

# **Studie zur Positionierung der städtischen Alten- und Pflegezentren**

**Prof. Dr. rer. pol. Bernhard Blanke und Maren Kellermann, MA**

Institut für Politische Wissenschaft  
Leibniz Universität Hannover  
Im Moore 13, 30167 Hannover  
blanke@ipw.uni-hannover.de

**Im Auftrag der Landeshauptstadt Hannover – Dezernat III**

**Februar 2011**

<b>Inhalt</b>	
<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>SUMMARY: Kommunale Selbstverwaltung am Pflegemarkt - zwischen Einschätzungsprärogative, Subsidiarität und Wettbewerb</b> .....	<b>5</b>
<b>Kapitel 1 Rechtliche Rahmenbedingungen der städtischen Zentren</b> .....	<b>13</b>
I. Rechtsformen .....	13
II. Auftrag der Kommunen (Versorgungsstruktur) .....	15
<b>Kapitel 2 Trägervielfalt als Ordnungskonzept und Wettbewerbsziel</b> .....	<b>20</b>
I. Subsidiarität auf dem Prüfstand.....	20
II. Qualitätsgewährleistungsgebot.....	22
III. Schlussfolgerungen für die Kommune.....	25
IV. „Optimale“ Betriebsform? .....	25
<b>Kapitel 3 Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität – allgemeine Überlegungen zum „Pflegemarkt“</b> .....	<b>27</b>
I. „Pflegemarkt“ – was ist das?.....	27
II. Preis-Leistungs-Verhältnis .....	30
A. Preisbildung und Zahlungen des „zusammengesetzten Kunden“ .....	30
B. Fünf Dimensionen von Wirtschaftlichkeit.....	33
<b>Kapitel 4 Selbstbestimmung als oberster Wert</b> .....	<b>36</b>
I. Pflegebedürftigkeit und Selbstbestimmung.....	37
II. Angemessene Pflege .....	38
III. Lebenswelt, Lebensqualität, Selbstbestimmung .....	40
<b>Kapitel 5 Pflegeheime als Wohnorte: das kommunale Konzept</b> .....	<b>42</b>
I. Selbständigkeit .....	42
II. Wohnungsmarkt.....	43
III. Potential der städtischen Zentren .....	48
<b>Kapitel 6 Städtische Zentren: Qualität und Wirtschaftlichkeit</b> .....	<b>53</b>
I. Leitbild „Leben wie zu Hause“ .....	53
II. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement .....	55
III. Qualitätsmanagement in den städtischen Zentren.....	57
IV. Wirtschaftlichkeit .....	59
<b>Kapitel 7 Empfehlung zur Rechtsform</b> .....	<b>61</b>
<b>8. Literatur</b> .....	<b>66</b>
Monographien und Aufsätze.....	66
Materialien.....	71
Laufende Zeitschriften.....	72
Dokumente.....	72
<b>Anhang</b> .....	<b>73</b>

## Einleitung

Diese Studie entstand in Zusammenarbeit mit dem Jugend- und Sozialdezernat (Fachbereich Senioren) der Stadt Hannover.

Das Dezernat stellte an die Studie folgende Fragen:

1. Darstellung und Bewertung der speziellen kommunalen Trägerschaft der Landeshauptstadt bei Alten- und Pflegezentren im Hinblick auf die bundes- und landesrechtliche Situation und im bundesweiten Vergleich (inkl. unterschiedlicher Betriebsformen).
2. Untersuchung der Bedarfsstrukturen und der Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf eine kommunale Trägerschaft der stationären Altenpflege (ggf. durch geeignete empirische Daten).
3. Überprüfung der Hypothese marktrelevanter Nachfrage nach unter städtischer Steuerung stehenden Versorgungsstrukturen im Bereich der stationären Altenpflege.
4. Bewertung verschiedener alternativ gegebener Organisationsformen unter den Gesichtspunkten der Gewährleistung der Versorgungssicherheit, der kommunalen Steuerung und des Wettbewerbs.

Diese Untersuchungsschritte sind in der vorliegenden Studie **nicht** im Sinne von Gliederungspunkten abgearbeitet, sondern entsprechend des gewählten konzeptionellen Zugangs, nämlich einer theoretisch fundierten Auseinandersetzung mit der Vorstellung eines „Pfleagemarktes“, fortlaufend entwickelt worden (siehe aber Summary). Im Zentrum steht der besondere Typus von **Wettbewerb**, der sich durch das Pflegeversicherungsgesetz seit Ende der 1990er Jahre herausgebildet hat, und bei dem der Zusammenhang von Wirtschaftlichkeit und Qualität einer besonderen Analyse bedarf. Im Verlauf der Arbeiten an der Studie schälte sich dann heraus, dass die aufgeworfenen Fragen vor allem im Hinblick auf ein neues „**Geschäftsmodell**“ (**nicht unbedingt eine andere Rechtsform**) des **städtischen Betriebes** betrachtet werden sollten, welches die **Angebotsvielfalt** der kommunalen Einrichtungen erhöht und damit der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität dient. Die Landeshauptstadt Hannover folgt insgesamt einem „Sozialraumbezug“, in dessen Zusammenhang eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Felder der Seniorenpolitik (und anderer städtischer Leistungsbereiche) unter Einschluss des städtischen Nettoregiebetriebes der Alten- und Pflegeheime erfolgen sollte. Die „Positionierung“ wird also nicht (rechtsdogmatisch) statisch betrachtet, sondern dynamisch in der Perspektive organisatorischer Anpassungen auf dem „Pfleagemarkt“ mit dem

Ziel, das Alleinstellungsmerkmal einer **kommunalen** Einrichtung im Wettbewerb zu profilieren.

Die Studie geht mit überwiegend qualitativen Methoden (Literaturlauswertung, Interviews, Dokumentenanalyse, explorative Feldbeobachtung) vor. Empirische Daten aus vorliegenden umfangreichen Expertisen wurden sekundäranalytisch eingearbeitet.

Im Stile einer "Unternehmensberatung" wurde fortlaufend der Dialog mit den kommunalen Akteuren geführt. Dialogische Methoden sind bei „wicked problems“ angebracht (vgl. Goss-Wille 2005, S. 315f.) d.h. dort, wo bei näherem Hinsehen eine Überkomplexität des Gegenstandes (insbesondere wegen konflikträchtiger Interessen) vorliegt, die, besonders hinsichtlich konkreter Lösungsvorschläge, nicht nur aus einer Perspektive gesehen und analysiert werden können – und bei denen auf eine politische oder betriebswirtschaftliche Entscheidung hin gearbeitet wird.

## **SUMMARY: Kommunale Selbstverwaltung am Pflegemarkt - zwischen Einschätzungsprärogative, Subsidiarität und Wettbewerb**

I.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden tradierte Kompetenzen der Kommunen zurückgedrängt. War früher die Versorgung Pflegebedürftiger in die kommunalen Zusammenhänge von Altenhilfe und Behindertenpolitik eingebunden, und hatten die Kommunen nach dem Sozialhilferecht eine alleinige Infrastrukturverantwortung, ist jetzt ihre Einbettung in ein komplexes Gefüge der Kooperation („gemeinsame Verantwortung“) zu verzeichnen. Durch die Neuordnung der Kostenträgerschaft liegt die Aufgabe zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bei den Pflegekassen und ihrer Vertragspolitik (§ 69 SGB XI). Das gesetzliche Gebot der Kooperation weist die Akteure somit auf den Weg, gemeinsam zur Realisierung der im PflegeVG formulierten anspruchsvollen Ziele einer menschenwürdigen Pflege beizutragen. Um diesem zentralen Anliegen zur Wirksamkeit zu verhelfen, bedarf es einer koordinierenden und die Leistungen der Pflegeversicherung überschreitenden, umfassenden und integrierten Sicht auf die Bedürfnisse und Bedarfe pflegebedürftiger Personen.

Seit 1995/96 erfuh die Kommunale Selbstverwaltung in der Reformdimension der „Ökonomisierung“ einen Wandel, der zwar früh erkannt, aber in seinen Folgen später kaum analysiert wurde. Aufgaben und Tätigkeiten der Kommunen im Bereich des Rechtes der Pflegeversicherung sind einerseits gemäß der Selbstverwaltungsgarantie des Art. 28 GG als Regelung von „**Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft**“ zu klassifizieren. Ob sie eigene Pflegeheime vorhalten, unterliegt ihrer **Einschätzungsprärogative** und stellt eine „wirtschaftliche Betätigung“ dar, wobei auch die Wahl der Rechtsform der Entscheidung der Kommunen vorbehalten bleibt. Den gesetzlichen Rahmen bietet andererseits das PflegeVG. Dieses enthält ein „modifiziertes“ Subsidiaritätsprinzip, welches die kommunale Betätigung im Bereich der Pflege vordergründig beschränkt: „die kommunalen Körperschaften sollen eigene Einrichtungen nur schaffen, soweit die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur nicht durch Einrichtungen anderer Träger sichergestellt werden kann“ (§ 5 Abs. 2 Nds. Landespflegegesetz (in der Fassung von 2007) in Verb. mit § 11 SGB XI Abs. 2 Satz 3). Zudem sollen freigemeinnützige und private Träger einen Vorrang besitzen (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB XI).

Der Auftrag an die Kommunen, „in gemeinsamer Verantwortung“ mit anderen Akteuren die „ortsnahe Versorgung“ zu gewährleisten, betrifft eine Tätigkeit im Rahmen der allgemeinen

Daseinsvorsorge. Die Verantwortlichkeit „für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ liegt allerdings beim Land (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Jedoch kann seit Abschaffung der Investitionsförderung in den meisten Bundesländern von einer „Planung und Förderung“ (Satz 2) kaum mehr die Rede sein. Die Kommunen finden bezüglich der Versorgungsstruktur insoweit im SGB XI nur im Rahmen einer allgemeinen Kooperationsnorm Erwähnung. Geblieben ist die Letztverantwortung des örtlichen Sozialhilfeträgers, die sich im SGB XI und im Landespflegegesetz in drei Aufgaben niederschlägt: Pflegebericht, Teilnahme an den Pflegesatzverhandlungen und monetäre Hilfeleistungen an bedürftige Pflegebedürftige.

Das „modifizierte **Subsidiaritätsprinzip**“ des PflegeVG erweist sich bei genauer Prüfung als rechtlich problematisch, insoweit es sozialpolitische Traditionen (BVerfG 22/180) mit „modernen“ Ideen eines wirtschaftlichen Wettbewerbs unsystematisch und u.E. unzulässig vermischt (Kapitel 2. I) Private Unternehmen sind keine Institutionen der „gesellschaftlichen Selbstorganisation“, sondern gewinnorientierte Marktteilnehmer, deren „Vorrang“ für Vertragsabschlüsse nicht begründbar ist. Insbesondere werden dabei die **Rechte der Pflegebedürftigen** verletzt: das Wahlrecht nach § 2 Abs. 2 SGB XI und ihre Rechte als „Kunden“, da sie einen großen Teil der Heimentgelte aus eigenen Ressourcen übernehmen müssen. Aus diesen Gründen wird man bei dem Grundsatz, dass „die **Vielfalt der Träger** von Pflegeeinrichtungen zu wahren ist“ (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) – nimmt man nicht an, dass ein Duopol (nur noch freigemeinnützige und private Träger) auf dem Pflegemarkt gerechtfertigt sei – von einer **rechtlichen** Gleichrangigkeit der Träger der „Versorgungsstruktur“ ausgehen müssen.

Eine Diskriminierung kommunaler Träger würde der Garantie der kommunalen Selbstverwaltung widersprechen, d.h. auch dem Recht, im öffentlichen Interesse auf dem Markt im Rahmen der Verantwortung für die Versorgungsstruktur tätig zu werden. Es kann auch nicht angenommen werden, dass die Zahl der öffentlichen Träger insoweit beschränkt wurde, dass keine neuen Einrichtungen mehr geschaffen werden dürfen, weil dies eine nicht begründbare **Angebotsbeschränkung** auf dem Markt darstellen würde. Der Wettbewerb wird zusätzlich durch zahlreiche Regulierungen im „Vergütungsregime“ (Bundessozialgericht) weitgehend über „administrierte Preise“ gesteuert, bei denen der Sozialhilfeträger einen steigenden Anteil finanzieren muss und nur in dieser Hinsicht einen Einfluss auf das „Marktgeschehen“ besitzt. Die Kommunen haben die Letztverantwortung für Quantität, Qualität und die konkrete Ausgestaltung der sozialen Dienste und Einrichtungen vor Ort und müssen bei der Planung und Bereitstellung sozialer Dienste stets die kulturellen und

weltanschaulichen Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung im Auge haben. Da freigemeinnützige und privat-gewerbliche Träger nicht gezwungen werden können, bestimmte Angebote zu machen, sind die Kommunen bei entsprechendem Bedarf auch gehalten, eigenständig tätig zu werden.

## II.

Ob hier eine „**marktrelevante Nachfrage**“ konstatiert werden müsste, wird im Rahmen dieser Studie methodisch beantwortet:

In einem **weiteren** Sinne kann angenommen und möglicherweise durch eine repräsentative Befragung unter den 127.000 Bürgern der Landeshauptstadt über 60 erforscht werden, ob es eine „relevante“ Teilpopulation gibt, die aus **grundsätzlichen Werthaltungen** eine Unterscheidung getroffen hat, ob kommunale Heime angesichts der nach dem PflegeVG vorgegebenen Einteilung in öffentliche, freigemeinnützige und private Träger (optimal) für sie einen Vorrang haben. Dabei können Erwartungen an staatliche Verantwortung im Feld der „Altenpolitik“ allgemein ebenso eine Rolle spielen wie spezifische lokale Bindungen an die Heimatkommune. Beides müsste in einer Befragung erst einmal getrennt werden.<sup>1</sup> Wir konnten bereits in der von uns 1997 durchgeführten repräsentativen Bürgerbefragung in Niedersachsen feststellen, dass der staatliche Einfluss in Bezug auf öffentliche Pflegeeinrichtungen gewünscht ist. Nur 280 der 1003 Befragten waren der Meinung, dass der Staat „eher zu viel regelt“, während 430 davon ausgehen, dass soviel wie nötig staatlich gesteuert werden sollte, und 269 einen mangelnden öffentlichen Einfluss sahen. Von letzteren waren 61,7% weniger zufrieden oder unzufrieden mit den staatlichen Leistungen in diesem Bereich, was unterstreicht, dass der Bedarf und die Nachfrage nach öffentlichen Pflegeeinrichtungen kurz nach Einführung der Pflegeversicherung vorhanden war und durch das derzeitige Angebot kaum gedeckt werden könnte.

Für die städtischen Zentren spezifische lokale Daten (Indikatoren) finden sich in städtischen Repräsentativbefragungen: Für die Repräsentativerhebung 2008 wurde nach den Zustimmungen für Mehraufwendungen in bestimmten Bereichen gefragt, wobei aus der Fragestellung klar hervorging, dass dafür tendenziell in anderen Bereichen gespart werden müsste. Die Alten- und Pflegeheime belegten hier mit 49%iger Zustimmung Platz 7 von 31 Antwortmöglichkeiten, sie rangieren somit direkt hinter der ambulanten Pflege und den Sozialdiensten. Von der anderen Seite betrachtet liegt die Zustimmung für

---

<sup>1</sup> Eine solche Befragung wurde wegen des methodischen Aufwandes aus Kostengründen von uns nicht geplant.

Leistungseinschränkungen im Bereich der Pflege bei nur 2%, was den 25. Platz von 31 möglichen Antworten bedeutet. Die Akzeptanz und das Interesse an einer öffentlichen Finanzierung dieses Bereiches zeigen sich hier deutlich. (Schriften zur Stadtentwicklung 106, Repräsentativerhebung 2008, S. 215ff.)

Ob aus grundsätzlichen Werthaltungen effektive **Handlungsorientierungen** werden können, ist methodisch schwer zu eruieren. Effektive **Entscheidungen** werden in der unmittelbaren Nachfrage-(Kauf-) Situation aufgrund zusätzlicher, auch zufälliger Kriterien, letztlich aber nach dem vorhandenen Angebot und dem erwarteten **Preis-Leistungsverhältnis** getroffen. Der je individuelle Bezug zwischen Wert- und Handlungsorientierung sowie konkreter Entscheidung ist nicht eindeutig zu rekonstruieren (vgl. auch Kapitel 3. II A). Es ist insoweit nicht zu behaupten, dass die Bewohner der städtischen Zentren bei der Wahl des Heimes einer explizierten Werthaltung gefolgt sind. Nach der weitgehenden Zurückdrängung kommunaler Einrichtungen (z.B. durch die Privatisierung der Einrichtungen des ehemaligen Landkreises) kann nur im **engeren** Sinne geprüft werden, ob die Nachfrage nach kommunaler Pflege eines Teils der Einwohner der Stadt auf dem (wie später dargestellt „reduzierten“) Pflegemarkt eine effektive Annahme und Akzeptanz des städtischen Angebotes ausdrückt, und diese Nachfrage **nachhaltig** sei. In Beantwortung dieser Frage ist de facto zu konstatieren, dass die städtischen Zentren nachhaltig nachgefragt sind (Belegungsquote 97 %, wobei sich die Herkunft der Bewohner wie folgt zusammensetzt: ohne Angaben 141; anderes Heim 75; anderes städtisches Heim 12; Arzt 1; Krankenhaus 242; privat 152; Übernahme aus Kurzzeitpflege 112.<sup>2</sup>

### III.

Die kommunalen Heime müssen sich bei der gegebenen Lage durch ein **besonderes** Angebot im Wettbewerb, bei dem sie gleichberechtigte Träger sind, profilieren und positionieren. Deshalb haben wir uns bei der Ausarbeitung der Studie auf das städtische **Angebot** konzentriert. Dieses wird im Kern aus dem **Gebot der Trägervielfalt** abgeleitet (2) und mit dem **Qualitätsgewährleistungsgebot** (2 III) verbunden. In der Studie wird ausführlich und theoretisch fundiert dargestellt, dass und wie der städtische Betrieb sich „lupenrein“ an die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung“ nach § 80 SGB XI (von 1996, heute noch gültig, im Anhang der Studie) hält (Kapitel 6). Diese Vereinbarungen sind in **gemeinsamer Verantwortung** getroffen worden, sollen also die

---

<sup>2</sup> Statistik über die Herkunft der Bewohner vom 01.01.2009 bis zum 31.12.2009

gemeinsame institutionelle und verbandliche Werthaltung **aller** Träger darstellen, deren Umsetzung in Handlungen und Entscheidungen aber in vielen Fällen zu wünschen übrig lässt. Inwieweit und mit welchen **Steuerungs- und Kooperationsinstrumenten** jedoch können die Kommunen ihrem Auftrag gerecht werden, wenn sie selbst nicht mehr „unternehmerisch“ tätig sind? Dies würde zum einen, da das PflegeVG ein „Gewährleistungsmodell“ beinhaltet, die Frage nach der „Auffangverantwortung“ betreffen, die in der Rolle eines „Lückenbüßers“ aktivierbar sein müsste. Kann eine Kommune ohne eigenes Betriebswissen beim Versagen anderer Träger einspringen? Dies gilt in allen Fällen von Privatisierung, in denen die öffentliche Hand in Bezug auf das Leistungsgeschehen einschlägiges „Produktions-Know-How“ aufgegeben hat und auf Grund der daraus resultierenden Informationsasymmetrie nicht mehr in der Lage ist, die Leistungen des (privaten) Anbieters zu beurteilen.

Als Träger in der stationären Pflege nehmen Kommunen „nur“ als Anbieter im Wettbewerb am „Pflegemarkt“ teil. Dieses Faktum legt vordergründig nahe, die Rechtsform ihrer Tätigkeit hauptsächlich unter dem Gebot der „Wirtschaftlichkeit“ zu betrachten. Gefragt werden könnte dann, ob eine **private Rechtsform** zu einer „wirtschaftlicheren“ Erfüllung der Aufgabe (§ 135 Abs. 4 Satz 4 NKomVG), d.h. zu einer Kostendeckung, führen würde. Unter diesem Aspekt ist hervorzuheben, dass der „Pflegemarkt“ neben anderen regulativen Umständen (siehe Kapitel 3) besonders durch eine **Deregulierung** auf dem Markt für Pflegekräfte und deren Entlohnung charakterisiert ist (z.B. das Fehlen eines Branchentarifvertrages). Die Personalkosten im Rahmen der tariflichen Bindung (TVöD) städtischer Betriebe können nur schwer in Richtung einer vollen Kostendeckung durch die Pflegekassen gesenkt werden. Dies verhindert derzeit der Entgeltwettbewerb zwischen den Trägern. Die Pflegekassen und Sozialhilfeträger legen in den Pflegesatzverhandlungen durchschnittliche Richtwerte zu den Pflegeentgelten fest. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden zwar auf Tarifbindung beruhende Gestehungskosten vorbehaltlos als „wirtschaftlich angemessen“ anerkannt. Bei entsprechenden Steigerungen der Pflegeentgelte, selbst wenn sie sich in den Pflegesatzverhandlungen realisieren ließen, müssten die Einrichtungen um ihre „Marktfähigkeit“ kämpfen.

Es ist allgemein bekannt, dass die Mehrzahl der freigemeinnützigen Pflegeeinrichtungen ihre Personalkosten nahezu ausschließlich über eigene Tarifvereinbarungen oder andere betriebswirtschaftliche Neuerungen wie Ausgründungen senken. Viele öffentliche Träger wurden in eine private Rechtsform (gGmbH) überführt und schieden aus dem kommunalen Arbeitgeberverband aus, um der Tarifbindung zu entgehen. Die privaten Träger liegen sowohl bei den Personalkosten als auch bei der Personalstruktur (z.B. weniger Fachkräfte, prekäre

Beschäftigungsverhältnisse) zum Teil erheblich unter den Maßstäben öffentlicher und freigemeinnütziger Heime. Häufig wird dann behauptet, dass „die Qualität“ darunter nicht leide. Diese These kann nur dann stimmig sein, wenn die Messung der Ergebnisqualität eng an „medizinisch-pflegerische Erkenntnisse“ (§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) angelegt ist, wobei häufig genug selbst diese Kriterien nicht erreicht werden (Minderqualität). Es ist mittlerweile allgemein anerkannt, dass diese Kriterien nicht genügen, um eine „angemessene Pflege“ zu bewerten. Auch das Bundessozialgericht hat seine Ansicht, „dass Pflegeleistungen weitgehend **standardisiert** sind und ein Einrichtungsträger aus Gründen des Wettbewerbs nur daran interessiert sein kann, seine Leistungen möglichst kostengünstig anzubieten (vgl. BSGE 87, 199,203 =SozR 3-3300 § 85 Nr. 1 S 6)“, mit Urteil vom 29.1.2009 (B 3 P 9/08 R) geändert. Nunmehr stellt das Gericht fest: „Diese Erwartungen haben sich im weiteren Verlauf so nicht bestätigt“ (RN 21).

Pflegeleistungen werden als Gesundheitsdienstleistungen in der Gesundheitsökonomie als **Vertrauensgüter** klassifiziert. Sie werden persönlich-interaktiv erstellt (Ko-Produktion). Der „Kunde“ kann weder vor Beginn der Leistungserbringung noch nach dem „Konsum“ die Qualität genau erkennen, weil er in hohem Maße abhängig ist von Fremddiagnosen und Behandlungen (Informationsasymmetrie). Umgekehrt fehlen dem „Anbieter“ häufig wesentliche Informationen. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen in einer fremden Umgebung. Um eine angemessene Leistung zu erstellen, bedarf es eines hohen, dauerhaften und qualifizierten **persönlichen** Kommunikationsprozesses, bei welchem „Hilfebedürftige“ so weit wie möglich zur Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungswunsches und -rechtes aktiviert werden sollten. Eine solche Pflege gründet ganz speziell auf einer **qualifizierten Personalbasis** und einer bedürfnisorientierten Angebotsstruktur.

#### IV.

Das Pflegeversicherungsgesetz beinhaltet ein **Qualitätssicherungsgebot**, für welches die einzelnen Einrichtungen die Normadressaten (§ 11 Abs. 1 SGB XI) der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements (Kapitel 6. II) sind. Sie haben die Pflicht und das Recht, im Wettbewerb eigene Vorstellungen von Qualität zu entwickeln, wobei die geltenden Regeln letztlich nur einen Mindeststandard vorgeben. Aber auch hier erschwert die Informationsasymmetrie angesichts der Intransparenz des „Pfleugeschehens“ insbesondere für die Abläufe **innerhalb** der einzelnen wirtschaftlich selbstständigen Einrichtungen die Beurteilung. **Öffentliche Einrichtungen** können und sollen einen Beitrag zum Qualitätswettbewerb leisten, indem sie konkretisierte („gelebte“) Maßstäbe setzen, an denen

sich andere Einrichtungen orientieren können und sollen („Leuchttürme“). Unserer Ansicht nach kann dieses „Alleinstellungsmerkmal“ **nur in einer öffentlichen Rechtsform** erfüllt werden, weshalb diese Wahlmöglichkeiten in der Studie näher analysiert werden. Allerdings im Kontext der näheren Bestimmung des so genannten „Pflegemarktes“.

Es zeigt sich, dass die mit dem Pflegeversicherungsgesetz einhergehende „Modernisierung“ die Kohärenz kommunaler Altenpolitik durch eine überzogene Individualisierungsidee vom pflegebedürftigen alten Menschen als „Kunden“ erheblich beeinträchtigt hat. Insbesondere ist eine künstliche Trennung von „gesunden Senioren“ und „pflegebedürftigen Alten“ entstanden, für die zwei verschiedene Politikfelder für einzelne Personen zuständig sind, die jedoch zum größten Teil **gemeinsam** in der Gemeinde wohnen. Die Bedarfe für die Senioren sind zu einem großen Teil als identisch zu betrachten. Die Mehrzahl der Senioren wird irgendwann pflegebedürftig (Gesamtlebenszeitprävalenz bei Frauen 66.7 %, bei Männern 47 %), aber das Überschreiten dieser Schwelle wird in den allermeisten Fällen „vor Ort“ eintreten. „Pflegepolitik“ ist auf der kommunalen Ebene nicht von Seniorenpolitik zu trennen, insbesondere, wenn von Pflegeverläufen ausgegangen wird und die Stationen nicht als statisch betrachtet werden. Ambulante und stationäre Pflege werden mehr und mehr als auch politisch geförderte **Wahlmöglichkeiten** aufeinander bezogen, was eng mit dem Ziel der **Selbstbestimmung** verbunden ist:

*„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI).*

Gemeinsamer Nenner aller Qualitätsbestrebungen für **Pflegeheime** ist, das Leben in ihnen **als Wohnort und Wohnform** zu konzipieren (Kapitel 4) und die vielfältigen Aktivitäten von Heimleitungen, Personal (Pflege, Küche etc.) und Bewohnern auf diesen Fokus hin zu bündeln, unabhängig von den unterschiedlichen Finanzquellen und ihren möglichen Restriktionen. Von zentraler Bedeutung ist die Unterbringung der Heimbewohner in Einzelzimmern (Kapitel 4. III). Dabei kommt auch eine doppelte Zielrichtung in den Blick: Zum einen ist die (kurzzeitige oder dauernde) Unterbringung im Heim im Kontinuum der bekannten gewünschten Wohnformen im Alter zu betrachten. Pflegebedürftigen soll nicht das Gefühl einer „geschlossenen Institution“ vermittelt werden. Zum anderen muss die endgültige Übersiedlung wiederum im **Kontext** des lokalen Umfeldes gesehen werden: das Heim darf nicht zu einer Abschließung der Beziehungen in die Außenwelt führen.

