

Aus:

Walter H. Asam & Uwe Altmann

Geld oder Pflege

Zur Ökonomie und Reorganisation der
Pflegeabsicherung

Kapitel 6:

Das neue Steuerungssystem: Planung & Marketing

Freiburg: Lambertus 1995

6. DAS NEUE STEUERUNGSSYSTEM: PLANUNG & MARKETING

Wir haben versucht, eine Vorstellung davon zu geben, wie die künftige Personal- und Betriebsstruktur der häuslichen Pflege und damit eine „Infrastruktur der Nachbarschaft“ aussehen könnten. So haben wir einen möglichen Zielzustand beschrieben und gleichzeitig gezeigt, mit welchen Schwierigkeiten bei der konkreten Umsetzung zu rechnen sein wird. Der Prozeß der Umsetzung, die Implementation, wird auch in Gang kommen, ohne daß steuernd eingegriffen wird. Die Wahrscheinlichkeit, daß dabei ein optimales Versorgungssystem für die Pflegebedürftigen entsteht, ist äußerst gering. Die Gefahr, daß die Pflegemilliarden als warmer Subventionsregen für Angehörige und Dienstleister mißbraucht werden, hat demgegenüber eine wesentlich höhere Wahrscheinlichkeit. Steuerung tut not, und zwar auf allen Ebenen. Dem Steuerungssystem obliegt die Aufgabe, die Widersprüche zwischen Bedarf und individuellem Anspruch auf der einen und Budget sowie gewinnorientierter Leistungserbringung auf der anderen Seite auszugleichen (Abschnitt 6.1). Die Steuerungsinstrumente „Planung“ und „Markt“ müssen dabei den Aufgaben der unterschiedlichen Steuerungsebenen (Abschnitt 6.1.1) gerecht werden. Ein idealer Steuerungsprozeß integriert die Interessen aller Beteiligten (Abschnitt 6.1.3) in eine gemeinsame Verantwortung. Voraussetzung dafür ist eine möglichst hohe Transparenz (Abschnitt 6.1.2).

Drei Steuerungsebenen werden von uns genauer untersucht: die übergeordnete Ebene des Pflegeausschusses (Abschnitt 6.2), die Ebene der Pflegebetriebe (Abschnitt 6.3) und die Ebene des Einzelfalles (Abschnitt 6.4). Für alle drei Ebenen werden die Steuerungsinstrumente für die Bewältigung der direkten Aufgaben (Abschnitte 6.2.1, 6.3.1 und 6.4.1) und diejenigen für die übergeordneten Aufgaben (Abschnitte 6.2.2, 6.3.2 und 6.4.2) vorgestellt. Damit wird zugleich deutlich gemacht, daß die Steuerung auch zu einer Vernetzung der Ebenen führt. Ziel dieses Vernetzungsprozesses ist ein gemeinsames Pflegemarketing (Abschnitt 6.5).

Sicherung der häuslichen Pflege bedarf abgestufter Versorgungsangebote, deren vernetztes Zusammenspiel durch Steuerung gesichert

wird. Das PflegeVG gibt die Eckwerte in der Sache und im Verfahren vor. Es bedingt auf der (als Horizontale vorstellbaren) Sachachse durch Zielsetzung und Finanzierung eine Vielfalt an neuen und bedarfsgerechten Versorgungsangeboten. In der vertikalen gilt es, die Entfernung zwischen Bundesgesetz und häuslicher Pflege im Einzelfall zu überbrücken. Dazu gibt das Gesetz allgemeine Verfahrensregeln vor, wie die Steuerung auf den verschiedenen Zwischenebenen zu erfolgen hat.

Vom Umfang und der Reichweite des Gesetzes verwundert es nicht, daß man allzu rasch glaubt, Widersprüche zu erkennen, wenn man die diesbezüglichen Versorgungsebenen und Steuerungsansätze nicht auseinanderhält. Bei genauerer Analyse erkennt man den *Ansatz eines modernen Steuerungssystems*, das auf die zeitgemäße Balance zwischen regelbaren und unregulierten Bereichen zielt. Neu ist die Vielzahl von Bestimmungen, die aus einer scheinbar widersprüchlichen Steuerungslogik zu stammen scheinen: Steuerungselemente des *Marktes (Marketing)* werden ebenso klar benannt und benutzt wie solche der *Planung*.

6.1. DAS DIALEKTISCHE STEUERUNGSSYSTEM

Durch das juristische Regelwerk des PflegeVG wird ein ökonomischer Rahmen für Versorgungsleistungen geschaffen, wobei zur Realisation auf ehemals konträr diskutierte ökonomische Ansätze zurückgegriffen wird: Wo das freie Spiel von Angebot und Nachfrage denkbar scheint, sind Marktelemente eingebaut, und wo es um gesellschaftliche Rahmensetzungen geht, die dem Pflegemarkt insbesondere eine äußere Ordnung und Stabilität geben sollen, wird auf ein Planungsinstrumentarium gesetzt. Planung soll Entscheidungen vorbereiten, wenn es um die Zielsetzung und Größe eines Budgets geht. Die anschließende interne Steuerung dieses Budgets regelt marktwirtschaftliche Optimierungsprozesse. Das Verfahren ist an seinen Ausgangspunkten unmittelbar zu erkennen: Das Bundesgesetz wird über *Landesplanung* deduktiv konkretisiert, während der mündige Konsument freie Wahl zwischen verschiedenen Anbietern und Angeboten am *Pflegemarkt* hat. Alle Schnittstellen, die auf Zwischenebenen zur *Vermischung* beider Steuerungsprinzipien führen,

sind demzufolge komplex und aufgrund der ihr innewohnenden Dialektik schwierig zu regeln.

Gleichwohl wir uns bei der Darstellung der Steuerungsmechanismen im wesentlichen auf die beiden traditionellen Versorgungsmodelle „Markt“ und „Plan“ konzentrieren, wird das dritte Modell, nämlich *die Selbstversorgung*, als notwendige Randbedingung miteinbezogen. Die Balance von „Markt“ und „Plan“ soll an deren Beitrag zur Stabilisierung und Rekultivierung der Selbsthilfe austariert und gemessen werden.

6.1.1. Abgrenzung der Steuerungsebenen

Im PflegeVG werden die wichtigsten föderalen Versorgungs- und Steuerungsebenen angesprochen (vgl. auch Abb. 1, S. 56):

(a) Die Konstruktion des PflegeVG definiert auf der *Bundesebene* den finanziellen Input (die Sozialversicherungsbeiträge) sowie die individuellen Leistungsansprüche. Rahmendaten: 80 Mio. Einwohner/17,2 Mrd DM Budget (*bei Stufe 1*)

(b) Auf der *Landesebene* tragen die Länder die Verantwortung für die Versorgung bzw. Infrastruktur der Pflege (§ 9 SGB XI). Die jeweiligen Landespflegeausschüsse sollen Empfehlungen zur Ausführung des PflegeVGs aussprechen. Durch das Landespflegegesetz, so sieht es der Gesetzgeber vor, soll das weitere Verfahren konkretisiert werden. Die auf Landesebene geplanten Altenpflegegesetze sollen den Qualifikationsrahmen für die Pflege schaffen. Rahmendaten: 1 bis 17 Mio. Einwohner/Budget: ca. 0,2-3,7 Mrd DM.

(c) Auf *regionaler Ebene* können Länder spezielle Pflegeausschüsse einrichten, die das Landesgesetz konkretisieren. Die Ebene entspricht den Kommunen¹. Auf dieser Ebene werden die *Versorgungsverträge* geschlossen. Schnittstellen zu anderen gesellschaftspolitischen Bereichen wie dem Wohnungsbau sind hier gewährleistet. Rahmendaten: ca. 200 000 bis 1 Mio Einwohner/Budget: ca. 40-200 Mio DM

(d) *Versorgungsräume* stellen den Einzugs- und Wirkungsbereich der Pflegeeinrichtungen dar. Sie sollten kompatibel zur Nachbarschaft

¹ gemeint sind die Landkreise und kreisfreie Städte, die als „örtlicher Sozialhilfeträger“ auch als Verhandlungspartner eine Rolle spielen werden.

bei kurzen Wegstrecken (§ 75 (2) 8 SGB XI) zwischen Dienstleistern und Kunden sein. Die Wirtschaftlichkeit der Pflegeangebote hängt davon ab, wie der Markt innerhalb des jeweiligen Versorgungsraums funktioniert. Entsprechend ist die Wirtschaftlichkeit relativ zu diesen Gegebenheiten festzustellen und zu messen. Als praktische Bezugsgröße gelten bei kreisfreien Städten die Stadtteile und in Landkreisen die Gemeinden. Rahmendaten: 20 000 Einwohner/Budget: ca. 4 Mio DM.

(e) Die *Individualebene* wird durch die Häuslichkeit selbst definiert, in der der Bedarf festzustellen ist und wo die Pflege erfolgen soll.

Die *Steuerungsansätze* und *-beziehungen* gestalten sich wie folgt:

Zu (a): Auf der Landesebene fließen alle Daten zusammen (siehe § 109 SGB XI „Statistik“), die auf der *Bundesebene* dazu dienen können, die Frage nach Ausweitung des *Gesamtbudgets* oder der *Änderung von Stellgrößen im PflegeVG* (siehe Kapitel 3.3.1) zu beantworten.

Zu (b): Regionale Unterschiede auf der Bedarfs- wie auch auf der Angebotsseite sind auf der *Landesebene* zu bündeln, um auf regionale Besonderheiten durch entsprechende *Infrastrukturänderungen* reagieren zu können.

Zu (c): Informationen zum Pflegebedarf und zur wirtschaftlichen Absicherung der Pflege werden auf der regionalen bzw. *kommunalen Ebene* zusammengeführt. *Versorgungsverträge* werden so abgeschlossen, daß der *Budgetrahmen* eingehalten werden kann.



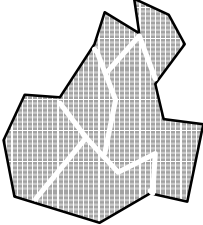
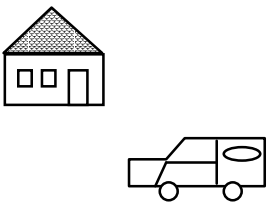
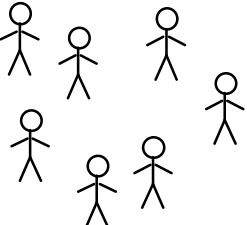
Zu (d): Auf der *Betriebsebene* und im *Versorgungsraum* sollen die Betriebe so *koordiniert* sein, daß ein Netzwerk entsteht (§ 8 (2) SGB XI), andererseits muß die innerbetriebliche Leistungs- und Kostenerfassung so gestaltet sein, daß sie eine *Wirtschaftlichkeitsuntersuchung* zuläßt.

