

BEITRAG VON VERTRÄGEN ZUR STEUERUNG VON PFLEGEQUALITÄT

—
Empirische Untersuchung am Beispiel
der vollstationären Pflege

EVA STACHE



INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
Dr. oec. troph. im Fachbereich 09
Agrarwissenschaften, Ökotrophologie
und Umweltmanagement
der Justus-Liebig-Universität Giessen



édition scientifique
VVB LAUFERSWEILER VERLAG

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung ist ohne schriftliche Zustimmung des Autors oder des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch elektronische Systeme.

1. Auflage 2008

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the Author or the Publishers.

1st Edition 2008

© 2008 by VVB LAUFERSWEILER VERLAG, Giessen
Printed in Germany



VVB LAUFERSWEILER VERLAG
édition scientifique

STAUFENBERGRING 15, D-35396 GIESSEN
Tel: 0641-5599888 Fax: 0641-5599890
email: redaktion@doktorverlag.de

www.doktorverlag.de

Aus dem Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung
der Justus-Liebig-Universität Giessen

- Professur für Management personaler Versorgungsbetriebe -

Beitrag von Verträgen zur Steuerung von Pflegequalität

– Empirische Untersuchung am Beispiel der vollstationären Pflege –

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades Dr. oec. troph.

im Fachbereich 09

Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und Umweltmanagement
der Justus-Liebig-Universität Giessen

vorgelegt von

Dipl. oec. troph. **Eva Stache**, geb. Amrhein

aus Offenbach

1. Gutachter: Prof. Dr. Dietmar Bräunig

2. Gutachter: Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe

Tag der Disputation: 23. Juli 2008

Giessen 2008

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII

Inhaltsverzeichnis	Seite
1 EINLEITUNG	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Gang der Untersuchung	4
2 SYSTEM DER PFLEGE	7
2.1 Umwelt, Elemente und Beziehungen im Pflegesystem	7
2.2 Gesetzlich-rechtliche Umwelt	10
2.2.1 Staatsform und Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland	10
2.2.2 Gesetzliche Krankenversicherung	15
2.2.3 Soziale Pflegeversicherung	16
2.2.4 Sozialhilfe	19
2.2.5 Heimgesetz und dessen Verordnungen	20
2.3 Akteure und deren Beziehungen	21
2.3.1 Beziehungsnetz der Akteure	21
2.3.2 Bund und Länder	22
2.3.3 Kostenträger	24
2.3.3.1 Sozialversicherungsträger	24
2.3.3.2 Sozialhilfeträger	27
2.3.4 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	28
2.3.5 Ambulante und stationäre Leistungserbringer	28
2.3.5.1 Trägerorganisationen	28
2.3.5.2 Pflegeeinrichtungen	30
2.3.5.3 Pflegekräfte	31
2.3.6 Häusliche Leistungserbringer	33
2.3.7 Leistungsempfänger	35

3	VERTRÄGE IN DER PFLEGE	39
3.1	Grundlagen des Vertragsrechts.....	39
3.1.1	Verträge als Rechtsquelle	39
3.1.2	Begriff und Bedeutung von Verträgen	40
3.1.3	Eigenschaften von Verträgen	42
3.1.3.1	Vertragsfreiheit	42
3.1.3.2	Vertrauensgrundsatz	44
3.1.3.3	Vertragsgerechtigkeit.....	44
3.1.3.4	Verifizierbarkeit.....	44
3.1.4	Aufbau von Verträgen	45
3.1.5	Arten von Verträgen	45
3.1.5.1	Kollektivverträge	45
3.1.5.2	Individualverträge	46
3.1.5.3	Allgemeine Geschäftsbedingungen und Musterverträge	47
3.2	Lebenszyklus von Verträgen.....	48
3.2.1	Überblick.....	48
3.2.2	Vertragsplanung	48
3.2.3	Vertragsentwurf	49
3.2.4	Vertragsverhandlung und -abschluss.....	49
3.2.5	Vertragsdurchführung und -kontrolle.....	50
3.2.6	Vertragspflege und -ende.....	51
3.3	Vertragslandschaft der Pflege	52
3.3.1	Einführung	52
3.3.2	Divergenz der häuslichen, ambulanten und stationären Vertragslandschaft.....	55
3.3.2.1	Verträge in der häuslichen Pflege	55
3.3.2.2	Verträge in der ambulanten Pflege.....	57
3.3.2.3	Verträge in der stationären Pflege.....	59
3.3.3	Kollektivverträge	61
3.3.3.1	Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI	61
3.3.3.2	Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über pflegerische Versorgung	63
3.3.3.3	Rahmenverträge nach § 79 SGB XII über pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern.....	65
3.3.3.4	Rahmenverträge nach § 132a SGB V über ambulante Krankenpflege	67
3.3.3.5	Rahmenvereinbarungen nach § 45 SGB XI über Pflegekurse	68
3.3.3.6	Tarifverträge und Arbeitsvertragsrichtlinien.....	69
3.3.4	Individualverträge	71
3.3.4.1	Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI	71
3.3.4.2	Verträge nach § 77 SGB XI über ambulante Pflege durch Einzelpersonen	73
3.3.4.3	Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über stationäre Versorgungsleistungen.....	74