Das Pflegeheim ist also eine genuin „lokale“ Einrichtung. Die **öffentliche Rechtsform** kommunaler Heime hat deshalb einen erheblichen Vorteil gegenüber einer privaten Rechtsform: eingebunden in kommunale Verwaltung können einerseits wechselseitige Impulse zum beiderseitigen Vorteil ausgetauscht werden und die städtische Heime andererseits mit der parallel existierenden **kommunalen Seniorenpolitik** ohne erhebliche organisatorische Schnittstellen vernetzt werden. Die öffentliche Rechtsform ermöglicht es, eine entwickelte städtische Seniorenpolitik durch Betriebswissen und Aktivitäten im Pflegebereich produktiv zu ergänzen und die durch die Einführung der Pflegeversicherung (vor allem in der öffentlichen Wahrnehmung) entstandene „sektorale“ Trennung von **gesunden Senioren** und **pflegebedürftigen Alten** erheblich abzumildern.

Eine solche „Pflegepolitik“ entspricht dem Grundgedanken der „örtlichen Angelegenheiten“ nach Art. 28 GG (BVerfGE 79, 127): Bedürfnissen und Interessen, „die in der örtlichen Gemeinschaft wurzeln oder auf sie einen spezifischen Bezug...[haben], die also den Gemeindebewohnern gerade als solchen gemeinsam sind, indem sie das Zusammenleben und -wohnen der Menschen“ betreffen.

## **Kapitel 1 Rechtliche Rahmenbedingungen der städtischen Zentren**

### **I. Rechtsformen**

#### 1. Status der Städtischen Zentren

Als (**Netto**)**Regiebetrieb** stellen die Städtischen Zentren eine unmittelbar in die kommunale Organisation eingebundene **wirtschaftliche Betätigung** der Gemeinde dar (früher § 108 Abs. 1 Satz 1 NGO/neu § 135 NKomVG; im Folgenden wird die neue Gesetzeslage zitiert), die als organisatorisch unselbständiger „Bereich“ im Fachbereich Senioren des Sozialdezernates im **kommunalen Haushaltsrecht** verortet ist, sich aber als **kostenrechnende** Einrichtung aus Entgelten der Benutzer (u.a. sozialversicherungsrechtlich festgelegten Pflegesätzen) finanziert. Die wirtschaftliche Betätigung erfolgt ohne Gewinnabsicht und dient einem öffentlichen Zweck.

Die **Besonderheit** der Städtischen Zentren liegt nun darin, dass sie als „**Nettoregiebetrieb**“ (nur in Niedersachsen möglich; vgl. Cronauge/Westermann 2006, S. 35 RdNr. 34) mit eigener Rechnung operiert und nur ihr Endergebnis in den kommunalen Haushalt eingebunden ist (im Falle der Städtischen Zentren eine Unterdeckung bei den Personalkosten).

Eine wirtschaftliche Betätigung wird im Kommunalrecht definiert als „Betrieb von Unternehmen, die als Hersteller, Anbieter oder Verteiler von Gütern oder Dienstleistungen am Markt tätig werden, sofern die Leistungen ihrer Art nach auch von einem Privaten mit der Absicht der Gewinnerzielung erbracht werden könnte“ (Cronauge ebd., S. 74 RdNr. 106). Es bietet sich an, die Städtischen Zentren sowohl wegen der fehlenden Gewinnabsicht als auch der **Besonderheiten** des „Gutes Gesundheit“ **funktional** als kommunales „Quasi-Unternehmen“ zu bezeichnen, das auf einem sozialversicherungsrechtlich stark regulierten „Quasi-Markt“ (vgl. die 826-seitige Gesetzessammlung bei Klie 2010; theoretisch: Le Grand 1993; Nullmeier 2010; siehe Kapitel 2 I) tätig ist. Ihr Angebot besteht aus **Gesundheitsdienstleistungen**, für welche nach allgemeiner Ansicht der Gesundheitsökonomie spezifische Besonderheiten gelten, insoweit sie kein Wirtschaftsgut darstellen, für welches grundsätzlich nichtregulierten Märkten der Vorrang gebührt (Vgl. Kapitel 2 III a). Diese Besonderheit muss unseres Erachtens stets in Erinnerung sein, damit nicht eine verfälschende „Marktlogik“ den Blick auf die genuinen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen verstellt. Bei „Pflegebedürftigkeit“ handelt es sich um einen Zustand, der bei der Einführung der Gesetzlichen Pflegerversicherung nur negativ zur „Krankheit“ abgegrenzt wurde, vor allem um die GKV (unter deren Dach die Pflegeversicherung organisatorisch angesiedelt ist) von der Kostenübernahmepflicht zu bewahren. Hierfür wurde

das Konstrukt der dauerhaften Hilfebedürftigkeit gefunden, die einen gesetzlich näher bestimmten qualifizierten, dauerhaften Hilfebedarf auslöst. „Hilflosigkeit“ ist somit das zentrale Element der Pflegebedürftigkeit. Wirtschaftliche Betätigung in diesem Sozialbereich, in welcher Rechtsform auch immer, ist an diesem Merkmal zu „messen“. Die starke Regulierung des „Pflegermarktes“ resultiert ebenso hieraus wie deren institutionelle Architektur (Gemeinsame Verantwortung, s.u.).

## 2. Unternehmen oder Einrichtung?

Rechtlich gesehen (NKomVG in der Fassung vom 18.12.2010) sind die Städtischen Zentren zunächst kein **kommunales Unternehmen** (§ 135 Abs. 2), sondern eine **Einrichtung** im Sinne des § 135 Abs. 3 Nr. 2 (Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens).

## 3. Öffentliche Rechtsform

Solche Einrichtungen können ferner auch als **echte** Unternehmen geführt werden (§ 135 Abs. 4 Satz 3; siehe auch Abs. 2) und zwar als

- *Eigenbetriebe (ohne eigene Rechtspersönlichkeit)*

oder

- *kommunale Anstalten des öffentlichen Rechts,*

wenn ein wichtiges Interesse daran besteht (§ 135 Abs. 4 Satz 3).

## 4. Private Rechtsform

Sie können ebenfalls (§ 135 Abs. 4 Satz 4) in

- *einer Rechtsform des privaten Rechtes*

geführt werden, wenn „ein wichtiges Interesse der Gemeinde daran besteht und in einem Bericht zur Vorbereitung des Ratsbeschlusses (§ 58 Abs. 1 Nr. 11) unter umfassender Abwägung der Vor- und Nachteile dargelegt wird, dass die Aufgabe im Vergleich zu den zulässigen Organisationsformen des öffentlichen Rechts wirtschaftlicher durchgeführt werden kann“. Nachzuweisen wäre, dass bei einer privatrechtlichen Organisationsform wirtschaftlicher gearbeitet werden kann (wobei bei sozialen Einrichtungen die **Qualitätsgewährleistung** besonders ins Spiel kommt (siehe weiter unten). Will die Landeshauptstadt die Altenpflege weiterhin als eine öffentliche Aufgabe wahrnehmen und kann sie bei einer privatrechtlichen Organisationsform die Möglichkeit eines wirtschaftlicheren Arbeitens sehen, käme für die Städtischen Zentren nur eine (§ 135 Abs. 2 Nr. 2)

- *privatrechtliche Eigengesellschaft (mit eigener Rechtspersönlichkeit)*

in Frage (z.B. gGmbH), bei welcher sämtliche Anteile der Gemeinde gehören.

Jede andere Betriebsform würde für die Städtischen Zentren den völligen Ausstieg der Kommune aus der Aufgabenwahrnehmung und damit die materielle Privatisierung bedeuten, die in der Bundesrepublik im Bereich der Alten- und Pflegeheime nach 1996 über die Jahre hinweg im Durchschnitt kontinuierlich erfolgt ist (vgl. Pflegestatistik). Allerdings zeigen sich hier nicht nur Unterschiede nach Bundesländern, sogar auch nach Regionen und Kreisen (vgl. RWI, Pflegeheim Rating Report 2009, S. 52 ff.) Hierin kommen unterschiedliche autonome Entscheidungen der Kommunen zum Ausdruck.

## **II. Auftrag der Kommunen (Versorgungsstruktur)**

Generell steht der Kommune eine (justiziable) „kommunalpolitische Einschätzungsprärogative“ über den öffentlichen Zweck einer wirtschaftlichen Betätigung und ihrer Form zu (vgl. Cronauge/Westermann 2006, S. 263 RdNr. 406). Dies gilt auch für Non-Profit (soziale) Einrichtungen. Die Kommunen haben aufgrund ihrer umfassenden Organisationshoheit ein Wahlrecht, solche Einrichtungen entweder im Gemeindehaushalt oder in Privatrechtsform zu führen (ebd. S. 30 RdNr. 19). Bei Beibehaltung der kommunalen Aufgabe im Pflegebereich in einer privatrechtlichen Organisationsform ist allerdings eine Antwort auf die mögliche und wirtschaftlichste Betriebsform von der Begründung des **öffentlichen Zweckes, des Bedarfes und der Rolle privater Dritter** (§ 108 Abs. 1 Nr. 1 und 2) abhängig.

Da sich hier Sozialrecht und Kommunalrecht überschneiden, ergibt sich der öffentliche Zweck zunächst aus den **Pflegegesetzen**. Vorab festzuhalten ist, dass in diesen Gesetzen grundsätzlich ein **Spannungsverhältnis** zwischen sozialen und (betriebs-)wirtschaftlichen (for-profit) Zielen in der Sozialgesetzgebung Mitte der 1990er Jahre eingeführt wurde, wobei in der damals regierenden CDU/CSU/F.D.P.-Koalition und im Entscheidungsprozess divergierende normative politische Vorstellungen kompromisshaft zusammengebunden wurden.

### 1. Pflegegesetze

Zunächst muss das Landesrecht herangezogen werden. Im Niedersächsischen Landespflegegesetz (in der Fassung von 2007) heißt es in § 5 Abs. 2: „die kommunalen Körperschaften sollen eigene Einrichtungen nur schaffen, soweit die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur nicht durch Einrichtungen anderer Träger sichergestellt werden kann.“

Diese auf den ersten Blick restriktiv auszulegende („nur“) Bestimmung ist in einen **Bereit- d.h. Sicherstellungsauftrag** (§ 5 Abs. 1; vgl. auch § SGB XI) eingebunden, aus

dem sich der **öffentliche Zweck** kommunaler Betätigung ableitet. Demnach sind die Kommunen verpflichtet,

„eine den örtlichen Anforderungen entsprechende notwendige pflegerische Versorgungsstruktur...sicherzustellen“.

Hier formuliert das Landespflegegesetz von Baden-Württemberg (PflegeG in der Fassung von 2004) in § 1 Abs. 2 eindeutiger:

„Wird die notwendige Grundversorgung nicht durch freigemeinnützige und private Träger sichergestellt, so sind Stadt- und Landkreise hierzu verpflichtet“.

Zu der mit dieser Regelung gemeinten „Grundversorgung“ gehört auch die Bereitstellung von Alten- und Pflegeheimen.

## 2. Offene Fragen zur „Subsidiarität?“

Eine erste Frage lautet: Welche Rolle können kommunale Einrichtungen unter dem Gesichtspunkt der **Notwendigkeit** im Rahmen der gemeinsamen Verantwortung (§ 8 SGB XI) spielen, wenn der Bedarf mengenmäßig und im Rahmen der Pflegeversicherung wirtschaftlich auch ohne sie durch private Dritte erfüllt werden könnte? Sollen die Kommunen im Sinne eines **sozialpolitischen Subsidiaritätsgebotes** nur für den Fall aktiv werden, dass private Dritte nicht „ausreichend“ tätig sind (das „nur“ im § 5 Abs. 2 des NPflegeG könnte so interpretiert werden)? Zwar bestimmt § 11 SGB XI Abs. 2 Satz 3: „Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern“. Dies kann aber nach unserer Ansicht nicht für eine Reduzierung kommunaler Träger zum „Lückenbüßer“ für den Notfall herangezogen werden, wengleich diese Bestimmung nicht eindeutig ist und *politischen (ideologischen)* Interpretationen offen steht. Mitunter wird sie eher als „Privatisierungsklausel“ verstanden (Cronauge/Westermann 2006, S. 252 RdNr. 405). Ein **wirtschaftliches** Subsidiaritätsgebot allerdings – und damit ein Konkurrenzschutz, bei dem „die Gemeinden nur bei einem unbefriedigenden Marktverhältnis im Sinne der Daseinsvorsorge wirtschaftlich tätig sein dürfen, besteht nicht“ (Link 2008, S. 6; vgl. auch Ruffert 2009 zu Art. 12 GG; und Hellermann 2009 zu Art. 28 GG). Art. 12 GG z.B. gewährt „keinen Schutz vor staatlicher Konkurrenz“. Marktteilnehmer haben „jederzeit mit der Konkurrenz zu rechnen, so dass es *nicht auf den Urheber*“ ankommt (Ruffert, S. 371; Hervorhebung von uns). Zwar sind Ausnahmetatbestände (Verdrängungswettbewerb, Einsatz hoheitlicher Mittel, besondere Wettbewerbsvorteile) möglich, die aber auf den gegebenen Fall aus dem Sozialrecht **nicht** zutreffen (siehe Kapitel 3).

Diese über Jahrzehnte auch von den Verwaltungsgerichten geteilte Ansicht ist allerdings seit Mitte des letzten Jahrzehnts strittig geworden (vgl. Mehde 2011). Bei der Gesetzgebung zur neuen Niedersächsischen Kommunalverfassung (NKomVG vom 17.12.2010; GVBl. 31/2010, 576 ff.) wurde die NGO zunächst ohne Änderungen in dieser Frage in die Regierungsvorlage integriert. Während der Beratungen im Ausschuss für Inneres und Sport wurde jedoch im neuen § 135 (früher NGO § 108) der Abs.1 Nr. 3 geändert (NdLtg Drs.16/3110). Dies folgt Neuregelungen in anderen Bundesländern. Die Gesetz gewordene Veränderung führt eine Beschränkung bei einem Tätigwerden **außerhalb** traditioneller Unternehmen der technischen und informationellen Infrastruktur (Daseinsvorsorge) ein, wenn „der öffentliche Zweck nicht ebenso gut und wirtschaftlich durch einen privaten Dritten erfüllt wird oder erfüllt werden kann“ (so auch schon § 108 NGO). Diese Beschränkung dient dem „Schutz privater Dritter, die sich entsprechend wirtschaftlich betätigen oder betätigen wollen“ (Abs. 1 Satz 3), und erhöht die Begründungshürde für den öffentlichen Zweck und seine wirtschaftliche Erfüllung. Damit wird nach allgemeiner Auffassung ein Klagerecht privater Dritter eingeführt, das im Wesentlichen dem Mittelstand dienen soll, sich gegen öffentliche Expansion in seine Geschäftsfelder zu wehren.“ Die Tendenz im Kommunalwirtschaftsrecht geht dahin, die Optionen der Kommunen für die Organisationsstruktur zu vergrößern, gleichzeitig aber die materiellrechtlichen Voraussetzungen für eine wirtschaftliche Tätigkeit zu verschärfen. Letzteres wird hinsichtlich der Umsetzung nicht mehr durch die Kommunalaufsicht kontrolliert, sondern nunmehr zunehmend durch die Gerichte auf die Klage von Konkurrenten hin. Veränderungen im kommunalen Machtgefüge sind damit nicht zwangsläufig verbunden, wohl aber können sich die Foren, innerhalb derer die Entscheidungen getroffen werden, verschieben“ (Mehde 2010, S. 2)

Dieser Absatz des § 135 NKomVG bezieht sich jedoch auf **Unternehmen und nicht auf Einrichtungen nach Abs. 3**, in unserem Fall nach Nr. 2 (Einrichtungen des...Gesundheit- und Sozialwesens). Wenn eine solche Einrichtung nach §135 Abs. 4 Satz 4 „in einer Rechtsform des privaten Rechts geführt“ würde, weil die **Aufgabe** „im Vergleich zu den zulässigen Rechtsformen des öffentlichen Rechts wirtschaftlicher durchgeführt werden kann“, bliebe sie eine Einrichtung im Sinne des Abs. 3 und würde nicht der Beschränkung nach Abs. 1 Satz 3 unterliegen. Die Rechtsform würde die öffentliche Aufgabe nach der lex specialis SGB XI nicht tangieren, insbesondere kann ein Rechtsschutz privater Dritter nach § 135 Abs. 1 Satz 3 nicht herangezogen werden.

### 3. Wettbewerb und Subsidiarität.

Bei näherer Prüfung der Bedingungen des neu geschaffenen „Pflegermarktes“ wird unseres Erachtens also offenkundig, dass zwischen dem Recht auf wirtschaftliche Betätigung der Kommunen im **Wettbewerb** und der tradierten sozialrechtlichen Subsidiaritätsidee ein Spannungsverhältnis besteht, welches der Gesetzgeber bei Schaffung des „Pflegermarktes“ letztlich nicht in Betracht gezogen hat (oder ziehen wollte).

*Anmerkung: Nicht unwichtig ist hier der Gang der Gesetzgebung. Im Regierungsentwurf vom 24.6.1993 (BT-Drucksache 12/5262), der am 1.7.1993 vom Bundestag, der einen gleichlautenden Entwurf vorlegte, in erster Lesung behandelt wurde, fehlt die Vorrangklausel. In der Einleitung des Entwurfes wird der Grundsatz dargelegt, dass mit der Schaffung der Pflegeversicherung „auf eine Vielfalt von Leistungserbringern in freigemeinnütziger, privater und öffentlicher Trägerschaft ebenso Wert gelegt (wird) wie auf die Prinzipien des Wettbewerbs, der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit der Leistungserbringer sowie auf Qualität und Humanität der Pflegeleistungen“. Im § 10 Abs. 2 des Entwurfes fehlt die Vorrangklausel (jetzt § 11 Abs. 2 Satz 3), ebenso wie in § 81 Abs. 3 (jetzt § 72 Abs. 3) ausschließlich auf die „Eignung“ abgestellt wird („solange“ die Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen des § 80 (heute § 71) erfüllt). Die Träger sind der Absicht der Regierung nach grundsätzlich gleichgestellt. In den Beratungen des federführenden Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (Bericht in BT-Drucksache 12/5952, S. 4) stellte die Regierungsseite zunächst noch einmal klar: „Die Pflegekassen sollen die Vielfalt, Unabhängigkeit und das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen achten“. Im Verlaufe der Beratungen wurde aber seitens der CDU/CSU und F.D.P berichtet: „Ferner habe man ergänzend (sic!) die Vorschrift aufgenommen, dass freigemeinnützige und private Träger Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern hätten. Das entspräche dem Verständnis der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. vom Subsidiaritätsprinzip. Man sei der Meinung, daß Pflegeeinrichtungen von der öffentlichen Hand nur vorgehalten werden sollten, soweit die Versorgung nicht durch andere Träger sichergestellt sei. Zudem werde dadurch der Wettbewerb gestärkt“. Wie es zu diesem Kompromiss zwischen christlicher Soziallehre und liberalen Privatisierungsideen kam, und warum die Vorrangklausel den Wettbewerb stärken sollte, ist hier nicht bekannt.*

*Auch aus den mitberatenden Ausschüssen liegen keine Äußerungen hierzu vor. Bekannt ist aber, dass die kommunalen Spitzenverbände in der **Anhörung** zunächst den Regierungsentwurf „grundsätzlich“ begrüßten, in der weiteren **Beratung** jedoch keine Äußerungen für ihre Seite dokumentiert sind. Auch von den anderen Bundestagsfraktionen liegt zur Frage der Subsidiarität nichts vor. Die SPD, welche über die Mehrheit im Bundesrat verfügte, beschäftigte sich ausschließlich mit Leistungs- und Finanzierungsfragen, über die dann im Bundesrat vorrangig gestritten und verhandelt wurde. In der Beschlussempfehlung des angerufenen Vermittlungsausschusses (BT-Drucksache 12/7323 vom 21.4.1994) taucht dieser Punkt nicht mehr auf, womit er in das Gesetz vom 26.5.1994 Einzug fand. Die abschließende Bemerkung des Bundestagsausschusses blieb sozusagen im Raum stehen: „Die Regelung konkretisiert den Grundsatz der Trägervielfalt in Übereinstimmung mit der in den meisten Bundesländern geübten Rechtspraxis (sic!), daß soziale Einrichtungen wie z.B. Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen von der öffentlichen Hand nur...“; der Rest ist bekannt. Die Analogie zum Krankenhausbereich mag teilweise einen Rechtsgrund gehabt haben (der Ausschuss verweist „z.B.“ auf das Landeskrankenhausgesetz von Baden-Württemberg von 1986). Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes soll dagegen jedoch „die Vielfalt der Krankenhausträger und damit das Bestehen öffentlicher, freigemeinnütziger und auch privater Krankenhäuser gefördert werden“ (DKG, 2010).*

Das klassische deutsche sozialpolitische Subsidiaritätsprinzip war nämlich ausschließlich im **Non-Profit Sektor** (und dort im Konflikt zwischen Staat, Kirchen und anderweitig weltanschaulich gebundenen oder freien Akteuren; vgl. Bäcker u.a., 2008, S. 543 ff.), z.B. bei der Jugendhilfe, entwickelt worden. „Im Staatsrecht betrifft dieses Prinzip [...] nur das Verhältnis zwischen dem Staat und den einzelnen Menschen bzw. den Institutionen der gesellschaftlichen Selbstorganisation“ (Huster/Rust 2009, S. 557). Das einschlägige Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG 22, 180) zur Subsidiarität steht hierfür. Wie es sich aber in einem Quasi-Markt verhält, in welchem gewinnorientierte private Träger mit freigemeinnützigen und öffentlichen Einrichtungen im Wettbewerb stehen, wurde vom Gesetzgeber nicht geprüft. Private Unternehmen sind jedenfalls keine „gesellschaftliche Selbstorganisation“ im rechtlichen Sinne. Bei der Pflegeversicherung handelt es sich zudem – anders als im Krankenhaussektor, in dem die Marktverhältnisse ganz anders gelagert sind, und schon immer ein Public-Private-Mix existierte – um einen Bereich besonderer Bedürftigkeit und Abhängigkeit der Individuen (Bürger oder „Kunden“) von halböffentlichen Dienstleistungen handelt. Die Pflegeversicherung knüpft an den Hilfebegriff an und nicht an „Marktprodukte“ (siehe weiter unten).

## Kapitel 2 Trägervielfalt als Ordnungskonzept und Wettbewerbsziel

### I. Subsidiarität auf dem Prüfstand

Aus diesen Gründen scheint bei dem Grundsatz, dass „die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren ist“ (§ 11 SGB XI Abs. 2 Satz 1) – nimmt man nicht an, dass ein Oligopol (nur noch freigemeinnützige und private Träger) auf dem Pflegemarkt gerechtfertigt sei – von einer **rechtlichen** Gleichrangigkeit der Träger der „Versorgungsstruktur“ auszugehen ist. Dieser Feststellung scheint der Wortlaut des § 5 Abs. 2 NPflegeG in Verbindung mit § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB XI zu widersprechen. Allerdings war vor der ‚Marktschaffung‘ durch das Pflegeversicherungsgesetz eine entsprechende Trägerlandschaft vorhanden, die durch die privaten Träger **ergänzt und erweitert** wurde, um den Wettbewerb zu fördern. Eine Diskriminierung kommunaler Träger würde der Garantie der kommunalen Selbstverwaltung widersprechen, d.h. auch dem Recht, im öffentlichen Interesse auf dem Markt im Rahmen der Verantwortung für die Versorgungsstruktur tätig zu werden. Es kann auch nicht angenommen werden, dass die Zahl der öffentlichen Träger insoweit beschränkt wurde, dass keine neuen Einrichtungen mehr geschaffen werden dürfen, weil dies eine Angebotsbeschränkung auf dem Markt darstellen würde. Hierbei haben nach unserer Ansicht die Kommunen als (potentielle) **Anbieter** in vollem Umfang des § 8 SGB XI Abs. 2 und 3 die gleichen Rechte wie die anderen Träger. Dies ist auch Teil einer traditionellen Schwerpunktaufgabe kommunaler Betätigung, der **Daseinsvorsorge** (Forsthoff 1973, S. 263ff.). Da die Kommunen die „Letztverantwortung für Quantität, Qualität und die konkrete Ausgestaltung der sozialen Dienste und Einrichtungen vor Ort“ haben, „bei der Planung und Bereitstellung sozialer Dienste stets die kulturellen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung im Auge haben müssen und frei-gemeinnützige und privat-gewerbliche Träger nicht gezwungen werden können, bestimmte Angebote zu machen, sind sie bei entsprechendem Bedarf auch gehalten, eigenständig tätig zu werden“ (Bäcker et al. 2008, S. 545).

Nach Verabschiedung des SGB XI bestand zunächst durchaus Unsicherheit in dieser Frage im Hinblick auf § 72 Abs. 3. So sollen Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Es ging darum, ob kommunale Einrichtungen nach einer Umwandlung in eine privatrechtlich organisierte Eigengesellschaft (vgl. z.B. § 108 Abs. 2 Nr. 2 NGO) als „private Träger“ auf dem Markt tätig sind. Exemplarisch kann hier ein Vorgang aus dem Jahre 1998 in Bayern herangezogen werden, bei dem der Kommunale Prüfungsverband diese Ansicht bezweifelte und eine Anfrage an das Bundesministerium für

Arbeit und Sozialordnung richtete. Die Antwort des Ministeriums fiel unter Berufung auf das Subsidiaritätsprinzip negativ aus: „der formale Rechtsformwechsel“ reiche nicht aus, „um als private Einrichtung im Sinne des § 72 Abs. 3 SGB XI gelten zu können“, vielmehr muss, wie der Bayerische Prüfungsverband ergänzt, eine „Privatisierung mit einer echten Aufgabenverlagerung in den privaten Sektor gegeben sein“ (<http://www.bkpv.de/ver/pdf/mit31998/zusammenfassung/rd032698.pdf>).

