

Aus:

Walter H. Asam & Uwe Altmann

Geld oder Pflege

Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung

Kapitel 7:

Qualitätssicherung mit neuen Informations- und Kommunikationstechniken: Pflegetechnologien

Freiburg: Lambertus 1995

7. QUALITÄTSSICHERUNG MIT NEUEN INFORMATIONSD- UND KOMMUNIKATIONSTECHNIKEN: PFLEGEMONITORING

Die Entwicklung der Pflegeabsicherung von einem bürokratischen zu einem marktwirtschaftlichen System der Leistungserbringung unterwirft auch die bisher praktizierten Verfahrensweisen und –wege einer Kontrolle ihrer Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Die Steuerung dieses Leistungssystems setzt, wie wir im vorhergehenden Kapitel gezeigt haben, zudem ein hohes Maß an Transparenz des Marktgeschehens und der begleitenden Planungen voraus. Wirtschaftlichkeit, effiziente Verfahrenswege und hohe Transparenz lassen sich auf einen gemeinsamen Nenner bringen: ihre Realisierung setzt den schnellen und gezielten Zugriff auf qualifizierte Informationen, deren raschen Austausch und deren effektive Verarbeitung voraus. Wir widmen uns nach einer vertiefenden Problematisierung diese Grundfrage (Abschnitt 7.1) im folgenden Kapitel den technische Lösungsvorschläge zu. Moderne Informations- und Kommunikationstechniken schaffen als Handwerkszeug die Voraussetzung, daß diese Austauschprozesse mit vertretbarem zeitlichen und personellen Aufwand realisiert werden können.

Die „Pflegerichterstattung“ (Abschnitt 7.2) hat dabei die doppelte Aufgabe, sowohl für die reibungslose Versorgung im Einzelfall zu sorgen als auch die Datenbasis für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems als Ganzes zu stellen. Wir geben detailliert darüber Auskunft, welche Daten wo und wie zu erfassen sind (Abschnitt 7.2.1) und in welcher Form sie weitergegeben werden können (Abschnitt 7.2.2) und welche Möglichkeiten einer technischen Vernetzung zur Verfügung stehen (Abschnitt 7.2.3). Um der Gefahr einer Übertechnisierung und damit einer neuen Intransparenz zu begegnen, schlagen sie ein Verfahrenscontrolling (Abschnitt 7.2.4) vor. Die zentrale Bearbeitung von gemeinsamen Aufgaben an Netzknotenpunkten soll die einzelnen Beteiligten entlasten und ein Höchstmaß an Verwaltungsvereinfachung (Abschnitt 7.2.5) gewährleisten. Mit den budgetorientierten Planungsinstrumenten kann die Infrastruktur aufgrund der einzelfallbezogenen Informationen fortlaufend an-

gepaßt und optimiert werden. Wir beschreiben im Abschnitt 7.3.1 das in Großbritannien erprobte Simulationsmodell „balance of care“ und zeigen, wie es in Kombination mit der „Pflegebilanz“ als Kommunikationsinstrument für die planerischen Aufgaben des Pflegeausschusses herangezogen werden kann (Abschnitt 7.3.2).

Auch die partnerschaftliche Kommunikation (Abschnitt 7.4) der am Pflegemarkt beteiligten Akteure läßt sich auf eine technische Basis stellen: Im „Planlabor“ (Abschnitt 7.4.1) werden die Rahmendaten mit den Bestands- und Prozeßdaten abgleichen. Sie bündeln auf der gesamtwirtschaftlichen Ebene die Informationen, die für den Abschluß der Versorgungsverträge und damit die Weiterentwicklung des Pflegemarktes notwendig sind. Um die Effizienz der Arbeitsweise und damit die Qualität der Pflege zu verbessern und letztlich zu sichern, empfehlen wir die Einrichtung von moderierten Qualitätszirkeln (Abschnitt 7.4.2) für Pflegedienste und Arbeitsgemeinschaften.

Ein strukturierter und vernetzter Umgang mit Informationen führt dazu, daß sich alle Akteure auf ihre Aufgabe im Versorgungssystem konzentrieren können. Dies ist eine nicht unwesentliche Voraussetzung dafür, daß möglichst viel von dem zur Verfügung stehenden Budget auch bei den Pflegebedürftigen ankommt und hilft mit, die Qualität der Pflege langfristig zu sichern (Abschnitt 7.5.).

7.1. INFORMATION ALS BASIS QUALITÄTSORIENTIERTER STEUERUNG

„Steuerung“ verharrte über Jahrzehnte als theoretisches Konstrukt. Daten und Informationen über das, was es zu steuern gab, waren nicht zugänglich, die Kommunikation darüber entsprechend eingeschränkt. „Pflege“ stellt eines der prägnantesten Beispiele dafür dar: Solange man keine hinreichende Information zur Lebenslage Pflegebedürftiger hatte, war das Thema praktisch nicht bearbeitbar. Daß es Pflegebedürftige gab und gibt, ist unbestritten. Neu ist, daß über alle föderalen Ebenen wie auch in deren praktischen Verästelungen hinein die Lebenslage Pflegebedürftiger aufgezeigt und handhabbar wird.

Der Grundgedanke dieses Kapitels ist, daß ein Monitoringsystem die Voraussetzung dafür schafft, Transparenz für alle Beteiligten und alle Prozesse herzustellen. Diese Transparenz ist die Voraussetzung,

um den Handlungsrahmens der Pflegeabsicherung vertragliche auszugestalten. Wie in den vorangegangenen Kapiteln ausgeführt, erzwingt die Budgetierung bei gleichzeitigem Aufrechterhalten des individuellen Leistungsanspruches, sich bei Finanzfragen immer auch mit Sachfragen auseinanderzusetzen – denn sparen ohne Information und Sachverstand wird teuer. Diese Doppelsteuerung (im Sinne der gegenseitigen Abhängigkeit von Sach- und Finanzfragen) der Pflegeabsicherung bedarf einer informationstechnischen Grundlage, die bislang in der Infrastrukturpolitik nicht gegeben ist – und auch nicht „notwendig“ war, weil eine Budget-Begrenzung fehlte.

Das PflegeVG sieht dagegen auf den Ebenen der Gesamtwirtschaft, der Einrichtungen wie auch dem Einzelfall Pflegeplanung vor, die in unterschiedlichster Form die Verarbeitung von Daten und Informationen implizieren. Das Entscheidende dabei sehen wir darin, daß die rechtlichen Voraussetzung dafür geschaffen wurden, um die modernen Informations- und Kommunikationstechniken auch anzuwenden. Der Wille zur aktiven Steuerung und Balancierung des Pflegebudgets schlägt sich in zahlreich vorgesehenen Zugängen zu einer hinreichenden Daten- und Informationsbasis nieder.

Diese Daten sollen für alle relevanten *Steuerungsfragen* herangezogen werden, wobei das PflegeVG folgende Themenkomplexe explizit benennt:

- (a) Bedarfsfrage und Leistungserbringung (§ 94 (1) 3 SGB XI)
- (b) Beratung bzw. Casemanagement (§ 94 (1) 4, 6, 7, 8 SGB XI)
- (c) Kosten und Finanzierung (§ 94 (1) 5 SGB XI)
- (d) Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 94 (1) 6 SGB XI)
- (e) Qualitätssicherung (§ 94 (1) 6 SGB XI)
- (f) Budgetabklärung zwischen Kostenträgern (§ 94 (1) 9 SGB XI)

Dabei werden auch die unterschiedlichen Ebenen direkt angesprochen:

- (a) Einzelfallebene (§ 94 (1) 3, 4, 7, 8 SGB XI)
- (b) Einrichtungsebene (§ 95 (1) 1 SGB XI)
- (c) Versorgungsräume (§ 95 (1) 2 SGB XI)
- (d) Landes- und Bundesebene (§ 95 (1) 3 SGB XI)

Mit diesem gesetzlichen Rahmen besteht konkret die Möglichkeit, die steuerungstechnischen Implikationen der Budgetierung und des Einzelfallanspruches in einem integrierten Monitoringsystem zu erfassen und zielgerichtet zu verarbeiten.

Die einschlägigen *Gesetze erlauben weitestgehend die datentechnische Unterstützung der oben skizzierten Doppelsteuerung*. Im folgenden kann deshalb sowohl der induktive wie auch der deduktive Weg der Informationsgewinnung beschrieben werden. Darüber hinaus benennen wir quantitative wie qualitative Methoden, wie die Daten *gemeinsam* verarbeitet und genutzt werden können (siehe auch § 96 SGB XI), denn die daten- bzw. dokumentationsbezogenen Vorschriften des PflegeVGs sind kein Selbstzweck, sondern immer unmittelbar an die Ausrichtung des Gesetzes gebunden: Ziel ist es, durch *gemeinsame* Verarbeitung der Information aller Beteiligten eine Maximierung des Pflegeoutputs bei gegebenem Budget zu erreichen. Greift man auf die in der Pflegediskussion häufig herangezogene Donabedianische Definition (1966) von Qualität als Relation von Mitteleinsatz und Aufwand, also von Output und Input, zurück, so wird deutlich, daß unsere ökonomische Zugangsweise nichts anderes ist als eine dynamische Optimierung dessen, was man sonst unter Qualitätssicherung versteht. Die aus der ökonomischen oder Qualitätssicherungsdiskussion abgeleiteten Steuerungserfordernisse werden nicht nur die Arbeitsweise der einzelnen Dienste stark verändern, sondern stellen auch vollkommen neue funktionale Anforderungen an die diensteübergreifende Organisation der Pflege und bestimmte Erfordernisse an die benötigten Daten.