Zu (e): Der *Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK)* stellt am Einzelfall gemäß § 18 SGB XI und den jeweiligen Ausführungsverordnung die Pflegestufe fest. Die Sicherstellung der Vernetzung im Einzelfall haben die Pflegekassen zu gewährleisten (§ 12 (2) SGB XI).

6.1.2. Transparenz und Technik als Voraussetzung

Die mannigfaltigen Verfahrensweisen auf und zwischen den einzelnen Ebenen sind noch längst nicht geregelt. Häufig sind unterschied-

Abbildung 10: Öffentliche Steuerungssysteme: Ebenen und Ansätze

Steuerungsebene		Steuerungsansatz
Bund		Pflegeversicherungsgesetz
Land		Landesaltenplanung/ Landespflegegesetz
Kommune		Infrastrukturplanung, Bauplanung, Sozialplanung usw.
Gemeinde/ Dienstleistungsbetrieb		Caremanagement Controlling
Individuum		Casemanagement

liche Akteure und Verantwortungsbereiche zusammenzubringen, die gegenseitig voneinander abhängig sind und gleichzeitig zusammenwirken müssen. Ein funktionierender Markt hängt ebenso wie eine erfolgreiche Planung von größtmöglicher *Transparenz* ab. Steuerungselemente und -verfahren, die den Pflegemarkt und die Rahmenplanungen beeinflussen sollen, sind daher gleichfalls auf ein hohes Maß an Transparenz angewiesen. Im besonderen gilt dies für die gemischten Steuerungsmodelle.

Transparenz basiert auf offenem Informationszugang und -zugriff. Durch die „neuen“ *Techniken* der Informationsgewinnung und -verarbeitung zeichnen sich Informations- und Kommunikationswege ab, bei denen der Informationsfluß beiderseitig offen gestaltet werden kann (siehe Kapitel 7).

Der folgende Ansatz geht davon aus, dass

- (a) *alle* Größen im Pflegesystem – von der einzelnen Pflegekraft bis zum jeweiligen Bundesverband – gegenseitig steuernden Einflüsse aufeinander haben,
- (b) alle Steuerungsebenen eingebunden sind,
- (c) die Qualität der gegenseitigen Steuerung im wesentlichen von der Information abhängt, die man vom jeweils konkreten Kooperationspartner und über das Gesamtsystem erhält und
- (d) das Steuerungssystem bei entsprechender Gestaltung dazu genutzt werden kann und soll, das System der Dienste entsprechend der Nachfrage auszubauen, die Qualität der Pflege zu verbessern und die Leistungen an den Bedarf anzupassen.

Ausgangsmodell ist ein miteinander verbundenes, sich mehr oder weniger selbst steuerndes System. Die Leitfrage lautet: Wie soll/muß angesichts des PflegeVGs ein System gekoppelter Steuerung aussehen, damit die vorhandenen finanziellen und personellen Mittel effizient zum Wohle der Pflegebedürftigen eingesetzt werden können, ein angemessener Qualitätsstandard in der Pflege ermöglicht wird und die Dienste wirtschaftlich arbeiten können? Denn eines ist klar: Die bisherigen Strukturen und Steuerungssysteme ambulanten Versorgung können angesichts des erwarteten Volumens diese Aufgabe in gewohnter Art und Weise nicht mehr bewältigen.

Damit verbundene Fragen sind zum Beispiel: Wo soll gegenseitige Steuerung explizit vorgesehen werden? Wo muß oder darf man sich „blind“ auf andere Elemente verlassen? Wie kann Steuerung im konkreten Fall aussehen? Die Koordination wie auch die Selbststeuerung eines so komplexen Systems, wie es die ambulante Pflege schon bald sein wird, bedarf der permanenten gegenseitigen Information. Wichtig ist, daß jeder der Beteiligten die Notwendigkeit erkennt, mit effizienten Werkzeugen geeignete Strukturen dafür zu schaffen. Das wird eine der wichtigsten Aufgaben der nächsten Jahre sein.

Das *Informations- und Kommunikationspotential der neuen Techniken*² eröffnet gerade bei der wirklichkeitsnahen Umsetzung der beiden ökonomischen Steuerungsmodelle „Markt“ und „Planung“ in der Pflegeabsicherung eine strukturelle Neubestimmung. Die neuen Techniken erlauben Planung und Marketing ideologiefrei und lebensnah zu praktizieren. Dies kann auf alle Steuerungsebenen positiv durchschlagen.

6.1.3. Das Bindeglied: Gemeinsame Verantwortung und aktive Beteiligung aller Partner

Mit der allgemeinen Vorschrift des § 8 SGB XI zu „gemeinsamer Verantwortung“ signalisiert der Gesetzgeber nicht nur, daß alle relevanten Träger an der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung mitwirken sollen (§ 8 (1) SGB XI), die Vorschrift umreißt auch das gesamte Umfeld (siehe Kapitel 6.5).

In dem Umfang, wie die Versorgung in die Häuslichkeit und das gesellschaftliche Umfeld eingebettet werden muß – gerade weil sie als Hilfe zur Selbsthilfe geplant ist (vgl. Pfaff/Asam 1982) – gilt es auf allen Steuerungsebenen, sowohl die sachlichen Interdependenzen und Vernetzungen zu integrieren als auch alle relevanten Akteure partnerschaftlich zu beteiligen.

² vergleiche beispielsweise das BMFuT-Modellprogramm „Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei der Pflege und Betreuung von Alten, Kranken und Behinderten“ oder das BMPT-Projekt zur Nutzung, Diffusion und Anwendung von telekommunikationsvermittelten Diensten in der dezentralen Altenhilfe.

6.2. PLANUNG IM PFLEGEAUSSCHUß: DIE RAHMENSETZUNG IM VERSORGUNGSRAUM

Im Versorgungsvertrag ist das Rahmenkonzept juristisch fixiert, in dem die Regelung des Angebotes und der Nachfrage, der Hilfe und des Bedarfes innerhalb eines Versorgungsraumes umschrieben wird. Der Abschluß eines Versorgungsvertrages ist keine einmalige Angelegenheit. Indem er jährlich neu auszuhandeln und abzuschließen ist, kann das ganze Verfahren als ein *Prozeß* verstanden werden, bei dem verschiedene Funktionen zu gewährleisten und verschiedene Aufgaben zu unterscheiden sind.

6.2.1. Funktionen, Aufgaben und Instrumente

(1) *Rahmenplanung*: Die Verhandlungspartner eines Versorgungsvertrages haben sich grundsätzlich darüber zu verständigen, wie die Nachfrage und das Angebot in ihrem Versorgungsraum aussehen und wie sie möglichst ausgeglichen gestaltet werden können. Die generelle Verständigung darüber mündet in eine *Grundsatzentscheidung*, die den *Rahmen* für die konkrete Vertragsausgestaltung bildet. Ein derartiges Rahmenkonzept soll die komplexen Zusammenhänge hinreichend differenzieren, so daß die sachlichen Detailregelungen mit der Logik des Vertragswerkes verknüpft werden können. Die Implikationen des Versorgungsvertrages stellen das „kleine Einmal-eins“ aller weiteren Überlegungen dar und sollen deshalb nicht nur von den „Unterzeichnern“ verstanden werden, sondern müssen für *alle Beteiligten* nachvollziehbar sein. Der Vertrag ist Grundlage für den Markt(prozeß).

Mit einem typisch *planerischen* Vorgehen kann diese Grundsatzentscheidung und das Vertragswerk vorbereitet werden. Die *Marktanalyse* bezieht sich auf eine datengestützte, kleinräumige *Nachfrageanalyse* des Hilfe- und Pflegebedarfes und auf eine ebenso detaillierte *Angebotsanalyse* der relevanten Versorgungsstruktur. Dabei müssen Vernetzungs-, Komplementaritäts- und Substitutionseffekte, insbesondere zwischen der selbstorganisierten und der professionellen Versorgung, nachvollzogen werden können. Als Versorgungsstruktur gelten dabei nicht nur Leistungen im Sinne des PflegeVG (§ 28ff. SGB XI), sondern all jene Leistungen, die die Versorgung in der

Häuslichkeit direkt und indirekt tangieren. Durch einen *SOLL/IST-Abgleich* sind Marktlücken bzw. Überangebote zu erkennen. Die Grundsatzentscheidung muß aufzeigen, wie man mit eventuellen Diskrepanzen umgehen will.

(2) *Programmierung*:³ In einem zweiten Schritt müssen sich die Vertragspartner über entsprechende konkrete Programmpakete verständigen, um sie in *vertragsfähige Dienstleistungsverzeichnisse* zu überführen. Diese Leistungsverzeichnisse fixieren keine einmaligen *Pflegepakete*, sondern sind flexibel an der stetigen fachlichen Entwicklung der Pflege auszurichten sowie an die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 79 SGB XI) und der Qualitätssicherung (§ 80 SGB XI).

(3) *Budgetierung*: Bei einem Großteil der Leistungen ist der Sach- und Kostenzusammenhang noch nicht geklärt, hat sich noch nicht bewährt oder wurden die bisher praktizierten Verrechnungsansätze und -verfahren modifiziert. Folglich muß für eine *realitätsnahe Übersetzung von Sachleistungen in die ökonomische Dimension des Budgets* gesorgt werden.

Hier trifft dasselbe zu wie beim Zusammenstellen von adäquaten Leistungsverzeichnissen: Zwar werden von übergeordneten Ebenen *Empfehlungen* und *Gebührenordnungen* zur Verfügung gestellt werden, aber bezogen auf den jeweiligen Versorgungsraum muß die *Kompatibilität zur Praxis* erst noch hergestellt werden. Die Schnittstelle zwischen der Budgetierungslogik und der Sachlogik der häuslichen Pflegehilfe ist hier zu anzusiedeln. Daher können Problemen entstehen, weil gerade die traditionellen Träger der Altenhilfe – die freie Wohlfahrtspflege und die Kommunen – bislang mit dem ökonomischen Instrument der Budgetierung nicht gearbeitet haben. Auch in den Fällen, in denen Altenhilfe durch die Kommune oder die Wohlfahrtsverbände planmäßig gestaltet wurde, kam bislang kein Budgetierungsansatz zur Anwendung. Im Zuge neuer Bestrebungen von Kommunen, ein modernes Management mit Budgetierung einzuführen (siehe KGSt 1993a, b), wie auch die neuen Erfahrungen der freien Wohlfahrtspflege mit der Budgetierung im Gesundheitswesen könnten jedoch zu positiven Synergieeffekten führen.

³ Zur Differenzierung von Planung und Programmierung siehe Asam 1995

(4) *Fachberatung*: Aus der Prozeßhaftigkeit der jährlichen Fortschreibung der Versorgungsverträge ergibt sich für die Vertragspartner die Notwendigkeit, die Inhalte der Verträge umgehend in ihren jeweiligen Institutionen und Einrichtungen umzusetzen. Gerade unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit kommt der Prozeßunterstützung durch *zielgerichtete Beratung* (Hedtke-Becker/Mörsberger 1991) eine entscheidende Rolle zu. Nicht nur die Neuartigkeit des PflegeVGs bedingt besonderen Beratungsbedarf. Auch die Interdependenzen zwischen neuen Leistungsanforderungen und Budgetierung werden zu erheblichem Beratungsaufwand führen, damit die entsprechenden, in Verträge gefaßten Versorgungspläne auch umgesetzt werden (können)⁴.