3.3.4.4	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI	76
3.3.4.5	Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI über ambulante Versorgungsleistungen.....	78
3.3.4.6	Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen	80
3.3.4.7	Arbeitsverträge	82
3.3.4.8	Heimverträge nach § 5 HeimG	83
3.3.4.9	Pflegeverträge nach § 120 SGB XI	85
3.3.4.10	Versicherungsverträge nach SGB XI	86
3.3.4.11	Kooperationsverträge	87
3.3.4.12	Verträge nach § 140a SGB V über integrierte Versorgung.....	88
4	QUALITÄT IN DER PFLEGE	91
4.1	Begriffe der Pflegequalität.....	91
4.1.1	Pflege	91
4.1.1.1	Berufsständischer Pflegebegriff	91
4.1.1.2	Rechtlicher Pflegebegriff	91
4.1.1.3	Wissenschaftlicher Pflegebegriff	92
4.1.2	Qualität	95
4.1.2.1	Qualitätsbegriff im allgemeinen Sprachgebrauch	95
4.1.2.2	Qualitätsbegriff nach DIN EN ISO 9000:2000	95
4.1.2.3	Qualitätsbegriff in der Pflege	96
4.1.3	Pflegequalitätsbegriff im Sinne der Disseration	98
4.2	Sichtweisen von Pflegequalität.....	99
4.2.1	Bund und Länder	99
4.2.2	Kostenträger	100
4.2.3	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung.....	101
4.2.4	Ambulante und stationäre Leistungserbringer	101
4.2.4.1	Trägerorganisationen und Pflegeeinrichtungen	101
4.2.4.2	Pflegekräfte	102
4.2.5	Häusliche Leistungserbringer.....	103
4.2.6	Leistungsempfänger.....	104
4.3	Darstellung von Pflegequalität.....	105
4.3.1	Übertragbarkeit allgemeiner Qualitätsmodelle auf die Pflege	105
4.3.2	Qualitätsmodell medizinischer Versorgung von Avedis Donabedian (1966)	106
4.3.3	Dienstleistungsqualitätsmodell von Christian Grönroos (1982)	108
4.3.4	Dienstleistungsqualitätsmodell von Anton Meyer und Roland Mattmüller (1987).....	109
4.3.5	Dienstleistungsqualitätsmodell von Hans Corsten (2001).....	111

4.4	Beurteilung von Pflegequalität	113
4.4.1	Qualitätsindikatoren in der Pflege	113
4.4.1.1	Operationalisierung durch Indikatoren	113
4.4.1.2	Gütekriterien von Indikatoren	114
4.4.1.3	Klassifikationsansätze	115
4.4.1.4	Klassifikationsprobleme.....	119
4.4.2	Qualitätsmessung in der Pflege	120
4.4.2.1	Logik und Anwendung des Messens.....	120
4.4.2.2	Gütekriterien einer Messung	121
4.4.2.3	Messansätze und -verfahren.....	122
4.4.2.4	Messprobleme	126
4.5	Steuerung von Pflegequalität.....	127
4.5.1	Steuerungsbegriff im Sinne der Dissertation.....	127
4.5.2	Erörterung des Ist-Zustands der Steuerung.....	128
4.5.3	Formulierung des Soll-Zustands der Steuerung	132
4.5.3.1	Festlegung allgemeiner Anforderungen	132
4.5.3.2	Entwicklung eines strukturegebenden Modells	133
4.5.3.3	Entwicklung eines anwendbaren Indikatorensystems.....	136
5	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG DER VERTRAGSLANDSCHAFT DER VOLLSTATIONÄREN PFLEGE	147
5.1	Methodisches Vorgehen.....	147
5.1.1	Methodik der empirischen Inhaltsanalyse	147
5.1.2	Analyseziel und -gegenstand	149
5.1.3	Datenerhebung.....	152
5.1.4	Ergebnisdarstellung und -evaluation	155
5.2	Untersuchungsergebnisse	155
5.2.1	Kollektivverträge	155
5.2.1.1	Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen.....	155
5.2.1.2	Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über vollstationäre pflegerische Versorgung	159
5.2.1.3	Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII über voll- und teilstationäre pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern	163
5.2.1.4	Tabellarische Zusammenfassung	166
5.2.2	Individualverträge	168
5.2.2.1	Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI.....	168
5.2.2.2	Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über vollstationäre Versorgungsleistungen.....	170
5.2.2.3	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI	171