Das zu lösende technische Problem besteht darin, entsprechende Daten zu erfassen, aufzuzeichnen, weiterzugeben und zu interpretieren, um aus den Basisdaten des Systems Steuerungsinformation generieren zu können. Diesen Datenerfordernissen muß eine entsprechende *Daten(verarbeitungs)infrastruktur* gegenüberstehen. Ein wichtiges Merkmal dieses „Steuerungs-Daten-Systems“ wird sein, wie genau und zeitnah die notwendigen Daten durch das System fließen können. Hierbei fällt dem intelligenten Einsatz moderner Datenverarbeitungs- und Kommunikationstechnik eine Schlüsselrolle zu.

Bedenkt man darüber hinaus den derzeitigen Erkenntnisstand, insbesondere den über die ambulanten Pflege, so *verschärft* sich der *Informationsauftrag* erheblich:

- (a) Zum ersten existiert derzeit in Deutschland kein Pflegedokumentationssystem, das ausgehend vom Einzelfall hinreichende, verallgemeinerbare Aussagen über Pflegeverläufe zuläßt;
- (b) zum zweiten sind Analysen von Pflegeinfrastruktur auf der Ebene von Versorgungsräumen eine Seltenheit.

Berücksichtigt man darüber hinaus, daß dokumentierte Einzelprojekte meist unter (verzerrenden) Modellkonstellationen arbeiten, dann spricht vieles für folgende Arbeitsthese: Wie die Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftige in Deutschland konkret erfolgt, ist weitgehend unbekannt. Mit anderen Worten: Die Pflege ist fast vollständig ein weißer Fleck auf der Versorgungslandkarte.

Gerade die seit Jahren erste Studie (Infratest 1993), die etwas zur Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftigen aussagen sollte, räumte eigentlich nur mit falschen Vorurteilen über Pflegeangeboten auf¹ (siehe Kapitel 2). Sie schildert, was die Versorgungsstrukturen nicht leisten, informiert jedoch nicht darüber, woran dies liegt.

Generell kann festgehalten werden, daß das bedeutendste Kriterium für Steuerung auf allen Ebenen unabhängig vom Gegenstand immer die *Verfügbarkeit relevanter Informationen* darstellt. Dabei spielt es keine Rolle, ob es um Fragen des Bedarfs, der Qualitätssicherung oder der Wirtschaftlichkeit bestimmter Einrichtungsformen geht – letztlich sind alle diese Fragen nur auf der Grundlage relevanter Informationen entscheid-, plan- und steuerbar. Die Quellen dieser Informationen sind durchaus unterschiedlich; für viele Zwecke werden jedoch zwingend Informationen aus dem laufenden Pflegegeschehen benötigt.

7.2. DIE INDUKTIVE PFLEGEBERICHTERSTATTUNG

Den Informationsfluß vom einzelnen Pflegefall vor Ort hin zu allen darüberliegenden Steuerungsebenen (vom Einzelbetrieb bis zur Bundesebene) bezeichnen wir als *induktiv*. Induktion bedeutet, daß vom konkreten Einzelfall auf übergeordnete abstraktere Zusammenhänge geschlossen wird. Die Datenbasis der induktiven Pflegeberichterstattung sind mithin Informationen über die Versorgungs-

¹ Indem sie jedoch nur sehr bedingt selber als „Versorgungsforschung“ angelegt war, liefert sie hierzu nur ebenso bedingte Ergebnisse.

struktur der einzelnen Pflegebedürftigen und deren Pflegearrangement. Als Quelle für diese Datenbasis können Informationen dienen, die im Prozeß des Casemanagements (siehe Kapitel 6.4.1) und der Dokumentation der entsprechenden Leistungsprozesse im Abrechnungssystem (siehe Kapitel 6.4.2) anfallen oder erhoben werden. Kernpunkt hierbei ist eine Datentechnik, die es erlaubt, beginnend mit der Einzelfalldiagnose eine kontinuierliche und handhabbare Datenerfassung durchzuführen. Die Daten sind nicht nur umfassend im Einzelfall zu sammeln, sondern auch so strukturiert und anonymisierbar zu halten, daß sie über mehrere Aggregatebenen weiterverarbeitet werden können.

Der *Nutzen* einer induktiven Pflegeberichterstattung läßt sich an folgenden Punkten festmachen:

- (a) Die Wirksamkeit der jeweiligen Einzelversorgung kann festgestellt und das Versorgungssystem dynamisch gelenkt werden.
- (b) Auf der Seite der Leistungserstellung können die Information für alle Fragen der Qualifizierung wie auch der Steuerung der Einrichtung verwandt werden.
- (c) Alle Daten zum Bedarf wie auch zu dem Prozeß seiner Deckung können integriert auf der Ebene der Versorgungsräume zusammengefaßt werden und die Informationsbasis für Verhandlungen über die Fortschreibung der Versorgungsverträge liefern.
- (d) Letztlich münden die Prozeßdaten auf der Bundesebene, wenn es beispielsweise darum geht, den Budgetrahmen zu hinterfragen.

Mit der induktiven Verarbeitung der relevanten Versorgungsdaten vom Einzelfall bis hinauf zur Bundesebene erhalten alle relevanten Stellen hinreichende und aktuelle Information über den Stand der Pflegeabsicherung.

Für die anerkannten Betrieb und Einrichtungen auf dem zukünftigen Pflegemarkt stellt sich die Frage, wie die Informationen aus dem Pflegegeschehen im Rahmen der Arbeitsabläufe sinnvollerweise festgehalten, verarbeitet, aufbereitet, verbreitet und zugänglich gemacht werden können. In diesem Zusammenhang bekommt der PC in der Pflege seinen besonderen Stellenwert – als Mittel, mit dessen Hilfe Informationen mit vertretbarem Aufwand festgehalten und

verarbeitet werden können. Zentral ist jedoch nicht das Gerät als solches, sondern die *Funktion*, die damit erfüllt werden soll².

7.2.1. Technik-basierte Datenerfassung

Einer der Vorteile der EDV ist es, daß einmal eingegebene Daten an verschiedenen Stellen weiterverarbeitet werden können, ohne nochmals manuelle Arbeiten nötig zu machen. Dies ist beileibe noch keine Selbstverständlichkeit, denn bis heute beherrschen in weiten Bereichen der Pflegeversorgung noch per Hand ausgefüllte Formulare und deren Transport auf dem Postweg die Verwaltungsvorgänge. Stellt man sich den zukünftigen Verarbeitungsweg auf dieser Basis vor, so ergibt sich folgendes Szenario:

Der MDK erfaßt auf einem Formular die Situation des Pflegebedürftigen sowie der Hilfeplan. Dieses Formular wird kopiert und an die Pflegekasse weitergegeben, dort erstmals in der EDV erfaßt. Eine weitere Kopie des Formulars geht bei Sachleistungsbezug an den Pflegedienst, der seinerseits dies (insoweit er mit geeigneter EDV ausgestattet ist) ebenfalls in seiner EDV erfaßt, diesmal als Hilfeplan (analog zu Verordnungen). Beim heutigen Softwarestand ist das weitere Vorgehen so, daß aus diesem erfaßten Hilfeplan ein neues Formular ausgedruckt wird, das der Pflegekraft beim Patienten sagt, was getan wird. Auf diesem Formular werden die praktisch erbrachten Leistungen eingetragen, innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (in der Regel monatlich) wird von diesem Formular im ambulanten Dienst die Leistungserfassung durchgeführt. Aus den so erbrachten Leistungen wird wiederum eine Rechnung geschrieben, diese Rechnung geht an den Kostenträger, der sie wiederum in seiner EDV erfaßt.

Die Zukunft kann aber auch anders aussehen:

Der einmal vom MDK erfaßter Datensatz wird auf elektronischem Weg an die Krankenkasse weitergegeben sowie an die zuständige Clearingstelle. Diese verteilt die einzelnen Leistungen auf die jeweiligen Dienste und gibt diesen gleich die benötigten Daten mit. Die Leistungen werden mit mobilen Datenerfassungsgeräten direkt vor Ort erfaßt und regelmäßig auf die EDV des Dienstes überspielt, wo automatisch eine Abrechnungsdatei für den Kostenträger (nach § 105 SGB XI) erstellt und an diesen übermittelt wird. Abgesehen davon, daß auf diese Art und Weise die Daten wesentlich schneller

² Die Auswahl der geeigneten gerätetechnischen Basis hierzu erfolgt letztlich nach Effizienzkriterien. (vgl. hierzu Kreideweis 1994).

beim leistungserbringenden Dienst sind als nach der herkömmlichen Methode, entfällt natürlich auch eine Menge an mehrfacher Erfassungsarbeit.