(5) *Pflegemarketing*: Obwohl auf der betrieblichen Ebene des Pflegemarktes das Konkurrenzprinzip eingeführt wird, gilt es auf der Ebene des Versorgungsraums für ein gemeinsames Pflegemarketing zu sorgen. Über die Aufklärung und Beratung im Einzelfall hinaus bedarf es flächendeckender Maßnahmen zur Information und Öffentlichkeitsarbeit. Sie bewirken, daß das neu zu schaffende Pflegenetz von allen Betroffenen wahrgenommen und genutzt wird und eine Identifikation damit stattfinden kann. Einem einzelwirtschaftlichen, gewinnorientierten Marketing steht ein auf die Gesamtheit des Pflegesystems bezogenes bedarfsorientiertes Marketing gegenüber. Unter Marketing verstehen wir alle Maßnahmen einer Unternehmung (Dienstes, Kommune), um den optimalen Absatz ihrer Erzeugnisse (Pflegeabsicherung) zu erreichen. Es erfordert den systematischen Einsatz aller notwendigen Steuerungsinstrumente auf der Grundlage von exakten Marktkennntnissen. Diese werden durch Marktforschung (Markttransparenz) gewonnen.

Die besondere Eigenschaft eines *übergreifenden* Pflegemarketings liegt im Verdeutlichen des *gemeinsamen* Anliegens und im konstruktiven Ausgleich von Interessengegensätzen. Das gemeinsame Marketing muß sich bewähren, indem es die Logik der Pflegeversicherung auf der Individualebene und auf der Anbieterebene so vermittelt, so daß dessen Chancen genutzt werden können. Ob die Gesamtheit der Bemühungen aller Beteiligten bei den Pflegebedürftigen

⁴ Verträgen mit derartiger Themenstellung droht das gleiche Schicksal wie traditionelle Fachplänen der Altenpolitik: Sie sind und bleiben ohne Fachberatung Papier. Die mangelnde Umsetzung der kleinen Pflegeversicherung ist hierfür ein hinreichender Beleg.

als Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung ankommt und der Versorgungsbedarf effektiv gedeckt wird, hängt entscheidend von einer gemeinsamen *Verbraucherpolitik* (Kistler 1981) ab. Die Betroffenen müssen als aktive Konsumenten gewonnen werden. Pflege als Dienstleistung muß den „Klienten“ bzw. „Patienten“ als integralen *Koproduzenten* in das Pflegesystem einbinden. Die lebensnahe Umsetzung des Dienstleistungsansatzes gelingt sicher nicht durch Hochglanzbroschüren. Hier ist *professionelles Marketing und ein durchgängiges Imagekonzept der häuslichen Pflege* notwendig.

(6) *Ein Simulationsmodell als Informationssystem*: Alle Betroffenen durch professionelles Marketing zu erreichen und einzubinden, ist die eine Seite. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, wie die Informationen über die erzielten Versorgungsergebnisse so aufbereitet werden können, daß diese bei der nächsten Vertragsausgestaltung unmittelbar in die Verhandlungen einfließen können. Ein *modellgestütztes Informationssystem* (vgl. bereits Brunnbauer 1982) liefert hierzu das technische Instrumentarium. Damit können alle relevanten Daten aus dem Versorgungssystem so aufbereitet werden, daß sie auch für Fragen der Budgetierung verwendet werden können. Es geht dabei in erster Linie nicht darum, Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfungen „in der nächsten Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen“ (§ 79 (3) SGB XI). Vielmehr kommt es darauf an, die laufenden Substitutions- und Komplementaritätseffekte zwischen Hilfe- und Pflegeangeboten zeitnah aufzubereiten, damit eine Optimierung wirksamer und wirtschaftlicher Leistungsprozesse über den Zeitverlauf stattfinden kann⁵. Mit einem solchen Vorgehen kann auch dem Umstand Rechnung getragen werden, daß es bei dem Leistungsansatz des PflegeVG nicht nur um Versorgung als solche geht, sondern mit dem *Vorrang der Prävention und der Rehabilitation* (§ 5 SGB XI) auch Verschiebungen auf der Zeitachse angestrebt und entsprechend gestaltet werden können. Letztlich soll ein Pflegesimulationsmodell die Konsequenzen von Versorgungsalternativen so abbilden, daß bei allen Fragen der Prioritätensetzung innerhalb des Budgets frühzeitig eine *Folgenabschätzung* stattfinden kann. Vor dem Hintergrund deutscher Erfahrungen und eines laufenden Simulationsmodells in England

⁵ Innerhalb derartiger Optimierungsprozesse werden Frage der „Evaluation“ systemimmanent bearbeitet; entsprechend wird das Thema Evaluation hier nicht weiter thematisiert.

stellen wir in Kapitel 7.3 die Grundversion eines Pflegesimulationsmodells vor.

(7) *Coaching*: Vor dem Hintergrund der Träger- und Interessenvielfalt wie auch der anvisierten schnellen Umsetzung zeichnet sich ab, daß auf externe Ressourcen zurückgegriffen werden muß, damit die notwendigen Funktionen gewährleistet werden. Es bietet sich an, die *Prozeßmoderation* durch Dritte unterstützen zu lassen, die über die reine Fachberatung hinausgehen kann und durch direkte *Trainingsprogramme* möglichst rasch *zeitgemäße* Verfahrensweisen in den Gremien und Einrichtungen in Gang bringt. Konkrete Ansätze hierzu lassen sich innerhalb des PflegeVG über den Status des „bestellten Sachverständigen“ finden sowie im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 (1) SGB XI) oder der Qualitätssicherung (§ 80 (2) SGB XI).

6.2.2. Konkrete Ansätze auf der Ebene der Länder und Kommunen

Wie die Pflegeausschüsse in Zukunft ihre Arbeit organisieren und erfüllen werden, kann heute noch nicht gesagt werden. Dies hängt wesentlich davon ab, wie die Länder die Geschäfte des Pflegeausschusses führen (§ 92 (3) SGB XI) und wie sie „durch Rechtsverordnung das Nähere bestimmen“ (§ 92 (4) SGB XI). Damit hängt direkt zusammen, wie die Länder ihrer Versorgungsaufgabe bei der „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ (§ 9 SGB XI) nachkommen wollen, wobei insbesondere die Sozialhilfeträger (§ 9, 3 SGB XI) und die Kommunen (§ 8 (2) SGB XI) zu berücksichtigen sind.

Organisatorisch besteht die Grundproblematik darin, *alle* Akteursgruppen auf *jeder* Zwischenebene *adäquat* einzubinden, die Pflegekasse in ihrem Auftrag zu stützen und die anderen „pflegerelevanten“ Partner entsprechend ihrer Bedeutung mitwirken zu lassen. Derzeit kann man bei dieser spannenden Frage bezüglich der Abstimmung keine sicheren Prognosen oder gar abschließende Antworten geben. Dies liegt nicht nur daran, daß die neuen Verfahrensprozesse Zeit brauchen werden, bis sie sich „eingespielt“ haben, sondern auch daran, daß sich die Krankenkassen bei vergleichbaren Organisations- und Gestaltungsfragen bei der Umsetzung der „klei-

nen Pflegeversicherung“ bislang zurückgehalten haben. Man kann gegenwärtig ausschließlich auf Lösungsansätze aus den Ländern und Kommunen zurückgreifen (vgl. Asam 1992).

(1) Das *Bundesland Baden-Württemberg* nimmt in Fragen der altenpolitischen Modelle zweifelsohne eine Vorreiterstellung unter den Bundesländern ein. Gleichwohl die dortigen Modelle fachpolitisch immer wieder für Aufmerksamkeit und Zustimmung sorgen, unterstreichen permanente Anpassungen der Landesrichtlinien und -modelle, daß auch noch so gute Landesvorgaben der Vielfalt vor Ort nicht automatisch gerecht werden. Offensichtlich wirkt hier die Steuerungsfrage: Weil örtliche Steuerungs- und Beratungskapazitäten fehlen, breiten sich zukunftssträchtige Modelle in der Fläche nur bedingt aus (vgl. Hoberg/Kohler 1993). Durch Landesrecht soll zukünftig geregelt werden, wie durch Planung und Förderung eine Versorgungsinfrastruktur bereitgestellt werden soll. Als erstes Bundesland hat Baden-Württemberg mit einem Positionspapier (vom 6. Juli 1994) seine Grundgedanken zu diesem Sachverhalt umrissen. Gleichwohl zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein verabschiedetes Landespflege- bzw. Ausführungsgesetz vorliegt, kann das badenwürttembergische Positionspapier als Hinweis dafür dienen, wie zukünftig die Planungsaufgabe durch Landesrecht ausgestaltet werden kann.

„Das Pflegeversicherungsgesetz sieht hinsichtlich des Abschlusses von Versorgungsverträgen der Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern keine Bedarfsprüfung vor. Nach § 92 SGB XI bilden die an der Versorgung beteiligten Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, der Medizinische Dienst, die überörtlichen Sozialhilfeträger sowie die kommunalen Landesverbände zusammen mit dem Land einen Landespflegeausschuß, der insbesondere Empfehlungen zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems einander ergänzender Pflegedienste und Pflegeheime abgeben kann. Diese Empfehlungen sind beim Abschluß von Versorgungsverträgen zu berücksichtigen. Für die Begrenzung der an das Land gerichteten Förderbegehren ist die planerische Festlegung der zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur erforderlich. Dies sollte durch das Landesgesetz geregelt werden.

