



Dezernat III Az.

Datum 11.11.2004

Nr. 588 / 2004

Betreff:

Symposium Pflege 2004

Qualität in der Pflege – Gratwanderung zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung

Dokumentation des 3. Symposiums am 20. Oktober 2004

Betrifft Antrag/Anfrage Nr.

Antragsteller/in:

Beratungsfolge	TOP	Sitzungstermin	Öff.	N.Ö.
1. Sozialausschuss	1	25.11.2004	X	
2.				
3.				

Widder

Fürst-Diery

Kurzfassung des Sachverhaltes

Am 20. Oktober 2004 hat das 3. Symposium Pflege unter dem Titel „Qualität in der Pflege – Gratwanderung zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung“ in Mannheim stattgefunden.

Die Sozialministerin des Landes Baden-Württemberg, Frau Gönner, hat bei dieser Veranstaltung die Pflegepolitik und Pflegeplanung des Landes, Frau Bürgermeisterin Fürst-Diery die mit diesem Thema verbundenen Problemstellungen für die Praxis in Mannheim vorgestellt. Weitere Beiträge zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung in der Pflege gab es von Vertreterinnen der Pflegeeinrichtungen in Mannheim, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Baden-Württemberg, des Landeswohlfahrtsverbandes Baden und aus Sicht einer Unternehmensberatung. Abgerundet wurde die Veranstaltung durch eine Podiumsdiskussion unter dem Titel „Qualität in der Pflege – zu welchem Preis?“

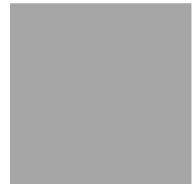
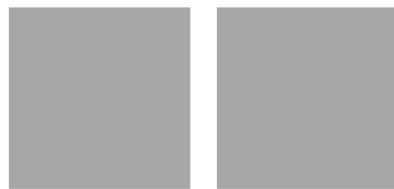
Aufgrund der besonderen Aktualität und Brisanz des Themas hat die Sozialverwaltung diese Veranstaltung zeitnah für die Information und Beratung des Sozialausschusses dokumentiert (Anlage).



Altenhilfe

Symposium Pflege

**Qualität in der Pflege –
Gratwanderung zwischen
Professionalisierung und
Bürokratisierung**



**Dokumentation
des 3. Symposiums
am 20. Oktober 2004**



Dezernat für Jugend,
Soziales und Gesundheit
Fachbereich Soziale Sicherung,
Arbeitshilfen und Senioren



STADT MANNHEIM²





Impressum

Herausgeber

Stadt Mannheim
Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit,
Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen
und Senioren

Redaktion & Gestaltung

Walter Werner (Programmkoordination)

unter Mitwirkung von
Susana Santos de Castro und
Waltraut Spitznagel (Transkription)

Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und
Senioren - Stabsstelle Sozialplanung

Bezug

Stadt Mannheim/FB 50
Sozialplanung
K 1, 7-13
68159 Mannheim
Tel. (06 21) 2 93-98 85
Fax (06 21) 2 93-47 98 85
sozialplanung@mannheim.de

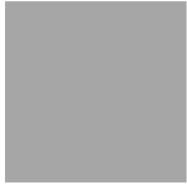
Kosten

Schutzgebühr 10 Euro

Druck

Hausdruckerei Mannheim

Mannheim, November 2004



Symposium Pflege

Qualität in der Pflege – Gratwanderung zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung

Inhalt

	Seite
1 Die Schlüsselbegriffe zum Thema: Qualität, Pflege, Professionalisierung und Bürokratisierung	6
2 Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery „Qualität in der Pflege – hochaktuell“	7-14
3 Sabine Seifert / Margot Kölmel Anspruch und Praxis im Qualitätsmanagement ambulanter und stationärer Pflegereinrichtungen in Mannheim	14-24
4 Ministerin Tanja Gönner Qualität in der Pflegepolitik und Pflegeplanung des Landes Baden-Württemberg	25-30
5 Dr. Waltraud Hannes Empirische Befunde zur Pflegequalität – Bilanz der Qualitätsprprüfungen in Pflegeeinrichtungen	31-34
6 Christina W. Leciejewski Wertebezogene Unternehmensführung durch qualitative Kennzahlen. Wie kann jeder noch besser werden?	35-40
7 Podiumsdiskussion „Qualität in der Pflege – zu welchem Preis?“ Teilnehmer/innen: Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery / Völker Wörner / Dr. Waltraud Hannes / Christina W. Leciejewski Moderation: Manfred Froese	41-51
8 Volker Wörner Kennzahlen des Landeswohlfahrtsverbands Baden für die Altenpflegeheime in Mannheim	53
9 Zur Person	54
10 Programm der Veranstaltung	55-56
11 Presse	57-61
12 Impressionen des Symposiums	62-63



1 Die Schlüsselbegriffe zum Thema:

Pflege

die Bewältigung von Alltag, Krankheit und Biografie, wo Würde, Selbstbestimmung und Individualität das pflegerische Handeln bestimmen, nicht eine optimierte Pflegeverrichtungstechnik

Qualität

die Gesamtheit der charakteristischen Eigenschaften, Beschaffenheit und Güte einer Einheit (Organisation, Dienstleistung, Prozess), die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben verfolgt

Professionalisierung

die Spezialisierung von Berufspositionen auf Grund gestiegener Anforderungen an das für die Berufsausbildung erforderliche Fachwissen

Bürokratisierung

ein Prozess, der mit dem eigenen Wachstum seine Unentbehrlichkeit zu beweisen versucht

Begriffe: Walter Werner

Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery



2 „Qualität in der Pflege – hochaktuell

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich heiße Sie zu unserem Symposium Pflege
im Ratssaal unseres Stadthauses herzlich will-
kommen.

Es ist das dritte Symposium Pflege im Span-
nungsfeld zwischen Professionalisierung und
Bürokratisierung. Mit diesem Symposium will ich
auch künftig gemeinsam mit den Trägern von
Mannheimer Pflegeeinrichtungen immer wieder
hochaktuelle Fragestellungen in der Pflege
aufgreifen.

Unser erstes Symposium Pflege im Jahr 1999
trug den Titel „Pflegeheime zwischen Qualität,
Kundenanspruch und Wirtschaftlichkeit“, das
zweite Symposium im Jahr 2001 stand unter
dem Motto „Kundenperspektive – Interessen,
Wünsche, Lebensstile“.

Mit der Vielzahl rechtlicher Neuregelungen zur
Qualitätssicherung in der Pflege in den letzten
Jahren, die ich im Grundsatz durchaus begrüße,
sind aber auch gleichzeitig die Anforderungen
an die Träger von Pflegeeinrichtungen, an das
Personal und den Aufwand zur Qualitätssiche-
rung in einem Maße gestiegen, die unseren ge-
meinsamen Anspruch für eine zufriedenstel-
lende, qualitätsvolle und menschenwürdige Pflege
für ältere Menschen in unserer Stadt vor
außerordentliche Herausforderungen stellt. Das
Thema Qualität in der Pflege ist hochaktuell.

Ich freue mich besonders, dass Frau Sozial-
ministerin Gönner nachher (sie kann aufgrund
terminlicher Verpflichtungen erst kurz vor 14.00
Uhr da sein) die Pflegepolitik und Pflegeplanung
des Landes mit ihren Schwerpunkten und ihrer
Förderungsstruktur vorstellen wird. Wir dürfen
gespannt sein.

Danken will ich schon jetzt allen anderen Refe-
rentinnen und Referenten, die Beiträge zur heuti-
gen Veranstaltung beisteuern, nämlich

- Frau Seifert vom Diakonischen Werk
und Frau Kölmel von der Arbeiterwohl-
fahrt, die aus der Praxis der Mannheimer
Pflegeeinrichtungen heraus ihre Ansätze
zum Qualitätsmanagement und die da-
mit verbundenen Probleme vorstellen,
- Frau Dr. Hannes vom Medizinischen
Dienst der Krankenversicherung (MDK)
Baden-Württemberg, die aktuelle Er-
gebnisse von Qualitätsprüfungen von
Pflegeeinrichtungen in Baden-Württem-
berg vortragen und auf besondere Quali-
tätsmängel und ihre Behebung eingehen
wird,
- Frau Leciejewski, eine selbständige
Unternehmensberaterin, die dankens-
werterweise ganz kurzfristig für Herrn
Vetter von der Unternehmensberatung
Consolutions eingesprungen ist (der im
vorliegenden Programm noch ausge-
drückt ist), und die uns Vorschläge für
eine qualitätsgesicherte Unternehmens-
führung von Pflegeeinrichtungen unter-
breiten wird, bei denen Werte und we-
niger das Geld in den Vordergrund ge-
stellt werden und
- Herrn Wörner vom Landeswohlfahrts-
verband Baden (LWB), der mit Frau Dr.
Hannes, Frau Leciejewski und mir an
einem abschließenden Podium zur Fra-
ge „Qualität in der Pflege – zu welchem
Preis?“ teilnehmen wird.



Danken will ich außerdem der Runde, die diese Veranstaltung vorbereitet hat, den Geschäftsführern der Mannheimer Wohlfahrtsverbände, Herrn Pfeifer, Herrn Hübinger, Herrn Sauter und Herrn Lattek von den städtischen Altenpflegeheimen sowie Herrn Hoffmann, Herrn Pfleiderer-Hatzner und Herrn Werner vom Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren aus meinem Dezernat, der die Programmkoordination übernommen hat.

Ich freue mich, dass Herr Froese vom Verein für Gemeindediakonie und Rehabilitation die Moderation der heutigen Veranstaltung übernimmt und bin sicher, er wird diese Aufgabe sachkundig erfüllen. Er wird Ihnen auf Seiten des Publikums ausreichend Zeit zu Fragen und zur Diskussion ermöglichen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, in meiner Einführung werde ich

1. das Thema **Qualität in der Pflege** von der **Auftragslage** her einkreisen,
2. einige **markante Problemstellungen** skizzieren, die mir aus der **Praxis** vorgebracht werden, und die ich zum Teil aus eigener Erfahrung kenne und
3. die **Wege** markieren, die wir **von Seiten der Stadt** in unserer **Planungsverantwortung** für eine Qualitätssicherung der Pflege gehen und gehen wollen.

Anregungen aus dieser Veranstaltung nehme ich dankbar auf.

Ich komme zum ersten Teil meiner Ausführungen, dem **gesetzlichen Auftrag für eine qualitätvolle Pflege**:

Wir haben eine Vielfalt gesetzlicher Regelungen und Instrumente zur Qualitätssicherung:

- das Pflegeversicherungsgesetz,
- das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz,
- das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz,
- das Heimgesetz,
- die Heimpersonalverordnung,
- die Heimmindestbauverordnung,
- Qualitätssicherungs-Richtlinien der Pflegekassen,
- Prüfungsanleitungen für den MDK und
- die Heimaufsicht u.a.m.

Mit diesem hohen Grad an gesetzlicher Normierung liegen wir wohl europaweit an der Spitze.

Allerdings müssen wir kritisch prüfen, wie praxisnah die verschiedenen Gesetze und Verordnungen überhaupt sind. Festgelegt sind oft nur Mindeststandards, die allein noch nicht ausreichen, eine qualitätvolle Pflege wirklich zu gewährleisten.

Ich gehe davon aus, dass wir in Mannheim mit einer hoch entwickelten Pflege-Infrastruktur tatsächliche Standards haben, die deutlich über den gesetzlich definierten Mindestanforderungen angesiedelt sind – bis jetzt noch.

Wir dürfen gespannt sein, was Frau Dr. Hannes heute zur Frage der tatsächlich vorgefundenen Qualität berichten wird.



Die Pflegeleistungen bzw. der Pflegemarkt spielt sich in einem sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis ab:

- Die Versicherten haben Anspruch auf Leistungen beim Sozialleistungsträger (Pflegekassen, Krankenkassen).
- Die Leistungserbringer (Pflegeheim, ambulanter Dienst, Pflegekraft, Arzt, Krankenhaus, Beratungsstelle) erbringen Leistungen für den Versicherten. Die Sozialleistungsträger (Kassen) verpflichten die Leistungserbringer zur Leistung, setzen Standards und bezahlen.
- Der Sozialhilfeträger übernimmt Leistungen für die Nichtversicherten.

Auf den Punkt gebracht, lauten die gesetzlichen Vorgaben:

Pflege- und Betreuungsleistungen müssen in einer Qualität erbracht werden, die die Menschenwürde sicherstellt und ein höchstmögliches Maß an Lebensqualität auch im Pflegefall erhält. Entscheidend dafür sind gute Rahmenbedingungen sowie gut ausgebildetes und engagiertes Pflegepersonal.

Die gesetzlichen Vorgaben zur wirtschaftlichen Unternehmensführung dürfen allerdings nicht dazu führen, dass am Ende Menschlichkeit, Zuwendung und Wärme in der Pflege auf der Strecke bleibt. Es geht um mehr Qualität, nicht um mehr Bürokratie in der Pflege!

Die Beispiele für die Bürokratisierung statt der dringend erforderlichen Entbürokratisierung der

Pflege sind zahlreich. So haben wir mit einer eigenen aktuellen Erhebung in Mannheim zu den Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes in den Pflegeheimen (Informations-Vorlage Nr. 330/2004) festgestellt, dass der zeitliche Mehraufwand für die Beratung und die Regelungen der „Zuzahlungen“ zwischen zwei und acht Stunden pro Heimbewohner und Monat beträgt – einmal ganz abgesehen von dem Unmut, den die Heimbewohnerinnen und -bewohner beim Pflegepersonal abladen.

Und wo mehr Qualität in der Pflege eingeführt wird, haben wir mit einer äußerst angespannten Haushaltsslage in den Kommunen massive Finanzierungsprobleme.

Auch hier wieder ein Beispiel aus Mannheim: Zur Verbesserung der Pflegequalität in den Einrichtungen wurde in Baden-Württemberg zwischen den Trägern der Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen bzw. Sozialhilfeträgern im Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI ein besserter Personalschlüssel mit einem Zeitzuschlag für demenzkranke Menschen vereinbart.

Das hat unmittelbar zur Folge, dass die Pflegekosten – und damit auch der Sozialhilfeaufwand in den Pflegeheimen – mit einem durchschnittlichen Anteil von rund 60% demenzkranke Menschen erheblich ansteigen. Nach Einschätzung des MDK hätte die volle Umsetzung aller Qualitätsmaßstäbe eine Pflegesatzsteigerung bis zu 10 % zur Folge.

Wie sieht vor diesem anspruchsvollen normativen Hintergrund für mehr Qualität in der Pflege die Praxis aus? Im zweiten Teil meiner Ausführungen werde ich hierzu einige brisante Probleme aufgreifen.



Ich würde mir wünschen, sagen zu können, die Pflege in Mannheim ist vorbildlich. Wir haben in Mannheim zwar keine Pflegeskandale wie an- dernorts, aber durchaus eine Reihe **massiver Probleme**, auf die wir eine Antwort finden müssen, und das möglichst bald.

Von Seiten des Pflegepersonals höre ich Kla- gen, dass Pflege im Schnelldurchgang oder als Massenabfertigung läuft, Pflegeverrichtungen oft nur mechanisch abgewickelt werden kön- nen, Minutentaktvorgaben die menschliche Würde auf der Strecke lassen und ein ausuferndes Formularwesen und überzogene Dokumen- tationspflichten der eigentlichen Pflege zu viel Zeit wegnehmen.

Auf dem Hintergrund ständiger Arbeitsüberlas- tung wird die hohe Krankheitsrate und Fluktua- tion im Pflegeberuf verständlich. Ein Schritt zur Entbürokratisierung ist es sicherlich, wenn wir den durchschnittlichen Zeitaufwand für die Pfle- gedokumentation von zwei Stunden pro Tag und Pflegefachkraft mittelfristig halbieren. Die AOK Baden-Württemberg hat hier ein Modellprojekt durchgeführt, das mit einer intelligenten Sprach- erkennungstechnik auf Computerbasis mehr Zeit für die eigentliche Pflege ermöglicht, das Nach- ahmung verdient.

Die derzeitige Arbeitsüberlastung des Pflege- personals lässt wenig Zeit, auf die individuellen Wünsche der Bewohner von Pflegeheimen ein- zugehen. Hinzu kommt, dass die Fachpflege- kraftquote von 50% häufig nur auf dem Papier steht, weil hohe Krankheitsraten und hohe Fluk- tuation zu Unterbesetzungen im Arbeitsalltag führen.

Die Initiative des Landes vor drei Wochen, im Bundesrat einen Gesetzentwurf zur Senkung

der 50% Pflegefachkraftquote auf 33% durch Änderung der Heimpersonalverordnung einzu- bringen – und das als Beitrag zum Bürokratie- abbau darzustellen, halte ich in dem Zusam- menhang für kontraproduktiv. Das führt nicht zu mehr, sondern zu weniger Qualität in der Pfle- ge.

Ebenso kontraproduktiv ist, dass ab Januar 2005 im SGB III (Arbeitsförderungsgesetz) die Förderung der dreijährigen Umschulungen zu Altenpflegefachkräften eingestellt werden soll. Finanziert werden dann nur noch zweijährige Umschulungen. Eine Verkürzung der Ausbil- dungszeit auf zwei Jahre ist nach dem neuen Altenpflegegesetz aber nicht zulässig.

Mit den Ein-Euro-Jobs im Zuge der Hartz IV- Reform wird neuer Wind in die Pflegebranche kommen. Allerdings sollten wir hier sehr behutsam und nicht wahllos vorgehen. Ich kann mir solche Kräfte höchstens im „weichen Be- reich“ vorstellen, also etwa zum Spazierenge- hen oder Gesellschaft leisten, um die Fachkräfte zu entlasten. Für den Pflegebereich sollten Ein- Euro-Kräfte tabu sein. Es kann nicht nach der Devise gehen: Pflegen kann ja jeder. Für den Pflegesektor wäre das kein Beitrag zu Profes- sionalisierung und Qualitätsanhebung.

Äußerst nachdenklich stimmt mich, dass mehr als 60% der in Altenpflegeheimen beschäftigten im Alter selbst nicht in einem Heim leben wollen, wie eine Anfang des Jahres veröffentlichte Stu- die der Universität Bonn gezeigt hat. Pflegerin- nen und Pfleger sehen selbst am besten die Arbeitsüberlastung, die ihnen kaum Zeit lässt, auf individuelle Wünsche der Heimbewohner einzugehen und mit ihnen einfach nur einmal zu schwätzen.



Ein engagiertes, motiviertes und zufriedenes Pflegepersonal ist das wichtigste Kapital in der Pflege. Wir brauchen und machen hier auch vielfältige Kraftanstrengungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, um den Personalmangel zu beheben und das Image dieser Berufsgruppen zu heben. In Mannheim haben wir zum Beispiel gemeinsam mit den Altenpflegeschulen eine vorbildliche Werbekampagne für den Altenpflegeberuf durchgeführt, die sehr viel Erfolg hatte.

Von Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen, Nutzerinnen und Nutzern von ambulanten Pflegediensten, ihren Angehörigen und Sozialverbänden – also aus der Verbraucherperspektive – wird vielfach auf Qualitätsmängel in der Pflege hingewiesen, die wir ernst nehmen müssen. Ich will das nicht verallgemeinern, was aus meiner Sicht mit professioneller, qualitätvoller, menschenwürdiger Pflege wenig zu tun hat, aber benennen. Wir werden im Verlauf des Symposiums dazu noch einiges hören.

Lassen Sie mich zu dem Punkt mit einer Kurzgeschichte beginnen, die in den letzten Tagen vom Kuratorium Deutsche Altershilfe ins Internet gestellt wurde:

„Mit 93 kam Maria nach einer Krankheit ins Heim. Dort fühlte sie sich schlecht behandelt und wollte entgegen aller medizinischen Ratschläge wieder in ihre vier Wände zurück. Sie hat ein derart herausforderndes Verhalten gezeigt, dass sie vom Heim heraus geworfen wurde – das war ihr Glück. Nachbarn versorgten die kontaktfreudige Kölnerin und die Kneipe aus dem Erdgeschoss lieferte ihr die Mahlzeiten. Wenn wir mehr dieser Nachbarschaftshilfen hätten, kämen wir mit weniger Heimplätzen aus. Und das käme wiederum der Qualität der Pflege zugute.“

.... ein stimmungsvolles Bild mit überzeugender Lösung, aber wahrscheinlich kein Standardprogramm für mehr Qualität in der Pflege.

Von Seiten der Betroffenen, der Angehörigen oder der Betreuerinnen höre ich häufig Fragen und Klagen, wie:

- Wie sieht es in der Praxis mit der regelmäßigen Körperpflege aus?
- Wie ist die im Alter so wichtige Flüssigkeitsaufnahme gewährleistet?
- Wo bleibt mein Recht, rechtzeitig auf das Klo gebracht zu werden oder so langsam zu essen, wie ich will und wann ich will?
- Warum schließt man mir den Kleiderschrank ab und nimmt mir die Möglichkeit, mich umzuziehen wann ich will? Oder
- Warum nicht nur dann schlafen müssen, wenn man müde ist?
- Bekomme ich Windeln für die Nacht, um nicht zum Klo gebracht werden zu müssen, wenn zuwenig Personal da ist, obwohl ich nicht inkontinent bin?
- Gibt es systematischen Medikamentenmissbrauch, um Personalknappheit zu überbrücken?

Berichte über Missstände in Altenpflegeeinrichtungen gehen in den letzten Jahren quer durch die Republik. Für Schlagzeilen sorgen Todesfälle durch Wundliegen, Mangelernährung, das Austrocknen alter Menschen durch zu wenig Trinken und angebliche Suizide aus Angst vor Heimunterbringung.

Von Seiten der Heimaufsicht, des MDK und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln werden auch eine ganze Reihe gravierender Probleme und Mängel bestätigt, zugleich warnen sie aber vor Horrorberichten.



„Ein Riesenproblem sind das Wundliegen und die Ernährung“, stellt beispielsweise Rückert vom KDA fest. „Die Menschen ernähren sich schlecht, vergessen in Verbindung mit Demenz auch oft das Essen und kommen unterernährt in die Heime, wo sich das Problem fortsetzt.“ Folgen von Mangelernährung können körperlicher und geistiger Verfall, ein erhöhtes Sturz-Risiko und auch eine höhere Sterblichkeit sein.

