe einige Stichworte dazu zusammengefasst, wie Pflege sich inhaltlich/konzeptionell entwickeln und damit auch selbst vertreten könnte. Er knüpfe mit diesem „aktiv gestalten“ an vorherige Aussagen an. Es müsse jetzt eine Aktivität stattfinden. Man könne nicht darauf warten, was 2007, wenn möglicherweise der Insolvenzverwalter für die Pflegeversicherung komme, oder 2008 nach Abschluss von Pflegemodellen geschehe. Man müsse jetzt aktiv gestalten, sich in der eigenen Einrichtung darauf vorbereiten und nicht von den Ereignissen später überrollen lassen.

Stichworte zur inhaltlich-konzeptionellen Entwicklung:

von der Versorgung zur Begleitung,

von den Leistungskomplexen zur (bedürfnisorientierten) Normalität,

von der Defizitkompensation zur Kompetenzförderung,

von einer Expertenmacht zur Partnerschaft.

Stichworte zur systemisch-strukturellen Entwicklung:

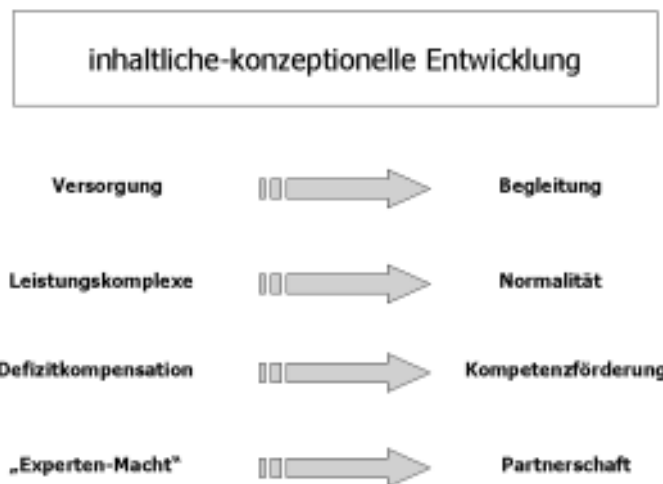
Von der Duldung oder der Pflege als Erdulder hin zu Selbstvertretung,

von der Systemgefangenheit hin zum Gestalter,

vom Einzelkämpfer zur Kooperation,

vom „... ja, aber ...“ zum „... jetzt geht's los ...“

Ein ganz wichtiger Punkt sei jedoch nach allem Gesagten: Es wäre ein großer Fehler, wenn jetzt ein Aktionismus ausbrechen würde. Man werde nichts erreichen, wenn man all das, was man für sich selbst, für sein Unternehmen, in der Partnerschaft mit anderen verändern möchte, nicht durch gute und systematische Konzepte hinterlege, die vor allen Dingen Ziele haben. Denn: wenn man keine klaren Ziele habe, werde man nur Hindernisse sehen.



## Fragen

**Statement Dr. Girke:** Der Kunde ist König. Es gibt Situationen, da ist der Kunde, wenn er uns gegenübertritt, noch nicht der Kunde, wie wir ihn haben wollen, um ihm jetzt genau eine Dienstleistung zu verkaufen. Ich habe von dem Onkel Hans, dem Lokführer gesprochen. Die Tante Else ist nach seinem Tod hier geblieben, über 80. Sie fragt mich auf einmal: „Du, ich werde auf einmal alt. Muss ich mich langsam um einen Heimplatz kümmern?“ Und wenn sie dann so funktionieren, fange ich wirklich an, Prospekte zu suchen, Betreutes Wohnen vielleicht noch.

Wir haben etwas ganz anderes gemacht, und das ist so etwas ähnliches wie das englische Modell: Genau den Bedarf entdeckt, an ihm gearbeitet, und ich habe jetzt eine strahlende 62jährige Cottbusserin, die weit weg ist von einem Pflegeplatz. Denn ich habe mit ihr gemeinsam eine neue Wohnung gestaltet. Es wird saniert. Ich saß mit dieser alten Dame in einem Computer-Küchen-Büro. Ich war aus eigenen Gründen noch nie dort gewesen. Sie hat sich eine neue Küche gekauft. Sie hat das Schlafzimmer verlegt, neu gemacht. Da fragen viele in der Verwandtschaft, „ist das denn sinnvoll, mit so einer alten Dame diese Dinge jetzt noch zu machen? Kann sie das noch nutzen?“ Ich habe bei der Frau einen Schub an Lebensenergie erlebt. Wie sie mit Handwerkern umgegangen ist, wenn sie die Leistungen nicht korrekt machen. Sie ist jetzt auf einem Level fit gemacht für wirklich selbstständiges Leben zu Hause. Ich meine wir sollten darüber nachdenken, ob wir manchmal nicht Berater, Orientierer, Lotse sein sollten für Menschen, die einen Hilfsbedarf haben und darum eine Kundenbindung herstellen. Tante Else wird vielleicht einmal pflegebedürftig werden. Aber dann hat sie Menschen kennengelernt, die in diesem Metier tätig sind. Ich plädiere also dafür - darüber haben wir in dem Erstgespräch-Standard der QgP anfangs lange diskutiert: Ein gutes Erstgespräch ist ein abgeschlossener Vertrag.

Noch ein Eindruck dazu: Sie hatten von Partnerschaft gesprochen und den Verbraucherschutz als Überschrift gewählt. Bei dem Expertenstandard „Harnkontinenz“ stand in Osnabrück zur Verwunderung aller Beteiligten

auf einmal ein Mensch auf von einer Landesverbraucherzentrale. Der hat dort folgenden Vorschlag gemacht: Er wird diese komplizierte Sprache, die die Pflegeleute benutzen, übersetzen in eine Sprache, in der Angehörige als Mitgestalter verstehen, was die Qualitätsstandards sind. Da haben alle im Saal zunächst rumort und haben gesagt, kann denn das sein, dürfen die denn das? Kann man so etwas in eine volkstümliche Sprache übersetzen? Ich glaube, das ist ein notwendiger Schritt, die Aktivitäten tatsächlich auf breite Schultern zu legen, und dazu gehört auch, die Sprache, die wir für uns gefunden haben, zu transformieren an die Kräfte, die uns unterstützen. Das war mir noch wichtig. Danke.



Stand der Firma Dan Produkte,  
einer der Sponsorinnen  
der Fachtagung

## Einführung: QM in der Altenpflege und der Stellenwert für die LIGA im Land Brandenburg

**Andreas Kaczynski**

**Landesgeschäftsführer PARITÄTISCHER LV**

Mir obliegt jetzt, in einem kurzen Rückblick die Geschichte und die Anliegen der QgP nachzuzeichnen.

