Helfen hat einen Namen. Caritas

Impulse und Dokumente Nr. 9

April 2002

Soziale Hilfen und Sozialpolitik

Altenhilfe zwischen Mensch und Markt

Das Projekt „Menschen würdig pflegen“

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Helfen hat einen Namen. Caritas

Impulse und Dokumente

Nr. 9

April 2002

Altenhilfe zwischen Mensch und Markt

Das Projekt „Menschen würdig pflegen“

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Die Autoren

Jürgen Kunze:	Leiter des Bereichs Soziale Hilfen und Sozialpolitik Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart
Roland Mangold:	Leiter der frey Akademie Dornbirn/Wien und Geschäftsführer des Kinästhetik Instituts
Ulrich Maubach:	Caritas Marketing-Team Pflege, Freiburg
Annemarie Thater:	Ökumenische Zentrale Schwerte; bis Januar 2002 Diözesanreferentin, Fachbereich Gesundheit, Alter und Rehabilitation, Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart
Clemens Wochner-Luikh:	Leiter des Bereichs Altenhilfe, Stiftung Haus Lindenhof; bis Januar 2002 Diözesanreferent, Fachbereich Gesundheit, Alter und Rehabilitation, Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Impressum

Jürgen Kunze (Hrsg.)
Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart
Soziale Hilfen und Sozialpolitik
Fachbereich Gesundheit, Alter und Rehabilitation
Strombergstraße 11, 70188 Stuttgart Postfach 13 09 33, 70067 Stuttgart
Telefon: 07 11/26 33-14 20 Fax: 07 11/26 33-11 89
Redaktion: Thomas Wilk
Fotos: Burkhard Bartel

Druck

Grafische Werkstätten, Gustav-Werner-Straße 24, 72762 Reutlingen

Inhalt

Seite		
2		Vorwort
4		Die Caritas-Pflege muss marktfähig sein
7		Das Caritas Marketing-Projekt
	7	Beginn des Projektes
	7	Ziel des Projektes
	7	Ausschreibung und Auswahl der Projektstandorte
	9	Finanzierung
	9	Verlauf
	9	Arbeitschritte
	12	Übertragbarkeit auf andere Standorte
13		Qualität in Pflegeeinrichtungen: Die Skizze eines erfolgreichen Weges
	13	Woran orientieren sich diese Einrichtungen ganz besonders?
	14	Welches sind die typischen Sichtweisen in diesen Einrichtungen?
	14	Immer mehr nutzen QAP, um dies in der Praxis umzusetzen
	14	Was haben die Einrichtungen „in der Hand“, wenn sie QAP benutzen?
	14	Wie arbeiten die Pflegeeinrichtungen mit QAP?
	15	Über welche Wirkungen berichten MitarbeiterInnen, die am Qualitätsprozess mit QAP beteiligt sind?
	15	Qualität als Prozess
17		Qualität in der stationären Altenhilfe
	17	1. Kontexte
	17	2. Ziele des Projekts
	17	3. Projektablauf
	22	4. Fazit

„Qualität und Marketing in der Caritas am Beispiel der ambulanten und stationären Pflege“

Jürgen Kunze

Kundenorientierung ernst gemeint

„Pflege nach Stoppuhr“ – ein Schlagwort, hinter dem viel Zündstoff steckt.

Was ist wirklich dran?

Wir werden mit unserer Gesundheit und unserem Alter ständig konfrontiert. Derzeit ist jeder fünfte Bürger der Bundesrepublik über 60 Jahre alt, in 30 Jahren wird es jeder dritte sein. Aber selbst diese Zahlen zeichnen heute keine Schreckensbilder mehr: Über 60 Jahre, das sind die „jungen Alten“, die noch mitten im Leben stehen. Und die Hochbetagten, die krank und pflegebedürftig sind? – Wir denken und planen meistens für die anderen und nicht für uns selbst! Die Wahrscheinlichkeit aber pflegeabhängig zu werden, könnte jeden von uns sensibler machen für die Bedürfnisse im Alter und bei Pflegebedürftigkeit.

Wir sind uns sicher: Freiheit und Selbstbestimmung sind wichtig. Aber wie wollen denn *wir* leben, wenn wir dafür Hilfe von anderen brauchen?

Die 20 Jahre andauernde Diskussion über die Absicherung der Pflege fand vorläufig einen Schlusspunkt, als die Bundesregierung vor sechs Jahren die Pflegeversicherung einführte.

Heute ist klar:

- Die angebliche Lösung des Problems Pflege durch die Pflegeversicherung ist keine vollständig befriedigende. Pflege ist mehr als die Behebung körperlicher Dysfunktionen.
- Die Zunahme alter Menschen, die Abnahme (sozialversicherungspflichtig beschäftigter) junger Menschen in der Pflege und die Finanzierung der Ausbildung und Beschäftigung führen uns langfristig in eine Krise.
- Die in Deutschland streng voneinander abgeschirmten Rechtsgebiete (Rehabilitation, Behandlung, Pflege) erschweren eine bedürfnisorientierte Pflege.
- Der Wettbewerb in der Pflege und die gleichzeitig eingeführten repressiven Steuerungsinstrumente der öffentlichen Hand bringen für sich allein betrachtet noch keine Qualität mit sich.

Die Resolution der Arbeitsgemeinschaft katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in der Diözese Rottenburg-Stuttgart vom April 2000 zur Pflege steht unter der Überschrift „Die Qualität in der Pflege ist in Gefahr“. Die Personalsituation in den ambulanten und stationären Diensten ist angespannt. Seit Einführung der Pflegeversicherung für den stationären Bereich ist das Personal in der Pflege um 10 % gesunken. Dies ist ein Alarmsignal für alle Beteiligten.

In der ambulanten Pflege sind die Ressourcen ebenfalls geschwunden: Schwestern und Pfleger eilen von Patient zu Patient, ohne die notwendige Zeit für Zuwendung wirklich aufbringen zu können.

Der Pflegeberuf droht unattraktiv zu werden

Wir haben im Caritasverband und in den dortigen Arbeitsgemeinschaften *katholische Sozialstationen* und *Altenhilfe* in der Diözese Rottenburg-Stuttgart vereinbart, Maßstäbe für die Qualität der Pflegeleistungen karitativer Dienste aufzustellen und nach Wegen zu suchen, wie die Arbeit katholischer Pflegedienste besser vernetzt und professioneller kommuniziert werden kann.

Die Situation in der ambulanten und stationären Pflege ist angespannt: Pflegeheime und Sozialstationen stehen in der Kritik der Öffentlichkeit. Fast täglich berichten die Medien über Pflegeskandale. Pflegekräfte – vor allem examinierte – werden händeringend gesucht. Es ist nötig,

1. Qualität nach fachlich anerkannten Standards zu leisten und sie mess- und überprüfbar zu machen;
2. kirchliche Dienste im Interesse der Bürger/innen miteinander zu vernetzen und daraus erwachsende Angebote für die Menschen in der Öffentlichkeit zu präsentieren;

3. den Auftrag der Caritas auf dem Markt der Pflege und das Spezifikum unserer Arbeit zu präzisieren.

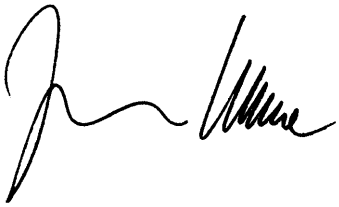
Erste Schritte zum Qualitätsmanagement und zur Vernetzung wurden in einem Projekt „Menschen würdig pflegen“ des Caritasverbandes gegangen, das von 1997–2001 geplant und durchgeführt worden ist.

Wir haben im Rahmen dieses Projekts an folgenden Themen gearbeitet:

1. Weiterentwicklung und Bündelung der Qualität der ambulanten und stationären Pflegedienste in der Diözese Rottenburg-Stuttgart;
2. Vernetzung ambulanter und stationärer Dienste in einer Region durch gemeinsames Marketing.

In dieser Schrift beschreiben wir die beiden Teilprojekte und ziehen Konsequenzen für uns als Spitzenverband und für die Dienste und Einrichtungen.

Wir nähern uns den Themen über einen eher grundsätzlichen Zugang zu den Themen *Marketing* (von Ulrich Maubach, Caritas Marketing-Team Pflege) und *Qualitätssicherung* (von Roland Mangold, frey Akademie Dornbirn/Österreich). Dazu präsentieren wir Motive, Ablauf und Hintergründe der beiden Projekte und bewerten sie aus unserer Sicht als Spitzenverband.



Jürgen Kunze

Die Caritas-Pflege muss marktfähig sein

Das ist eine Behauptung, die viele in der Caritas so nicht akzeptieren. Soll denn die Pflege, also der Dienst an Menschen in Notsituationen, zum Gegenstand kommerziellen Handelns im „Markt“ gemacht werden? Und das ausgerechnet von der Caritas! Wie vereinbart sich das mit dem christlichen Zeugnis der Caritas und folglich mit dem Caritas-Leitbild? Darf sich die Caritas, ethisch betrachtet, in der Pflege nach den Bedingungen eines Marktes verhalten?

Andererseits: Die Pflege ist ein Markt. Sie ist ein Markt mit einem Volumen von ca. 30 Mrd. DM p. a. allein aus der Pflegeversicherung. Die Zahl der „erheblich Pflegebedürftigen“ wächst in den nächsten Jahren um 1,5 % bis 2 % pro Jahr. Das ist eine Folge der Altersstruktur der Bevölkerung. Solche Marktbedingungen ziehen weitere Anbieter an, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege.