Eine Gegenposition wird von Klie (2001, S. 84) vertreten: „Der Gesetzgeber hat allein auf die Rechtsform, nicht auf die hinter den Trägern stehende Gesellschafter o.ä. abgestellt“, weshalb auch nicht verlangt werden kann, dass grundsätzlich ein Gebot der Aufgabe kommunaler Aufgabenerfüllung existiere.

Das Bundesministerium meinte zudem in seiner Rechtsauskunft (1998) nebenbei, es ‚herrsche‘ auch „im Krankenhausbereich“ ein Subsidiaritätsprinzip. Hierbei scheinen Traditionen und Angebotsrealitäten zum **Prinzip** erhoben zu werden. Der entsprechende § 109 des SGB V (Abschluss von Versorgungsverträgen) enthält dieses **nicht**. Dort kommt es nur auf die „Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern... unter Berücksichtigung des öffentlichen Interesses und der Vielfalt der Krankenhausträger“ an (§ 109 Abs. 2). Der Eignungsbegriff ist wesentlich. Die Krankenhausstatistik zeigt zwar einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils der Privaten am Krankenhausmarkt, aber auch hier ist die Situation in den Bundesländern sehr heterogen. Im Bundesdurchschnitt betrug 2008 der Anteil der drei Trägertypen: 32,2% öffentlich, 37,5% freigemeinnützig und 29,5% privat (DKG-Krankenhausstatistik). Eine solche Mischung würde dann auch auf dem „Pflegemarkt“ gute Wettbewerbsbedingungen wiedergeben. Es erscheint sinnvoll und zulässig, die beiden Märkte ordnungspolitisch analog zu betrachten, zumal der Gesetzgeber die Versicherungszweige in weiten Teilen angeglichen hat, insbesondere hinsichtlich des Sicherstellungsauftrages und der gemeinsamen Verantwortung.

Die strittigen Rechtsansichten bestehen weiter, solange keine höchstrichterliche Entscheidung erfolgt ist. Jedoch ergibt sich aus einer anderen Sicht, nämlich dem **Wahlrecht der Pflegebedürftigen** (§ 2 SGB Abs. 2 XI) ein anderer Zugang: „Die Pflegebedürftigen können zwischen verschiedenen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen“. Die besondere Betonung der „religiösen Bedürfnisse“ (Abs. 3) schützt die kirchlichen Träger gewissermaßen vor dem Privatisierungsdruck; es bleibt aber zu fragen, wie es mit möglichen „Bedürfnissen“ nach einer weltanschaulich ungebundenen, non-profit öffentlichen Einrichtung (in den möglichen Rechtsformen) steht. Würden diese „eingeschränkt“, würde nach unserer Ansicht ein diskriminierender Eingriff in das Wahlrecht bezüglich der

Einrichtung der Pflegebedürftigen vorliegen. Dieser ließe sich nicht durch die sozial(ordnungs-)politische Zielsetzung des SGB XI einer Steigerung der Effizienz (Wirtschaftlichkeit) des Leistungsgeschehens durch eine Einbindung Privater in die Versorgungsstruktur rechtfertigen.

Geht man von der **Finanzierung** der Pflege aus, ist festzuhalten, dass die Pflegebedürftigen einen Eigenbeitrag zur Pflegevergütung (Pflegeteile) über die pauschalierten Pflegesätze für pflegerische Leistungen der Versicherung hinaus leisten müssen (in Niedersachsen und anderen Bundesländern auch für die Investitionskosten) oder schon seit 1998 wieder in steigendem Maße aus öffentlichen Mitteln (Sozialhilfe) unterstützt werden müssen. 2007 trug die Pflegeversicherung im Bundesdurchschnitt 49% der Ausgaben für die stationäre Pflege, die Pflegebedürftigen 37% und die öffentliche Hand 14% (RWI, 2010, S. 20). Der öffentliche Anteil wird mit dem erwartbaren Sinken des gesetzlichen Rentenniveaus (und steigenden Pflegekosten) weiter zunehmen, was die bei den Entwürfen und der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes vorhandene Hoffnung auf eine dauerhafte Entlastung der Kommunen schwer erschüttert. Nachfrageseitig betrachtet, erscheint es systemwidrig, wenn diesen „Kunden“ (zu denen eben auch die öffentliche Hand zählt) bei der Entscheidung über die Verwendung ihres Einkommens und Vermögens sowie ggf. von Unterhaltszahlungen ihrer Angehörigen oder Steuermitteln (siehe Kapitel 2 II A) eine Beschränkung bei der „angebotenen“ Trägervielfalt auferlegt würde. Gerade bei einem unter den aufeinander bezogenen Gesichtspunkten der Eigenverantwortung und der Qualität regulierten „Pflegemarkt“ muss es aus Kundensicht gleiche Wettbewerbschancen geben. Überspitzt gefragt: Warum sollte die öffentliche Hand über die Unterstützung „zahlungsunfähiger“ Pflegebedürftiger „vorrangig“ gewinnorientierte Unternehmen mitfinanzieren?

## II. Qualitätsgewährleistungsgebot

a) Angebotsseitig kommen nämlich nach dem gängigen „Wirtschaftlichkeitsgebot“ des SGB V (§ 12 Abs. 1) und der entsprechenden Regelung im SGB XI (§ 4 Abs. 3, § 9) neben der Mengenbestimmung („zahlenmäßig ausreichend“) und der monetären Wirtschaftlichkeit (Effizienz) die Ziele der „**Zweckmäßigkeit**“ (SGB V) und der „**Leistungsfähigkeit**“ (SGB XI), d.h. die Effektivität und Qualität sowie die „Kundenpräferenzen“ ins Blickfeld. Diese Kriterien müssen von der **Nachfrage** der Nutzer her bestimmt werden. Auf einem ‚reinen‘ Gütermarkt (z.B. beim Lebensmittelkauf) entscheiden die Kunden über die Zweckerfüllung (den subjektiven Nutzen), d.h. über die Qualität der Leistung. Dies ist bei Gesundheitsdienstleistungen weitgehend anders gelagert (Informationsasymmetrie u.a.; vgl. 2 III.). Zu prüfen ist also, ob nicht auch und vor allem

das **Qualitätsgewährleistungsgebot** hinsichtlich des Pflegeangebotes ins Spiel gebracht werden muss. § 9 SGB XI ist vom Gesetzgeber dahingehend abweichend – ‚verschärfend‘ – vom SGB V formuliert worden. Allerdings ist nichts umstrittener als die Definition von Qualität im Gesundheitswesen allgemein (vgl. Specke 2005, S. 464 ff.). Aber hierauf kommt es zunächst nicht an, denn auch diese Definition unterliegt dem Wettbewerb.

- b) Interpretiert man Qualität formal als Merkmal des Angebotes auf dem Pflegemarkt, und versteht Wettbewerb über den Kostenwettbewerb hinaus (wie es betriebswirtschaftlich üblich ist) als Qualitätswettbewerb, dann kann jeder Anbieter seine **eigenen** Vorstellungen von Qualität entwickeln, soweit sie nicht gemeinsam vereinbarten Prüfkriterien (z.B. des MDK) widersprechen. Die besondere Hervorhebung des Auftrages „kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrt“ (§ 11 SGV XI Abs. 2 Satz 2), dem Rechnung zu tragen „ist“, drückt hier im Zusammenhang mit der Marktschaffung (bei Träger- und damit Angebotsvielfalt) diesen Grundsatz aus, schwankt aber zwischen einer ‚konservierenden‘, ethischen Absicht und dem ‚reinen‘ Marktgedanken.
  
- c) Bezeichnenderweise fehlt nämlich jede zusätzliche Charakterisierung für die privaten Träger. Bei diesen ging der Gesetzgeber offenbar von dem mit der Marktschaffung im Zuge der allgemeinen „Privatisierungswelle“ ebenso wesentlich verbundenen Gedanken der Kostensenkung (Effizienzsteigerung) und Flexibilisierung aus (vgl. Reichard/Röber 2010). D.h., dass vom Gebot der Trägervielfalt aus betrachtet im „Quasi-Markt“ der Pflege verschiedene (sozialpolitische und rechtliche) Prinzipien vermischt werden, deren Zusammenspiel letztlich ungeklärt ist. Für die Kostenstruktur der „Betriebe“ z.B. sind sie aber von wesentlicher Bedeutung, besonders für die **Personalkosten**. So stellt das RWI in seiner vergleichenden Untersuchung fest, dass „private Heime weniger Arbeitskräfte pro Heimbewohner einsetzen und die Personalkosten als Anteil am Umsatz deutlich geringer ausfallen als bei nichtprivaten Heimen“ (2010, S. 39). Der jeweilige Personalanteil betrug durchschnittlich 69,3% bei öffentlich-rechtlichen Trägern, 65,0% bei freigemeinnützigen und 47,5% bei privaten (S. 130). Auch im Pflegereport 2010 wird berichtet, dass (über die Kosten hinaus) die „unterschiedliche Personalstruktur...in engem Zusammenhang mit der *Trägerschaft*“ und deren unterschiedlichen organisationspezifischen Merkmalen steht. „So ist z.B. bekannt, dass insbesondere in öffentlichen Einrichtungen Tarifverträge Anwendung finden, während der Abschluss

derartiger Verträge in privaten Einrichtungen eher unüblich ist. Weiterhin sind in privaten Heimen weniger und jüngeres Personal beschäftigt“ (Rothgang 2010, S. 74), und schließlich ist zu beachten, welche Beschäftigungsverhältnisse vorliegen (Vollzeit, Teilzeit, geringfügige Beschäftigung; ebd. S. 70). In extremis argumentiert: wenn einem „Lohndumping“ seitens der Privaten keine Grenzen gesetzt sind, verfügen sie auf den ersten Blick über einen (unfairen) komparativen Wettbewerbsvorteil gegenüber den in einer spezifischen Weise „ethisch“ oder öffentlich gebundenen Einrichtungen. Das mag auf dem Konsumgütermarkt bei freier Preisbildung angemessen sein (z.B. Bioprodukte, vegetarische Lebensmittel versus Massenware), im Bereich der Pflege ist eine solche Marktspreizung hochgradig problematisch. Um diesen Vorteil wird aber seitens der Privaten im Moment gerungen (vgl. RWI u.a. 2010, Pflegeheim RatingReport 2009, S. 105 - 118: Mindestlohn und Insolvenzgefahr).

- d) Wesentliches Problem sind hierbei die mangelnde Transparenz des Marktgeschehens, die durch die „mixed economies“ entstanden ist, und die unterschiedliche öffentliche (soziale) Bindung der konkurrierenden Betriebe/Unternehmen. Gegenüber den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern (Finanzierung) und bei den Wahlentscheidungen der Heimbewohner als Nachfrager sind die einzelnen Pflegeeinrichtungen formal gleichgestellt, bei den Präferenzen der „Kunden“ ergeben sich **gruppenspezifische** Differenzierungen, wenn man unterstellt, dass bei einem erheblichen Teil der Pflegebedürftigen ethische oder sozialpolitische (Kirchen, Freie Wohlfahrt) oder auch staatsbürgerliche Bindungen (Kommunen) eine Rolle spielen. Schließlich ist für jeden Einzelfall zu analysieren, wie „frei“ die Wahlentscheidung für ein bestimmtes Alten- und Pflegeheim tatsächlich sein kann und/oder war. Der Pflegemarkt ist kein Wochenmarkt, der nahezu ohne Transaktionskosten funktioniert, sondern ein „Koordinationsgeschehen“ mit erheblichen Transaktions- und insbesondere Informationskosten (siehe weiter unten).
- e) Ob eine stark auf **Personalkostensenkung** ausgerichtete Strategie (die auch zunächst von den Sozialgerichten unter dem Stichwort „kostengünstig“ favorisiert wurde) mit dem Qualitätsgewährleistungsgebot (insbesondere bezüglich der Ergebnisqualität) kompatibel ist, ließe sich nur bei voller Markttransparenz und durch eingehende empirische Untersuchungen des Zusammenhanges von Personaleinsatz, Pflegekonzepten und ihrer Umsetzung in verschiedenen Einrichtungen klären. Die „Messkriterien“ des MDK erscheinen hierfür kaum geeignet, und die quasi-marktlichen „Pflegeroten“ sind nach

neueren Untersuchungen hierfür wenig aussagekräftig. Aus unserer Sicht können deshalb gerade kommunale Einrichtungen eine Vorreiterfunktion übernehmen, indem sie in Wahrnehmung ihrer Gesamtverantwortung „Marktlücken“ nicht rein mengenmäßig verstehen, sondern unter Qualitätsaspekten vorangehen. Diese sollten jedoch nicht auf das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung (als Teilsicherungssystem) verengt werden, „sondern den gesamten Pflegebedarf, die Lebensumstände und die Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen in den Blick“ nehmen. „Pflegebedürftige Menschen sind besonders verletzlich in ihrer Anerkennung als Rechtsperson und in ihrer Entfaltung als Persönlichkeit“ (Welti 2010, S.116).

### III. Schlussfolgerungen für die Kommune

Für die Kommune wären nun folgende Punkte im Bezug auf öffentliche Zwecke, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu prüfen:

- **Vorbildfunktion** der kommunalen Heime im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement;
- besondere Aktivitäten beim **Pflegepersonal** (faire oder „gerechte“ Bezahlung, Aus- und Fortbildung = capacity building)
- Erweiterung der Produktivität/**Wertschöpfungskette** durch Angebotsvielfalt (neue Geschäftsfelder im Bereich des § 8 SGB XI Abs. 2 und 3)
- Einbindung der Heime in **andere wirtschaftliche** Betätigungen der Kommune, insbesondere in der Wohnungspolitik (Alten- und Pflegeheime als Wohnorte)
- lokal spezifische öffentliche Zwecke und eine entsprechende kommunale Betätigung (**Vernetzung** mit anderen kommunalen sozialen Aufgaben, Einbindung in die Seniorenpolitik);

### IV. „Optimale“ Betriebsform?

Eine Entscheidung über eine „optimale“ Betriebsform (nämlich die Wahl zwischen einer öffentlichen und einer privaten Rechtsform (s.o.)) kann sich demnach nicht ausschließlich am Kriterium der „Wirtschaftlichkeit“ orientieren, sondern muss sich auch danach richten, in welcher Weise die Kommune die Verfolgung des öffentlichen Interesses, d.h. auch spezifische örtliche sozialpolitische Ziele gesichert sieht.

Die offizielle Pflegestatistik gibt keine Auskunft über die Rechtsformen der öffentlichen Pflegeheime. Unter „Kommunale Träger“ werden Einrichtungen, die von kommunalen Trägern „unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden“ erfasst „Hierzu gehören kommunale Betriebe in privater Rechtsform ... „kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung“ (Fragebogen zur Pflegestatistik, Erläuterungen,

S. 1). Für unsere Zwecke konnte nur eine Übersicht des Bundesverbands der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. (BKSB, 75 Mitglieder mit 200 Einrichtungen) über die bei kommunalen Heimen vorherrschenden Rechtsformen Informationen bieten, die wir für repräsentativ erachten:

Eigenbetrieb bzw. eigenbetriebsähnliche Einrichtung	26%
GmbH	51%
AöR (Bayern)	1%
e.V.	3%
Regiebetrieb	8%
Stiftung	4%
Zweckverband	6%

Insoweit stehen unserer Ansicht nach in Hannover zur Auswahl:

**Öffentliche Rechtsform: Netto Regiebetrieb (s.o.) / Eigenbetrieb**  
**private Rechtsform: Eigengesellschaft**

Da der Netto Regiebetrieb eine „eigenbetriebsähnliche Einrichtung“ ist, aber den Vorteil der unmittelbaren Steuerung durch den Fachbereich besitzt, scheint es in Hannover unter dem Aspekt **klarer** Alternativen am ehesten eine Wahl zwischen Beibehaltung des Netto Regiebetriebes und einer GmbH zu geben. Bevor jedoch eine mögliche Wahl genauer geprüft wird, soll den Fragen aus Nr. III nachgegangen werden. **Eine abschließende Empfehlung erfolgt in Kapitel 7.**

## Kapitel 3 Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität – allgemeine Überlegungen zum „Pflegermarkt“

### I. „Pflegermarkt“ – was ist das?

- a) Die Rede vom „Pflegermarkt“, dessen Bezeichnung vor allem seitens der Privaten uneingeschränkt verwendet wird, bedarf einer Präzisierung. Dieser Leistungsbereich stellt nämlich eine Besonderheit dar und ist nur partiell mit anderen ‚neuen Märkten‘ (Klenk/Nullmeier 2010) in der Sozialpolitik bezüglich seiner Grundsätze, Institutionen, Akteure und Finanzierung unmittelbar vergleichbar. Das Pflegeversicherungsgesetz hatte bei seiner Vorlage 1994 allerdings eine „sozialrechtliche Pilotfunktion“ (Backhaus-Maul 2000) bei der Einführung des **Wettbewerbsprinzips** in die tradierte deutsche Sozialpolitik, die gemeinhin als „Bismarck-Modell“ charakterisiert wird, in dem der Staat als Gewährleister (und Leistungserbringer) stets einerseits eine prominente Rolle spielte, andererseits nichtstaatliche Leistungserbringer ebenso gewichtig waren, und „korporative“ Akteure (d.h. Verbände, in der GKV z.B. Krankenkassen und Ärzteverbände) am Sicherstellungsauftrag und damit der Steuerung des Leistungsgeschehens einen maßgeblichen Anteil innehatten (Skupan 2004, S. 100 f.). Der neue Wettbewerbsgrundsatz sollte und hat an beiden ordnungspolitischen Säulen dieses Systems Veränderungen bezweckt: zum einen wurde konzeptionell die Gewährleistungsfunktion des Staates auf ein Minimum reduziert, indem sich öffentliche Träger aus der konkreten Leistungserbringung weitgehend zurückziehen sollten (mit Ausnahme des Krankenhaussektors), zum anderen die Steuerung des Leistungsgeschehens von ihren „korporatistischen Fesseln“ befreit und der dezentralen Koordination durch Marktteilnehmer geöffnet werden sollte. Dabei blieben zwei unterscheidbare Vorstellungen von „Wettbewerb“ nebeneinander bestehen, u.a. weil die freie Wohlfahrt mit ihren differierenden Traditionen Bestandschutz erhielt. Einerseits geht es in der vertikalen Dimension um den Wettbewerb von **Organisationen** (Trägertypen) und deren Einrichtungen (Steuerungswettbewerb). „Für die privat-gewerblichen Anbieter legitimiert dieses modifizierte Subsidiaritätsprinzip...einen institutionell abgesicherten Marktzugang, für die freigemeinnützigen Anbieter dagegen bedeutet es eine staatlich verordnete Konkurrenz“ (Bäcker u.a., S. 545). Andererseits sollte auf der horizontalen Ebene ein Wettbewerb

zwischen wirtschaftlich selbständigen **Einzelunternehmen** über Marktpreisbildung eingeführt werden.

Diese beiden Dimensionen sind im Sozialrecht auf unsystematische Weise verkoppelt, so dass einzelne Elemente zunächst jeweils für sich betrachtet werden müssen, um das besondere Zusammenspiel zu analysieren.

- b) Ein Markt ohne Privilegierung der Freien Wohlfahrt und ohne spezifische öffentliche Interessen wäre einfacher zu modellieren, weil dann der Staat ‚nur noch‘ als Auftraggeber agieren würde, der frei aus der Zahl der Anbieter nach Eignungs- und wirtschaftlichen Gesichtspunkten die Auftragnehmer auf Zeit auswählen könnte und der Markt rein „kontraktualistisch“ organisiert wäre. In der Literatur wird deshalb auch von der Umstellung „von einem marktfernen Subventionsmodell auf kontraktbasierte Quasi-Märkte“ gesprochen (vgl. Grohs 2010). Dies liegt z.B. in Großbritannien (aber auch in anderen Ländern) weitgehend vor, wo allerdings auch verselbständigte Bereiche der öffentlichen Verwaltung (Kommunen) mit anderen Anbietern konkurrieren können (Means/Smith 1998). Im Bereich der Gesundheitspolitik und im Feld der Pflege spricht man deshalb von einem „Quasi-Markt“ (Le Grand 1993), weil der Staat bei öffentlicher Finanzierung und im öffentlichen Interesse (Qualitätssicherung) den Anbietern gegenüber als Nachfragemonopolist auftritt. Dies ist im „Bismarck-Modell“ auch heute nur bei Steuerfinanzierung der Fall und nur beschränkt bei sozialversicherungsrechtlicher Finanzierung. Deshalb sind weitere Überlegungen notwendig.
- c) Bei Marktanalysen ist als erstes das Verhältnis von **Angebot und Nachfrage** in Betracht zu ziehen, denn das Wesen von freien Märkten ist die nur durch Rahmenbedingungen regulierte freie Koordination von Angebot und Nachfrage durch den Preis für Güter und Dienstleistungen. Dabei wird theoretisch bei freier Preisbildung sowohl eine allokativen als auch eine betriebswirtschaftliche Effizienz erwartet, im Bereich der Pflegeversicherung also eine Schaffung eines ausreichenden Angebots von „effizienten“ Leistungserbringern. Im Gegensatz zum Krankenhaussektor wurde keine Einrichtungsplanung von Alten- und Pflegeheimen eingeführt. Dies hängt sicherlich mit der Erwartung eines aus demographischen Gründen rasant ansteigenden Bedarfs an stationären Einrichtungen zusammen, für den privates Kapital für private Eigentümer mobilisiert werden sollte. Jedermann ist

berechtigt, nach Maßgabe definierter Eignungsmerkmale ein Heim zu bauen und einzurichten, die Zulassung zu beantragen und um Versorgungsverträge nachzusuchen. Diese Freiheit wird auf der anderen Seite durch die schon zitierte Vorrangklausel der §§ 11 und 72 des SGB XI eingeschränkt. Öffentliche Träger sollen nur ausnahmsweise am Wettbewerb in der Leistungserbringung teilnehmen. Die Gründe hierfür sind unseres Wissens für die soziale Dienstleistungsproduktion (vgl. Heinze et al. 1997) kaum systematisch entwickelt worden, sondern entstammen dem „Zeitgeist“ der frühen 1990er Jahre. Bei der Novellierung des BSHG im Jahre 1993 ist ein erster Ansatz zu dieser „Verwettbewerblichung“ gescheitert. Diese fand dann während des Gesetzgebungsprozesses zur Pflegeversicherung ihren etwas klandestinen Einlass (s.o.) und später auch im BSHG (§ 93) und im KJHG (1999, § 78).

- d) In der damaligen deutschen sozialpolitischen Debatte findet man **keine wissenschaftlich ausreichende** Begründung für die „Marktschaffung“ in der Sozialpolitik unter Einbeziehung privat-gewerblicher Unternehmen, vielmehr dominierten Ideen einer „neuen Subsidiarität“ (vgl. Heinze 1986; Heinze/Voelzkow 1999). Gegen und komplementär zu den „Institutionen der gesellschaftlichen Selbstorganisation“ (Huster/Rust 2009, S. 557) wurde die neue **„Selbsthilfebewegung“** positioniert. „In der Tendenz müssen wir entsprechend dem Prinzip der Subsidiarität den institutionellen Bereich um den persönlichen, eigenverantwortlichen Bereich ergänzen und erweitern“ (Fink 1986). Von „Märkten“ war in diesem Diskurs nicht die Rede, obwohl die „neue“ Eigenverantwortlichkeit später auch Anschlussmöglichkeiten zum Kundenbegriff zeigte (vgl. z.B. Evers 2002). Die Marktidee kam von der Seite des New Public Managements aus dem angelsächsischen Raum ins Spiel, wo sie einen alles in allem wirtschaftswissenschaftlichen Vorlauf hatte (vgl. Naschold 1995) und eine prägnante Botschaft nach Deutschland übermittelte: „Market mechanisms should be used wherever possible, even if there cannot be a fully free market for the services“ (Means/Smith 1998, S. 63).
- e) Dieser eher „ideologische“, vor allem staatskritische Einfluss konzentrierte sich auf „Aufgabenkritik und Konzentration auf Kernaufgaben“ des Staates (vgl. Fiedler 1998). Gleichlaufend wurde dieser Ideenbestand Kernkonzeption des „Schlanken Staates“ (1993/94). Von besonderer Bedeutung ist hierbei, dass diese Aufgabenkritik

in den wenigsten Fällen eine systematische Prüfung der „Aufgaben“ unter dem Aspekt der Güter- und Dienstleistungseigenschaften und ihrer „Produktion“ betraf, sondern angebotsseitig gewissermaßen eine Isomorphie aller Arten von „Gütern“ unterstellte. Nachfrageseitig wurde der Bürger, Leistungsempfänger etc. als „Kunde“ modelliert. Erst **im Nachgang** zu den **politischen** Zielen und Maßnahmen einer Marktschaffung wurde in der Wissenschaft versucht, dieses Modell zu begründen (auch von Vorreitern der „neuen Subsidiarität“ (Evers 2002)), wobei die Verwirrung groß ist. Allein im Fachgebiet Gesundheitsökonomie findet man dutzende seriöser Publikationen, die zu unterschiedlichen Ansichten gelangen. Dieser Tatbestand führt zu erheblichen Konsequenzen bei der Betrachtung von Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit, Qualität und ihres Zusammenhanges.

## II. Preis-Leistungs-Verhältnis

Um diesem Zusammenhang näher zu kommen, gehen wir der Einfachheit halber von der weit verbreiteten Erwartung aus, die Einführung von „Wettbewerb“ oder auch nur „Wettbewerbselementen“ führe zu einer günstigeren **Preis-Leistungs-Relation**, als sie im nicht-marktlichen Modell zu erreichen wäre (auch diese Annahme wurde in dieser Allgemeinheit eher behauptet als bewiesen). Diese Erwartung wurde insbesondere der Freien Wohlfahrt gegenüber gepflegt (zu Recht oder zu Unrecht). Dort wurde Mitte der 1990er Jahre von einem „Wohlfahrtskartell“ gesprochen, dessen Stabilität nur über die „Marktöffnung“ (Monopolkommission 1998) und ein System von Leistungsvereinbarungen anstelle der früheren Zuwendungsfinanzierung aufgebrochen werden sollte, wobei im Wettbewerb um Leistungsvereinbarungen „Quasi-Preise“ entstehen sollten. Ohne diese Kontroverse und die Bewertung ihrer Folgen hier weiter zu vertiefen (vgl. ausführlich Grohs 2010), sollen für unsere Zwecke einzelne Komponenten des „Pflegemarktes“ im stationären Bereich betrachtet werden:

### A. Preisbildung und Zahlungen des „zusammengesetzten Kunden“

Die Vergütung für Pflegeleistungen (Heimentgelt=Preis § 87a SGB XI) der **Anbieter** ist aus drei Komponenten zusammengesetzt, die unterschiedliche Freiheitsgrade besitzen:

**Pflegesätze** werden in Verhandlungen (§ 85 SGB XI) für jede einzelne Einrichtung festgelegt. Sie beinhalten zwei Unterkomponenten:

- Die gestaffelten und ‚gedeckelten‘ **Pauschalleistungen der Pflegeversicherung** (§ 43 SGB XI), die an einem „expertenbasiert“ definierten Bedarf (und nicht einem Sachleistungsprinzip (GKV=Kostenerstattung für Krankheit unabhängig von der Zahlungsfähigkeit der Person) folgend orientiert sind. Diese Komponente kann man als

„politischen Preis“ bezeichnen, bei dem die Pflegekassen dem Leistungserbringer gewissermaßen einen Auftrag zur Leistungserbringung erteilen. Die Kassen treten als „Käufer“ auf und nehmen dabei eine Monopolstellung ein. Es gibt – anders als in der GKV - keinen Wettbewerb zwischen den Pflegekassen. Ihre Zahlungen resultieren aus Zwangsbeiträgen der Versicherten.