Neben den Eckdaten der Pflegeversorgung sind die *IST-Daten* des lokalen Versorgungssystems von wesentlicher Bedeutung. Die relevanten IST-Daten des Pflegegeschehens entstehen im Gesamtprozeß an zwei Stellen: zum einen bei der Hilfeplanung und andererseits bei der Durchführung der Pflege. Die eingehende Kenntnis darüber, was die Dienste leisten, ist unabdingbare Voraussetzung dafür, über die weitere Entwicklung des Versorgungssystems zu befinden. Ob die im § 109 SGB XI vorgesehenen Pflegestatistiken dieses Informationsbedürfnis hinreichend befriedigen, wird davon abhängen, wie die Statistik letztlich in der entsprechenden Rechtsverordnung definiert ist. Gegebenenfalls sind darüber hinaus weitere Schritte einzuleiten, um zu aussagefähigen und differenzierten Daten über das Pflegegeschehen zu gelangen.

Von Belang in diesem Zusammenhang sind auch die diagnostischen Daten des MDK. Diese geben nicht nur das Pflege-Soll eines konkreten Falles für die ambulanten Dienste vor, sondern sind eine hervorragende Datenbasis zum lokalen Pflegebedarf, da sie (mit Ausnahme von Nicht-Antragstellern) alle pflege- und hilfebedürftigen Personen umfassen – auch diejenigen, die die Geldleistung wählen und jene, deren Bedarf als (noch) zu gering eingestuft wird.

Jedoch nicht nur die Daten zur geleisteten bzw. benötigten Pflege sind wichtig: Ebenso werden Finanzierungsdaten, zum Beispiel im Rahmen des betrieblichen Controllings, benötigt. Auch werden notwendigerweise Daten zur Qualitätssicherung und -überprüfung generiert werden müssen. Alle diese im Rahmen einer umfassenden und aussagefähigen Dokumentation des Versorgungssystems anfallenden Datenmengen machen eine Standardisierung der Daten und ihre maschinelle Verarbeitung notwendig, um zu sinnvollen und weiterführenden Aussagen zu gelangen.

(a) Die erste Aufgabe besteht darin, diese Daten möglichst entstehungsnah und umfassend in die EDV einzuspeisen. Das heißt, nicht erst ein Formular auszufüllen, das dann (womöglich in mehrfacher Kopie) an andere Stellen geht und dort jeweils in die EDV eingegeben wird, sondern Daten sofort einzugeben und den so entstandenen Datensatz weiterzureichen.

(b) Die zweite Aufgabe besteht in der Festlegung der angemessenen Weitergabe, Verarbeitung, Anonymisierung und Interpretation dieser Daten – also der Steuerung des Datenflusses im Gesamtsystem. Ein besonderes, aber lösbares Problem ist dabei der *Datenschutz*. Ziel ist, daß jede Stelle exakt die Information hat, die sie zur Aufgabenerfüllung benötigt.

7.2.2. Von den Daten zur Information, vom Bedarf zum System

Die beschriebenen Daten sind erst einmal ein „großer Berg Zahlen“. Es liegt nahe, diese Daten für die eigenen Zwecke zu nutzen, sei es trägerintern oder im Rahmen des gemeinsamen Pflegemarketings. An diesem Punkt ist der Datenschutz zu berücksichtigen: Es dürfen für diese Zwecke keine personenbezogenen, das heißt nicht-anonymen Daten verwendet werden. Das ist aber nicht weiter problematisch, denn für die Zwecke der Planung und Steuerung ist es unerheblich, ob bestimmte Leistungen an Frau Meier oder Herrn Schulze erbracht wurden; wichtig ist hier lediglich die Struktur der Leistungen, ihre Qualität etc. Diese Information besteht nicht unbedingt aus Einzeldaten; für viele Zwecke (zum Beispiel Ausbildungs- und Personalplanung, Kostensatzverhandlungen, Bedarfsanalysen) werden zusammenfassende Auswertungen dieser „Rohdaten“ benötigt.

Eine weitere wesentliche Aufgabe besteht daher in der Konzeption und im Einsatz geeigneter Berichtssysteme. Diese können aber nur so gut sein wie die Ausgangsdaten, die sie benutzen. Das bedeutet, daß aus den „Rohdaten“ in einem ersten Schritt „Auswertungs-Datensätze“ erzeugt werden sollten, die einerseits anonym sind, andererseits aber über eine Kennung die Möglichkeit bieten, festzustellen, daß verschiedene in dem Datensatz festgehaltenen Leistungen an derselben Person erbracht wurden. Dies kann beispielsweise durch ein zwar durchgängiges, aber keinen Rückschluß auf die Person ermöglichendes „Statistik-Kennzeichen“ erreicht werden³. Aus diesen Datensätzen lassen sich gezielt zusammenfassende Auswertungen und Tabellen erstellen, die Aufschluß über die interessierenden Strukturen geben.

³ Über diese Kennung können auch kontrolliert bestimmte demografische Daten über die betreffende Person mitgeteilt werden, ohne daß eine Reidentifizierung ermöglicht wird.

Für jede Steuerungsebene gibt es typische Datenbedarfe und Zugangsweisen. Hierbei sind jeweils zwei steuerungsrelevante Datenarten zu unterscheiden: Bedarfsdaten und Leistungsdaten – man könnte auch sagen: Soll- und Ist-Daten. Bevor wir mit der Diskussion um die Systematisierung der Daten fortfahren, hier zunächst ein Überblick, wo welche Daten anfallen bzw. erhoben werden und wo welche Informationen benötigt werden:

(1) *Einzelfallebene*

(a) *Casemanagement/MDK*: Beim MDK fallen personenbezogene Daten auf Einzelfallebene an, und zwar persönliche Angaben, Diagnosen und individuelle Pflegepläne. Er benötigt Kapazitäts- und Qualitätsdaten der anerkannten Dienstleister.

(b) *Pflegekraft*: Sie liefert die Daten für die Pflegedokumentation und benötigt für ihre Arbeit umfassende personenbezogene Daten: Diagnosen, Pflegepläne und persönliche Daten der betreuten Person.

(2) *Einrichtungs-/Trägerebene*: Die einzelnen Pflegebetriebe erstellen Controlling-Daten, Finanzdaten und Leistungsstatistiken. Sie benötigen für ihre Arbeit Marketingdaten und Vergleichswerte.

(3) *Versorgungsraum/Gemeindemodell*: Auf der Gemeindeebene werden die Marketingdaten zusammengestellt. Hierfür benötigen sie Leistungsdaten der Dienste, Qualitätsdaten und Finanz(rahmen)daten.

Für den systematischen Umgang mit Steuerungsinformationen wurden zwei Instrumentarien entwickelt, die mit den Begriffen Management-Informationen-Systeme (MIS) und Management-Intelligence-Systeme (MINTS) beschrieben werden (Forte 1994):

(a) *MIS*: Ein Management-Informationen-System bietet die typische Auswertungsstruktur für Ist-Daten, beispielsweise für Leistungsstatistiken im Rahmen einer regelmäßigen Pflegeberichterstattung. In MIS-Systemen wird ein sich verändernder Datenpool mit einer konstant bleibenden Auswertungsstruktur zu Kenndaten „kondensiert“.

(b) *MINTS*: Mit einem Management-Intelligence-System werden Soll-Daten bearbeitet und unterschiedliche Szenarien berechnet. Bei diesen Systemen geht es darum, aufgrund relativ feststehender Eckwerte (zum Beispiel Kosten pro Pflegekraft) Entscheidungsoptionen modellhaft durchzuspielen und so bei der Entscheidungsfindung

hilfreich zu sein. Ein solches Modell wird in Kapitel 7.3.1. („balance of care“) vorgestellt.

7.2.3. Informationstechnik und Vernetzungsprozeß

Die Qualität der von einem arbeitsteiligen System erbrachten Dienstleistung hängt ihrerseits ganz wesentlich von der Qualität der Vernetzung zwischen den Akteuren ab. Die Qualität dieser Vernetzung hängt auch von der Möglichkeit jeden Akteurs ab, auf alle Daten bzw. Informationen des Netzes zuzugreifen. Begrenzt wird dieser allgemeine Zugang nur durch Erfordernisse des Datenschutzes. Das bedeutet, daß die Qualität dieser Koordinationsaktivitäten wesentlich auf der Verfügbarkeit, Übermittlung und Vergleichbarkeit von Fakten aus dem Pflegegeschehen beruht. Deshalb entstehen aus diesen Koordinationserfordernissen wesentlich höhere Anforderungen an Hilfeplanung, Hilfedokumentation und Casemanagement als heute in der Praxis üblich. Allein schon aus der mengenmäßigen Zunahme des Anteils professioneller, öffentlich finanzierter Hilfe ergibt sich also zwingend auch ein enormer Zuwachs des Aufwands für Hilfekoordination und Hilfemanagement, und zwar sowohl auf Fall- und Betriebsebene als auch auf der Ebene des Versorgungssystems.