Derzeit wächst folglich das Angebot deutlich schneller als der Bedarf, weil vielerorts Angebotslücken aufgefüllt werden. Das ist regional verschieden. Standorte mit langen Wartelisten der Pflegeheime sind besonders interessant. In der ambulanten Pflege ist der Marktzugang leichter als im stationären Bereich, weil die Investition geringer ist. Ballungsräume mit hoher Bevölkerungsdichte sind besonders interessant. Aber auch im stationären Bereich mehren sich die Fälle, in denen (oftmals auch fachfremde) Investoren (sogar an der Landespflegeplanung vorbei, also ohne Fördermittel) Pflegeeinrichtungen bauen, weil sie sich ein gutes Geschäft erhoffen. Der Anteil der privatgewerblichen Anbieter wächst zu Lasten des Anteils der freigemeinnützigen und kirchlichen Anbieter.

Die Folge dieser Entwicklung ist ein zunehmender Wettbewerb zwischen den Diensten und Einrichtungen der Pflege.

Wettbewerb entsteht nämlich dann, wenn die Nachfrager nach einem Produkt oder einer Dienstleistung die Möglichkeit haben, zwischen mehreren Angeboten zu wählen. Man nennt das einen Nachfragermarkt im Gegensatz zu einem Anbietermarkt, in dem der Bedarf größer ist als das Angebot und die Nachfrager nehmen müssen, was sie bekommen.

Die Pflege befindet sich an der Wende vom Anbietermarkt zum Nachfragermarkt. Damit wird sich das Entscheidungsverhalten der Nachfrager zunehmend verändern. Pflegebedürftige und vor allem deren Angehörige werden abwägen, ob sie diesen oder jenen Pflegedienst in Anspruch nehmen, ob sie dieses oder jenes Pflegeheim bevorzugen. Sie müssen sogar abwägen, wenn es mehrere Anbieter gibt. Die Tatsache, dass an diesem Entscheidungsprozess noch andere Personen beteiligt sind, ändert daran im Grundsatz nichts, es macht den Prozess nur komplexer.

Bei dieser Entscheidung legen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ihre eigenen Kriterien an, so wie sie das bei der Annahme anderer Dienstleistungen auch tun.

Wenn Nachfrager – also auch Nachfrager nach Pflege – zwischen verschiedenen Angeboten wählen können, dann entscheiden sie sich für dasjenige Angebot, von dem sie glauben, dass es ihren Bedürfnissen und Wünschen am ehesten entspricht. Wohlgemerkt: wenn sie glauben, dass das so ist. Und wann sie das tun, das entscheiden sie selbst. Das ist entscheidend für den Wettbewerb.

Wettbewerb ist demnach der „Wett-Bewerb“ um die Gunst der Kunden. Wer in diesem Wett-Bewerb den Kunden gewinnen oder behalten will, muss dafür Sorge tragen, dass sein Angebot den Bedürfnissen und Wünschen der Kunden optimal entspricht. Und dass der Kunde wahrnimmt, dass das so ist. Glaubwürdig! Das ist Marketing.

Voraussetzung dafür, im Wettbewerb durch Marketing bestehen zu können, ist also, die Bedürfnisse der Kunden wahrzunehmen, das Angebot diesen Bedürfnissen gemäß zu gestalten und dieses dann zu kommunizieren.

Und zwar in dieser Reihenfolge: die Bedürfnisse wahrnehmen, das Angebot den Bedürfnissen anpassen und dann erst kommunizieren. Und nicht umgekehrt:

Kommunikation, die an den Bedürfnissen der Kunden vorbeigeht, ist kein Marketing. Und Kommunikation, die zwar Kundenbedürfnisse beantwortet, während das Produkt aber nicht „stimmt“, ist ein grober Fehler.

Gilt das alles auch für die Pflege? Eindeutig ja! Sogar in besonderem Maße. Denn die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sind nicht irgendwelche Konsumwünsche, sondern hoch existentiell. Umso bedeutsamer ist es für sie, dass der Pflegedienst oder das Pflegeheim, dem sie sich oder ihre Angehörigen anvertrauen, diesen existenziellen Bedürfnissen entspricht.

Daraus folgt: Das Marketing für Dienste und Einrichtungen der Pflege beginnt damit, die Bedürfnisse der Menschen, die sich ihnen anvertrauen sollen, wahrzunehmen. Und zwar nicht nur die objektiven pflegefachlichen Bedürfnisse, sondern vor allem auch die subjektiven, emotionalen Probleme, Ängste und Hoffnungen, die die Menschen in dieser schwierigen Lebenssituation bewegen.
In einer Studie, die der Deutsche Caritasverband in Freiburg und der Fachverband katholischer Heime und Einrichtungen haben durchführen lassen, ist das besonders deutlich geworden. In mehreren Gruppengesprächen mit potenziell Pflegebedürftigen und Angehörigen dieser Menschen wurde immer wieder eines besonders deutlich: Die Menschen haben Angst vor der Pflegebedürftigkeit, die sie zwingt, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie haben Angst, dass sie unter den objektiven Bedingungen der Pflege und den daraus resultierenden Notwendigkeiten das Verfügungsrecht über sich selbst verlieren. Dass andere darüber bestimmen, was mit ihnen geschieht. Dass sie sich den Zwängen eines Prozesses unterwerfen müssen, in dem ihre Individualität mit ihren Vorlieben und Abneigungen, mit den Gewohnheiten ihres Lebensverlaufes, die sich oftmals in Kleinigkeiten und Banalitäten verwirklichen, nicht mehr ernst genommen wird.

Jeder Mensch empfindet sich als eigenständige und einmalige Person mit bestimmten Eigenschaften, Lebensgewohnheiten, Beziehungen, positiven und negativen Gefühlen und all dem, was einen Menschen als Person ausmacht.

Die Menschen haben Angst, dass dieses alles in dem Moment nicht mehr gilt, in dem sie pflegebedürftig werden und auf fremde Hilfe angewiesen sind. Bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit ist dieser Zustand unumkehrbar. Das macht ihn zur Katastrophe.

Was haben nun diese zutiefst menschlichen Gefühle mit dem Markt zu tun? Sie haben zur Folge, dass Menschen sich bevorzugt für ein Pflegeheim entscheiden werden, zu dem sie das Vertrauen haben, in ihrem ganzen Personsein und ihrer persönlichen Würde wahrgenommen zu werden, leben und sterben zu können.

An dieser Stelle begegnen sich das christliche Leitbild der Caritas und die Bedingungen des Marktes. Marketing in der Pflege ist also Wettbewerb um Vertrauen, um das Vertrauen auf Menschlichkeit. Marketing in diesem Sinne und Leitbild widersprechen sich also nicht nur nicht, sondern sie bedingen einander.

Die Realisierung ist freilich nicht einfach. Für viele Verantwortliche und Mitarbeitende in der Pflege setzt sie ein konsequentes Umdenken nach dem Grundsatz voraus: mit dem Herzen der Betroffenen fühlen und mit ihrem Kopf denken.

Die objektive Qualität der Pflegefachlichkeit ist dazu unabdingbare Voraussetzung. Sie reicht jedoch nicht aus, um die emotionale Not der Menschen zu lindern, die in ihrer Angst begründet liegt, ihre Individualität dem fachlich vielleicht wohlbegründeten Prozess unterordnen zu müssen. Pflege, die als Unterstützung erlebt wird, das eigene Leben nach den individuellen Bedürfnissen zu leben (ob in der eigenen Häuslichkeit oder im Pflegeheim) und nicht in erster Linie als Pflegeprozess, und die sich dabei am Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen orientiert, schafft solches Vertrauen.

Ein Pflegedienst oder ein Pflegeheim, das in den Köpfen und Herzen seiner aktuellen und potenziellen Patienten, Bewohner und deren Angehörigen dieses Vertrauen nicht besitzt, ist langfristig nicht marktfähig.

Was bedeutet das für die Praxis?

Zunächst einmal gilt: Die Situation ist an jedem Standort spezifisch. Also gibt es keine generalistischen Konzepte, die an jedem Ort gleich sind. Vielmehr muss an jedem Standort spezifisch geprüft werden, welcher Handlungsbedarf besteht. Dieser ist in erster Linie von der Wettbewerbssituation abhängig und von der Einschätzung, wie diese sich entwickeln könnte. Immer häufiger erlebt man, dass diese sich von einem Tag zum anderen verändert. Die Wahrscheinlichkeit wächst.

Wenn der Handlungsbedarf erkannt ist, dann muss sich der unternehmerische Wille zum Handeln bilden. Ohne den unternehmerischen Willen, die Zukunftssicherung der Sozialstation oder der Einrichtung aktiv in die Hand zu nehmen, sind viele Bemühungen vergeblich: Es entstehen allenfalls Schubladen-Konzepte, die niemals konsequent realisiert werden. Das kostet Geld und bringt wenig.

Wenn aber Handlungsbedarf besteht und der unternehmerische Wille zum Handeln existiert, dann muss ein zielführender, methodisch geleiteter Prozess mit dem Ziel eingeleitet werden, ein praxistaugliches Marketing-Konzept zu realisieren.

Die Referate stationäre und ambulante Altenhilfe des Diözesancaritasverbandes Rottenburg-Stuttgart haben das in Zusammenarbeit mit dem Caritas Marketing-Team Pflege, einer Dienstleistung des Deutschen Caritasverbandes in Freiburg und des Verbandes katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe zur beratenden Begleitung solcher Arbeitsprozesse, an zwei Standorten in der Diözese getan. Über die Ergebnisse wird zu berichten sein.

Ulrich Maubach

Das Caritas Marketing-Projekt

Beginn des Projektes

Das vom Deutschen Caritasverband initiierte Caritas Marketing-Team Pflege stellt Marketing-Know-how zur Verfügung und bringt den Anspruch der Caritas ein, ein bedarfsgerechtes Angebot zu erbringen und sich an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu orientieren.

Die Dienste und Einrichtungen sollen vor Ort unterstützt werden, sich auf einem lokalen Markt mit diesem Anspruch zu positionieren und die dafür notwendigen unternehmerischen Entscheidungen treffen und umsetzen zu können (aus: InfoDienst Nr. 3, Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e. V., Gabriele Hiniger-Riesterer).