5.2.2.4	Vergütungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen.....	172
5.2.2.5	Arbeitsverträge	174
5.2.2.6	Heimverträge nach § 5 HeimG	174
5.2.2.7	Tabellarische Zusammenfassung	177
5.3	Evaluation der Untersuchung	180
5.3.1	Beurteilung der Untersuchungsergebnisse	180
5.3.1.1	Kollektivverträge	180
5.3.1.2	Individualverträge	187
5.3.1.3	Fazit.....	194
5.3.2	Beurteilung der Methodik und der Allgemeingültigkeit	196
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	205
6.1	Schlussfolgerungen.....	205
6.1.1	Nutzen der Verträge	205
6.1.2	Probleme der Verträge	209
6.2	Überlegungen zur Optimierung	214
6.2.1	Ergebnisorientierte Steuerung durch integrative Indikatorensysteme	214
6.2.2	Verträge als Instrument einer ergebnisorientierten Steuerungsstrategie.....	217
6.3	Weiterer Forschungsbedarf	220
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	223
	SUMMARY	225
8	LITERATUR	227
9	ANHANG	249
	DANKSAGUNG	266
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	268

Abbildungsverzeichnis	Seite
Abbildung 2-1 Pflegesystem und dessen Umwelt.....	8
Abbildung 2-2 Elementare Leistungs- und Geldströme zwischen den Akteuren des Pflegesystems.....	22
Abbildung 3-1 Hierarchie der Rechtsquellen.....	39
Abbildung 3-2 Vertragslandschaft der ambulanten Pflege.....	58
Abbildung 3-3 Vertragslandschaft der stationären Pflege.....	60
Abbildung 4-1 Faktorkombinationsprozess der Pflegeleistung	95
Abbildung 4-2 Qualitätsmodell nach Avedis Donabedian (1966).....	107
Abbildung 4-3 Dienstleistungsqualitätsmodell nach Anton Meyer und Roland Mattmüller (1987)	110
Abbildung 4-4 Dienstleistungsqualitätsmodell nach Hans Corsten (2001)	112
Abbildung 4-5 Einteilung von Indikatoren.....	116
Abbildung 4-6 Systematisierung der Messansätze für Dienstleistungsqualität	122
Abbildung 4-7 Steuerung von Pflegequalität im Sinne der vorliegenden Arbeit	129
Abbildung 4-8 Modell zur Darstellung von Pflegequalität	134
Abbildung 4-9 Spezifizierung des Modells zur Darstellung von Pflegequalität	136
Abbildung 5-1 Analysegegenstand: Vertragslandschaft der vollstationären Pflege	150
Abbildung 5-2 Analyseergebnis der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen.....	156
Abbildung 5-3 Analyseergebnis des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI über die vollstationäre pflegerische Versorgung für das Land Baden-Württemberg.....	160
Abbildung 5-4 Analyseergebnis des Rahmenvertrags nach § 93d Abs. 2 BSHG über die voll- und teilstationäre pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern für das Land Baden-Württemberg	164
Abbildung 5-5 Analyseergebnis der Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI von zwei Pflegeheimen.....	169
Abbildung 5-6 Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über vollstationäre Versorgungsleistungen von zwei Pflegeheimen	170
Abbildung 5-7 Analyseergebnis der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI von zwei Pflegeheimen.....	171
Abbildung 5-8 Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 93 BSHG/ § 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen von zwei Pflegeheimen	173
Abbildung 5-9 Analyseergebnis der Muster-Heimverträge nach § 5 HeimG von zwei Pflegeheimen.....	175
Abbildung 6-1 Steuerung von ambulanter und stationärer Pflegequalität durch Verträge	206
Abbildung 6-2 Ist-Steuerung von ambulanter und stationärer Pflegequalität durch Verträge ..	211
Abbildung 6-3 Entwicklung eines integrativen Indikatorensystems zur Steuerung von Pflegequalität	215
Abbildung 6-4 Soll-Steuerung von ambulanter und stationärer Pflegequalität durch Verträge	218