Die QgP hat ja in den Jahren seit ihrer Gründung erheblich zur Qualitätssicherung in den Einrichtungen, die ihr angeschlossen sind, beigetragen. Auch wenn längst nicht alle Mitglieder zertifiziert sind, kann man doch sagen, dass ein breiter Prozess angestoßen worden ist in den Diensten und Einrichtungen und dass sich die Mitarbeiter intensiv mit dem Thema Qualität der Leistungserbringung beschäftigt haben.

Damals, als die QgP 1998 aus der Taufe gehoben wurde, wussten wir nicht genau, was auf uns zu kommt, ob uns so etwas gelingen könnte und wen wir dafür gewinnen könnten. Damals wie heute musste man für dieses Anliegen auch werben. Damals wie heute war es aber den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege auch ein Anliegen, Qualität zu sichern und die Leistungen so abzustimmen, dass das Optimalste herauskommt für die ihnen anvertrauten Menschen. Es gibt natürlich immer eine Lücke zwischen dem Anspruch von Qualität, zwischen unserem Handbuch und der Praxis. Wir haben deswegen auch sehr früh schon begonnen, uns gegenseitig zu besuchen und zu hospitieren, und wir haben gleich zu Beginn angefangen, Qualitätsbeauftragte breit zu schulen.

Die Handbücher wurden gemeinsam erarbeitet und nicht einfach in die Einrichtungen „hineinindoktriniert“, und wir haben das Träger übergreifend gemacht.

Auch denke ich an die eigene Qualität der QgP. Vielleicht liegt hierin überhaupt das größte Potenzial dieser Gemeinschaft, dass im örtlichen Bereich Akteure miteinander vernetzt werden unabhängig von ihrer Couleur, in dem gemeinsamen Anliegen, qualitativ gute Pflege zu leisten.

Die QgP kann das unmittelbarer und intensiver, als das beispielsweise die LIGA tun kann. Wir haben uns oft darüber Gedanken gemacht, wie sinnvoll diese Doppelstruktur ist. Dies ist eine LIGA-Veranstaltung und trotzdem steht dahinter auch und immer die QgP. Ich glaube, es hat sich bewährt, dass die QgP eben Sie direkt als Mitglieder hat und Sie sich dort als Akteure direkt einbringen können.

Die jährlich stattfindenden Fachkonferenzen hier in Cottbus sind ja nicht nur innerverbandlich genutzt worden, sondern die QgP hat von vornherein versucht, den Dialog auch mit der politischen Ebene, mit den Akteuren im Land zu suchen. Ich denke, diese Fachtagung ist ein gutes Zeichen dafür. Wir hatten hier immer auch Vertreter der Landespolitik, um gemeinsam in diesen Diskurs einzusteigen. Auch die Handbücher haben ja nicht nur im Land Brandenburg ein Echo gefunden, sondern bis heute gibt es Bestellungen aus dem ganzen Bundesgebiet. Das hat natürlich abgenommen nach der xten Überarbeitung, aber ich glaube, das war doch ein Zeichen dafür, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Weniger erfolgreich war die Einrichtung eines Beirats. Daran kann ich mich noch gut erinnern. Er ist 1999 das erste Mal zusammengekom-



Rückblick Geschichte und Anliegen der QgP



men, wo wir versucht haben, Krankenkassen, Medizinischen Dienst, Heimaufsicht, die Träger an einen Tisch zu bekommen, um eben über die Weiterentwicklung von Qualität, auch von den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu sprechen. Am Anfang waren die Spitzen dort vertreten. Aber als das Thema sich dann auch langsam um die finanzielle Sicherung von Qualitätssicherung drehte, erlahmte das Interesse schlagartig. Wir haben den Beirat damals erst einmal auf Eis gelegt, weil deutlich wurde: Wir kommen an einem solchen Punkt zunächst nicht weiter. Auch die Hoffnung, dass man Mindestqualitäten festschreiben und dass das die QgP im Land nachhaltig voran treiben kann, haben sich zunächst einmal so nicht erfüllt.

Dieses Ärgernis der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, gerade auch der Kassen oder des Gesetzgebers, besteht bis heute, und wenn man in die Kassenverhandlungen hinein geht, dann spielt das Thema Qualität eine schwindende Rolle. Es geht eher um Budgets, es geht um Geldverteilung oder um wenig Geld.

So manches Mitglied musste sich auch von Illusionen verabschieden. Nämlich vielleicht von der Hoffnung, „das Qualitätshandbuch im Schrank erspart mir den MDK oder die Heimaufsicht“. Dem ist natürlich nicht so. Aber vielleicht kann man dem ein wenig gelassener entgegen sehen.

Warum tun wir das alles? Wieso treiben wir diesen Aufwand bis hin zur Zertifizierung? Das schreibt uns ja niemand vor. Kritikern, die es immer auch gab und gibt, kann man eigentlich nur sagen: Auch wenn der Gesetzgeber den Leistungs- und Qualitätsnachweis noch nicht vorschreibt, so bin ich fest davon überzeugt, dass die Qualität einer Einrichtung zunehmend marktentscheidend ist. Auch Senioren werden deutlich selbstständiger, selbstbewusster und anspruchsvoller, und die kommende Seniorengeneration wächst in einer Dienstleistungsgesellschaft auf und wird vielleicht noch klarer wissen, was sie an Service möchte und welche Leistungsqualität sie erwartet. Schlechte Pflege schadet ja nicht nur dem Träger. Sie schadet letztlich auch dem Ruf der Branche, muss man fast sagen, den Pflegeanbietern insgesamt. Es muss nachdenklich stimmen, wenn bei Befragungen immer wieder geäußert wird, dass die Menschen größte Angst davor haben, im Alter in ein Heim zu kommen. Da hat natürlich auch so manche Pressekampagne von der „Abzocke“ in den Wohlfahrtsverbänden ihr Übriges getan, so dass diffuse Ängste entstanden sind, Ängste vor Misshandlung, vor Ausbeutung.

Das gibt es natürlich, aber ich denke, die große Anzahl der Einrichtungen - und im Moment fahre ich ja wieder durchs Land und schaue mir eine Fülle von Einrichtungen an, weil ich nun sozusagen in die Paritätische Welt eintauchen muss - leistet wirklich großartige Arbeit in ganz, ganz vielen Bereichen.