Zahlen wie jüngst vom Sozialverband Deutschland veröffentlicht, denen zufolge 10.000 Bettlägerige in deutschen Altenheimen sterben, weil sie mangel- oder unterernährt sind, werden aber durchweg als unseriös und überzogen zurückgewiesen. (Ärztezeitung vom 15.10.2004).

Bei all diesen Fragen geht es aber nicht nur um mehr und ausreichend qualifiziertes Personal, eine leistungsgerechte Bezahlung, eine bessere Arbeitsorganisation und mehr Zeit, sondern auch um Respekt, um Wertschätzung vor dem Alter als ethische Grundhaltung in der Pflege. Das lässt sich nicht verordnen, sondern muss Basis für jedes Pflegekonzept sein.

Ich komme zum dritten und letzten Teil meiner Ausführungen: Welche **Wege** wollen, müssen und können wir beschreiben in **Richtung einer professionellen, qualitätvollen, entbürokratisierten** – und ich setze das gleich – **menschenwürdigen Pflege**?

Die Demografen, Sozialplaner, Pflege- und Gesundheitsexperten verweisen darauf, dass die Probleme im Gesundheits- und Pflegebereich noch deutlich anwachsen werden. Die ständig steigende Lebenserwartung führt zu einer stetig steigenden Anzahl alter, pflegebedürftiger und demenzerkrankter Menschen, für deren sachgerechte und menschenwürdige

Betreuung weder eine ausreichende Infrastruktur mit geeigneten und gewünschten Wohn- und Pflegeeinrichtungen noch ausreichende finanzielle Ressourcen für das notwendige Personal vorhanden sind.

In der Pflegeversicherung haben wir 2003 ein Defizit von 700 Mio. €, das ab 1.1.2005 durch das „Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung“ mit einem Beitragszuschlag von 0,25% für kinderlose Mitglieder gedeckt wird.

Aber Sie kennen auch die wenig trostreiche Stellungnahme der Bundesregierung aus den letzten Wochen: die Haushaltsslage lässt zum jetzigen Zeitpunkt eine umfassende Pflegereform mit Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen nicht zu.

Was tun – bei diesen „Pirouetten der Mutlosen“, wie die Frankfurter Rundschau sowohl den Reformenfeind der Regierung als auch der Opposition gekennzeichnet hat (FR, 7.5.2004)?

Diese Rahmenbedingungen bestimmen auch unsere Pflegeplanung und Pflegepolitik in Mannheim. Seit fast einem Jahrzehnt haben wir einen Stadtpflegeausschuss, dessen Vorsitz ich führe.

In breiter Zusammensetzung aller maßgeblichen Träger von Pflegeeinrichtungen, der Pflegekassen, gesundheitlicher Dienstleister und Betroffenen- und Selbsthilfegruppen haben wir in der Vergangenheit Leitlinien für die Pflege (und Seniorenpolitik insgesamt) und uns sogar gemeinsam auf eine gemeinsame beachtenswerte „Mannheimer Plattform für eine menschenwürdige Pflege“ (1997) verständigt.



Wir haben gemeinsam einen Stadtpflegebericht erarbeitet, der angesichts der demographischen Entwicklung akuten Handlungsbedarf in vielen Bereichen signalisiert hat - trotz einer gut ausgebauten Pflegeinfrastruktur in Mannheim.

Wir haben Ende letzten Jahres dazu ein Umsetzungsprogramm entwickelt und auf die politische Entscheidungsebene gebracht (Stichworte hieraus: Ausbau des Beratungsstellen-Netzes, Stärkung der häuslichen Pflege, Ausbau Betreuten Wohnens und Förderung gemeinschaftlicher Wohnformen, differenzierte Weiterentwicklung im stationären Bereich mit einem Sonderprogramm, Förderung bürger-schaftlichen Engagements in der Pflege u.a.m.), aber leider gibt es bis heute angesichts unserer prekären Haushaltsslage in der Stadt noch kein grünes Licht für eine Umsetzung.

Wir lassen dennoch in unseren Anstrengungen für eine „menschenwürdige und qualitativ hochwertige Pflege“ in Mannheim nicht nach. Wir kommen hier unserer Planungsverantwortung durchaus nach – in einer moderierenden und koordinierenden Rolle, aber seit Einführung der Pflegeversicherung nicht mehr in der entscheidenden Rolle als Kostenträger.

In der Pflege-Qualitätsdiskussion stecken wir als Stadt in einem Dilemma: Bund und Land geben den gesetzlichen und Förderrahmen und damit die Qualitätsstandards vor – immer häufiger ohne eine ausreichende Finanzierungsgrundlage. Die Pflegesätze werden zwischen den Kassen, Trägern und dem Landeswohlfahrtsverband ausgehandelt. Wir haben nur einen begrenzten Einfluss auf diese Rahmen-
setzung und die Verhandlungen. Gleichzeitig be steht aber die Notwendigkeit zur kostengünstigen Umsetzung ... wir sind vergleichbar mit dem

Rufer in der Wüste, wo die Verantwortung für eine qualitativ unzureichende Pflege hin und her geschoben wird.

Ich begrüße es natürlich, wenn wir zu einer fachlichen Weiterentwicklung für mehr Qualität in der Pflege kommen, aber dann muss auch eine hinreichende Finanzierungsgrundlage da sein.

Damit keine Zweifel aufkommen: Ich bin für mehr Professionalität und Qualität in der Pflege. Ich bin für mehr Transparenz über die Leistungsangebote. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen brauchen eine qualifizierte Hilfestellung durch das Dickicht des Pflegemarktes. Und ich begrüße es, wenn die Kassen – wie sie dies zum Teil mit viel Erfolg praktizieren – Case Manager für ein Unterstützungsmanagement einsetzen, wenn sie sich zur Finanzierung von „Persönlichen Budgets“ entschließen, wenn sie Verbundnetze wie Home Care finanzieren (= ein koordiniertes Versorgungsnetz zwischen Hausarzt, ambulatem Dienst, Alltagshilfen, ambulanter Reha, Notfallversorgung und Krankenhaus). Der gute Zweck rechnet sich ja auch noch wirtschaftlich.

Ich bin für den Einsatz von Qualitätsmanagement und den Einsatz von Qualitätsinstrumenten in der Pflege. Da führt kein Weg zurück.

Die vielfältigen Instrumente und Methoden der Qualitätssicherung, die heute in der Pflege im Einsatz sind – wie Zertifizierungen, Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen, Be-schwerdestellen, Verfahren zur Messung der Pflegequalität, Benchmarking in der Pflege, Pflegebetriebsvergleiche u.a.m., haben sicherlich zu mehr Qualität in der Pflege beigetragen. Dazu werden wir heute noch einiges hören. Aber auch da muss man genau hinsehen.



So sind z. B. Gütesiegel allein noch keine Garantie für eine gleichbleibend hohe Qualität einer Pflegeeinrichtung, wie gerade das Wissenschaftliche Institut der AOK mit einer ganz neuen Studie über die wichtigsten Pflegequalitäts-siegel festgestellt hat.

Ich sehe auch die wichtige Rolle von Qualitätskontrollen durch Heimaufsicht und den MDK, deren Notwendigkeit unbestritten ist, auch wenn sie mitunter auf ein geteiltes Echo stoßen. Ich weiß auch, dass sich manche Träger hier mehr Beratung und weniger Kontrollen mit anschließenden Auflagen wünschen. Das Thema werden wir sicher in der weiteren Diskussion aufgreifen

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Qualität in der Pflege hat ihren Preis. Daran führt kein Weg vorbei. Auf dieses Thema haben wir ja auch die abschließende Podiumsdiskussion ausgerichtet ... an der Stelle verweise ich nur auf das Konnexitätsprinzip, in Mannem heißt das: wer bestellt, der bezahlt.

Ich will zum Schluss mit einem eindringlichen Appell schließen: das Thema Pflege muss auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene angesichts der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen oberste Priorität erhalten.

Ohne einen höheren öffentlichen und politischen Stellenwert für die Pflege wird es auch keine Qualitätsverbesserung geben! Es kann nicht so weiter gehen, dass unsere Pflegeeinrichtungen im Alltag gegen einen schlechenden Abbau von Standards auf Grund leerer Kassen kämpfen.

Es gibt viel zu tun ...

... und ich glaube, ich habe Ihnen in meiner Einführung einen Spannungsbogen für die weitere Diskussion am heutigen Tag aufgemacht.

Ich übergebe das Wort jetzt an den Moderator, Herrn Froese.

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit.

3 Anspruch und Praxis im Qualitätsmanagement ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Mannheim

Sabine Seifert



1. Die Bedeutung des Qualitätsmanagements für die Verbände der freien Wohlfahrtspflege

Sehr geehrte Frau Bürgermeisterin Fürst-Diery, sehr geehrte Damen und Herren,

in den vergangenen Jahren hat die Bedeutung des Qualitätsmanagements für die Verbände der freien Wohlfahrtspflege kontinuierlich zugenommen. Der Systemwechsel in der sozialen Arbeit hat sich schrittweise über alle sozialen Arbeitsfelder vollzogen (Pflege, Krankenhaus, BSHG-Einrichtungen und Jugendhilfe). Er hat Sparzwänge verschärft, den Wettbewerbsdruck ausgelöst und extreme Forderungen an Qualitätskriterien (Standards) gestellt. Die Träger sozialer Einrichtungen wurden mit der Anforderung konfrontiert, die erreichte Qualität zu sichern und weiterzuentwickeln. Dies alles im Kontext des von den Kostenträgern forcierten Preiswettbewerbs, der Gleichstellung von gewerblichen und freigemeinnützigen Trägern, verbunden mit einem ständig wachsenden Angebotsüberhang.

Die Anforderung bestand außerdem in der Realisierung eines Qualitätsverständnisses, das dem ständigen Wandel der fachlichen Anforderungen gerecht wird und Kunden bzw. Nutzer von Dienstleistungen in ihrer Verbraucherrolle stärkt. Die Wohlfahrtsverbände haben bereits 1998 Qualitätsoffensiven und –debatten gestartet und erkannt, dass Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung – unter den Bedingungen der Ökonomisierung – nicht ohne fundierte Managementmethoden zu bewerkstelligen sind. Gleichzeitig müssen die von Wertorientierung getragenen Grundauffassungen sozialer Arbeit der Wohlfahrtsverbände Berücksichtigung in Qualitätsmanagementstrategien finden.

Zum Erhalt und zum Ausbau der Sonderstellung der freien Wohlfahrtspflege, entsprechend ihrer verbandlichen Funktion und Aufgabenstellung, gewann die Leitbildorientierung sozialer Dienstleistungen im Rahmen von Qualitätsentwicklung an Bedeutung. In Konkurrenz mit vielen Anbietern ist es verständlich, dass ein Verband sein besonderes Markenzeichen erhalten will und daher Unterschiede transparent macht. Eine Vielzahl an Qualitätssiegeln ist in den letzten Jahren entstanden. Die Träger wollen einerseits intern ihre Qualität sichern und steigern, andererseits diese Verbesserungen auch nach außen hin darstellen.

2. Auslöser für verbandliche Veränderungsnotwendigkeiten und die daraus resultierenden Qualitätsmanagementstrategien

Beginn der Veränderungen

Betrachten wir die letzten 12 Jahre, so stellen wir einen gravierenden Wandel in der Altenhilfe und damit verbunden eine neue Diskussion über Qualität fest. 1993 begann dieser grundlegende Wandel mit der Einführung der Heimpersonalverordnung.

Erstmals wurden Standards festgelegt, die eine 50%-ige Fachkraftquote festschrieben und die fachliche Qualifikation der Heim- und Pflegedienstleistung regelten. Zum damaligen Zeitpunkt gab es Krankenpflegehelfer/innen, die teilweise schon langjährig als Wohnbereichsleitungen oder alleine im Nachtdienst eingesetzt waren. Die Heimaufsicht ließ für solche oben genannten Personalbesetzungen zum Glück keine Übergangsfristen mehr zu und die Träger waren zu sofortigem Handeln gezwungen. Das war



sicherlich eine der einschneidsten Maßnahmen und der Beginn einer grundlegenden Qualitätsdebatte in den stationären Einrichtungen.

Ökonomisierung der sozialen Arbeit

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 hieß es Abschied nehmen vom Selbstdeckungsprinzip der Sozialhilfe. Der Gesetzgeber wollte Wettbewerb und schuf Rahmenbedingungen, die es nahezu jedem ermöglichen, im Pflegemarkt tätig zu werden. Im Zeitraum 1993 bis 1996 verdoppelte sich etwa die Zahl der Anbieter. Es entstand eine turbulente Konkurrenzsituation, in der es galt, um die Existenz(berechtigung) zu kämpfen. Dies hat viele Träger aus ihrem „Dornröschenschlaf“ erwachen lassen. Freistehende Pflegeheimplätze und freie Kapazitäten bei ambulanten Diensten sind offensichtlich Auswirkungen, die zum Handeln verpflichten. Die Schließung vieler ambulanter Dienste war sicher eine Folge hiervon.

Gesetzliche Verpflichtung zum Qualitätsmanagement

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde ein wirksames Qualitätsmanagement für Pflegeeinrichtungen verpflichtend in das Gesetz aufgenommen. Maßnahmen zur Qualitätssicherung mussten regelmäßig und systematisch erfolgen. Näheres dazu regelte zunächst der § 80 SGB XI sowie das 2002 verabschiedete Pflege-Qualitätssicherungsgesetz.

Was zunächst und teilweise heute noch immer als lästige Pflichtaufgabe angesehen wurde, haben sich inzwischen die Einrichtungen selbst zur Aufgabe gemacht. Professionelles Handeln erfordert einen selbst gesteuerten Qualitäts-

Auslöser für verbandliche Veränderungsnotwendigkeiten und die daraus resultierenden Qualitätsmanagementstrategien

Selbstverantwortung der Träger

- Stärkung der Selbstverwaltung
- Mit selbst entwickelten QM die Organisation von innen heraus verändern

Kundenanforderungen

- Rückgang der Sozialhilfeempfänger
- Kundenerwartungen
- Schärfung des eigenen Profils

Zunahme der Verrechtlichung

- Vielzahl an Prüfungen
- Nicht immer abgestimmte Prüfungen
- Verwaltungsaufwand ist nicht zu refinanzieren

Fachliche Anforderungen

- Verwirklichung der Qualität nur durch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Qualifizierung in Ausbildung, Fort- und Weiterbildung
- Personalentwicklung
- Fachkräfte zu mindestens 50% im stationären Bereich

entwicklungsprozess. Mit den wachsenden Qualitätsanforderungen und Bemühungen der Sozialunternehmen und dem Wandel der Organisation sind eine Vielzahl an unterschiedlichen Qualitätsmanagementsystemen, Methoden und nicht zuletzt teuren Beratungsunternehmen entstanden.



Das Wissenschaftliche Institut der AOK veröffentlichte 2004 eine Studie mit dem Thema „Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen“ und hat zu Studienzwecken 56 Zertifizierungsunternehmen befragt. Aufgrund der Vielzahl der Produkte ist ein Angehöriger, der sich über die Qualität bei der Auswahl der passenden Pflegeeinrichtung ein Bild machen möchte, in der Praxis meist überfordert.

Aus meiner Sicht besteht dringender Handlungsbedarf des Gesetzgebers. Ein für alle Träger verbindliches, an internationalen Normen orientiertes Qualitätsmanagementsystem mit einer „individuellen Note“ der einzelnen Träger ist unbedingt erforderlich.

Im Bereich der Krankenhäuser gibt es hierzu als Vorbild das Qualitätssiegel „KTQ“, das inzwischen von den Kostenträgern der Kliniken weitgehend vorausgesetzt und als Standard angenommen wird.

Die Wohlfahrtsverbände Arbeiterwohlfahrt und Diakonie haben deshalb ihre Qualitätssiegel, die bereits erstmals im Jahr 2001 zur Prüfung gelangten, mit der international anerkannten Norm DIN EN ISO 9001:2000 verknüpft. Darüber hinaus wurde der individuelle Charakter der Qualitätskriterien des Diakonie-Siegels zugeschnitten auf die Anforderungen des Diakonischen Werks hinsichtlich seiner christlichen Werteorientierung. Das AWO-Qualitätsmanagement-Konzept wird Ihnen Frau Kölmel im Anschluss erläutern.

Die immer noch ausstehende Rechtsverordnung für die so genannten Leistungs- und Qualitätsnachweise birgt Probleme. Für Träger die sich bereits einer externen Qualitätsprüfung durch ein Institut unterzogen haben, stellt sich u. U. das

Problem, dass diese Prüfung nicht durch den Gesetzgeber anerkannt wird und durch ein noch festzulegendes Verfahren neu geprüft werden muss. Das zeigt die inhaltlichen und finanziellen Risiken für die Pflegebetriebe auf.

Selbstverantwortung der Träger

„Pflegequalität kann – dauerhaft wirksam – nicht von außen in die über 8.500 Pflegeheime und fast 13.000 Sozialstationen und Pflegedienste im Land „hineinkontrolliert“ werden“, so die ehemalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer.

Diese Auffassung tragen die Wohlfahrtsverbände mit und die Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege formulierte 2000 in ihrem Eckpunktepapier für eine QM-Strategie:

„Die mit dem Systemwechsel in der sozialen Arbeit intendierte Stärkung der Selbstverwaltung und Deregulierung muss auch ihren Niederschlag finden in der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.“

Es ist unser eigenes Interesse, als Wohlfahrtsverbände mit einem wirkungsvollen Qualitätsmanagement die eigene Organisation zu optimieren und so in Prüfungen durch den MDK bestehen zu können.

Steigende Kundenanforderungen

Die Zahl der Sozialhilfeempfänger ging nach Einführung der Pflegeversicherung in der stationären Pflege auf etwa 30% zurück. Mit dem Anstieg der Selbstzahler veränderte sich auch die Einstellung der Kunden. Zu Recht erwarten unsere Kunden eine gute Leistung von uns und bringen vermehrt ihre konkreten Erwartungen ein.



Die Unterscheidung der verschiedenen Anbieter und ein eigenes scharfes Unternehmensprofil ist ein wichtiges Instrument im Qualitätsmanagement. Die Kunden stellen je nach Unternehmensziel der Anbieter bestimmte Erwartungen an die Pflegebetriebe, die wir erfüllen müssen.

Insbesondere die Vielzahl der Prüfungen durch MDK, Gesundheitsamt und Heimaufsicht haben in den Einrichtungen zu einer Prüfungsflut mit teilweise sich widersprechenden Empfehlungen geführt. Der immense Verwaltungsaufwand führt keinesfalls zur Verbesserung der Pflegequalität. Er ist im Gegensatz zur Situation bei den Leistungsträgern nicht über die Pflegesätze zu refinanzieren. Das führt dazu, dass der gestiegene Verwaltungsaufwand zusätzlich vom Personal erbracht wird und diese Zeit wiederum in der direkten Pflege fehlt.

Fachliche Anforderungen

Allein unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verwirklichen die wertegebundenen und qualitätspolitischen Ziele unserer Pflegebetriebe. Von ihrem Engagement, der fachlichen Kompetenz und ihrer Zufriedenheit hängt wesentlich die Qualität unserer Dienstleistungen ab. Dazu gehören die Qualifizierung der Mitarbeiter/innen schon in ihrer Ausbildung, eine systematische Personalentwicklung, Fort- und Weiterbildung sowie eine entsprechende Refinanzierungsmöglichkeit über die Pflegesätze. Ein angemessener Anteil an Fachkräften – im stationären Bereich mindestens 50% – ist als absoluter Mindeststandard anzusehen.

3. Bürokratieaufbau in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen haben es mit über 40 Ämtern, Kostenträgern, Versicherungen und anderen Institutionen zu tun, die sie überwachen. Die Pflegeeinrichtungen erleben in den letzten 10 Jahren einen Bürokratieaufbau. Allein mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz und der Heimgesetznovelle sowie deren Folgewirkungen ist der bürokratische Aufwand ständig gestiegen.

Betrachtet man z. B. die Prüfungen von Heimaufsicht und MDK, werden Pflegeeinrichtungen

Zuviel Bürokratie in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

- Vielzahl an unterschiedlichen Ämtern, Kostenträgern usw.
- Massiver Aufbau von Bürokratie in den letzten 10 Jahren
- Unterschiedliche Anforderungen bei Prüfungen durch MDK/Heimaufsicht usw.
- Prüfungsvorbereitungen, -nachbereitungen, Stellungnahmen
- Rechtssetzungen und Nachbesserungen in Gesetzen (Infektionsschutzgesetz, Lebensmittelhygieneverordnung, Medizinproduktevertreibergesetz usw.)
- Beratung der Angehörigen bei Antragstellungen und Widersprüchen
- Vielfältige Informations- und Meldepflichten
- Verbleibende Arbeitszeit von nur etwa 62% in der Betreuung der Patienten/Bewohner



oft mit unterschiedlichen Anforderungen, die sich widersprechen, konfrontiert. Dies führt natürlich zu unterschiedlichen Prüfergebnissen und fördert Auseinandersetzungen. Prüfungsvorbereitungen, Auseinandersetzung mit Prüfberichten, Stellungnahme zu Prüfberichten usw. sind Beispiele für den hohen Verwaltungsaufwand.

Die Zahl von Rechtssetzungen und die laufenden Nachbesserungen von Gesetzen nehmen ebenso ständig zu und müssen in das interne Qualitätsmanagementsystem integriert werden (z.B. Infektionsschutzgesetz, Lebensmittelhygieneverordnung, Medizinproduktebetreibergesetz, Gefahrstoffgesetz, Apothekengesetz, Biostoffverordnung usw.).

Im Bereich Pflegehilfsmittel müssen pflegebedürftige Patienten/Bewohner und ihre Angehörigen beraten werden oder sie benötigen Hilfe bei der Formulierung von Widersprüchen nach der Ablehnung von Hilfsmitteln. Vielfältigen Informations-, Berichts-, Melde- und Statistikpflichten müssen Pflegeeinrichtungen ebenfalls Rechnung tragen (u.a. Pflegestatistikverordnung). Großer bürokratischer Aufwand ist zudem bei der Begutachtung nach § 18 SGB XI zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festzustellen, denn der MDK akzeptiert nur schriftlich nachweisbare Auskünfte.

