

PFLEGE

Neue Managementkonzepte

■ Andreas Tietze

Um die Reform der Pflegeversicherung wurde jahrelang gerungen. Am 1. Juli 2008 treten nun die neuen Bestimmungen in Kraft und sollen für verbesserte Leistungen sorgen und mithelfen, neue Betreuungs- und Beratungsstrukturen zu schaffen. Gelingen kann das nur mit Managementkonzepten, die sich diesen Herausforderungen offen-siv stellen.

Angesichts des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes werden für ein strategisches Management in der Pflege zunehmend drei Fragen wichtig: Wie steuern wir unsere Unternehmen angesichts der von Gesetzgeber und den Kunden gewollten Individualisierung und Ambulantisierung, wie erhalten wir unsere Wertschöpfungsketten und welche Innovationen sind für die Zukunft wichtig?

Viele Altenhilfeunternehmen warten derzeit noch ab und gehen die neuen Herausforderungen, die die Pflegereform bietet, nicht offensiv an. Die strategischen Defizite im Management müssen aber überwunden werden, will sich die Branche auch weiterhin auf Wachstumskurs halten und ihr Innovationspotenzial ausbauen. Denn die Wünsche der zukünftigen Kunden gehen eindeutig in Richtung Individualisierung und Ambulantisierung.

1. Die Sozialwirtschaft muss auf die neuen Herausforderungen im Pflegemarkt reagieren. Nach Auffassung des Deutschen Instituts für Sozialwirtschaft (DISW) werden sich die bisherigen Angebote der stationären und ambulanten Pflege differenzieren müssen, wenn sie den steigenden Erwartungen der Menschen gerecht werden wollen. Dem Pflegemanagement kommt dabei eine

herausragende strategische Stellung zu. Eine neue Generation von alten Menschen besitzt ein hoch entwickeltes Gefühl für Lebensqualität und hat ein großes Interesse an Wohlbefinden und an individuellen Lösungen, wenn sie Hilfeleistungen in Anspruch nehmen. Der Gedanke an einen stationären Pflegeplatz ist meistens negativ belastet. Es geht also in der Zukunft um eine Produktpalette, die hohe Lebensqualität erhalten hilft und den individuellen Erwartungen der Kunden entspricht. Gesundheitsbezogene und präventive Angebote finden bei dieser Generation hohe Akzeptanz. Der Altenpflegemarkt wird diese Entwicklung in ausgeweiteten Formen der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung mit verstärkter Vernetzung und Angeboten im rehabilitativen Gesundheitswesen gestalten müssen.

2. Geriatrische Rehabilitation wird in den Einrichtungen der stationären Pflege einen höheren Stellenwert erhalten. In der Gesetzgebung zur Gesundheitsreform hat die große Koalition die Schnittstellen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, zwischen Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V und SGB XI) grundlegend verändert. Der Rechtsanspruch auf »geriatrische Prävention« wurde im SGB V (§ 40 a SGB V) verankert. Hier liegen Chancen von Reha- oder Pflegeeinrichtungen, sich weiter zu profilieren und neue Angebote zu entwickeln. Bisher wurden ökonomische Erfolge durch »Pflegekarrieren« der Bewohner bedingt durch die Eingruppierung in höhere Pflegestufen erreicht. In Zukunft soll dieser Entwicklung gegen-gesteuert werden.

3. Angebote im Alltagsmanagement und haushaltsnahe Dienstleistungen werden zunehmen, Normalität wird das Leben zu Hause



Andreas Tietze ist Diplom-Sozialpädagoge und Master of Business Administration (MBA). Er arbeitet

als Geschäftsführer des Deutschen Instituts für Sozialwirtschaft und ist Lehrbeauftragter an der Leuphana Universität Lüneburg. Zudem ist er freier Projektentwickler und Gutachter in der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft sowie Aufsichtsratsmitglied einer gGmbH Krankenhausgesellschaft. Internet <http://www.institut-sozialwirtschaft.de>

sein. Die Ergebnisse einer Studie der Gesellschaft für Konsumforschung aus dem Jahr 2002 zeigen, dass Ältere ein großes Interesse an unterschiedlichen haushaltsnahen Dienstleistungsangeboten haben. Insbesondere Angebote wie Putz- und Haushaltsdienste, Mahlzeiten- und Einkaufsdienste oder Begleitung von Arzt- und Behördenbesuchen werden nachgefragt. Die Menschen wollen solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit betreut werden. Mobilen und flexiblen Angebotsformen, der Telemedizin und dem Alltagsmanagement gehört die Zukunft im Pflegemarkt.