Die LIGA hat die QgP immer auch als Wertegemeinschaft verstanden. Eine Wertegemeinschaft, die etwas mit Selbstverpflichtung zu tun hat. Die QgP kann nicht verpflichten. Qua Beitrag ist man nicht ein qualitativ guter Anbieter. Es hat etwas mit Selbstverpflichtung zu tun, sich dort auf einen Weg zu machen. Diese besondere Verbindung von Werteorientierung und Fachlichkeit ist letztlich auch ein Ausweis für die Leistungsfähigkeit der Freien Wohlfahrtspflege. Das ist vielleicht auch das entscheidende Kriterium Freier Wohlfahrtspflege gegenüber freigewerblichen Anbietern.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Freier Wohlfahrtspflege hat das kürzlich in einer Erklärung im September diesen Jahres noch einmal unterstrichen. Ich zitiere: „Die gemeinsame Qualitätsstrategie der Verbände basiert auf der Überzeugung, dass der Wettbewerb sozialer Dienstleistungs-

unternehmen in erster Linie ein Qualitätswettbewerb um die bestmögliche Begleitung von Menschen in bestimmten Lebenslagen sein muss.“

Beides, die Werte des Trägers und die Fachlichkeit, sind eben auch konstitutive Bestandteile unseres Qualitätssicherungssystems nach EFQM, zu dem wir uns schon damals sehr früh entschieden haben. Diese europaweit gültige Norm ist sicher nicht ganz falsch, und auch da kann man auf die BAGFW noch einmal zurückblicken. Sie sagt, gemeinsam entwickelte Qualitätsstandards seien auch ein Beitrag für eine notwendige europäische Debatte über die Qualität professioneller sozialer Arbeit in der EU, in der nicht allein der Preis einer Dienstleistung zum alles entscheidenden Bewertungskriterium werden darf. Die Bundesarbeitsgemeinschaft hatte dabei durchaus auch unsere Erfahrung hier mit im Blick.

Bewertung von Leistung, das ist das nächste Stichwort.

Vor drei Jahren entschloss sich die QgP, ein eigenes Siegel zu vergeben. Im Kontext der Debatte um den Leistungs- und Qualitätsnachweis wurde dazu ein unabhängiger und anerkannter Prüfer gesucht. Mit der Deutschen Gesellschaft zur Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen (DQS) konnte ein starker Partner gefunden werden, der auch bundespolitisch einiges an Erfahrung mitbringt, da er ja mitunter auch am Ministeriumstisch dabei saß. Inzwischen gibt es zahlreiche Dienste und Einrichtungen, die sich haben prüfen lassen und die dieses Siegel erhalten haben. Wie es aussieht, haben wir ja gestern gesehen, als hier der Kollege persönlich „gesiegelt“ wurde.

Allen denen, die hier Pionierarbeit geleistet haben, muss man ein herzliches „Danke schön“ ausdrücken, auch für ihren Mut, das einfach einmal zu tun. Es dürfen gerne noch viel mehr werden.

Die QgP ist aber bei der individuellen Sicherung von Qualität, also bei der einzelnen Einrichtung, nicht stehen geblieben. Es ging ihr immer auch um strukturelle Verbesserung. So griff sie im vergangenen Jahr das Thema der Integrierten Versorgung auf. Dazu werden wir gleich noch mehr hören. Wir konnten hier ja auch im letzten Jahr eine ganze Reihe interessanter Referenten begrüßen und in den letzten Monaten auch einige Erfahrungen sammeln, wie so etwas gehen und wie man solche Prozesse initiieren kann.

Vielleicht noch einmal kurz zur Erinnerung: Bei Integrierter Versorgung geht es um die Erschließung eines ganzen Leistungsspektrums. Nämlich von der Prävention über die Kuration, die Rehabilitation und die Pflege. Dabei geht es dann auch um die Vernetzung sehr unterschiedlicher Berufsgruppen: Mediziner, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter. Sie sollen Hand-in-Hand arbeiten. Welten, die heute oft genug noch streng getrennt sind, die manchmal gar nicht die gleiche Sprache sprechen. Im Detail müssen viele Regeln erarbeitet werden. Überleitung ist ein Thema. Entlassungsmanagement. Es müssen gemeinsame Standards vereinbart werden, damit Vertrauen wachsen kann in solchen Netzen, und es muss ein fester Kreis von ausgewählten Leistungsanbietern entstehen, die sich dieser Sache verpflichten, die miteinander Kooperationsverträge eingehen.

Die QgP hat im letzten Jahr allen Mitgliedern, die an solchen Netzen Interesse haben, angeboten, sie dabei zu unterstützen und die ersten Schritte mit zu begleiten. In wenigen Landkreisen sind auch ganz kleine zarte Pflänzchen inzwischen entstanden.

In der Stadt Brandenburg zum Beispiel wurde ein kleiner Pflegeverbund gegründet, zunächst einmal aus QgP-Einrichtungen, um die ambulante Versorgung untereinander und miteinander zu optimieren.

Bewertung von Leistung

Integrierte Versorgung

Ansätze Regionaler  
Versorgungsnetze

Im Landkreis Oder-Spree diskutiert die QgP inzwischen mit dem Krankenhaus Woltersdorf, mit der AOK und auch mit dem Kreis selbst, um ein Integriertes Versorgungsnetz aufzubauen. Es gibt gemeinsame Fachveranstaltungen mit dem Krankenhaus, damit dieses Vertrauen zunächst einmal aufeinander zu wachsen kann.

Im Landkreis Teltow-Fläming haben sich auch einige QgP-Einrichtungen zusammengeschlossen. Ende November wird dort ein Fachdialog stattfinden zusammen mit dem Krankenhaus Luckenwalde. Hier geht es ebenfalls um Überleitung und Entlassungsmanagement. Das ist vielleicht immer der erste Baustein, den man angehen kann.

Im Havelland gab es Gespräche mit den Havelland-Kliniken. Im Moment sind sie ein bisschen ins Stocken geraten. Interesse war aber da.

Das sind wirklich nur Anfänge. Große Schritte in diesem Feld sind uns noch nicht gelungen. Integrierte Versorgung ist momentan aus meiner Sicht eine Idee, aber so richtig aufgegriffen worden ist das noch nicht. Es gibt, denke ich, gute Netze - beispielsweise hier in Cottbus haben wir das im letzten Jahr ja auch schon gehört - durch die Klinik, die hier selbst die Initiative ergriffen hat. Vielleicht liegt ein Problem auch darin, dass, wenn das von der Pflege ausgeht, das vielleicht vom schwächsten Partner ausgeht in diesen Netzwerken. Man stößt auch häufig genug auf Unverständnis bei den Kliniken oder bei den niedergelassenen Ärzten: Was will denn nun die Pflege in diesem Bereich?