Die Planung nach Landespflegegesetz soll *auf der Landesebene als Rahmenplanung* erfolgen und *auf Kreisebene konkretisiert* werden. Die Planung auf Landesebene soll unter maßgeblicher Beteiligung des Landespflegeausschusses erfolgen; mit den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern ist das Land gehalten, Einvernehmen herzustellen. Die Planung auf Kreisebene ist insbesondere deshalb angezeigt, weil hier entsprechend der umfassenden Aufgabe der Daseinsvorsorge die Vernetzung der Hilfeangebote im ambulanten und stationären Bereich mit dem Angeboten im Vorfeld der Pflege geleistet werden kann. Auch kann hier die Abstimmung zwischen den Bereichen der Altenhilfe, Behindertenhilfe und der Hilfe für psychisch Kranke geleistet werden. Soweit die Planung eines Kreises als Grundlage für Förderentscheidungen des Landes dienen soll, muß das Einvernehmen über den Plan mit dem Land hergestellt werden.“

Als Eckwerte zu der Planungsfunktion sollen im zukünftigen Landespflegegesetz folgende Gesichtspunkte festgeschrieben werden:

„Wahrung der Vielfalt der Träger und Achtung vor deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit,
Rahmenplanung des Landes für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur („Landespflegeplan“) unter maßgeblicher Beteiligung des Landespflegeausschusses nach § 92 PflegeVG (mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern ist das Einvernehmen anzustreben),
Konkretisierung der Planung und Abstimmung der pflegerischen Versorgungsstruktur durch die Stadt- und Landkreise unter Beteiligung der im Landespflegeausschuß vertretenen Körperschaften und Verbände auf örtlicher Ebene („Kreispflegeausschuß“, „Kreispflegeplan“),
Abstimmung der pflegerischen Versorgungsstruktur mit den Vorhaltungen für die Krankenhausversorgung, die Behindertenhilfe sowie die Hilfen für psychisch Kranke.“

(2) Diese Ausrichtung der Planungsfunktionen und die Arbeitsteilung zwischen der Landes- und der kommunalen Ebene liegt der Altenpolitik des *Bundeslandes Nordrhein-Westfalen* seit ihrem 2. Landesaltenplan von 1991 explizit zugrunde. Dort versucht das Land die kommunale Steuerungsebene zu unterstützen, damit diese auf Landesprogramme entsprechend reagieren kann. Dies bringt für die Umsetzung des PflegeVG zwei unmittelbar relevante Erfahrungen-

werte: Einerseits sind und können die Landesvorgaben im Detail nicht so genau auf die örtliche Gegebenheit zugeschnitten und bindend sein. Andererseits wird die Offenheit der Landesvorgaben für all jene Kommune zum Problem, die nicht über eigene Kapazitäten zur Ausgestaltung der Landesvorgaben verfügen.

Gerade das fachpolitische Engagement der beiden Bundesländer bestätigen auf ihre Art und Weise die Notwendigkeit der hinreichenden Offenheit von Landesregelungen in Sachfragen und gleichzeitig die Notwendigkeit örtlicher Kapazitäten zur Anpassung und Ausgestaltung der Rahmenregelungen.

(3) Das *kommunale Pedant* zu den beiden Bundesländern liefert der *Landkreis Saarlouis*: Der Bezug zum nordrhein-westfälischen Weg liegt im konsequenten Ausbau und der Anwendung eines modernen Steuerungsinstrumentariums auf der Landkreis- und Gemeindeebene. Die Parallelen zu Baden-Württemberg finden sich in der Sachpolitik: in der Neuordnung der ambulanten Dienste und der Transformation des Verbundansatzes auf den teilstationären Bereich. Von *beiden* Bundesländern *unterscheidet* sich der Landkreis Saarlouis durch seine Bemühungen, die „*kleine Pflegeversicherung*“ umzusetzen. Dies konkretisiert sich vor allem in der Berücksichtigung der finanzpolitischen Implikationen.

Hier sei auch der *methodische* Hinweis auf die „BMA-Modell-Stadt Münster“ erlaubt: Gleichwohl in Münster in den 80er Jahren höchst interessante Modellversuche (vgl. Kettler/Watermeier 1991; Termath/Bickeböller 1994; Kutz/Moschner 1994) im Bereich der ambulanten Dienste stattfanden und nach Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes eine Modellimplementation versucht wurde, unterliegt dieser Modellversuch modellimmanenten Grenzen: untypische Konstellationen des Modells sagen zu wenig über „Normalverhältnisse“ aus. Dies betrifft zum einen alle Effekte der Flächendeckung und Breitenwirkung und zum anderen die Überlegung, wie sich relevante Trägerinstitutionen im *Ernstfall* verhalten werden. Gerade bei allen finanzrelevanten Zusammenhängen verzerrt die untypische Modellfinanzierung die Ergebnisse derart, daß sie zwangsläufig nicht übertragbare Hinweise bedingen.

Aus dem „Wirklichkeitstest“ im Landkreis Saarlouis können folgende Erfahrungswerte bei weiteren Organisationsüberlegungen von besonderer Bedeutung sein:

- (a) Für alle Sachfragen muß ein *breiter Konsens* gesucht werden, der nicht nur innerhalb des professionellen Systems gilt, sondern auch mit dem informellen System der Nachbarschaft und der Häuslichkeit im Einklang steht.
- (b) Dazu bedarf es *datengestützter Information* über alle und auf allen versorgungsrelevanten Ebenen und Bereichen.
- (c) Planungsschritte und -ergebnisse oder in Verträge gefaßten *Regelungen* müssen allen (mit)produzierenden Akteuren *vermittelt* werden. Kritik und Anregungen sind zu integrieren.
- (d) Die *Vernetzungs- und Organisationsfunktion* bedarf Personal, Zeit, Technik und eines professionellen Know-Hows⁶.
- (e) Die Interdependenzen zwischen *Sach- und Finanzierungsfragen* müssen sich wie ein *roter Faden* durch alle Überlegungen ziehen und allen gleichermaßen vermittelt werden. Motto: *Budgetierung geht alle an*.
- (f) Die diffizilen Folgen der Budgetierung und der Neuorganisation tangieren unterschiedliche Interessen. Durch *Moderation im Prozeß und Klarheit in der Sach- und Entscheidungslage* kann *Systemvertrauen* als entscheidende Prozeßressource im partnerschaftlichen Umsetzungsprozeß des PflegeVG gewonnen werden.

Der *zentrale Lerneffekt* des Saarlouiser Modells besteht in seiner *Marketingleistung*⁷. Durch Planung wurde ein Rahmenkonzept erstellt, das einen *offenen* Pflegemarkt ermöglicht, aber auch abgesteckt hat. Im Landkreis Saarlouis wurden die *Anforderung der „kleinen Pflegeversicherung“* bislang positiv genutzt und erfolgreich ausbalanciert: Konsequenter Ausbau des häuslichen Pflegeangebotes bei gleichzeitigem Bremsen solcher Angebotsoptionen, die das Budget sprengen würden. Hilfreich erwies sich das weitgehend kongruente Verhalten auf der Landesebene.

Was im Landkreis Saarlouis trotz zahlreicher Anstrengungen und Angebote bislang noch nicht erreicht wurde, ist die Partnerschaft mit den Krankenkassen. Dies führt auf das nordrhein-westfälische Modell der Sozialgemeinde zurück. Mit dem Stichwort der *Sozialge-*

⁶ Konkretisiert wurde das durch eine Leitstelle auf Kreisebene und Senioren-ModeratorInnen in den Gemeinden.

⁷ vgl. beispielsweise die Adaption bei Albuschkat 1994, S. 119 ff.

meinde greift die dortige Landesregierung auf ein Organisationsmodell zurück, das in den 50er Jahren entwickelt wurde und in weiten Bereichen der Themenstellung und den Anforderungen des PflegeVG entspricht. Es geht um einen organisatorischen Zusammenschluß aller Träger der Sozial- und Gesundheitspolitik auf örtlicher Ebene unter „beratender“ Einbeziehung der Anbieter sozialer Einrichtungen und Dienstleistungen. Die „Sozialgemeinde“ ist ein Modell, um durch gemeinsame, partnerschaftliche Planung ein Rahmenkonzept für einen offenen Pflegemarkt zu erstellen, auf dem unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze und der Einhaltung von Pflegestandards dauerhaft ein Höchstmaß an Pflegeleistung bei gegebenem Budget erreicht werden kann.

In der Sozialgemeinde kommt ein wesentlicher Effekt des PflegeVG zum Tragen: Nimmt man Budgetierung ernst, dann müssen sich zunächst alle „Budgetmanager“ der Kostenträger über ihre Budgets und deren Interdependenzen klar werden, bevor sie mit den Anbietern in konkrete Verhandlungen treten oder sich gar durch Verträge binden. Heute kann man das Organisationsmodell der Sozialgemeinde um einen folgerichtigen zweiten Aspekt ergänzen: Wenn die öffentlich organisierten Kostenträger den Bedarf ihrer Klienten kennen und entsprechend decken wollen, können sie im Sinne eines Nachfrage-Oligopols versuchen, ein „preiswertes“ Angebot am Pflegemarkt zu erhalten. Voraussetzung hierfür ist, daß die Pflegenachfrage planmäßig aufbereitet und innerhalb der Kostenträgerschaft abgeklärt ist. Erst dann stellt sich die Frage, wie auf der betrieblichen Ebene die Versorgungsverträge eingehalten werden, indem sie planmäßig und wirtschaftlich umgesetzt werden.

6.3. CONTROLLING UND MODERATION: DIE STEUERUNGSELEMENTE AUF DER EINRICHTUNGSEBENE

Zentrale Kategorie der Dienstleistung „Pflege“ ist die Pflegeeinrichtung als Produktionsebene. Auf der Einrichtungsebene laufen die beiden Steuerungsansätze zusammen: die Deduktion der Budgetierung und die Induktion des Einzelfallanspruches.

Das Gesetz definiert ambulante (Pflegedienste) und stationäre (Pflegeheime) Einrichtungen als „*Pflegeeinrichtungen*“, wenn folgenden Kriterien erfüllt sind: Es muß sich um eine „*selbständig wirtschaftende*

Einrichtung“... „unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft“ handeln. Mit einer leitenden Pflegefachkraft soll die fachliche Qualität sichergestellt werden, während über dem Terminus der „selbständig wirtschaftenden Einheit“ der *Betriebsbegriff*⁸ festgeschrieben wird.

Mit dieser gesetzlichen Fixierung kommt das „Aus“ für wirtschaftlich nicht eindeutig zu bestimmende und abzugrenzende Organisationsformen wie „der Ortsverein“, „die Kirche“ oder „das Projekt“. An ihre Stelle treten betriebswirtschaftlich klar abgrenzbare und selbständige Einheiten, die künftig „pflegen, versorgen und betreuen“ (§11 (1) SGB XI). Hintergrund dieser Festschreibung ist die Grundintention des Gesetzgebers, die Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Pflegeleistungen, die aus dem Budget der Pflegeversicherung finanziert werden, überprüfbar zu machen. Wirtschaftliche Lösungen im Sozial- und Gesundheitswesen finden ihre Grenze, wenn der Produktionsprozeß offen und damit die Kostenentstehungsseite nicht abgrenzbar ist⁹. Mit der Abgrenzung einer „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ ist die Grundvoraussetzung wirtschaftlicher Optimierungsprozesse geschaffen. An verschiedenen Stellen des PflegeVG wird deutlich, daß das Zielobjekt des PflegeVG die „*Pflegeeinrichtungen*“ und weniger der dahinter stehende Träger(verband) ist. Besonders deutlich wird dies bei der Zulassungsregelung: Die Zulassung bezieht sich im Versorgungsvertrag auf eine *Einrichtung* (§ 72 SGB XI). Es werden keine Träger zugelassen, die dann beliebig Einrichtungen installieren können. Mithin können Träger durchaus parallel zugelassene und nicht zugelassene Einrichtungen betreiben. Mit einem wichtigen Unterschied: Die *zugelassenen Einrichtungen* unterliegen der *Wirtschaftlichkeitsprüfung* (§ 79 SGB XI) und der *Qualitätssicherung* (§ 80 SGB XI). Im Umkehrschluß bedeutet dies, daß sich entsprechende Kontrollen nur auf die zugelassenen Einrichtungen beziehen dürfen, diese jedoch soweit von anderen wirtschaftlichen Einheiten zu trennen sind, daß der Leistungs- und Abrechnungsprozeß im Bereich der Pflege als „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ überprüfbar ist.