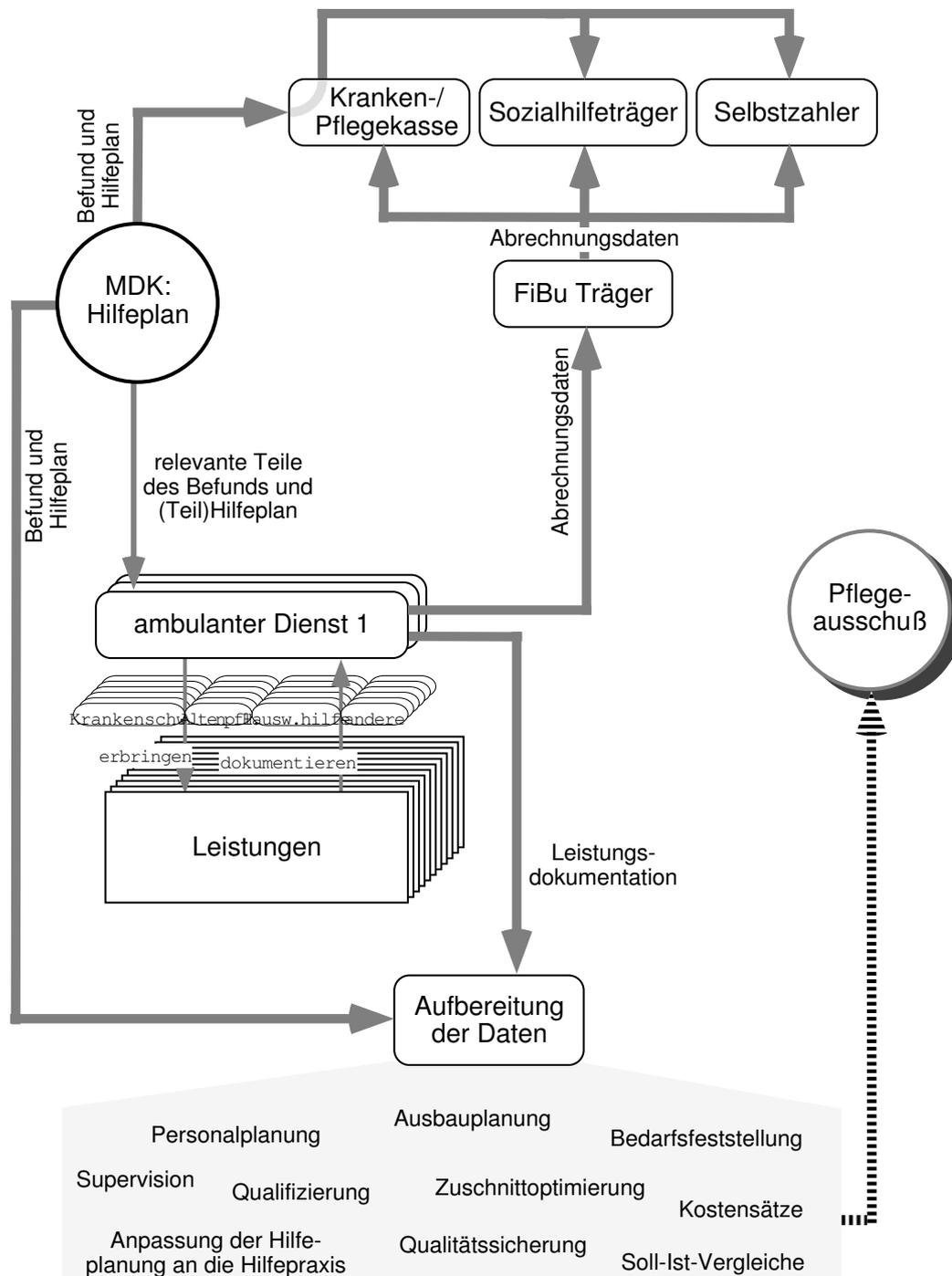
Die Zusammenarbeit von Diensten und Einrichtungen bedarf der gegenseitigen Information der Einrichtungen und Mitarbeiter zum konkreten Fall. Bei der Fülle an einzelnen Handlungen wird eine Fülle an Daten über sie produziert. Traditionelle Wege zur Gewinnung dieser Daten, deren Verarbeitung und Weitergabe gelangen rasch an ihre Grenzen. Telefongespräche mit Fallvermittlung oder örtlichen Arbeitsgemeinschaften sind zweifelsohne zentrale Kommunikationsmedien; Zettelkästen und ähnliches kommen aber bei der Menge an Daten als Instrument zur Informationsdokumentation und als Informationsbasis nicht mehr in Frage. Derartige „Datenverarbeitungstechniken“ sind heute nicht nur antiquiert; sie sind schlicht ineffizient. Wenn ein Aufgabenbereich derart wächst und mit ihnen die qualitativen Anforderungen, dann kann dieser Prozeß nur durch entsprechend anspruchsvollere Daten und Information und effizientere Kommunikation vorangebracht werden. Ziel ist es, allen Beteiligten die notwendigen Daten und Information zugänglich zu machen, so daß sie mit allen Partner in Austausch treten können.

Die Lösungsidee basiert darauf, moderne Informations- und Kommunikationstechniken (I&K-Techniken) zur Anwendung zu bringen, wie sie im sonstigen Wirtschaftsleben inzwischen üblich sind. Moderne EDV in Form (vernetzter) Personalcomputer stellt das Werkzeug zur Informationsgewinnung, -aufbereitung und -weitergabe dar und die Voraussetzung problemzentrierter und effizienter Kommunikation. Wie komplex ein solcher Datenfluß aussehen kann, ist schematisch in der folgenden Abbildung zum Datenfluß im ambulanten Pflegesystem für den Teilbereich der Leistungs-, Abrechnungs- und MDK-Diagnosedaten aufgezeigt.

I&K-Techniken betreffen demnach jede einzelnen Person, jeden Betrieb und das gesamte überbetriebliche Netzwerk - einzeln und als Ganzes. Datentechnisch generierte und aufbereitete Grundinformationen sind die Voraussetzung für sachgerechte Kommunikation. Wenn die Qualität der Versorgung und der Pflege von der Vernetzung abhängt und Kommunikation Zeit kostet, dann ist die Informationsbasis bei Minimierung des Kommunikationsaufwandes eine entscheidende Voraussetzung, um die Pflegequalität insgesamt zu optimieren. Die zeitnahe Verfügbarkeit der Steuerungsdaten an der Stelle, an der sie gebraucht werden, ist ein Technik-Problem und durch Einsatz moderner (I&K)-Technik lösbar. Die zum Datenschutz erforderliche Anonymisierung ist nur durch EDV zu leisten. Die in diesem System zu bewältigende Informationsmenge zwingt dazu, die übermittelten Informationen weitaus stärker zu strukturieren als bisher. Damit stehen andererseits mehr Auswertungsmöglichkeiten zur Verfügung, um aus der Fülle der Daten relevante Information herauszufiltern.

Der „Betrieb“ dieses Informationsflusses macht die Erfüllung neuartiger Funktionen durch geeignete „Vernetzungseinrichtungen“ notwendig. Diese „Knoten“ im Netz erlauben nicht nur die effiziente Vernetzung der Akteure auf der Einzelfallebene, sondern sind auch in der Lage, Daten über das Gesamtsystem auf der Versorgungsebene zu liefern. Die Vernetzungsarbeit ist in den anstehenden Größenordnungen des Pflegesystems erst durch den umfassenden Einsatz von EDV und damit verbundener Kommunikationstechniken leistbar. Wird diese Technik intelligent eingesetzt, ergeben sich jedoch mit relativ geringem Betriebsaufwand weit über die gegenseitige Fallinformation und Abstimmung hinausgehende Nutzeffekte für alle Beteiligten.

Abbildung 12: Datenflußim ambulanten Pflegesystem (Hauptbahnen)



7.2.4. Verfahrenscontrolling

Das Controlling, wie wir es in diesem Buch bislang diskutiert haben (siehe Kapitel 6.3), dient als Instrument zur betriebswirtschaftlichen Optimierung von *Betriebsergebnissen*. Auf der Infrastrukturebene, zu der auch die Pflegeberichterstattung gehört, ist der Output nicht das monetär meßbare Betriebsergebnis, sondern der *Handlungsvollzug* im Sinne der Art des Zustandekommens einer Entscheidung. Auch diese Art des Outputs auf überbetrieblicher Ebene kann einem Optimierungsprozeß unterzogen werden, Instrument hierfür ist ein *Verfahrens-Controlling* (Reichvilser 1976, S. 138 f.), das sich mit dem Kommunikationssystem beschäftigt. Seine Aufgabe ist der Vergleich von *SOLL- und IST-Kommunikation*. Das Verfahrens-Controlling läßt sich beispielsweise in Form eines „Informations- und Dokumentationszentrums“⁴ institutionalisieren. Diese Zentrum wäre verantwortlich für die Aufbereitung der im Pflegesystem verfügbaren Daten zu aussagekräftigen Informationen und handhabbaren Dokumentationen. Die Daten könnten so wieder in das Arbeitsfeld zurückgegeben werden, beispielsweise als:

- (a) Controlling-Informationen für die Kosten- und Einrichtungsträger.
- (b) Leistungs-/Pflegedokumentation für Planungszwecke.
- (c) Informationen zur Fort- und Weiterbildung/Schulung/Qualifizierung.
- (d) Information zu Belegung- und Auslastung für Pflegeplanung (MDK) und Clearingstelle.
- (e) Zentrale, leicht abfragbare Informationsdatenbestände, zum Beispiel Einrichtungs-, Vereins-, Angebots- und Aktivitätendatei, Fortbildung, Informationstexte für alle.
- (f) Gestaltung von Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit⁵.