Der Verwaltungsaufwand führt dazu, dass sich die Arbeitszeit, die von den Pflegekräften für die Pflege und Betreuung alter Menschen zur Verfügung steht, erheblich reduziert hat, derzeit auf ca. 62%. Diesen Verwaltungsaufwand zu reduzieren, ist sicher unser gemeinsames Ziel, dem wir uns in den nächsten Jahren dringend stellen müssen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Durchschnittliche Preise der Produkte Qualitätssiegel-Vergabe

Name des Produkts	Stationär in €	Ambulant in €	Erläuterungen / Leistungsumfang	Überwachungs-prüfung im Gültigkeitszeitraum vor Ort
AWO-Qualitätsmanagement	ca. 3.000	ca. 3.000	Erstzertifizierung (ca. 850 -1.150 € Tagessatz Zertifizierungsauditor, ca. 360 € AWO-Auditor; 2 Tage Prüfdaue vor Ort); Kosten für Zertifikatausstellung, Fahrkosten u. MWSt kommen hinzu. Ohne Belastungskosten.	jährlich (Preis nach Aufwand)
BQS-Bremer Qualitätssiegel	entfällt	3.070	Erstprüfung; PE-Größe über 15 Vollzeitstellen, plus MWSt, Zweigstellen zahlen 75%. Zweit- u. Folgeprüfungen kosten 75 % der Erstprüfung.	keine
Diakonie-Siegel Pflege	4.400	4.400	Erstzertifizierung, mittl. PE-Größe 26-45 MA; inkl. Prüfung QM-Dokumentation, Zertifizierungsaudit, Vor- u. Nachbereitung, Prüfbericht, Zertifikaterstellung. Wiederholaudit zur Rezertifizierung. 2.275 € bei 26-45 MA (erneute Prüfung nach Ablauf der Gültigkeitsdauer)	jährlich jew. 1.620 € bei 26-45 MA
Geprüfte Pflegequalität	1.590	1.325	Erstprüfung. amb. bis 39 MA, stat. 40-70 MA; plus Zertifikatgebühr (ca. 400 €) u. Reisezeit/Reisekosten vom nächstgelegenen TÜV-Standort aus	keine
Geprüfte Qualität für ambulante Pflege	entfällt	1.610	Erstprüfung; über 10 Patienten (3.150 DM)	unbekannt
Paritätisches Qualitätssiegel	4.000	3.000	durchschnittlich (keine weiteren Angaben)	jährlich
Pflege TÜV	2.200	1.590	Erstprüfung; amb. 10-20 MA, stat. 30 -120 Betten; plus MWSt	keine
PQS – Pflege-Qualitätssiegel	ab 5.900	ab 4.850	Erstprüfung	keine
QgP Qualitätssiegel	ca. 2.000	ca. 2.000	Erstprüfung; unabhängig von PE-Größe, inkl. Fahrkosten, MWSt:	optional (Extrapreis)
Qualitätsprüfung plus: Pflege	3.900	3.360	Preise pro Jahr für Einrichtungen durchschnittlicher Größe. Inkl. Vorprüfung, Zertifizierung, weiterer Betreuung im Gültigkeitszeitraum.	jährlich, pro Jahr 3.900 € bzw. 3.360 €
Qualitätssicherungsverbund Heilbronn	ca. 4.000	entfällt	Nur der externe Berater wird vergütet (4 Tage in 2 Jahren), die Freistellung der anderen Prüfer wird nicht berechnet (Gegenseitigkeit)	entfällt (halbjährliche Begehung im Preis enthalten)
Qualitätssiegel für ambulante Dienste und Pflegeheime	4.960	3.850	Erstprüfung: 100 – 160 Kunden amb. bzw. 80 – 100 Plätze stat., neben Zertifikat, Prüfbericht, Begehung ist auch Auswertung Befragungen enthalten; zzgl. Reisekosten u. MWSt.	anlassbezogene ÜP können erfolgen
RAL-Gütezeichen-Qualitätsgepr. Ambulanter Pflegedienst	entfällt	4.923	Neuprüfung, plus 184 € Mitgliedsbeitrag p.a. bei 20-40 MA (inkl. UST). Zweitprüfung nach 2 Jahren 3.960 €	jährlich nur stichprobenartig
RAL-Gütezeichen-Qualitätsgepr. Pflege in stationären Einrichtungen	ca. 6.000	entfällt	Neuprüfung: ohne Details; Mitgliedsbeitrag muss gezahlt werden.	jährlich nur stichprobenartig
selbst:bewusst	ca. 3.000	ca. 3.000	2.000-4.000 € für Zertifizierung, die Implementierung des spezifischen QM-Verfahrens kostet 3.000 – 5000 €	keine
Zertifikat ISO PLUS	4.400	4.400	Erstzertifizierung, mittl. PE-Größe 26-45 MA; inkl. Prüfung QM-Dokumentation, Zertifizierungsaudit, Vor- und Nachbereitung, Prüfbericht, Zertifikaterstellung. Wiederholaudit zur Rezertifizierung: 2.275 € bei 26-45 MA	jährlich jew. 1.620 € bei 26-45 MA

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen. Ein Marktüberblick, WIdO- Materialien 51, Bonn Juli 2004, S. 108/9, Bearb: Bettina Gerste/Antje Schwinger/Isabel Rehbein (Auszug: Sozialplanung).



Margot Kölmel

4. Das Qualitätmanagement-Konzept der Arbeiterwohlfahrt

Sehr geehrte Frau Bürgermeisterin Fürst-Diery,
sehr geehrte Damen und Herren,

das AWO-Qualitätmanagement-Konzept (AWO-QM) kann stellvertretend für interne QM-Systeme anderer Wohlfahrtsverbände dargestellt werden, die gleiche Anforderungen an die Qualität ihrer Dienstleistung stellen und diese Qualität durch Zertifizierungen ebenso nachweisen können (z. B. Diakonie-Siegel, Paritätisches Qualitäts-Siegel PQ-sys).

Das AWO-Qualitätsmanagement ist ein Beispiel für „integriertes Management“. „Integriertes Management“ heißt, alle für das Unternehmen relevanten Aspekte in einem System zu verbinden (z. B. Qualität, Umwelt, Arbeitssicherheit). Das AWO-QM verknüpft Anforderungen der DIN EN ISO 9001 mit Qualitätsanforderungen der Arbeiterwohlfahrt, die u. a. fachlich differenziert für die stationäre Pflege vorliegen. Die Normen der ISO eignen sich für die Darlegung der organisatorischen Grundlagen und für das Qualitätscontrolling der Arbeit.

Die Kernaussage der ISO lautet: Eine gute Dienstleistungs- und Produktqualität setzt v. a. funktionierende Organisations-, Management- und Informationsstrukturen voraus.

Mit dieser Verknüpfung werden inhaltliche Anforderungen – bezogen auf die Werteorientierung der AWO – mit formalen, auf systematisches Qualitätsmanagement bezogenen Anforderungen an eine qualitätsorientierte Dienstleistung erfasst.

Die Qualitätsanforderungen von Wohlfahrtsverbänden sind verbandsspezifisch gewichtet, d.h. die Werteorientierung ist die Grundlage des Handelns. Die Qualitätsnormen der AWO orientieren sich am humanistischen Menschen-

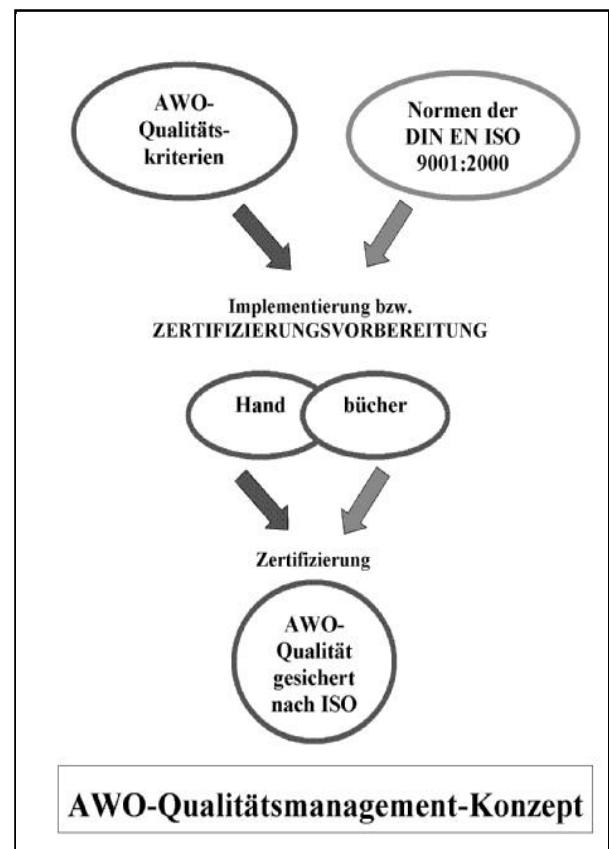


bild (Freiheit, Toleranz, Gleichheit, Gerechtigkeit) und verlangen in der Umsetzung von Qualität folgende Aspekte:

Die Partizipation von Nutzern bzw. Kunden an Entscheidungen – Kundenorientierung

Kundenbefragungen, verbraucherfreundliche Dienstverträge, Einführung von Beschwerde- management, Beteiligung von Bezugspersonen und Angehörigen, eine an den Bedürfnissen der



Kunden orientierte Planung, Durchführung, Auswertung und Anpassung der Dienstleistungen, Berücksichtigung der Gegebenheiten anderer Kulturen, Umsetzung einer partnerschaftlichen und gleichberechtigten Kommunikation.

Die Schaffung von humanen Arbeitsbedingungen – Mitarbeiterorientierung

Ausrichtung von Qualitätspolitik und Führungsgrundsätzen am Trägerleitbild, Mitarbeiterbefragungen, transparente Kommunikationsstrukturen, Einbeziehung von Mitarbeiter/innen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Die Fachlichkeit des Handelns – Professionalität

Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofile, Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen, Entwicklung und Umsetzung eines Personalentwicklungskonzeptes, bedarfsoorientierte Fortbildungsplanung, Einführung und Sicherstellung fachlicher Standards, Einbeziehung aktueller fachpolitischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Aktives Handeln in der Öffentlichkeit – „Gesellschaftliche Verantwortung“

Gemeinwesenorientierung und Vernetzung mit anderen relevanten sozialen Organisationen und Diensten, aktive Öffentlichkeitsarbeit, Förderung des bürgerschaftlichen Engagements.

Schonung natürlicher Ressourcen – Solidarität mit nachwachsenden Generationen

Berücksichtigung ökologischer Aspekte beim Einkauf, sparsamer Umgang mit Energie, Wasser und Materialien, Abfallvermeidung und –trennung, Nutzung umweltfreundlicher Verkehrsmittel.

In den Handbüchern der einzelnen Qualitätsmanagementsysteme werden die Anforderungen beschrieben. Die Einrichtungen entwickeln – auf der Basis ihrer internen Voraussetzungen und der externen Rahmenbedingungen – konkrete Lösungen und setzen diese um.

Allein im Vorfeld zur Realisierung des eigenen QM-Systems waren viele Aufgaben als Teil des Projektmanagements zu erfüllen, das mir als Qualitätsmanagement-Beauftragter übertragen wurde, wie z. B. die Festlegung von Arbeits- und Kommunikationsstrukturen, „Kick-Off Meetings“ durch die Geschäftsführung, Ausbildungen, Schulungen aller MitarbeiterInnen im Qualitätsmanagement, Benennung von Qualitätsbeauftragten in den Einrichtungen (QBE) sowie deren Freistellung für die Umsetzung von QM, die Einrichtung von Qualitätszirkeln, einheitliche Vorgaben für die Handbuchgestaltung, die systematische Planung von vorhandenen Ressourcen und die Klärung von Verantwortlichkeiten.

Grundlage der beiden Säulen „AWO“ und „ISO“ ist der schriftliche und der gelebte nachzuweisende Kreislauf von Planung, Umsetzung, Kontrolle und Verbesserung der Arbeit – im Sinne kontinuierlicher Verbesserungsprozesse (KVP), wobei die Prozesse in den Pflegeheimen so zu gestalten sind, dass sie zur Zufriedenheit der Bewohner ablaufen.

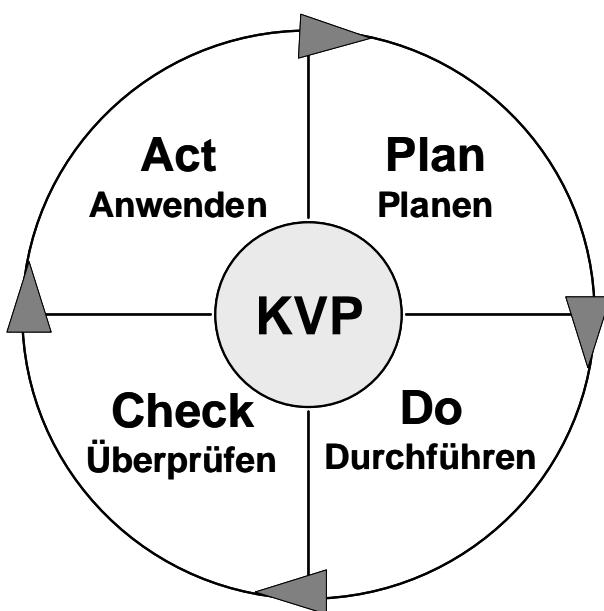
Wenn man sich das Ziel setzt, dass Prozesse kontinuierlich verbessert werden sollen, müssen die Ergebnisse messbar gemacht werden – zur Bestimmung der Ergebnisqualität.

Zu den Anforderungen an ein internes Controlling gehören gemäß AWO und DIN EN ISO 9001 die Lieferantenbewertungen, die Messung und Validierung der Prozesse sowie die internen



Audits. Die Objektivität der Prozesse wurde auf der Basis nachvollziehbarer, vergleichbarer und eindeutiger Kriterien ermöglicht. Für die Planung, Durchführung und Auswertung interner Audits ist die Qualitätsmanagementbeauftragte verantwortlich. Erkannte Fehler oder eine nicht den Anforderungen entsprechende Umsetzung von Prozessen bieten die Möglichkeit für Verbesserungen. Die Mitarbeiter/innen haben hierzu die besseren Ideen, denn sie sind vor Ort mitten im Prozess.

KVP – Kontinuierliche Verbesserungsprozesse



Kennzahlen aus unzähligen Auswertungen (z. B. Ergebnisse aus dem Beschwerdemanagement, internen Audits, Kunden- und Mitarbeiterbefragungen, Risiken, Lieferantenbewertungen, externe Prüfungen, Pflegevisiten usw.) fließen in die Managementbewertung ein. Das Managementreview legt die Qualitätsmanagementbeauftragte einmal pro Jahr der Geschäftsführung vor – als Grundlage für Entscheidungen zur

kontinuierlichen Steuerung der Unternehmensentwicklung.

Die Zertifizierung erfolgt durch unabhängige Prüfer nach einem standardisierten Bewertungskonzept. Nach erfolgreicher Zertifizierung findet in den nächsten beiden Jahren jeweils ein Überwachungsaudit statt; im dritten Jahr besteht die Möglichkeit zur Re-Zertifizierung. Die Umsetzung von Qualitätsmanagement hat zu vorwiegend positiven Ergebnissen geführt. Bedingt durch die transparenten Abläufe und die Klärung von Schnittstellen, konnte u.a. die Doppel- und Mehrfacharbeit beseitigt werden. Wertvolle Arbeitszeit und die Motivation der Mitarbeiter/-Innen können für die Pflege am Bewohner gewonnen werden. Die Ergebnisse externer Qualitätsprüfungen zeigen deutliche Verbesserungen in der Pflege auf.

Dass es in Deutschland ein Bürokratieproblem gibt, wurde 2003 durch das Strategiekonzept „Initiative Bürokratieabbau“ der Bundesregierung dokumentiert. Im Maßnahmenkatalog kommt jedoch der Bereich der Sozialen Arbeit und der Pflege nicht vor.

Wir sagen:
Bürokratieabbau in der Pflege ist möglich!

Internes Qualitätsmanagement als gesetzliche Verpflichtung wurde u. E. zu Recht eingeführt. Mit diesem Appell an die Selbstverantwortung der Träger bzgl. der Optimierung ihres eigenen Handelns, wurde gleichzeitig auf die Wirksamkeit interner Steuerungsprozesse durch QM-Methoden gebaut. Die Gesetzgebung orientiert sich jedoch bei der externen Qualitätssicherung nicht an dieser Logik. Unter dem Aspekt, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen durch unabhängige Prüfer einen regelmäßigen Qualitäts-



nachweis zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorlegen, ist die Effizienz des zurzeit gültigen Ansatzes der externen Qualitätssicherung in Frage zu stellen.

Die Wohlfahrtsverbände plädieren daher für ein **subsidiäres Verantwortungskonzept**, das in drei Stufen interne und externe Maßnahmen intelligent und effizient verbindet:

Maßnahme 1:

alle Felder der sozialen Arbeit müssen interne Qualitätsmanagementverfahren einführen,

Maßnahme 2:

regelmäßige Qualitätsnachweise müssen im Rahmen von Zertifizierungen vorgelegt werden,

Maßnahme 3:

öffentlicht-rechtliche Stellen treten im Sinne von Kontrolle und Anlassprüfung in Erscheinung.

Verstärken könnte man diesen Ansatz durch die Einführung von gemeinsamen Prüfverfahren (z. B. Audits oder Beteiligung von Vertretern der Heimaufsicht und anderen Prüfstellen an der Zertifizierung).

Wir haben für Mannheim gemeinsame Eckpunkte für eine menschenwürdige Pflege formuliert.

Trotz der Schwierigkeiten der Finanzierung, der Notwendigkeit einer Neujustierung der Reformen kann eine menschenwürdige Pflege nur gelingen, wenn die Arbeitssituation von Pflegefachkräften menschenwürdig ist.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Verbreitung von Qualitätssiegeln in der Pflege

Insgesamt waren im Juli 2004 ca. 1.900 Pflegeeinrichtungen mit einem Siegel ausgezeichnet worden, das entspricht einem Anteil von 9,6 Prozent aller ambulanten Dienste und Pflegeheime. Die Tendenz ist steigend: Für 13 Produkte bzw. Projektgruppen wurde die Anzahl geprüfter Einrichtungen zu zwei Zeitpunkten erhoben. Der Zuwachs für diesen Zeitraum von etwa einem Jahr betrug 32 Prozent. Der Anteil zertifizierter Einrichtungen erhöhte sich um knapp 3 Prozentpunkte, der Markt zeigt damit eine erhebliche Dynamik.

Marktführer ist der *Pflege-TÜV* des bpa, hiermit wurden 38 Prozent aller ausgezeichneten Pflegeeinrichtungen zertifiziert. Es folgt die Auszeichnung *Geprüfte Pflegequalität* des TÜV Süd und die weiteren Zertifikate insbesondere *ISO-9001-Zertifikate*, die über verschiedene Anbieter erworben wurden. Sicherlich spiegelt sich die Lebensdauer eines Siegels oder Verfahrens in den Marktanteilen wider. Der Einflussfaktor einer regionalen Beschränkung spielt hier ebenfalls eine Rolle, daneben dürfte es auch noch weitere Gründe für die dargestellten Verteilungen geben, z. B. den Preis eines Produktes.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen. Ein Marktüberblick, WldO- Materialien 51, Bonn Juli 2004, Seite 100-102,
Bearbeiterinnen: Bettina Gerste/Antje Schwyger/Isabel Rehbein
(Auszug/Zusammenstellung: Sozialplanung).

Ministerin Tanja Gönner



4 Qualität in der Pflegepolitik und Pflegeplanung des Landes Baden-Württemberg

Ich bin Ihrer Einladung zur heutigen Veranstaltung sehr gerne gefolgt. Das Symposium Pflege bietet zum wiederholten Male ein Forum für einen fachlichen Austausch auf hohem Niveau. Mit dem Titel „Qualität in der Pflege – Gratwanderung zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung“ greifen Sie ein Thema auf, das zu jeder Zeit Beachtung verdient. Das aber gerade auch in jüngster Zeit an Aktualität gewonnen hat.

Zuständigkeit für Qualität

Die Schaffung und Sicherung von Qualität in der Pflege ist eine Aufgabe, die uns alle angeht. Die Kostenträger, also die Kranken- und Pflegekassen, die Einrichtungsträger und die Länder tragen gemeinsam die Verantwortung für eine bedarfsgerechte und qualitätvolle Pflege.

Personelle Ausstattung

Ein zentraler Aspekt für die Qualität der Pflege ist die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen. In den letzten Jahren sind auf die Pflege immer größere Herausforderungen zugekommen: Ich erwähne nur den Zuwachs an multimorbid Pflegebedürftigen und den zunehmenden Betreuungsaufwand bei demenziell erkrankten Menschen: Demenzerkrankungen sind mittlerweile der häufigste Grund für einen Heimeintritt. Zwei Drittel der heute stationär versorgten Pflegebedürftigen leiden an einer mittelschweren bis schweren Demenz.

Insbesondere vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist klar, dass eine ausreichende Menge an Pflegepersonal unabdingbare Voraussetzung für eine gute Pflege ist.

Pflegemängel sind sicher nicht in jedem Fall nur auf eine zu geringe Personalausstattung zurückzuführen; erfahrungsgemäß treten Mängel jedoch häufiger dort auf, wo das Personal allzu knapp bemessen ist. Neben einer ausreichenden Personalmenge ist auch ein angemessenes Maß an Fachlichkeit des Personals unverzichtbar. Und insbesondere für ein menschliches Miteinander in der Pflege ist es wichtig, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrer Arbeit identifizieren. Kommt es zu dauernder Überforderung, so gelingt dies zunehmend schwerer. Frustration kann sich breit machen, die sich negativ auf die Pflegequalität und das menschliche Miteinander auswirkt.

Das Land hat sich daher im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür eingesetzt, dass in den Pflegeheimen mehr Personal eingesetzt werden kann: Leistungserbringer und Kostenträger haben unter Moderation des Sozialministeriums einen neuen Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege abgeschlossen. Durch diesen sind die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen worden, damit die Pflegeheime bis zu 10 Prozent mehr Pflegepersonal vorhalten können.

Diese Grundlage für eine vernünftige Aufstockung des Personals hilft dabei, die Qualität der Pflege zu sichern und die Pflegekräfte zu entlasten. Nur so können wir die Attraktivität der Pflegeberufe steigern.

Es war uns dabei selbstverständlich klar, dass hierdurch nicht unerhebliche Mehrkosten für die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und nicht zuletzt auch für die Sozialhilfeträger entstehen. Aber auch wenn die Kosten der Pflege für Viele eine enorme Belastung darstellen, müssen wir uns letztlich fragen: Wie viel ist uns allen eine an den körperlichen und seelischen Bedürfnis-



sen der alten Menschen orientierte Pflege wert? Eines ist klar: Gute Pflege hat ihren Preis!