⁸ siehe demgegenüber den Begriff „Einzelpersonen“ § 77 SGB XI

⁹ Ein praktischer Effekt dieser bisher vorherrschenden Konstruktion bestand darin, daß eine Abgrenzung der pflegebedingten Kosten von anderen Kosten nicht möglich war.

Die Pflegeeinrichtung als „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ und „unter ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft“ tritt damit als klar nach innen und außen abgegrenzter *Betrieb* auf den Markt und ersetzt die Praxis, Einrichtungen mit Trägern gleichzusetzen. Hilfe und Pflege leisteten bislang „die Arbeiterwohlfahrt“, „das Diakonische Werk“, „die Caritas“, „das Deutsche Rote Kreuz“, „die Kirchen“ oder „der Deutsche paritätische Wohlfahrtsverband“. Zum Teil sprach man noch vom „Dienst des...“. Ebenso verschwammen die Grenzen zwischen den Trägerstrukturen, so daß der Bürger häufig nur „die Wohlfahrt“ als Ganzes wahrnahm. Das einzelne Pflegedienst ist nicht länger nur Teil eines Verbandsgebildes, sondern *eigenständiger Betrieb innerhalb einer „leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung“* (§ 8 (2) SGB XI). Daraus ergeben sich die zwei Steuerungsaufgaben der innerbetrieblichen Steuerung (siehe Abschnitt 6.3.1) - auch in Verbindung mit der Trägerorganisation - auf der einen Seite und andererseits die überbetriebliche Abstimmung (siehe Abschnitt 6.3.2) zwischen den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen und Versorgungsangeboten eines „regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems“ (§ 92 (1) 2 SGB XI).

6.3.1. Betriebliche Steuerung: Controlling

„Das Controlling versorgt das Führungssystem – das heißt, alle Leitungsebenen – mit Zahleninformationen und sorgt mit organisationsentwicklungsbezogenen, planmäßigen und zielgerichteten Koordinationsaktivitäten dafür, daß die Institution im Rahmen der Unternehmenspolitik gesteuert werden kann“ (Reiss 1993, S. 13).

„Es hat durch die Koordination sämtlicher informationsversorgender Strukturen und Prozesse der mangelhaften Adäquanz von Informationsbedarf, -nachfrage und -angebot zu begegnen. Der Begriff der ‚Information, wird dabei als Synonym für ‚Wissensmitteilung, verstanden und kann nicht auf eine bestimmte betriebliche Informationsversorgungsfunktion (z.B. Rechnungswesen, Personalwesen, Berichtswesen) beschränkt werden“ (Reiss 1993, S. 22).

Die traditionellen Anbieter von Pflege im Wohlfahrtswesens arbeiten bislang nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung. Betriebswirtschaftlichen Analysen wie die Kostenrechnung, die eine unverzichtbare Grundlage für das Controlling darstellt, waren bislang selten Bestandteil ihrer Arbeitsweise. Das zentrale Moment des Controlling, intern einen engen Zusammenhang zwischen Kosten und Erlösen herzustellen und an übergeordneten Betriebszielen, insbesondere der Gewinnorientierung auszurichten, war nicht nur verpönt, sondern entsprach auch nicht den Rahmenbedingungen. Die Leistung der Betriebsabrechnungssysteme beschränkte sich auf die Erfassung der entstehenden Kosten innerhalb eines Verbandes und – nicht zuletzt – auf die Verteilung nach dem „Tragfähigkeitsprinzip“ (siehe Kübler 1994, S.72). Das Kostenverursacherprinzip kam selten zur Anwendung. Das betriebliche Rechnungswesen stößt immer dann an eine systemimmanente Grenze, wenn es darum geht, ohne klaren Outputindikator (wie beispielsweise dem Marktpreis) die Wertschöpfung zu berücksichtigen. Somit laufen bislang jegliche betriebswirtschaftlichen Bemühungen bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen in die *Bewertungsfalle* und jeder Anspruch des Controllings greift letztlich ins Leere (Typisch z. B. Kübler 1994, insbesondere S. 19 ff.).

Unabhängig davon, wie die Outputbewertung zukünftig gelöst wird, liefert das Controlling für die interne Steuerung von Betriebsabläufen wertvolle Informationshilfen, da es insbesondere auf der Kostenentstehungsseite wichtige Zusammenhänge systematisiert und verdeutlicht. Wenn man schon nicht den gesamten Produktionsprozeß sinnvoll steuern kann, so stellt eine verursachungsbezogene Kostenrechnung und ein daraus resultierendes Kostenmanagement bei Pflegeeinrichtungen bereits einen großen Fortschritt dar. Bislang wußte der größte Teil der Pflegekräfte nicht einmal, wieviel einer ihrer Pflegeeinsätze kostet. Controlling innerhalb der „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ bewirkt, daß die wirtschaftlich relevanten Eckwerte allen Beschäftigten geläufig werden und in ihre Arbeitsweise (im Sinne eines Kostenbewußtseins) einfließen. Ähnliches gilt, wenn die Pflegeeinrichtung Teil eines Verbandsangebotes ist und nur zum Zweck der Abrechnung einem getrennten Rechnungswesen unterstellt wird: Erst in einem an die Pflegeproblematik angepaßten Controlling läßt sich betriebsintern klären, wie Pflegeprozesse insgesamt wirtschaftlich zu organisieren sind. Betriebliches

bzw. trägerinternes Controlling liefert eine wichtige Schnittstelle zum Prinzip der Budgetierung. Indem Controlling die Arbeitsabläufe innerhalb des Budgets steuert, veranlaßt es die Beschäftigten und die Wirtschaftseinheit, sich über die finanziellen Folgen der eigenen Arbeit zu verständigen. Die Leistungsbilanz einer Einrichtung korrespondiert mit den Pflegebudget, welches im Rahmen des Versorgungsvertrages und der Vergütungsregelungen umschrieben wird. Grundsätzlich kann Controlling zur Effizienzsteigerung in zwei Optimierungsrichtungen zur Anwendung gelangen: Einmal sollen bei definiertem Leistungoutput die Kosten minimiert werden (Gewinnmaximierung), zum anderen soll bei gegebenem Budget der Output maximiert werden (Pflegethemaximierung).

Die wesentlichen *Funktionen* von Controlling bestehen darin, zum einen die *Transparenz* im gesamten Prozeß der Erstellung der Dienstleistung „Pflege“ innerhalb der Einrichtung herzustellen und zum zweiten den *Zusammenhang zwischen In- und Output* aufzuzeigen, wobei die einzelnen Sachverhalte monetär zu bewerten sind. Mit dieser Funktionszuordnung dient das Controlling als „strategisches Planungs- und Kontrollsystem, das einen Filter bildet, um taktische Entscheidungen zu verhindern, wenn sie strategisch schädlich sein können“ (Reiss 1993, S. 45). Der zunehmenden Wettbewerb und die veränderten Rahmenbedingungen erzeugen einen Veränderungsdruck auf die Träger und die Dienste. Dieser „mündet in einen Handlungsbedarf zur Verstärkung der Transparenz und Außendarstellung, zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit in allen Bereichen, eine Abkehr von bürokratischen Strukturen hin zu einer vermehrten Wahrnehmung von dezentral organisierten Serviceaufgaben und zur Überprüfung und Veränderung des Aufgabenkatalogs. Die Konsequenzen für das Controlling in der freien Wohlfahrtspflege bestehen demnach zunächst darin, die eigendynamische Selbststeuerung als dem in Wohlfahrtsorganisationen vorherrschenden Steuerungsmechanismus durch ein – auf eine alle Führungsebenen bezogene Koordination abstellend – umfassendes Planungs- und Kontrollsystem zu ergänzen“ (Reiss 1993, S. 54/55).

Das bisherige Fehlen von Controlling kann man am einfachsten dadurch verdeutlichen, daß bislang im Dunkeln geblieben ist, was sich hinter dem Begriff des *Pflegeeinsatzes* verbarg. Während im § 55 SGB V die Fiktion eines ganzheitlichen Pflegeeinsatzes („Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“) in den Raum gestellt wurde,

ist im PflegeVG darauf verzichtet worden: Den Begriff „Pflegeeinsatz“ gibt es nicht mehr. Ein richtig eingesetztes Controlling wäre die Basis dafür, daß sich die Pflege nicht im Stil der Taylorisierung zerstückelt, sondern als abrechenbare ganzheitliche häusliche Pflegehilfe ermöglicht wird. Absehbar wäre, daß man durch Kostenrechnungsverfahren *Anhaltswerte* für typische Pflegeleistungen erhalten kann, die je nach Versorgungsraum und der unterschiedliche Bevölkerungsdichte variieren können¹⁰.

Kostenrechnung liefert den rechnerischen Zugang, Controlling die entsprechende Aufbereitung für betriebswirtschaftliche Optimierungs- und Qualitätssicherungsprozesse, gleichzeitig aber auch die Voraussetzung für eine sinnvolle öffentliche Kontrolle. Betriebliche Kostenrechnung liefert nicht nur als internes Rechnungswesen die Basis für Controllingaktivitäten, sondern auch die Grundlage für externe Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Stichwort: „bestellte Sachverständige“ (§ 79 (1) 1) SGB XI). Sie verschafft die Ausgangsdaten, um den gesamten Leistungsprozeß einer Einrichtung adäquat würdigen zu können. Damit ist die Funktion des Controllings noch nicht erschöpft. Die genannten Faktoren stellen vielmehr lediglich die unabdingbaren Voraussetzungen für Controlling dar. Über die *Planungs- und Kontrollfunktion* (z.B. durch die Gestaltung von Budgetierungssystemen oder spezifischer Kostenrechnungs- und Finanzplanungssysteme) hinausgehend hat das Controlling zwei weitere wesentliche Funktionen: *Beratung* (Vermittlung von Information) und *Moderation*.

Controlling kann als das innerbetriebliche bzw. -verbandliche Gegenstück zur Steuerung der Pflegeinfrastruktur auf überbetrieblicher Ebene durch die Pflegeausschüsse gesehen werden. Controlling ist notwendig, um die dort gemachten Vorgaben wirksam (sowohl für das Gesamtsystem wie für den betroffenen Träger) in die Arbeitswelt der Pflegebetriebe umzusetzen. Aber auch, um die Betriebsergebnisse und -eckwerte adäquat in den Diskussionsprozeß der Pflegeausschüsse zurückzumelden.