Die QgP, denke ich, muss an diesem Thema aber dranbleiben, denn das wird in Zukunft sicher noch an Bedeutung gewinnen.

Vielleicht zum Schluss noch einmal ein Fazit.

Fazit

Die QgP als Motor von Qualitätssicherung in der Altenpflege im Land Brandenburg hat sich bewährt. Die steigende Zahl von Einrichtungen, die sich zertifizieren lassen, signalisiert deutlich, dass geprüfte Qualität einen Wettbewerbsvorteil darstellt. Die unterstützende Hilfe der QgP beim Aufbau Regionaler Versorgungsnetze weist schon ein Stück in die Zukunft. Die Zukunft ist die einer alternden und - wie es unsere jetzt scheidende Familienministerin immer sagt - einer kinderentwöhnten Gesellschaft, die in Brandenburg - und gerade hier in dieser Region ist das besonders spürbar - auch mit einem eklatanten Ärztemangel zu kämpfen hat. Ich habe mir erst kürzlich schildern lassen, wer im Spreewald einen Facharzt braucht, der muss immer nach Cottbus fahren. Es gibt dort schlichtweg keine mehr, und die polnischen Ärzte, die man vor einiger Zeit beworben hat, die haben sich hier gut ausgebildet und sind dann weitergezogen gen Westen.

Wir werden alle enger zusammenrücken müssen, um diese kommenden Herausforderungen zu meistern. Ich denke, die QgP ist dafür eine starke Gemeinschaft, die Sie und die uns gemeinsam unterstützt.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

## Qualität durch Regionale Versorgungsnetze in der Pflege: Aufgabe und Chance für alle Institutionen im Sinne der Pflegebedürftigen

**Dr. Dieter Wollenberg**

**Referent für Altenhilfe/Pflege, AWO Landesverband Brandenburg**

In einem kurzen historischen Überblick stellt Dr. Wollenberg fest, dass sich seit dem Entstehen der Pflegeversicherung 1995 an der sektoralen Trennung der verschiedenen Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen (nach SGB V und SGB XI) nichts geändert habe. Die Folgen dieser Trennung seien nach wie vor:

- Reibungs- und Informationsverluste an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche,
- Ineffizienz wegen Brüchen in der Informationskette,
- Einschränkungen in der Flexibilität der Nutzung der Ressourcen,
- Einschränkungen durch Kapazitätsmangel bei Leistungsablehnungen.

Als Beispiel hierzu nennt er die Wochenendentlassungen.

Weiterhin greift er die demografische Entwicklung in Deutschland auf. Es gebe mehr Ältere Menschen, weniger Kinder würden geboren. Dies habe auch Folgen für die Personalerneuerung im Pflegebereich. Man müsse mehr jüngere Menschen zur Ausbildung/Arbeit im Pflegebereich ermutigen.

Um die oben genannten Probleme zu bewältigen, sei die Notwendigkeit gegeben, die folgenden Überlegungen anzustellen: „Wie können wir, ohne Qualitätsverluste, ohne Leistungskapazitäten zu verringern, Pflege so gestalten, dass wir diesen Ansprüchen gerecht werden?“

Eine der Möglichkeiten sei bereits mit der Gesundheitsreform 2000 gegeben: die Integrierte Versorgung. Deren Geburtsfehler bestehe jedoch darin, dass hier noch keine Antwort darauf gegeben worden sei, wie die Projekte der Integrierten Versorgung refinanziert werden könnten. Die Antwort darauf gebe dann der Paragraph 140d im Gesundheitsmodernisierungsgesetz, der die Anschubfinanzierung regele (1%-Regelung). Doch dies alles beziehe sich weiterhin nur auf den nach SGB V geregelten Pflegebereich.

Trotzdem habe „der Zug Fahrt aufgenommen“, es gebe bisher über 1000 Verträge zur Integrierten Versorgung. Aber eine Ankoppelung des SGB XI-Bereiches tue Not, um hier nicht auf dem Abstellgleis zu landen.

Um dies voran zu bringen, habe die QgP Überlegungen angestellt und erste Aktivitäten begonnen in ihrem neuen Projektbereich „Regionale Versorgungsnetze“. Es gehe dabei vor allem um Koordination und Vernetzung, um gemeinsam abgestimmten Verhandlungen, schließlich darum, eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten zu erreichen.

Für die Finanzierung dieser Arbeit seien unterschiedlichste Formen denkbar, zum Beispiel gemeinsam vereinbarte Gesamtbudgets etc. Jeder sei gefordert, genau seine Leistung zum geforderten Zeitpunkt zu erbringen.



Letztendlich bedeute dies für alle, zur Erzielung der gewünschten Gesamtergebnisse über die Grenzen des eigenen Dienstes, Trägers, Verbands hinaus zu denken. Zur Weiterentwicklung der im Land Brandenburg beginnenden Prozesse sei es für jeden am Prozess Beteiligten wichtig, die eigenen Leistungspotenzen und -anteile genau zu definieren und sich die Fragen zu stellen: „Was wollen die Kunden regional genau? Wie können wir das - auch wirtschaftlich - gewährleisten? Wie können wir das im bevölkerungsmäßig verdünnten Raum durch Kooperation trotzdem gewährleisten?“

Regionale Versorgungsnetze aufzubauen, bedeute, Dienste, Einrichtungen, Fachärzte, Kliniken, Apotheken, Physiotherapeuten etc. im Sinne einer geschlossenen Versorgungskette einzubeziehen. Es gelte, die Frage zu beantworten: „Sind Projekte möglich, pflegebedürftige Patienten durch den Dschungel des Gesundheitssystems insgesamt zu lotsen, die Leistungen - egal um welche Leistungen es sich handelt - sicherzustellen, wann er sie benötigt bzw. wann sie im Interesse des Gesamttherapie- oder Gesamtpflegeerfolges notwendig und erforderlich sind?“ Damit würden zum Beispiel Wartezeiten, besonders in der Facharztversorgung, verringert werden können.