Die Initiative des DCV hatte drei Zielrichtungen:

1. der zunehmenden Konkurrenz von Anbietern mit geeigneten Kommunikationskonzepten zu begegnen;
2. der einseitigen Orientierung an betriebswirtschaftlichen Ergebnissen und von Kostenträgern vorgegebenen Leistungsinhalten zu begegnen;
3. den immer wieder in der Öffentlichkeit diskutierten Qualitätsmängeln in der Altenpflege zu begegnen und an Projektstandorten die Orientierung an den Bedürfnissen der Menschen erfahrbar werden zu lassen.

Von dieser Grundidee haben wir uns im Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart ansprechen lassen und Kontakt zum Caritas Marketing-Team Pflege aufgenommen.

Nach einer ersten Begegnung mit Ulrich Maubach, Caritas Marketing-Team und Martin Volz-Neidlinger von der Stiftung St. Franziskus, Heiligenbronn am 22. April 1999, standen die Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit fest.

Inhaltlich ging es uns um ein vernetztes Modell ambulant und stationär in der Altenhilfe an zwei exemplarischen Standorten.

Ziel des Projektes

Die schon beschriebenen Ziele des Caritas Marketing-Teams Pflege waren mit unseren identisch und deshalb Grundlage der Überlegungen.

Darüber hinaus wollten wir einen Beitrag zum Thema Vernetzung leisten.

Die Mitglieder des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart in der Altenhilfe stehen an vielen Standorten in Konkurrenz zueinander und müssen sich bewusst für eine Strategie der Kooperation entscheiden.

Deshalb hatte das Projekt in der Diözese Rottenburg-Stuttgart auch das Ziel, mit zwei katholischen Partnern den Weg der Kooperation zu gehen, ein gemeinsames Marketing-Konzept zu entwickeln und durch Marketing-Kommunikation bekannt zu machen.

Ausschreibung und Auswahl der Projektstandorte

Die Ausschreibung des Projektes erfolgte vor der Sommerpause 1999 in der Hoffnung, bereits im Herbst mit dem Projekt beginnen zu können.

Die Kriterien für die Bewerbung der Mitgliedseinrichtungen waren:

- zwei unterschiedliche katholische Träger;
- stationär und ambulant an einem Standort;
- vorhandene positive Grundhaltung sich mit Marketing zu beschäftigen,
- der Handlungsbedarf wird gesehen;
- die Einbindung des Trägers ist gewährleistet;
- der Veränderungsspielraum ist vorhanden.

Die Bewerbungen gingen spärlich ein. Der geplante Beginn des Projektes im Herbst 1999 wurde nicht eingehalten. Durch gezieltes Ansprechen der Verantwortlichen in Tuttlingen konnte dieser Projektstandort gewonnen werden. Partner waren die Sozialstation der Katholischen Gesamtkirchengemeinde Tuttlingen und die Alten-

zentren St. Anna und das Bürgerheim der Stiftung St. Franziskus in Heiligenbronn.

Der zweite Projektstandort wurde Schwäbisch Gmünd. Die Stiftung Haus Lindenhof hatte sehr schnell Interesse signalisiert. Partner waren die Sozialstation der Katholischen Gesamtkirchengemeinde Schwäbisch Gmünd und die Einrichtungen der Stiftung Haus Lindenhof in der Stadt Schwäbisch Gmünd.

Zwei Anforderungen waren in Schwäbisch Gmünd schwer herstellbar:

1. alle Entscheider des Trägers müssen dem Projekt positiv gegenüber stehen und es entweder begleiten oder sich aktiv beteiligen;
2. alle Projektteilnehmer müssen definitiv benannt werden und kontinuierlich an dem Projekt mitwirken (Projektverantwortliche).

Weitere Standorte standen nicht zur Auswahl.

Am 21. Januar 2000 fand das erste Treffen der Interessenten statt. Ulrich Maubach vom Caritas Marketing-Team Pflege und Martin Volz-Neidlinger gestalteten einen Workshop zum Thema „Marketing für die Pflege“. Dabei ging Ulrich Maubach ausführlich auf die Info-Team-Studie ein, die im Auftrag des DCV und des Verbandes Katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe erstellt worden ist: Vorstellungen, Ängste, Bedürfnisse und Erwartungen an die Altenpflege – Ergebnisse einer Untersuchung bei Pflegebedürftigen, potenziell Pflegebedürftigen und Angehörigen.

Wichtigste Erkenntnisse:

- Angst – Notwendigkeiten dominieren die Menschlichkeit
- Angst – Vor dem Ende der Selbstbestimmtheit
- Angst – Vor Respektlosigkeit und Entwürdigung
- Misstrauen – gegenüber „Abzockerei“
- keine wirkliche Information – man weiß alles nur vom Hörensagen
- wo Caritas drauf steht, ist Caritas drin – Erwartungen christlicher Nächstenliebe

Fazit (aus der Dokumentation des Workshops: Ulrich Maubach)

Pflegebedürftige, potenziell Pflegebedürftige und Angehörige stehen unter hohem Problemdruck. Der Verlust der körperlichen Selbstständigkeit hat in der Vorstellung der Menschen zwangsläufig den Verlust der Persönlichkeits-Autonomie zur Folge. Auch bei höchster pflegefachlicher Qualität.

Der Zustand ist irreversibel. Das macht ihn zur Katastrophe.

Mit den Informationen zum Thema „Markt“, Wettbewerb, Marketing und der Kernaussage, dass für den Markterfolg nicht nur die Ausrichtung an den Bedürfnissen der Kunden objektiv gegeben, sondern auch subjektiv erlebbar sein muss, hatten die Teilnehmer des Workshops die Hintergrundinformationen, die erforderlich waren, um für sich zu einer qualifizierten Entscheidung zu kommen. Erleichtert wurde diese Entscheidung durch einen Katalog mit zehn Fragen zum Handlungs-

bedarf für die Sozialstation oder die Einrichtung.

Jeder Projektteilnehmer musste für sich noch einmal definitiv die Frage klären, ob der Träger seiner Einrichtung oder seines Dienstes das Projekt will und mit allen Kräften unterstützt.

Die Vorstellung der Ziele und des geplanten Ablaufes des Projektes, der Aufgaben des Caritas Marketing-Teams Pflege und der Rolle der Mitarbeiterin des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart rundeten das erste Informationstreffen ab.

Direkt im Anschluss an den Workshop konnten sich die Partner in Tuttlingen für das Projekt entscheiden; am Standort Schwäbisch Gmünd dauerte es noch bis Mitte des Jahres 2000, bis eine definitive Entscheidung vorlag.

Finanzierung

Mit der Ausschreibung wurde bereits ein Projektantrag an das Bischöfliche Ordinariat gerichtet. Die Unterstützung aus Mitteln des „Projektes Altenhilfe“ der Diözese Rottenburg-Stuttgart wurde uns am 9.11.1999 zugesagt. In den Förderkriterien sind Projekte/Modelle, die zur Vernetzung ambulanter und stationärer Dienste/Einrichtungen beitragen, besonders erwähnt. Die Fördersumme beträgt 50 % der Gesamtkosten, die auf ca. 60.000 DM veranschlagt wurden. Direkt den Projektstandorten zuzurechnende Kosten werden den Trägern (abzüglich der Förderung durch die Diözese Rottenburg-Stuttgart) berechnet. Personalkosten und Sachkosten, die durch MitarbeiterInnen des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart entstehen, trägt der Spitzenverband.

Verlauf

Standort Tuttlingen

Ab Frühjahr 2001 fanden in Tuttlingen intensive Arbeitsreffen mit den für das Projekt verantwortlichen Personen beider Träger statt. Teilweise unter Beteiligung des externen Beraters aus dem Caritas Marketing-Team Pflege, Ulrich Maubach und/oder Beteiligung des DiCV, teilweise aber auch in kleineren, internen Arbeitsgruppen. Ohne externe Begleitung und fachliche Beratung wäre ein Projekt dieser Ausrichtung nicht möglich.

Arbeitsschritte

1. Analyse der Ausgangsbedingungen
Welche Leitbild-Vorgaben sind zu beachten?
Welche Personengruppen beeinflussen die Nachfrage-Entscheidungen?
Welches Ziel haben wir bei der jeweiligen Personengruppe?
Der Vergleich mit den Konkurrenten.

2. Abgebots-Positionierung
Unter welchem übergeordneten, charakterisierenden Leitgedanken wollen wir unsere Angebote positionieren?

3. Maßnahmen–Konzeption
Produkt-Maßnahmen
Kommunikations-Maßnahmen

4. Realisierungsplanung
Die Partner in Tuttlingen haben konsequent das Ziel verfolgt, eine aufeinander abgestimmte Angebotspalette anzubieten und sich dabei immer an den individuellen Wünschen des Hilfe- und Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu orientieren.

Die Frage, die es zu Beginn zu beantworten galt, hieß: Ist unser Angebot optimal auf die subjektiven Bedürfnisse der Kunden abgestimmt?

Als unterstützende Methode wurde die Erlebensfeld-Analyse genutzt. Die bestehenden Angebote wurden überprüft, neue Angebote angeregt und aufgebaut. So viele Angebote wie möglich sollten dabei von den beiden Partnern direkt, einige in Kooperation mit anderen Anbietern erbracht werden.

Nicht vorhanden war in Tuttlingen bei den beiden Partnern ein ausreichendes Beratungsangebot. Sowohl in der Sozialstation als auch in den stationären Einrichtungen hatten die Verantwortlichen die Erfahrung gemacht, dass im Vorfeld von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kaum Anfragen ankommen und in akuten Situationen das Hilfeangebot der einzelnen Anbieter zu kurz greift.