⁴ Eine vergleichbare „Servicestelle“ wurde im Gesundheitswesen bis zur Vertragsqualität auf Bundesebene vorbereitet (Vgl. § 5 der „Vereinbarung über eine Rahmenempfehlung gemäß § 137 in Verbindung mit § 112 SGB V zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten“).

⁵ Zum Stellenwert solcher Datenbasen bzw. Informationssysteme z.B. im Rahmen betrieblicher und öffentlicher Controlling-Konzepte siehe Altmann 1992, 1995.

7.2.5. Verwaltungsvereinfachung

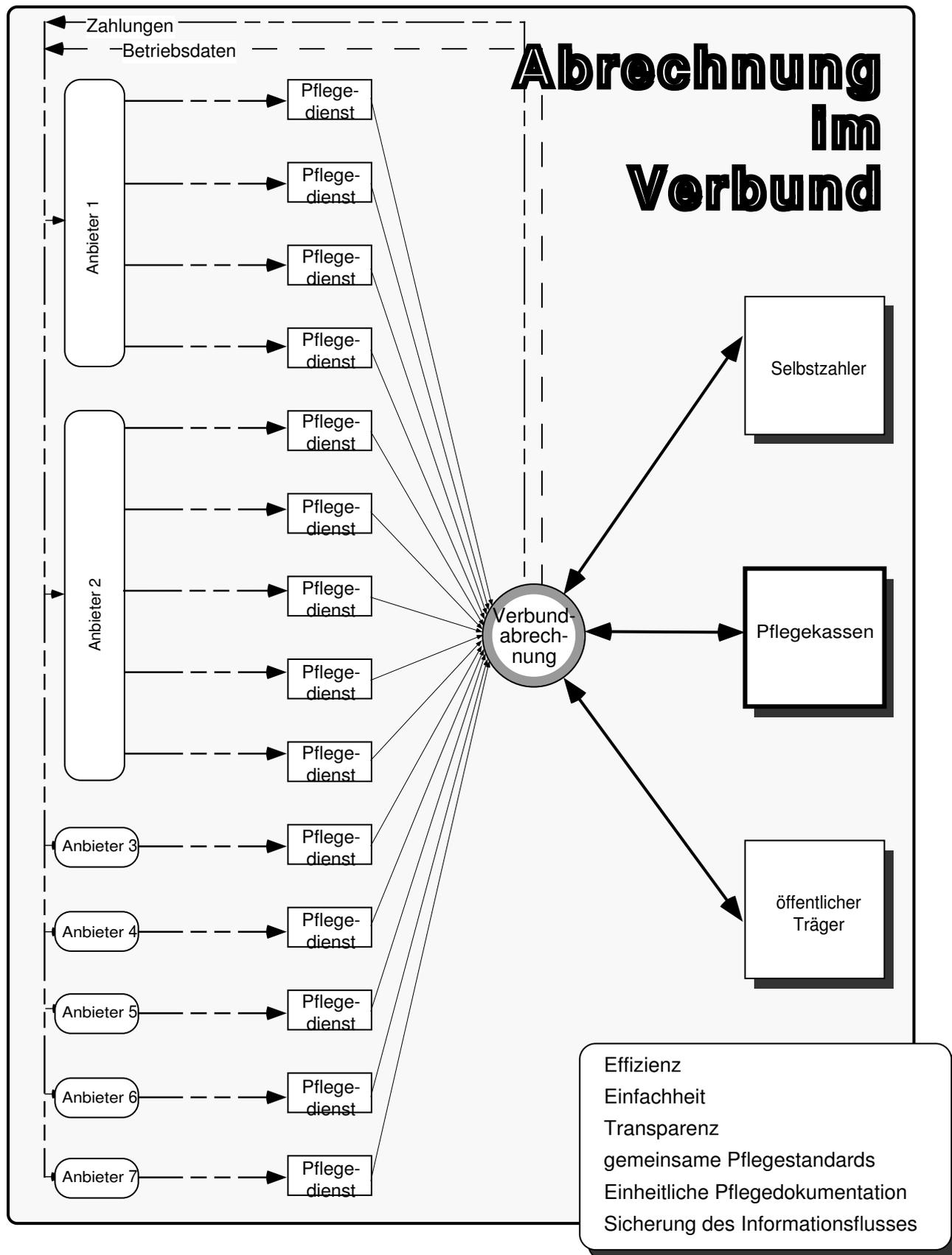
Ein weiterer zentraler Aspekt des zukünftigen Pflegesystems ist die professionelle Organisation des Finanzmanagements. Qualifizierte, kostendeckend betriebene Pflege setzt das wirksame Ausschöpfen des gegebenen Finanzpotentials voraus. Der Einsatz des notwendigen Finanzmanagements darf jedoch nicht zu Lasten des Pflegeeinsatzes gehen. Mit anderen Worten: Die faktische Pflegeleistung der ambulanten Dienste muß von der zunehmenden, jedoch pflegefremden Verwaltungsarbeit entlastet werden.

Wenn über die Zukunft der Pflege und neue Wege der Betreuung alter Menschen diskutiert wird, darf nicht nur die Ressourcenverwendung im Bereich der Pflege, sondern muß gerade auch die im Bereich der Verwaltung und Organisation von Pflege auf dem Prüfstand stehen. Es geht um die Frage, inwieweit die anstehende Netzwerk-Arbeit durch intelligente Ressourcen-Nutzung geleistet werden kann, ohne die Apparate aufzublähen. Auch unter dem Aspekt, möglichst viel des vorhandenen Budgets in die Pflege zu investieren und einen möglichst geringen Anteil für die Verwaltung auszugeben, sollte der diesbezügliche Aufwand für die Pflegebetriebe möglichst gering gehalten werden. Ein Modell zur Reduktion des Verwaltungsaufwands, das wir hier vorstellen wollen, ist die „Verbundabrechnung“ (siehe Abb. 13).

Vorbilder existieren in vielen Bereichen (vgl. auch Hoberg/Kohler 1993), so beispielsweise die zentrale Abrechnung der Hamburger Sozialstationen mit den Krankenkassen. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang auch noch die Rettungszweckverbände oder die kassenärztlichen Verrechnungsstellen, die ähnliches seit vielen Jahren erfolgreich praktizieren – mit unter Datenschutzgesichtspunkten mindestens ebenso empfindlichen Daten. Die für solche Verbundsysteme unverzichtbaren informations- und kommunikationstechnischen Voraussetzungen wie PCs und Netzwerktechnik sind verfügbar. Der notwendige Datenschutz ist gewährleistet.

Anders gewendet: Ohne professionelle I&K-Technik bleiben alle Steuerungs- und Vernetzungsbemühungen im Alltag der Pflege und ihres Managements stecken. Angewendet induziert I&K-Technik dagegen einen Qualifizierungsschub für die Pflege auf allen Ebenen.

Abbildung 13: Verbundabrechnung



Denn mit der Schaffung eines solchen (EDV-basierten) Informationsnetzes lassen sich (neben den Kosteneinsparungen) Netzwerk-Synergieeffekte wie die zeitnahe Rückkopplung der täglichen Praxis an die Aus-, Fort- und Weiterbildung erzielen. Andererseits ist leicht nachzuvollziehen, daß jede Lücke in diesem öffentlichen Informationssystem zum „blinden Fleck“ der Qualitätssicherung der Pflege werden muß. Der Aufwand, der für eine sinnvolle, arbeitsfähige und im Alltagsgeschäft tragfähige Vernetzung (also die Vernetzungs-Arbeit) geleistet werden muß, ist überhaupt erst durch moderne Informations- und Kommunikationstechnik leistbar; herausragendes Element sind PC-Netzwerke.

Voraussetzung für Qualifizierung und Qualitätssicherung ist es, den Rückfluß der Daten in die Pflege zu organisieren. Um ein *selbststeuerndes System der Verbesserung der Pflegequalität* zu realisieren, müssen Rückkopplungen vorhanden sein. Das heißt konkret, daß permanent Informationen über die Ergebnisse des Handelns an die Handelnden selbst zurückfließen müssen, damit diese ihre Handlungsweise optimieren können. Die Rückkopplung (manche sagen auch Rückmeldung) muß dabei alle für diese Prozesse relevanten Informationen enthalten und allen Personen und Einrichtungen, die sie benötigen, jederzeit zur Verfügung stehen (vgl. 7.4.2.).