4. Spezialisierte Angebote – wie regionale palliativ Care-Konzepte – werden verstärkt nachgefragt. Ziel ist es, eine Betreuung von Patienten mit palliativem Behandlungs- und Pflegebedarf zukünftig auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegeanbietern zu verwirklichen. Mit dem zu erarbeiteten Konzept sollen die Grundlagen für eine angemessene palliative Versorgung im stationären und ambulanten akutsomatischen Bereich für Patienten aller Altersstufen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) gelegt werden. Insbesondere soll sichergestellt werden, dass palliative Care sozialräumlich organisiert und praktiziert wird. Dazu gehört eine kompetente Betreuung von Palliativpatienten-

ten durch niedergelassene Ärzte sowie durch ambulante Pflegedienste. Funktionierende Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich tragen wesentlich dazu bei, dass Klinikaufenthalte verkürzt oder sogar vermieden werden können und eine würdevoll und liebevolle Begleitung im häuslichen Raum möglich wird.

5. Ein regionales Case Management und Care Management sichert eine passgenaue Angebotspalette für die Bedarfe der zukünftigen Kunden und hilft durch die Nutzung von Synergieeffekten Kosten zu sparen. Care Management bedeutet die Kooperation zwischen den Akteuren der kommunalen Sozial- und Gesundheitsversorgung verbindlich und dauerhaft zu strukturieren und hierbei vor allem auch soziale und bürgerschaftliche Initiativen einzubeziehen. Kommunikation, Kooperation, Koordination und Vernetzung lassen sich als Voraussetzungen sowohl für Case Management (personenzentriert) als auch für Care Management (systemzentriert) beschreiben. Case Management definiert sich als die zeitlich begrenzte, unterstützende Hilfeplanung für Einzelne oder Familien vor allem bei Krisen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit. Dabei wird gemeinsam mit dem Hilfebedürftigen und seinem sozialen Umfeld ein individuelles Hilfeeinrichtung im Sinne eines Leistungsbündels entworfen und konkretisiert. Case Management befasst sich demnach mit der Anbahnung, Organisation und Durchführung aller pflegerischen, versorgenden, unterstützenden und rehabilitativen Dienstleistungen formeller und informeller Art einschließlich der Ausstattung mit Hilfsmitteln und der Wohnraumanpassung. Zentraler Schwerpunkt für eine künftige Angebotsstruktur ist ein zuverlässiges regionales Care Management. Dazu ist es wichtig, alle in der Region relevanten Angebote der Pflege, Rehabilitation, medizinischen Prävention, des Alltagsmanagements etc. zu analysieren und für die Erstellung eines regionalen Care-Managementkonzeptes nutzbar zu machen. Ziel ist es, alle Dienstleistungen für ein »Leben im Alter« aus einer Hand anzubieten und durch ein individuelles Case Management jeweils das Angebot herauszufiltern, welches den Senioren so lange wie möglich den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und Autonomie und Selbstständigkeit er-

hält. Dies trifft auch für Zielgruppen zu, die finanziell weniger leistungsfähig sind oder die aus einem anderen Kulturkreis stammen.

6. Ganzheitliches regionales Care Management. Das Deutsche Institut für Sozialwirtschaft hat ein Zukunftsmodell »Regionales Care-Management« entwickelt, wie etablierte stationäre und ambulante Anbieter ihre Angebote auf die neuen Herausforderungen ausrichten kön-

nen (siehe Abb.1). Die besondere Qualität zeigt sich in einem differenzierten Angebot von ambulanten und stationären, modularisierten Wohn- und Betreuungsdienstleistungen, die sich spezifisch an den individuellen Wünschen der Betroffenen ausrichten, und einem Pflege- und Betreuungsmix von präventiven, integrativen geriatrischen Maßnahmen zur Vorbeugung von Langzeitpflege sowie einem hoch individualisierten modularisierten Angebotsportfolio.