Die Partner einigten sich auf den Grundsatz: Wer zu uns kommt, darf darauf vertrauen, dass wir uns mit allen zur Verfü-

gung stehenden Möglichkeiten bemühen, eine für seine individuellen Probleme und subjektiven Bedürfnisse bestgeeignete Lösung zu finden.

Diesen Grundsatz ernst zu nehmen, hieß nach der Analyse und den Anpassungen in der Angebotspalette, ein neues Beratungsangebot aufzubauen, dass diesem Anspruch verpflichtet ist. Die Beratungsstelle soll individuelle Lösungen erstellen und über das eigene Angebot hinweg unparteiisch sein. An einem Tag wurde gemeinsam ein Konzept für die Beratungsstelle in Tuttlingen erstellt.

Dieses Konzept bildet die Grundlage der Marketing-Kommunikation. Die Beratungsstelle soll aktiv beworben werden. Die beiden Partner in Tuttlingen einigen sich darauf, gemeinsam unter „Katholische Altenhilfe Tuttlingen“ zu firmieren und sich auf ein eigenes Erscheinungsbild zu verständigen. Für Vorgänge, die einen der beiden Träger allein betreffen, bleiben die bekannten Zugänge bestehen.

Ulrich Maubach erstellte einen Entwurf eines Strategierahmens für die Marketing-Kommunikation. Der Entwurf wurde in zwei Tagesveranstaltungen bewertet und in Teilen verändert. Am Schluss stand ein gemeinsames Marketing-Kommunikationskonzept für die „Katholische Altenhilfe Tuttlingen“ und viel Arbeit bei der Umsetzung des Konzeptes.

Auszüge aus dem Marketing-Konzept:

- Die Initiative „Katholische Altenhilfe Tuttlingen“ will in den Köpfen und Herzen aller Menschen, die sich davon angesprochen fühlen, erreichen, dass Pflegebedürftige und Angehörige sich frühzeitig über die Möglichkeiten der Altenpflege beraten lassen und nicht erst anfragen, wenn der Entscheidungsdruck der Situation eine Lösung erschwert, die den individuellen Bedürfnissen optimal entspricht.
- Die „Katholische Altenhilfe Tuttlingen“ unterstützt mit allen ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, alte und pflegebedürftige Menschen darin, ihr Leben trotz ihrer Pflegebedürftigkeit so weit irgend möglich nach ihren individuellen Bedürfnissen, Lebensgewohnheiten und Eigenheiten ihrer Persönlichkeit zu leben, bis zum Ende.
- Mit dieser Gesamtkompetenz für individuelle Problemlösungen bietet die „Katholische Altenhilfe Tuttlingen“ jedem Interessenten einen unentgeltlichen Beratungsservice an, der außerhalb des eigenen Angebotes auch andere Lösungsmöglichkeiten im Einzugsgebiet berücksichtigt und ggf. vermitteln hilft.

Die beiden Partner in Tuttlingen mussten die Frage klären, ob eine Person aus den bestehenden Teams die Beratung anbieten kann. Nachdem noch einmal die Anforderungen an die Person und die Anpassungsmöglichkeiten bei den beiden Trägern kritisch beleuchtet worden waren, wurde gemeinsam die Entscheidung getroffen, dass die Pflegedienstleitung der Sozialstation zu 50 % für die Beratung freigestellt wird und die stellvertretende Pflegedienstleitung Teile der Leitung der SST übernimmt.

Um die nächsten Schritte zu planen, wurden alle noch zu klärenden Fragen in einen Maßnahmenkatalog aufgenommen, die Namen der Verantwortlichen eingefügt und die zeitliche Planung konkretisiert. Ziel war, im Juni 2001 die Beratungsstelle mit einem Event zu präsentieren und die Zusammenarbeit der beiden Träger zu dokumentieren.

Dabei mussten folgende Arbeitsschritte ausgeführt werden:

- Konzeption Fundraising;
- Prospektentwicklung; Präsentationsmaterial, Broschüre usw.;
- Informationsveranstaltungen für Kirchengemeinden, Krankenpflegevereine usw.;
- Erstellung eines Kooperationsvertrages;
- persönliche Kontaktaufnahme zu den Kooperationspartnern;
- Erarbeitung einer Stellenbeschreibung

für die Mitarbeiterin in der Beratungsstelle;
- Klärung von Vergütungsfragen;
- Erstellung einer Checkliste;
- Beratung, Hospitation und Dokumentation;
- Database-Maketing;
- Information der MitarbeiterInnen beider Träger in Form einer gemeinsamen Infoveranstaltung;
- Einbinden der örtlichen Presse.

Die Finanzierung der Beratungsstelle wird von den beiden Trägern sichergestellt. Der Eigenanteil muss mittelfristig gesenkt werden.

Zur Klärung der Möglichkeiten in Tuttlingen wurde ein Workshop zum Thema Fundraising eingeschoben. Der Teilnehmerkreis wurde über die Projektgruppenmitglieder hinaus geöffnet.

Am 28. Juni 2001 wurde – wie geplant – am Standort Tuttlingen mit einem „Event“ der Teil-Abschluss des Projektes gefeiert und die Beratungsstelle der Öffentlichkeit bekannt gemacht.

VertreterInnen des Landkreises, der Stadt Tuttlingen und aller Kooperationspartner waren eingeladen. Für den Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart würdigte Dr. Irme Stetter-Karp die konstruktive Zusammenarbeit der beiden Träger.

Die Beratungsstelle soll nun kontinuierlich durch verschiedene Marketing-Kommunikationsmaßnahmen in das Bewusstsein der potenziellen Nutzer gebracht werden.

Standort Schwäbisch Gmünd

Die Partner am Standort Schwäbisch Gmünd haben sich mit einer Verzögerung von einem halben Jahr ab Juni 2000 ebenfalls in unterschiedlichen Zusammensetzungen getroffen, aber im März 2001 das Projekt in dieser Ausrichtung erst einmal storniert.

Bei den ersten Überlegungen über die Ausrichtung des Projektes am Standort Schwäbisch Gmünd spielten die betreuten Wohnanlagen der Stiftung Haus Lindenhof eine zentrale Rolle. In den betreuten Wohnungen arbeiten die Stiftung Haus Lindenhof und die Katholische Sozialstation Schwäbisch Gmünd bereits seit einiger Zeit zusammen. Diese Form der Zusammenarbeit sollte verbindlicher gestaltet und die Angebotspalette beider Partner erweitert werden.

Die vorläufige Positionierung hieß deshalb auch: „Unsere Wohnanlagen sollen das Bedürfnis nach freier, individueller Lebensgestaltung erfüllen, mit zusätzlichen Angeboten an Unterstützung, die man frei wählen kann und die sich von einfachen Dingen bis zum Luxusangebot erstrecken.“ Diese Grundidee gilt auch für das Wohnen zuhause.

Im Analyseteil hat sich die Gruppe dann intensiv mit den vermuteten Bedürfnissen der Interessenten für ein Wohnen mit Zusatzleistungen beschäftigt. Es wurde deutlich, dass es einen erheblichen Bedarf an Unterstützungsformen gibt, der sich eher auf die ganzheitliche Lebensbetreuung bezieht, z. B.
- Bankgeschäfte,
- Gesprächsbedarf,
- Hilfe bei technischen Problemen,
- Hilfe bei Mietfragen,
- Hilfe beim Ausfüllen von Formularen,
- Umgang mit Ämtern, Steuererklärung,
- Vermittlung von Handwerkern,
- Hilfe bei der Kontrolle von Rechnungen,
- Informationen über mögliche Hilfeangebote,
- Vermittlung von Hilfeangeboten.

Eine Lösung für diese Unterstützungsformen konnten sich die Partner über ein unentgeltliches, ehrenamtliches Patenschaft-Konzept vorstellen.

Die internen Diskussionsprozesse bei den Partnern haben dann zu einer Weiterentwicklung dieser Grundidee geführt.

Was beiden Trägern zurzeit fehlt und sich bei der Einbindung ehrenamtlicher Ange-

bote noch verstärken würde, ist eine gemeinsame Koordinationsstelle. Diese Koordinationsstelle sollte das Herzstück des neuen Angebotes sein. Da der Kunde nicht differenziert, muss die Koordinationsstelle den Zugang für alle ermöglichen, die nicht zielgerichtet einen Dienst bzw. eine Einrichtung anfragen. Neben der Koordination wird auch ein Beratungsbedarf im Einzelfall unterstellt. Das Beratungsangebot muss das eigene Angebot der Partner in den Markt tragen, es braucht eine Geh-Struktur und muss schon beim Erstkontakt Kompetenz und Verbindlichkeit signalisieren.

Die Partner einigen sich auf ein gemeinsames Versprechen: „Wir nehmen die Furcht vor dem Verlust der Individualität und machen das Angebot einer individuellen Problemlösung."

Erneuter Versuch einer Positionierung: Wir helfen „alten Menschen", unabhängig vom warum, wieviel, wann ...!

Offen diskutiert wurden die Fragen:
- Welchen Namen soll das gemeinsame Projekt bekommen?
- Wer trägt das Projekt?
- Soll das Caritas-Logo verwendet werden?

In einer Arbeitsgruppe der Partner sollte eine Aufgaben- und Stellenbeschreibung für die Beratungs-Koordinationsstelle erstellt und es sollten die Fragen bearbeitet werden:
- Welche Struktur muss geschaffen werden, damit die Partner ihre Versprechen einhalten können?
- Wie wird das Kundenzufriedenheitsmanagement sichergestellt?

Auszug aus dem Entwurf Marketing-Kommunikation Schwäbisch Gmünd (Ulrich Maubach): „Für die Kommunikations-Aufgabe für dieses Konzept ist wichtig, dass den potenziellen Nachfragern nach diesem sehr bedarfsorientierten Angebotskonzept die Einschätzung, in welchen Fällen sie dieses Angebot annehmen wollen und wann der jeweilige Problemdruck hoch genug ist, um sich zumindest einmal unverbindlich und unentgeltlich Rat zu holen, weitgehend selbst überlassen ist."