¹⁰ Ein Beispiel hierfür: Gleichwohl „bei ambulanten Diensten der örtliche Einzugsbereich in den Versorgungsverträgen so festzulegen (ist), daß lange Wege möglichst vermieden werden“ (§ 72 (3)), wird sich der Aufwand für die Erreichbarkeit in der Häuslichkeit regional wesentlich unterscheiden.

6.3.2. Überbetriebliche Steuerung: Gemeindemoderation und Caremanagement¹¹

Die Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger basiert nur zum Teil auf der Tätigkeit der Pflegeeinrichtungen. Sie hängt darüber hinaus entscheidend von der gesamten „Infrastruktur der Nachbarschaft“ und dem Versorgungsangebot in der Gemeinde ab. Bevor also auf die Koordination der Hilfen im Einzelfall eingegangen wird, wie sie durch die Pflegekassen gemäß § 12 (2) SGB XI zu erfolgen hat, soll hier jene Abstimmung diskutiert werden, die auf der Einrichtungsebene und innerhalb eines Versorgungsraums bzw. des „örtlichen Einzugsbereiches“ (§ 72 (3) 3 SGB XI) zu leisten ist. Neben den „Einrichtungen“ im Sinne des PflegeVG sind dabei weitere Angebote zu berücksichtigen, wie das Versorgungsangebot des Wohnungsmarktes (siehe § 40 (4) SGB XI „Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes“). Von besonderer Bedeutung sind weiterhin die diversen Selbsthilfegruppierungen und -organisationen der Senioren. Es gilt, „humane Pflege“ so zu organisieren, daß die haupt- und ehrenamtlichen Pflegekräfte ebenso Berücksichtigung finden wie Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen (§ 8 (2) 3 SGB XI).

Insgesamt soll die *Gemeindemoderation* bewirken, daß die arbeitsteiligen Angebot für Hilfe- und Pflegebedürftigen mit einer vergleichbaren Zuverlässigkeit und organisatorischen Gewähr angeboten werden wie die traditionellen stationären Leistungen. Für die *Qualität* der offenen, ambulanten Angebote ist es entscheidend, daß sie zurechenbar und vernetzt sind. Die Steuerung auf der Gemeindeebene zwischen und mit den Anbietern schafft die *Voraussetzung*, daß auch „im Einzelfall... (die) Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen“ kann (§ 12 (2) SGB XI).

Nicht nur der Selbsthilfeansatz, sondern auch die Eigenverantwortlichkeit der unterschiedlichen Betriebe legen es nahe, von dem Wort der Koordination in diesem Zusammenhang *deutlich* Abstand zu nehmen. Sowohl das Konstrukt der „selbständig wirtschaftenden Einrichtung“ als auch der Selbsthilfeansatz widersprechen einer direkten Steuerung der Betriebe und Gruppen auf der Angebotsebene. Andererseits stellt sich jedoch die Frage, wie das Miteinander aktiv befördert werden kann. Bleibt man im Bild eines neuen, offenen Pfl-

¹¹ siehe auch Kapitel 5.1.3 und 5.4

gemarktes, dann richtet sich das Augenmerk auf all jenen Rahmenbedingungen, die ein dynamisches Marktgeschehen erlauben und befördern. Im folgenden sollen die wichtigsten Funktionen einer dauerhaften *Gemeindemoderation* (Winter/Asam/Heck 1993; Asam/Heck 1995) beschrieben werden, um die Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftige innerhalb der Gemeinde flankieren zu können:

- (1) Umfassende *Informations- und Öffentlichkeitsarbeit* über alle versorgungsrelevanten Fragestellungen.
- (2) *Vereins- und Organisationsberatung* einschließlich organisatorischer Vorleistungen und Unterstützung für deren Praxis.
- (3) *Initiierung und Beratung vor Selbsthilfegruppen*.
- (4) *Dokumentation* aller altenbezogenen Veranstaltungen und Maßnahmen einschließlich der Auswertung laufender Erfahrungen und ihre Nutzung für die weitere Entwicklung.
- (5) Organisation eines regelmäßigen *Erfahrungsaustausches* zwischen allen Akteuren in der Gemeinde, wobei den Besonderheiten der Ehrenamtlichen Rechnung zu tragen ist.
- (6) *Geschäftsführung* einer *Arbeitsgemeinschaft*, in der alle Träger, Organisationen und Anbieter ihre Maßnahmen und Dienste abstimmen können.
- (7) *Vermittlung und Zusammenarbeit* auf der Einzelfallebene mit dem MDK bzw. einer Clearingstelle.
- (8) Unterstützung und Mitwirkung bei der *Fort- und Weiterbildung*, insbesondere, wenn es um die Qualifizierung der Altenarbeit in der Gemeinde geht.
- (9) Erstellung und Pflege einer *Infrastrukturdatei* mit allen altenbezogenen Angeboten.
- (10) *Mitwirkung und Vertretung* der altenbezogenen Sachfragen in *Gemeindegremien* und in anderen Planungsgruppen.

Die wesentliche Funktion der Gemeindemoderation besteht in der *Vernetzung* aller Akteure und Angebote auf der Gemeinde- und Betriebsebene. Die Gemeindemoderation stellt eine aktive Schnittstelle zur Sicherstellung der Pflege im Einzelfall durch die Pflegekassen bzw. den MDK dar. Diese Querverbindung zwischen Gemeindemoderation und Casemanagement, wie sie in Kapitel 6.4.1 ausgeführt ist, macht die Ausführungen zu vergleichbaren Modellen und Erfahrungen aus Großbritannien deutlich: „Care Management halte ich

für das ‚Management von Case Management‘ und finde es daher mehr systembezogen und auf einer höheren Etage der Organisation tätig als es die Koordination und Organisation der Fürsorge für den einzelnen Klienten erfordert“ (Challis zitiert in Wendt 1991a, S. 47). In dem Umfang, wie Leistungen des PflegeVGs so ausgerichtet werden sollen, daß sie subsidiär an die Selbsthilfe angelagert und in die „kleinen sozialen Netze“ eingewoben sind, gilt es, von diesen ausgehend entsprechende Moderationsformen zu finden. Es wird entscheidend darauf ankommen, daß jede einzelne Pflegeleistung in den Alltag der Nachbarschaft und der Gemeinde integriert werden kann. Die zahlreichen Ansätze in Großbritannien und den USA – unter der Bezeichnung „Community Care“ – unterstreichen die strukturelle Bedeutung der Gemeindemoderation, wenn es darum geht, eine zurechenbare Alternative zur stationären Unterbringung zu organisieren (Wendt 1991a, S. 46 ff).

6.4. CASEMANAGEMENT UND PFLEGEDOKUMENTATION: DIE FALLBEZOGENE PFLEGEABSICHERUNG

Innerhalb des Pflegebudgets und der öffentlichen Pflegeinfrastruktur haben die Pflegekassen einen Sicherstellungsauftrag gegenüber ihren Versicherten. Auf der individuellen Ebene haben sie den Auftrag, die „zur Verfügung stehenden Hilfen“ *im Einzelfall* so zu koordinieren, daß „ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, rehabilitative Maßnahmen, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen“ (siehe § 12 (2) SGB XI). In örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften sollen sie bei Mängeln in der Versorgungsstruktur mit allen Beteiligten zusammen darauf hinwirken, daß diese abgestellt werden (§12 (1) SGB XI). Zur Sicherstellung der Pflege im Einzelfall wie auch zur Klärung eventueller Mängel im Versorgungssystem, die sich auf dem Einzelfall auswirken, stehen den Pflegekassen zwei Instrumente zur Verfügung, die sich gegenseitig stützen und ergänzen, jedoch in ihrer Funktion und Zielrichtung unterschiedlich sind: Casemanagement (siehe Abschnitt 6.4.1) und Pflegedokumentation (siehe Abschnitt 6.4.2).

6.4.1. Casemanagement und Clearingstelle

Erst in den letzten Jahren wird in Deutschland die fallbezogene Unterstützung und Steuerung der Versorgung Pflegebedürftiger ernsthaft diskutiert und erprobt (siehe Wendt 1991).

(1) *Der gesetzliche Auftrag:* Die Voraussetzung zu einem fallbezogenen Steuerungsverfahren schafft das PflegeVG, in dem es im „Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ (§ 18 SGB XI) die wichtigsten Elemente direkt vorschreibt. Die Durchführung hat der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zu gewährleisten. Das PflegeVG beschreibt die folgenden Aufgabenstellungen:

(a) Der MDK hat „Feststellung darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind“ (§ 18 (1) 2 SGB XI). Dies bedeutet, daß der MDK ein *Versorgungspaket* („Package of care“; Wendt 1994, S. 6) für den Einzelfall zusammenstellt.

(b) Dies erfolgt im Wohnbereich des Versicherten (§ 18 (2) 1 SGB XI). Damit kann eine zielgenaue Abstimmung *innerhalb des häuslichen Versorgungsarrangements* gewährleistet werden. Es umfaßt nicht nur die räumliche, sondern auch die personelle Komponente.

(c) „Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.“ (§ 18 (2) 5 SGB XI). So wird nicht nur eine *Kontrolloption* eingefügt, sondern auch der *Prozeßcharakter* verdeutlicht.

(d) Der MDK soll *weitere Personen*, die gewisse Diagnosekompetenz haben, mit heranziehen. Zum einen ist dies der behandelnde Arzt (§ 18 (3) SGB XI), zum anderen „Pflegefachkräfte und anderen geeigneten Fachkräften“ (§ 18 (6) SGB XI). Bei letzteren handelt es sich nicht nur um solche Personen, die Einzeldiagnosen stellen, sondern auch um solche, die die Versorgung gewährleisten und aus der praktischen Kenntnis des Pflegefalls heraus eine detaillierte Fallkenntnis besitzen.

(e) Das Ergebnis seiner Arbeit hat der MDK in einem „*individuellen Pflegeplan*“ (§ 18 (5) SGB XI) festzuhalten.

Damit sind die direkten Grundvoraussetzungen für Casemanagement gegeben; sie werden wesentlich abgerundet durch:

(f) Die *Verknüpfung zwischen Selbsthilfe und der professionellen Pflege*, die sich aus den allgemeinen Vorschriften ableitet (siehe insbesondere § 8 SGB XI).

(g) Die Analyse des MDK ist für *andere Leistungsträger* wie den Sozialhilfeträger für ergänzende Leistungen bindend. Entsprechend fundiert hat die Analyse zu sein. Im Gegenzug kommen die Diagnosekapazitäten der Leistungsträger ins Spiel.