- Die über diese Zuschüsse hinausgehende Vergütung für pflegerische Leistungen, die von den Heimbewohnern getragen werden. Diese sind nach Heimen unterschiedlich und drücken qualitätsbezogene Leistungen aus.

**Kosten für Unterkunft und Verpflegung**, für welche die Pflegebedürftigen aus ihrem Einkommen und Vermögen sowie mit Unterstützung Dritter (z.B. Sozialhilfe) aufkommen müssen. Dieser Bestandteil des Heimentgeltes ist ebenfalls in die Pflegesatzverhandlungen einbezogen, er wird von den „Kunden“ bezahlt.

**Investitionskosten** (§ 82 Abs. 3 SGB XI), die (in den meisten Bundesländern) allein von den Kunden über einen längeren Zeitraum anteilig getragen werden müssen. Ihre Vorfinanzierung erfolgt über Eigenkapital der Träger oder über Kreditfinanzierung über den Kapitalmarkt. Eigenkapitalrendite sowie Zinsen und Tilgungen von Fremdkapital werden vom „Kunden“ bezahlt.

Die Gesamtvergütung insgesamt wird also in bestimmten Korridoren in „gemeinsamer Verantwortung“ auf der Basis von detaillierten Leistungsbestimmungen (Rahmenverträge nach § 75 SGB XI) reguliert. Es existieren öffentlich legitimierte Preisunterschiede, und von einer „freien Preisbildung“ kann nicht gesprochen werden, allenfalls von einer „Quasi-Preisbildung“ oder von „administrierten Preisen“. So spricht das Bundessozialgericht von einem „Vergütungsregime“ (BSG 29.1.2009, B 3 P 9/08 R, Nr.10 und 11), welches im Gegensatz zu „Marktpreisen“ eine einrichtungsindividuell hochdifferenzierte, gewissermaßen „amtlich genehmigte“ (örtliche) Preisliste hervorbringt, die für den „Kunden“ wichtig ist, und an der er sich orientieren kann. Hierbei spielen die Grundsätze der **Leistungsgerechtigkeit** und der **Angemessenheit** (vgl. BSG durchgängig), die an fachliche Qualitätsanforderungen im Interesse der Heimbewohner ausgerichtet sein sollen, eine wesentliche Rolle (siehe II B). Das gesamte „Marktgeschehen“ ist sozialrechtlich gebunden.

Von der **Nachfrage** her betrachtet, trägt der „Kunde“ die Kosten aus Steuern, Zwangsbeiträgen oder Einkommen und Vermögen sowie Unterhaltszahlungen. Aber durch diesen **Finanzierungsmix** setzt sich die Kundenschaft aus einer Vielzahl von Akteuren zusammen, die ihrerseits divergierende Interessen haben. Zum einen sind es die

individuellen Pflegebedürftigen, zum zweiten ist es die Vertretung der Versichertengemeinschaft (Pflegekassen), zum dritten die öffentliche Hand, zum vierten auch die Arbeitgeber, die unter dem Aspekt der so genannten Lohnnebenkosten ein ganz distinktes Interesse haben, zum fünften auch der Finanzmarkt, und letztlich ist es die Gesamtheit der Steuerzahler vom Hartz IV-Empfänger, der an der Ladenkasse Mehrwertsteuer bezahlt, bis zu den Unternehmen als Zahler von Körperschaftssteuer. Diese Mixtur prägt auch die sozialpolitischen Debatten und Entscheidungsprozesse.

Dem **Sozialhilfeträger** kommt in diesem Verhandlungsgeschehen eine besondere Rolle zu, denn neben den Pflegekassen ist er die zweite öffentliche Finanzquelle („Hilfe für Pflege“). So spricht er sowohl bei den Pflegesatzverhandlungen, als auch bei der Festlegung der anteiligen Kosten für Investitionen mit. Von der Sozialhilfe wird der (aus Steuermitteln finanzierbare) „angemessene“ Rahmen für Investitionskosten bundesweit unterschiedlich bestimmt (in NRW ist er z.B. weiter gesteckt als in Niedersachsen). Nach der Finanzkraft der Länder entstehen hierdurch auch erhebliche Einflüsse auf die Qualitätsziele (s.u.).

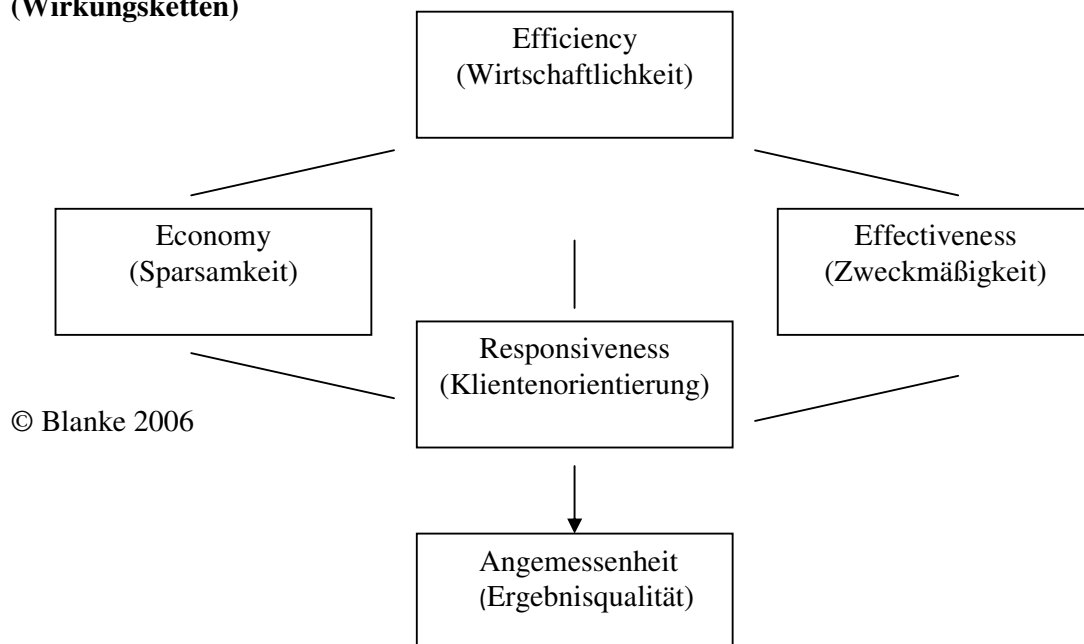
Unter dem Aspekt der **Koordination** des „Marktgeschehens“ lässt sich also überwiegend **keine** marktliche Koordination der Akteure feststellen. Vielmehr kann (nur) von einem **hochregulierten Wettbewerb** gesprochen werden. „Die durch das Pflegeversicherungsgesetz erstmals eingeführten *sozialrechtlichen Neuerungen* – stark verkürzt: Marktprinzipien – erweisen sich als unvollständig, inkonsistent und verzerrt“ (Skuban 2004, S. 153; so auch das Bundessozialgericht 29.1.2009 B 3 P 9/08 R). Die vielfältigen, institutionell bedingten Verhandlungsprozesse zwischen den Kundensegmenten haben nach wie vor eher „korporatistische“ Züge. Dies wird besonders bei den Regelungen zur Pflegesatzverhandlung deutlich: In der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI sind Kostenträger und Leistungserbringer auf Verbandsbasis zusammen mit dem Träger der Sozialhilfe vertreten. Sie verhandeln auf der Grundlage einrichtungsindividueller Daten und vergleichen die Preise im Wesentlichen auf „Plausibilitätsbasis“ (wie das BSG es nennt). Die Heimbewohner haben kaum eine Chance, das jeweilige Heimentgelt zu „verstehen“. Insbesondere bezüglich der Informationsmöglichkeit bestehen also erhebliche Zweifel am Konzept der „Kunden“. Mit anderen Worten: auf der Nachfrageseite besteht schon bei der Preisbildung eine marktbeschränkende **Informationsasymmetrie** (dies wird sich auch bei der Leistungsqualität zeigen).

Vor allem beim Konzept der **Wirtschaftlichkeit** tritt dies zu Tage. Aus juristischer Sicht wird diese häufig alleine mit dem Begriff der „Kostengünstigkeit“ gefasst (Butzer 2010; so pointiert BSGE 87/199). Keineswegs ist aber immer deutlich, ob einfach „Sparsamkeit“ (global: Kostensenkung) gemeint ist, ob es sich um „betriebswirtschaftliche Effizienz“ (z.B. das Verhältnis von Kosten und Erträgen) oder um den professionell angemessenen Einsatz von Ressourcen (z.B. Personalressourcen) im materiellen Produktionsprozess handelt oder schließlich um „Effektivität“ (Zweckmäßigkeit). Dies sind bekanntermaßen die Dimensionen des sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V, § 4 Abs. 3 und § 9 SGB XI).

#### **B. Fünf Dimensionen von Wirtschaftlichkeit**

Eine modellanalytische Betrachtung des Zusammenspiels der unterschiedlichen Dimensionen von Wirtschaftlichkeit im Bereich von Gesundheitsdienstleistungen zeigt, dass die Rolle des „Patienten“, in unserem Fall der Pflegebedürftigen, die zentrale Steuerungsgröße für die Wirkung verschiedener Maßnahmen und deren Gewichtung für die „Ergebnisse“ von Tätigkeiten sowohl der Organisation als auch des Personals ist und sein muss. Denn bei diesen Leistungen ist die aktive Einbeziehung und Mitarbeit des „Kunden“ (oder seiner Advokaten, wie z.B. Angehörigen) erforderlich (**Ko-Produktion**). So wird die Ergebnisqualität erheblich davon beeinflusst, ob genügend Informationen über die Gründe und den Sinn einzelner Maßnahmen vorhanden sind, ob das Personal sich an den Bedürfnissen der „Kunden“ orientiert oder anderen Parametern folgt (z. B. Sparsamkeit oder dem Gewinnerfordernis für den Arbeitgeber), wie die Zweckmäßigkeit definiert wird, oder ob der „Kunde“ sich in die Behandlungs- und Pflegekonzepte einbringen kann, d.h. ob diese fremdbestimmt oder selbstbestimmt wahrgenommen werden. Es zeigt sich einerseits ein expliziter Zusammenhang von Wirtschaftlichkeit und Qualität. „Eine richtige definierte Qualität ist zugleich ein Beitrag zur Wirtschaftlichkeit. Aber auch hohe Qualität muss stets unter dem Gesichtspunkt einer wirtschaftlichen Ressourcenverwendung erbracht werden“ (Specke 2005, S. 465). Andererseits steckt hinter diesen Anforderungen eine hohe Komplexität oder auch Unwägbarkeit des tatsächlichen Prozesses der Leistungserbringung.

**Abb. 1: Matrix zum Zusammenhang von Wirtschaftlichkeit und Qualität (Wirkungsketten)**



### C. Leistungen und Qualität

Unter diesen Unwägbarkeiten leidet vor allem die **Qualitätsbestimmung**. Jenseits der konventionellen und in einem Sozialgesetz erstmalig bei der Pflegeversicherung bezüglich der Qualitätssicherung eingeführten Dimensionen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1982; Gemeinsame Grundsätze gem. § 80 SGB XI, jetzt § 113 SGB XI) kann zunächst behauptet werden, dass die Vielzahl von Akteuren auf der „Kundenseite“ auch eine Vielzahl möglicher Qualitätsvorstellungen ins Spiel bringt, wobei schon angebotsseitig mit der Hervorhebung der „religiösen Bedürfnisse“ (§ 2 Abs. 3 SGB XI) eine Art Privilegierung stattgefunden hat. Diese Vorstellungen können entlang der Preiskomponenten charakterisiert werden.

Die Leistungen der Pflegekassen werden nach mit Zeit- und Kostenschätzungen belegten Merkmalen der Pflegebedürftigkeit vom Gesetzgeber pauschaliert festgesetzt. Die „Qualität“ der rein personenbezogenen Pflege richtet sich inhaltlich an engen körperbezogenen medizinisch-technischen („klinischen“, Schnabel 2010) Kriterien von „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“ aus (§ 14 Abs. und 4 SGB XI). Darüber hinausgehende Hilfebedarfe „wie z.B. die Förderung von Kommunikation oder allgemeine Betreuung, die nicht auf eine Verrichtung bezogen ist, finden bei der Hilfebedarfsmessung keine Berücksichtigung“ (Gansweid/Heine 2009, S. 66). Die genannten Kriterien bestimmen ein Mindestmaß, sind

hochstandardisierbar und insoweit „messbar“ (die Prüfkriterien der **Ergebnisqualität** des MDK (vgl. § 114 Abs. 2 Satz 1 SGB XI); neuerdings die Expertenstandards nach § 113a SGB XI). Bei Verfahren zur Qualitätssicherung kommt es „entscheidend darauf an, dass gleiche medizinische Tatbestände und Behandlungsmaßnahmen nach gleichen Methoden und Kriterien bewertet werden können – unabhängig davon, wo die Leistungen erbracht“ wurden (Specke 2005, S. 465) Die „klinische Logik“ von Ergebnisqualität bei der Pflege steht im direkten Zusammenhang mit dem Bestreben des Gesetzgebers, einerseits Pflegebedürftigkeit klar von Krankheit abzugrenzen (Abgrenzung der Zuständigkeiten verschiedener Sozialversicherungszweige), andererseits sie unter dem Dach der Krankenversicherung im ‚Wissensverbund‘ mit der Medizin unter Kostengesichtspunkten sozusagen ‚kontrollieren‘ zu können. (Man denke an die lang anhaltende Debatte um Demenz als Merkmal von Pflegebedürftigkeit, die schließlich einen „besonderen Bedarf“ kreiert hat).

Die Preisbestandteile Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionen sind bei den Qualitätsdimensionen nicht klar abzugrenzen, sie gehören sowohl zur Struktur- als auch Prozessqualität. Das gilt auch für den pflegebezogenen Personaleinsatz. An diesem Punkt wird für den Zusammenhang zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität vor allem die Frage nach dem Inhalt der **Pflegekonzepte** (Bestandteil der Prozessqualität, MDK) relevant. Beziehen diese sich eng auf die ‚hart‘ messbaren Prüfkriterien der Ergebnisqualität oder umfassen sie andere Qualitätsdimensionen, auch solche, die bislang nicht zu den formalisierten Kriterien gehören? Im ersten Fall wäre es durchaus möglich, mit geringeren Personalqualifikationen und -kosten die Kriterien zu erfüllen; im zweiten Fall dürften die Personalkosten steigen.

## Kapitel 4 Selbstbestimmung als oberster Wert

Rechtsdogmatisch sind Sozialgesetze nach Aufgaben, Werten, Zielen, Zwecken, und Mitteln in einem Ableitungszusammenhang konstruiert. Hierin liegt sozusagen ihre „Steuerlogik“. Der oberste Wert soll sich auch in den letzten einzelnen Handlungen bei der Ausführung der Gesetze widerspiegeln, die damit im konkreten Fall auch **wertbezogen** justiziabel sind. (Man denke an das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu den Berechnungskriterien für Leistungen nach SGB II). Analog zum Grundgesetz kann also alles „im Lichte“ von Grundwerten betrachtet werden. Das Pflegeversicherungsgesetz definiert in § 1 zunächst die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Abs. 1) als einen neuen „eigenständigen Zweig der Sozialversicherung“. Danach wird der oberste Wert für die Leistungen dieses Versicherungszweiges definiert:

### § 2 SGB XI: Selbstbestimmung

- (1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Nach unserer Ansicht ist es in der langen Geschichte der Qualitätsbestrebungen in der Pflegeversicherung nicht gelungen, **diese** Grundsätze abschließend zu operationalisieren, so dass es im Rahmen der Prüfkriterien des MDK immer noch der einzelnen Einrichtung überlassen wird, wie und mit welchem Ressourceneinsatz sie dieses Ziel zu erreichen sucht (so auch die Kriterien zur Qualitätssicherung im Rahmen des so genannten Pflege-TÜVs). Auf diesen Zusammenhang verweisen auch die Ergebnisse des RWI (2009, S. 41 ff.), die frappierend feststellen, dass zwischen Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und Preisniveau kein signifikanter Zusammenhang besteht (Daten des MDK Rheinland-Pfalz). Dabei ist die Differenzierung von Donabedian **phasenorientiert** und modelliert einen Produktionsprozess von Leistungen. Die Strukturqualität, auch Potentialqualität genannt, umfasst die vorhandenen Ressourcen, die als Inputfaktoren alle personellen und sachlichen Ressourcen beinhalten. Ausgehend von diesem Potential, beschreibt die Prozessqualität die Abläufe der Leistungserstellung. Am Ende des Leistungserstellungsprozesses obliegt es der Ergebnisqualität, die Leistungen zu beurteilen (so auch die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung der Träger, Pflegekassen und

Pflegeverbände vom 21.10.1996 (in: Klie 2001, S. 705 ff.) Ihr kommt durch die zusammenfassende Beurteilung eine herausragende Rolle zu, weil sie ein abschließendes Resultat darlegt. Insoweit ist das Ergebnis der exemplarischen Auswertung von Daten des MDK Rheinland-Pfalz durch das RWI **nur dann** stimmig, wenn die Messkriterien des MDK keinerlei Zusammenhänge des Leistungserstellungsprozesses beinhalten, sondern ausschließlich individualisierte Daten aus dem Katalog der verrichtungsorientierten Definition der Pflegebedürftigkeit. „Durch diese Verengung fließen grundlegende pflegetheoretische Erkenntnisse“ nicht ein. „Der Verzicht, Lebenswirklichkeit und reale Bedürfnislage der Pflegebedürftigen umfassend widerzuspiegeln, ist gesundheitspolitisch und leistungsrechtlich begründet“ (Süß 2009, S. 41). Zudem bleibt dann der Zusammenhang zwischen Personaleinsatz und Personalkosten sowie Ergebnisqualität verborgen. Angemessene Pflege wird nicht erfasst.

## **I. Pflegebedürftigkeit und Selbstbestimmung**

Die von uns benutzte Matrix zum Zusammenhang von Wirtschaftlichkeit und Qualität legt deshalb nahe, **prozessual** die Wirkungskette Effektivität – Klientenorientierung – Angemessenheit unter dem Stichwort „angemessene Pflege“ zu betrachten. Hierbei sticht zunächst die Diskrepanz verschiedener Zugänge zum Gegenstand ins Auge: vor allem pflegewissenschaftliche und sozialrechtliche.

Die seit der Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PFWG) vom 1. Juli 2008 politisch-gesetzgeberisch angestoßenen Bestrebungen, vor allem den Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) neu zu definieren (vgl. Igl 2009; von Schwanenflügel 2009, Gohde 2010), zielen darauf ab, das tradierte und auf die Einordnung der Hilfebedürftigen in Pflegestufen an Verrichtungen (**defizit-**) **orientierte** durch ein **kompetenzorientiertes Verständnis** zu ersetzen. Im Zentrum dieses neuen pflegewissenschaftlich fundierte Konzeptes steht „der Grad der **Selbständigkeit** bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen“ (von Schwanenflügel 2009, S. 157 f.). Gradunterschiede müssen jedoch sozialrechtlich erneut mit entsprechender Begutachtung (Gansweid/Wingenfeld/Büscher 2009, S. 140 ff.) in Leistungsstufen mit unterschiedlichen Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung abgebildet werden. Die Versicherungsleistungen werden sich jedoch nur marginal verbessern lassen (vorrangig gilt bei Reformen stets das Prinzip der „Kostenneutralität“). Wegen der Mischfinanzierung der Pflegevergütungen beim einzelnen Pflegebedürftigen geht eine Verbesserung der Heimsituation vermutlich im Wesentlichen zu Lasten der persönlichen finanziellen Zahlungsfähigkeit (einschließlich der Unterhaltspflichtigen und

der Sozialhilfeträger). Wenn diese Belastung nicht getragen werden kann oder soll, wird nicht sehr viel von den hohen Zielsetzungen zu realisieren sein (hier „bremst“ die Wirkungskette Sparsamkeit-Wirtschaftlichkeit; theoretisch Eggleston/Zeckhauser 43 ff.; vgl. auch den Barmer GEK Pflegereport 2010). Ein „Dritter Weg“ läge darin, die Kette Effizienz-Effektivität in Betracht zu ziehen, d.h. betriebswirtschaftlich ausgedrückt die **Produktivität** der Pflegeprozesse unter die Lupe zu nehmen. Die Frage lautet: Können mit dem gleichen finanziellen Mitteleinsatz bessere Ergebnisse erzielt werden? Hierbei stellt der **aktive** „Eigenbeitrag“ der Pflegebedürftigen die entscheidende Variable dar.

Pflegeleistungen werden als Gesundheitsdienstleistungen in der Gesundheitsökonomie als **Vertrauensgüter** klassifiziert (vgl. Möller 2010, S. 75 – 105). Sie werden persönlich- interaktiv erstellt (Ko-Produktion). Der „Kunde“ kann weder vor Beginn der Leistungserbringung noch nach dem „Konsum“ die Qualität genau erkennen, weil er in hohem Maße abhängig ist von Fremddiagnosen und Therapien (klassische Arzt-Patienten- Beziehung; Informationsasymmetrie). Umgekehrt fehlen dem „Anbieter“ häufig wesentliche Informationen. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen in einer fremden Umgebung. Um eine angemessene Leistung zu erstellen, bedarf es eines hohen, dauerhaften und qualifizierten **persönlichen** Kommunikationsprozesses, bei welchem „Hilfebedürftige“ so weit wie möglich zur Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungswunsches und -rechtes aktiviert werden sollten.

## II. Angemessene Pflege

Um sich die Mannigfaltigkeit der Bemühungen, Angemessenheit zu beschreiben, deutlich zu machen, stellen wir unterschiedliche Quellen aus unterschiedlichen Kontexten gegenüber:

*„Unter Beachtung der derzeitigen Situation und des täglichen Befindens sollte der alte Mensch nur dort unterstützt werden, wo er unbedingt Hilfe benötigt (angemessene Pflege). Er soll lernen, mit der Unterstützung der Pflegekraft, die Defizite seiner Behinderung zu überwinden oder auszugleichen. Kompensatorische Pflege führt oft zu anhaltender, oft sogar anwachsender Pflegebedürftigkeit mit steigendem Pflegeaufwand. Wenn sich die professionelle Altenpflege am Prinzip der ganzheitlichen Pflege orientiert, so sollte erkennbar sein, dass auch dem psychischen Aspekt der aktivierenden Pflege eine wesentliche Rolle eingeräumt werden muss. Denn bei der aktivierenden Pflege spielen nicht nur körperliche Faktoren eine Rolle - hier kommt auch der psychische Aspekt zum Tragen. Hilfe zur Selbsthilfe gibt den Betroffenen ihre Selbstsicherheit, ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstachtung zurück. Auch wenn der Beginn der Maßnahmen, durch die Aktivierung der Ressourcen, recht anstrengend ist und ein wesentlich erhöhter Zeitaufwand erforderlich ist - irgendwann werden Pflegekraft und die zu pflegende Person erkennen, dass es ein Weg ist der sich lohnt.“*

Aus:  
[http://www.modernealtenpflege.de/Pflegestandards/Ubersicht\\_Pflegestand\\_Aktivierende\\_Pflege/aktivierende\\_pflege.html](http://www.modernealtenpflege.de/Pflegestandards/Ubersicht_Pflegestand_Aktivierende_Pflege/aktivierende_pflege.html)

„Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Pflege ist eine aktivierende, ganzheitlich angelegte, gesundheitsfördernde Pflege, die an die Kompetenzen und Wünsche der Pflegebedürftigen anknüpft. Eine bedürfnisgerechte Heimversorgung setzt voraus, dass die Bewohnerinnen und Bewohner über die vorgeschriebenen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege hinaus ausreichend unterstützt und aktiviert und ihre Probleme erkannt und ernst genommen werden. Vorhandene Fähigkeiten sind zu erhalten bzw. aufzubauen. Mängel in diesen Bereichen führen zu vermeidbaren gesundheitlichen Problemen (z.B. Mangelernährung, depressive Verstimmung) und zu eklatanten Einbußen an Lebensqualität.

Aktivierung und Rehabilitation sind unverzichtbarer Bestandteil der Pflege - nicht davon unabhängige Vorgänge. Der Anspruch auf aktivierende und rehabilitative Pflege ist mehrfach gesetzlich festgelegt:

- Nach § 2 Abs. 1 SGB XI sollen die Leistungen der Pflegeversicherung bewirken, dass die Pflegebedürftigen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen, das der Würde des Menschen entspricht. Insbesondere sind die Hilfen darauf auszurichten, "die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten." Damit ist das Ziel einer aktivierenden Pflege benannt.
- Nach § 5 Abs. 2 SGB XI gilt, dass Leistungsträger auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation in vollem Umfang einsetzen und darauf hinwirken sollen, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.
- Nach § 11 Abs. 1 SGB XI haben Pflegeeinrichtungen die Pflicht, "eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten."
- § 28 Abs. 4 SGB XI stellt ausdrücklich klar, dass die Pflege auch die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Ziel hat, "um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen".
- Auch nach dem Heimgesetz haben Bewohnerinnen und Bewohner Anspruch auf eine aktivierende Betreuung und Pflege (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 HeimG).“

Aus: Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, 15.08.2006 (Heimbericht, online Publikation. Kapitel 4.4.2)

„Die Diskussion zu bedarfsgerechten und innovativen Konzeptionen der Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen weist einige Schwerpunkte auf. Einer dieser Schwerpunkte betrifft **neue und zeitgemäße Bau- und Wohnkonzepte**, die den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht werden (vgl. hierzu ausführlich Kapitel 3.3).