„Das Angebot macht vom Grundsätzlichen her deutlich, dass die Dienstleistungsgemeinschaft in Schwäbisch Gmünd den hilfebedürftigen Menschen in seiner Gesamtkonstellation erkennt, einschließlich derjenigen der Angehörigen, und daraus individuell angepasste Lösungen ableitet."

„Die Dienstleistungsgemeinschaft Schwäbisch Gmünd unterstützt altersbedingt in irgendeiner Weise hilfebedürftige Menschen und deren Angehörige dabei, für ihre individuellen Probleme, einschließlich ihrer subjektiven emotionalen Bedürfnisse, die jeweils am besten geeignete Lösung zu finden und dann zu realisieren."

In der Stiftung Haus Lindenhof wurde parallel zum Marketing-Projekt Altenhilfe an einer Konzeptveränderung in der Behindertenhilfe gearbeitet.

Beide Prozesse hatten zu dem Ergebnis geführt, dass eine Beratungsstelle für die Betroffenen notwendig ist. Der Betroffene interessiert sich nicht für die Organisationsform einer Beratungsstelle. Aber die zugeschriebene Kompetenz des Trägers Stiftung Haus Lindenhof in der Behindertenhilfe ist für einen alten Menschen und seinen Angehörigen nicht relevant.

Daraus ergibt sich, das die Marketing-Kommunikation getrennt erfolgen muss, aber durch das Zusammenlegen der beiden Beratungsangebote Synergien genutzt werden können.

An diesem Beratungsstand wurde das Projekt storniert. Die Stiftung Haus Lindenhof klärt für sich, ob unter der Trägerschaft Stiftung Haus Lindenhof in Zusammenarbeit Alten- und Behindertenhilfe eine Beratungsstelle entstehen kann. Die Finanzierung ist zur Zeit nicht geklärt. Die Katholische Sozialstation bleibt Kooperationspartner der Stiftung Haus Lindenhof, verabschiedet sich aber aus der Mitträgerschaft einer Beratungsstelle. Der weitere Verlauf ist offen.

Übertragbarkeit auf andere Standorte

Auf die Grundposition des Projektes, den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Überlegungen zu stellen, werden sich alle katholischen Anbieter verständigen können.
Das Ergebnis des Projektes steht erst nach einem intensiven Diskussionsverlauf an den einzelnen Standorten fest, sodass es möglich ist, alle Besonderheiten der

Region und der Träger mit einzubeziehen. Die Verantwortlichen an den Standorten bestimmen die Inhalte.
Insofern ist das Projekt übertragbar.

Aber es kann nur erfolgreich sein, wenn die Grundvoraussetzungen stimmen:

- Die maßgeblichen Entscheider beider Träger müssen das Projekt aktiv unterstützen, bzw. daran mitarbeiten.
- Es gibt einen Veränderungsspielraum bei beiden Trägern.
- Die Einbindung des Trägers ist gewährleistet und seine Unterstützung steht fest.
- Es gibt eine positive Grundhaltung aller Hauptverantwortlichen, sich mit Marketing zu beschäftigen.
- Der Handlungsbedarf wird gesehen.
- Die Projektteilnehmer haben die persönlichen Fähigkeiten, dieses Projekt zu steuern und umzusetzen und arbeiten von Beginn an verbindlich im Projekt mit.
- An der Finanzierung scheitert weder das Projekt noch die Realisierung der Maßnahmen.

Annemarie Thater

Qualität in Pflegeeinrichtungen: Die Skizze eines erfolgreichen Weges

Es gibt viele Wege für Pflegeeinrichtungen, an die qualitativen und wirtschaftlichen Herausforderungen von heute heranzugehen. Die einen suchen die Lösung im Einsatz eines Qualitäts- oder Managementsystems. Andere entwickeln eigene Hilfsmittel. In diesem Beitrag werden die Sichtweisen und das praktische Vorgehen von Pflegeeinrichtungen skizziert, welche mit der Einleitung und Aufrechterhaltung von internen Lern- und Entwicklungsprozessen auf die Anforderungen von heute reagiert haben und damit erfolgreich sind.

Woran orientieren sich diese Einrichtungen ganz besonders?

1. An der Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen.

Sie achten ganz besonders darauf, dass sie die pflegebedürftigen Menschen nicht als Objekt behandeln und bevormunden. Sie belassen ihnen trotz des Unterstützungsbedarfs ein Stück Selbstständigkeit und Autonomie. Es geht ihnen darum, Situationen zu schaffen, die es den pflegebedürftigen Menschen erlauben, das

Leben so weit wie möglich zu genießen; zu ermöglichen, dass die Pflegebedürftigen mit Menschen zusammen sein können, die sie verstehen. Und es geht darum, den pflegebedürftigen Menschen eine soziale Einbettung zu schaffen.

2. An der Wirtschaftlichkeit der eigenen Einrichtung.

Das heißt, sie wollen ihre Pflegeeinrichtung so betreiben, dass sie den MitarbeiternInnen die Löhne regelmäßig bezahlen können, ständige Verbesserungen der räumlichen Lebensbedingungen möglich sind und dass die Beziehungen zu den Behörden und Geldgebern intakt bleiben.

3. An den guten Arbeitsbedingungen für die MitarbeiterInnen.

Sie wollen den MitarbeiternInnen einen Arbeitsplatz bieten, an dem die MitarbeiterInnen gesund und leistungsfähig bleiben können.

Welches sind die typischen Sichtweisen in diesen Einrichtungen?

Spricht man mit MitarbeiternInnen solcher Pflegeeinrichtungen, kann man beispielsweise folgende Feststellung hören: „Nur wenn wir uns selber weiter entwickeln und gesund sind, sind wir in der Lage, unsere Organisation und die Qualität zu entwickeln.“ Oder die Führungskräfte sagen: „Nur wer weiß, wo er steht und wo er hin will, kann ressourcenschonend handeln und langfristig überleben.“ Für einen aufmerksamen Beobachter ist sichtbar, dass die Führungskräfte wissen, dass sie eine entsprechende Unternehmenskultur, klare Führung und Teambildung, Fortbildung und Persönlichkeitsentwicklung der MitarbeiterInnen benötigen. In diesen Einrichtungen ist kein unüberbrückbarer Widerspruch zwischen der Forderung nach Lebensqualität und jener nach der Wirtschaftlichkeit zu spüren. Die Führungskräfte bemühen sich aktiv darum, zu verstehen, um was es bei den jeweils anderen „Welten“ geht. Sie versuchen, eine Balance zwischen den einzelnen Ansprüchen herzustellen. Sie tun dies, indem sie sich an funktionsübergreifenden Lernprozessen aktiv beteiligen. Und die Leitung schafft die Voraussetzungen dafür, damit die Fach- und Führungskräfte das eigene Können auch wirklich einsetzen und autonom arbeiten können.

Immer mehr nutzen QAP, um dies in der Praxis umzusetzen

QAP heißt Qualität als Prozess. Mit QAP erhalten die MitarbeiterInnen und Führungskräfte das Wissen, die Strukturen und die Werkzeuge, um qualitätsfördernde Prozesse in der eigenen Einrichtung einzuleiten und aufrecht zu erhalten. Entstanden ist QAP vor rund sieben Jahren auf Initiative eines nationalen Verbandes mit 2000 angeschlossenen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Der Verband wünschte etwas, das (a) den Einrichtungen eine Struktur liefert, die kontinuierliche Weiterentwicklung fördert, (b) in der Anwendung verhältnismäßig einfach angelegt ist, (c) die speziellen Besonderheiten des jeweiligen Tätigkeitsfeldes/der jeweiligen Einrichtung berücksichtigt und (d) inhaltlich dem EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) entspricht. Dass diese Anforderungen den Kern der Sache getroffen haben, belegen die mittlerweile 500 Sozialorganisationen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, die QAP regelmäßig anwenden.

Was haben die Einrichtungen „in der Hand“, wenn sie QAP benutzen?

QAP besteht aus einem Satz „Werkzeugen“ bzw. „Hilfsmitteln“ und dem dazugehörigen Anwendungswissen. Ein QAP-Hilfsmittel ist dafür gebaut, um produktive Lernprozesse bei MitarbeiternInnen zu entwickeln. Ein anderes liefert aktuelle Informationen darüber, (a) wie die Praxis in anderen Einrichtungen der gleichen Branche aussieht und (b) was heute in der Wissenschaft zu den jeweiligen Themen bekannt ist. Von besonderer Bedeutung für viele Einrichtungen ist jenes QAP-Element, das dafür sorgt, dass Weiterentwicklung nicht nur eine Sache einer bestimmten Berufsgruppe in der Einrichtung bleibt, sondern dass alle Hierarchieebenen mit einbezogen werden.

Wie arbeiten die Pflegeeinrichtungen mit QAP?

QAP ist unter anderem deshalb so wirksam, weil (a) Lernen und Weiterentwicklung in die tägliche Arbeit integriert und (b) die MitarbeiterInnen in den Prozess einbezogen sind. Den Qualitätsprozess mit QAP zu gestalten, heißt die folgenden Schritte in einem regelmäßigen Rhythmus

(z. B. einmal jährlich) zu durchlaufen. Den Zeitaufwand dafür kann man selbst bestimmen. In der Regel liegt er zwischen drei und acht Stunden/Jahr.

Schritt 1

Eine Gruppe von Personen bestimmt, zu welchen Themen der Entwicklungsprozess in den nächsten Monaten durchgeführt wird (es könnte beispielsweise das Thema „Fortbildung“ gewählt werden).