Tabellenverzeichnis	Seite
Tabelle 2-1 Relevante Rechtsgebiete der Arbeit	13
Tabelle 2-2 Struktur der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung	35
Tabelle 2-3 Bedeutende Leistungsarten der sozialen Pflegeversicherung	36
Tabelle 3-1 Die 18 maßgeblichen Vertragsarten der Pflege	53
Tabelle 4-1 Indikatoren der Qualitätsdimensionen nach Avedis Donabedian (1966).....	117
Tabelle 4-2 Hauptaufgaben und steuernde Tätigkeiten der Akteure.....	129
Tabelle 4-3 Potenzialindikatoren für die Gestaltung von Pflegequalität	139
Tabelle 4-4 Prozessindikatoren für die Lenkung von Pflegequalität	142
Tabelle 4-5 Ergebnisindikatoren für die Überwachung von Pflegequalität.....	145
Tabelle 5-1 Analysegegenstand: ausgewählte Vertragsbeispiele der vollstationären Pflege..	151
Tabelle 5-2 Analyseergebnisse der Kollektivverträge	166
Tabelle 5-3 Analyseergebnisse der Individualverträge.....	178
Tabelle 5-4 Übertragbarkeit der Untersuchungsergebnisse auf die vollstationäre Pflege der Bundesrepublik Deutschland	198
Tabelle 5-5 Übertragbarkeit der Untersuchungsergebnisse auf die teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und ambulante Pflege der Bundesrepublik Deutschland.....	201
Tabelle 6-1 Beitrag der Vertragsarten zur Steuerung von Pflegequalität	207
Tabelle 6-2 Anwendung von Verträgen zur Steuerung von ambulanter und stationärer Pflegequalität	208

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AOK	allgemeine Ortskrankenkassen
Art.	Artikel
AVR	Arbeitsvertragsrichtlinien
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V., Berlin
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V., Bonn
BAGÜS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Münster
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BEmpfambPfl	Bundesempfehlungen für Landes-Rahmenverträge nach § 75 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung
BEmpfvollstatPfl	Bundesempfehlungen für Landes-Rahmenverträge nach § 75 SGB XI zur vollstationären Pflege
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkassen
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Berlin
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
BMG	Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Berlin
BPA	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Berlin
DPR	Deutscher Pflegerat e.V., Berlin
DPV	Deutscher Pflegeverband e.V., Neuwied
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
e.V.	eingetragener Verein
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
etc.	et cetera
f./ ff.	folgende/ fortfolgende
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HeimG	Heimgesetz
HeimMwVO	Heimmitwirkungsverordnung
Hrsg./hrsg.	Herausgeber/ herausgegeben
ICN	International Council of Nurses, Genf
IKK	Innungskrankenkassen
ISO	International Standardization Organization
Kap.	Kapitel
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
LQV	Leistungs- und Qualitätsvereinbarung(en)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen
MGSFF	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
Mio.	Million(en)

NachwG	Gesetz über den Nachweis der für ein Arbeitsverhältnis wesentlichen Bedingungen
Nr.	Nummer
o.S.	ohne Seitenangabe
o.V.	ohne Verfasserangabe
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SIESTA	Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen in der Altenhilfe
Sozialverband VdK	Sozialverband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschland e.V., Bonn
Tab.	Tabelle
TVG	Tarifvertragsgesetz
TVöD	Tarifvertrag öffentlicher Dienst
u.	und
u.a.	und andere
usw.	und so weiter
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., Essen
vgl.	vergleiche
Vwvfg	Verwaltungsverfahrensgesetz
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Vor mehr als zehn Jahren wurde die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit mit der sozialen Pflegeversicherung – verfasst als Elftes Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) – auf eine neue Grundlage gestellt (vgl. BMGS 2004, S. 10). Seither ist das Bewusstsein für die Qualität der pflegerischen Versorgung in unserer Gesellschaft erheblich gestiegen. Zudem haben Medienberichte über Missstände in der ambulanten und stationären Pflege zur erheblichen Beunruhigung älterer Menschen und ihrer Angehörigen geführt (vgl. Riege 2003b, S. 332). Als Reaktion auf die Berichterstattung und die zunehmende Diskussion über die Qualitätssicherung in der Pflege wurden die Vorgaben des SGB XI durch das seit 2002 geltende Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) weiterentwickelt (vgl. Roth 2002, S. 2; Wiese 2004, S. 207). Zentrale Ziele des Gesetzes sind die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (vgl. BMGS 2004, S. 16 f.). Seitdem werden z.B. von allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Etablierung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§§ 72 Abs. 3 Nr. 3, 80 Abs. 1 SGB XI) und die Beteiligung an qualitätssichernden Maßnahmen gefordert (§ 112 Abs. 2 SGB XI).