Nachdem der Rahmenvertrag geschlossen ist, sind nun Kostenträger und Leistungserbringer gefordert, ihn auch vollständig umzusetzen.

Interne und externe Qualitätssicherung

Auch bei einer guten Personalausstattung hängt die Qualität der Pflege sehr wesentlich von einem funktionierenden und kontinuierlichen internen Qualitätsmanagement ab. Nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Im Zuge der Novellierung des Heimrechts wurde es für Heime obligatorisch, ein Qualitätsmanagement einzuführen. Effektive Qualitätsverbesserungen können besonders gut gelingen, wenn Einrichtungen selbst kritisch ihre Strukturen und Verfahrensabläufe hinterfragen. Das Sozialministerium hat zur Schaffung geeigneter Qualitätssicherungsverfahren schon frühzeitig Initiativen ergriffen. So haben wir im Rahmen von Forschungsprojekten die Erprobung solcher Verfahren ermöglicht und untersucht.

Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen machen allerdings externe Qualitätsprüfungen nicht überflüssig. Die dazu berufenen Institutionen sind die Heimaufsicht und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Sie haben insbesondere die Aufgabe, die pflegebedürftigen Menschen vor den einzelnen schwarzen Schafen in der Pflegebranche zu schützen. Ich sage hierbei bewusst „einzelne“ schwarze Schafe. In der Diskussion um Pflegequalität wird nämlich oftmals vergessen, dass die meisten ambulanten Dienste und Pflegeheime gute Arbeit leisten.

Das kann und darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich im Pflegebereich, der ja ein gewichtiger Wirtschaftsfaktor ist, auch solche Dienste und Heime tummeln, für die die ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Menschen nur eine nachgeordnete Bedeutung haben. Dies zeigt sich dann leider in einzelnen, teilweise recht eklatanten Missständen, denen wir energisch entgegentreten müssen.

Aber es sind nicht allein die großen Missstände, die Aufmerksamkeit verdienen. Auch vermeintlich kleine Mängel können spürbar negative Auswirkungen auf ältere Menschen haben, die sich nicht mehr selbst helfen können. Dies darf nicht unterschätzt werden.

Durch die Gründung von Arbeitsgemeinschaften konnte die Zusammenarbeit von Heimaufsicht, Kostenträgern und Medizinischem Dienst in den letzten Jahren deutlich verbessert werden. Diese Zusammenarbeit reicht von Absprachen zur Vermeidung unnötiger Doppelprüfungen über die Abstimmung von Prüfmaßstäben und rechtlichen Aspekten bis hin zu groß angelegten, zeitgleichen gemeinsamen Prüfungen mehrerer Heime.

Auch für Einrichtungsträger hat die Zusammenarbeit von Heimaufsicht und MDK Vorteile: Beide Institutionen prüfen zunehmend nach denselben Maßstäben.

Pflegedokumentation

Oft wird kritisiert, dass Pflegekräfte zu viel Zeit zum Dokumentieren brauchen, die für die eigentliche Pflege fehlt.

Die Pflegedokumentation ist unverzichtbare Grundlage für einen Informationsaustausch al-



ler an der Versorgung Pflegebedürftiger Beteiligten und ermöglicht zugleich eine Erfolgskontrolle. Die Frage ist allerdings, wie dokumentiert wird.

Die Wahl eines geeigneten Dokumentationsystems obliegt dem Träger selbst.

Nach den Erfahrungen der Heimaufsichtsbehörden bewegt sich der Dokumentationsaufwand für das Pflegepersonal in Heimen auch in einem erträglichen arbeitszeitlichen Rahmen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Beschäftigten mit dem gewählten Dokumentationssystem gut vertraut sind und der Sinn der Dokumentation verstanden wurde.

Leider ist aber immer wieder festzustellen, dass doppelt dokumentiert wird oder dass sich der Dokumentationsaufwand unnötig aufwändig gestaltet. Die Heimaufsichtsbehörden wirken in solchen Fällen beratend darauf hin, dass die Pflegedokumentation möglichst effizient gestaltet und jeder unnötige Aufwand vermieden wird.

Gewinnung von Nachwuchspflegekräften

Um dauerhaft eine fachlich hochwertige Pflegequalität zu erhalten, ist es unerlässlich, Nachwuchs für die Pflegeberufe zu gewinnen. Um diese Berufe attraktiver zu machen, hat das Sozialministerium eine Imagekampagne gestartet. Die hierzu eingerichtete Internetseite erfreut sich großer Beliebtheit. In den letzten zwei Jahren haben ca. 150.000 Interessierte unser Internetportal besucht.

Es freut mich, dass die Initiativen des Landes offensichtlich Erfolg haben: Das Interesse an

den Pflegeberufen hat inzwischen so zugenommen, dass sich die Altenpflegeschulen in Baden-Württemberg in diesem Schuljahr eines großen Andrangs erfreuen konnten. Teilweise wurden sogar zusätzliche Klassen eingerichtet.

Bürgerschaftliches Engagement

Bei allen diesen positiven Entwicklungen im Bereich der professionellen Pflege müssen wir jedoch stets im Auge behalten, dass der Sozialstaat – nicht nur in Deutschland – vor den Grenzen seiner Leistungsfähigkeit steht. Als allumfassender Versorgungsstaat hat er keine Zukunft mehr. In dieser Situation ist die bloße Rücknahme staatlicher Verantwortung zugunsten von Marktprozessen keine sinnvolle Perspektive. In einem Umbau des Sozialstaats gilt es, die Bürgerinnen und Bürger als kooperative Mitgestalter sozialstaatlicher Leistungen zu stärken. Bürgerschaftliches Engagement ist eine zentrale Ressource für die Qualität von Sozialpolitik.

Viele Menschen erfreuen sich auch im Alter guter Gesundheit. Nicht wenige dieser älteren Menschen wollen und können sich daher für die Gesellschaft engagieren. Ich denke hier nicht nur an das familiäre Engagement der Großmütter und der Großväter z.B. in der Kinderbetreuung. Ich denke vor allem auch an das bürgerschaftliche Engagement der älteren Menschen, das weit über den Bereich der Familie hinausgeht.

Mit 4 Millionen Ehrenamtlichen nimmt Baden-Württemberg im Bundesvergleich die Spitzenstellung ein. Dies haben wir auch dem vielfältigen Engagement unserer Seniorinnen und Se-



nioren zu verdanken. Auf das Engagement der älteren Menschen und deren Kompetenz können wir nicht verzichten! Umgekehrt bietet das bürgerschaftliche Engagement den älteren Menschen eine sinnerfüllte Aufgabe.

Seniorinnen und Senioren sind besonders auch im Bereich der Pflege bürgerschaftlich engagiert. Eine kreative Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe zwischen ehrenamtlichen Helfern und den professionellen Kräften in der Pflege ist meines Erachtens vorrangig zu unterstützen. Das bürgerschaftliche Engagement hilft auf diese Weise, durch eine eigenständige Qualität die Pflegesituation zu verbessern. Insbesondere bei sehr zeitintensiven Tätigkeiten kann diese Form des Miteinanders in hohem Maße Vorteile bieten.

Aber auch das bürgerschaftliche Engagement braucht wirkungsvolle Unterstützung. Ich will Ihnen zwei Beispiele nennen.

Es ist zum einen die Hospizbewegung, die traditionell in Baden-Württemberg einen herausragenden Stellenwert hat. Hier ist es uns durch eine maßgeblich von Baden-Württemberg initiierte Bundesratsinitiative gelungen, das ehrenamtliche Engagement in den ambulanten Hospizdiensten wirkungsvoll zu unterstützen. In diesem Jahr konnten 101 Hospizdienste durch rd. 1,7 Mio. Euro aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert werden. Damit kann palliativpflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte finanziert werden. Außerdem stellt der Hospizdienst mit diesen Mitteln die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen sicher.

Zum anderen will ich den herausragenden Einsatz vieler bürgerschaftlich engagierter Menschen nennen, die sich der Betreuung Demenzkranker widmen. Sie bringen insbesondere für die Angehörigen eine Entlastung bei ihrer oft sehr schweren Aufgabe.

Für dieses Engagement stellen die Pflegekassen gemeinsam mit dem Land, den Kommunen und der Arbeitsverwaltung in Baden-Württemberg rund 2,5 Mio. € zur Verfügung. Damit ist es möglich, sowohl Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen als auch notwendige Personal- und Sachkosten für die Koordination und Organisation der Hilfen zu finanzieren. Gleichfalls kann die fachliche Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte finanziert werden.

Auch diese Betreuungsangebote haben in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs verzeichnet. Seit dem Jahr 2001 haben wir die Anzahl dieser Angebote von damals 78 auf 142 im Jahr 2003 gesteigert. In diesem Jahr rechne ich erneut mit einer spürbaren Zunahme der Angebote.

An diesen Beispielen mögen Sie ersehen: Die Gestaltung des Sozialen muss verstärkt als eine kooperative Aufgabe von Bürgerinnen und Bürgern mit den professionellen Institutionen begriffen werden. Ein Nebeneinander oder gar Gegeneinander können wir uns nicht mehr länger leisten. Sozialstaatliche Institutionen müssen sich gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern öffnen und deren Beteiligung und Mitwirkung möglich machen.

Der Sozialstaat ist als ein „ermöglichernder Staat“ gefordert. Ein Staat, der die Rahmenbedingungen für mehr Bürgerengagement, für



Netzwerke und selbst organisierte Zusammenschlüsse verbessert und ausbaut. Hierzu gibt es mittlerweile eine Vielzahl von ermutigenden Praxisbeispielen im Land. Als „aktivierender Staat“ muss der Staat diejenigen Gruppen in der Gesellschaft gezielt fördern, die mit ihrem Engagement einen konstruktiven Beitrag leisten. Wo immer es uns möglich ist, unterstützen wir daher diese Entwicklung.

Derzeit erfolgt dies zum Beispiel im Rahmen des BELA-Projektes – einer Initiative zur Förderung und Würdigung des ehrenamtlichen Engagements in den Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs. Diesen Weg des „aktivierenden Staates“ wollen und werden wir konsequent weitergehen.

Planerische Aspekte

Abschließend möchte ich noch auf die planerischen Aspekte der Pflegepolitik eingehen.

Nach dem SGB XI tragen die Länder die Verantwortung für die Pflegeinfrastruktur. Die Grundsätze und Zielsetzungen des Landespflegeplans beziehen sich daher insbesondere auch auf die Erhaltung und Verbesserung der Strukturqualität der pflegerischen Versorgung. Ich möchte dies kurz an einem Beispiel erläutern: Den Zielen des Landes zur Weiterentwicklung der teil- und vollstationären Pflegeangebote für Demenzkranke.

Wir verfügen in Baden-Württemberg über eine gut ausgebauten, moderne und leistungsfähige Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur. Diese wurde in den vergangenen Jahren zunehmend auch an die besonderen Bedürfnisse Demenzkranke angepasst. Wir werden diesen Qualifizierungsprozess weiter fortsetzen und die notwen-

digen Hilfeangebote entsprechend dem steigenden Hilfebedarf weiter ausbauen müssen. In besonderem Maße gilt dies für den teil- und vollstationären Pflegebereich.

Mit dem deutlichen Anstieg demenzieller Erkrankungen in den nächsten Jahren wird ein entsprechender Ausbau der Hilfeangebote notwendig werden. Dies gilt für alle Leistungsbereiche, von der ambulanten häuslichen Versorgung über die Tages- und Kurzzeitpflege bis hin zu den vollstationären Pflegeangeboten.

Demenzkranken sind keine homogene Gruppe mit gleichartigen Bedürfnissen. Die Hilfeangebote müssen auf den je nach Art und Verlauf der Erkrankung unterschiedlichen Betreuungsbedarf abgestimmt, entsprechend qualifiziert und ausdifferenziert werden.

Im stationären Bereich gewinnt die Binnendifferenzierung der Heime in Form von Wohngruppen mit spezifischer Milieugestaltung und speziellen Betreuungskonzepten zunehmend an Bedeutung. In immer mehr Heimen des Landes werden jetzt Wohngruppenkonzepte umgesetzt. Das Sozialministerium begrüßt und unterstützt diese Entwicklung ausdrücklich. Die Umsetzung demenzspezifischer Konzepte bildet mittlerweile einen Schwerpunkt der Pflegeheimförderung.

Grundsätzlich sollen auch die Hilfe- und Versorgungsleistungen für Demenzkranke möglichst wohnortnah zur Verfügung gestellt werden. Zudem soll die Kontinuität in den Lebensumständen des einzelnen Betroffenen soweit wie möglich gewährleistet werden.

Die Erfahrungen zeigen, dass die wohnortnahe Verfügbarkeit der Pflegeangebote den Bedürf-



nissen und Erwartungen der Bevölkerung entspricht. Den pflegebedürftigen Menschen wird damit der Verbleib in ihrem vertrauten Lebensumfeld ermöglicht. Soziale Kontakte und Bindungen können aufrechterhalten werden.

Wie in keinem anderen Bundesland wurden in Baden-Württemberg ortsnahe Versorgungsstrukturen konsequent ausgebaut und gefördert. Das Konzept der Kleeblattpflegeheime gilt bundesweit als beispielgebend.

Für bestimmte Gruppen der demenziell erkrankten Menschen kann es aber auch sinnvoll sein, dass spezialisierte Einrichtungen einen überregionalen Versorgungsauftrag abdecken. Ortsnahe Kleinstpflegeheime haben kaum Möglichkeiten der Spezialisierung und der Binnendifferenzierung.

Besonders qualifizierte Pflegeeinrichtungen – wie z. B. das Alzheimer-Zentrum in Stuttgart-Kaltental oder das neue Demenz-Zentrum der Kleeblattpflegeheime in Freudental – sollen daher die kleinräumige Grundversorgung ergänzen.

Gerontopsychiatrische Schwerpunkte mit einem abgestimmten medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungsspektrum für Demenzkranke wären ein weiterer Schritt zur Qualifizierung der Versorgungsstrukturen. Im Sinne von Referenzzentren könnten sie dabei auch spezifische Aufgaben des Wissenstransfers, der Konzeptentwicklung sowie der Fort- und Weiterbildung übernehmen.

Darüber hinaus gibt es mittlerweile vielfältige Initiativen zur Entwicklung neuer Elemente der Hilfestuktur zwischen ambulanter und statio-

närer Versorgung. Leitbild ist hier das Hausgemeinschaftskonzept wie es in einigen unserer Nachbarländer bereits praktiziert wird. Allerdings ist auch nicht zu übersehen, dass die Umsetzung solcher Konzepte vor allem unter kosten-, leistungs- und heimrechtlichen Gesichtspunkten außerordentlich schwierig ist. Das Sozialministerium hat daher eine Evaluation zu dieser Problematik initiiert. Ebenfalls wurde eine Arbeitsgemeinschaft eingerichtet, die sich mit neuen Wohnformen befasst.

Schluss

Ich konnte hier nur einige Schwerpunkte der Pflegepolitik des Landes ansprechen.

Bevor ich zum Schluss komme, möchte ich Ihnen aber noch versichern, dass mir das Wohl unserer pflegebedürftigen Mitbürgerinnen und Mitbürger ein besonderes Anliegen ist, und dass sich das Sozialministerium auch weiterhin für eine gute Qualität in der Pflege einsetzen wird.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



5 Empirische Befunde zur Pflegequalität – Bilanz der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

1. Einleitung

In Baden-Württemberg leben 210.724 Menschen, die im Sinne des Sozialgesetzbuches XI pflegebedürftig sind (Stand: 2001). Das sind 2% der Einwohner Baden-Württembergs. Zu Hause leben ca. 144.000 pflegebedürftige Menschen. 100.000 Pflegebedürftige werden ausschließlich von Angehörigen und 44.000 von Pflegediensten betreut (Stand 2001). In den letzten drei Jahren wurden 5,4% mehr Pflegebedürftige von ambulanten Pflegediensten versorgt und betreut.

Seit 1997 prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung alle ambulanten Pflegedienste mit beratungsorientiertem Ansatz auf dem Boden der gesetzlichen Grundlagen gemäß §§ 80, 112/114 SGB XI, der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie dem aktuellen Rahmenvertrag.

2. Strukturqualität

Fast ¾ aller Pflegebedürftigen, die einen Pflegedienst in Anspruch nehmen, wählen einen Pflegedienst eines frei gemeinnützigen Trägers. Dies hängt mit der gewachsenen Struktur von Krankenpflegevereinen im Land zusammen.

Aktuell sind 67% der in der Grundpflege tätigen Mitarbeiter examinierte Pflegefachkräfte.

3,3% der in der Hauswirtschaft tätigen Mitarbeiter sind ebenfalls Fachkräfte.

Insgesamt werden 22% Hilfskräfte und 6,5% Praktikanten und Zivildienstleistende für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen eingesetzt.

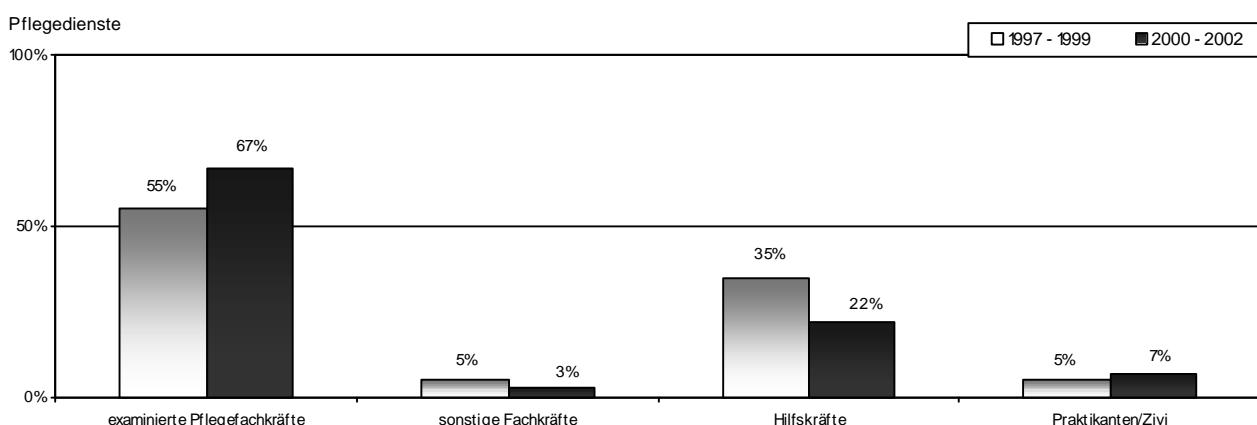
Tabelle 1: Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste nach Trägern

Pflegedienst	Baden-Württemberg	Bundesdurchschnitt
Frei gemeinnützige Träger	73,9%	46,2%
Private Träger	21,5%	51,9%
Öffentliche Träger	4,5%	1,9%

Entnommen aus: Statistisches Bundesamt 2001



Abbildung 1: Mitarbeiter/innen der Pflegedienste nach Qualifikation



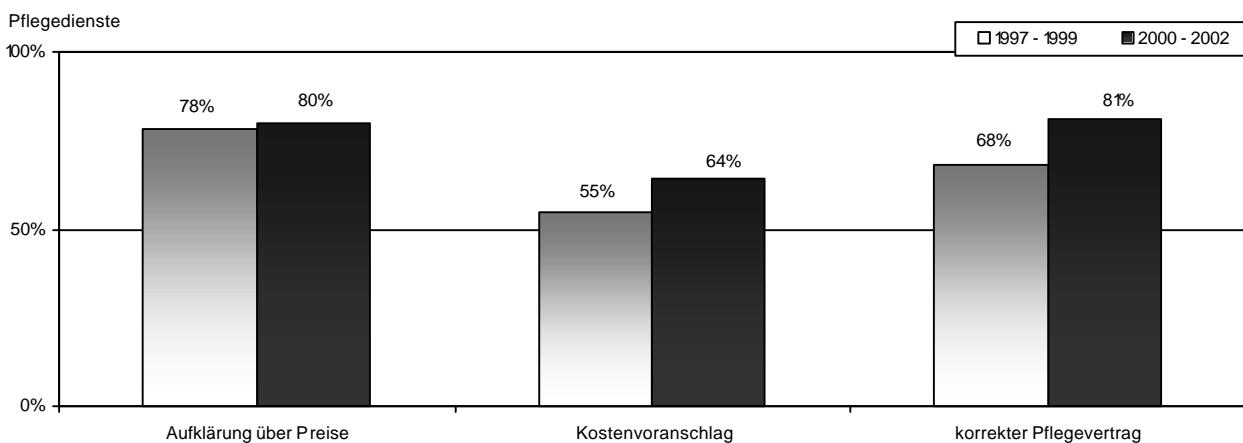
Daten entnommen aus: Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste in Baden-Württemberg 1997 – 2002

3. Prozessqualität

Alle ambulanten Pflegedienste bieten einen kostenlosen Erstbesuch an, bei dem sich die Pflegebedürftigen über den Dienst informieren

können. Die überwiegende Zahl der Pflegedienste schließt mit ihren Kunden einen korrekten Pflegevertrag ab und klärt die Kunden über die Preise auf. Nahezu 2/3 der Pflegedienste bietet ihren Kunden einen schriftlichen Kostenvoranschlag an.