Abschließend führt Dr. Wollenberg dazu aus:

„Die entstehenden Projekte zeigen bereits, wenn es gelingt, Informationsflüsse planmäßig zu steuern, wenn es gelingt, auch die notwendige Transparenz zu entwickeln für alle Beteiligten, für die Pflegebedürftigen und Patienten, wenn es damit auch gelingt, Wirtschaftlichkeitsressourcen zu erschließen, Einsparpotenziale wirksam zu machen und damit höhere Effizienz zu erzielen, dann erfüllen diese Projekte in dem Sinne ihr Anliegen, ihr Ziel, ihren Zweck, als damit ein höheres qualitatives Niveau erreicht werden kann für alle Beteiligten und als damit auch die Gewähr gegeben ist, dass auch zukünftig unter komplizierter werdenden Bedingungen ohne Abstriche an der Leistungserbringung, ohne Abstriche an qualitativen Anforderungen entsprechende Ergebnisse, notwendige Ergebnisse erreicht werden können.

Insofern sind Regionale Versorgungsnetze für alle Beteiligten eine Chance aber auch eine Herausforderung, sich in diesen neuen Strukturen hzu bewähren, zu beteiligen, eigene Ansprüche mit einzubringen, eigene Potenzen mit einzubringen, aber auch eigene Potenzen weiter zu entwickeln.

Die Qualitätsgemeinschaft Pflege und Sie als Mitglieder haben hier die besten Voraussetzungen dafür. Viel Erfolg!“



## **Interne Qualität: Untersuchungsergebnisse über den Einsatz von Instrumenten der Qualitätssicherung in Alten- und Pflegeheimen**

**Frauke Schönberg**

**Forschungsgesellschaft für Gerontologie, Dortmund**

Nach einer Kurzvorstellung ihres Instituts zitiert Frau Schönberg den offiziellen Titel des Projekts: „Instrumente der internen Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Altenpflege - Bestandserhebung und Evaluation“.

Das im Auftrag des BMFSJ bundesweit 2002 bis 2004 durchgeführte Projekt lief in zwei Schritten ab: der Bestandserhebung und der Evaluation. Nach einer kurzen Schilderung des Projektablaufs erläutert die Referentin zunächst die Bestandserhebung und berichtet dann über die Ergebnisse der Evaluation, vor allem über die Anwendung der drei Qualitätssicherungsinstrumente Pflegevisite, Beschwerdemanagement und Kundenbefragung.

Ihr Gesamtfazit lautet:

„Einrichtungen und Dienste haben sich auf den Weg gemacht. Es erscheint uns aber so, dass gerade kleinere Einrichtungen und Dienste Schwierigkeiten mit diesen Qualitätssicherungsinstrumenten haben. Und damit meine ich alle, die wir abgefragt haben.“

Dazwischen haben uns Leitungen von kleinen Diensten angerufen mit dem bedauernden Vermerk, dass sie den Fragebogen gar nicht ausfüllen können, weil sie das alles gar nicht machen, aber nicht, weil sie schlechte Arbeit leisten - das hat damit nichts zu tun, es gibt ja einen Unterschied, ob jemand gute Arbeit leistet und Instrumente verwendet, sondern weil sie als Organisation einfach zu klein sind, um zum Beispiel einen Qualitätszirkel zu gründen.

Hier stellt sich aber dann auch vielleicht die Frage, ob es nicht neuer Organisationsformen bedarf - das wurde heute ja auch schon angesprochen, und diese Frage stellt sich ja durchaus auch für die Implementation von Qualitätssicherungsinstrumenten: Muss jede Einrichtung, jeder kleine Dienst eine Qualitätsbeauftragte haben oder ist es nicht möglich, gebündelt zu mehreren so etwas zu entwickeln?“

Wir dokumentieren ihren Beitrag im Folgenden anhand der vorgelegten Powerpoint-Folien.



### **Zur FFG**

- Forschungsgesellschaft für Gerontologie, Institut für Gerontologie: Gründung 1990
- Sozialgerontologische Forschung und Politikberatung
- 3 Arbeitsbereiche: Demographischer Wandel, Gesundheitliche und pflegerische Versorgung, Lebenslageforschung und Altenberichterstattung
- z.Z. 16 Wissenschaftliche Mitarbeiter/innen
- 80% Drittmittel
- Infos unter [www.uni-dortmund.de/FFG](http://www.uni-dortmund.de/FFG)

**Das Projekt** ⇨ Instrumente der internen Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Altenpflege: Bestand & Evaluation

⇨ Auftraggeber: BMFSFJ

⇨ Laufzeit: 2002 - 2004

⇨ bundesweites Projekt

⇨ Untersuchungsschritte: 1. Bestandserhebung  
2. Evaluation

BESTANDSERHEBUNG →

Schriftliche Befragung von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen (10% Stichprobe)

Beschreibung der Stichprobe:

- Antwortquote: 22, 1% (stationäre Einrichtungen)
- Trägerschaft im Vergleich zur Pflegestatistik 2001 gleich verteilt
- „große“ Einrichtungen überproportional häufig vertreten
- keine Unterschiede bezüglich der Beschäftigungsverhältnisse und der Qualifikationen der Mitarbeiter/innen

Fragebögen zur Bestandserhebung: Versand & Rücklauf

| Bundesland | stationäre Einrichtungen |          |      |
|------------|--------------------------|----------|------|
|            | Versand                  | Rücklauf |      |
|            | abs.                     | Abs      | %    |
| BW         | 141                      | 22       | 15,6 |
| BY         | 132                      | 41       | 31,1 |
| B          | 48                       | 6        | 12,5 |
| BRB        | 19                       | 4        | 21,1 |
| HB         | 14                       | 1        | 7,1  |
| HH         | 22                       | 6        | 27,3 |
| HE         | 78                       | 13       | 16,7 |
| MV         | 22                       | 5        | 22,7 |
| NI         | 117                      | 31       | 26,5 |
| NW         | 199                      | 37       | 31,6 |
| RP         | 39                       | 6        | 15,4 |
| SL         | 13                       | 2        | 15,4 |
| SN         | 51                       | 14       | 27,5 |
| ST         | 32                       | 12       | 37,5 |
| SH         | 55                       | 11       | 20,0 |
| TH         | 17                       | 6        | 35,3 |
| insgesamt  | 999                      | 217      | 21,7 |
| bereinigt  | 981                      | 217      | 22,1 |

## EVALUATION



**In der Bestandserhebung abgefragte QS-Instrumente**„Freiwillige“ Instrumente

- Qualitätszirkel
- Qualitätsbeauftragte
- Assessment-Verfahren
- Personalbemessungsverfahren
- Supervision
- Beschwerdemanagement
- Kundenbefragung
- Mitarbeiterbefragung
- Pflegevisite
- Selbstbewertung durch Handbücher

„Vorgeschriebene“ Instrumente

- Fortbildung
- Pflegedokumentation
- Pflegeteams
- (Weiter-)entwicklung und Nutzung von Standards