Die Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität ist jedoch nicht nur alleinige Aufgabe der Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer, sondern vielmehr Aufgabe aller Akteure im System der Pflege (vgl. Igl/Klie 2002, S. 13). Trotz dieses gemeinschaftlichen Auftrags ist die Suche nach effizienten Steuerungsinstrumenten noch nicht abgeschlossen, da die Möglichkeiten zur Sicherstellung der Pflegequalität mit den heute gängigen Methoden wie Pflegestandards, Qualitätszirkeln, Zertifizierungen etc. längst nicht ausgeschöpft sind (vgl. Stache 2007, S. 261 ff.).

Die Entwicklung und Implementierung neuer Instrumente ist allerdings stets kosten- und zeitintensiv und aufgrund der finanziell angespannten Lage sowie dem hohen Grad an Bürokratie nicht von allen Seiten erwünscht. Vielmehr stellt sich die Frage, inwieweit bestehende Strukturen und Instrumente für die Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität anwendbar sind und für diese Zielsetzung ausgebaut werden können.

Vor diesem Hintergrund sollen die Verträge der Pflege näher betrachtet werden.

Durch Verträge werden verbindliche Verhaltensregeln festgelegt. Ihr Ziel ist es, Planungssicherheit für die Vertragsparteien zu schaffen und zur Konfliktvermeidung bzw. Konfliktlösung beizutragen (vgl. Brenner 2000, S. 22). Viele der Verträge im Pflegebe-

reich resultieren aus den Vorgaben der Sozialgesetzbücher oder des Heimgesetzes (HeimG), d.h. die Vertragspartner sind zum Vertragsabschluss verpflichtet, wobei Vertragsziel und -inhalt zumeist vorgegeben sind. Beschränkt man sich auf die maßgeblichen Regelwerke, so sind im System der Pflege achtzehn unterschiedliche Vertragsarten zu zählen, die zusätzlich zu zahlreichen Gesetzen, Verordnungen, landesrechtlichen Regelungen etc. gelten. Diese Anzahl erscheint auf den ersten Blick sehr hoch. Bei einer genaueren Analyse des Pflegesystems, der Komplexität der Leistung und der Vielzahl an beteiligten Interessengruppen wird jedoch schnell ersichtlich, dass die Vielfalt der Verträge durchaus berechtigt ist. Der Wunsch aller Akteure nach Klarheit und Eindeutigkeit für das eigene Handeln ist groß (vgl. Kesselheim 1997, S. 67) und Verträge leisten einen maßgeblichen Beitrag zum Ausgleich der divergierenden Interessen sowie zur Regelung der gemeinsamen Leistungserbringung (vgl. Griep/Renn 2001, S. 72; Rüping/Kühne 2002, S. 10).

Die Verträge der Pflege sind Gegenstand diverser Wissenschaftsgebiete, unter anderem der Volks-/Betriebswirtschaftslehre, der Pflegewissenschaften und der Rechtswissenschaften. Sie werden dort jeweils im Hinblick auf unterschiedliche Fragestellungen untersucht.