Abbildung 2: Service der Pflegedienste

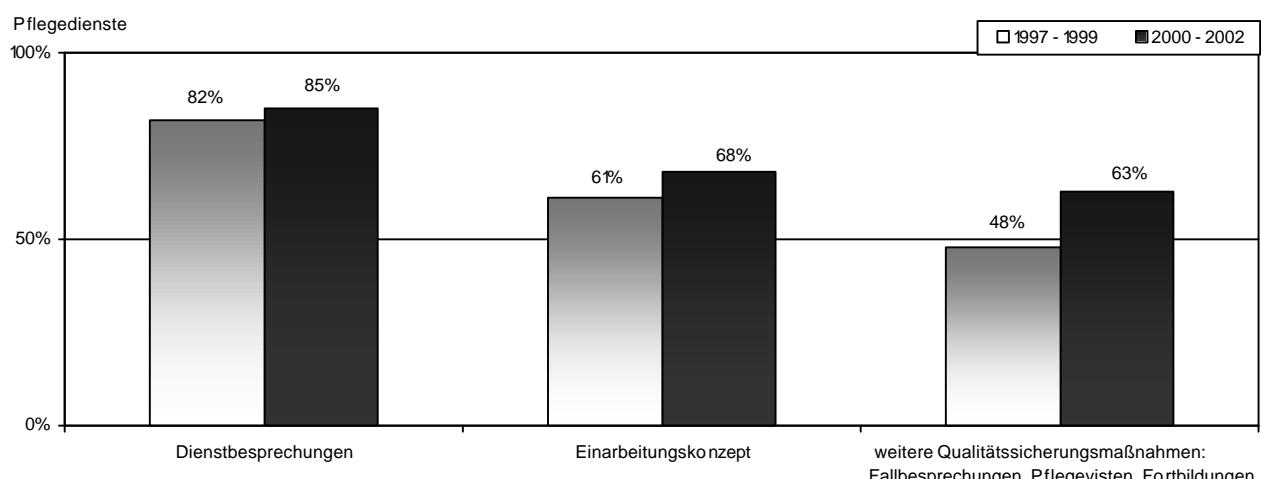


Daten entnommen aus: Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste in Baden-Württemberg 1997 – 2002

Fast alle Pflegedienste führen regelmäßige Dienstbesprechungen durch und dokumentieren sie in geeigneter Form. 68% der Pflegedienste verfügen über ein strukturiertes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter und fast ebenso vie-

le Pflegedienste haben weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen etabliert. Hierzu zählen u. a. Fallbesprechungen, Pflegevisiten und Fortbildungen. Ein Qualitätssiegel haben bisher nur 7% der Pflegedienste erworben.

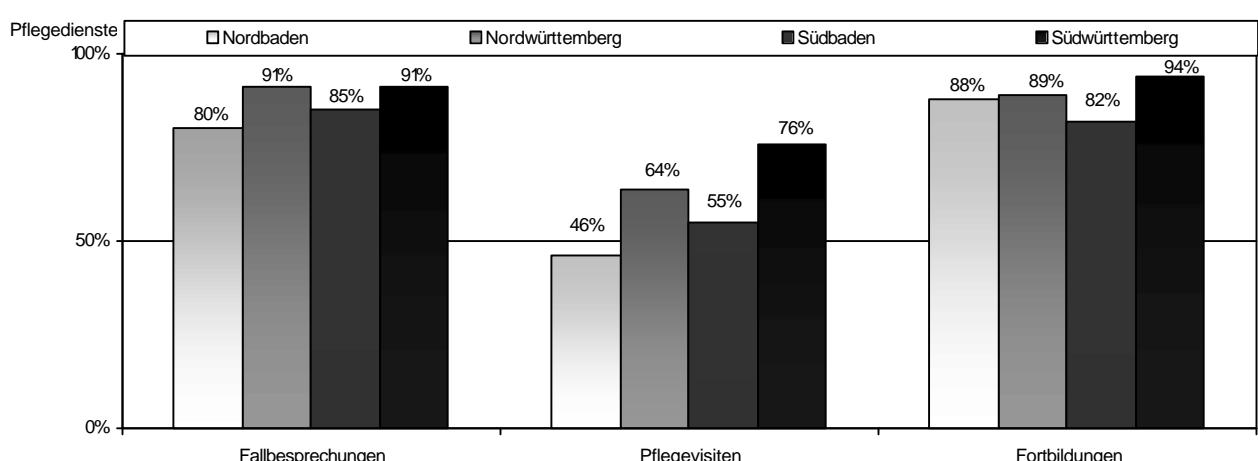
Abbildung 3: Einarbeitungs- und Qualitätssicherungskonzept der Pflegedienste



Bei Fallbesprechungen und Fortbildungen haben die Pflegedienste mittlerweile ein sehr hohes Niveau erreicht. Verbesserungspotential besteht noch bei der Durchführung von Pflegevisiten.

Alle ambulanten Pflegedienste sind für ihre Kunden rund-um-die Uhr auch an Sonn- und Feiertagen erreichbar. Nahezu alle Pflegedienste haben dies schriftlich fixiert.

Abbildung 4: Fallbesprechungen, Fortbildungen und Pflegevisiten im Vergleich



Daten entnommen aus: Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste in Baden-Württemberg 2003



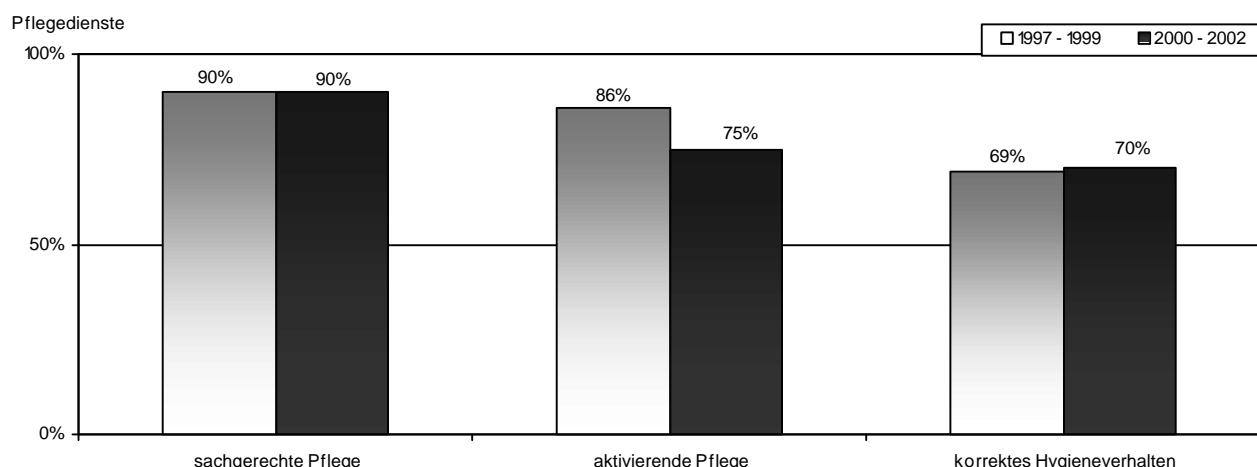
4. Ergebnisqualität

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (87%) waren die Kunden mit den Leistungen des Pflegedienstes zufrieden. Die professionell Pflegenden gingen mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen freundlich und zugewandt um. In der Regel bezogen die professionell Pflegenden die Angehörigen und weitere an der Pflege beteiligte Personen in die Pflege mit ein.

Die grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten entsprachen überwiegend dem anerkannten medizinisch-pflegerischen Wissenstand (sachgerechte Pflege). Die Pflegemaßnahmen waren meistens individuell geplant und – wenn möglich – wurde aktivierend gepflegt.

Verbesserungspotential besteht noch beim Hygieneverhalten; so sollten beim Waschen immer Vorbinder (Schürzen) und bei der Intimhygiene Einmalhandschuhe getragen werden.

Abbildung 5: Ergebnisqualität der ambulanten Pflegedienste



Daten entnommen aus: Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste in Baden-Württemberg 1997 – 2002

5. Zusammenfassung

Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg erhalten eine gute ambulante Pflege.

Entscheidende Faktoren hierfür sind:

- ein hoher Anteil examinierter Pflegefachkräfte,
- eine qualifizierte für Leitungsaufgaben freigestellte Pflegedienstleitung,

- Maßnahmen zur Sicherstellung und kontinuierlichen Verbesserung der Pflegequalität,
- regelmäßige Qualitätsprüfungen durch den MDK.

Den vollständigen Bericht veröffentlicht das Sozialministerium Baden-Württemberg im „Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg 2004“ als Spezialheft Ambulante Pflege.

Christina W. Leciejewski



6 Wertebezogene Unternehmens- führung durch qualitative Kennzahlen. Wie kann jeder noch besser werden?

Sehr geehrte Frau Bürgermeisterin,
sehr geehrte Damen und Herren,

Herr Vetter ist leider beruflich verhindert und ich habe kurzfristig diesen Vortrag kollegial übernommen. Zugegeben ich bin auch neugierig auf das Symposium Pflege der Stadt Mannheim.

Ethische Werte in der Führung von Pflegeeinrichtungen sollten zukünftig generell mehr Aufmerksamkeit erfahren, um die starre unzeitgemäße Trennung zwischen Kostendeckung und Unternehmensentwicklung zu überwinden. Eine Methode dafür ist die Balanced Scorecard (BSC), mit der sie genau dies erreichen könnten.

Mit der BSC erhalten Sie die Möglichkeit, ein Unternehmen mit Hilfe von wenigen, aber entscheidenden Kennzahlen strategisch, flexibel und effektiv zu führen. Und so können Sie innovatives und kreatives Denken aller Mitarbeiter als bestimmtes Element in der Unternehmenskultur verankern.

In meinem Vortrag werde ich versuchen, die praktischen Anforderungen mit den gesellschaftlichen Herausforderungen zu verknüpfen.

Situationsbeschreibung

Eine komplexe Organisation, wie es eine Pflegeeinrichtung ist, muss sich auf Veränderungen einstellen, damit sie zukünftig Bestand hat. „Aber, ich höre schon die Einrichtungsleitungen rufen, noch mehr Veränderungen sind in der Pflegepraxis kaum noch zu bewältigen“ und außerdem ist das nicht neu! Es geht nicht um noch mehr Veränderungen quantitativ gesehen, sondern um Veränderungen, die die Qualität des Zusammenarbeitens und –lebens betreffen.

Diese Veränderungen sind wesentlich schwieriger zu erfassen. Sie haben aber einen großen Einfluss auf die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit. Zufriedene Mitarbeiter werden weniger krank, sind motivierter und tun ihre Arbeit gerne, das wiederum wirkt sich auf die Bewohner – unsere Kunden- und auf das Team aus. Ein gesundes Arbeitsklima ist der beste Nährboden für den wirtschaftlichen Geschäftserfolg!

Der kontinuierliche Veränderungsprozess in den Pflegeeinrichtungen begann bundesweit mit der Einführung der Pflegeversicherung vor fast zehn Jahren. Die Umsetzung des PflegeVG hat die Pflegeeinrichtungen ziemlich verändert.

Denken Sie einmal zurück, was seit der Einführung der Pflegeversicherung bei Ihnen im ambulanten Dienst oder im Altenpflegeheim nicht alles passiert ist. Ich erinnere mich noch gut, wie wir uns über den Begriff Kunde in Bezug auf unsere Bewohner gestritten haben. Schauen Sie sich heute Prospekte von Pflegeeinrichtungen an, ist das Wort Kunde selbstverständlich.

Die Mitarbeiter sind während der letzten Jahre im Pflegealltag häufig an ihre physischen und psychischen Grenzen gekommen. Wir beobachten, dass oft die besten Mitarbeiter völlig frustriert die Einrichtung verlassen. Ihren Beruf aufgeben und nie wieder etwas mit Pflege zu tun haben wollen! Soweit darf es nicht kommen, das ist eine Verschleuderung von wertvollem Humankapital!

Einrichtungsträger müssen etwas tun, damit das Arbeiten in Pflegeeinrichtungen wieder entspannter wird. Träger, die die Zeichen der Zeit erkannt haben, setzen wieder mehr auf die ethischen Werte, die „weichen“ Faktoren der Mitarbeiterführung.



Die Rückbesinnung auf ethische Werte – Teamgeist, Verantwortung, Vertrauen gepaart mit fachlicher Kompetenz – werden verstärkt wieder eingefordert, denn ohne sie ist die sozial-pflegerische Arbeit nicht zuverlässig zu erbringen. Wir wissen alle, dass Oberflächlichkeit, Egoismus, Unpünktlichkeit, der Mangel an Sprachkenntnissen und ungenügend Fachkenntnisse in der Pflege, Betreuung, Verwaltung und Hauswirtschaft zu katastrophalen Pflegeergebnissen und damit auch zu wirtschaftlichen Problemen in den Einrichtungen führen.

In den letzten Jahren wurden Leitbilder entwickelt und über das Menschenbild diskutiert. Sie erinnern sich an Diskussionen über Fragen wie:

- Wer sind wir?
- Was wollen wir?
- Wie sollen uns die Bewohnerinnen und Bewohner wahrnehmen?
- Woher kommen und wohin wollen wir?

Solche gemeinsam erarbeiteten Leitbilder wurden meist auf Hochglanzpapier gedruckt, fein eingerafft und in der Einrichtung an einem gut ausgewählten Ort aufgehängt. Das Leitbild hängt nun im Eingang, jeder geht vorbei und stöhnt über die chaotischen Zustände im Haus! Teuer bezahlt, aber nicht gelebt!

Die Träger, die die Zeichen der Zeit rechtzeitig erkannt haben, sind heute meilenweit voraus, haben keine Personalsorgen und können sich ihre Bewohner/innen aussuchen, sie betreiben wirtschaftlich gesunde Unternehmen und warten nur auf die Insolvenz von anderen, um sie mit ihrer Erfahrung zu übernehmen. Unter diesen Bedingungen können alle ruhig schlafen, identifizieren sich mit „ihrem“ Haus und bringen ihre Ideen für Veränderungen ein.

Es gibt Heimbetreiber, die es in den letzten Jahren versäumt haben, sich gründlich und offen auf Erneuerungen einzustellen. Sie ignorieren, dass sie im Wettbewerb zurückgefallen sind. Sie wollen es auch nicht wahrhaben, denn die Zimmer sind doch belegt! Aber es gibt Managementprobleme, die sind deutlich zu erkennen an der Mitarbeiterzufriedenheit, die sich in der Fluktuationsrate, dem Krankenstand, der Anzahl arbeitsrechtlicher Auseinandersetzungen zeigen.

Nur noch den Gewinn im Auge zu haben, führte selbst in der Industrie zu katastrophalen Entwicklungen. Auch in diesem Sektor diskutiert man längst wieder über die „weichen“ Faktoren des Managements und ihren Einfluss auf den Unternehmenserfolg.

Am Rande sei erwähnt, dass ab dem 01.01.2005 Konzerne in der Europäischen Union, die börsennotiert sind, nach bestimmten Bilanzierungsrichtlinien – IFRS-International Financial Reporting Standards – verpflichtet werden, auch immaterielle Werte des Unternehmens zu veröffentlichen, die bisher nicht im Jahresabschluss in der Gewinn- und Verlustrechnung lt. HGB berücksichtigt wurden, das sind z. B. die Ausbildung und der Qualifikationsgrad der Mitarbeiter/innen, Zertifizierungen, Innovationsfähigkeit des Teams, Umweltbewusstsein.

Dies soll zur Transparenz und besseren Vergleichbarkeit führen, was für Investoren vorteilhaft und zudem für die Verwirklichung des gemeinsamen europäischen Kapitalmarkts eine unerlässliche Voraussetzung ist. Unsere Einrichtungen sind davon noch nicht betroffen. Aber viele Entwicklungen, die in der Industrie ihren Anfang nahmen, fanden wir nach Jahren auch in der Sozialwirtschaft wieder.



Auch in den Pflegeeinrichtungen werden sich zukünftig die Verwaltungsleiter zunehmend neben den „harten“ Kennzahlen im finanzwirtschaftlichen Bereich auch mit den „weichen“ Kennzahlen auseinandersetzen, für die in der Regel bisher die Heimleiter, Pflegedienstleiter und Qualitätsbeauftragten zuständig waren. Für Fragen der Identität, der Kultur im Heim, der Prozessabläufe und der Ergebnisse waren sie oft nur allein zuständig. Von den Trägerverantwortlichen und den Kostenträgern wurden diese Faktoren oft belächelt und mit „Schön sie zu haben“ bewertet.

Eine langfristige zukunftsorientierte strategische Ausrichtung einer Pflegeeinrichtung ist budget-abhängig. Wir sind es gewohnt, Strategien und den im Budget gefassten Alltag gedanklich von einander zu separieren. Wir sollten uns bewusst werden, dass strategische Veränderungen nur äußere Kosmetik bleiben, solange das Budget diese Veränderungen nicht übernimmt.

Ethische (immaterielle) Werte bekommen eine neue strategische Bedeutung in der Unternehmensführung. Begründet ist dies im Wandel der Gesellschaft zur Wissensgesellschaft. Damit rückt der Mensch mit seinen Fähigkeiten wieder in den Mittelpunkt der Betrachtungen.

Um Wettbewerbsvorteile von morgen zu sichern, sollte gegenwärtig schon das intellektuelle Potenzial des Unternehmens besser genutzt werden. Kreativität, Lernbereitschaft und das Vermögen, Wissen zu teilen werden genau so zu Firmenwerten wie Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit, soziale Kompetenz und Verantwortung. Zugespitzt gesehen, schlägt der

**Beziehungswert den Produktwert
oder
die Wertschöpfung beruht
auf der Wertschätzung.**

Eine Pflegeeinrichtung wird langfristig bestehen können, wenn sie mit den Bürgern und der Stadtverwaltung vertrauensvoll zusammen arbeitet.

Fragen, die sich in diesem Kontext stellen:

- Wie schaffen wir es, die Aufmerksamkeit (Beachtung) der Bürger unserer Stadt auf unser Altenpflegeheim zu richten?
- Wie schaffen wir es, diese Aufmerksamkeit über Jahre hinweg zu erhalten?
- Wie können dauerhafte Bindungen und gegenseitiges Vertrauen zwischen Bürgern und Altenpflegeheim erreicht werden?

Zukünftig werden für die Mehrheit der Altenpflegeheime noch andere Fragen in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen rücken:

- Wie und wo lassen sich die besten Wissens-Arbeiter gewinnen?
- Wie kann die Einrichtung diese wertvollen Mitarbeiter halten, damit sie nicht vom Nachbaraltenheim (Wettbewerber) abgeworben werden?

Gleichzeitig tun sich in der aktuellen Diskussion weitere Fragen auf:

- Was hält ein Pflegeheim künftig noch zusammen? Nur noch die BAT-Vergütung und das 13. Monatsgehalt, ist es die Verwirklichung der professionellen Pflege oder ein Tummelplatz für Leiharbeiter und Hilfspersonal, das einfach einen Job zum Geld verdienen braucht?

Das muss im Interesse der Pflegebedürftigen verhindert werden. Deshalb investieren bereits heute innovative Träger in ihre Mitarbeiter, tun viel für das Zusammenwachsen zu einer Wertegemeinschaft, die nach innen und außen glaub-



würdig wirkt und den schwierigen Prozess der strategischen, organisatorischen und kommunikativen Erneuerung bewusst lebt und gestaltet. Diese Einrichtungen haben schon heute in der Regel keine Sorgen bei der Nach- bzw. Neubesetzung von Stellen, denn es spricht sich in Fachkreisen herum, wo gut und gerne gearbeitet wird.

Motivierte Mitarbeiter und Führungskräfte werden zukünftig mehr und mehr gebraucht.

Die Motivation für einen Job drückt sich heute oft noch darin aus:

- „möglichst viel Geld zu verdienen“,
- „einen sicheren Arbeitsplatz zu haben und zu erhalten“.

Mitarbeitern, die so denken, sind in der Regel nicht geeignet für strategische Veränderungen.

Fragen Sie Ihre Mitarbeiter und Kollegen, wofür sie arbeiten, dann kommen oft folgende Antworten (IST):

- „Weil ich ja von etwas leben muss“,
- „Na aus Spaß bestimmt nicht“,
- „Irgendetwas muss der Mensch tun.“

Wie können diese Mitarbeiter motiviert werden (Soll)?

Die Unternehmensführung mit qualitativen Kennzahlen, erfordert die Bestimmung von IST- und Soll-Werten, die Erarbeitung von Maßnahmen, die Festlegung von Verantwortlichkeiten und von Regelungen, ähnlich wie wir es vom Qualitätsmanagement kennen.

Wie kann ein Veränderungsprozess gestaltet werden?

Gestatten Sie mir dazu, eine Geschichte aus dem Heimleben zu erzählen:

„Es war einmal ein Altenpflegeheim“ so könnte die Geschichte beginnen. Ein neu berufener Heimleiter (HL) eines kleinen, regional operierenden Pflegeheimes war vor die Aufgabe gestellt, neue Impulse zu setzen und Richtlinien für die Arbeit im neuen Jahr zu entwickeln. Richtlinien, die es ermöglichen im Wettbewerb mit den anderen am Ort zu bestehen, sich von den anderen zu unterscheiden, eine Nische für das Leistungsangebot zu finden. Mit den großen Altenpflegeheimen der Umgebung konnte man sich nicht messen. Die Auslastung ging zurück, es gab keine Warteliste mehr, das Steigen der Kosten musste aufgehalten werden, nein die Kosten mussten radikal gesenkt werden. Es wurden neue gewinnbringende Strukturen benötigt, um zukunftsfähig zu werden – so wie es auch andere Pflegeeinrichtungen betraf.

Der HL überlegte mit seinen Mitarbeitern Wo liegt eigentlich die Stärke unseres Pflegeheimes? Das Altenpflegeheim liegt in einem bevorzugten Wohngebiet, nicht weit vom Einkaufszentrum entfernt. Die Einwohnerzahl des Ortes steigt ständig. Hier wohnen viele Menschen, die früher in der nahe gelegenen Stadt gearbeitet haben. Das Gebiet signalisiert: hier gibt es gut betuchte alte Menschen! Vor allem waren die Mitarbeiter die Stärke der Pflegeeinrichtung: gut ausgebildet, langjährig erfahren in allen Facetten der Pflege, motiviert. Aber motiviert wozu? Dieses Potenzial ist zu nutzen, auszubauen, zielgerichtet einzusetzen zum Wohle des Altenpflegeheimes. Aber wie?

Dem Heimleiter und der Pflegedienstleitung war es klar, von außen konnte das fertige Konzept nicht in die Organisation hineingetragen werden, schon gar nicht aus finanziellen Gründen. Grundlegende Veränderungen sollten als offener Prozess durch alle Mitarbeiter gestaltet werden. Aber auch die Träger- und Kundeninteressen mussten berücksichtigt werden. Diese erforderlichen Veränderungen konnten mit der Methode der Balanced Scorecard geplant und kommuniziert werden. Unter dem Motto „Ihr Partner für Pflege und Betreuung“ haben sie sich nun die Zielstellung auf die Fahne geschrieben: „Wir werden das beste Altenpflegeheim im Ort“, dabei konzentrieren wir uns auf die Pflege und Betreuung der Bewohner und auf die gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen.