(h) Die Versorgungspakete sind nicht nur auf die pflegerisch-materielle Dimension zu beziehen, sondern umfassen die *gesamte Versorgungslage* der Pflegebedürftigen. Zum Leistungskatalog gehören daher auch die Wohnsituation (§ 40 (4) SGB XI) sowie die generelle Aktivierung und das Bedürfnis nach Kommunikation (§28 (4) SGB XI).

(i) Generell hat der MDK die *Gesamtsituation der Häuslichkeit* im Auge zu behalten. Dies betrifft nicht nur die zielgenaue Organisation der Sachleistungen in der Häuslichkeit, sondern auch jene, bei der die Hilfestellung durch ein „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe“ (§ 37 SGB XI) erfolgt.

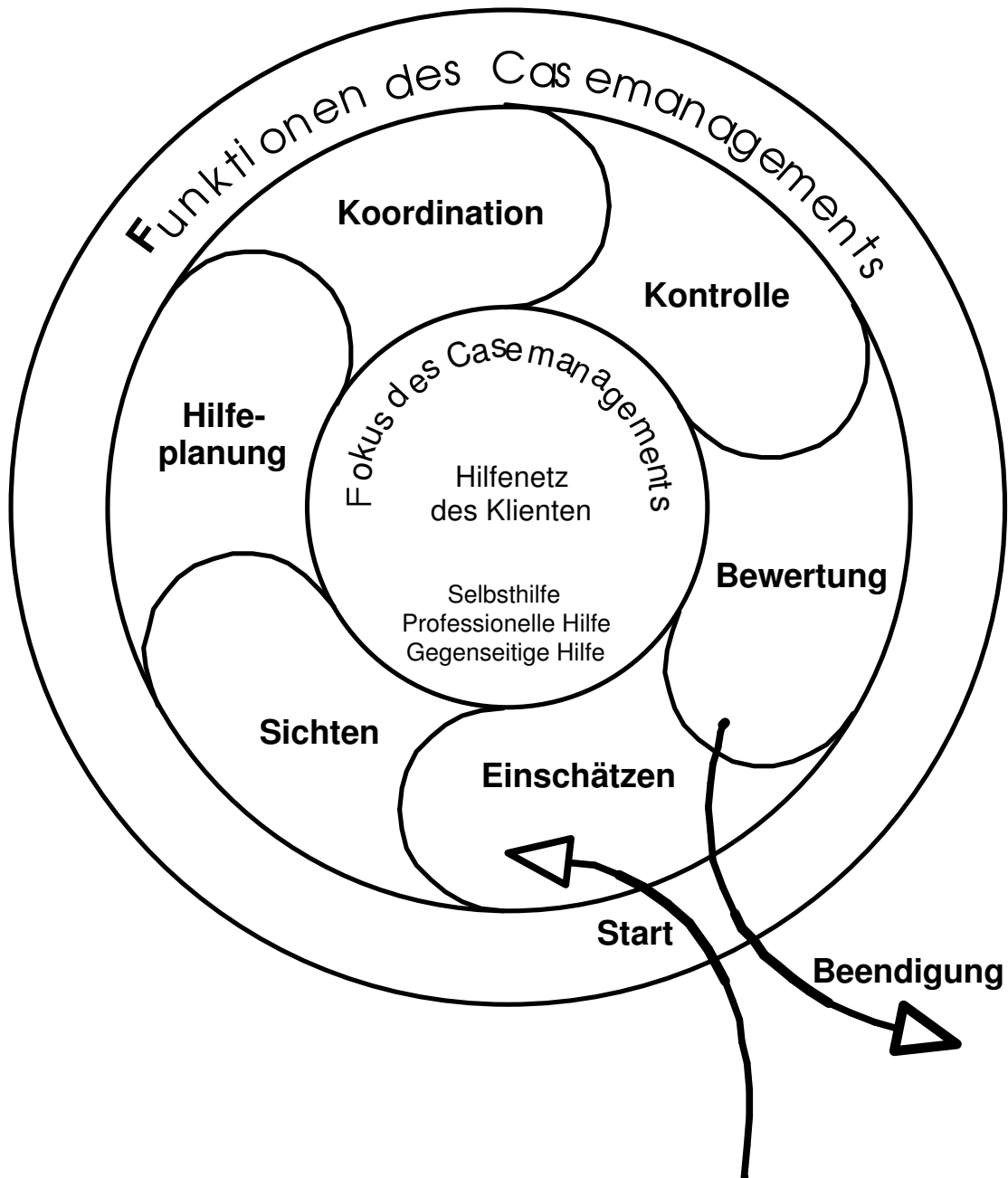
(2) *Das Konzept*: Das Verfahren des Casemanagements entspricht in der Grundidee einem kybernetischen Regelkreislauf und korrespondiert auf der individuellen Ebene unmittelbar mit den Steuerungskreisläufen der betrieblichen und überbetriebliche Ebene.

Der *Kreislauf des Casemanagements* besteht aus sechs Schritten (Wendt 1993a)¹²:

(a) *Einschätzen*: Pflegefälle und Fachkräfte schätzen gemeinsam die Situation ein und überlegen, was getan werden muß. (= Assessment)

¹² Bei Wendts Verfahren haben wir den ersten Schritt „Finden“ gekürzt, da er davon ausgeht, daß Casemanagement bei einem Anbieter angelagert ist und das Finden quasi ein Marketinginstrument ist. Mit Verabschiedung des PflegeVGs und der Beauftragung des MDK ändert sich die Zugangsproblematik des Pflegefalls grundlegend. Was bislang nur als sozial motiviertes Aufsuchen von Klienten dargestellt werden konnte, wird nun in der Marketingrolle deutlich. Dafür wurde der zweite Schritt des „Sichtens“ eingeführt.

Abbildung 11: Funktionen des Casemanagements



(nach Wendt 1991a, S. 26)

(b) *Sichten*: Es werden die zur Verfügung stehenden Angebote und Dienste gesichtet. Sowohl das professionelle wie das ehrenamtliche Angebot wird gemeinsam hinsichtlich der Einsetzbarkeit im Einzelfall untersucht.

(c) *Hilfeplanung*: Disposition und schriftliches Festhalten, wer was tut. Die formellen und informellen Möglichkeiten werden kombiniert und zu einem Bündel von Versorgungsleistungen geschnürt.

(d) *Koordination*: Die Leistungen der Anbieter werden auf den Einzelfall bezogen und verlässlich abgesprochen.

(e) *Kontrolle*¹³: Wie läuft das Geplante? Sind die Standards erfüllt? Parallel zum längerfristigen Versorgungsprozeß werden bei den Anbietern fortlaufend Informationen eingeholt.

(f) *Bewertung*: Welche Ergebnisse sind erzielt worden? *Neueinschätzung* des Bedarfs oder *Abschluß* der Versorgung.

Gerade durch den Vorrang der *Prävention* und der *Rehabilitation* wird das Verfahren des Casemanagements zwingend erforderlich. Denn nur so kann die *positive Bindung an eine Zielerreichung* auch in den Versorgungsprozeß als begleitende Steuerung im Einzelfall eingebracht werden. Die Leistungsträger haben auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der erstmaligen Diagnose nicht nur die Pflicht, unter dem Gesichtspunkt der Kostenersparnis überflüssige Leistungen einzustellen. Sie sind darüber hinaus *proaktiv* dafür verantwortlich, daß die erbrachten Leistungen darauf hinwirken, „Pflegebedürftigkeit zu überwinden“ oder „Verschlimmerungen zu verhindern“ (§ 5 (2) SGB XI).

Kennzeichen von Casemanagement sind (in Anlehnung an Wendt 1993a):

(a) Casemanagement ist ein Verfahren, um im Einzelfall die nötige Versorgung und Pflege zielwirksam zu organisieren.

(b) Casemanagement umfaßt eine Reihe von Funktionen, die aufeinander aufbauen und in sich greifen, um den gesamten Versorgungsprozeß im Einzelfall zu steuern.

(c) Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Betroffenen sind zentrale Aufgabe im Casemanagement.

¹³ = „»Monitoring« schließt Prüfung, Revision, Informationsverarbeitung und Berichterstattung ein“ (Wendt 1991b, S. 35)

(d) Das Selbsthilfepotential wird individuell mit dem Dienstleistungsangebot vernetzt.

(e) „Gemanagt“ wird das zielgerichtete Handeln und der effiziente Einsatz von Ressourcen.

(f) Die gemeinsame Disposition und Bewertung macht den sozialpflegerischen Versorgungsprozeß für alle Beteiligten transparent.

Wolf Rainer Wendt bringt das Wesen von Casemanagement – in Abgrenzung zur klassischen Einzelfallhilfe – wie folgt auf den Punkt: „Zu ‚managen‘ ist nicht eine Person, sondern das soziale Umfeld und *der Haushalt* des alltäglichen und des systematisch regulierten Miteinanders unter Einbeziehung verschiedener Ressourcen“ (Wendt 1991a, S. 54)

(3) *Die Organisationsform: Clearingstelle:* Casemanagement ist nicht auf einzelne Funktionen oder Personen zu beschränken, sondern beschreibt einen umfassenden Managementansatz. Der MDK hat das Konzept zu gewährleisten, kann und soll dazu aber unterschiedlichste Personen, Professionen und Institutionen hinzuziehen (siehe Kesselheim 1994). Als Organisationsform bietet sich deshalb an, das Casemanagement innerhalb einer *Clearingstelle* zu verorten.

Bisherige Ansätze¹⁴ in Deutschland, die im Sinne von Casemanagement den Einzelfall über das Dienstleistungsangebot beraten, die Leistungen vermitteln und die Leistungserbringung vernetzen, beinhalten eine wesentliche *Einschränkung*: Sie waren an einen Leistungsanbieter direkt angeschlossen. Aus den englischen Erfahrungen wird der zentrale Widerspruch derartiger Ansätze deutlich:

(a) Casemanager sind „*Gatekeeper*“, die den Zugang zum Versorgungssystem regeln. Indem sie die Diagnose stellen, begründen sie damit automatisch ein Nutzungsanrecht. Darüber hinaus verweisen sie den Anspruchsberechtigten an solche Anbieter, die Teil des Versorgungssystem sind. In unserem Fall bedeutet dies, den Pflegebedürftigen an *zugelassene* Einrichtungen zu vermitteln und dabei beispielsweise auf die Einhaltung von kurzen Wegen zu achten.

¹⁴ Konkrete Ansätze in Deutschland, die in Richtung einer Clearingstelle arbeiten, sind beispielsweise das Pflegeinformationsbüro in Münster oder die Koordinierungsstelle für ambulante Rehabilitation älterer Menschen des Sozialwerks Berlin e.V.

(b) Casemanagement kann auch soweit gehen, daß die *Budgetierung* bis auf den Einzugsbereich einzelner Casemanager heruntergerechnet wird, so daß dieser auch unmittelbar an das Kriterium der Wirtschaftlichkeit gebunden ist (vgl. Vass 1991; Greenwood 1994).