Diese Themen müssen nicht selbst erfunden oder entwickelt werden. QAP liefert branchenspezifische Themenkataloge. Es gibt einen Katalog, der alle Themen des Europäischen Qualitätsmodells (EFQM) enthält, oder einen Katalog mit wichtigen Themen aus der Pflege.

Schritt 2

Die Führungskräfte und MitarbeiterInnen analysieren zusammen, wie die Praxis in der eigenen Einrichtung abläuft. D.h. sie stellen fest, wo sie bei den in Schritt 1 ausgewählten Themen stehen. Sie benennen ihre Stärken, ihre Schwächen und Verbesserungspotenziale.

Schritt 3

Die MitarbeiterInnen und Führungskräfte führen das verfügbare Wissen und die Erfahrungen zu den in 1. ausgewählten Themen zusammen.

Sie schauen sich an, (a) wie andere Einrichtungen in der Branche mit diesem Thema (z. B. mit Fortbildung) umgehen, (b) was dazu in der Wissenschaft bekannt ist und (c) sie sammeln ihr Wissen und ihre Erfahrungen in den eigenen Einrichtungen. Geliefert wird dies wiederum von QAP.

Schritt 4

Die Teams entwickeln Maßnahmen, welche sie in den jeweils ausgewählten Themenfeldern weiterbringen würden.

Schritt 5

Es wird ein Beschluss darüber gefasst, welche Maßnahmen aus Schritt 4 in den kommenden Monaten umgesetzt werden oder nicht. Das praktische Tun wird vorbereitet und eingeleitet.

Über welche Wirkungen berichten MitarbeiterInnen, die am Qualitätsprozess mit QAP beteiligt sind?

QAP-AnwenderInnen aus Pflegeeinrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, werden regelmäßig über ihre Erfahrungen und die Wirkungen im Zusammenhang mit dem Qualitätsprozess befragt. Dabei kommen die folgenden Aussagen häufig vor:

- Seit wir Qualität als einen kontinuierlichen Prozess und nicht als das Erreichen eines Standards verstehen, lernen wir als MitarbeiterInnen intensiver voneinander und miteinander.
- Indem wir das Qualitäts- und Leistungsniveau regelmäßig selbst feststellen, entwickelt sich bei uns mehr Engagement und Motivation für die Weiterentwicklung.
- Die Suche nach wirksamen Verbesserungsmaßnahmen geht mit QAP rasch. Wir können unsere Energie und Zeit daher auf die Umsetzung der Maßnahmen konzentrieren.
- Seit wir einen klar strukturierten Qualitätsprozess führen, werden bei uns die Entscheidungen schneller und klarer getroffen.
- Durch die Anwendung von QAP sind positive Gruppenprozesse innerhalb unserer Einrichtungen entstanden. Zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen sind konstruktive Gespräche geführt worden. Ich verstehe die Situation der anderen jetzt besser.
- Wir können uns auch mit anderen Organisationen (regionales, nationales und internationales Benchmarking) vergleichen und daraus Erkenntnisse für unsere eigene Entwicklung ableiten.
- Mit QAP können wir unser Leistungs- und Qualitätsniveau belegen. Wir können auch ein internationales Qualitäts-Zertifikat erreichen. Das gibt uns Sicherheit für die Zukunft. Auch die Anforderungen des Gesetzgebers erfüllen wir damit.

Immer mehr Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich beginnen damit, die Qualität als Prozess zu verstehen und QAP als Umsetzungswerkzeug zu nutzen. Worin liegen die zentralen Beweggründe für diese Entwicklung?

Die LeiterInnen von Pflegeeinrichtungen antworten auf diese Frage hauptsächlich mit der Feststellung, dass damit (a) Quali-

tät und Kosten gemeinsam betrachtet werden können, (b) tatsächliche Verbesserung erreicht werden kann, (c) die Kosten für Qualitätsentwicklung relativ niedrig sind und (d) die MitarbeiterInnen – insbesondere mit QAP – in der Lage sind, selbstständig wirksame Lösungsvorschläge für die Entwicklung der eigenen Einrichtung zu erarbeiten.

Träger und Geldgeber führen an, dass sie beim Qualitätsprozess deshalb QAP nutzen, weil (a) das aktuelle Leistungs- und Qualitätsniveau einer Einrichtung damit zuverlässig erfasst werden kann (über die Zuverlässigkeit gibt es wissenschaftliche Studien) und (b) es mit QAP möglich ist, eine „qualitative Buchhaltung“ aufzubauen bzw. eine regelmäßige „Qualitätsbilanz“ mit Belegcharakter zu erstellen.

Roland Mangold

Die frey Akademie ist der Entwickler des QAP-Verfahrens. Sie begleitet Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich bei der ersten QAP-Anwendung. Die frey Akademie erstellt die „Qualitätsbilanzen“ für die Sozialeinrichtungen, betreibt ein Benchmarkingcenter und führt im Auftrag von Organisationen Evaluationen durch.
Tel: +43 (0) 55 72/5 23 33, Fax: +43 (0) 55 72/5 23 35,
E-Mail: info@freyakademie.org

Qualität in der stationären Altenhilfe

Bericht über ein Projekt des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart und stationären Altenhilfeeinrichtungen aus der Diözese

1. Kontexte

Personal und Management der Heime werden oft kritisiert: Zu wenig, zu schlecht ausgebildetes, zu schlecht bezahltes Personal und ein mangelhaftes Management werfen Fachleute und Öffentlichkeit den Heimen und ihren Trägern häufig in den Medien vor. Unzureichend versorgte Dekubiti, fehlende Betreuung in den Heimen bei überhöhten Preisen sind in der Regel die Kritikpunkte.

Die Altenhilfe steht vor einem Wandel: Nach der Phase der Bildung von hospitalartigen Einrichtungen im 19. Jahrhundert zog in den 70er Jahren pflegerische Kompetenz ein. In den Heimen herrschte Krankenhausatmosphäre vor: Die Pflege dominierte und professionalisierte sich. Erstmals begegneten sich Pflege und Qualitätsmanagement. Höhere Ansprüche an die Pflege entstanden durch die zunehmende Multimorbidität der Menschen, die im Heim lebten. Danach wurden so genannte dreigliedrige Einrichtungen geschaffen, um dem speziellen Personenkreis im Heim Rechnung zu tragen: Es entstanden Wohnheime (für Menschen ohne Hilfebedarf), Altenheime (für Menschen mit wenig Hilfebedarf) und Pflegebereiche (für Menschen mit Pflegebedarf).

Seit einigen Jahren konzentrierte sich die Pflege auf drei Schwerpunkte:
1. psychisch veränderte, alte Menschen;
2. schwerst körperlich Pflegebedürftige;
3. sterbende Menschen.

Damit gelangte die ganzheitliche Pflege in den Vordergrund: das Pflegeheim nicht nur als Ort der Pflege-, sondern vielmehr der Lebensqualität. Wohnen tritt in den Mittelpunkt. Pflege orientiert sich an den Wohn- und Lebensbedürfnissen. Das Modell der Wohngemeinschaften bildet zukünftig die Grundlage stationärer Pflege. Hier spielen vor allem Angebote für Demenzkranke eine wichtige Rolle.

Nicht zuletzt tragen die ökonomischen Rahmenbedingungen des Wettbewerbs der Pflege-Dienstleister und die rechtlichen Vorgaben der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und des Heimrechtes dazu bei, dass in den Einrichtungen professionelles Qualitätsmanagement einzuführen ist. Der Gesetzgeber verpflichtet darin die Träger zur internen Qualitätssicherung, die von externen Organisationen überprüft werden muss.

2. Ziele des Projekts „Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe“

Im Projekt trafen sich erstmals 1997 auf Initiative des Caritasverbandes einige Träger der stationären Altenhilfe in der Diözese Rottenburg-Stuttgart, um gemeinsame Wege zu einem Qualitätsverständnis katholischer Träger in der Pflege zu finden und die dafür erforderlichen Elemente festzulegen.

Dabei wurde verabredet,
- die Leistungsqualität der Häuser gemeinsam zu analysieren,
- zu entscheiden, ob wir ein eigenes Caritas-Qualitätssystem brauchen,
- Wege zum Qualitätsmanagement zu erproben und
- dieses nach einer Auswertung eines Pilottestes einzuführen.

3. Projektablauf

Phase 1 – Orientierung und Ziele
Februar 1997 – April 1997

Am 20. Februar 2001 schrieb der Diözesancaritasverband die VertreterInnen der großen Träger der Altenhilfe in der Diözese Rottenburg-Stuttgart an: Für den notwendigen Dreiklang der *menschlichen Qualität*, der *pflegerischen Qualität* und der *Zufriedenheit der BewohnerInnen und MitarbeiterInnen* seien Steuerungsmechanismen zu suchen. Sonst drohe Qualitätsverlust und letztendlich stehe dann die Existenz von Einrichtungen auf dem Spiel. Diese Steuerungsmechanismen würden zu einem System messbarer Leistungsstandards führen. Der Caritasverband wolle ein *Qualitätsmodell* aufbauen helfen und dabei treibende Kraft sein. Dabei sollten die eigenen Erfahrungen und Quali-

tätsverfahren der beteiligten Träger mit einfließen. Nicht zuletzt solle ein Verfahren angewendet werden, das einer Zertifizierung entsprechen könnte.

Gleichzeitig lud der Diözesancaritasverband zu einer ersten konstituierenden Sitzung einer Steurungsgruppe ein, an der folgende Träger teilnahmen:

- Caritasverband für Stuttgart,
- Stiftung Haus Lindenhof, Schwäbisch Gmünd,
- St. Anna Hilfe für ältere Menschen Meckenbeuren,
- Vinzenz von Paul soziale Dienste und Einrichtungen, Schwäbisch Gmünd,
- Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart als Träger stationärer Altenhilfeeinrichtungen.

Die Moderation der Runde wurde vom Diözesancaritasverband übernommen.