Lassen Sie mich kurz auf die Methode der **Balanced Scorecard** (BSC) eingehen:

Balanced Scorecard heißt auf Deutsch „ausgewogener Berichtsbogen“. Dieser Berichtsbogen zeigt den „aktuellen Kurs“ mit allen wichtigen Betriebsdaten an, vergleichbar mit dem Armaturenbrett eines Piloten. Es enthält finanzielle und nichtfinanzielle Zielgrößen, z. B. Lieferzeiten, Mitarbeitermotivation.

BSC dient dazu, das tägliche Unternehmensgeschehen richtig zu steuern, und fördert die unternehmensweite Kommunikation von Mission, Vision und den davon abgeleiteten Strategien des Unternehmens. Eigentlich keine neue Methode. Sie bringt aber Potenziale hervor, die keine andere Managementmethode bietet.

Heute benötigen Unternehmen Steuerungsinstrumente, die auf das jeweilige Geschäft und die Strategie maßgeschneidert sind und dabei kritische Erfolgsfaktoren wie Innovation, Prozessabläufe, Mitarbeiter-Know-how messbar machen.

Mit der Einführung dieser Methode, die mehr als ein Kennzahlen-Tableau ist, sollen die Unternehmen die traditionelle Einseitigkeit des Berichtswesens überwinden.

Was in der Praxis zählt, ist der Erfolg! Ein Erfolgsrezept gibt es leider nicht, denn jeder Veränderungsprozess ist einmalig. Entwickeln Sie mit den Mitarbeiter/innen - unter den Fragestellungen:

- Wie wollen wir gesehen werden? - eine **Mission**: „Ihr Partner für Pflege und Betreuung“,
- Wo wollen wir in fünf bzw. 10 Jahren sein - eine **Vision**: Wir werden in 10 Jahren das beste Altenpflegeheim im Ort!

Nutzen Sie für die Zielereichung ausschließlich strategisch orientierte Kennzahlen. Denken Sie daran: Wer führen will, muss IST und SOLL-Werte messen, z. B:

- Wie aufwendig ist die Versorgung eines dementen Bewohners von Zimmer 1 bis 30 oder von der 1. bis zur 4. Etage?
- Wie viele Kundenanfragen haben Sie im Quartal?
- Wie viele Bewohnerwechsel stehen dagegen?
- Warum steigen die Fehltage und reduzieren sich die Berechnungstage?
- Unterscheiden Sie zwischen A- und B-Kunden?

Wenn ja, warum nehmen Sie B-Kunden auf, wenn A-Kunden auf der Warteliste stehen?

Zur Unterscheidung der beiden Kundengruppen:

Der A-Kunde sucht „sein“ Haus, nach Erscheinungsbild (Care-Studie) aus, dabei sind Blumen, die Fassade, der Eingang, die Gästetoilette besonders wichtig, das zeigte eine Umfrage im Jahr 2003 in Wiesbaden und Kassel. 80 % von 15 000 Befragten entscheiden sich nach dem ersten Eindruck, den eine Einrichtung auf sie macht. Das Pflegekonzept interessiert sie nur zu 11%, der Betreiber nur zu 2%. Es geht den A-Kunden also um die „weichen“ Faktoren.

Der B-Kunde wird „gebracht“ und ist sehr pflegeintensiv, meist mit einem hohen Maß an Behandlungspflegeleistungen, EZ-Problematik, Badezimmerproblematik. Diese Kunden kosten den Einrichtungsbetreiber viel und sie bringen wenig Ertrag. Deshalb sollten die Betreiber nach Möglichkeit ihre Kunden gezielt auswählen.



Steuern Sie mit Vertrauen und erreichen Sie so Feedback. Wer weiß, ob Sie die richtige Strategie verfolgen, sich ihre potentielle Kundschaft schnell umorientiert. Nutzen Sie die Nähe zu Ihren Mitarbeiter/innen, zum Kunden, zum Markt. Hören Sie sich die Meinung aller an. Entscheiden Sie nicht im Elfenbeinturm.

Reagieren Sie auf Veränderungen.

Beschäftigen Sie sich intensiv mit den Kennzahlen, die vom Plan abweichen. Analysieren Sie, forschen Sie nach Ursachen:

- Warum ziehen die Mitarbeiter nicht mit? Gab es Konflikte?
- Vielleicht war der Plan falsch?

Die Heimlandschaft hat sich seit der Einführung der Pflegeversicherung komplett verändert, von 65% der Bewohner mit Hemiparesen zu 70% gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern. Die Pflegeheime haben durch den Grundsatz: „ambulant vor stationär“ mehr oder weniger schnell ihr Profil geändert.

Fangen Sie an!

Der Markt wartet nicht, der Wettbewerb schläft nicht – vergessen Sie niemals die intellektuellen Werte Ihrer Mitarbeiter/innen, denken Sie bei Umsatzeinbußen sofort an fehlende fachliche Kompetenz im Leitungsteam.

Erkennen Sie Ihre persönlichen Stärken und die Stärken der Einrichtung, spielen Sie diese aus!

Sie leben vom Empfehlungsgeschäft!

Danke ...

Quellen:

Friedag, Herwig R., Walter Schmidt, Balanced Scorecard

– mehr als ein Kennzahlensystem, Haufe 999.

Nutzen Sie die Chancen! – Umstellung Ihres Unternehmens auf International Financial Reporting Standards
– ERNST & YOUNG.

Vetter, Joachim, Wirtschaftliches Steuern von Pflegeeinrichtungen durch wertebalancierte Kennzahlen – Vortrag vom 05.05.2004.

7 Podiumsdiskussion „Qualität in der Pflege – zu welchem Preis?“

Froese / Moderator

Wir haben zu Beginn eine Runde auf dem Podium, die wir schnell für das Plenum öffnen möchten. Nachdem Herr Direktor Wörner vom Landeswohlfahrtsverband heute noch nicht die Möglichkeit hatte etwas zu sagen, möchte ich ihm Gelegenheit geben, als erster zu sprechen. „Qualität in der Pflege – zu welchem Preis?“ ist das Thema dieser Runde. Wir sehen wachsenden Pflegebedarf im ambulanten wie im stationären Bereich. Schon jetzt können die erforderlichen Hilfen kaum finanziert werden. Erhöhungen der Kostensätze im stationären Bereich treffen – bei unveränderten Pflegeversicherungsleistungen – direkt die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen. Das hat in diesem Jahr auch in Mannheim zu einer öffentlichen Diskussion geführt. Wie soll es weitergehen? Herr Wörner, Sie kennen die Entwicklung des Pflegeplatzangebotes in Mannheim aus direkter Erfahrung. Sie haben das über lange Zeit begleitet. Ich frage Sie direkt, welche Hinweise und Empfehlungen geben Sie uns in der jetzigen Situation mit wachsendem Bedarf und knapper werdenden Mitteln? Wie können und sollen wir uns in Mannheim darauf einstellen?

Wörner

Bei der Diskussion über den Preis der Pflege darf man die Qualität nicht vernachlässigen.

Ich war heute morgen beim Landespflegeausschuss. Dort wurde heftig kritisiert, dass man bis zum heutigen Tage noch keine Lösung für die Altenpflegeausbildung für das Jahr 2005 hat. Ich kann Ihnen auch zum Stand der Investitionsförderung für die Pflegeheime berichten, die zunächst „renoviert“ worden ist, aufgrund reduzierter Haushaltsansätze aber wieder stark in die Diskussion gekommen ist.

Zunächst zur Situation in Mannheim: Ich habe gerade vorhin eine wunderschöne Broschüre des Seniorenbüros über die Pflegeheime in Mannheim in die Hand genommen. Besonders gefällt mir, dass die Entgelte hier sehr detailliert aufgeführt sind, wie es das SGB XI vorschreibt. Jeder, der sich mit der Pflege beschäftigt oder mit dem Thema zu tun hat, kann sich hier informieren. Als Stand der Preise ist der Juli 2004 angegeben. Ich kann Ihnen die letzte Entwicklung bis Mitte Oktober bekannt geben. Wenn wir



Teilnehmer/innen des Podiums von links nach rechts: Volker Wörner, LWB / Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery / Manfred Froese, Moderator / Dr. Waltraud Hannes, MDK /Christina W. Leciejewski, Unternehmensberaterin.



noch einmal zurückblicken in das Jahr 1999, da habe ich in Mannheim schon einmal heftige Kritik von Ihnen erfahren, als wir damals nach Abschluss des „baden-württembergischen Weges“ die Pflegesätze umgestellt haben. Was war passiert? Wir haben unsere guten oder ausreichenden Pflegeschlüssel „verpreislicht“, wir haben erstmals Preisverhandlungen geführt. Sie sehen, wir haben es gut überstanden und das ist halt unser Job. Mit Preisen reagieren wir auf die jetzige Finanznot und können auch stärker zur Rechenschaft gezogen werden.

Was ist bei Ihnen in Mannheim zwischenzeitlich passiert? Die Ministerin hat es schon erwähnt. Wir haben 2002 den Rahmenvertrag geändert und haben Korridore miteinander vereinbart und damit haben wir einen Teil des Pflegequalitätsversicherungsgesetzes umgesetzt. Wenn Sie in andere Bundesländer gehen, dann sehen Sie, dass dort oft wenig Klarheit herrscht, wie man künftig die Pflegesatzverhandlungen führt. Also werden Korridore gemacht nach § 75 (3) Nr. 2 SGB XI. Leitlinie für diese Korridore war, den alten Personalschlüssel mit 1:2,37 umzusetzen. Das ist auch in diese Berechnung für die einzelnen Pflegestufen eingeflossen. Wenn nun eine Einrichtung einen hohen Anteil in Stufe 2 und 3 eingestuften „Kunden“ hat, bedeutet dies, dass ein höherer Pflegeschlüssel als 1:2,37 vorhanden sein muss.

In Mannheim haben Sie einen sehr guten Vollzug dieser neuen rahmenvertraglichen Bestimmungen (vgl. Übersicht Planzahlen für Altenpflegeheime in Mannheim im nächsten Abschnitt). Zwei Zahlen hierzu: in Mannheim haben 18 von 23 Pflegeheimen diese Personalschlüssel übernommen. Wir haben, so ist es fachlich richtig, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen abgeschlossen, in denen die

Personalschlüssel abgebildet sind. Das sind 78% ihrer Häuser mit Versorgungsvertrag nach dem neuen System. In Baden insgesamt sind wir noch nicht so weit, wir haben erst 55% umgestellt.

Ich sage Ihnen jetzt, wie der beste Schlüssel in der jeweiligen Pflegestufe aussieht und was Sie für einen Durchschnitt in Mannheim haben: In der Pflegestufe 1 ist die Höchstgrenze mit 1:3,13. Sie haben bei den 18 umgesetzten Häusern einen Durchschnittsschlüssel 1:3,26. In der Pflegestufe 2 ist der Höchstschlüssel 1:2,23. Sie haben 1:2,34. In der Pflegestufe 3 ist der beste Schlüssel 1:1,65. Sie haben 1:1,72. In der Pflegestufe 3 sind Sie am nächsten am Höchstschlüssel. In der Stufe 2 haben Sie noch etwas Luft.

Das bedeutet, dass Sie nur noch in der Pflegestufe 1 und 2 etwas Luft haben. Finanztechnisch kann man sagen, das Schlimmste haben Sie hinter sich, dies zur Beruhigung der Ökonomen, zu denen ich mich auch zähle. In der Hauswirtschaft haben Sie beinahe den Idealschlüssel erreicht und in der Verwaltung so gut wie erreicht. Die Preissteigerungsraten aufgrund des besseren Personalschlüssels haben Sie in Mannheim zu hohem Anteil umgesetzt. Wie wirkt sich das aus?

Ihre Pflegesätze haben sich um 8,37% erhöht. Das trifft für das Jahr 2003 und 2004 zu. Das ist die „politische“ Zahl, die natürlich den Selbstzahler trifft, aber zunehmend auch die Sozialhilfe. Ich kenne keinen besseren Schlüssel als die, die wir hier in Baden-Württemberg vereinbart haben. Natürlich wirken sich die besseren Personalschlüssel unmittelbar auf die Preise aus. Wir haben zudem für schwer Demenzkranke einen Sonderschlüssel vereinbart, der besser ist. Er ist bekannt, er ist in dem Rahmen-



vertrag enthalten. In Mannheim haben wir keine Station und kein Haus, das bisher einen solchen Personalschlüssel abgeschlossen hat. Die Einrichtungen tun sich schwer. Die Umsetzung gelingt allenfalls in gesonderten Stationen.

Froese / Moderator

Da bin ich versucht, einfach gleich dazwischen zu gehen, weil es mich natürlich „lupft“. Wir haben mit einer unserer Einrichtungen an einem Modellprogramm des Bundes teilgenommen und wollten genau diese Regelung aufnehmen. Die Rahmenregelungen für die Einrichtung einer Demenzstation mit diesem Zusatzschlüssel sind aber soweit von der Praxis entfernt, dass sie zumindest für kleinere Einrichtungen nicht steuerbar sind. Den Zuschlag bekommen wir nur für den Bewohner, der schwer dement und gehfähig ist. In dem Moment, in dem er – und das gehört bei einer Demenz zu einer fast zwangsläufigen Entwicklung – pflegebedürftig, d. h. bettlägerig wird, muss er aus dieser Gruppe raus und erfüllt nicht mehr die Voraussetzungen. Er bekommt nicht mehr diesen Zuschlag. Das ist eine Regelung, die nicht praxistauglich ist. Mich verwundert nicht, dass diese Regelung so wenig in Anspruch genommen wird. Wir können verwirrte Menschen nicht ständig hin- und herschieben. Das ist unmenschlich. Ich sehe hier Zustimmung von Menschen im Raum, die genau diese Erfahrung auch gemacht haben.

Wörner

Dieses Modell ist gemeinsam entwickelt worden. Es gibt eine Pflegesatzkommission, da sind alle in der Pflege tätigen Organisationen, vertreten durch ihre jeweiligen Spitzenverbände. Da waren die Wirtschaftsfachleute der Spitzenverbände vertreten, aber auch Fachkräfte, und dass es funktioniert haben wir ja in einigen

Umsetzungsmodellen gesehen. Das ist also kein Alleingang der Kostenträger. Kostenträger sage ich nicht gerne, es ist etwas negativ belegt: wir sind Leistungsträger, und es ist kein Alleingang von uns.

Froese / Moderator

Trotzdem ist die Regelung nicht praxistauglich oder nicht so praxistauglich, wie man sich das wünschen würde, wenn man schlicht die Erkenntnisse über Demenz und ihre Entwicklungsverläufe zugrunde legt. Das muss man noch einmal überprüfen. Wir haben mit Herrn Messmer vom Sozialministerium bereits in der Sache verhandelt.

Es war sehr spannend, die aktuellen Zahlen zu Mannheim zu hören. Ich spreche Frau Leciejewski jetzt zu ihrem Steuerungsmodell mit der Betonung der Bedeutung weicher Faktoren an. Das neue Zauberwort „BSC – Balanced Scorecard“. Wer im Management sozialer Einrichtungen tätig ist, weiß, dass dies zurzeit hoch aktuell ist. Wenn wir überall hören, dass das Geld knapp wird, kann ich mit dem Instrument BSC eine Lösung finden, dass alle Mitarbeiter zufrieden sind und dass die Kunden auch zufrieden sind?

Leciejewski

Eine provokative Frage. Diese Balanced Scorecard ist eine einfache Methode, aber man muss sich damit beschäftigen. Die Einrichtungen sind jetzt durch das Qualitätsmanagement gebunden. Sie sind dabei Verfahrensanweisungen zu schreiben, ein Handbuch zu vervollständigen und ihre Arbeit zu dokumentieren. Wenn das richtig gemacht wird, brauchen sie Balanced Scorecard nicht, weil sie ohnedies schon Kennzahlen ermitteln. Im Prozess der ständigen Ver-



besserung ist es einfach notwendig, dass Sie Kennzahlen ermitteln. Die Kennzahlen werden von den Trägern und den Führungskräften dann gemeinsam mit den Mitarbeitern festgelegt. Wichtig war mir nur diese Methode angesprochen zu haben. Man hört BSC immer wieder von irgendwelchen Beratern oder bestimmten Institutionen und denkt, da hast du etwas verpasst. Machen Sie ein ständiges Controlling in Ihrer Einrichtung, dann brauchen letzten Endes keine Balanced Scorecard. Es gehört aber einfach zum aktuellen Wissen für die Führungskräfte dazu.

Froese / Moderator

Es löst nicht das Problem knapper oder zu knapper Ressourcen.

Leciejewski

Wenn natürlich teure Berater eingekauft werden, um das Ganze zu implementieren, ist es einfach zu teuer. Die Führungskräfte in den Einrichtungen haben so viel Kraft und Wissen, um sich selbst auch klar zu werden, „Wohin wollen wir? Wohin müssen wir?“, und die sehen natürlich auch ihre finanziellen Möglichkeiten und Spielräume.

Stimme aus dem Publikum

Diese Unterscheidung in A- und B-Kunden ist in Mannheim in der Praxis kein Thema. Ich räume ein, dass natürlich ein Haus – der Freien Wohlfahrtspflege oder privat geführt – möglichst kostendeckend, wenn nicht gar gewinnbringend arbeitet. Einen dauernden Zuschuss kann sich kein Träger leisten. Aber wenn Ihre Empfehlungen in A- und B-Kunden umgesetzt werden, dann hätten wir tatsächlich eine sozialpolitische Sorge in Mannheim. Wir unterscheiden nicht

zwischen A- und B-Kunden, sondern haben für diese Menschen gleiche Wertmaßstäbe. Ich appelliere an Sie und an die Häuser in Mannheim, diese Unterscheidung nicht einzuführen.

Leciejewski

Die Unterscheidung stammt nicht von mir. Ich erläutere sie: A-Kunden sind aus betriebswirtschaftlicher Sicht die Kunden, die die Einrichtung auf einer Warteliste hat, die sich die Einrichtung aussuchen kann. Diese Kunden suchen sich selbst auch die Einrichtung aus. Die B-Kunden sind diejenigen, die gebracht werden oder aus dem Krankenhaus kommen, häufig sozial Schwache. Die muss man genau so behandeln. Die müssen wir menschlich pflegen, das ist richtig. Die Einrichtung hat einen Versorgungsvertrag mit dem Sozialamt und das Sozialamt kann sagen, wenn ihr die nicht aufnimmt, kündigen wird den Vertrag. Das wird die Einrichtung auch nicht machen. Das ist menschenunwürdig. Man sollte sich darüber klar werden, wie man mit Menschen umgeht, die sich eine stationäre Pflegeeinrichtung nicht aussuchen können, sondern die spontan, schnell eine Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen müssen. Es wird immer Träger geben, die froh sind, wenn sie eine Warteliste haben. Mit der Unterscheidung in A- und B-Kunden wollte ich nur verdeutlichen, dass es hier auch um die betriebswirtschaftliche Logik der Träger geht, die man öffentlich diskutieren sollte.

Froese / Moderator

Das ist ein Anstoß. Wenn ich die Situation zurzeit in unserer Stadt richtig wahrnehme, dann kommen in stationäre Versorgung vor allem die Menschen, bei denen alle anderen Hilfeformen nicht mehr ausreichend sind, ein großer Teil aus dem klinischen Bereich. Es kommt kaum je-



mand in ein Pflegeheim, der aus voller eigener Überzeugung und Entscheidung sagt, jawohl das möchte ich für mich, sondern es sind eher Situationen, die sich aufdrängen. Das relativiert etwas, was Sie gesagt haben. Die Frage ist dann, wo es denn überhaupt einen zur Verfügung stehenden Platz gibt. Der muss anders als früher kurzfristig zur Verfügung stehen.

Das Thema Wartelisten ist nach meiner Beobachtung nicht mehr das Thema. Wir haben in Mannheim keine freien Kapazitäten. Die Frage könnte noch einmal auftauchen im Zusammenhang mit gewerblichen Anbietern, die versuchen durch bestimmte Zusatzangebote auch bestimmte Kundenpotenziale zu erreichen. Aber da ist noch einmal ein anderes Thema. Wir haben von Frau Dr. Hannes die Ergebnisse der Qualitätsuntersuchungen zum ambulanten Bereich gehört. Der stationäre Bereich ist bisher etwas außen vor geblieben. Ich bedauere, dass von der Heimaufsicht niemand da ist. Die Frage ist hier, welche Erfahrungen der stationäre Bereich mit der Heimaufsicht macht. Sie haben ja deutlich gemacht, dass der MDK nur im Ausnahmefall beteiligt ist, eher bei anlassbezogenen Vorfällen.

Stimme aus dem Publikum

Im Rahmen der „Finanzierungsdiskussion“ der Pflegeversicherung ist in Vorbereitung, dass die stationäre Pflege erheblich schlechter und die ambulante Pflege weit besser bezahlt werden soll in den einzelnen Pflegestufen. Das bedeutet, dass wir in der stationären Pflege mehr und mehr in Richtung Sterbehäuser gehen. Mich interessiert, wie Sie das hier auf dem Podium sehen und welche Überlegungen der Landeswohlfahrtsverband hierzu anstellt.

Wörner

Der Gesetzgeber hat noch keinen Gesetzentwurf vorgelegt, der griffig ist. Es wird noch diskutiert. Wenn das so kommt, wie unsere gemeinsame Wahrnehmung ist, teile ich Ihre Auffassung, dass der Vorrang des ambulanten Bereiches gesichert ist. Auf der anderen Seite will ich das nicht überbewerten, weil zunächst einmal im Gesetzgebungsverfahren bekannterweise Vieles möglich ist. Betroffen sind die Pflegestufen 1 und 2. Ich glaube nicht, dass man überhaupt keine Personen der Stufen 1 und 2 mehr in der stationären Pflege haben wird. Man braucht die Stufen 1 und 2 nach wie vor stationär und durch die wegfallenden Leistungen der Pflegeversicherung ist entweder der Selbstzahler gefordert oder, wenn er ausfällt, die Sozialhilfe. Das wird das Ergebnis sein. Der Selbstzahler versucht natürlich kostengünstigere Strukturen zu bekommen. Wir sind von der Kostensituation her an der Obergrenze. Ich stelle fest – das zeigen beim LWB eingehende Anfragen, dass mit 3.300 € in der Stufe 3 das Leistungsvermögen jedes Einzelnen so ausgeschöpft ist, dass sich darunter Alternativen entwickeln und zwar aus dem Selbstzahlerbereich, weniger aus der Sozialhilfe. Die Situation haben wir doch schon heute, wenn jemand zu Hause noch mit „preiswerten“ Pflegekräften gepflegt wird. Da darf sich die Pflegeszene nichts vor machen: in ländlichen Bereichen wird für die Pflegefachkraft teilweise bereits eine Wohnung bereitgestellt. Ich glaube aber nicht, dass man heute vorhandene Leerstände darauf zurückführen kann. Da habe ich meine Zweifel, zumindest fehlen Untersuchungsergebnisse. Wir müssen einfach konstatieren, dass wir in einigen Bereichen Leerstände haben. Ob das mit dem Preis zusammenhängt, ist noch nicht genau untersucht. Aber es wird sich etwas bewegen und die Alternativen werden sich stärker entwickeln als bisher, da bin ich mir sicher.