Daher ist *Casemanagement* bzw. die *Clearingstelle* außerhalb von Einrichtungen oder deren Trägerstrukturen anzusiedeln. Berücksichtigt man, daß darüber hinaus unterschiedliche Fachkräfte aus unterschiedlichen Institutionen mitwirken sollen, so ist es unter dem Gesichtspunkt der klaren Erreichbarkeit durch den Bürger wichtig, eine Anlaufstelle zu haben. In dem Umfang, wie jede der Personen, die ins aktive Casemanagement eingebunden sind, zum Beispiel auf eine aktuelle Infrastrukturdatei zurückgreifen muß, gilt es, diese zentral zu organisieren. Die Einbindung weiterer Personengruppen ergibt sich funktional dadurch, daß Fragen der Kostenträgerschaft innerhalb der betroffenen Kostenträger zu klären sind. Praktisch können auf diese Weise das Know-How und die Kapazitäten aller diesbezüglichen Institutionen genutzt und gebündelt werden. Der MDK soll keine neue Bürokratie aufzubauen, sondern durch „lean management“, „outsourcing“ und neue Informations- und Kommunikationstechniken das Gebot der Wirtschaftlichkeit gewährleisten. Die Clearingstelle ist Ausgangspunkt für flächendeckende Aufklärung und Beratung (§ 7 SGB XI) und entlastet dadurch die einzelnen Pflegedienstleister von ihrem Informationsaufwand. Sie stellt die fundierte Information so bereit, daß Anbieter wie Nachfrager gleichzeitig auf den gesamten Informations“pool“ zurückgreifen können.

6.4.2. Pflegedokumentation und Pflegeberichterstattung

Casemanagement endet dort, wo das Ziel der sinnvollen Versorgung des Einzelfalles erreicht ist. Die *Pflegedokumentation* greift über die Lösung im Einzelfall hinaus. Während Casemanagement innerhalb gegebener Versorgungsstrukturen wirken muß, schafft die Pflegedokumentation und -berichterstattung die Informationsbasis zur Verbesserung der Ausgangsbedingungen für die Versorgung von Einzelfällen. Erst durch die *systematische* Aufbereitung der Erfahrungen aus Einzelfällen kann in den Arbeitsgemeinschaften – und dann in den Pflegeausschüssen – die Überlegung angegangen werden, ob

die Versorgungsstruktur, so wie sie zu einem Zeitpunkt gegeben ist, wirtschaftlich ist oder nicht. Die Pflegedokumentation in diesem Sinne ist eher eine Datenschnittstelle zwischen den einzelnen Mitarbeitern und der betrieblichen sowie der überbetrieblichen Ebene als zwischen den Mitarbeitern.

Die Pflegedokumentation muß die Versorgungsverläufe des Einzelfalles innerhalb der gesamten lokalen Versorgungsstruktur und des jeweils gewählten Versorgungsarrangements nachzeichnen können. Dabei ist letztlich eine einzelfallbezogene, einrichtungsübergreifende Pflegedokumentation in engem Zusammenspiel mit dem Casemanagement anzustreben, da nur so (gegebenenfalls unwirtschaftliche) Substitutionseffekte erkannt und mittel- und längerfristige Wirkungsanalysen von Rehabilitationsmaßnahmen vorgenommen werden können. Grundlage dafür ist das neunte Kapitel des PflegeVG (§ 93-109 SGB XI „Datenschutz und Statistik“). Dort ist festgelegt, wer welche Daten zu welchen Zwecken speichern, mitteilen und verarbeiten darf; dies bezieht sich in erster Linie auf die Dienste und Einrichtungen, die Pflegekassen und den medizinischen Dienst. Von Interesse für die hier verfolgte Fragestellung ist der § 105 SGB XI „Abrechnung pflegerischer Leistungen“ und der § 109 SGB XI „Pflegestatistiken“. Demnach sind die Leistungserbringer nach § 105 (1) SGB XI dazu verpflichtet,

- (a) in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach *Art, Menge und Preis* einschließlich des *Tages und der Zeit der Leistungserbringung* aufzuzeichnen.
- (b) in den Abrechnungen *ihr Kennzeichen* (§ 103 SGB XI) sowie die *Versichertennummer des Pflegebedürftigen* anzugeben.
- (c) bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die *Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnis* nach § 78 SGB XI zu verwenden.

Vom 1. Januar 1996 an sind sie darüber hinaus verpflichtet, *maschinenlesbare Abrechnungsunterlagen* zu verwenden. Dies bedeutet, daß zum einen die Abrechnungen zukünftig in Form von Datenaustausch (direkt via Datenfernübertragung oder durch Standard-Speichermedien wie Disketten) vorgenommen werden müssen und zum anderen, daß durch die Notwendigkeit, Tag und Zeit der Leistungserbringung zu dokumentieren, organisatorische (planungsba-

sierte Leistungserfassung) und technische (Handeingabegeräte für jede Pflegekraft) Modifikationen der bisherigen Arbeitsweise notwendig sind, da nur so eine Erfassung dieser Daten ohne weitere arbeitsaufwendige Eingabe möglich ist. Damit verfügen die Pflegekassen zukünftig über die oben genannten Daten, zumindest bezüglich der durch sie finanzierten Leistungen.

Nach § 109 (1) SGB XI sind (neben anderen) die Träger der *Pflegeeinrichtungen* auskunftspflichtig gegenüber der *Bundesstatistik*, die unter anderem folgende Sachverhalte erfaßt:

- (a) In der ambulanten und stationären Pflege tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Berufsabschluß aufgrund einer Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung, Beginn und Ende der Pflege Tätigkeit.
- (b) Sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung und Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen.
- (c) Betreute Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Art, Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses.
- (d) In Anspruch genommenen Pflegeleistungen nach Art, Dauer, und Häufigkeit sowie nach Art des Kostenträgers.
- (e) Kosten der Pflegeeinrichtung nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern.

Nach § 109 (2) SGB XI ist der *MDK* auskunftspflichtig für eine Bundesstatistik, die folgende Sachverhalte umfassen kann:

- (a) Ursachen von Pflegebedürftigkeit.
- (b) Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen.
- (c) Pflege- und Betreuungsleistungen durch Pflegefachkräfte, Angehörige und ehrenamtliche Helfer.
- (d) Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation.
- (e) Maßnahmen zu Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität.
- (f) Bedarf an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen.
- (g) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

Wie die Statistik-Daten nach § 109 SGB XI genau erhoben bzw. mitgeteilt werden müssen, wird eine Rechtsverordnung der Bundesregierung regeln. Die Daten sind neben den statistischen Ämtern auch den „für die Planung und Investitionsfinanzierung der Pflegeein-

richtungen zuständigen Landesbehörden“ mitzuteilen. Die Befugnis der Länder, zusätzliche Erhebungen über Sachverhalte des Pflegewesens als Landesstatistiken anzuordnen, bleiben von diesen Vorschriften unberührt (§ 105 (3) SGB XI).

Mit diesen Vorschriften hat der Gesetzgeber einen grundlegenden Datenbestand definiert, der für alle in diesem Kapitel genannten Steuerungsansätze benötigt wird. Daneben wurde die rechtliche Grundlage für die umfassende Erhebung von Daten zur Evaluation und Steuerung der Pflegeinfrastruktur gelegt. Eine wesentliche Steigerung der Aussagekraft dieser statistischen Daten kann dadurch erreicht werden, daß die Daten des MDK über Bedarf und flankierende Maßnahmen auf Einzelfallebene den Leistungsdaten der Dienste zugeordnet werden können. Hierzu wären den Datenschutz berücksichtigende Vorkehrungen zu treffen bzw. Erhebungsverfahren zu definieren.

6.5. GEMEINSAMES PFLEGEMARKETING

An mehreren zentralen Stellen im Gesetzestext spricht der Gesetzgeber die gemeinsame Verantwortung der unterschiedlichen Akteure und Träger der Pflege an. Gemeinsam ist allen, daß sie auf unterschiedliche Weise und auf unterschiedlichen Ebenen dazu beitragen sollen, daß ein Versorgungssystem wirken kann, das einerseits Sicherheit gewährleistet und andererseits die notwendigen Freiheitsgrade beinhaltet, damit die unterschiedlichen Rollen wirksam werden und sich gegenseitig stützen.

Insgesamt soll ein Pflegemarkt geschaffen werden, auf dem Nachfrage und Angebot zu einem sinnvollen Ausgleich kommen kann. Vor dem Hintergrund, daß die finanzielle Implikation bzw. das Budget des PflegeVG auf absehbare Zeit einen größeren Rahmen als den momentan gegebenen zur Verfügung stellt, geht es folglich darum, wie ein Markt für die Pflege organisiert und so gesteuert werden kann, daß das Pflegeangebot optimiert wird. Ein *gemeinsame Marketing* der wichtigsten Gruppen stellt sich wie folgt dar:

(a) Die *öffentliche Hand* – Land und Kommunen – halten den infrastrukturellen Rahmen (auf dem Wege der Planung und Investitionsfinanzierung) vor.

(b) Die *Anbieter* betreiben innerhalb der definierten Versorgungsstruktur wirtschaftlich ihre Dienste.

(c) Die *Pflegekassen* kümmern sich darum, daß der einzelne Pflegebedürftige innerhalb der Versorgungsstruktur ein optimales, wirtschaftliches Versorgungsangebot erhält.

Perspektiven und Chancen innerhalb des Versorgungssystems werden durch einen gegenläufigen Steuerungsprozeß festgestellt und genutzt:

(a) Ausgehend vom *Einzelfall* wird die Pflege dokumentiert, Pflegequalität gesichert, die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Einrichtungen und des lokalen Versorgungssystems überprüft und in den laufenden Verhandlungsprozeß eingespeist.

(b) Durch Beobachtung des gesamten pflegerischen *Versorgungssystems* werden sich ergebende Makroeffekte auf der Infrastrukturebene konkretisiert, wobei insbesondere seine Verschränkung zu anderen Versorgungssystemen integriert und in die Verhandlungen über Versorgungsverträge eingebracht wird.

Bevor die informationstechnische Seite dieses Verfahrens erläutert wird, soll die rein *steuerungstechnischen Dimension* auf den Punkt gebracht werden: Bisher ist aus dem Gesetzestext die Bemühung zu entnehmen, daß man nicht nur alle Beteiligten entsprechend deren Fähigkeiten einbinden, sondern auch den Versorgungsprozeß selbst gemeinschaftlich anlegen will, so daß zwar ein Markt entsteht, der auf der Einrichtungsebene mit Konkurrenz belebt wird, aber steuerungstechnisch das gemeinsame Interesse der Kostenträger – Pflegekassen wie öffentliche Hand – als Treuhänder der Betroffenen zu einer gemeinschaftlichen Organisation des Pflegemarktes führen kann¹⁵.

¹⁵ Dies bedeutet nicht, daß es sich nicht lohnen würde, über direktere Beteiligung der Betroffenen nachzudenken und entsprechende Wege zu erörtern.