7.3. DIE DEDUKTION DES PFLEGE-BUDGETS

Hilfe und Pflege vor Ort finden in einem Rahmen von Lebenslagen und Rechtsvorschriften statt, der in den Kapiteln 2 und 3 abgesteckt wurde. Bislang haben wir gesehen, daß die Versorgung und Pflege älterer Menschen ein komplexer Prozeß ist, bei dem idealerweise alle beteiligten Personen kooperativ zusammenwirken sollten (Kapitel 4) und der ein abgestuftes System einzelner Hilfen bzw. Dienste voraussetzt (Kapitel 5). Die Steuerung des Systems erfolgt über die drei Ebenen (Einzelfall-, Betriebs- und gesamtwirtschaftliche Ebene) und mündet letztlich in einem Versorgungsvertrag, der im Pflegeausschuß fixiert wird (Kapitel 6). Das Zusammenwirken für den Einzelfall setzt Information und Kommunikation über die gemeinsamen Handlungen voraus. Die reale Pflegeleistung begründet sich auf der informationellen Basis der gemeinsamen Informationsgewinnung und -verarbeitung und der Kommunikation über das Pflegegesche-

hen, wie sie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurde. Die Daten über dieses Pflegegeschehen ergeben das Grundgerüst des lokalen Pflegebedarfs und dessen Finanzierung. Sie zeigen insgesamt auf, wie die Kosten des fiktiven Budgets für den Einzugsbereich eines Pflegeausschusses entstehen. Umgekehrt kann man die Budgetdaten des PflegeVGs herunterrechnen und innerhalb gegebener Versorgungsstrukturen all jenen Fragen nachgehen, die sich aus dem Budgetierungsansatz ergeben. So läßt sich beispielsweise abschätzen, ob politisch gewollte Sachleistungsquoten bei gegebener Infrastruktur möglich sind, oder ob wegen Kapazitätsgrenzen Ausweicheffekt zwangsläufig entstehen. Den Einstieg in eine derartige Pflegebudgetierung haben wir in Kapitel 3.4 bereits aufgezeigt. Bevor wir im Sinne eines integrierten Systems seine Komplettierung skizzieren, möchten wir mit der „balance of care“ ein Referenzmodell aus England vorstellen. Es ist ein interessantes Beispiel dafür, wie durch geeigneten Einsatz von Datenverarbeitungstechnik Effekte aufgezeigt und Diskussionsprozesse gefördert werden können, die noch vor 15 Jahren undenkbar erschienen. Der wesentliche Vorteil des „balance of care“-Modells liegt darin, daß es PC-basiert und interaktiv arbeitet und so im Rahmen eines Treffens, einer Klausur oder einer Ausschußsitzung direkte Ergebnisse liefern kann.

7.3.1. Das Referenzmodell: „balance of care“

Mit der *Dezentralisierung* im Sozial- und Gesundheitswesen und der Einführung der *Budgetierung* steht England vor einer ähnlichen Situation wie wir in Deutschland (Greenwood 1994). Für die Bewältigung dieser Situation wurde das „balance of care“-Modell entwickelt. Auf der Basis eines Versorgungssimulationsmodells⁶ können mit Hilfe des „balance of care“-Modells alternative Versorgungsoptionen innerhalb eines Versorgungsraums auf der makroökonomischen Ebene errechnet werden, um auf diese Weise Rahmeneckwerte der Versorgungsstruktur festzusetzen. Das Modell dient der Unterstützung eines gemeinsamen Planungsvorgangs, in dem die zur Versorgung

⁶ Als Vorbild zu Konzeption eines Simulationsmodells zu den Auswirkungen des PflegeVGs auf die lokale Ebene diente uns das von Paul Forte und Tom Bowen bereits 1987 im Operational Research Service des Dept. of Health and Social Security, London, entwickelte computerbasierte Entscheidungshilfesystem „balance of care“. Das dazu komplementäre Casemanagement-Modell findet sich bei Greenwood (1994).

älterer Menschen notwendigen Dienstleistungen und deren Kosten ermittelt werden sollen. Faktisch zeichnet das „balance of care“-Modell exakt jenen Handlungsspielraum mit seinen finanztechnischen Implikationen nach, die in unserer Situation ausschlaggebend für den Abschluß von Versorgungsverträgen sein werden.

Das Modell der „balance of care“ beinhaltet zwei Dimension der Abwägung: Zum einen werden Bedarf und Bestand austariert. Die Bezugsgröße sind dabei Pflegefälle und deren Versorgungsoptionen. Es wird zwischen alternativen Sachoptionen ausbalanciert. Zum anderen wird das zur Versorgung bereitstehende Pflegebudget austariert: Die sachlichen SOLL- und IST-Konstellationen werden als unterschiedliche SOLL- und HABEN-Werte in ihrer monetären Dimension durchgerechnet. Interaktiv können damit mittel- und langfristige Versorgungs- wie auch Finanzeffekte abgeschätzt werden. Die Ebene des Einzelfalls mit seiner konkreten Bedarfslage läßt sich direkt in lokale Versorgungsinfrastruktur „umrechnen“. Dadurch sind sofortige Aussagen über die Angemessenheit und die Kosten alternativer Versorgungsinfrastrukturmodelle möglich.

Zum Vorgehen: Als Ausgangsbasis für die „balance of care“ werden zwei Modelle benutzt, ein Populationsmodell und ein Versorgungsmodell. Beide wollen wir hier kurz vorstellen:

(1) *Populationsmodell:* Das Populationsmodell beruht auf der Basis von Bevölkerungsstatistiken und Befragungen zur Schätzung von Versorgungsbedarfen. Ergebnis ist ein Mengengerüst für verschiedene Bedarfsgruppen (gebildet auf Basis physischer, psychischer und Einkommenslage sowie dem Grad sozialer Unterstützung) für das Zielgebiet, also die Anzahl zu versorgender Personen in jeder Bedarfsgruppe.

(2) *Versorgungsmodell:* Im ersten Schritt werden verschiedenen Formen der Versorgung (Krankenhaus, Hauswirtschaftshilfe, Essen auf Rädern, Tagesklinik etc.) die entsprechenden Kosten (pro Woche, pro Tag, pro Einsatz) zugeordnet. Für die eigentliche Modellbildung werden verschiedene alternative Versorgungsformen („care options“) für jede Bedarfsgruppe definiert, so beispielsweise:

- (a) Option 1: 52 Wochen/Jahr Pflegeheim.
- (b) Option 2: 5 mal/Woche Krankenschwester-Hausbesuch und 16 Std./Woche Mobile Haushaltshilfe.

- (c) Option 3: 5 mal/Woche Tagespflege und 4 Std./Woche Mobile Haushaltshilfe.
- (d) Option 4: ...

Für die verschiedenen Versorgungsoptionen können Nutzerpräferenzen festgelegt und maximale Einrichtungskapazitäten eingegeben werden oder die faktische Verteilung der Personen auf die Optionen aus einer von drei Modellregionen, in denen eine umfassende Analyse der Versorgungs-Infrastruktur und ihrer Nutzung vorgenommen wurden, übernommen werden.

(3) *Analyse*: Aus den Versorgungsoptionen und den Kosten einer Versorgungsform errechnet sich der finanzielle Aufwand für jede Versorgungsoption pro versorgte Person. Dies ermöglicht die Versorgung im Begriffen von Kosten und Versorgungsgraden durchzuspielen. Da die Kosten für jede Versorgungsform bekannt sind und die Anteile jeder Bedarfsgruppe für eine bestimmte Versorgungsform festgelegt werden können, lassen sich Gesamt-Versorgungsgrade und -kosten eines so definierten Versorgungsmodells errechnen und alternativen Versorgungsmodellen gegenüberstellen.

Der Effekt dieses Simulationsmodells besteht darin, daß man die finanzpolitischen Auswirkungen alternativer Versorgungsoptionen in einem Versorgungsraum *insgesamt* abschätzen kann. Damit kann geprüft werden, ob ein Gesamtbudget eines Versorgungsraums ausreicht, welche laufenden Kosten bzw. Betriebskosten bei unterschiedlichen Infrastrukturmodellen induziert werden oder wie die gesamte Versorgungsstruktur reorganisiert werden muß, um den Bedarf innerhalb der Budgetgrenzen zu decken.

7.3.2. Das deutsche Modell: Die Pflegebilanz

Eine einfache Anwendung des englischen Modells im Rahmen deutscher Verhältnisse scheitert vor allem deshalb, weil sich das Versorgungs- und Infrastruktursystem Englands nicht auf hiesige Verhältnisse übertragen läßt. Unabhängig davon zeigt es sehr anschaulich, wie derartige makroökonomischen Fragestellungen in einen partnerschaftlichen (politischen) Prozeß eingebracht werden können. Der absehbare Erfolg eines deutschen Modells liegt darin, daß über den induktiven Weg der Datengewinnung eine hinreichende „Fütterung“ eines Pflegebudgetmodells in absehbarer Zeit möglich ist. Man kann mit der in Kapitel 3.3 und 3.4 vorgestellten deutschen Version – der Pflegebilanz – die tatsächlichen Werte zu Bedarf und Leistung im Einzelfall, wie auch in Abhängigkeit zu unterschiedlichen Versorgungsalternativen und Einrichtungstypen simulieren.