Fürst-Diery

Die angesprochene Entwicklung, dass die Pflegeheime immer weniger nachgefragt oder dass sie zu Sterbehäusern werden, macht mich nachdenklich. Wenn ich mir die demografische Entwicklung anschau, dann ist es ganz einfach so, dass auch die Angehörigen, die zu Hause pflegen können, immer weniger werden. Menschen, die alleine leben, weil sie ohne Familie sind, suchen sich sicher preiswerte Angebote, aber ich glaube, dass sie trotzdem noch in die Pflegeheime gehen, auch wenn sie bereits immer noch ambulant versorgt werden könnten, weil sie zu Hause vereinsamen. Insofern denke ich nicht, dass wir nur Sterbehäuser bekommen, aber ich sehe die Gefahr schon auch, dass wir noch mehr Schwerst-Pflegefälle in die Heime bekommen, die in den anderen Strukturen eben nicht mehr versorgt werden können.

Stimme aus dem Publikum

Richtig, Frau Bürgermeisterin, da genau sehe ich die Problematik, weil dann die Sozialhilfe diese Kosten kommunal übernehmen muss, weil nicht jeder das Einkommen oder die Rente hat, um das zu finanzieren. Zu einer anderen Sache würde ich auch noch gerne etwas sagen. Wir reden immer über die Kosten der Pflege. Wir müssen uns ganz klar machen, der größte Teil der Kosten der Pflege sind die Personalkosten. Wenn ich jetzt als Vertreter eines kirchlichen Wohlfahrtsverbandes, der nach BAT zahlt – und eine Pflegefachkraft verdient nun wahrlich nicht sehr viel – noch den Tarifvertrag kündigen muss und 20% unter Tarif bezahle, dann frage ich mich, ob das überhaupt noch sinnvoll ist. Wir haben jetzt schon Schwierigkeiten, Leute mit Qualität zu finden, die auch engagiert sind. Wo soll das noch hingehen? Ich sehe Probleme, wenn wir überall die Kosten in den Vordergrund stellen, weil

der größte Kostenfaktor das Personal ist. Das reduzieren wir dann noch um weitere 20%. Das kann kein Weg zu mehr Qualität in der Pflege sein.

Stimme aus dem Publikum

Ich möchte noch einmal auf die Frage eingehen, ob die Pflegeheime zu Sterbehäusern werden. Ich sehe das nicht so, denn wir haben in Mannheim bewusst in den letzten Jahren die Alternativen vor der stationären Pflege, insbesondere die ambulanten Pflegedienste oder das Betreute Wohnen ausgebaut. Zusammen mit der Freien Wohlfahrtspflege haben wir attraktive Alternativen entwickelt. Ohne Zweifel bleibt aber, dass durch die Altersentwicklung der Bevölkerung der Anteil der Hochbetagten und stark pflegebedürftigen Menschen steigen wird. Ich verbinde dies mit einer Frage an Herrn Wörner. Versuchen Sie doch einmal einen Blick in die Zukunft zu werfen, was die Förderung der Pflegeheime betrifft. Wir haben in diesem Jahr durch die Zurückführung der materiellen Förderung der öffentlichen Zuschüsse von 60 auf 45% in der Praxis schon eine Reduzierung. Jede Woche liest man irgendwo einen kleinen Beitrag in einem regionalen oder überregionalen Blatt, dass auf Landesregierungsebene darüber nachgedacht wird, die Objektförderung in eine Subjektförderung umzuwandeln. Da hätte ich schon gerne Ihre persönliche Einschätzung und Ihren Blick in die Zukunft. Wie schätzen Sie denn die Lage ein?

Stimme aus dem Publikum

Ich möchte drei Dinge sagen. Ich möchte noch einmal auf den Begriff A- und B-Kunden kommen, der mir schon länger bekannt ist, weil ich Herrn Vetter von der Unternehmensberatung Consolutions (ursprünglich als Referent für dieses Symposium vorgesehen) schon relativ lan-



ge kenne, der diese Unterscheidung in die Diskussion eingebracht hat. Ich halte diese Unterscheidung im betriebswirtschaftlichen Sinne schon für sinnvoll. Denn mit A-Kunden kann ich meine Pflegestufe nicht steuern für eine Einrichtung. Mit B-Kunden kann ich das nicht mehr, die werden mir vors Hause gefahren – samstags Mittag noch dazu, wo eine Minderbesetzung da ist. Dann habe ich Probleme. Ich sehe einen gewissen Sinn darin zu sagen, eigentlich hätte ich gerne mehr A-Kunden. Das dürfte wohl auch die Regel sein.

Zum Stichwort „ambulant vor stationär“. Herr Wörner, ich habe Zweifel, ob die Politik wirklich weiß, was sie da tut. Ich habe auch Zweifel, ob im Moment wirklich jemand schon sagen kann, ob das kostengünstiger wird. Auch wenn sich da die eine oder andere kostengünstigere Variante entwickeln wird. Aber sie muss durchschlagend sein, wenn sie volkswirtschaftlich etwas bringen soll. Es reduziert sich wahrscheinlich auf ein Kostenproblem. Man ummantelt es, indem man sagt, die Leute wollen solange wie möglich zu Hause bleiben. Ich habe auch Zweifel, dass der ambulante Bereich aus dem Stand in der Lage wäre, dies leistungsmäßig zu erbringen.

Noch ein Weiteres hat mich etwas aufhören lassen, was Sie gesagt haben, Sie haben von Leerständen gesprochen. Wir haben in Mannheim keine Wartelisten mehr, ein Phänomen, das noch relativ neu ist. Das ist in Mannheim Anfang 2003 eingetreten. Ich habe auch Informationen, dass es die Rheinschiene hinunter ähnlich ist. Welche Erklärung haben Sie hierfür? Das widerspricht allen demografischen Voraussagen. Aber eines will ich noch wissen: beim Investitionsförderprogramm 2004 hat das Sozialministerium Baden-Württemberg gesagt, wir fördern insbesondere Neubauten vor Ersatzbauten, weil

wir mehr Pflegeplätze brauchen. Wenn ich jetzt aber von Leerständen höre, könnte es ja sein, dass sich die Landesregierung da geirrt hat und Überkapazitäten schafft oder wie soll ich das verstehen?

Wörner

Zunächst zum Thema „ambulant ist kostengünstiger“. Natürlich, wenn ich heute die Tagespflege sehe, dann muss ich Ihnen Recht geben. Die Tagespflege ist gemessen an stationärer Pflege nicht kostengünstiger. Das muss man klar sagen. Ich habe nur von Alternativen gesprochen, die sich entwickeln werden aufgrund dieser doch ganz ordentlich gestiegenen Kosten pro Monat.

Unsere Problematik liegt darin, dass der Selbstzahler und die Sozialhilfe alle Steigerungsraten abzufangen haben. Die Pflegeversicherung hat sich schon lange verabschiedet. Das müssen wir nüchtern so feststellen. Das Problem wäre geringer, wenn auch die Pflegeversicherung ihre Leistungen angepasst hätte, was im Grunde auch vom Gesetzgeber her vorgesehen war. Der „Deckel“ hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung überhaupt nicht bewegt. Deswegen kommt auf die zwei Gruppen Selbstzahler und Sozialhilfe die ganze Steigerungsrate zu. Das ist schon ein Problem. Das lösen wir aber heute nicht. Der Gesetzgeber weiß das, er reagiert aber anders. Egal ob es richtig oder falsch ist, er sagt nur, die Stufe 1 muss weniger Pflegeversicherungsleistungen bekommen, die Stufe 2 auch etwas weniger, die Stufe 3 muss angehoben werden. Es ist eine Reaktion. Aber bitte, das sind noch Diskussionen, bis jetzt liegt noch kein Entwurf vor. Der ambulante Bereich hat natürlich auch seine Kostenseite. Ich bin davon überzeugt, Sie machen nur das, was kostengünstiger ist. Alles andere wäre fahrlässig.



Und nun zu den Leerständen: Wir haben Regionen mit Leerständen. Woanders gibt es auch keine Wartelisten mehr. Auch das ist neu und Baden-Württemberg hat genügend Pflegeplätze übers Land gezogen. Allerdings fehlen regional betrachtet Plätze. Über das Landespflegegesetz hat man mit der Bedarfssteuerung versucht, genau das nicht entstehen zu lassen. Es ist trotzdem passiert, weil der Gesetzgeber keine Handhabung hat. Wenn jemand privat ein Pflegeheim ohne Förderung baut, braucht er sich an keine Vorgaben zu halten. Und dies hat eben zu diesen Schieflagen geführt. Wir haben in Baden-Württemberg genügend Pflegeplätze, um alle zu bedienen, aber wir haben durch Fehlinvestitionen – wie auch immer zustande gekommen – Leerstände. Manchmal stimmt auch die Qualität nicht – das muss man auch sagen, aber das ist halt der Markt und das hat der Gesetzgeber mit dem SGB XI gewollt. Da sind wir uns völlig einig.

Auf der anderen Seite fehlen Plätze, weil man in der Vergangenheit dort, wo noch nichts war, die Förderung für eine ortsnahen Versorgung vorgenommen hat. Und nun haben wir wohl im Jahre 2005 eine ganz schwierige Situation miteinander zu bewältigen. Durch die Absenkung der Förderquoten kommen unter dem Strich pro Tag ungefähr 4 € auf den Selbstzahler zu. Machen wir uns nichts vor, das ist Fakt. Dadurch entstehen schneller Leerplätze. Das ist so gewollt und ich halte es auch für richtig. Wir stellen seit drei und vier Monaten fest, dass das Antragsvolumen sinkt. Das deutet auf eine gewisse Sättigung hin. Wir haben in den letzten Jahren in Baden-Württemberg außerordentlich viele Pflegeplätze gebaut. Bisher hat das Land 60 Mio. € im Doppelhaushalt 2003 und 2004 zur Verfügung gestellt. Die kommunale Seite gab noch einmal 30 Mio. € dazu. Mit diesen 90 Mio. € haben wir insgesamt ein Fördervolumen von 240 Mio. € im Jahr be-

wirkt. Das ist ein kleines Konjunkturprogramm für den Bau. Das haben wir alles bewilligt und jetzt will das Land – laut Informationen der Sozialministerin im heutigen Landespflegeausschuss – seine Förderquote von 60 Mio. € auf 40 Mio. € absenken. Also nimmt man noch ein Drittel weg. Das bedeutet, dass die Reihe derjenigen, die hinten anstehen müssen, wieder größer wird.

Ob das tatsächlich Sinn macht und wie der Haushalt 2005 und 2006 aussieht, ist offen. Aber wir tun gut daran, uns darauf einzustellen, dass die Fördersumme gesenkt wird. Der Druck auf die Politik wird zunehmen, da bin ich mir auch sicher, allerdings wird die Politik sagen, Alternativen sind schwer. Letztlich geht es um die Frage, wie wir überhaupt mit einer künftigen Förderung umgehen. Die Bewilligungsbescheide im Jahr 2004 haben alle Auszahlungstranchen für vier Jahre: in 2004 die erste Rate und in 2007 die letzte Rate. Das allein bringt die Träger von Pflegeheimen in Schwierigkeiten, weil sie vorfinanzieren müssen und die Vorfinanzierungszinsen nicht bei den Investitionskosten berücksichtigt werden können. Die Last auf ihren Schultern wird größer.

Ob da die Investitionsfreudigkeit anhält? Der eine Träger wird investieren können, der andere nicht. In Mannheim kennen Sie ihre Bilanzen besser als ich. Es wird nochmals ein Nachdenkungsprozess einsetzen und noch im Laufe dieses Jahres werden Sie erfahren, wie sich der Haushaltssatz in diesem Bereich gestaltet.

Froese / Moderator

Ich zögere zu sagen, vielen Dank Herr Wörner, aber danke Ihnen für die Information. Da sind wir ganz direkt bei unserem Thema „Qualität in der Pflege – zu welchem Preis“. Ich bedauere jetzt, dass Frau Ministerin Gönner nicht mehr



da ist. Ihre politischen Statements über die Bedeutung einer menschenwürdigen Pflege sind mit dieser Finanzierungsstrategie nicht mehr in Deckung zu bringen. Wenn wir zugleich sehen, dass die Zahl der Menschen, die solche Hilfe benötigen, zunehmen wird, dann müssen wir das auch ehrlich vermitteln und nach außen deutlich machen. Ich schaue in die Runde, gibt es noch ganz andere Aspekte, die Ihnen wichtig sind?

Stimme aus dem Publikum

Ein Aspekt fehlt mir noch beim Thema „Qualität in der Pflege – zu welchem Preis“: die Behandlungspflege. Welche Kosten fallen beim Vergleich „ambulant vor stationär“ an. Im ambulanten Bereich wird die Behandlungspflege bezahlt, im stationären Bereich nicht separat und das bei der Entwicklung in den Krankenhäusern nach der Einführung von Fallpauschalen? Wir werden zunehmend Hochbetagte und Schwerst-Pflegebedürftige in den Heimen haben und ich denke, dass auch die Behandlungspflege zunehmen wird.

Dr. Hannes

Zu diesem Thema, wie die Finanzierungen der Behandlungspflege in den Pflegeheimen geregelt werden soll, kann ich nichts sagen, weil das eine politische Fragestellung ist. Aber mit der Einführung der DRG-Abrechnungssysteme in allem Krankenhäusern in Baden-Württemberg haben wir damit gerechnet, dass wir vielleicht wesentlich mehr Aufträge für Begutachtungen bekommen, für Menschen, die direkt vom Krankenhaus in eine vollstationäre Pflege gehen. Wir haben auch befürchtet, dass es zu sogenannten „blutigen Entlassungen“ kommt. Das ist aber nicht eingetreten. Verglichen mit den Zahlen aus dem Vorjahr hat die Anzahl der

Anträge für vollstationäre Pflegeleistungen leicht abgenommen. Von Anträgen, die wir erhalten und auch prüfen, haben wir keine auf eine „blutige Entlassung“ gesehen.

Wörner

Zu Ihrer Frage zur Behandlungspflege: Es gibt im Pflegeheim sowohl SGB XI Leistungen – das sind die Mehrzahl der Leistungen, aber auch SGB V-Leistungen der Behandlungspflege. Wir sind damit von Anfang an seit 1995 unzufrieden. Es ist vielfach geäußert worden, dass auf das SGB V eine Kostenlawine zurollt, wenn hierüber die Behandlungspflege finanziert wird. Tatsächlich aber stellen wir fest, dass Leistungen von den Krankenkassen ins SGB XI transferiert werden – also gegenläufig, wie eigentlich erforderlich. Wir warten immer noch auf eine wesentliche Kostenentlastung. Hier ist der Gesetzgeber gefordert. Doch da hört man in der letzten Zeit zu diesem Thema nichts mehr.

Stimme aus dem Publikum

Ich habe noch eine Frage an Herrn Wörner zum Thema Heimaufsicht, das aus meiner Sicht noch etwas zu kurz gekommen ist. Ich bedauere sehr, dass es in Mannheim bis jetzt noch nicht zu einer engeren Zusammenarbeit der Heimaufsicht mit dem MDK gekommen ist, sondern auf Seiten der Heimaufsicht eigentlich immer noch die ordnungsrechtliche und gesundheitspolizeiliche Seite dominiert. Da gibt es in der Tat Widersprüche zwischen beiden Prüfungen. Es kann vorkommen, dass der eine „Hü“ und der andere „Hott“ sagt. Das verwirrt die Leistungserbringer dann schon.

Die Heimaufsicht ist im Vorfeld auch bei Neubauvorhaben eingebunden und man ist gut beraten, wenn man mit ihr sehr früh die eigenen Plan-



entwürfe bespricht. Die Heimaufsicht beruft sich inzwischen auf den Entwurf der neuen Heimmindestbauverordnung. Der Entwurf ist jetzt schon angestaubt, weil er schon lange auf der Beratungshalde liegt. Wenn ich höre, dass man bei den Investitions-Fördermitteln in Baden-Württemberg noch eine Absenkung vornehmen will, und ich mir die Standardausgestaltung dieses Entwurfs der Heimmindestbauverordnung so anschau, dann muss ich sagen, da geht etwas völlig auseinander. Das erfüllt mich mit Sorge. Wir bekommen hier durch den Gesetzgeber etwas aufgebürdet, was wir dann nicht mehr finanzieren können. Haben Sie irgendeine Information, was mit diesem schon lange vorliegenden Entwurf der Heimmindestbauverordnung geschieht? Kommt sie, kommt sie nicht?

Wörner

Mir liegt keine Information vor, dass der jetzt schon angestaubte Entwurf irgendwo noch einmal aufstehen könnte. Aber man ist nie sicher, was passiert. Die Konsequenzen wären drastisch und das ist einer der Fälle, wo die Seite der Leistungserbringer und die Seite der Leistungsträger einheitlich hierzu Stellung bezogen haben. Das ist erfreulich und ich möchte sagen, in den Häusern, die man in Baden-Württemberg ab 1975, 1980 gebaut hat, war das Thema nicht so relevant. Die Einzelzimmergröße erreichen wir immer, wenn man, wie man es unter vernünftigen Personen macht, alle Flächen einbezieht. Das Problem ist entstanden, weil die Fläche vor der Tür, wenn ich das so einmal plastisch sagen darf, nicht hätte einbezogen werden müssen, was im Grunde genommen keinem eingeleuchtet hat. Aber die große Problematik wäre bei den Wohnheimen für Behinderte entstanden. Die hätten wir alle neu gestalten können. Wenn man im Betonbau der

70er Jahre schon einmal saniert hat, da weiß man, was man schultert und die Politik hat erkannt, dass es keinesfalls zu finanzieren ist. Das hätte ein immenses Bauvolumen ergeben, keine Frage. Ich glaube nicht, dass jetzt – wo man um Personalschlüssel und die daraus resultierenden Kosten ringt und sich überall an der Schmerzgrenze bewegt oder sie schon überschritten hat – die Zeit für besondere bauliche Auflagen da ist. Die Pflegepolitik hat derzeit drängendere Probleme. Wir haben schon zwei Themen angesprochen: die Personalschlüsselverbesserung und die Behandlungspflege, wo die Politik hohen Regelungsbedarf hat. Ich kenne auch keine Heimaufsicht, die jetzt aktuell auf die neuen oder die im Entwurf vorgelegten Auflagen drängt, auch nicht im Wohnheimbau für Behinderte. Da wäre es am dringendsten erforderlich.

Leciejewski

Mir liegt noch etwas auf dem Herzen. Ich möchte eine Lanze für den stationären Bereich brechen. Wir wissen ja, der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist vorgeschrieben. Aber für manchen Pflegebedürftigen ist das Heim die bessere Lösung. Allein zu Hause, ich weiß nicht, ob das menschlicher ist. Es gibt viele Menschen, die ganz alleine sind, da kommt der Pflegedienst mit dem Schlüssel früh morgens und kommt abends und man ist eigentlich 23 Stunden insgesamt alleine. Die sozialen Kontakte, die man im Heim bekommt, sind ein enormer Vorzug. Das beweisen auch die Erfahrungen der Pflegefachkräfte: bei uns hat der Mensch wieder zugewonnen, bei uns ist der plötzlich wieder mobil. Er beteiligt sich, er lacht wieder, der demente Bewohner. Das ist einzig und allein der kontinuierlichen Pflege und Betreuung zuzuschreiben, die dort geleistet wird. Da kann man nicht nur sagen, die Heime sind so furchtbar und so



schrecklich. Sicherlich gibt es Ausnahmen, aber die meisten Einrichtungen, die bieten einen guten Standard, wo die alten Menschen gut versorgt sind, nicht nur „satt und sauber“, sondern auch wirklich sozial eingebunden. Unsere Pflegeheime in Deutschland haben eine Qualität erreicht, wonach sich vielleicht mancher im Ausland sehnen würde.

Froese / Moderator

Sie finden damit auch viel Zustimmung hier im Raum.

Stimme aus dem Publikum

Ich arbeite im Pflegeheim als Vertretung der Pflegedienstleitung. Ich vermisste hier auch jemanden von der Heimaufsicht. Die Qualitätsprüfungen im ambulanten Bereich durch den MDK haben mich beeindruckt. Das wünsche ich mir auch für den stationären Bereich. In einer Form, die dem Personal helfen. Wenn bei uns jemand in Pflegestufe 3 eingestuft wird, der bettlägerig ist, dann das Bett wieder verlassen kann und dann zweistündig gelagert wird, das wird dokumentiert und ist so auch in Ordnung. Dann kommt die Heimaufsicht und verlangt ein Dekubitus-Gefährdungsblatt, wo drin steht, dass er kein Dekubitus hat. Das ist Bürokratie und für mich daneben. Zu solchen Fällen hätte ich mir eine Stellungnahme der Heimaufsicht gewünscht.

Froese / Moderator

Sie wissen, dass die Heimaufsicht einem anderen Dezernatsbereich verwaltungsmäßig zugeordnet ist und nicht dem Sozialdezernat. Insofern gibt es, ich will dies zum Verständnis sagen, auch keine „Durchgriffsmöglichkeiten“ für Bürgermeisterin Fürst-Diery.

Wir sind am Ende der Veranstaltung angekommen.

Ich danke Ihnen allen hier im Saal für Ihre engagierte Teilnahme und den Teilnehmer/innen hier am Podium sowie den Referentinnen und Referenten des heutigen Tages ganz herzlich für ihre anregenden und konstruktiven Beiträge.

Frau Bürgermeisterin Fürst-Diery hat mit ihrem Programmkoordinator schon erklärt, dass wir auch dieses dritte Symposium Pflege wieder dokumentieren und die Ergebnisse der Politik und der Öffentlichkeit umgehend zur Verfügung stellen.