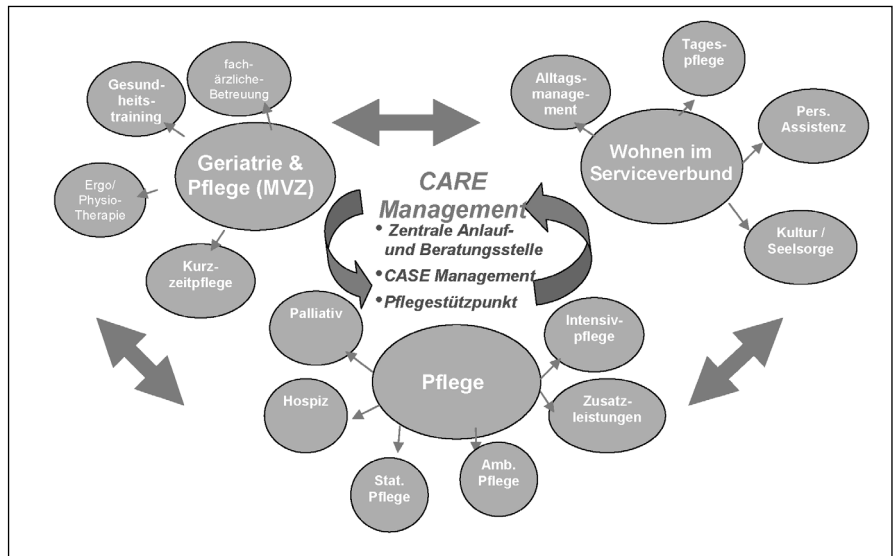


Abb.1: Das regionale Care-Management vernetzt Leistungen für ein Leben im Alter.

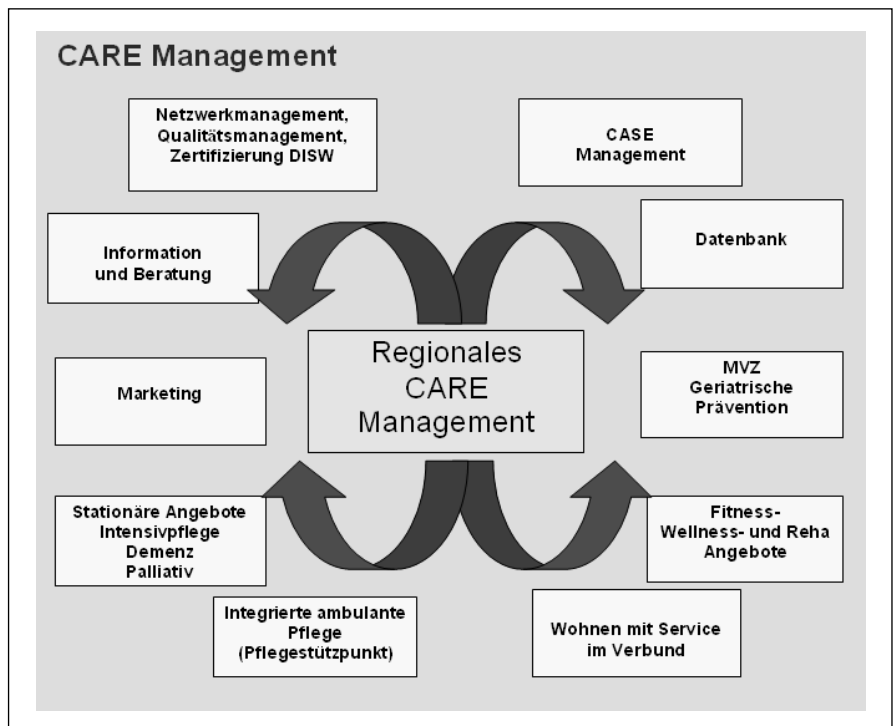


Abb. 2: Das ganzheitliche Care Management umfasst verschiedene Bausteine (vgl. Abb.2).

CARE-Management konkret bedeutet:

- systemspezifisches Management
- Öffentlichkeitsarbeit
- interdisziplinäre Arbeitskreise
- interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung
- Care- und Pflegeberatung
- Koordinationsstelle für Kommunen und Träger
- Leitstelle für Profis
- Wegweiser
- Internet, Information

Das ganzheitliche Care Management umfasst verschiedene Bausteine (vgl. Abb.2).

Case Management konkret bedeutet:

- einzelfallspezifisches Management
- Screening, Assessment
- personenzentrierte Fallbesprechung
- personenzentrierte Informationen und Dokumentation
- EDV-Konzept »Case Management«
- Angehörigenunterstützung

In ganzheitlichen Ansätzen der Gesundheitsförderung liegen erhebliche Potenziale für stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste der Altenpflege. So bietet sich die Verknüpfung zu stärker »konsum- und genussorientierten« Dienstleistungen an, das können beispielsweise Präventions- und Sportangebote sein. Die Kopplung mit solchen Dienstleistungen wie Wellness-Angeboten verhilft der Seniorenwirtschaft zu einer Imageverbesserung, die auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten dringend notwendig ist. Präventions- und Aufklärungsleistungen lassen sich gut mit anderen Dienstleistungen, wie Pflegeberatung und Wohnraumanpassung, koppeln. Gleiches gilt für die Bedürfnisse einer seniorenspezifischen Ernährung und Gesundheit sowie eine Angebotspalette von haushaltsnahen Dienstleistungen. ◆