Aktivierung und eine an den Ressourcen und Fähigkeiten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner orientierte Betreuung sind Qualitätsgesichtspunkte, die für alle Heimkonzeptionen der Zukunft relevant sind. Nur so kann eine möglichst hohe Lebensqualität für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sichergestellt werden. **Praxisbeispiele zeigen, dass vor allem die Öffnung in das lokale Umfeld vielfältige Ansatzpunkte für sinnvolle und lebensweltlich orientierte Aktivitäten bietet.**

Aus: Heimbericht, 2006 Zusammenfassung (Hervorhebungen von uns)

*Heime als architektonische Gebilde haben einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Seit Kriegsende lässt sich eine Entwicklungsfolge nachzeichnen, die vier "Heimgenerationen" umfasst: von den ersten "Verwahrnstanalten" bis hin zu den Wohnkonzepten der "Vierten Generation", die sich am Leitbild des **gemeinschaftlichen und selbstbestimmten** Lebens orientieren. Durch ihre räumliche und pflegerische Organisation bieten diese neuen Wohnformen erheblich bessere Betreuungsmöglichkeiten als frühere Heimkonzeptionen.*

*Wesentliche Kriterien für die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner sind Lage und Ausstattung des Hauses sowie seiner Außenanlagen. Die Wohn- und Aufenthaltsräume des Heimes sollten so gestaltet sein, dass nicht nur möglichst günstige Voraussetzungen für den Ablauf des Heimalltags erreicht werden. Ebenso wichtig ist es, dass die Bewohnerinnen und Bewohner eine Atmosphäre vorfinden, die ihren Bedürfnissen und Wünschen nach **Wohnlichkeit, Privatheit, Sicherheit und Geborgenheit** weitestgehend Rechnung trägt. Mit der Verbesserung des allgemeinen Wohnstandards sind auch die Ansprüche an die Wohnbereichsgestaltung im Heim gestiegen.*

*Aus: Heimbericht, 2006, Zusammenfassung Kap. 3.3.(Hervorhebungen von uns)*

### **III. Lebenswelt, Lebensqualität, Selbstbestimmung**

Gemeinsamer Nenner dieser Zielbestimmungen ist bei zugespitzter Interpretation, das Leben in Alten- und Pflegeheimen **als Wohnort und Wohnform** zu konzipieren und die vielfältigen Aktivitäten von Heimleitungen, Personal (Pflege, Küche etc.) und Bewohnern auf diesen Fokus hin zu bündeln, unabhängig von den unterschiedlichen Finanzquellen und ihren möglichen Restriktionen. Dabei kommt auch eine doppelte Zielrichtung in den Blick:

- Zum einen ist die (kurzzeitige oder dauernde) Unterbringung im Heim im **Kontinuum** der bekannten der gewünschten Wohnformen im Alter zu betrachten. Pflegebedürftigen soll nicht das Gefühl einer „geschlossenen Institution“ vermittelt werden.

- Zum anderen muss die endgültige Unterbringung wiederum im **Kontext** des lokalen Umfeldes gesehen werden: das Heim darf nicht zu einer Abschließung der Beziehungen in die Außenwelt führen.

Das Pflegeheim als Wohnort (vgl. auch das Konzept „good home“ bei Mozley et al. 2004, S. 196 ff.) stellt allerdings große Anforderungen an alle Beteiligten. Dies beginnt schon bei der grundsätzlichen Frage, ob im Sinne der Lebensqualität **Ein-Bett-Zimmer** die Regel sein müssten, es sei denn, Pflegebedürftige würden auf freiwilliger Basis „Zimmerpartnerschaft“ wünschen. Dass diese Frage natürlich von erheblicher Bedeutung für die Kosten-Ertrags-Relation ist, liegt auf der Hand. Eine Statistik weist bundesweit für 2009 die Verteilung von Zimmern mit 1, 2 und 3 Betten nach Trägerschaft folgende Zahlen aus (RWI 2009, S. 58):

	<b>1 Bett</b>	<b>2 Betten</b>	<b>3 Betten</b>
<b>Freigemeinnützig</b>	<b>61,4%</b>	<b>37,9%</b>	<b>0,7%</b>
<b>Öffentlich-rechtlich</b>	<b>56,7%</b>	<b>42,1%</b>	<b>1,2%</b>
<b>Privat</b>	<b>46,2%</b>	<b>51,4%</b>	<b>2,4%</b>

Diese Zahlen haben keine übermäßige Aussagekraft, sofern sie nicht mit anderen Daten korreliert werden können (z.B. Personalkostenanteil, Personal pro Pflegefall). Zusätzlich ist die Lage nach Bundesländern und deren (privater und öffentlicher) Finanzkraft unterschiedlich (in Baden-Württemberg beispielsweise sollen nur noch Ein-Bett-Zimmer angeboten werden).

Es ist jedoch plausibel anzunehmen, dass Selbstbestimmung (Individualität) im Pflegeheim eher ermöglicht wird, wenn Pflegebedürftige in ihrer ohnehin schon reduzierten Privatheit **Wohnlichkeit** in „eigenen Wänden“ erleben, die sie selbst ausgestalten können, zumal Krankheit oder Behinderung keine Zustände sind, die Menschen gerne andere miterleben lassen (es sei denn auf freiwilliger und partnerschaftlicher Basis). Dies wird schon in den Gemeinsamen Grundsätzen von 1996 als Ziel formuliert: „Das Wohnen in Einzelzimmern ist anzustreben“ (Nr. 3.1.4).

Diese Annahme wird auch durch vorliegende empirische Untersuchungen über die vorherrschenden Wohnwünsche älterer Menschen untermauert.

## Kapitel 5 Pflegeheime als Wohnorte: das kommunale Konzept

### I. Selbständigkeit

Im § 2 SGB XI wird auf das Ziel der Selbstbestimmung abgestellt. Pflegeheime, darauf sind wir bereits eingegangen, sind **Wohnorte**, die dieses Ziel als Hauptwunsch der Bewohner ernst nehmen müssen. Inwieweit diesem Bedürfnis im Allgemeinen und im Besonderen in den Städtischen Zentren Rechnung getragen wird und werden kann, soll im Folgenden beleuchtet werden.

Bereits Ende 2006 berief die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt den *Beirat zur Überarbeitung des Pflegebegriffs*, dieser legte im Januar 2009 Vorschläge für einen neuen Begriff und ein neues Begutachtungsinstrument vor, dort heißt es: „Der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist nicht die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen.“ (www.bmg.bund.de) Das bedeutet unter anderem, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit zukünftig an den vorhandenen Fähigkeiten des Menschen und nicht an dessen Schwächen gemessen werden wird, bzw. der politische Wille da ist, dieses zu tun. Es geht dann – zumindest in der Theorie – um Beteiligung und Aktivierung (vgl. Gohde 2010, S. 29). Das Konzept der aktivierenden Pflege ist dabei nicht neu, es ist mehr eine Frage der Umsetzung. Gerade aus der Perspektive der größtmöglichen Erhaltung von Selbständigkeit und eigenen Gestaltungsmöglichkeiten drängt sich die Frage nach möglichen Wohnkonzepten vor oder in Verbindung mit dem „klassischen“ Pflegeheim auf. Die Entwicklung und Verbreitung selbstbestimmter Wohnformen für Pflegebedürftige und demenziell erkrankte Menschen wird zunehmend gefordert, meist ist sie verbunden mit einer notwendigen Umstrukturierung der stationären Pflege und der Erleichterung der Umsetzungsverfahren für ambulant betreute Wohngemeinschaften (Kremer-Preiß/Stolarz 2009, S.178).

Im Allgemeinen kann festgehalten werden, dass die Forschungsergebnisse bezüglich der Wohnsituation älterer Menschen, gegensätzlich zu den gut dokumentierten Lebenslagen Einkommen, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit, noch defizitär sind. Es liegen zudem **keine amtlichen Daten** vor, die sich auf das derzeitige Angebot altersgerechten Wohnens jenseits der stationären Pflege beziehen, was auch an den uneinheitlichen Definitionen liegen mag (Schneiders 2009, S. 25f). Im Alter wird das Wohnumfeld zunehmend zum zentralen Bereich der täglichen Lebensführung; die Wohnung wird, meist bedingt durch körperliche Mobilitätseinschränkungen, zum Lebensmittelpunkt, was auch von Zeitbudget-Studien zum Thema Alltagsverlauf im Alter bestätigt wird (vgl. Mollenkopf u.a. 2004/Engstler u.a. 2004, S.236 ff.).

## II. Wohnungsmarkt

Das Angebot des altersgerechten Wohnens erstreckt sich von betreutem oder Service-Wohnen über Altenwohnheime, Wohngruppen für demenziell Erkrankte, Altenpflegeheime, Integrierte Konzepte und Seniorenresidenzen bis zu Alternativen Wohnformen. **Altersgerechtes Wohnen** ist somit die Bezeichnung für ein breites Spektrum an Konzepten, von baulichen Anpassungen im Wohnungsbestand über neu errichtete „altersgerechte Wohnungen“ bis zu komplexen Modellen des so genannten Betreuten Wohnens und innovativen Heimkonzepten. Ein großes Problem für potentielle Bewohner und deren Angehörige stellen bei der Auswahl die nicht einheitlich genutzten Begriffe dar. Letztlich kann jede Wohnung, die den Wünschen ihres älteren Bewohners entspricht als altersgerecht bezeichnet werden (vgl. Gross/Fagetti 2008, 107f). Entscheidend sind die Indikatoren „Sicherheit“ und „Selbständigkeit“. Wohnzufriedenheitsanalysen zeigen, dass für ältere Menschen in ihrem Wohnumfeld diese beiden Kriterien von besonderer Bedeutung sind (Schneiders 2009).

Neben den Möglichkeiten, die das Service-Wohnen in seinen verschiedenen Formen bietet, und den damit verbundenen wohnungsnahen Dienstleistungen, die häufig durch informelle Netze erbracht werden (vgl. hierzu Schneiders 2009, S. 176f.), gibt es mit der Pflegeversicherung einen Kostenträger für die soziale Dienstleistung „Pflege“. Häusliche Pflege wird noch durch private Arrangements dominiert, aber zunehmend durch zusätzliche Dienstleister ergänzt, vor allem durch ambulante Pflegedienste und Haushaltshilfen aus dem Ausland. Mittlerweile sind in der ambulanten Pflege mehr privat-gewerbliche als wohlfahrtsverbandliche Anbieter aktiv, während in der stationären Pflege die Wohlfahrtsverbände trotz der veränderten institutionellen Kontexte ihre dominierende Position im bundesdeutschen Durchschnitt bislang verteidigen konnten. Wobei sich hier starke regionale Unterschiede ausmachen lassen, in Niedersachsen und Schleswig-Holstein sind mittlerweile mehr als die Hälfte aller Pflegeplätze in privat-gewerblicher Trägerschaft (Pflegestatistik 2008). Tatsächliche Pflegeleistungen sind mit hohen fachlichen und zeitlichen Anforderungen verbunden, daher nur bedingt durch ehrenamtliches Engagement oder Nachbarschaftshilfe zu erbringen. Das Pflegeheim als Wohnort (vgl. auch das Konzept „good home“ bei Mozley et al. 2004, S. 196 ff.), stellt dabei große Anforderungen an alle Beteiligten.

Was nun die *Wohnwünsche* älterer Bürger betrifft, so rangiert das Alten- oder Pflegeheim am unteren Ende der Skala, sowohl in der Bundesrepublik als auch im europäischen Durchschnitt (European Commission 2007, 91ff). Die Wohnumfeldbedingungen für Ältere haben sich im bundesweiten Durchschnitt zwischen 1996 und 2002 eher verschlechtert; insbesondere die

Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr hat im Schnitt abgenommen. Die Umzugsbereitschaft dagegen ist deutlich höher als gemeinhin angenommen (Schneiders 2009, S. 176), mit 39% ist vor allem der Anteil derjenigen eklatant, der aus Vororten zurück in die Stadt zieht (Bundesgeschäftsstelle der Landesbausparkassen 2006, S. 39).

Diese Entwicklungen unterstreichen die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit einerseits neuen Wohnformen und andererseits der Konzeption des Pflegeheims unter dem Aspekt des Wohnens. In naher Zukunft ist eine **weitere Verschiebung von der stationären zur ambulanten Versorgung** angestrebt. Die Bundesregierung hat im Rahmen der jüngsten Novellierung des SGB XI die Leistungen für die ambulante Versorgung deutlich angehoben, im ambulanten Bereich steigen die Leistungen insbesondere in den Pflegestufen I und II an; kurzfristig werden die ambulanten Sachleistungen um bis zu 10%, langfristig um bis zu knapp 20% angehoben. Im Bereich des Pflegegeldes sind auch Erhöhungen vorgesehen, allerdings auf niedrigem Niveau – langfristig um bis zu 15%. Die Höchstleistungen für stationäre Pflege wurden nur in der Pflegestufe III und den Härtefällen moderat angepasst, die Höchstleistungen für Stufe I (1023 Euro) und Stufe II (1279 Euro) wurden in der stationären Pflege auf dem aktuellen Niveau eingefroren. Diese unterschiedlichen Steigerungsraten haben zur Folge, dass sich die Höchstleistungen für stationäre und ambulante Pflege in der Pflegestufe II immer stärker annähern, im Jahr 2012 sollen sie ein ähnliches Niveau erreichen (ambulant 1.100 Euro, stationär 1.279 Euro); in der Pflegestufe III besteht schon jetzt kein Unterschied mehr zwischen ambulanten Sachleistungen und stationärer Pflege. Mit der Reform wurden deutliche Anreize für eine ambulante Versorgung durch professionelle Anbieter (in verschiedenen Pflegearrangements) gesetzt.

Die Altenpflege wird häufig, so auch Rothgang, als „Trendsetter“ einer neuen Form von Sozialpolitik betrachtet, bei der die Erhöhung der **Kundensouveränität** – durch die Einführung des Budgets im ambulanten Bereich und die grundsätzliche Wahlfreiheit der Versorgungsform – bei Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ – dem Kunden einerseits eine erhöhte Wahlfreiheit einräumt, ihn dabei allerdings auch vor teils unübersichtliche Anforderungen stellt. Da es sich, wie wir bereits dargestellt haben, beim „Pflegemarkt“ durch seine Akteurskonstellationen und das Finanzierungsmodell um einen Quasi-Markt handelt, ist auch diese „Konsumsouveränität“ engeren Grenzen unterworfen als der Begriff es zunächst nahelegt. Zudem befinden sich die Kunden in diesem System tendenziell in einem mehr oder weniger ausgeprägten Zustand der Hilfsbedürftigkeit, die Wahlmöglichkeiten werden somit begrenzt vom somatischen und psychischen

Gesundheitszustand, dem lokal vorhandenen Angebot der Pflegedienstleistungen und den individuellen Finanzierungsmöglichkeiten.

Die vom Gesetzgeber angedachte Stärkung des ambulanten Bereichs deckt sich allerdings häufig mit den Wohnwünschen, dieser Trend führt jedoch zu einer „Alterung“ jener Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim die letzten Jahre ihres Lebens verbringen (Rothgang 2010). Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen in den Städtischen Heimen liegt beispielsweise bei ca. 85 Jahren. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der verbesserten ambulanten Versorgung ist davon auszugehen, dass sich das Durchschnittsalter auch in den übrigen stationären Einrichtungen zukünftig erhöhen wird. Der Anteil der Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit an der verlängerten Lebenserwartung insgesamt hat sich reduziert und diese Tendenz wird sich aller Voraussicht nach fortsetzen, was eine Ausdehnung der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit bedeutet. Die durchschnittliche Gesamtdauer der Pflegebedürftigkeit ist auf Grund differierender Definitionen von Pflegebedürftigkeit, verschiedener Selektionen in den Berechnungen und der Tatsache, dass zahlreiche Pflegeverläufe noch andauern, nicht eindeutig zu berechnen, Rothgang et.al. stützen sich auf die sozialrechtliche Definition (Einstufung in eine Pflegestufe) und gehen von einer durchschnittlichen Gesamtdauer der Pflegebedürftigkeit von 2,5 – 3,5 Jahren aus, wobei der Anteil der Frauen erheblich höher ist (Rothgang 2010, S. 131f.). Diese Gesamtdauer verteilt sich auf drei Arten von Pflegearrangements; informelle, formell-ambulante und stationäre Pflege. Die häufigste Pflegesequenz bis zum Tode stellt dabei die informelle Pflege dar, dieser Anteil ist allerdings rückläufig (Zugangskohorte 2001/2002 15,2%, Zugangskohorten 2003/2004 und 2005/2006 jeweils 14,3%). Jener Anteil der Pflegeverläufe, die mit formell-ambulanter Pflege starten und diese Arrangements bis zum Beobachtungsende oder Tod beibehalten ist hingegen steigend. Der Anteil der Verläufe mit vollstationärem *Pflegebeginn* ist relativ konstant (Rothgang 2010, S. 146f.). Damit sollte sich das Augenmerk stärker auf eben diese **Pflegeverläufe** (vgl. Rothgang 2010, S. 114 ff.) in den verschiedenen Stufen der Pflegebedürftigkeit verschieben und auf die Frage, in welcher Form sich der zunehmende Grad der Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Pflege in die Strategie der Anbieter stationärer Pflege integrieren ließe. So sind **vorstationäre Angebote** der Heime eine Möglichkeit, die fließenden Übergänge im Pflegeverlauf mitzugestalten und aus der Perspektive der stationären Bedingungen und Bedarfe mit zu gestalten. Die geplante Einführung und Stärkung der Pflegestützpunkte in Hannover trägt dieser Überlegung bereits Rechnung, zudem bieten einige der Städtischen Zentren Informationsveranstaltungen und

stadtteilbezogene Freizeitaktivitäten an, die einen Klientelbezug bereits vor dem Einzug herstellen.

Ob der Wohnungsmarkt zusammen mit den Arrangements der informellen und formell-ambulanten Pflege diejenigen **Qualitätsanforderungen** erfüllt, die wir oben entwickelt haben, ist näher zu prüfen. Ältere Menschen werden mittlerweile von der Wohnungswirtschaft als interessante Zielgruppe identifiziert; die Wohnungs- und Immobilienlandschaft wird schon seit Jahren unmittelbar mit den Folgen des demographischen Wandels konfrontiert. Insbesondere Wohnungsgenossenschaften, aber auch kommunal bzw. ehemals industrieverbundene Wohnungsunternehmen nehmen hinsichtlich der Kundenstruktur dabei eine Pionierfunktion ein. Befragungen zeigen, dass in vielen Unternehmen bereits heute mehr als 30% der Mitglieder bzw. Mieter über 60 Jahre alt sind (Schneiders/Eisele 2007). Ältere Menschen sind nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht eine wichtige Zielgruppe für die Wohnungswirtschaft; sie gelten als zuverlässige Mieter, wenig Lärm und Vandalismus, außerdem wird eine bessere Mietzahlungsmoral unterstellt (Narten/Scherzer 2007). Inwieweit sich diese eher auf „best ager“ gerichtete Geschäftspolitik im Verlauf einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit durchhalten lässt, und dabei das Ziel des Erhalts der Selbständigkeit erreicht wird, ist unbeantwortet.

Das sogenannte „Bielefelder Modell“ (vgl. hierzu [http://www.bgw-bielefeld.de/downloads/Seniorenbrochure\\_BGW.pdf](http://www.bgw-bielefeld.de/downloads/Seniorenbrochure_BGW.pdf)) bietet hier eine Orientierung für die Verbindung selbstbestimmten Wohnens mit Versorgungssicherheit, allerdings im ambulanten Bereich. Die Situation in Bielefeld ist nur mit erheblichen Einschränkungen auf die Bedingungen in Hannover übertragbar, da sich die BGW auf ihr eigentliches Kerngeschäft, die Immobilienwirtschaft, konzentriert und keine unmittelbare Vernetzung mit dem stationären Bereich herstellt.

Die BGW geht Kooperationen mit ambulanten Pflegedienstleistern ein, diese sind in den Seniorenwohnanlagen mit einem Servicestützpunkt vertreten, der rund um die Uhr besetzt ist. Der ambulante Pflegedienst bietet seine Betreuung und Pflege bedarfsgerecht an, d. h. es fallen erst dann Kosten an, wenn die Hilfsangebote tatsächlich von den Mieterinnen und Mietern in Anspruch genommen werden. Eine gewisse Anzahl schwer pflegebedürftiger Menschen wohnt in räumlicher Nähe zueinander und unter dieser Voraussetzung ist es möglich, dass das Pflegeteam rund um die Uhr in anwesend ist, diese Verfügbarkeit der Betreuungsleistungen für das unmittelbare Wohnquartier ist zentrales Element des Bielefelder Modells. Durch diese permanente Anwesenheit von Pflegepersonal in fußläufiger Entfernung

wird es möglich, auch für Menschen aus den umliegenden Häusern schnell Hilfe- und Pflegeleistungen zu organisieren oder sie an gemeinschaftlichen Aktivitäten im Bewohnertreff teilnehmen zu lassen. Eine Betreuungspauschale mit entsprechendem Betreuungsvertrag besteht in diesem Fall nicht, finanziert wird die ständige Anwesenheit des Personals im Bielefelder Modell aus der Summe individuell abgerechneter Pflege- und Hilfsdienste – SGB III Arbeitsassistenz, SGB V häusliche Krankenpflege, SGB VII Berufsgenossenschaft, SGB VIII Jugendhilfe, SGB IX Teilhabe und Rehabilitation, SGB XI Pflegeversicherung, SGB XII u. a. Nachtbereitschaft, Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Nachbarschaftshilfe etc. – (vgl. auch [http://groups.google.com/group/zeitbank-informationen/browse\\_thread/thread/373ccfce1da72ede](http://groups.google.com/group/zeitbank-informationen/browse_thread/thread/373ccfce1da72ede)). Dieses Modell könnte beispielsweise aus der Perspektive der Städtischen Zentren „erweitert“ werden, was den Fokus mehr auf die pflegerische Versorgung lenken würde als auf die Immobilienwirtschaft. Sie könnten dann ihre Produktivität durch Erweiterung der Wertschöpfungskette im **vorstationären** Bereich steigern (siehe Plan 2010), wie es offenbar auch bei dem von uns vergleichend betrachteten Betrieb in Köln (BKSB) geschieht. Diese Erweiterung der Geschäftsfelder durch eine horizontale Integration der Pflegeverläufe weisen andere Heime bereits auf, die in einem Verbund von ambulanter Pflege bis zu Krankenhäusern (z.B. Diakonie) Synergieeffekte erzielen können. Eine Ausweitung zur ambulanten Pflege ohne direkten räumlichen und personellen Bezug zu den vorhandenen Ressourcen ist hingegen, auf Grund des gesättigten Marktes und des hohen organisatorischen und zunächst auch finanziellen Aufwandes der Erschließung eines neuen Geschäftsfeldes, nicht sinnvoll. Welchen Beitrag andere Erweiterungen zum Betriebsergebnis einbringen würden, ist hier nicht abzuschätzen (vgl. hierzu auch 57.3 Einschätzung zur wirtschaftlichen Entwicklung...25.6.2007). Eine Ausstrahlungswirkung in den Wohnungsbestand (in Bielefeld beträgt der Radius eines Servicestützpunktes 500m) würde den Stadtteilbezug der Städtischen Zentren festigen und eine im Pflegeverlauf durchgehende Bezugspflege durch das gut ausgebildete Personal der Städtischen Zentren tendenziell ermöglichen. Das Angebot der Städtischen Zentren über die „klassischen“ Leistungen eines Pflegeheimes hinaus (Räumlichkeiten, Freizeitangebote, bereits vorhandenes ehrenamtliches Engagement) ist bereits vorhanden und ließe sich ausbauen und systematisieren. Inwieweit eine Integration des umliegenden Wohnungsbestandes in das Leistungsspektrum der Städtischen Zentren aus juristischer Perspektive zu verwirklichen wäre, ist noch zu prüfen.

Der Kommunale Seniorenservice Hannover bietet neben Informationen und Beratung über Freizeitangebote der Offenen Seniorenarbeit in Hannover, Treffpunkte und Beratung in allen Stadtteilen, ehrenamtliche Mitarbeit auch eine Pflege- und Wohnberatung an. Mit dem

Seniorenplan von 2003 zur Weiterentwicklung der offenen Seniorenarbeit, der in Zusammenhang mit der Gründung des Fachbereichs Senioren am 1. Februar 2003 entstand, ist der Grundstein zu einer gesamtstädtischen Planung der Altenhilfe und einer engeren konzeptionellen Verknüpfung gelegt worden, wenn auch das Thema der Pflege hier explizit ausgespart wurde. Die Zuständigkeit für den Bereich der Pflegeversicherung liegt bei der Region. Mit dem Seniorenplan ist aber der Versuch unternommen worden, der Unüberschaubarkeit der Angebote und eventuellen Versorgungslücken entgegenzuwirken.

Unter dem Aspekt des Wohnens und mit dem Konzept der Bezugspflege, welches von den städtischen Zentren bereits umgesetzt wird, ließe sich eine pflegerische Versorgungslücke vor dem Bezug des Pflegeheims durchaus auch mit kommunalen Angeboten besetzen, hierfür wäre allerdings eine stärkere Vernetzung mit dem ambulanten Bereich nötig. Es ist dabei davon auszugehen, dass gemeinsame Angebote von betreutem Wohnen im vorhandenen Wohnungsbestand sich positiv auf das Betriebsergebnis und mittelfristig auch auf die Belegungsquote auswirken würden.

### **III. Potential der städtischen Zentren**

Eine Pflege, die nach einem ganzheitlichen, aktivierenden Konzept organisiert ist und durchgeführt wird, kontinuierliche und qualifizierte Fortbildungsangebote für die Mitarbeiter und ein differenziertes Pflegeangebot, das auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt werden kann, sind unumgänglich für den größtmöglichen Erhalt der Selbständigkeit. Die städtischen Zentren sind hier bereits sehr gut aufgestellt, im Angebotsspektrum enthalten sind die gerontopsychiatrische Fachpflege, offene Wohnbereiche für demenziell Erkrankte, Migranten-Pflege, Palliative Pflege, Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Suchtkranken, somatische Intensivpflege, Notaufnahmeplätze und das relativ neue Pflegemodell der Hausgemeinschaften, zudem die Möglichkeit zur rehabilitativen Kurzzeitpflege (57.3: Betrieb „Städtische Alten- und Pflegezentren“, S. 5). Zudem haben die Städtischen Zentren durch ihre Lage einen deutlichen lokalen Bezug, den viele Bewohner sehr schätzen und der es ihnen ermöglicht, auch bei eingeschränkter Mobilität soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Das Pflegezentrum Herta-Meyer-Haus versteht sich beispielsweise als Teil des Gemeinwesens im Stadtteil Herrenhausen und Umgebung, die überwiegende Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner stammt aus den umliegenden Wohngebieten. Das Klaus-Bahlsen-Haus liegt in direkter Nähe zum Ortszentrum Bothfeld mit vielfältigen Angeboten und Geschäften. Gleichzeitig aber auch ruhig und im Grünen, am Rand eines Naherholungsgebiets. Die Stadtbahn-Haltestelle der Linie 7, wobei die Anbindung an den

öffentlichen Nahverkehr einen nicht zu unterschätzender Faktor darstellt, ist nur 150 Meter entfernt. Mit dem neuen Pflegekonzept der Hausgemeinschaften wird die professionelle Pflege eines Pflegeheims verbunden mit dem Gefühl, weiterhin in einer Wohnung zu leben und die Alltagsnormalität weitestgehend aufrecht zu erhalten, welche sich am Leitbild „Familienleben“ orientiert. Das Herz jeder Hausgemeinschaft bildet der große gemeinsame Wohnbereich mit angegliederter offener Wohnküche. In diesen Räumlichkeiten wird gemeinsam gekocht und gegessen und der Tagesablauf gestaltet. Grundprinzip der Hausgemeinschaften ist die aktive Teilnahme der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die enge Einbeziehung der Angehörigen. Dabei wohnen die Bewohnerinnen und Bewohner in Einzelzimmern mit eigenem Sanitärbereich, was jedem Einzelnen eine ausreichende Privatsphäre mit Rückzugsmöglichkeiten bietet. Diese Hausgemeinschaften unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner schließt einen Heimvertrag, die pflegerische Versorgung wird durch qualifiziertes Pflegepersonal sichergestellt. Daneben bietet die nahegelegene Altenbegegnungsstätte der Luise-Blume-Stiftung mehrmals wöchentlich Veranstaltungen wie Altenclubnachmittage und Seniorentanzen an, diese sind mit dem Hausbus bequem und schnell zu erreichen.