Auszug aus der

Entbürokratisierungsinitiative der Landesregierung Baden-Württemberg

Vorlage für den Bundesrat im Oktober 2004

Entbürokratisierungsmaßnahmen zum Abbau von Standards

Maßnahme Nr. 8:

Beim Setzen neuer Standards gegenüber Kommunen, Wirtschaft und Privaten sollen die Standards nur empfehlenden und keinen verbindlichen Charakter haben.

Begründung:

Die Weiterentwicklung und das Setzen neuer Standards tragen wesentlich zu einer Vermehrung des bürokratischen Aufwands, zur Steigerung der Kosten und damit zu einem Investitionsstau bei.

Umsetzung:

Land, Entscheidung Ministerrat

Maßnahme Nr. 9:

Umwstellung bestehender Standards auf Soll-Vorschriften.

Begründung:

So kann der Entscheidungs- und Beurteilungsspielraum vergrößert werden auch mit dem Ziel kostengünstigere Lösungen zu ermöglichen.

Umsetzung:

EU, Bund und Land - Initiative auf EU-Ebene, Initiative auf Bundesebene, Änderung Landesrecht

Maßnahme Nr. 11:

Reduzierung der Standards im Heimgesetz und den hierzu ergangenen Verordnungen

Dazu gehören:

- eine Reduzierung der Fachkraftquote von derzeit 50 % auf 1/3**
- Beschränkung der Standards in der Mindestbauverordnung.**

Begründung:

Im HeimG des Bundes und den hierzu ergangenen Verordnungen werden immer mehr und immer höhere Standards als Mindeststandards festgeschrieben. Hieraus ergeben sich Mindeststandards sowohl hinsichtlich Bau und Ausstattung, als auch im Hinblick auf das Personal. Beides führt zu erheblichen finanziellen Belastungen.

Umsetzung:

Bund - Initiative auf Bundesebene

Quelle. Staatsministerium Baden-Württemberg

Volker Wörner



8 Kennzahlen des Landeswohlfahrtsverband Baden für die Altenpflegeheime in Mannheim

Anzahl der zugelassenen Altenpflegeheime	23
Platzkapazität / Betten	2.405

Im Jahr 2002 – gültig seit 01.01.2003 – wurde der Rahmenvertrag den geänderten rechtlichen Bedingungen angepasst bzw. fortgeschrieben.

In der Pflege wurden **Personalrichtwerte (Korridore)** vereinbart (§ 75.3 Nr. 2):

Pflegestufe I	1 : 3,96 - 3,13
Pflegestufe II	1 : 2,83 - 2,23
Pflegestufe III	1 : 2,08 - 1,65

Neu für die Betreuung „Schwer-Demenzkranker“:

Pflegestufe I	1 : 2,38
Pflegestufe II	1 : 1,70
Pflegestufe III	1 : 1,25

Für Hauswirtschaft und Technik	1 : 5,9 (unverändert)
Für Leitung und Verwaltung	1 : 30 (unverändert)

In Mannheim haben 18 von 23 Häusern Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen abgeschlossen, das sind 78 % bei einem Durchschnitt in Baden von 55 %.

Die Auswirkungen Personalschlüsselverbesserung in Mannheim:

Personalschlüssel in Mannheim

		Durchschnitt
Pflegestufe I	1 : 3,94 - 3,13	1 : 3,26
Pflegestufe II	1 : 2,80 - 2,23	1 : 2,34
Pflegestufe III	1 : 2,07 - 1,65	1 : 1,72
Hauswirtschaft	1 : 6,25 - 5,90	1 : 6,08
Verwaltung	1 : 30,58- 30,0	1 : 30,03

Vergütungen in Mannheimer Heimen (Spanne und Durchschnitt)

		Durchschnitt
Pflegestufe I	bisher 37,29 - 45,05 Neu 38,20 - 48,50	46,16
Pflegestufe II	bisher 46,61 - 56,54 Neu 48,70 - 63,00	60,07
Pflegestufe III	bisher 59,97 - 73,38 Neu 63,00 - 81,00	77,63
Unterkunft, Verpflegung	bisher 16,16 - 19,99	20,42

Die abgeschlossenen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen haben zu einer **Budgeterhöhung von insgesamt 8,37 %** geführt.



9 Zur Person

Fürst-Diery, Mechthild

*Bürgermeisterin
Dezernat für Jugend, Soziales und
Gesundheit der Stadt Mannheim*

Gönner, Tanja

Sozialministerin Baden-Württemberg

Hannes, Dr. Waltraud

MDK Baden-Württemberg

Kölmel, Margot

Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Mannheim e. V.

Leciejewski, Christina W.

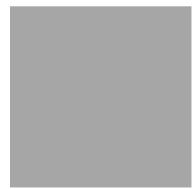
*selbständige Unternehmensberaterin und Auditorin
in der Pflege*

Seifert, Sabine

Diakonisches Werk Mannheim

Wörner, Volker

Landeswohlfahrtsverband Baden



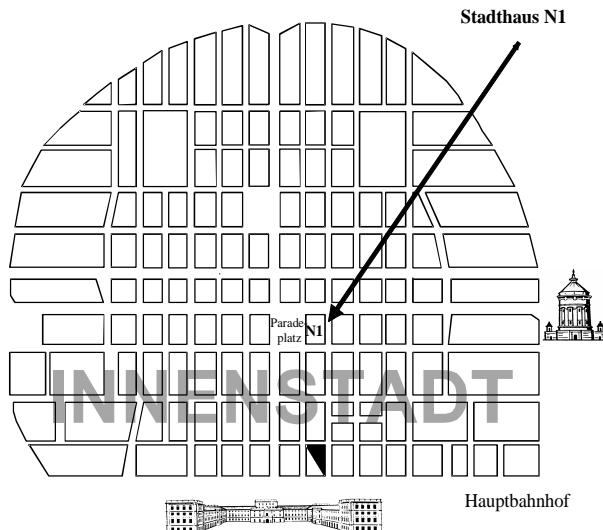
10 Programm der Veranstaltung

Tagungsort

So finden Sie zu unserer Veranstaltung: ... am besten von der Straßenbahnhaltestelle oder vom Parkhaus am Paradeplatz



Orientierungsplan



Symposium Pflege 2004

Qualität in der Pflege

**Gratwanderung zwischen
Professionalisierung
und Bürokratisierung**

Veranstalterin

Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery
Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit
der Stadt Mannheim

Moderation

Manfred Froese
Verein für Gemeindediakonie
und Rehabilitation e.V.

Programmkoordination

Walter Werner
Fachbereich Soziale Sicherung,
Arbeitshilfen und Senioren
Stabsstelle Sozialplanung
K 1, 7-13, 68159 Mannheim
Tel. (06 21) 293-9574, Fax (06 21) 293-3470
eMail: sozialplanung@mannheim.de

**Mittwoch, 20. Oktober
2004**

13:00 – 18:00 Uhr

Stadthaus N1, Ratssaal



Das aktuelle Thema

Qualität in der Pflege

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der ambulanten und stationären Pflege stehen zunehmend unter Druck. Mehr denn je ist die Situation in der Pflege bestimmt vom Spannungsfeld zwischen (eher abnehmenden) Personalressourcen und zunehmenden Qualitätsanforderungen, die mit umfänglichen Nachweispflichten verbunden sind. Die grundsätzlich zu begrüßenden Regelungen der Qualitätssicherung haben zu einer Bürokratisierung geführt, die der eigentlichen Pflege Zeit wegnimmt. Hinzu kommt, dass nach Ansicht der Fachkräfte zuerkannte Pflegestufen oft nicht dem tatsächlichen Pflegeaufwand entsprechen.

Träger von Einrichtungen und Diensten sehen sich angesichts dieser Rahmenbedingungen vor der Herausforderung, den berechtigten Interessen der pflegebedürftigen Menschen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entsprechen und diese Aufgabe bei knapper werdenden Budgets zu lösen. Dem Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit der „Qualität in der Pflege“ will das dritte Symposium Pflege nachgehen.

Programm

13⁰⁰ – 13³⁰ Uhr

Qualität in der Pflege – hochaktuell

Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery

13³⁰ – 14⁰⁰ Uhr

Anspruch und Praxis im Qualitätsmanagement ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Mannheim

Sabine Seifert / Diakonisches Werk Mannheim
Margot Kölmel / Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Mannheim e. V.

14⁰⁰ – 14³⁰ Uhr Pause

14³⁰ – 15⁰⁰ Uhr

Qualität in der Pflegepolitik und Pflegeplanung des Landes Baden-Württemberg

Ministerin Tanja Gönner /
Sozialministerium
Baden-Württemberg

15⁰⁰ – 15³⁰ Uhr

Empirische Befunde zur Pflegequalität – Bilanz der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Dr. Waltraud Hannes /
MDK Baden-Württemberg

15³⁰ – 16⁰⁰ Uhr

Werte balancierter Unternehmensführung durch qualitative Kennzahlen

Christina W. Leciejewski /
Unternehmensberaterin

16⁰⁰ – 16³⁰ Uhr Pause

16³⁰ – 18⁰⁰ Uhr

Podium „Qualität in der Pflege – zu welchem Preis?“

Teilnehmer/innen:

Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery / Stadt Mannheim
Volker Wörner / Landeswohlfahrtsverband Baden
Dr. Waltraud Hannes / MDK Baden-Württemberg
Christina W. Leciejewski/ Unternehmensberaterin

Moderation der Veranstaltung

Manfred Froese, Verein für Gemeinde-diakonie und Rehabilitation e.V.

11 Presse

13.10.2004



STADT MANNHEIM 

Symposium Pflege 2004 – Gratwanderung zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung am 20.10.2004, 13 – 18 Uhr im Stadthaus N 1

Thema

Der Gesetzgeber hat die Qualitätsanforderungen an die Pflege in den letzten Jahren wesentlich verbessert: Pflegedokumentation Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, regelmäßige Leistungs- und Qualitätsnachweise, intensivere Prüfungen durch Heimaufsicht und MDK, mehr Verbraucherschutz und Transparenz für die Betroffenen. Gleichzeitig sind die Anforderungen an die Träger von Pflegeeinrichtungen und das Personal erheblich gestiegen. Der bürokratische Aufwand hat zugenommen. Das Pflegebudget ist begrenzt. Für die eigentliche Pflege bleibt immer weniger Zeit. Menschliche Zuwendung in der ambulanten und stationären Pflege kommt zu kurz.

Ziel der Veranstaltung

Die Referentinnen und Referenten der Veranstaltung nehmen zu diesem Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit der „Qualität in der Pflege“ aus unterschiedlichen Blickwinkeln Stellung: aus Sicht der Stadtverwal-

tung, der Wohlfahrtsverbände, des Landes und Landeswohlfahrtsverbandes, des Medizinischen Dienstes und einer Unternehmensberatung.

Die neue Sozialministerin Tanja Gönner wird die aktuelle Pflegepolitik und Pflegeplanung des Landes Baden-Württemberg vorstellen.

Das Hauptziel der Veranstaltung ist, Lösungswege aus dem Dilemma einer „Pflege zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung“ zur Gewährleistung einer menschenwürdigen Pflege in Mannheim aufzuzeigen.

Veranstalter

Stadt Mannheim, Dezernat III

Konditionen & Informationen

Die Veranstaltung ist öffentlich. Alle Interessierten sind eingeladen. Die Teilnahme ist kostenlos.

Nähere Informationen unter Tel. 293-9574
sozialplanung@mannheim.de

19.10.2004

DIE RHEINPFALZ

Kaum Zeit für Pflegebedürftige

Symposium „Pflege 2004“ am Mittwoch im Stadthaus N 1

Zunehmend steigende Qualitätsanforderungen im Pflegebereich und gleichzeitig weniger Pflegepersonal auf Grund der knapper werdenden Mittel führen letztlich dazu, dass so gut wie keine Zeit mehr dafür, dass so gut wie keine Zeit mehr dafür übrig bleibt, ein Gespräch mit dem Pflegebedürftigen zu führen.

Diese Problematik sieht Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery als eine persönliche Herausforderung an und will dazu beitragen, dass der Mensch in der Pflege seine Würde behalten könne. Daher stellte sie gegenüber der Presse im Sozialdezernat der Stadt Mannheim das Programm des Symposium „Pflege 2004“ vor, das am Mittwoch, 20. Oktober, im Stadthaus N1 stattfinden wird.

Dieses Symposium wird bereits zum dritten Mal von den Mitarbeitern des Sozialdezernats organisiert. Fürst-Diery sieht sehr wohl den Vorteil einer Qualitätskontrolle, weil diese letztlich ein Schutz für die Betroffenen darstelle, auch für eine Transparenz in der Pflege sorgt.

Trotz dieser positiven Vorteile gehe parallel zu dieser nachvollziehbaren Qualitätssteigerung eine fast nicht mehr zu verantwortende Bürokratisierung einher. Das bedeute, die ohnehin knapp bemessenen Zeiten der Pflege wie zum

Beispiel eine Minute für das Kämmen würden weiter verkürzt. Und das persönliche Gespräch, in dem der pflegende wie auch pflegebedürftige Mensch als Subjekt handeln und reden kann, entfalle dann komplett.

Bürgermeisterin Fürst-Diery spitzt diese Situation zu, indem sie betont, dass der Mensch nicht an der Pflege sterben dürfe. In der jetzigen Situation könne nur einem wohlhabenden Menschen menschenwürdige Pflege zuteil werden. Es gelte nun, nach finanzierten Lösungen zu schauen, die den Pflegebedürftigen wieder in den Mittelpunkt stellen. Nach einer möglichen eigenen Vision befragt, wurde auf das niederländische „Modell des persönlichen Pflegebudgets“ verwiesen, das in der Bundesrepublik acht Städte in einem Modellversuch praktizieren. Man werde dieses Modell auf seine Umsetzbarkeit in Mannheim hin untersuchen.

(dmn)

INFO

Symposium „Pflege 2004. Qualität in der Pflege, Gratwanderung zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung“, Mittwoch, 20. Oktober, 13-18 Uhr, Stadthaus N1



19.10.2004

MANNHEIMER
MORGEN

Pflege - ein Spannungsfeld Morgen Symposium im Stadthaus mit Ministerin Gönner

Pflegeheime sollen gebrechlichen Menschen, die sich allein nicht mehr versorgen können, ein Zuhause bieten - aber wie ein Wirtschaftsunternehmen geführt werden. Dem Spannungsfeld Qualität in der Pflege zwischen Anspruch und Wirtschaftlichkeit, zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung ist morgen im Stadthaus ein Symposium gewidmet, bei dem auch Sozialministerin Tanja Gönner einen Vortrag hält: Sie will die „Qualität in der Pflegepolitik und Pflegeplanung des Landes Baden-Württemberg“ beleuchten.

In das hochaktuelle wie brisante Thema führt Mannheims Sozialdezernentin Mechthild Fürst-Diery ein. Wie sieht das Qualitätsmanagement ambulanter wie stationärer Einrichtungen in der Praxis aus? Darauf gehen Sabine Seifert (Diakonisches Werk) und Margot Kölmel (Arbeiterwohlfahrt) ein. Und wie beurteilen „Prüfer“ des Medizinischen Dienstes die Situation? Dr. Waltraud Hannes will dazu „empirische Befunde“ erläutern.

„Werte balancierter Unternehmensführung durch qualitative Kennzahlen“ (Joachim Vetter Consolutions GmbH Traunstein) schließen den Vortragsblock ab. Nach der Pause, etwa 16:30 Uhr, diskutieren alle Referenten auf dem Podium die Frage: „Qualität in der Pflege - zu welchem Preis?“

Zum dritten Mal organisiert das Sozialdezernat ein Pflege-Symposium. Dabei geht es stehts um mehr als das Vermitteln von Fachwissen - aus unterschiedlichen Blickwinkeln sollen Lösungswege gesucht werden, die zu einer menschenwürdigen



Symposium Pflege am morgigen Mittwoch von 13 bis 18 Uhr im Stadthaus N 1. Eintritt frei. Näheres 0621/293-95 74



Land Baden-Württemberg



Meldung vom 20.10.2004

Gönner will Versorgungsstrukturen in der Altenpflege optimieren Heimaufsicht führte 1.441 Prüfungen durch: Eklatante Pflegemängel nur in Einzelfällen

Die Stadt Mannheim veranstaltet heute (20. Oktober 2004) ein Fachsymposium „Qualität in der Pflege – Gratwanderung zwischen Professionalisierung und Bürokratisierung“. Sozialministerin Tanja Gönner betonte den in Zukunft weiter wachsenden Stellenwert der Pflegequalität. „Baden-Württemberg verfügt in der Altenhilfe über landesweit bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen. Es reicht aber nicht aus, genügend Pflegeheimplätze zu haben. Ebenso wichtig ist eine hohe Qualität in der Pflege und in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen“, betonte Gönner.

Dabei bestehe in Baden-Württemberg kein Anlass an einer insgesamt guten Pflegequalität zu zweifeln, so Gönner. So würden die Pflegeheime regelmäßig von den Heimaufsichten und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen kontrolliert, erläuterte Gönner. Dabei hätten die Heimaufsichten im vergangenen Jahr 1441 Prüfungen durchgeführt. Eklatante Pflegemängel seien nur in Einzelfällen festgestellt worden. „Pflegemängel werden nie ganz auszumerzen sein. Wir müssen aber dafür Sorge tragen, dass sie die Ausnahme bleiben und gute Pflege gewürdigt und anerkannt wird.“ Grundlage für das bestehende gute Niveau in der Pflege sei das große Engagement der Pflegekräfte wie auch der Einrichtungen, die sich den sich verändernden Anforderungen stellten. „Über die Heimaufsicht haben wir ein Instrument anhand festgelegter Kriterien etwaige Pflegemissstände aufzudecken.“ Dies verursache zwar in den Einrichtungen einen gewissen Aufwand beispielsweise in der Dokumentation. Es werde damit jedoch die notwendige Transparenz im Pflegegeschehen geschaffen und letztlich das Vertrauen in Pflege gestärkt, so Tanja Gönner.

Für die Zukunft werde die weiter steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen und insbesondere der steigende Anteil demenziell erkrankter Menschen unter den Heimbewohnern wachsende Anforderungen an die Pflegequalität stellen, zeigte sich Gönner überzeugt. „In den Altenhilfeeinrichtungen muss deshalb die Sicherung der Pflegequalität noch mehr als bisher in den Pflegealltag und in ein kontinuierliches Qualitätsmanagement integriert werden“, forderte Gönner.

„Wir sind auf einem guten Weg. Die Einrichtungen stellen sich der Aufgabe.“ Ziel müsse es sein, ein internes Qualitätsmanagement aufzubauen und danach durch eine externe Begutachtung zu ergänzen. Etwa jede zehnte Altenhilfeeinrichtung habe sich bereits einem Zertifizierungsverfahren unterworfen und ein Gütesiegel erworben. Die Bewertung durch ein unabhängiges Institut gilt als objektiv und ermöglicht die Vergleichbarkeit. Allerdings würden bei den verschiedenen Gütesiegeln unterschiedliche Anforderungen gestellt.

Mit dem deutlichen Anstieg demenzieller Erkrankungen gewinne auch die so genannte Binnendifferenzierung der Heime zunehmend an Bedeutung. Hier gebe es neue Ansätze einer verbesserten Versorgung, die konsequent in der Pflegeheimförderung berücksichtigt würden. „Demenzkranken sind keine homogene Gruppe mit gleichartigen Bedürfnissen. Die Hilfeangebote müssen auf den unterschiedlichen Betreuungsbedarf abgestimmt, entsprechend qualifiziert und ausdifferenziert werden. In immer mehr Heimen des Landes werden deshalb Wohngruppenkonzepte mit speziellen Betreuungsangeboten für demenzkranke Menschen umgesetzt. Diese Entwicklung muss mit Nachdruck unterstützt und gefördert werden“, sagte die Ministerin.

Ein weiterer Schwerpunkt in der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, so Gönner, sei die Stärkung der häuslichen Pflege. Zwei von drei der landesweit etwa 210.000 pflegebedürftigen Menschen würden zu Hause versorgt. „Ich bin überzeugt, dass wir das Potenzial der häuslichen Pflege noch besser ausschöpfen können. Sie wird weiter an Bedeutung gewinnen, weil es dem Wunsch der Mehrzahl der älteren Menschen entspricht, in den eigenen vier Wänden alt zu werden. Dem Themenkomplex „Wohnen im Alter“ kommt dabei eine Schlüsselrolle zu“, sagte die Ministerin. Um mehr über Entwicklungsmöglichkeiten zu erfahren und künftige Potenziale besser einschätzen zu können, befasse sich zurzeit eine Arbeitsgruppe mit neuen Wohnformen für ältere Menschen.

Quelle: Sozialministerium



21.10.2004

**MANNHEIMER
MORGEN**

Gut gepflegt im Südwesten Symposium in Mannheim

Von unserem Redaktionsmitglied Stefanie Ball

Mannheim. Rund 300 ambulante Pflegedienste hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) im vergangenen Jahr im Südwesten kontrolliert - nur drei Prozent wiesen eklatante Mängel auf. "Die ambulante Pflege in Baden-Württemberg ist gut", so das Fazit von Waltraud Hannes vom MDK im Rahmen des Symposiums Pflege 2004 gestern in Mannheim. Nach ihren Angaben werden von den rund 211.000 Pflegebedürftigen im Land 144.000 zu Hause betreut, 100.000 durch Angehörige, die übrigen von einem der 1.200 professionellen Dienste. Dass diese seit Jahren gute Arbeit leisteten, liege vor allem an dem im Vergleich mit anderen Bundesländern hohen Anteil an ausgebildeten Betreuern. So seien 67 Prozent der Mitarbeiter ambulanter Dienste examinierte Pflegefachkräfte.

Diese Qualität will Baden-Württembergs Sozialministerin Tanja Gönner erhalten und vor allem im Bereich der Demenzkranken verbessern, wie sie auf dem Symposium ankündigte.

Dass eine soeben im Bundesrat eingebrachte Initiative der Stuttgarter Landesregierung diesem Ziel widerspricht, weiß die CDU-Politikerin. "Mein Ministerium ist darüber nicht sehr glücklich", so Gönner. Danach soll die Pflegekraftquote in Heimen von 50 auf 33 Prozent abgesenkt werden, was, wie auch Mannheims Sozial-Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery kritisierte, eine Verschlechterung der Betreuung zur Folge hätte. Gönner hofft hier auf ihre Kollegen aus den Bundesländern. "Die wollen das auch nicht."



12 Impressionen des Symposiums