**Ergebnisse der Bestandserhebung****Angewandte interne QS- Instrumente  
in stationären Einrichtungen:**

1. Qualitätszirkel  $\Rightarrow$  86 %
2. Pflegevisite  $\Rightarrow$  84 %
3. Beschwerdemanagement  $\Rightarrow$  83%
4. Qualitätsbeauftragte  $\Rightarrow$  79%
5. Kundenbefragung  $\Rightarrow$  65%
6. Mitarbeiterbefragung  $\Rightarrow$  57%
7. Supervision  $\Rightarrow$  30%
8. Selbstbewertungshandbücher  $\Rightarrow$  27%
9. Assessment-Verfahren  $\Rightarrow$  14%

**Geplante interne QS- Instrumente  
( stationär)**

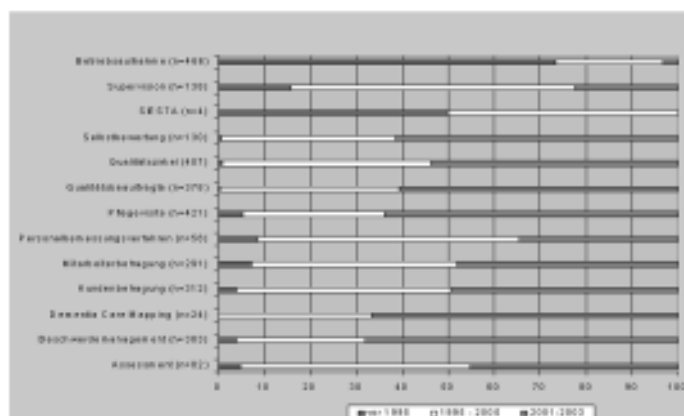
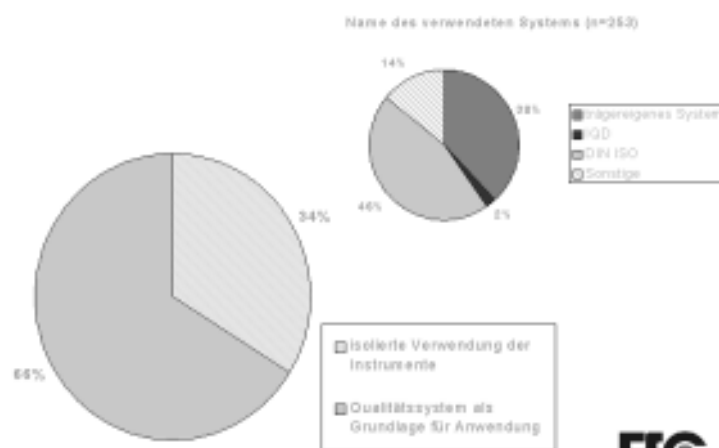
1. Mitarbeiterbefragung  $\Rightarrow$  25%
2. Kundenbefragung  $\Rightarrow$  17 %
3. Beschwerdemanagement  $\Rightarrow$  13%
4. Qualitätsbeauftragte  $\Rightarrow$  10%
5. Supervision  $\Rightarrow$  13%
6. Selbstbewertungshandbücher  $\Rightarrow$  12%
7. Pflegevisite  $\Rightarrow$  10%
8. Qualitätszirkel  $\Rightarrow$  7%
9. Weitere Instrumente wie Dementia Care Mapping, Assessment Verfahren etc. unter 7%

**Nicht mehr verwendete interne QS- Instrumente (stat.) :**

1. Supervision 16%
2. Selbstbewertungshandbücher 3%
3. Mitarbeiterbefragung 2%
4. Kundenbefragung 2%
5. Qualitätszirkel 1%
6. Dementia Care Mapping, Assessment Verfahren, SIESTA, Qualitätsbeauftragte unter 1%

*$\Rightarrow$  Insgesamt ist die Anzahl der nicht mehr verwendeten Instrumente gering*



Zeitraum der ersten Anwendung (amb. & stationär)Einbettung der Instrumente in ein Qualitätskonzept (amb. & stat.)

EBC

**Vertiefende Evaluation ...****Vertiefende Evaluation für:**

- Pflegevisite
- Beschwerdemanagement
- Kundenbefragung

**Pflegevisite (PV) - Ergebnisse**

- Verwendung gehäuft ab 2000
- PV bringt häufig eigene Dokumentation mit sich (1- 10 Seiten)
- Kaum kollegiale PV
- PV dauert im Schnitt 3 Stunden, davon 20-30 Minuten direkt beim Pflegebedürftigen

Pflegevisite (PV) - aus Mitarbeitersicht (n=24)

Reihenfolge der vollen Zustimmung:

- 1 PV deckt Pflegefehler auf (19)
- 2 PV verbessert Pflegedoku (17)
- 3 PV verbessert Pflegeplanung (16)
- 4 PV verbessert das Verhältnis von Pflegekraft & Pflegebedürftigen (12)
- 5 PV verbessert Transparenz (11)
- 6 PV gibt Pflegebedürftigen Vertrauen/Sicherheit (10)
- 7 PV verbessert Beteiligung am Pflegeprozess (7)
- 8 PV reduziert Angst/Stress bei den Pflegebedürftigen (6)
- 9 PV erhöht die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen (6)
- 10 PV ist ein Eingriff in den Datenschutz (2)
- 11 PV kontrolliert Mitarbeiter/innen (1)

Pflegevisite (PV) aus Mitarbeitersicht: Fazit

⇒ bewohnerorientierte Wirkungen erfahren weniger Zustimmung

⇒ keine einrichtungsspezifischen Unterschiede in den Bewertungen

Pflegevisite (PV) aus Nutzersicht:

- ⇒ Bedeutung der PV scheint in den Versorgungssettings unterschiedlich bedeutsam
- ⇒ Pflegeheim größere Bedeutung
- ⇒ Im häuslichen Bereich sehen sich Angehörige eher als Experten
- ⇒ Auch Gepflegte schreiben der PV im häuslichen Bereich nicht so eine große Bedeutung zu

Pflegevisite - Fazit

- Zielsetzung?
- Organisation?
- Dokumentation?
- Bewohnerorientierung?