Die Steuerungsgruppe nahm sich zunächst vor, die Qualitätskonzepte und -verfahren der Träger unter dem Dach des Spitzenverbandes zu bündeln und alle Mitglieder im Verband damit zu unterstützen. Man verzichtete darauf, ein völlig neues System jenseits der von den einzelnen beteiligten Trägern bereits entwickelten Konzepte und Verfahren aufzubauen. Vielmehr sollten die bisherigen Aktivitäten der Träger so weit als möglich angeglichen und mit einbezogen werden.

Phase 2 – Analyse der trägerinternen Konzepte und Erfahrungen
Juli 1997 – Februar 1998

Jeder beteiligte Träger präsentierte nach einem Raster des Caritasverbandes seine Qualitätskonzepte und -verfahren. Eine Synopse ergab: Die Qualitätsinstrumente der Träger orientierten sich hauptsächlich an messbaren Faktoren (Strukturqualität). Subjektiv erlebbare Bereiche in der Pflege (Ergebnisqualität) wurden kaum erfasst.

Etwa 75 % aller Konzepte und Verfahren der Träger bezogen sich auf die Merkmale der Strukturqualität, so vor allem:
- Organigramme, Kommunikationsbilder;
- Stellenbeschreibungen und Funktionendiagramme.

Die Träger – so das Fazit der Gruppe – arbeiteten an sehr verschiedenen Stellen an der Qualität ihrer Leistungen. Nötig wurde es für die Gruppenmitglieder, über eine gemeinsame Linie zu entscheiden. Zur Diskussion stand nun, ob wegen der Außenwirkung der Caritas ein eigenes Qualitätssiegel für den Caritasverband und seine Mitglieder erforderlich sei.

Die vorhandenen Konzepte einfach zu addieren und daraus ein Qualitätssystem der Caritas zu entwickeln – ein ursprünglicher Ansatz der Gruppe – wurde abgelehnt.

Es sollte ein Qualitätssystem sein, das die trägerinterne Erfahrungen mit einbezieht und individuelle Spielräume zulässt. Das wiederum würde ein eigenes, zertifizierbares Qualitätssystem der Caritas fraglich erscheinen lassen, da die Träger sehr unterschiedliche Konzepte fuhren. Darüber aber konnte in der Gruppe kein völliger Konsens erzielt werden: Einige Mitglieder erhofften sich ein homogenes Qualitätssystem der Caritas, das die *Marke Caritas* im Wettbewerb mit anderen sichtbar werden lässt. Andere legten den Schwerpunkt auf ein auf die Bedürfnisse der einzelnen Träger zugeschnittenes Konzept, das wissenschaftlich fundiert, zertifizierbar ist und gleichzeitig den Anforderungen des Pflegeversicherungsgesetzes und der Qualitätsrichtlinien entspricht.

Diese Diskussion machte die Spannung zwischen den fachlichen, auch vom Gesetzgeber und Kostenträger erwarteten pflegerischen Standards und der notwendigen eigenen (kirchlichen) Ausrichtung der Dienste deutlich. Man verständigte sich darauf, dass beides im Qualitätsmanagement sichtbar und nachweisbar sein müsse.

Die Gruppe entschloss sich dazu, sich auf dem Markt der Qualitätskonzepte nach einem Konzept umzuschauen und sich dann erneut zu entscheiden.

Die Aufgaben des Spitzenverbandes dabei waren:

1. Vorbereitung der Vorlagen für die Entscheidung für oder gegen den Einkauf von Systemen oder ein selbst entwickeltes Konzept;
2. Moderation evtl. Modellprojekte, Auswertung, Sicherstellung einer Co-Finanzierung;
3. Unterstützung der Träger bei der internen Entscheidung für ein System;
4. Empfehlung des Spitzenverbandes an die Träger.

Phase 3 – Analyse bestehender Systeme und Entscheidung
April 1998 – August 1998

Entscheidungskriterien für ein System waren:

1. Zielorientierung (Erreichen des gewünschten fachlichen und ökonomischen Erfolgs);
2. Übereinstimmung mit dem Leitbild (Merkmale einer Werteorientierung des Qualitätssystems);
3. Akzeptanz durch externe Stellen (Heimaufsicht, MDK, Sozialhilfeträger, Multiplikatoren, Verbraucherschutzorganisationen, nicht zuletzt der Verbraucher selbst, etc.);
4. Anpassung an die Möglichkeiten und Ressourcen der Einrichtung (Akzeptanz durch die MitarbeiterInnen und andere interne Stellen wie Vorgesetzte, freiwillige Mitarbeiter, etc.);
5. Flexibilität in Bezug auf die örtlichen Bedürfnisse der Einrichtung und der Marktsituation;
6. Preise für die Entwicklung, ggfs. den Einkauf und die Pflege des Systems.

Die Gruppe wählte das System „QAP“ der frey Akademie und entschied sich für einen Test ab dem Jahre 1999.

Gründe für diese Entscheidung:

- Die in der Caritas und ihren Mitgliedern vorherrschenden Wertvorstellungen werden von QAP berücksichtigt. Die Werteorientierung wird in der Selbstbewertung von QAP – und zwar in der Beschreibung der so genannten *Reifestadien* – deutlich. Damit ist das System kompatibel zu einem kirchlichen Verband wie der Caritas.
- Die Ziele des Qualitätsmanagements werden an Hand der Selbstbewertung durch Führungskräfte und der Mitarbeiterschaft herausgearbeitet. Deren Umsetzung in der Praxis erschließt sich über die Verbesserungsvorschläge. Sie werden im Rahmen der Selbstbewertung diskutiert und festgelegt. Schon vorliegende Qualitätsinstrumente finden Eingang in die Beurteilung der Qualität. Dies gilt insbesondere für Leitbilder o. Ä.
- Das System ist ressourcen- und mitarbeiterorientiert. Es setzt mehr auf *Entwicklung* als auf das Erreichen vorgegebener *Standards*. Dies gilt auch für die individuellen Bedürfnisse der Einrichtung: QAP orientiert sich an den Potenzialen der Einrichtung selbst. Das Qualitätsniveau wird nicht vorab bestimmt. Vielmehr ist QAP ausschließ-

lich *eine Methode,* um Qualitätsmanagement zu betreiben. Das System will MitarbeiterInnen und Organisationen weiterentwickeln, ist also eine Lernhilfe. Die Inhalte orientieren sich an den Häusern selbst, an den Zielen des Trägers, seiner Führungskräfte und seines Personals.
- Die frey Akademie liefert neben der Lizenz eine umfassende, individuelle Beratung, der sich beteiligenden Träger und Einrichtungen.
- Das System orientiert sich am international gültigen und akzeptierten Standard der European Foundation of Quality Management (E.F.Q.M.) und ist damit wissenschaftlich anerkannt.
- QAP ist vom MDK als Qualitätssystem akzeptiert und wird bei externen Prüfungen positiv wahrgenommen.
- QAP ist als E.F.Q.M.-System zertifizierbar.

Phase 4 – Planung und Durchführung eines Pilotprojektes
Februar 1999 – August 1999

In dieser Phase wurde der QAP-Baustein 1 – die Selbstbewertung durch die Führungskräfte – geplant. Daran anschließen sollte sich Baustein 2, nämlich die Selbstbewertung der Qualität durch die MitarbeiterInnen. Der Erfolg der Maßnahme wurde in einer Zwischen- und Abschlussbefragung evaluiert. Zur Steuerung wurde eine Projektgruppe unter Moderation des Spitzenverbandes aus den Führungskräften der beteiligten Einrichtungen gebildet.

Die Kosten für den Einkauf des Systems und die Begleitung der Einrichtungen durch die frey Akademie wurde zu 50 % von der Diözese Rottenburg-Stuttgart als Projekt zur Innovation in der stationären Altenhilfe gefördert.

Zeitplanung:

20.04.1999:
Einführungstag der frey Akademie mit den Führungskräften.

21.04.1999 – 20.07.1999:
Bewertung der eigenen Einrichtung in den Häusern durch die Führungskräfte.

19.05.1999:
Erste Zwischenbilanz der Projektgruppe.

14.06.1999:
Vertiefungstag der frey Akademie mit den Führungskräften.

Versand, Rücklauf und Auswertung der *ersten Befragung* der TeilnehmerInnen durch den Spitzenverband.

21.07.1999:
Besprechung und Bewertung der ersten Befragung.

Versand, Rücklauf und Auswertung der *zweiten Befragung* der TeilnehmerInnen durch den Spitzenverband.

Abschluss des Pilotprojektes – die Auswertung sollte durch den Arbeitskreis Qualitätssicherung übernommen werden – mit einem gemeinsamen Abendessen.

Phase 5 – Auswertung des Pilotprojektes und Vereinbarung über die Weiterarbeit
September 1999 – April 2000

Rückmeldungen der Einrichtungen über die Ergebnisse und Einschätzungen des Bausteins 1:

- Erfassung sämtlicher Arbeitsvorgänge in der Einrichtung durch QAP:
  Das Erfassungsraster ist vollständig. Sämtliche Vorgänge in den Einrichtungen sind erfasst. Die Bewertung in den hauswirtschaftlichen Bereichen ist oft schwieriger zu leisten als in der Pflege. Im Baustein 2 brauchen die MitarbeiterInnen in diesem Bereich intensive Begleitung.

- Vergleichbarkeit der Ergebnisse nach in QAP vorgegebenen Raster zwischen den einzelnen Bereichen in einer Einrichtung.
  Die Ergebnisse sind vergleichbar. Im hauswirtschaftlichen Bereich ist die Einschätzung intensiv zu begleiten (s. oben).