Das neu errichtete Kompetenzzentrum Demenz im Heinemanhof bündelt die vielfältigen Erfahrungen in gerontopsychiatrischer Fachpflege. Die Beratungs- und Betreuungsangebote des Demenzzentrums richten sich besonders an Menschen, die demenziell erkrankt sind und zu Hause gepflegt werden, sowie deren Angehörige, sie stellen somit einen Bezug über das Haus an sich her. Die hauseigene Mediathek verfügt über vielfältige Informationsmaterialien und umfangreiche Fachliteratur für Interessierte. Ein Café, ein Veranstaltungsbereich und Gruppenräume dienen der Begegnung und Information. Neben dieser fachlichen Ausrichtung bietet der Heinemanhof in großzügigen Einzelzimmern allgemeine Fachpflege sowie besondere Pflegeangebote für Personen, die dauerhaft bettlägerig sind und der intensiven pflegerischen Betreuung bedürfen, sowie für pflegebedürftige Menschen mit Mehrfachbehinderung.

Nach Möglichkeit wird in allen diesen Bereichen das Prinzip der „Bezugspflege“ verwirklicht. Diese ist gerade für das schwierige Feld der Sterbebegleitung in den städtischen Zentren von Bedeutung, die Bewohnerinnen und Bewohner werden auch im Sterben nicht allein gelassen. Das Konzept „In Würde sterben“ wird so konsequent verwirklicht, wofür gut ausgebildete Mitarbeiter unerlässlich sind.

Qualifiziertes Personal und die Qualität der Pflege (auf die Problematik der Messung sind wir bereits eingegangen) stehen in einem Kausalzusammenhang zueinander. Dass, was in der

Pflege dem Austeritätsregime zum Opfer fällt, wird unmittelbar von den Fachkräften „bezahlt“, mit harten Arbeitsbedingungen und niedrigen Löhnen. Die Arbeitsbedingungen in den Städtischen Zentren heben sich hier positiv ab, ebenso die Ausbildungspolitik. Zeitarbeit in der Pflege, fasst auch das IAT zusammen, sei als Symptom einer unzureichenden Ausstattung mit Planstellen für qualifizierte Fachkräfte zu betrachten. Hinzu kämen die fehlenden gesellschaftlichen Anstrengungen zur Nachwuchssicherung (Hans Böckler Stiftung 2010). An diesem Punkt haben gerade öffentliche Träger ein Interesse und die Möglichkeiten, sich nachhaltig zu engagieren. Im Hinblick auf die zu erwartende demografische Entwicklung ist es als Kommune aus einer langfristigen Perspektive also fast schon notwendig, sich nicht völlig aus diesem Bereich der Fürsorge heraus zu ziehen (Bundesamt für Statistik 2008).

Die städtischen Alten- und Pflegezentren erfüllen wesentliche Ziele kommunaler und öffentlicher Daseinsvorsorge, setzen Qualitätsmaßstäbe zum Nutzen der BewohnerInnen, stärken die politische Handlungsfähigkeit und bieten ein Instrument für nachhaltige Arbeitsmarktpolitik. Die Philosophie des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wird durch Sanierungen und die Anpassung an neue Standards in die Praxis umgesetzt. Die Mitarbeiter erhalten dort, wo es angemessen ist, eine Spezialausbildung, gerade im gerontopsychiatrischen Bereich. Auch die Organisation in Wohngruppen stellt ein progressives Konzept dar. Das Gruppenkonzept ist in der Umsetzung sehr aufwändig und benötigt qualifiziertes Personal, was im Bereich der Demenzerkrankungen noch gesteigert ist. Die Heime arbeiten bereits mit einem vernetzten Konzept, alle Heime haben eigene Schwerpunkte (von Kurzzeitpflege bis zu Gerontopsychiatrie), die Heimleitungen treffen sich dabei wöchentlich im Steuerkreis. Jedes Heim hat dabei noch einen spezifischen Stadtteilbezug. Politische Steuerung ist hier möglich, die Heime sind in der Lage und gewillt, sich auf veränderte Bedarfe der Bevölkerung einzustellen. Implizit ist das Konzept des patientflow, da das Grundkonzept die Begleitung durch verschiedene Pflegestufen ist. Die geräumigen Einzelzimmer, die Organisation in Wohngruppen oder sogar in Hausgemeinschaften sind auf der Höhe der Zeit, und die verwirklichte Bezugspflege unterstreicht den hohen pflegerischen Anspruch.

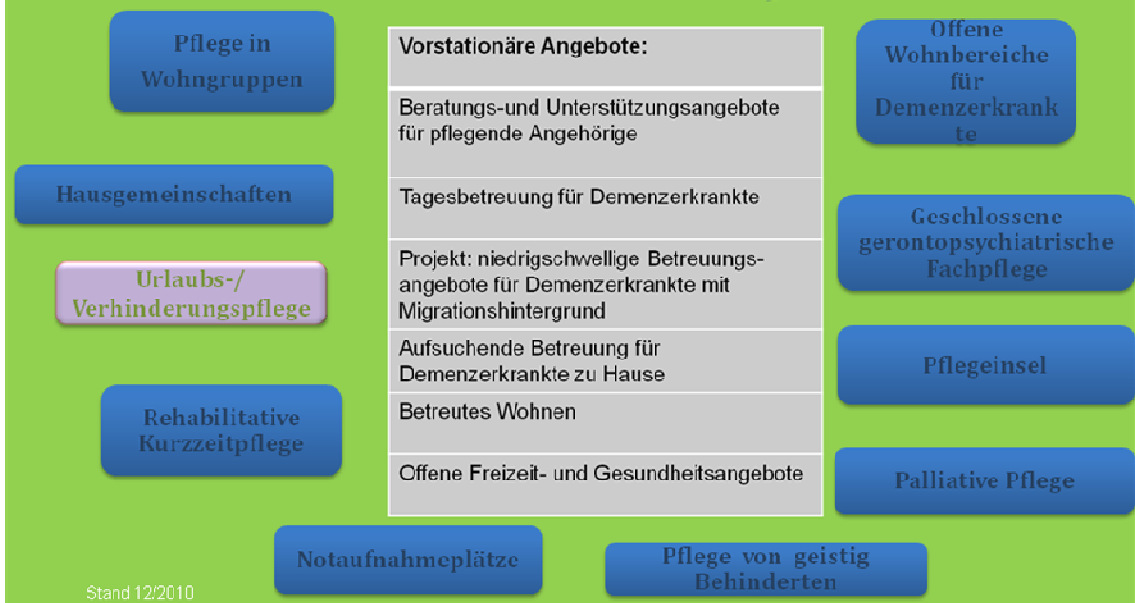
Festhalten lässt sich hier, dass die städtischen Zentren durch eine stärkere Vernetzung mit der allgemeinen Seniorenpolitik der Landeshauptstadt eine neue öffentliche Rolle einnehmen und ihre Kompetenzen noch fruchtbarer nutzen könnten, im Sinne des Qualitätsgrundsatzes, dass die „stationäre Pflegeeinrichtung ... die soziale Integration des Bewohners in das örtliche Gemeinwesen“ (Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in

vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996, 3.2.7 Vernetzung mit weiteren Institutionen) fördern soll.

# Leistungsprofil der Städtischen Alten- und Pflegezentren



## Stationäre Pflegeangebote



Stand 12/2010

## **Kapitel 6 Städtische Zentren: Qualität und Wirtschaftlichkeit**

### **I. Leitbild „Leben wie zu Hause“**

*„Unter dem Leitsatz „in Geborgenheit leben“ erbringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der städtischen Alten- und Pflegezentren kompetente Pflege, individuelle Betreuung und umsorgtes Wohnen“ (Selbstdarstellung 57.3)*

Die städtischen Zentren werden von Pflegebedürftigen **dauerhaft nachgefragt**, die **Belegungsquote** liegt seit Jahren bei ca. 97%. Einen hohen Anteil macht die **Kurzzeitpflege** aus, die in den Städtischen Zentren auch zu einem hohen Umschlag von Einwohnern führt, weil es Ziel der Zentren ist, die Kurzzeitpflege nicht als Einbahnstraße zur dauerhaften Pflege zu betrachten. 2009 wurden insgesamt 228 Personen vollstationär aufgenommen; darüber hinaus nahmen 250 Pflegebedürftige das Angebot zur Kurzzeitpflege wahr. 89 Personen wurden nach der Kurzzeitpflege vollstationär aufgenommen. Das Angebot der Zentren trifft auf eine dauerhafte Nachfrage, obwohl in Hannover weitere neue Anbieter von stationären Pflegeeinrichtungen auf den Markt gekommen sind und kommen werden.

Von 1996 bis 2008 wurden durch umfangreiche Modernisierungen sämtliche Drei-Bett-Zimmer aufgegeben und der Anteil der Plätze in Einzelzimmern (mit Unterschieden in den einzelnen Häusern) von 51% auf 74,5% gesteigert. Zielsetzung ist es, mittelfristig ca. 660 Pflegeplätze an 7 Standorten bei einem Einzelzimmer-Anteil von über 80% anzubieten.

Von den 668 **Beschäftigten** (Stichtag 30.10.2010) arbeiten unmittelbar personenbezogen 448 (67%) in der **Pflege** und 176 (26%) in **Hauswirtschaft/Küche**. 63% der Beschäftigten arbeiten in Teilzeit. 83% der Beschäftigten sind Frauen. Unter den Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung bieten die städtischen Zentren den höchstmöglichen Personalschlüssel und eine Fachkraftquote, die über 50% liegt. Die Zentren sind ein städtischer **Ausbildungsbetrieb** und bieten über 50 Ausbildungsplätze. „Mit der eigenen Ausbildung von Pflegekräften wird das Qualitätsniveau gesichert und weiterentwickelt“ (Selbstdarstellung 57.3). Die Zentren bilden Altenpfleger/innen, Altenpflegehelfer/innen, Hauswirtschaftler/innen und Köche aus. Die letzten beiden Ausbildungsbereiche sind für die Lebensqualität der Bewohner durchaus wichtig. „Zu Hause“ möchte man nicht nur eine saubere Wohnung, sondern auch ein gutes und vor allem gesundes Essen. Wir haben die Speisen getestet, und sind sehr zufrieden gewesen.

Das bedeutet, dass die Zentren das Problem des **Fachkräftemangels** erkannt haben und ein großes qualifiziertes personelles Potential vorgehalten und entwickelt wird. Die Ausbildungstätigkeit erzeugt positive externe Effekte für andere Betriebe, die nicht ausbilden

und insoweit einen Wettbewerbsvorteil erringen. Die Zentren sind tarifgebunden (TVöD), wodurch der hohe Personalkostenanteil am „Umsatz“ erklärt wird (70%). Zusammengenommen mit den hohen fortlaufenden Investitionen in Gebäude, Einrichtungen und Umgebung (Gärten) im Rahmen des Konzeptes „Pflegeheime als Wohnorte“ stellt sich die **Strukturqualität hervorragend dar**. Dies konnten wir auch bei einer Begehung der Häuser feststellen.

Die Frage nach der **Prozessqualität** ist von uns nicht direkt zu beantworten. Das moderne Konzept der Wohngruppenpflege und der Hausgemeinschaften ist nur dann ein Beitrag zur Realisierung des Zieles eines hohen Grades an **Selbständigkeit** (2 III. B), wenn der Personaleinsatz entsprechend gesteuert wird. Wir konzipieren ja die „Selbständigkeit“ als ein kumuliertes **Ergebnis** vielfältiger **alltäglicher Interaktions- und Kommunikationsprozesse**, das mindestens gleichrangig neben den verrichtungsorientierten „klinischen“ Kriterien des MDK zu werten ist (Schnabel 2010, S. 197).

Hier erscheint uns zunächst das Prinzip der **Bezugspflege** bedeutsam. Weil es dem Grundsatz der Ganzheitlichkeit und Aktivierung entspricht (Seel 1998) und insoweit die Persönlichkeit des/der Pflegebedürftigen ins Zentrum rückt, stellt es eine Schlüsselvariable im Rahmen der Prozessqualität dar. Bei den Zentren hat jede(r) Bewohner(in) einen festen Ansprechpartner aus der Pflege. Diese „Bezugspflegekraft“ pflegt stets die gleichen Bewohnerinnen. Sie koordiniert die Kontakte zu anderen Fachkräften. „Die Gespräche mit den BewohnerInnen und Angehörigen werden genutzt, um die individuellen Erfahrungen und Gewohnheiten der BewohnerInnen im Pflegealltag zu berücksichtigen“, damit sich diese „zu Hause“ fühlen (Selbstdarstellung 57.3). Im neuen Konzept der Hausgemeinschaft, bei der jede Gemeinschaft eine angegliederte Wohnküche besitzt, wird versucht, auch eine weitestgehende Alltagsnormalität zu gestalten, in welcher die Pflege nicht vernachlässigt wird. Der Tannenbaum ersetzt also nicht die Dekubitusprophylaxe.

Ein solches Konzept lebt von einer hohen **Motivation** des Personals. Nach allen Erkenntnissen aus dem Human Resource Management sind auch im Non Profit Bereich die Bezahlung und die Arbeitsplatzsicherheit ein wichtiger Anreiz, der aber bei persönlichen sozialen Dienstleistungen nicht ausreicht. Es kommt kurz gesagt auch auf das „Betriebsklima“ an. Da die städtischen Zentren keine normativen konfessionellen Motive mobilisieren können, gerät das **Qualitätsmanagement** ins Blickfeld

## II. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Im Rahmen der Pflegeversicherung, die neben der Heimaufsicht zuständig ist, fand in der Zeit nach ihrer Einführung eine Vielzahl von Bemühungen um die Qualität der Pflege statt. Vor allem das Pflegequalitäts-Sicherungsgesetz (PQsG) von 2001 brachte einen massiven Schub von neuen Impulsen und eine Erweiterung der früheren Bestimmungen. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008 wurden die externen Qualitätsprüfungen ausführlich geregelt und konzeptionell verschärft. Insbesondere durch die Pflege-Transparenzvereinbarung wurde ein umfangreicher Kriterienkatalog (84 für die stationäre Pflege: PTVS vom 17.12.2008) für fünf Qualitätsbereiche zur Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung eingeführt. „Sämtliche Transparenzkriterien wurden in die Erhebungsbögen für die MDK-Qualitätsprüfungen eingearbeitet. Der Schwerpunkt wurde noch mehr als bisher auf die Ermittlung der Ergebnisqualität gelegt“ (Gerber 2010, S. 189).

Interessant ist, dass hier erstmalig der enge Bezugspunkt der somatischen Ergebniskriterien sowohl um den Umgang mit demenzkranken Bewohnern als auch um weitere Kriterien des „Wohnens“ erweitert wurde. Allerdings wird weiterhin auch aus pflegewissenschaftlicher Sicht kritisiert, dass die Lebensqualität der Pflegebedürftigen noch kaum adäquat erfasst wird (vgl. Schnabel 2010).

Aus unserer Sicht zeigen diese fortlaufenden Regulierungen einerseits eine Art anhaltenden „Misstrauens“ des Gesetzgebers gegenüber den Leistungserbringern (erheblich größer als im Bereich der GKV) – ob berechtigt oder nicht. Andererseits wird den „Marktkräften“ keineswegs die Fähigkeit zugeschrieben, durch Wettbewerb für die notwendigen Anreize zu sorgen (wenngleich mit der Pflege-Transparenzvereinbarung ein „quasi-marktlicher“ Ansatz verfolgt wurde („Pflegetoten“; zur Kritik Hasseler/Wolf-Ostermann 2010)). Permanent unterbewertet wird dagegen in der Sicht des Gesetzgebers und der Verbände (Vertragspartner) das **interne Qualitätsmanagement** in den Einrichtungen. Unserer Ansicht nach stellt es aber die entscheidende Variable im Bereich der Prozessqualität dar, weil es die betrieblichen **Wirkungsketten** abbildet (siehe 2 II. B).

In der wissenschaftlichen Diskussion werden verschiedene Wirkungsmechanismen von Qualitätssicherungsmaßnahmen diskutiert:

Abb. 2 Wirkungsmechanismen von Qualitätssicherungsmaßnahmen

	<b>Wettbewerb</b>	<b>Regulierung</b>	<b>Selbstmotivation</b>
<b>Intensität des Anreizes</b>	Anreiz verliert Wirkung nicht	Anreiz wirkt nur bis zur Erreichung eines Mindeststandards	Anreiz verliert Wirkung nicht
<b>Benchmark</b>	Konkurrierende Leistungserbringer	Gesetzgeber	Kollegen, andere Leistungserbringer
<b>Kontrollmaßnahmen</b>	Kontrolle durch Markt	Externe Kontrolle nötig	Kontrolle durch Kollegen
<b>Verbreitung</b>	Umsetzung gemäß Marktkonstellation	Flächendeckende Umsetzung	Freiwillige Umsetzung
<b>Schadensabwendung</b>	Kein kurzfristiger Schutz vor Minderqualität	Guter Schutz vor Minderqualität	Kein Schutz vor Minderqualität
<b>Sanktionierung</b>	Finanzielle Sanktionen	Formale Sanktionen	Meist informelle Sanktionen

©Blanke 2002

Wie man erkennen kann (siehe vorhergehende Ausführungen in dieser Studie), hat der Wettbewerb im Pflegemarkt seine Defizite besonders in den Bereichen Kontrolle (Kundenschwäche), Verbreitung und Schadensabwendung. Deshalb baut die „Qualitätsmatrix“ des SGB XI (Meier 2010; S. 368 ff) schon lange auf externe Kontrolle, flächendeckende Umsetzung und Schutz vor Minderqualität. Allerdings führt Regulierung nur bis zur Sicherung eines **Mindeststandards** (der dann gesetzlich definiert werden muss). Wir haben dargelegt, dass diese Perspektive für eine **angemessene** Pflege nicht ausreicht. Hier ist aus unserer Sicht die **Selbstmotivation** heranzuziehen, die jedoch durch **Selbststeuerung** ergänzt werden muss, um die „logisch“ aufgezeigten Defizite einer reinen, freiwilligen Motivation zu beheben. Diesen Weg zeigt ein modernes systematisches Qualitätsmanagement auf (Blanke u.a. 2002).

Der Gesetzgeber hatte die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 80 Abs. 1 SGB XI) vorgesehen und mit dem PQsG in § 72 Abs. 3 Nr. 3 die

Pflegeeinrichtungen hierzu verpflichtet. Einheitliche Grundsätze wurden jedoch nicht gefunden, stattdessen herrschen einrichtungsspezifische Systeme vor. Ab 2004 wurden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen vorgeschrieben. Das PFWG hat aber wieder eine Änderung mit sich gebracht und die Festsetzung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der jeweiligen Einrichtung in der Pflegesatzvereinbarung verankert (§ 84 Abs. 5 SGB XI). Die LGV wurden „in der Praxis als untaugliches Instrument“ (Igl 2009, S. 56) angesehen.

In diesen nicht eindeutigen Interventionen spiegelt sich das Dilemma des horizontalen Wettbewerbs von selbständigen „Unternehmen“ auf dem Pflegemarkt wider (siehe 2.1. a) und das Problem der geringen Sanktionsmöglichkeiten. „Gesteuerte Freiwilligkeit“ ist daher gefordert, d.h. eine Mixtur von Regulierung und Selbstmotivation, und damit wird die jeweilige Organisation und ihr Management angesprochen.

### **III. Qualitätsmanagement in den städtischen Zentren**

Die städtischen Zentren haben sich für das modernste System, das **EFQM** (Lutter 2002, Löffler 2010) entschieden. Auch dieses System arbeitet mit Kriterien in 9 Bereichen, die jedoch nicht nebeneinander gestellt, sondern in der expliziten Orientierung an **Leistungsketten und Wirkungen** geordnet werden. Strukturen, Prozesse und Ergebnisse werden in einem kontinuierlichen, rückgekoppelten Zusammenspiel dargestellt und vom Gesamtergebnis des Betriebes her bewertet. Dabei spielen Strategie (Leitbild), Führung, Personalmanagement und Ressourcen die Rolle von „Befähiger“ für ergebnisbezogene Prozesse. Der „Kunde“ steht im Zentrum. Diese aus der Industrie stammende Denkweise lässt sich mit entsprechenden Anpassungen auch auf den öffentlichen Sektor und auf soziale Dienstleistungen anwenden (im Übrigen haben sich die verschiedenen Systeme stark angeglichen). Sie ist in starkem Maße auf **Selbstbewertung und Lernen** ausgerichtet, und hat vier Vorteile, die allerdings auch „Nachteile“ sein können:

- Sie dient der Aufdeckung von Stärken und Schwächen,
- ist aufwändig,
- dient der kontinuierlichen Verbesserung
- und der internen und externen Transparenz.

Nachteilig kann sich ein solches System auf Betriebe auswirken, die sich mit Mindestqualität zufrieden geben und in einem Vergleich (Benchmarking) dem „Kunden“ möglicherweise Minderqualität offenbaren müssten. Die städtischen Zentren haben diese Probleme nicht, weil

sie die Transparenz nicht scheuen, sondern auch als Teil der Verwaltung erheblichen Pflichten zur Offenlegung unterliegen.

Zudem ist das interne QM zentral auf **Personal- und Organisationsentwicklung** ausgerichtet (siehe Selbstdarstellung 57.3, Nr. 7), in welche die pflegfachlichen Standards und Qualifizierungen eingebunden sind. Das Leitbild wird dadurch „gelebt“. Das Programm 2010 zur Personalentwicklung (4.1.2010) weist beispielhaft einen umfangreichen Katalog gut aufeinander abgestimmter Bausteine auf (Fortbildung, Teamentwicklung und Gesundheitsförderung).

In den städtischen Zentren wurde 2006 eine umfassende **Zufriedenheitsbefragung** bei den BewohnerInnen und ihren Angehörigen durchgeführt, bei der auch nach Verbesserungsbereichen gefragt wurde. Dass die Ergebnisse mit einer hohen Zufriedenheit positiv ausfielen ist zwar hervorzuheben, aber im Allgemeinen ist Befragungen von BewohnerInnen Skepsis entgegenzubringen, „weil Pflegebedürftige häufig ihre eigene Situation zu positiv darstellen“ (Gerber 2010, S. 191; so auch Schnabel 2010). In eigenen Befragungen in Krankenhäusern haben wir festgestellt, dass die Zufriedenheit der Patienten zum Krankheitszustand invers verläuft und mit dem Alter steigt. Bedeutsam ist deshalb, dass die städtischen Zentren **Angehörige** in die Befragung einbezogen haben, von denen man annehmen kann, dass sie erheblich kritischer eingestellt sind (was aber überprüft werden müsste).

Schließlich haben die städtischen Zentren ein **Ideen- und Beschwerdemanagement** implementiert, welches nicht nur der Zufriedenheit, sondern vornehmlich der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität dienen soll. Dieses Projekt weist deutlich einen Bezug zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und zu ihrer Selbstbestimmung auf, weil es nicht auf einen Befragungszeitpunkt, sondern auf das „laufende Geschäft“ bezogen ist. Durch das Beschwerdemanagement ist es tendenziell eher möglich, das „subjektive Wohlbefinden“ der BewohnerInnen zu erfassen und zu verbessern. Mit diesem Fokus geraten Aspekte der Lebensqualität, wie „Autonomie, Würde, Privatheit, Individualität, Sicherheit, Komfort, Beziehungen, bedeutsame Aktivitäten, Vergnügen und Spiritualität, die als zuverlässige Indikatoren aus der Sicht der Pflegebedürftigen zu bewerten sind“ (Schnabel 2010, S. 197) in den Blick.

Ein kritischer Punkt bei allen Qualitätsbemühungen ist die Kooperation zwischen Heimen und **Ärzten sowie Kliniken**. Die städtischen Betriebe weisen insbesondere eine Kooperation mit gerontopsychiatrischen Einrichtungen nach. Formell wird die Kooperation auch in der Pflege-Transparenzvereinbarung abgefragt. Inhaltlich kann aber wenig in Erfahrung gebracht

werden. Dabei ist bekannt, dass besonders die **Medikation** ein stark zu hinterfragender Aspekt der Altenpflege ist, der aber wenig erforscht ist (dagegen Rothgang et al. 2010, S. 194 – 227, auf der Basis von Routinedaten der Barmer GEK). Die Pflege ist von der Medizin sowohl fachlich als auch professionell systemisch gesprochen „abgekoppelt“ Die Pflege hat diejenigen Medikamente ordnungsgemäß und pünktlich zu verabreichen (auch das ein Prüfkriterium des MDK), welche durch Ärzte verordnet werden. Ein professioneller Erfahrungsaustausch über Wirkungen und Nebenwirkungen ist nahezu ausgeschlossen. Die diagnostische und therapeutische Oberhoheit bei der medizinischen Versorgung liegt bei der Ärzteschaft. Insbesondere ist Übermedikation schwer zu kontrollieren („Polypharmazie“, vgl. Altenbericht 2010, S. 310 f.). Dabei wird durchaus der Gedanke des Verbraucherschutzes relevant (vgl. Hasseler/Wolf-Ostermann 2010, S. 295) und die Angehörigen wären zu beteiligen. Denn die Abtrennung des „Gesundheitszustandes“ der Pflegebedürftigen von ihren „Alltagskompetenzen“ kann dazu führen, dass sich therapeutischer und pflegerischer Zugang widersprechen: eine „stillgestellte“ Person wird nicht unbedingt zu aktiver Kommunikation und selbständigem Handeln aktiviert.