Beschwerdemanagement: Ergebnisse

- Beschwerdemöglichkeiten
  - schriftlich (49%)
  - mündlich und schriftlich (46%)
  - ausschließlich mündlich (5%)
- Beschwerdesammlung und -bearbeitung liegt meistens bei der Leitungsebene
- Meistens: Beschwerdesammlung, kein Management

Beschwerdemanagement- aus Mitarbeitersicht (n=128)

Reihenfolge der vollen Zustimmung:

- 1 Beschwerden bleiben eher im Haus (82)
- 2 BM trägt den Wünschen der Bewohner/innen Rechnung (81)
- 3 BM verbessert das Image (71)
- 4 BM gibt feed-back (69)
- 5 BM verbessert Zufriedenheit der Pflegebedürftigen (69)
- 6 BM zeigt Veränderungsbedarfe auf (53)
- 7 BM kontrolliert Mitarbeiter/innen (24)

⇒ Einrichtungsspezifische Unterschiede bei der Bewertung durch die Mitarbeiter/innen

Beschwerdemanagement- aus Nutzersicht (n=32)

- Begriff „Beschwerde“ ist belastet
- Häufige Beschwerdeinhalte:
  - häufig Essen,
  - Wäsche,
  - Personal,
  - Ausstattung der Einrichtung
- z.T. wird keine Beschwerde geführt
- Unterschiedlich gestufte Beschwerdewege (Indirekt/Direkt)

Beschwerdemanagement- Fazit

- Begriff der Beschwerde vermeiden !
- Viele Beschwerdewege öffnen und auch darauf hinweisen
- Beschwerdekultur bei Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen schaffen
- Beschwerden nicht nur sammeln, sondern auch managen

Kundenbefragung - Ergebnisse

- Werden als QS-Instrument noch nicht so häufig eingesetzt ⇒ häufig geplant
- Modus der Befragung: meistens schriftlich
- Befragt werden Bewohner/innen und Angehörige, demenziell Erkrankte werden i.d.R. nicht befragt

Kundenbefragung (KB) - aus Mitarbeitersicht (n=19)

## Reihenfolge der vollen Zustimmung:

- 1 KB verbessert das Image der Einrichtung (14)
- 2 KB verbessert Zufriedenheit bei den Pflegebedürftigen (14)
- 3 KB bietet Möglichkeit des feed-backs für Mitarbeiter/innen (13)
- 4 KB stellt Qualität aus Sicht des Pflegebedürftigen dar (13)
- 5 KB ermöglicht Berücksichtigung von Wünschen/Bedürfnissen der Bewohner/innen und Angehörigen (12)
- 6 KB verbessert Information/Transparenz (11)
- 7 BM kontrolliert Mitarbeiter/innen (5)

Kundenbefragung (KB) - aus Bewohnersicht (n=5)

*Aus Nutzerperspektive scheinen derartige Befragungen (noch) keinen großen Stellenwert zu haben.*

Kundenbefragung -Fazit

- Durchführung häufig nicht „State of the art“
- Unsicherheit im Umgang mit diesem Instrument
- Darstellung der Ergebnisse und ihre Verwertung ???

**Gesamt - Fazit**

**Einrichtungen und Dienste haben  
sich auf den Weg gemacht...**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**



## **Selbstbewertung der Qualität - Pflichtübung oder Chancen zur Verbesserung ?**

**Eva Heinold-Krug**

**Literaturwissenschaftlerin, Erwachsenenbildnerin,  
Excellence-Assessorin, Beraterin**

Frau Heinold-Krug berichtet über die Erfahrungen mit Selbstbewertung aus einem Projekt der Verwaltungsvereinfachung der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau. 13 Verwaltungsämter sollten fusioniert, jeweils etwa drei Ämter zu einem zusammengefasst werden. Der Prozess wurde intern organisiert und extern von ihr als Beraterin begleitet. Er sollte mit einer Selbstbewertung als „Motor zur konstruktiven Arbeit und zur Weiterentwicklung“ durchgeführt werden, „damit Veränderung tatsächlich beteiligungsorientiert erreicht werden kann, und wir wollen gerade in dieser unübersichtlichen Phase der Fusion Ordnung in Abläufe und Dienstleistungen bringen und eben auch tatsächlich Beteiligung herstellen“.

„Der oberste Leitsatz war, dass Selbstbewertung nicht als ein einzelnes, losgelöstes Instrument betrachtet werden sollte, sondern dass es als ein Steuerungsinstrument mit anderen Steuerungsinstrumenten verknüpft werden sollte. Das war der ganz entscheidende Ansatz, zu sagen: Selbstbewertung ist etwas, das uns allen gemeinsam hilft, unsere Einrichtungen in eine bessere Richtung zu steuern, Stärken und Verbesserungspotenziale gemeinsam zu entdecken und sie zur Weiterentwicklung zu nutzen.“

... Man hat sich überlegt, dass dieses Konzept der Selbstbewertung anschlussfähig sein muss an die gesamte Unternehmenskultur.“

Das etwa eineinhalb Jahre dauernde Projekt habe sich aus vier Phasen zusammengesetzt:

1. Vorbereitungs- und Entscheidungsphase,
2. Bewertungs- und Auswertungsphase,
3. Umsetzung von Verbesserungsprojekten,
4. Etablierung der systematischen Qualitätsentwicklung.

### **1. Vorbereitungs- und Entscheidungsphase**

Diese Phase habe ziemlich lange gedauert. Eine Dienstvereinbarung mit der Personalvertretung sei geschlossen und ein Schulungskonzept sei entwickelt worden. Der Leitfaden zur Selbstbewertung (CAF, angelehnt an EFQM) sei in die Sprache der Verwaltung übersetzt worden. Außerdem habe man ein Pilotprojekt in einer Einrichtung durchgeführt.

### **2. Bewertungs- und Auswertungsphase**

Die gesamte Belegschaft sei einen Tag lang geschult worden. Man habe dann Bewertungsteams in allen Ämtern zusammengestellt, die sich in kleinen Einrichtungen aus allen MitarbeiterInnen, in großen Einrichtungen aus repräsentativen Teams zusammensetzten. Die Selbstbewertung

habe an drei Vormittagen zunächst ohne die Einrichtungsleitungen stattgefunden, erst am letzten Tag seien die Leitungen hinzu gekommen.

### 3. Umsetzung von Verbesserungsprojekten

Verantwortliche für die Umsetzung wurden bestimmt mit jeweils eigenem Budget. Parallel zur Umsetzungsphase habe eine zwei bis drei Mal im Jahr tagende Anwenderkonferenz von Vertretern aller neuen Ämter ihren Dienst aufgenommen mit der Aufgabe, kollegiale Begleitung und Nutzung der zentralen Ressourcen zu gewährleisten. Die Ergebnisse der Selbstbewertung seien in eine Zielvereinbarung eingeflossen. Eine Vernetzung mit anderen Verwaltungen sei eingerichtet worden zur Verbreiterung der Lernmöglichkeiten.