Integriertes Management in der Altenhilfe

Bei der Lektüre der Vorschläge von Andreas Tietze sind mir drei Gesichtspunkte aufgefallen, die ich kurz skizzieren möchte:

1. Von den Schwierigkeiten der Normalisierungsarbeit: Ich erinnere mich an eine Begegnung mit Alexander Mitscherlich im Jahr 1969. Im Kontext einer Projektarbeit an der Architekturabteilung der Universität Stuttgart argumentierte er: »Es wäre zu empfehlen, sich nicht unbesehen an die Lösung des Problems »Altenheime« zu machen, wenn noch gar nicht feststeht, wo der Sinn solcher Heime liegt und wo der Unsinn anfängt. Das könnte zu leicht sich als einen Beitrag zur Katastrophe der falsch gehandhabten Wirklichkeit erweisen.« Mitscherlich wollte uns zukünftige Architekten motivieren, die Versorgung alter Menschen mehr unter dem Blickwinkel alltäglicher Haushaltung zu untersuchen und nicht der professionellen Verführung zur Hospitalisierung der Alten zu folgen. Diese Wirklichkeitskonstruktion stieß damals vor allem bei der kommunalen Altenhilfefplanung auf Widerstände. Dies wurde beispielsweise deutlich bei der Stuttgarter Diskussion »Altenhilfe 1971—1980«. Nun sind wir möglicherweise dort angekommen, wo wir damals Mitscherlich folgend hin wollten: ein gesetzlich

abgesichertes Versorgungskonzept, das alltägliche und in der Nachbarschaft eingebundene Lebensführung als Ausgangspunkt der Planung achtet.

2. Von der Verfügbarkeit der Planerinnen und Planer: Mitscherlich wolle uns dafür sensibilisieren, dass wir damit rechnen müssen, von der Gesellschaft falsche Aufträge zu erhalten, weil diese sich nicht genügend Rechenschaft gibt über das, was in ihr passiert — also blind ist gegenüber dem, was die Alten wirklich wollen, aber dem folgt, was andere verdienen können, wenn man alte Menschen zur Ware erklärt und Profit zieht aus der Herrichtung entsprechender Versorgungsangebote. Er polemisierte gegen eine »Wohlfahrtsindustrie«, vor deren Verführungen wir uns als Planerinnen und Planer hüten sollten. In jedem »falschen« Auftrag — beispielsweise in der Planung von Altenheimen — bestände die Möglichkeit des Widerspruchs, den wir nutzen könnten, um die technisch-industrielle Umwelt zu »humanisieren«. Keine einfache Aufgabe, der wir uns damals stellen wollten. Vielleicht ist es auch ein unmöglicher Auftrag gewesen, wie wir heute aus systemischer Perspektive formulieren könnten. Das System der Sozialen Arbeit und damit das System der Wohlfahrtsindustrie sei als »Funk-

tionssystem der Gesellschaft« um seine eigenen Selbsterhaltung willen bewusstseinsfrei organisiert als ein System der Klientifizierung, weil es sich sonst nicht reproduzieren könne. Damals ging es eben um die Klientifizierung über das Angebot der Altenheime, was bis heute immer noch funktionieren kann — aber zunehmend schlechter funktioniert, weil die Kostenträger über Ambulantisierung und Sozialraumorientierung Spareffekte realisieren wollen, die als Nachfolgeeffekt »Humanisierung« bringen können. Es gibt Kollegen, die die Soziale Arbeit als eine Strategie in der Postmoderne beschreiben. Hier ginge es darum, Ambivalenzen auszuhalten, balancieren zu lernen zwischen »kritischem Bewusstsein« und »Arbeit in kritischen Zuständen«, also nicht dem Satz Adornos zu folgen, »dass es kein richtiges Leben geben könne im Falschen«, sondern die Gleichzeitigkeit von »richtig« und »falsch« zu ertragen und zu gestalten. Es könne keine Eindeutigkeit mehr geben, sondern nur ein System von Mehrdeutigkeiten. »Gestalten« wird in diesem Theorie-Praxis-Konstrukt als Managementbalance zwischen Stabilität und Instabilität verstanden. Dort, wo Stabilität zugelassen wird, herrscht Eindeutigkeit, dort wo Instabilität unvermeidbar ist, herrscht Mehrdeutigkeit. Es ginge dann beispielsweise in der Altenhilfe um den