#### **IV. Wirtschaftlichkeit**

##### **„Defizit“ und Personalkosten**

Der Nettoregiebetrieb bemüht sich nach seinen eigenen Angaben in allen Ausgabenbereichen um eine ständige Verbesserung der Effizienz (Personaleinsatz, Materialaufwendungen, Lebensmittel, Energie etc.). Das **Defizit** der Zentren, welches in den städtischen Haushalt eingeht, konnte zwischen 2004 und 2007 kontinuierlich gesenkt werden, stieg aber 2008 und 2009 wieder. In der Selbstbewertung der Zentren werden hierfür im Wesentlichen die sich durch die Tarifbindung ergebenden höheren Personalkosten verantwortlich gemacht. „Die in Niedersachsen vorhandene Praxis der Pflegesatzgestaltung verhindert derzeit eine Refinanzierung der tarifgebundenen Personalkosten [...]. Unter diesen Gegebenheiten kann der positive Weg der finanziellen Konsolidierung nicht fortgesetzt werden. Zur Gegensteuerung sind sowohl Pflegesatzerhöhungen als auch besondere tarifvertragliche Regelungen für den Betrieb notwendig, die sich ergebnisverbessernd auswirken“. Bislang konnten die durch die Tarifbindung entstehenden vergleichsweise höheren Personalkosten nicht bei den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden. Nach einer Änderung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes im Urteil vom 29.1.2009 (B 3 P 0/08 R) ist „die Einhaltung der Tarifbindung...immer als wirtschaftlich angemessen zu werten“ RdNr. 28). Die von uns geprüften Zahlen hierzu zeigen den Zusammenhang auf.

Demnach wäre bei einer früheren Anerkennung der tatsächlichen Personalkosten nach 2004 kein Defizit entstanden - und würde bei künftiger Anerkennung auch nicht entstehen. Gleichwohl müssten die Heimentgelte (Preise) **erhöht** werden. Eine adäquate Erhöhung ist angesichts des Preiswettbewerbs bei zunehmender Zahl vor allem privater Anbieter nicht mehr durchsetzbar.

### **„Defizit“ und Wertsteigerung**

Andererseits ließe sich das Defizit „bilanztechnisch“ auch anders darstellen. Die Zentren weisen eine hohe Modernisierungsaktivität im Bereich der baulichen und räumlichen Strukturqualität auf. Hierdurch werden aus den laufenden Einnahmen durch die Tilgungszahlungen, im Gegensatz zu anderen Ausgabenbereichen der Stadt (vgl. die Aufstellung von Hansmann), die einen erheblichen Fehlbetrag beim Kostendeckungsgrad aufweisen, zusätzliche Vermögenswerte gebildet. Bei der gegenwärtigen Einordnung der Zentren in die Haushaltsrechnung schlagen sie sich aber in der Wahrnehmung nicht derart nieder. Die städtischen Zentren haben zwischen 2002 und 2009 37 Mio. € in Erwerb, Modernisierung und Instandhaltung der Heime investiert. Derzeit besteht ein „Kreditberg“ in Höhe von ca. 22 Mio. €. Nach Abzug von Spenden bleibt durch diese Investitionen eine „erwirtschaftete“ Wertsteigerung der Heime, die mindestens teilweise die Defizite kompensiert. Könnten Verkehrswertsteigerungen der Heime berücksichtigt werden, dürfte die Wertsteigerung vermutlich über den kumulierten Defiziten liegen.

## Kapitel 7 Empfehlung zur Rechtsform

Die Rechtsform des Nettoregiebetriebes ist im NKomVG von 2010 erhalten geblieben. Nach den vorstehenden Ausführungen wird die Beibehaltung dieser Rechtsform bei den Städtischen Alten- und Pflegezentren empfohlen.

Die Tätigkeiten und Aufgaben der Kommunen im Bereich des Rechtes der Pflegeversicherung sind einerseits gemäß der Selbstverwaltungsgarantie des Art. 28 GG als Regelung von „Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“ zu klassifizieren. Ob die Kommunen eigene Pflegeeinrichtungen vorhalten und in welcher Rechtsform, bleibt ihrer Entscheidung vorbehalten. Wir haben ausgeführt, dass das modifizierte Subsidiaritätsprinzip des SGB XI keine Beschränkung für eine „wirtschaftliche Betätigung“ auf dem Pflegemarkt darstellt. Andererseits enthält der § 8 PflegeVG den Auftrag an die Kommunen, „in gemeinsamer Verantwortung“ mit anderen Akteuren die „ortsnahe Versorgung“ zu gewährleisten, d.h. eine Aufgabe im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge zu erfüllen (Geiser 1995, S. 73). Die Verantwortlichkeit „für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ liegt beim Land (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Allerdings kann seit Abschaffung der Investitionsförderung von einer „Planung und Förderung“ (Satz 2) kaum mehr die Rede sein. Die Kommunen finden im SGB XI „nur im Rahmen einer allgemeinen Kooperationsnorm Erwähnung“ (Igl 1999, S. 328). Geblieben ist die Letztverantwortung des örtlichen Sozialhilfeträgers, die sich im SGB XI und im Landespflegegesetz in drei Aufgaben niederschlägt: Pflegebericht, Teilnahme an den Pflegesatzverhandlungen und monetären Hilfeleistungen an bedürftige Pflegebedürftige.

Dies ermöglicht einen gewissen Spielraum für eine Steuerung im „Pflegemarkt“, wobei stets die besonderen Bedingungen dieses „Quasi-Marktes“ in Betracht gezogen werden müssen. In der Region Hannover liegen diese Zuständigkeiten bei der Regionsverwaltung, die Landeshauptstadt nimmt mit ihrem Nettoregiebetrieb „nur“ als Anbieter im Wettbewerb am „Pflegemarkt“ teil. Dieses Faktum legt vordergründig nahe, die Rechtsform hauptsächlich unter dem Gebot der „Wirtschaftlichkeit“ zu betrachten. Gefragt werden könnte dann, ob eine **private Rechtsform** zu einer „wirtschaftlicheren“ Erfüllung der Aufgabe (§ 135 Abs. 4 Satz 4 NKomVG), im Falle des städtischen Betriebes zur einer Kostendeckung, führen würde. Da die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Pflegekassen (§ 79 SGB XI in Verbindung mit § 72 Abs. 3 Satz 1) im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen regelmäßig ohne Beanstandungen verläuft, und der Betrieb nach unserer Erkenntnis **effizient** geführt wird, bleibt ausschließlich

die Prüfung der durch die **Tarifbindung** entstehenden höheren Personalkosten und deren Bewertung. Der „Pflegermarkt“ ist neben anderen regulativen Umständen deshalb besonders „unvollkommen“, weil er maßgeblich durch eine fehlende Regulierung auf dem Markt für Pflegekräfte bestimmt wird (z.B. das Fehlen eines Branchentarifvertrages).

Die Personalkosten im Rahmen der entwickelten und praktizierten Qualitätsstrategie und der tariflichen Festlegungen des städtischen Betriebes können im Rahmen des Nettoregiebetriebes nicht in Richtung einer vollen Kostendeckung durch die Pflegekassen und Heimentgelte gesenkt werden (z.B. durch tarifliche Sonderregelungen analog zu den Krankenhäusern). Dies verhindert derzeit der Entgeltwettbewerb zwischen den Trägern. Die Pflegekassen und Sozialhilfeträger legen in den Pflegesatzverhandlungen durchschnittliche Richtwerte zu den Pflegeentgelten fest. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und das BSG - Urteil vom 29.01.2009 wurden zwar auf Tarifbindung beruhende Gestehungskosten vorbehaltlos als wirtschaftlich angemessen anerkannt. Entsprechende Steigerungen der Pflegeentgelte bis zur Kostendeckung, selbst wenn sie sich in den Pflegesatzverhandlungen realisieren ließen, wären jedoch im Wettbewerb mit den Einrichtungen, die auf tarifliche Entlohnung in Anlehnung an den TVÖD verzichten, nicht marktfähig.

Es ist allgemein bekannt, dass die Mehrzahl der freigemeinnützigen Pflegeeinrichtungen ihre Kosten nahezu ausschließlich über eigene Tarifvereinbarungen oder andere betriebswirtschaftliche Neuerungen wie Ausgründungen senken. Viele öffentliche Träger in anderen Kommunen wurden in eine private Rechtsform (gGmbH) überführt und schieden aus dem kommunalen Arbeitgeberverband aus, um der Tarifbindung zu entgehen. (Bei den Mitgliedern des BKSB in der Rechtsform einer GmbH richtet sich die Bezahlung „grundsätzlich“ weiterhin nach dem TVöD). Die privaten Träger liegen sowohl bei den Personalkosten als auch bei der Personalstruktur (z.B. weniger Fachkräfte, prekäre Beschäftigungsverhältnisse) zum Teil erheblich unter den Maßstäben öffentlicher und freigemeinnütziger Heime. Häufig wird dann behauptet, dass „die Qualität“ darunter nicht leide (siehe z.B. die Studie des RWI 2010). Wir haben aber dargelegt, dass diese These nur dann stimmig sein kann, wenn die Messung der Ergebnisqualität eng an die „medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse“ (§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) angelegt ist, wobei häufig genug selbst diese Kriterien nicht erreicht werden (Minderqualität). Es ist mittlerweile allgemein anerkannt, dass diese Kriterien nicht genügen, um eine „angemessen Pflege“ zu bewerten (vgl. Hasseler/Wolf-Ostermann 2010).

Die städtischen Zentren verfolgen dagegen **eine vorbildliche Qualitätsstrategie**, die sich umfassend an den „Gemeinsamen Grundsätzen“ (nach dem ehemaligen § 80 SGB XI: siehe Anhang) orientiert, die ganz speziell auf einer **qualifizierten Personalbasis** und einer bedürfnisorientierten Angebotsstruktur gründet. Entscheidendes Kennzeichen dieses Netcoregiebetriebs ist, dass nur die Wirtschaftsführung ausgegliedert ist und nach den Vorschriften der Pflege-Buchführungsverordnung (und nicht nach kaufmännischen Gesichtspunkten) geführt wird. Der Netcoregiebetrieb ist ansonsten organisatorisch und rechtlich unselbständig. Für die Beschäftigten gilt das für die Gemeindeverwaltung gültige Dienst- und Arbeitsrecht uneingeschränkt. Die Deckungslücke bei den Kosten für das Pflegepersonal wird zunächst durch die Tarifvereinbarung zur Beschäftigungssicherung der Landeshauptstadt von 2010 solidarisch noch für fünf Jahre vom Gesamtpersonal getragen. Ein „Defizit“ im engeren Sinne besteht also nicht. Die Landeshauptstadt hat sich verpflichtet, den Betrieb im Rahmen der Tarifvereinbarung (Ziff. 5) **nicht** „auf einen anderen Arbeitgeber gleich welcher Rechtsform zu übertragen“. Selbst wenn sie diesen Schritt gehen würde, wäre es nach den Konventionen der städtischen Sozialpolitik z.B. undenkbar, bei einem Personalüberleitungsvertrag mit einer GmbH diese nicht zum Beitritt zum kommunalen Arbeitgeberverband zu verpflichten. Zudem sind mögliche Umwandlungskosten aus rechtlichen Gründen mit längerfristigen Verpflichtungen behaftet (vgl. Isernhagen 2005, S. 56 f.).

Als ein weiteres Argument für eine private Rechtsform mit eigener Rechtspersönlichkeit, wird gewöhnlich die größere **Selbständigkeit** des Betriebes sowie eine größere Flexibilität für „Marktanpassungen“ angeführt. Angesichts des hohen Regulierungsgrades im Pflegemarkt können solche Überlegungen jedoch nahezu keine Rolle spielen. Weiter wird eine größere **Unabhängigkeit** von der Steuerung durch die Stadtverwaltung sowie der Kontrolle des Rates angeführt. Da die Landeshauptstadt jedoch ein berechtigtes Interesse hat, den Pflegemarkt zu beeinflussen, sollte sie über die enge „wirtschaftliche“ Betrachtungsweise in der Steuerungslogik der Pflegeversicherung hinaus im Sinne einer „**lokalen Pflegepolitik**“ (Igl 1999) handeln. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden die ehemaligen Kompetenzen der Kommunen zurückgedrängt. War früher die Versorgung Pflegebedürftiger in die kommunalen Zusammenhänge von Altenhilfe und Behindertenpolitik eingebunden und hatten die Kommunen nach dem Sozialhilferecht eine alleinige Infrastrukturverantwortung, „ist jetzt der Einbau in ein komplexes Gefüge der Kooperation... zu verzeichnen“. Durch die Neuordnung der Kostenträgerschaft liegt die Verantwortung für die Sicherung der

pflegerischen Infrastruktur bei den Pflegekassen. Nach wie vor ist es eine Aufgabe der Kommune, sich um die sozialen Probleme alter Menschen in ihrem Einzugsbereich zu kümmern, und Verantwortung für alle Bereiche „außerhalb der pflegerischen Versorgung im engeren Sinne...(z.B. offene Altenarbeit, Vernetzung, Beratung)“ zu tragen (Geiser 1995, S. 76). Das gesetzliche Gebot der Kooperation weist die Akteure jedoch auf den Weg, nicht ausschließlich zuständigkeitsorientiert zur Realisierung der im PflegeVG formulierten anspruchsvollen Ziele einer menschenwürdigen Pflege beizutragen. Um diesem zentralen Anliegen zur Wirksamkeit zu verhelfen „bedarf es einer koordinierenden und die Leistungen der Pflegeversicherung überschreitenden umfassenden und integrierten Sicht der Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen“ (Igl 1999, S. 329).

Die Frage stellt sich, inwieweit und mit welchen **Steuerungs- und Kooperationsinstrumenten** die Kommunen ihrem Auftrag gerecht werden können, wenn sie selbst nicht mehr „unternehmerisch“ tätig sind. Dies würde zum einen die Frage nach der „Auffangverantwortung“ betreffen, die in der Rolle eines „Lückenbüßers“ aktivierbar sein müsste. Kann eine Kommune ohne eigenes Betriebswissen beim Versagen anderer Träger einspringen? Dies gilt in allen Fällen von Privatisierung, in denen die öffentliche Hand in Bezug auf das Leistungsgeschehen einschlägiges „Produktions-Know-How“ aufgegeben hat und „auf Grund der daraus resultierenden Informationsasymmetrie nicht mehr in der Lage ist, die Leistungen des (privaten) Anbieters zu beurteilen“ (Reichard/Röber 2010).

Dieses Beurteilungsproblem besteht (neben der Verpflichtung der Kommune zur Aufrechterhaltung der Angebote im Rahmen der Daseinsvorsorge) zum anderen angesichts der Intransparenz der „Pflegegeschehens“ insbesondere für die Abläufe **innerhalb** der einzelnen selbständigen Einrichtungen. Diese sind Normadressaten (§ 11 Abs. 1 SGB XI) der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. **Öffentlichen Einrichtungen** können einen Beitrag zum Qualitätswettbewerb leisten, indem sie konkretisierte („gelebte“) Maßstäbe setzen, an denen sich andere Einrichtungen orientieren können und sollen („Leuchttürme“).

Der Nettoeregietrieb hat einen **erheblichen Vorteil** gegenüber einer privaten Rechtsform: eingebunden in den Fachbereich Senioren der Landeshauptstadt können einerseits wechselseitige Impulse zum beiderseitigen Vorteil ausgetauscht werden und die städtischen Zentren andererseits mit der kommunalen Seniorenpolitik ohne erhebliche organisatorische Schnittstellen vernetzt werden. Durch die Umwandlung in eine private Rechtsform stünden sich zwei selbständige juristische Personen gegenüber, zwischen denen die Kooperation und die Einwirkungsmöglichkeit der Gemeinde (jenseits personalpolitischer Entscheidungen bei

Besetzung von Organen) durch einen entsprechend detaillierten Gesellschaftsvertrag oder einen expliziten Kooperationsvertrag gesichert werden müsste. Die „Komplexität“ der Steuerung im kommunalen Interesse würde erheblich gesteigert und damit auch die „Transaktionskosten“. Die Form des Nettoeregierbetriebes ermöglicht es dagegen, die bereits entwickelte **städtische Seniorenpolitik** durch Betriebswissen und Aktivitäten im Pflegebereich produktiv zu ergänzen und die durch die Einführung der Pflegeversicherung (vor allem in der öffentlichen Wahrnehmung) entstandene „sektorale“ Trennung von **gesunden Senioren** und **pflegebedürftigen Alten** erheblich abzumildern.

Empfohlen wird von uns daher eine stärkere Vernetzung der Partizipationsangebote der Stadt an Senioren, der „offenen“ Altenhilfe, der Förderung des ehrenamtlichen Engagements und des „Sozialraumbezuges“ mit den Kompetenzen der Städtischen Alten- und Pflegezentren. Dies kann ergänzt werden durch spezialisierte Angebote des Betriebes im vorpflegerischen Bereich des lokalen Umfeldes der einzelnen Heime (Quartiersbezug). Die Städtischen Alten- und Pflegezentren haben in den letzten Jahren eine von den Pflegekassen anerkannte Vielfalt von fachlichen Kompetenzen entwickelt, auch im Aufgabenfeld von vorstationären **Beratungs- und Betreuungsangeboten**, die verstärkt nutzbar zu machen wären, um unterschiedliche Pflegeverläufe qualitativ hochwertig begleiten zu können.

Die Mehrzahl der Senioren wird irgendwann pflegebedürftig (Gesamtlebenszeitprävalenz bei Frauen 66.7 %, bei Männern 47 % (Rothgang u.a. 2010, S. 116)), aber das Überschreiten dieser Schwelle wird in den allermeisten Fällen „vor Ort“ eintreten. Pflegepolitik ist auf der kommunalen Ebene nicht von Seniorenpolitik zu trennen. Mit der bestehenden Rechtsform behält die Landeshauptstadt Hannover ein hochwertiges Steuerungsinstrument in der Hand, mit dem sie Einfluss auf das Leistungs- bzw. „Markt“- Geschehen in der Stadt nehmen kann. Die städtischen Alten- und Pflegezentren erfüllen wesentliche Ziele kommunaler öffentlicher Daseinsvorsorge, setzen Qualitätsmaßstäbe zum Nutzen der BewohnerInnen, stärken die politische Handlungsfähigkeit und bieten ein Instrument für nachhaltige Arbeitsmarktpolitik im Feld der Pflege.

## 8. Literatur

### Monographien und Aufsätze

- Abteilung Sozialpolitik und Public Policy*, 1997: Bürgerbefragung Niedersachsen „Der aktivierende Staat“, Universität Hannover.
- Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard/Bispinck,Reinhard/Hofemann, Klaus/Neubauer, Jennifer*, 2008: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, 2 Bde., 4. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag.
- Backhaus-Maul, Holger*, 2000: Wohlfahrtsverbände als korporative Akteure, *ApuZ B*, S. 26-27.
- Bieback, Karl-Jürgen* (Hrsg.), 2009: Die Reform der Pflegeversicherung 2008, Münster u.a.: LIT.
- Blanke, Bernhard et al.*, 2002: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft. Entwicklungsstand und Good Practice im Qualitätsmanagement, BMBF Projekt, Dokumentation der workshops.
- Blanke, Bernhard*, 2006: Vom Sozialversicherungsstaat zum sozialen Dienstleistungsstaat, in: *Hitzel-Casagnes/Schmidt* (Hrsg.): Demokratie in Europa und europäische Demokratie, Wiesbaden: VS Verlag, S. 31 – 55.
- Blanke, Bernhard/Nullmeier, Frank/Reichard, Christoph/Wewer, Göttrik* (Hrsg.), 2010: Handbuch zur Verwaltungsreform. 4.. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag.
- Bundesamt für Statistik*, 2008: Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern.
- Bundesgeschäftsstelle der Landesbausparkassen* (Hrsg.), 2006: Die Generation über 50. Wohnsituation, Potenziale und Perspektiven, Berlin.
- Butzer, Hermann*, 2010: Wirtschaftlichkeit im Verwaltungsrecht, in: *Blanke et al.* 2010, S.445–454.
- Cronauge, Ulrich/Westermann, Georg*, 2006: Kommunale Unternehmen. Eigenbetriebe – Kapitalgesellschaften – Zweckverbände, Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Donabedian. A.*, 1982: The Criteria and Standards of Quality, Michigan: Health Administration Press.
- Donahue, John D./Nye Jr., Joseph S.*,2002: Market-Based Governance, Washington: Brookings Institution Press.
- Engstler, Heribert et. al.*, 2004: Die Zeitverwendung älterer Menschen, in: Alltag in Deutschland. Beiträge zur Ergebniskonferenz der Zeitbudgeterhebung 2001/02 am 16./17. Februar 2004 in Wiesbaden. Analysen zur Zeitverwendung Bd. 43, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- European Commission*, 2007: Health and long-term care in the European Union. Report.
- Evers, Adalbert/Rauch, Ulrich/Stitz, Uta*, 2002: Von öffentlichen Einrichtungen zu soziale Unternehmen. Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleitungen, Berlin: edition sigma

- Fiedler, Jobst*, 1998: Aufgabenkritik und Konzentration auf Kernaufgaben, in: *Blanke, Bernhard et al.* (Hrsg.): Handbuch zur Verwaltungsreform, 2. Aufl., Opladen: Leske+Budrich, S. 105 – 117.
- Fink, Susann*, 2008: Aktuelle Probleme des öffentlichen Wirtschaftsrechts. Möglichkeiten und Grenzen der wirtschaftlichen Betätigung von Kommunen, Norderstedt: GRIN Verlag
- Fink, Ulf*, 1986: Subsidiarität – Lösung für sozialpolitische Probleme der Gegenwart, in: *Heinze* 1986, S. 157 – 169.
- Forsthoff, Ernst*, 1973: Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 1, Bd.: Allgemeiner Teil, 10. Aufl., München: C.H. Beck
- Fung, Archon*, 2002: Making Social Markets: Dispersed Governance and Accountability, in: *Donahue/Nye*, S. 145 – 172.
- Gaertner, Thomas/Gansweid, Barbara/Gerber, Hans/Schwegler, Friedrich/von Mittelstaedt, Gert* (Hrsg.), 2009: Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung, 2. Aufl., Berlin/New York: de Gruyter
- Gansweid, Barbara/Heine, Ulrich*, 2009: Merkmal der Pflegebedürftigkeit, in: *Gaertner u.a.*, S. 66 f.
- Gansweid, Barbara/Wingenfeld, Klaus/Büscher, Andreas*, 2009: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments, in: *Gaertner u.a.*, S. 140 – 149.
- Geiser, Martin*, 1995: Kommunale Alterssicherungspolitik und Pflegeversicherung: Zur Zukunft der Altenplanung auf örtlicher Ebene, in: *Igl/Kühnert/Naegele*, S. 70 – 79.
- Gerber, Hans*, 2010: Transparenz der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen, in: *Gaertner u.a.*, S. 188 – 19.
- Gohde, Jürgen*, 2010: Wie viel Pflege braucht der Mensch?, in: *Gesundheit und Gesellschaft* 10/2010, S. 28 – 31.
- Goos-Wille, Elisabeth*, 2005: Dialog Soziales Niedersachsen. Institutionelles Kernen in der Landessozialpolitik, in: *Behrens, Fritz et al.*: Ausblicke auf den aktivierenden Staat, Berlin: edition sigma, S. 315 – 336.
- Grohs, Stephan*, 2010: Lokale Wohlfahrtsarrangements zwischen Beharrung und Wandel: Die widersprüchlichen Effekte von Ökonomisierung und Kontraktmanagement, in: *dms* 2/2010, S. 413 - 432.
- Gross, Peter/Fagetti, Karin*, 2008: Glücksfall Alter. Alte Menschen sind gefährlich, weil sie keine Angst vor der Zukunft haben, Freiburg: Verlag Herder.
- Hans-Böckler-Stiftung*, 2010: Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege – eine explorative Studie, Arbeitspaper 215, i. E.
- Hasseler, Martina/Wolf-Ostermann, Karin*, 2010: Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarung für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich, [www.pflegenoten.de/Wissenschaftliche-Evaluation.gkvnet](http://www.pflegenoten.de/Wissenschaftliche-Evaluation.gkvnet).
- Heimbericht*, 2006: Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, online Publikation.
- Heinze, Rolf G.* (Hrsg.), 1986: Neue Subsidiarität: Leitlinien für eine zukünftige Sozialpolitik? Opladen: Westdeutscher Verlag