### 4. Verbesserungsprojekte seien in folgenden Bereichen gemeinsam entwickelt und umgesetzt worden (Beispiele):

- Prozesse dokumentieren,
- Kundenbeziehungen (Beschwerdemanagement, Kundenbefragung),
- Personalmanagement (verbindliches Fortbildungskonzept),
- Runder Tisch Arbeitsklima,
- Kommunikation (Einführung eines Feedback-Verfahrens, Schaffung und Pflege einer verbindlichen Informationsstruktur)

### Zusammenfassung

Das Projekt habe Wirkungen auf zwei Ebenen gehabt:

Auf der einen Ebene habe es wirklich die gemeinsame und vereinbarte Entwicklung von Verbesserungsprojekten gegeben, die auch umgesetzt würden. Außerdem habe die Leitung alle Projekte befürwortet.

Auf der anderen Ebene habe ein Verständigungsprozess zwischen Leitung und MitarbeiterInnen stattgefunden in einer Zeit der Fusion, „in der es häufig zu Konfrontation und zu vielen Konflikten kommt“.

Mit beidem sei man einen kleinen Schritt auf dem Weg zu einer „lernenden Organisation“ voran gekommen und es habe eine Entblockierung stattgefunden. Damit sei der „Gedanke an Veränderungsfähigkeit wieder näher gelegt“ worden. Dies alles sei wesentlich durch Nutzung des klar strukturierten Instruments der Selbstbewertung bewerkstelligt worden.

Abschließend benennt Frau Heinold-Krug einige **Faktoren für den Erfolg des Projektes:**

- eine klare und konsequente Beteiligung aller MitarbeiterInnen,
- die Leitung habe eindeutig Verantwortung für die Umsetzung aller Projekte übernommen,
- die Integration mit Steuerung insgesamt,
- begleitende Personalförderungsmaßnahmen,
- auftretende Konflikte im Laufe des Selbstbewertungsprozesses seien gelöst worden,
- der Verzicht auf Qualitätsbeauftragte (d.h. es war eine Aufgabe aller, die nicht delegiert wurde),
- Vernetzung.

In Bezug auf eine **Übertragung der Ergebnisse in den Pflegebereich** gibt die Referentin folgende Hinweise:

Man müsse eine Selbstbewertung als einen Veränderungsprozess auffassen und ernst nehmen.

Man müsse sich in diesem Prozess auch das Erkennen von Stärken bewusst machen.

Man müsse ernst nehmen, dass hier während der Arbeit ALLE lernen.

Man müsse zu der Überzeugung kommen, dass Veränderung nicht nur über einen Bruch von außen geschieht, sondern dass sie auch im Alltag vor Ort entstehe.



## Zusammenfassung und Blick auf die Zukunftsperspektiven der QgP

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

Angesichts der fortgeschrittenen Zeit beschränkt sich Dr. Müller darauf, den Teilnehmern/innen einige Gedanken mit auf den Weg zu geben und kurz Fakten über die von der QgP im nächsten Jahr beabsichtigten Aktivitäten zu benennen.

### Aktivitäten der QgP im nächsten Jahr

2006 werden voraussichtlich zwei Qualitätskonferenzen stattfinden:

Im Frühling 2006 werde sich die erste Konferenz mit der Einführung von Nationalen Expertenstands in den Einrichtungen beschäftigen. Die zentrale Frage sei dabei: Was haben diese Standards mit der täglichen Arbeit zu tun?

Die zweite Veranstaltung werde sich vor allem an die bereits zertifizierten und alle an einer Zertifizierung interessierten QgP-Mitglieder wenden. Der Erfahrungsaustausch - Wie geht es weiter nach der Zertifizierung? - und Fragen zu den anstehenden Wiederholungsbegutachtungen stehe hier, voraussichtlich nach den Sommerferien, im Vordergrund.

Weiterhin treibe die QgP den Aufbau der Regionalen Versorgungsnetze voran. Vor allem in den Landkreisen Oder-Spree und Teltow-Fläming gebe es viel versprechende Ansätze.

Am 7. Dezember 2005 stehe zudem eine gemeinsame Veranstaltung mit der Landeskrankenhaus-Gesellschaft Brandenburg auf dem Terminplan.

Schließlich werde im gesamten Jahr 2006 die Generalüberarbeitung des QgP-Qualitätsmanagement-Handbuches anstehen mit einer vollständigen Revision von dessen Gliederungsstruktur.

### Wie geht es weiter in den Mitgliedseinrichtungen?

Im Jahr 2005 sei in Bezug auf die Begutachtungen mehr in Bewegung geraten als in den Jahren davor. Man müsse sich jedoch selbstkritisch fragen: Wie geht es weiter? Bei etwa 20 Qualitätprüfungen insgesamt seit 2003 müsse festgestellt werden, es könnten durchaus mehr Einrichtungen sein, die Vertrauen in die eigene Leistung setzten. Denn es sei wichtig, diese Leistung auch „nach außen“ zu dokumentieren und dabei das QgP-Siegel als Marketinginstrument und Markenausdruck einzusetzen. Das seit kurzem angebotene interne Assessment zur Einschätzung der Prüfungsreife der Einrichtungen erleichtere diese Arbeit.

Die Einrichtungen müssten sich klar machen, sie stünden nicht allein. Sie fänden Unterstützung in ihren Verbänden und in der QgP.

Als Motto für die Zukunft in der QgP gelte der Satz: „Austausch in den Regionen verbessern - regionale Zusammenarbeit verstärken!“ Er beziehe sich sowohl auf Austausch und Kooperation innerhalb der QgP als auch zwischen den einzelnen Einrichtungen selbst. Ein ergänzendes Ziel dabei sei auch die Entwicklung der Partnerschaften mit anderen Organi-





sationen und Institutionen außerhalb der Altenpflege im gesamten Gesundheitswesen. Eine „Insellösung“ sei zukünftig zu wenig.

In seinem letzten Punkt bezieht sich Dr. Müller auf die demografische Entwicklung und die daraus folgende zunehmende „Ausdünnung“ bzw. „Entleerung“ der Regionen. Es stelle sich deshalb für die QgP die Frage: „Müssen wir nicht die Zusammenarbeit mit kommunalen und politischen Organisationen in der Region verstärken?“ Auch in dieser Hinsicht seien in den Landkreisen Oder-Spree und Teltow-Fläming erste Entwicklungen in Gang gekommen.