- Methodik des Systems:
  Die Arbeitsgruppen, die aus der Leitung der Einrichtungen bestehen, haben sich nach dem vorgegebenen Schema von QAP auf die jeweiligen Selbsteinschätzungen verständigt. Dadurch legen sich die TeilnehmerInnen auf strukturierte Weise schnell auf das Qualitätsniveau der Einrichtung fest. Insbesondere war positiv, dass alle Beteiligten gezwungen

waren, ihre Einschätzung anhand konkreter, nachweisbarer Fakten zu belegen. Diese Arbeitsweise hat sich bewährt.

- Verbesserungsvorschläge und -maßnahmen:
  Die Arbeitsgruppen in den jeweiligen Einrichtungen machten die Erfahrungen, dass die meisten der Verbesserungsvorschläge umgehend in Maßnahmen umgesetzt werden konnten und oft nicht grundsätzlicher Natur waren. Vielfach konnten sie sofort mit wenig Aufwand umgesetzt werden. Problematisch ist noch, mit welcher Priorität versehen die strategischen Fragestellungen abgearbeitet werden können und sollen.

- Anforderungen an die Träger, die Arbeitsgemeinschaft und den Spitzenverband:
  Es wurde zurückgemeldet, dass viele Verbesserungen nicht auf der Einrichtungsebene in Gang gebracht werden können, sondern dass die Träger bzw. der Spitzenverband Unterstützungen leisten oder zur Verfügung stellen müsste. Dies wurde am Beispiel von Kundenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen etc. dargestellt.

- Allgemeine Bewertung:
  Der Arbeitskreis schätzte das System im Allgemeinen als sehr nützlich ein und empfiehlt grundsätzlich die Anschaffung des Bausteines 2.

Parallel dazu änderte die frey Akademie ihr Konzept: An Stelle der Trennung in die Bausteine 1 und 2 trat nun eine kontinuierliche Prozessbegleitung der frey Akademie: An eine Einführungsphase und eine Qualifizierungsphase der Führungskräfte schloss sich in späteren QAP-Prozessen die Qualifizierungsphase der MitarbeiterInnen gleich an, die dann in eine Überführung in den Regelbetrieb, also in die stete Begleitung des Qualitätsmanagements der Einrichtungen durch QAP mündete. Deshalb ist in der jetzigen Form eine Gesamtplanung des Prozesses, von der Einführung bis zum Regelbetrieb mit Begleitung der frey Akademie Voraussetzung. Er ist auf zwei Jahre angelegt.

Die Träger stellten eine Diskrepanz zwischen den am Pilotprojekt beteiligten und den nicht beteiligten Häusern fest: Die Häuser entwickelten unterschiedliche Qualitätsniveaus. Da QAP einen Organisationsentwicklungsprozess in Gang bringt, der den gesamten Träger erfasst, wollten einige Träger gleichzeitig mit allen Häusern beginnen. Drei Träger schlossen mit der frey Akademie einen Vertrag für alle Häuser ab, ein Träger stellte die Entscheidung wegen einer noch abzuschließenden organisatorischen Veränderung zurück. Ein weiterer Träger bevorzugte den Aufbau eines eigenen Qualitätsmanagements.

Wegen des frühzeitigen Erfolgs in der Pilotphase Baustein 1 QAP wurde darauf verzichtet, eine Pilotphase Baustein 2 QAP anzuschließen. Das Pilotprojekt konnte also frühzeitig erfolgreich beendet werden.

Der Caritasverband empfahl daher seinen Trägern QAP als Qualitätsverfahren in der stationären Pflege anzuwenden.

4. Fazit

Ein Qualitätsprojekt muss führungskräfte- und mitarbeiterorientiert sein und auf scheinbar objektive Standards verzichten, welche – von außen kommend – von den Einrichtungen erfüllt werden müssten. Das hat sich nach der Einschätzung der Ergebnisse des Pilotprojektes bewährt. Besonders auffällig an dieser Form des Umgangs mit dem Thema „Qualität“ war die hohe Akzeptanz durch die MitarbeiterInnen trotz des immensen Aufwandes, der betrieben werden musste.

Qualitätsmanagement muss aus der Mitte der Organisation kommen. Es beginnt mit einer Ist-Analyse. Von da ausgehend entwickeln sich konkrete Verbesserungsvorschläge.

Qualität baut sich aus der konkretisierten Situation im Heim auf. Die Gesamtstrategie der Qualitätspolitik schlägt sich im Alltag nieder. Dort wird sie sichtbar und ist damit analysierbar. Verbesserungen erreichen wiederum über den *Weg der kleinen Schritte* die generelle Ausrichtung der Qualität. Qualität ist also nur über ein retrogrades Modell der Zielvorgabe und Verantwortung der Führung und durch Veränderung des Managements durch Impulse aus der Mitarbeiterschaft zu erreichen.

Der klare Wille der Führungsebene des Unternehmens, Qualitätsmanagement wirklich zu wollen, muss für die MitarbeiterInnen erkennbar sein.

Qualität orientiert sich an allgemein akzeptierten fachlichen Normen, die bis hin zur Rechtsprechung in der Gesellschaft als Rahmen gelten. Diese wirken für die Einrichtung erst, wenn die MitarbeiterInnen bereit und motiviert sind, sie für ihr Heim zu präzisieren. Dafür müssen sie gestalten und mitwirken können.

Über Qualitätsmanagement ist nicht das schnellstmögliche Maximum zu erreichen. Vielmehr geht es um spür- und messbare Veränderung, welche die Qualität insbesondere des Arbeitsumfeldes der MitarbeiterInnen im Interesse der BewohnerInnen verbessert.

Qualitätsmanagement ist Teil eines Organisationsentwicklungsprozesses. Damit wird das gesamte System einer Einrichtung, besser eines gesamten Trägers verändert.

Ein Qualitätssystem hat die Merkmale eines Führungsinstrumentes, eines Hilfsmittels. Mit ihm wird Führungsverhalten organisiert und strukturiert. Dies fordert von Führungskräften einen erheblichen zeitlichen Aufwand, den die Führung bereit sein muss zu tragen. Er zahlt sich beim Regelbetrieb des Qualitätsmanagements aus.

Qualität ist ein Markenzeichen. In diesen Kontext stellt sich auch ein Qualitätssystem: Qualität muss sicht- und messbar sein.

Ein Qualitätssystem muss auf *wissenschaftlichen Erkenntnissen* beruhen und Branchen übergreifende Vergleiche möglich machen (Bench-Marking).

Es muss zertifizierbar sein. Die Merkmale der Objektivierbarkeit und der Zertifizierung erfüllen selbst erstellte Qualitätssysteme nicht.

Der Gesetzgeber muss die externe Prüfung eines solchen Qualitätssystems akzeptieren.

Durch diese Form des Qualitätsmanagements können Pflegeheime ihr *fachliches Niveau sichern und weiterentwickeln.* Damit sind sie gewissermaßen gewappnet für eine angemessene Pflege.

Ein anderer Bereich ist die Arbeit an einem spezifischen Profil der Einrichtung. Gerade in kirchlichen Einrichtungen ist dies ein wichtiger Auftrag. Qualitätssysteme lösen dies nicht. Sie liefern die methodischen Voraussetzungen dafür. Die Merkmale kirchlichen Profils sind erst noch festzulegen. Dies wird zukünftig eine weitere, zentrale Aufgabe der Caritas und ihrer Dienste sein.

Clemens Wochner-Luikh

In der Reihe „Impulse und Dokumente“ sind bisher erschienen:

Nr. 1:
Denkanstoß: Achtung Bioethik!? –
Ein Überblick über Inhalte, Beiträge und Aktivitäten in der Bioethikdiskussion, Stuttgart, Juli 1998, 3. Auflage: Februar 1999
kostenlos erhältlich (solange der Vorrat reicht)

Nr. 2:
Sicherheit und Geborgenheit – Caritas-Altenhilfe – unser kirchliches Fundament trägt
Kongress des Caritasverbandes der Diözese Rottenburg-Stuttgart am 18. September 1997 auf der Messe „Älter werden“ in Stuttgart, Stuttgart, Oktober 1998
kostenlos erhältlich (solange der Vorrat reicht)

Nr. 3:
„Umgestellt!?“
Die Umsetzung der §§ 93 ff BSHG in Baden-Württemberg – Eine Zwischenauswertung – Sozialpolitische Tagung am 15. Juli 1999, Stuttgart, November 1999
kostenlos erhältlich (solange der Vorrat reicht)

Nr. 4:
Personalisierte Nächstenliebe und institutionalisierte Caritasarbeit
Positionsbestimmung und Handlungslinien zur Gemeindeorientierung, Stuttgart, November 1999 *(vergriffen)*

Nr. 5:
„Ihr Recht ist unsere Pflicht“
Fachkongress der Caritas am 20. Oktober 1999 auf der Messe „Älter werden“ in Stuttgart, Stuttgart, Juli 2000
kostenlos erhältlich (solange der Vorrat reicht)

Nr. 6:
Mehr Selbstbestimmung wagen!
Plädoyer für die Einführung eines Persönlichen Budgets im BSHG, Stuttgart, Januar 2001
kostenlos erhältlich (solange der Vorrat reicht)

Nr. 7:
„An die Arbeit“
Kirche an der Seite von Arbeitslosen
Veranstaltung am 18. November 2000 in Schwäbisch Gmünd
zum Selbstkostenpreis von 5,– Euro erhältlich (solange der Vorrat reicht)

Nr. 8:
„Arbeitslosigkeit und Kirche“
Bürgerschaftliches Engagement für Arbeitslose
Abschlussveranstaltung zum Projekt „Bürgerschaftliches Engagement für Arbeitslose“ am 21. September 2000 in Stuttgart
zum Selbstkostenpreis von 5,– Euro erhältlich (solange der Vorrat reicht)

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart

Thomas Wilk
Strombergstraße 11
70188 Stuttgart
Telefon: 07 11/26 33-11 14
Fax: 07 11/26 33-11 15
E-Mail: wilk@caritas-dicvrs.de