- Heinze, Rolf/Schmid, Josef/Strünck, Christoph*, 1997; Zur politischen Ökonomie der sozialen Dienstleistungsproduktion, in: *KZfSS*, S. 242 – 271.
- Heinze, Rolf/Voelzkow, Helmut*, 1999: Verbände und Korporatismus, in: *Wollmann/Roth*, S. 227 – 240.
- Hellermann, Johannes*, 2009: Kommentar zu Art. 28 GG, in: *Epping/Hillgruber*, S. 700 – 745.
- Huster, Stefan/Rux, Johannes*, 2009: Kommentar zu Art 20 GG, in: *Epping/Hillgruber*, S. 549 – 602.
- Igl, Gerhard/Kühnert, Sabine/Naegele, Gerhard* (Hrsg.), 1995: SGB XI als Herausforderung an die Kommunen. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Hannover: Vincentz Verlag.
- Igl, Gerhard*, 1995: Die Pflegeversicherung – Strukturelle Auswirkungen und Konsequenzen für die Kommunen. in: *Igl/Kühnert/Naegele*, S. 10 – 40.
- Igl, Gerhard*, 1999: Pflegepolitik und pflegerische Versorgung, in: *Naegele, Gerhard/Schütz, Rudolf-M.*: Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 317 – 332.
- Igl, Gerhard*, 2009: Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 - aus sozialrechtlicher Sicht, in: *Bieback* 2009, S. 41 – 65.
- Isernhagen, Jürgen*, 2005: Die kommunale Anstalt als Rechtsform der Abwasserbeseitigung im Vergleich zu Regiebetrieb, Eigenbetrieb und GmbH, Norderstedt: GRIN Verlag.
- Kilian, Werner/Richter, Peter/Trapp, Jan Hendrik* (Hrsg.), 2006: Ausgliederung und Privatisierung in Kommunen, Berlin: edition sigma.
- Klenk, Tanja/Nullmeier, Frank*, 2010: Welfare industries: enterprises as providers of public goods, in: *Z Vgl Poli. Wiss.*, 4:29-52.
- Klie, Thomas* (Hrsg.), 2010: Altenheim – Die wichtigsten Gesetze, Hannover: Vincentz Network.
- Klie, Thomas*, 2001: Pflegeversicherung, 6. Aufl., Hannover: Vincentz Verlag.
- Kremer-Preiß, Ursula/Stolarz, Holger*, 2009: Wie wollen Senioren wohnen? Umsetzung bedarfsgerechter Wohnangebote in den Kommunen, in: *Bertelsmann Stiftung* (Hrsg.): initiieren, planen, umsetzen – Handbuch kommunale Seniorenpolitik, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 176-184.
- Le Grand, Julian*, 1993: Ein Wandel in der Verwendung von Policy-Instrumenten: Quasi-Märkte und Gesundheitspolitik, in: *Héritier, Adrienne* (Hrsg.): Policy-Analyse, PVS-Sonderheft 24, S. 225 – 245, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Link, Charlotte*, 2008: Aktuelle Probleme des öffentlichen Wirtschaftsrechtes, Norderstedt: GRIN Verlag.
- Löffler, Elke*, 2010: Qualitätsmanagement, in: *Blanke et al.* 2010, S. 492 – 501.
- Löffler, Elke/Birk, Florian*, 2010: Koproduktion, in: *Blanke et al.*: Handbuch, 4. Aufl.
- Lutter, Heinz*, 2002: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege in Niedersachsen, Dialog Soziales Niedersachsen, Man.
- Malorny, Christian*, 1996: TQM umsetzen. Der Weg zur Business Excellence, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- Marburger, Horst*, 2010: SGB XI Soziale Pflegeversicherung. Textausgabe mit ausführlicher Kommentierung. 3. Aktualisierte Auflage, Regensburg: Walhalla.
- Means, Robin/Smith, Randall*, 2008: Community Care. Policy and Practice, Sec. Edition, Basingstoke: Macmillan.
- Mehde, Veith*, 2010: Vom Ende zum Anfang der Geschichte –Aktuelle Entwicklungen im Kommunalrecht der Bundesländer, in: DVBl, 465 – 471)
- Meier, Jörg*, 2010: Das Gesetz im Gesetz. Eine systematische Untersuchung des Pflegequalitätsgesetzes, 2 Bde., Diss. Hannover.
- Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank/Wahl, Hans-Werner* (2004): Neue Person-Umwelt-Konstellation im Alter: Wohnen, außerhäusliche Mobilität und Technik, in: Sozialer Fortschritt (53), H. 11-12, S. 301-309.
- Möller, Isabell*, 2010: Steuerungsprobleme der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen. Diss. Hannover.
- Monopolkommission*, 1998: Marktöffnung umfassend verwirklichen. Zwölftes Hauptgutachten, Baden-Baden: Nomos.
- Mozley, Carolinel/Sutcliff, Caroline/Bagley, Heather/Cordingley, Lis/Challis, Davi/(Huxley, Peter/Burns, Alistair*, 2004: Towards Quality Care, Outcomes for Older People in Care Homes, Aldershot: Ashgate
- Narten, Renate/Scherzer, Ulrike*, 2007: Älter werden – wohnen bleiben. Strategien und Potenziale der Wohnungswirtschaft in einer alternden Gesellschaft. Hamburg: Hammonia Verlag.
- Naschold, Frieder*, 1995: Ergebnissteuerung, Wettbewerb, Qualitätspolitik. Entwicklungspfade des öffentlichen Sektors in Europa, Berlin: edition sigma
- Nullmeier, Frank*, 2010: Wettbewerb, in: *Blanke et al.* 2010, S. 150 – 161.
- Reichard, Christoph/Röber, Manfred*, 2010: Verselbständigung, Auslagerung und Privatisierung, in: *Blanke et al.* 2010, S. 168 -77.
- Rosner, Peter G.*, 2003: The Economics of Social Policy. Cheltenham-Northampton: Edward Elgar.
- Rothgang, Heinz et al.*, 2010: BARMER GEK Pflegereport 2010, Schwäbisch Gmünd: [http://www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/2010\\_BarmerGEK-Pflegereport.pdf](http://www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/2010_BarmerGEK-Pflegereport.pdf).
- Ruffert, Matthias*, 2009: Kommentar zu Art 12 GG (Berufsfreiheit), in: *Epping, Volker/Hillgruber, Christian* (Hrsg.): Grundgesetz Kommentar, S. 355 . 389.
- RWI*, 2009: Pflegeheim Rating Report, RWI Materialien, Heft 54.
- Sachverständigenkommission (Altenbericht)*, 2010: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft, Juni 2010, Berlin: BMFSFJ
- Schnabel, Eckart*, 2010: Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pflege, in: *Gaertner u.a.* S. 194 – 199.
- Schneiders, Katrin*, 2009: Vom Altenheim zum Seniorenservice – Institutioneller Wandel und Akteurskonstellationen im sozialen Dienstleistungssektor, Baden-Baden: Nomos.
- Schneiders, Katrin/Eisele, Björn*, 2007: Altersgerechte Wohnformen und Dienstleistungen – beliebt bei geringer Zahlungsbereitschaft, in: Die Wohnungswirtschaft, H. 4, S. 28f.

- Seel, Mechthild*, 1998: Die Pflege des Menschen, 3. vollständig überarbeitete Auflage, Hagen.
- Skuban, Ralph*, 2004: Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt, Wiesbaden: VS Verlag.
- Specke, Helmut K.*, 2005: Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten – Fakten – Akteure, 3. Aufl., Bern u.a.: Hans Huber Verlag.
- Süß, Martina*, 2009: Pflgetheorien und Bewertung des Hilfebedarfes, in: *Gaertner u.a.*, S. 34 – 43.
- von Schwanenflügel, Matthias*, 2009: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines neuen Begutachtungsverfahrens, in: *Gaertner u.a.*, S. 155 – 161.
- Welti, Felix*, 2010: Rechtliche Probleme einer Reform der Pflegeversicherung: Qualitätssicherung, Fallmanagement und räumliche Versorgungsstrukturen, in: *Gaertner u.a.*, S. 115 – 131.
- Wollmann, Hellmut/Roth, Roland* (Hrsg.), 1999: Kommunalpolitik. Politisches Handeln in

## Materialien

- (57.3: Betrieb „Städtische Alten- und Pflegezentren)
- Bündnis für Altenpflege schlägt Alarm, HAZ 21.06 2010, von Veronika Thomas
- Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2008, Statistische Ämter des Bundes und der Länder
- Dokumentation des 2. Bundeskongresses des BKSB: „Das kommunale Heim im Wettbewerb“, 29.4.2003
- Einschätzung zur wirtschaftlichen Entwicklung der Städtischen Alten- und Pflegezentren bis 2009 vom 6.5.2006
- Einschätzung zur wirtschaftlichen Entwicklung der Städtischen Alten- und Pflegezentren bis 2010: 25.6.2007
- Entscheidung über die Veräußerung / den Weiterbetrieb des Altenzentrums Eichenpark: 3.9.2003
- Fachkonzept Margot-Engelke-Zentrum/ Wohngruppen im Pflegebereich Geibelstraße
- Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege – eine explorative Studie, Arbeitspaper 215, Hans-Böckler-Stiftung 2010 (im Erscheinen), Pressemitteilung vorhanden
- Flyer: In Würde sterben – Sterbebegleitung in den städtischen Alten- und Pflegezentren
- Handout: Rundreise des Sozialausschusses am 26.5.2009
- Kurzzeitpflege 2009; Fragebogen und Auswertung der Bewohnerbefragung
- Leitbild Städtische Alten- und Pflegezentren (Flyer)
- Leitfaden für den Trägerwechsel, in: Altenheim 06/2006, S. 40 und Kritik daran vom BKSB
- Personalentwicklung in den städtischen Alten- und Pflegezentren, Angebote zur Fortbildung, Teamentwicklung und Gesundheitsförderung, Programm 2010
- Protokoll der Sitzung des Landesarbeitskreises Personalinitiative Pflege vom 16.01.2009 (Pflegepaket)
- Rechtsgutachten zur Zulässigkeit der Einbringung der hannoverschen Alten- und Pflegeeinrichtungen in eine Stiftung: Juni 2001
- Renaissance kommunaler Heime? (Ludorff contra Mael), in: Altenpflege 1/2009, S. 33
- Schriften zur Stadtentwicklung 104: Repräsentativerhebung 2008
- Schriften zur Stadtentwicklung 106: Repräsentativerhebung 2008
- Stationäre Pflegeeinrichtungen in kommunaler Trägerschaft (unvollständig und ohne Quelle..)
- Statistik über die Herkunft der Bewohner vom 01.01.2010
- Statut der Margot-Engelke-Stiftung
- Stellungnahme zum HSK VII / Prüfauftrag Städtische Alten- und Pflegezentren: 10.4.2008
- Tischvorlage für die Sitzung des Sozialausschusses am 20.6.2005: Sachstand zur aktuellen Kostenentwicklung in den Städtischen Alten- und Pflegezentren
- Thesenpapier „Vom Nutzen der Kommunalen Altenpflege“
- Verzeichnis der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen in und um Hannover; AOK 2009

## Laufende Zeitschriften

- Häusliche Pflege – Pflegedienste besser managen
- Die Schwester, der Pfleger – die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe
- Altenheim – Lösungen fürs Management
- Altenpflege – Vorsprung durch Wissen
- Pflegezeitschrift – Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

## Dokumente

- **Heft 100; Repräsentativerhebung „Leben und Wohnen im Alter“**
  - Befragung beziehen sich auf Wohn-/Lebenssituation vor einem eventuellen Aufenthalt im Pflegeheim, eher Erwartungen/Ängste/Hoffnungen, aber Tendenz zuversichtliche (außer Migranten und Mobilitätseingeschränkte)
- **„Handout“ Sozialausschuss 26.5.2009**
  - Überblick Heime Hannover, einschließlich Zahlen (Auslastung, Defizite, Plätze)
- **Schriften zur Stadtentwicklung 104 (Gesamtergebnis und Vergleichsdaten)**
- **Schriften zur Stadtentwicklung 106 (Repräsentativerhebung 2008)**
- **BKSB: Das kommunale Heim im Wettbewerb – Chance im veränderten Pflegemarkt – , Dokumentation des 2. Bundeskongresses des BKSB**
  - Warum kommunale Heime unverzichtbar sind.
  - Pflegeeinrichtungen im Wettbewerb: Strategische Erfolgsfaktoren.

## Links

<http://www.bkpv.de/ver/pdf/mit31998/zusammenfassung/rd032698.pdf> [01.02.2011]

[http://www.modernealtenpflege.de/Pflegestandards/Ubersicht\\_Pflegestand\\_/Aktivierende\\_Pflege/aktivierende\\_pflege.html](http://www.modernealtenpflege.de/Pflegestandards/Ubersicht_Pflegestand_/Aktivierende_Pflege/aktivierende_pflege.html) [01.02.2011]

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) [01.02.2011]

[http://groups.google.com/group/zeitbank-informationen/browse\\_thread/thread/373ccfce1da72ede](http://groups.google.com/group/zeitbank-informationen/browse_thread/thread/373ccfce1da72ede) [01.02.2011]

[http://www.bgw-bielefeld.de/downloads/Seniorenbrochuere\\_BGW.pdf](http://www.bgw-bielefeld.de/downloads/Seniorenbrochuere_BGW.pdf) [01.02.2011]

## Anhang

### **Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996**

der Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Bonn

Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Frankfurt a. M.

Deutsches Rotes Kreuz e.V., Bonn

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Stuttgart

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V., Frankfurt a. M.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen

Bundesverband Privater Alten- und Pflegeheime und soziale Dienste e. V., Bonn

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e.V., Bonn

der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Karlsruhe

der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Köln sowie

der Spitzenverbände der Pflegekassen

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK-Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

### **Präambel**

Zur Sicherstellung einer qualifizierten vollstationären ganzheitlichen Pflege und Versorgung haben die Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie die Spitzenverbände der Pflegekassen in enger Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten die nachstehenden Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen vereinbart. Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darin einig, daß die Sicherstellung einer ganzheitlichen Pflege und Versorgung die Verantwortung aller Beteiligten erfordert.

Die Vereinbarung ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 80 Abs. 1 SGB XI) und ist bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI zwischen den Vertragsparteien heranzuziehen.

Für die Pflege von Behinderten in den Einrichtungen der Behindertenhilfe gilt diese Vereinbarung nicht. Soweit in solchen Einrichtungen Pflege erbracht wird, sollen die dafür geltenden Qualitätsmaßstäbe gesondert vereinbart werden.

### **1 Grundsätze**

#### **1.1 Ziele**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen Leistungen auf Basis der folgenden Ziele:

- Die Pflege und Versorgung der Bewohner in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wird auf Dauer sichergestellt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten der einzelnen Lebenssituation des Bewohners nicht in Betracht kommt.
- Die Pflege und Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung orientiert sich an einer menschenwürdigen Lebensqualität und Zufriedenheit des Bewohners. Unter besonderer Berücksichtigung der Biographie und bisherigen Lebensgewohnheiten trägt sie zur Befriedigung der körperlichen, geistigen, sozialen und seelischen Bedürfnisse des Bewohners bei und bieten Hilfestellung bei der Bewältigung von Lebenskrisen.
- Die Erhaltung und Wiedergewinnung einer möglichst selbständigen Lebensführung bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens des Bewohners ist anzustreben. Soweit es die individuelle

- Pflegesituation und das soziale Umfeld zulassen, ist die Rückkehr in eine eigene Häuslichkeit zu fördern.
- Die Tages- und Nachtstrukturierung wird bewohnerorientiert ausgerichtet. Die Gestaltung eines vom Bewohner als sinnvoll erlebten Alltags sowie die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben sind zu ermöglichen. Die Bewohner werden bei der Wahrnehmung ihrer Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten unterstützt.
  - Auf eine Vertrauensbeziehung zwischen dem Bewohner und den an der Pflege und Versorgung Beteiligten wird hingearbeitet.
  - Die an der Pflege und Versorgung Beteiligten arbeiten partnerschaftlich zusammen. Hierzu gehört ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch. Mit dem Heimbeirat wird eng zusammengearbeitet.
  - Die Pflege und Versorgung wird bedarfsgerecht und flexibel an Veränderungen der Pflegesituation angepaßt. Dabei soll ein Zimmerwechsel möglichst vermieden werden.
  - Die Pflege wird fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht.

## **1.2 Ebenen der Qualität**

Die Qualität umfaßt die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.

### **Strukturqualität**

Die Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses dar. Hierunter ist insbesondere die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung der vollstationären Pflegeeinrichtung zu subsumieren.

### **Prozeßqualität**

Prozeßqualität bezieht sich auf den ganzheitlichen Pflege- und Versorgungsablauf sowie die Unterkunft. Es geht dabei u. a. um die Pflegeanamnese und -planung, die Koordinierung und Ausführung der Leistungen sowie die Dokumentation des Pflegeprozesses.

### **Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad der Maßnahmen im Rahmen des ganzheitlichen Pflege- und Versorgungsablaufs zu verstehen. Zu vergleichen sind die angestrebten Ziele mit dem tatsächlich erreichten Zustand unter Berücksichtigung des Befindens und der Zufriedenheit des Bewohners.

## **1.3 Qualitätssicherung**

### **1.3.1 Interne und externe Qualitätssicherung**

Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihre institutionelle Verankerung können unterschiedlich gestaltet werden. Es sind hier Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung zu unterscheiden. Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jede Einrichtung und umfaßt die diesbezüglichen Maßnahmen der vollstationären Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung. Jede Pflegeeinrichtung ist für die Qualität ihrer Leistungen verantwortlich.

Bei der externen Qualitätssicherung handelt es sich um unterschiedliche Formen von Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.

### **1.3.2 Zentrale und dezentrale Methoden**

Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale. Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung der Leistungen anhand von Standards und Kriterien vorgibt. Dezentrale Methoden sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihre Kontrolle durch die beruflichen Akteure vor Ort selbst vor.

## **2 Leistungserbringer**

Leistungserbringer für die vollstationäre Pflege sind:

- vollstationäre Pflegeeinrichtungen freigemeinnütziger Träger
- vollstationäre Pflegeeinrichtungen privater Träger
- vollstationäre Pflegeeinrichtungen öffentlicher Träger

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Grundsätze und Maßstäbe sind - unabhängig von der Trägerschaft - selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen pflegebedürftige Personen auf Dauer wohnen und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganzheitlich und geplant gepflegt werden.

## **3 Qualitätsmaßstäbe**

### **3.1 Strukturqualität**

#### **3.1.1 Struktureller Rahmen der vollstationären Pflegeeinrichtung**

##### **3.1.1.1 Pflegeeinrichtungen als Organisation**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muß, eine ganzheitliche Pflege und Versorgung der Bewohner zu gewährleisten.

### 3.1.1.2 Verantwortliche Pflegefachkraft

Die von der vollstationären Pflegeeinrichtung angebotenen Pflegeleistungen sind unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft (vgl. 3.1.2) durchzuführen.

Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, daß diese auf der Basis der unter 1.1 genannten Ziele u. a. verantwortlich ist für:

- die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich
- die fachliche Planung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte
- die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung stellt sicher, daß bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft (z. B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) die Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach 3.1.2.1 gewährleistet ist.

### 3.1.1.3 Fort- und Weiterbildung

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die fachliche Qualifikation der Leitung und der Mitarbeiter durch funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Ihr Fachwissen ist regelmäßig zu aktualisieren, Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.

## 3.1.2 Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft

### 3.1.2.1 Pflegefachkraft

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes erfüllen Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Krankenschwester/Krankenpfleger" oder "Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger" - entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen,
- b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpflegerin/Altenpfleger" staatlicher Anerkennung - aufgrund einer landesrechtlichen Regelung - besitzen.

### 3.1.2.2 Weitere Eignungen

Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, daß

- a) innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre ein unter 3.1.2.1 genannter Beruf hauptberuflich ausgeübt wurde und
- b) der Abschluß einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden vorliegt. Verantwortliche Pflegefachkräfte, die über eine entsprechende Weiterbildung nicht verfügen, müssen im Rahmen einer Übergangsfrist von sieben Jahren nach Abschluß der Vereinbarung diese Qualifikation erworben haben. Bei Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit in dieser Funktion und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers innerhalb dieser Frist im Einzelfall von den Vertragspartnern nach § 72 Abs. 2 SGB XI Ausnahmen zugelassen werden, oder der Abschluß einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität vorliegt.

### 3.1.2.3 Hauptberufliche Beschäftigung

Die verantwortliche Pflegefachkraft muß in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein, soweit sie nicht Inhaber der vollstationären Pflegeeinrichtung ist. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümer oder Gesellschafter der Pflegeeinrichtung ist und die Tätigkeitsschwerpunkte der Pflegedienstleitung sich auf die jeweilige Pflegeeinrichtung beziehen. Ausgenommen von der Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte.

## 3.1.3 Geeignete Kräfte

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat unter Berücksichtigung von Punkt 3.1.6 zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse des Bewohners im Rahmen der Pflege und Versorgung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen. Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden nur unter der fachlichen Anleitung einer Fachkraft tätig.

## 3.1.4 Räumliche Voraussetzungen

Dem Wunsch des Bewohners nach Wohnen in einem Einzel- oder Doppelzimmer soll Rechnung getragen werden. Das Wohnen in Einzelzimmern ist anzustreben. Die Wohnräume der Bewohner sind so zu gestalten, daß sie den angemessenen individuellen Wünschen und Bedürfnissen nach Privatheit und Wohnlichkeit entsprechen. Die Aufstellung eigener Möbel und die Mitnahme persönlicher Dinge, insbesondere eigener Wäsche, ist möglich.

Außerdem sollen den Bewohnern

- beschilderte, sicher zu erreichende sowie alten- und behindertengerechte Zugänge zu der Pflegeeinrichtung,
- eine direkte Zufahrt für Fahrzeuge,
- eine alten- und behindertengerechte Ausstattung
- sowie ein angemessenes Angebot an Gemeinschafts- und Therapieräumen

zur Verfügung stehen.

### **3.1.5 Weitere Voraussetzungen**

Der Träger der Einrichtung stellt die fachliche Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung sicher. Allgemein anerkannte Hygienestandards werden beachtet, ohne daß der wohnliche Charakter beeinträchtigt wird. Ein altersgerechtes, abwechslungsreiches und vielseitiges Speisenangebot einschließlich des Angebots an individuell geeigneter Diätkost wird zur Verfügung gestellt. Die Essenszeiten sind flexibel gestaltet.

### **3.1.6 Kooperationen mit anderen Leistungserbringern**

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Bei pflegerischen Leistungen darf nur mit zugelassenen Leistungserbringern (§ 72 SGB XI) kooperiert werden. Soweit eine Pflegeeinrichtung Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei der auftraggebenden Pflegeeinrichtung bestehen.

### **3.2 Prozeßqualität**

Im Rahmen der Prozeßqualität hat die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Durchführung einer qualifizierten ganzheitlichen Pflege und Versorgung folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

#### **3.2.1 Darstellung der vollstationären Pflegeeinrichtung**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt ihre Leistungen schriftlich dar. Diese Information hat insbesondere Angaben zu enthalten über:

- das vorgehaltene Leistungsangebot und die dafür zu zahlenden Preise
- das Pflegekonzept
- die räumliche und personelle Ausstattung
- Beratungsangebote
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen

Zur Information eines Bewerbers gehört auch der bei Vertragsabschluß in Frage kommende Heimvertrag mit seinen Nebenbestimmungen (siehe auch § 4 Abs. 4, § 4e HeimG).

#### **3.2.2 Pflegeprozeß**

##### **3.2.2.1 Pflegekonzeption**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verfügt über eine dem allgemeinen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Pflegekonzeption, die auf die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens und die individuelle Situation des Bewohners aufbaut.

##### **3.2.2.2 Vorbereitung des Einzugs**

Der Umzug in die Einrichtung wird mit dem zukünftigen Bewohner und seinen Angehörigen vorbereitet. Hierzu soll ein Besuch in der eigenen Häuslichkeit oder im Krankenhaus durchgeführt werden. Dabei sind u. a. der Hilfebedarf, die gewünschten bzw. notwendigen Versorgungsleistungen und die individuellen Gewohnheiten des zukünftigen Bewohners zu besprechen. Über die Mitnahme persönlicher Dinge wird der zukünftige Bewohner beraten.

##### **3.2.2.3 Pflegeplanung**

Für jeden Bewohner ist eine individuelle Pflegeplanung unter Einbezug der Informationen des Bewohners, der Angehörigen oder anderer an der Pflege Beteiligten durchzuführen. Die Empfehlungen des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach § 18 Abs. 5 SGB XI werden berücksichtigt. Die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Bewohner vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozeß sind herauszuarbeiten und die Pflegeziele festzulegen. Den individuellen Wünschen und Bedürfnissen des Bewohners ist dabei Rechnung zu tragen.

Die individuelle Pflegeplanung muß der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden. Dazu gehört auch eine geeignete Pflegedokumentation. Pflegerische Leistungen sind mit hauswirtschaftlichen sowie anderen Versorgungsbereichen abzustimmen.

Die soziale und kulturelle Integration des Bewohners in das gesellschaftliche Umfeld wird bei der Festlegung der Pflegeziele berücksichtigt. Die Gemeinschaft unter den Bewohnern wird ermöglicht und gefördert.

#### **3.2.3 Pflegedokumentation**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine geeignete Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen, aus der heraus das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozeß abzuleiten sind. Die Dokumentation ist mindestens fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.

#### **3.2.4 Pflegeteams**

Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen.

#### **3.2.5 Dienstplanung**

Die Dienstplanung wird bewohnerorientiert nach den Notwendigkeiten einer ausreichenden und zweckmäßigen Pflege von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Die Koordination mit anderen an der Versorgung beteiligten Beschäftigten der Einrichtung wird von dem Träger der Einrichtung sichergestellt. Dazu ist ein regelmäßiger Informationsaustausch in Form von Dienstbesprechungen durchzuführen.

#### **3.2.6 Einbeziehung der Angehörigen**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fördert den Kontakt des Bewohners zu den ihm nahestehenden Personen.

#### **3.2.7 Vernetzung mit weiteren Institutionen**

Im Rahmen einer ganzheitlichen Pflege und Versorgung soll die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Vernetzung mit weiteren Institutionen zusammenarbeiten. Hierzu zählen insbesondere

- die Sozialleistungsträger,
- der MDK,
- der behandelnde Arzt,
- ambulante Pflegedienste, teilstationäre Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Krankenhäuser und
- Leistungserbringer im Rahmen ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fördert die soziale Integration des Bewohners in das örtliche Gemeinwesen. Sie unterstützt den Bewohner bei Bedarf bei der Inanspruchnahme ärztlicher, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen auch außerhalb der Pflegeeinrichtung.

### **3.3 Ergebnisqualität**

#### **3.3.1 Ergebnisprüfung**

Das Ergebnis der Pflege und Versorgung ist regelmäßig zu überprüfen. Hierbei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit die aktivierende Pflege zielorientiert durchgeführt worden ist sowie die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners Berücksichtigung gefunden haben.

Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege und Versorgung Beteiligten und dem Bewohner, auf seinen Wunsch unter Beteiligung der ihm nahestehenden Personen, zu erörtern und zu dokumentieren.

#### **3.3.2 Inhalt der Ergebnisprüfung**

In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- der Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengegangen sind,
- der Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
- der Unterstützung der allgemeinen Orientierungsfähigkeit,
- der Bewältigung von Krisensituationen,
- der Ermöglichung der Teilhabe am sozialen Umfeld und der Wahl- und Mitspracherechte sowie
- dem Grad der Zufriedenheit des Bewohners.

### **4 Maßnahmen der vollstationären Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung**

#### **4.1 Geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er veranlaßt die Anwendung und Optimierung anerkannter Verfahrensstandards in der Pflege und Versorgung. Der Träger soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung können sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten
- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen
- die Mitwirkung an Assessmentrunden
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung.

#### **4.2 Nachweis**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.

### **5 Gemeinsame Konsultation**

Zwischen den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Träger der Pflegeeinrichtung können Konsultationen über Qualitätsfragen vereinbart werden. Dabei soll ein Vertreter des Heimbeirates oder der Heimfürsprecher beteiligt werden.

### **6 Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen**

#### **6.1 Notwendigkeit und Mitteilung einer Qualitätsprüfung**

Wird von einer Pflegekasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist über die Landesverbände der Pflegekassen eine Prüfung einzuleiten. Dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung und der Vereinigung, der der Träger angehört, teilen die Landesverbände der Pflegekassen die Durchführung, den Gegenstand, den Umfang sowie den Zeitpunkt der Prüfung mit. Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen Zugang zu gewähren.

#### **6.2 Auskunftspflicht und Grundlage der Prüfung**

Vom Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Grundlage der Prüfung bilden u.a. die Unterlagen der Pflegedokumentation.

#### **6.3 Ergebnis der Prüfung**

Über die Qualitätsprüfung ist von dem Prüfer ein Bericht zu erstellen, aus dem der Gegenstand der Prüfung und das Ergebnis der Prüfung sowie notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufgezeigt werden. Der Bericht geht innerhalb von sechs Wochen nach Abschluß der Prüfung dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung, der Vereinigung, der der Träger angehört, und den Landesverbänden der Pflegekassen zu.