Ausgehend vom Leistungsanspruch aus dem PflegeVG wird ein lokales Budget errechnet, das dann aufgrund der spezifischen Kosten jeder Versorgungsform und der spezifischen Bedarfslagen in Infrastruktur umgerechnet werden kann. Auch hier sind mehrere Modelle miteinander vergleichbar. Durch Variation der Systemparameter (besonders der Anerkennungs- oder Sachleistungsquoten) können schnell Effekte auf das lokale Versorgungssystem aufgezeigt werden. Ähnliche Vorgehensweisen sind auch mit den Ergebnissen einer (zukünftigen) Pflege- bzw. Versorgungsforschung denkbar. Alles in allem können so durch geeignete Datenverarbeitungsmethoden und Modellbildungen Soll-Werte des Pflegesystems gefunden werden, die als notwendige Richtschnur für die Diskussion um Steuerung, Bedarfsdeckung und Versorgungsverträge notwendig sind.

Die wesentliche *Eingabemodule* des Modells sind:

- (a) *Pflegebedürftigkeit*: Bedarf und Selbsthilfepotential (siehe Kapitel 2.)
- (b) *Pflegeangebot*: Personal und Einrichtung (siehe Kapitel 4. und Kapitel 5.)
- (c) *Controlling*: Kostensätze und Finanzierungsmodell (siehe Kapitel 6.)

Mit der „Pflegebilanz“ kann man die wesentlichen finanz- und infrastrukturpolitischen Effekte in ihren kurz- und mittelfristigen Folgen simulieren. Damit wird eine integrierte informationstechnische Basis geschaffen, die erlaubt, das Geschehen am Pflegemarkt *ex ante* abzuschätzen. Und zwar in Abhängigkeit davon, wie im Pflegeausschuß die Rahmenbedingungen durch den Versorgungsvertrag festgelegt werden. In Anlehnung an neuere Computer-Philosophie: *What you see is what you get*.

7.4. PARTNERSCHAFTLICHE KOMMUNIKATION

Pflege an sich und als Dienstleistung verstanden basiert auf einer partnerschaftlichen Kooperation und Koproduktion. Dies betrifft die Hilfeleistung im Einzelnen wie auch deren Rahmensetzung im Gesamten. Das vom Gesetzgeber angestrebte und eingebrachte Steuerungssystem des Marktes basiert auf der Annahme und dem *Grundsatz der vollständigen Transparenz*. Das bedeutet, daß jeder der Akteure zu allen relevanten Informationen nicht nur theoretisch Zugang hat, sondern tatsächlich darüber verfügt und mit ihnen arbeiten kann. Gleichwohl der Zugang formaljuristisch durch Gesetz gesichert bzw. gefordert werden kann, sehen wir eine andere Vorgehensweise als die Verlässlichere: Jeder der beteiligten Akteure in der Pflege ist nicht nur unmittelbar von der Information der anderen abhängig, sondern auch in der Durchführung an diese Partner gebunden. Die Vernetzung betrifft nicht nur die Akteure auf einer Ebene. Neben der horizontalen Vernetzung kommt die vertikale Vernetzung hinzu: Zwischen der Einzelfallebene, der betrieblichen wie gesamtwirtschaftlichen Ebene besteht ein unmittelbarer Informations- und Kommunikationsbedarf.

Durch Information und Kommunikation kann die Spannweite zwischen der Bedarfsdiagnose und Anspruchsdefinition des Casemanagements im Einzelfall und der gesamtwirtschaftlichen Rahmensetzung des Pflegebudgets positiv verarbeitet werden. Als Veranstaltungsort, wo derartige Informations- und Kommunikationsprozesse zusammenlaufen sind die *Pflegeausschüsse* (§ 92 SGB XI) und *Arbeitsgemeinschaften* (§ 12 (1) SGB XI) vorgesehen. Diese partnerschaftliche Kooperation manifestiert sich formal in den Verhandlungen zum Versorgungsvertrag. Das bedeutet: Wie gut oder schlecht die Ver-

sorgungsverträge sind, wird letztlich durch die Art und Weise der Informations- und Kommunikationsprozesse bestimmt. In den Pflegeausschüssen müssen Wege gefunden werden, wie alle *gemeinsam* mit dem zur Verfügung stehenden Budget umgehen können. Man würde sich täuschen, wenn man diese Überlegungen als Theorie einordnen würde. Vielmehr besteht unmittelbarer Handlungsbedarf. An verschiedenen Stellen des PflegeVGs (§§ 83 und 90 SGB XI) weist der Gesetzgeber auf klare Sanktionsinstrumente hin, die eingesetzt werden, wenn ein derartiger partnerschaftlicher Abstimmungsprozeß vor Ort nicht funktionieren sollte. Wenn der dezentrale Steuerungs- und Kommunikationsprozeß die gewünschten Ergebnisse nicht zeitigt, wird auf traditionelle, zentralistische Steuerungsinstrumente des Bundes zurückgegriffen.

Die Aufgabe besteht darin, alle relevanten Informationen so aufzubereiten, daß *alle* Akteure innerhalb eines Versorgungsraums ihre Sichtweisen einbringen und damit arbeiten können. Dies ist auch eine klassisch technische Fragestellung. In Folgenden stellen wir jeweils einen Ansatz vor, wie quantitative (Abschnitt 7.4.1 „Planlabor“) und qualitative (Abschnitt 7.4.2 „Qualitätszirkel“) Informationen aufbereitet und gemeinsam verarbeitet werden können.

7.4.1. Das Planlabor: Ein Kommunikationsinstrument für den Pflegeausschuß

Wenn das Ziel ist, daß allen Beteiligten alle für sie relevanten Daten und Information zugänglich sein sollen, so daß sie mit allen tatsächlichen oder potentiellen Partnern in Austausch und Kommunikation treten können, so kann sich dies nicht nur auf Einzelfallinformation im Rahmen des Casemanagements beziehen. Auch die Systemsteuerung eines gesamten Versorgungsraums muß zwischen den Akteuren abgestimmt werden können. Hierzu wurde von uns das „*Planlabor*“ entwickelt, um die Vielzahl der relevanten Daten handhabbar in den Kommunikationsprozeß einfließen zu lassen. Es geht letztlich darum, einen Abgleich der Rahmendaten mit den Bestands- und Prozeßdaten zu erreichen, um konkret Maßnahmen und Versorgungsverträge daraus abzuleiten.

Für all jene Fragen, die quantifizierbar sind und sich in monetären Größen ausdrücken lassen, schließen wir an den Ansatz der Pflegebilanz an. Ein solches Simulationsmodell soll alle Sachverhalte abbilden können, die sich innerhalb des Pflegebudgets darstellen las-

sen. Zunächst klingt dies theoretisch, aber in der Praxis läßt es sich unmittelbar konkretisieren: Alles, was sich irgendwie und irgendwann in einem Budgetansatz widerspiegelt, kann (damit) erfaßt werden. Dadurch sind alle Informationen integriert verarbeitbar, die sich in der Kostenrechnung der Einrichtungen niederschlagen und insgesamt die Rahmenbedingungen für Versorgungsverträge darstellen.

Der entscheidende Effekt besteht darin, daß man alle Betroffenen innerhalb eines Planlabors bzw. einer Klausursituation⁷ ermöglicht, sich *gemeinsam* Gedanken über die Folgen alternativer Rahmensetzung zu machen. Damit lassen sich *ex post* Leistungsprozesse analysieren und verstehen. Gleichzeitig können *ex ante* zukünftige Entwicklungsprozesse durchgespielt werden. Wobei eine wichtige Funktion darin besteht, allen Beteiligten gemeinsam die Folgen von *alternativen* Entwicklungspfaden zu verdeutlichen. Beispielsweise kann durchgerechnet werden, wie sich die durchschnittlichen Pflegeeinsatzzeiten bei gegebenem Gesamtbudget verkürzen müssen, wenn sich der Personaltarif um einen bestimmten Faktor erhöht. Ebenso kann abgeschätzt werden, wieviel mehr Zeit für die reine Pflege zur Verfügung steht, wenn sich durch kleinere Einzugsbereiche die Anfahrtszeiten bei ambulanten Diensten verringern.

Die *technischen Ausstattung* muß nicht nur so sein, daß sich komplexe Simulationsmodelle bewältigen lassen, sondern daß sie auch *unmittelbar interaktiv in einer Gruppensituation* zu bedienen ist, Stichwort: „Multimedia“⁸. Das Planlabor kann gewährleisten, daß auf allen Ebenen die jeweiligen Pflegepläne, die sich aus unterschiedlichen Versorgungsverträgen ergeben, gemeinsam durchgespielt werden können. Die Dynamik kommt dadurch ins Spiel, daß die Datenbasen aus den aktuellen, anonymisierten Werten der Arbeits- und Wir-

⁷ vgl. das Modell der *Planungszelle* (Dienel 1978); nur eben mit modernen Techniken der Information und Kommunikation!

⁸ Hierbei ist der Einsatz der Datenverarbeitung als eine „Hintergrund“-Dienstleistung zu sehen, da sie spezielles Wissen voraussetzt. Dies bezieht sich auf die Organisation der EDV ebenso wie auf die Erhebung, Organisation und statistischen Weiterverarbeitung der o.g. Daten. Dieses Wissen ist sicherlich nicht bei den einzelnen Diensten und oft auch nicht bei der öffentlichen Verwaltung vorhanden – trotzdem stellt nicht nur die Erhebung, sondern auch die *adäquate Aufbereitung* einschlägiger quantitativer Daten zum Bedarf und Bestand ein unverzichtbares Element der Steuerung des Pflegeversorgungsystems dar.

kungsbereichen aller Akteuren bestehen und jeder darüber informiert ist, wie sich sein Verhalten auf den Pflegemarkt in Abhängigkeit zu den anderen auswirkt.

Selbstverständlich bewirkt ein derartige Planlabor auch unmittelbare praktische Auswirkungen auf die Triebfeder des Marktes: den Gewinn. In dem Umfang, wie im Planlabor all jene Werte wiedergegeben werden, die im Prozeß entstehen, werden auch unmittelbare Aussagen zu Erlös-Kosten-Relationen und zur „Wirtschaftlichkeit“ gemacht. Bei positiven Erlös-Kosten-Relationen – die eigentlich nur ungedeckten Bedarf signalisieren! – werden weitere Anbieter auf den Markt drängen, bei negativen Erlös-Kosten-Relationen werden Anbieter aus dem Markt ausscheiden. Die Gewinnorientierung wird zu einer wesentlichen Eigenschaft des Pflegemarktes.

7.4.2. Moderierte Qualitätszirkel: Ein Weg nicht nur für Pflegedienste

Bei weitem nicht alle zur Steuerung der Pflege relevanten Fragen lassen sich im Rahmen von quantitativen Simulationsmodellen bearbeiten. Dies bezieht sich insbesondere auf die Entstehung und Vermittlung von Know-How, die Entwicklung geeigneter Organisationsmodelle und ähnliche Fragestellungen. Insoweit sich Qualitätssicherungs- und Controllingkonzepte (siehe Kapitel 6) nicht als reine Technologien verstehen, sondern auch handlungs- und motivations-theoretische Ansätze berücksichtigen, um ihre Akzeptanz und Umsetzung auf der Mitarbeiterebene sicherzustellen, werden Verfahren benötigt, die diesem personenzentrierten Ansatz gerecht werden. Hier haben sich in der Vergangenheit strukturierte Verfahren der Problem- bzw. Aufgabenbearbeitung bewährt, die unter der Bezeichnungen Moderations- oder „Metaplan“-Methode und „Qualitätszirkel“ bekannt geworden sind.

Der Vorteil beider Verfahren liegt darin, daß sie es ermöglichen, mit einer Gruppe von Personen aufgabenorientierte Arbeitsweisen zu praktizieren, die eine ausgesprochen hohe Effizienz aufweisen. Es bedeutet nicht nur, daß sie erlauben, in relativ kurzer Zeit zu praktikablen und gemeinsam akzeptierten Lösungen zu gelangen, sondern auch, daß das Problemlösungspotential dieser Methoden wesentlich höher ist als das anderer Verfahren (beispielsweise „Krisensitzungen“ oder „Krisenstäbe“). Dabei ergänzen sich die beiden genannten Modelle hervorragend: *Qualitätszirkel* sind auf der einen Seite formal

beschrieben als eine kleine Gruppe von Mitarbeitern, die sich regelmäßig freiwillig treffen, um Probleme aus ihrem Arbeitsbereich zu behandeln. Dies sagt noch nichts darüber aus, wie dies geschieht – hier kommt die *Moderationsmethode* zum Tragen. Diese trägt dem Umstand Rechnung, daß die an den Qualitätszirkeln zu beteiligenden Personen „Experten in eigener Sache“ sind, denen oftmals lediglich effiziente Kommunikationsstrukturen fehlen, um Verbesserungen ihres professionellen Handelns miteinander abzuklären und gemeinsam umzusetzen. Der externe Moderator wirkt wie ein Katalysator, der die Sachdiskussionen in die Gänge bringt und den Entwicklungsprozeß erleichtert.

An dieser Stelle sei ein Zitat aus der betriebswirtschaftlichen Fachliteratur zum Erfolg japanischer Unternehmen angeführt. Bullinger und Niemeier (1992) stellen bei der Auswertung der Erfahrungen deutscher Manager bei der Besichtigung japanischer Firmen fest:

„Alles was man...in Japan zu Gesicht bekommt, scheint nicht revolutionär zu sein. 'Das können wir auch!' ist eine oft gehörte Aussage...Erst mit der Zeit reift die Einsicht, daß in der Kombination einer 'Vielzahl von Selbstverständlichkeiten' und insbesondere deren konsequente Umsetzung das revolutionäre Konzept liegt...Es handelt sich um ein Produktionssystem, welchem es in besonderer Weise gelingt, Mensch, Organisation und Technik besser abzustimmen, zu integrieren, so daß eine Leistungsfähigkeit und Effektivität entsteht, die konventionellen Produktionssystemen überlegen ist.“

Die Arbeit mit bzw. in moderierten Qualitätszirkeln stellt eine zentrale Methode zur Herstellung dieser abgestimmten Verhältnisse dar. Dabei greift unser Verständnis weit über die klassischen, industriellen Anwendung hinaus. Dort wurde sie bislang eher auf der unteren Hierarchieebene praktiziert. Ähnlich den neuesten Umstrukturierungen in der Industrie unter dem Motto „lean management“ sind wir der Meinung, daß sich Qualitätszirkel auch für mittleren und obere Hierarchieebenen eignen, da ein wesentlicher Vorteil der *moderierten* Qualitätszirkel darin besteht, daß sie im Gegensatz zum ursprünglichen Qualitätszirkel-Konzept auch über mehrere Hierarchieebenen hinweg arbeitsfähig sind. Als Beleg verweisen wir auf ein Anwendungsbeispiel aus dem Krankenhauswesen (Mühlbauer 1992).

Die von uns an vielen Stellen als wichtige Voraussetzung genannte Systemtransparenz setzt voraus, daß im Rahmen gemeinsamer, zielorientierter Problemlösungsprozesse Verständigung über die gemeinsame Situation erzielt wird. In einem Feld, das sich wie kaum

ein anderes Patentrezept verschließt, scheint dies die einzig mögliche Vorgehensweise zu sein. Solche moderierte Qualitätszirkel können nicht nur in innerbetrieblichen Zusammenhängen erfolgreich eingesetzt werden, es lassen sich damit auch überbetriebliche Fragestellungen der Bearbeitung erschließen. Gerade in diesem Bereich ist eine qualifizierte externe Moderation besonders wichtig. Anders als in innerbetrieblichen Zusammenhängen, wo die Moderationskompetenz im Fortgang von den Teilnehmern mit dem Ziel des Wegfalls der externen Moderation erworben werden soll⁹, hat in überbetrieblichen Zusammenhängen der *Moderator* auch die Rolle des „unparteiischen Integrators“.

Einen weiteren Vorteil moderierter Qualitätszirkel sehen wir darin, daß durch die Moderationsmethode ein permanente Visualisierung, das heißt Dokumentation der Arbeitsschritte und Arbeitsergebnisse als integraler Bestandteil der Methode erfolgt. Diese sind eine hervorragende Grundlage zur Außendarstellung des Qualitätszirkels und zur Vermittlung der erzielten Ergebnisse. Insbesondere im Zusammenhang mit der oben dargestellten Methode des Planlabors, die es ermöglicht, auch quantitative Ergebnisse effizient in einen solchen Diskussionsprozeß einfließen zu lassen, ergeben sich so neue Perspektiven und eine wesentliche Verbesserung der Chancen für Innovationen im Pflegebereich.

7.5. QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PFLEGE

Qualitätssicherung in der Pflege ist eine Frage der Technik. Gerade wenn man sich verdeutlicht, wie komplex und miteinander verwoben die Handlungen der unterschiedlichsten Betroffenen auf dem zukünftigen Pflegemarkt sind, muß man die Frage beantworten, wie ein sinnvoller Informations- und Kommunikationsprozeß vonstatten gehen kann. Die finanzpolitische Ausbalancierung der Pflegebilanz bei gleichzeitiger Optimierung einer Pflege, die sich einer neuen Helferkultur verschreiben soll, kann gelingen, wenn ein partner-

⁹ Ein wesentliches Ziel der externen Moderation innerbetrieblicher Qualitätszirkel sollte im know-how-Transfer an die Teilnehmer bestehen, so daß diese nicht nur „Experten in eigener Sache“, sondern auch „Experten in der Methode“ werden. Dies stellt auch einen Ansatzpunkt zur Ausweitung des Konzepts auf weitere Abteilungen dar, wobei die erfahrenen QZ-Teilnehmer dann ihrerseits die Moderatorenrolle übernehmen können.

schaftlicher Austauschprozeß stattfindet. Dieser Informations- und Kommunikationsprozeß darf nicht hinderlich sein und die Ressourcen binden, sondern soll als Netzwerkgrundlage den fachlichen Entwicklungsprozeß befördern und Potentiale und Synergieeffekte freisetzen. Was der Wirtschaft recht und billig ist, kann dem Pflegemarkt nur helfen: Durch Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechniken kann die Entwicklung der Pflege und deren Qualitätssicherung auf allen Ebenen vorangetrieben werden.