So beschäftigt sich beispielsweise die Principal-Agent-Theorie mit der effizienten Gestaltung und Ausführung von Verträgen zwischen Auftraggeber (Principal) und Auftragnehmer (Agent). Die Theorie dient der Analyse, wie sich individuelle vertragliche Regelungen, z.B. zu Anreizsystemen, auf das Verhalten der Vertragspartner auswirken und versucht, Gestaltungsempfehlungen zur Verhinderung des opportunistischen Missbrauchs von Informationsasymmetrien aufzuzeigen. Die Principal-Agent-Theorie eignet sich vor allem für die Untersuchung von bilateralen Vertragsbeziehungen (vgl. Bühner 2004, S. 113 f.; Jost 2001, S. 15 ff.). An den meisten Verträgen im Bereich der Pflege sind jedoch mehr als zwei Vertragspartnern beteiligt. Zudem schließen die einzelnen Akteure normalerweise mehrere Verträge ab und unterhalten somit entweder zu einer oder zu unterschiedlichen Personen(-gruppen) mehrere parallele Vertragsbeziehungen. Dieser Sachverhalt betrifft das gesamte Gesundheitssystem und wird durch Forschungsarbeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung bestätigt. Die Autoren verweisen auf das hohe Maß an Simultanität, Rückkopplungseffekten und wechselseitige Abhängigkeit zwischen den Vertragspartnern und die damit verbundenen Anwendungsprobleme der Theorie. Zusätzlich komplizieren die vielschichtigen Rahmenbedingungen und das Auftreten von zahlreichen ergänzenden Sachwaltern die agency-theoretische Betrachtung (vgl. Musil 2003, S. 16; Schneider 2002, S. 202).

Die Pflegewissenschaften sind ein verhältnismäßig junges Forschungsgebiet in

Deutschland. Das Fachgebiet hat erst durch die Inkraftsetzung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 an Bedeutung gewonnen und wird seitdem verstärkt aufgebaut (vgl. Roth 2002, S. 3 f.; Schaeffer 1998, S. 12 ff.). Da die pflegerische Leistungserbringung durch eine hohe Anzahl von gesetzlich-rechtlichen Vorgaben reglementiert wird, sind diese in sachlogischer Konsequenz auch Gegenstand von pflegewissenschaftlichen Veröffentlichungen und Forschungsvorhaben. Der Schwerpunkt liegt hier allerdings auf der Untersuchung der Umsetzung und den Folgen der sozialen Pflegeversicherung für das pflegerische Handeln. Verträge werden als Teil des rechtlichen Rahmens nur am Rande erörtert.

Das Recht der pflegerischen Leistungserbringung ist als Teilgebiet des Sozialrechts Gegenstand rechtswissenschaftlicher Forschung. Neben umfangreichen juristischen Kommentaren zur Entstehung, Anwendung, Auslegung und Systematik der Rechtsstrukturen der Pflege (vgl. Brühl/Christmann 2000; Jung/Schweitzer 1995; Klie 2001; Klie/Krahmer 2003; Meyer 1996) existieren auch spezifische Abhandlungen über Verträge, die im Pflegebereich zum Einsatz kommen. Thematisiert wird beispielsweise die Legitimierung und Autonomie der Vertragspartner oder die normsetzende Wirkung von Verträgen (vgl. Brünner 2000, S. 590 ff.; Griep/Renn 1998, S. 1 ff.; Neumann 2002).

Einen wichtigen Beitrag zur Untersuchung der Wirkungen der pflegerechtlichen Rahmenbedingungen auf die Praxis leistet die juristische Rechtstatsachenforschung. Diese ist in Deutschland für den Bereich der pflegerischen Versorgung allerdings noch wenig entwickelt (vgl. Wiese 2004, S. 14). Die bisherigen Untersuchungen beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit den Auswirkungen der sozialen Pflegeversicherung auf die Praxis der Pflege und die Entwicklung der Pflegequalität (vgl. Wiese 2004, Wiese 2005). Die Folgen der untergesetzlichen Verträge werden hier nicht näher analysiert.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die derzeit verfügbaren Forschungsarbeiten kaum den Zusammenhang zwischen Verträgen und Pflegequalität untersuchen. Es existieren derzeit keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich explizit mit dem Nutzen der Verträge für die Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität beschäftigen. Die vorliegende Arbeit soll ein Beitrag zur Schließung dieser Lücke leisten.

Hierzu werden folgende Fragestellungen behandelt:

- Welche Verträge existieren in der Pflege und welchem Zweck dienen sie?
- Was ist Pflegequalität und wie kann sie gesteuert werden?
- Wie wird Pflegequalität mit Hilfe von Verträgen gesteuert?
- Welche Bedingungen sind notwendig, damit Verträge als Steuerungsinstrument von Pflegequalität optimal eingesetzt werden können?

1.2 Gang der Untersuchung

Nach diesem einleitenden Kapitel betrachtet das zweite Kapitel das System der Pflege in Deutschland. Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen werden die unterschiedlichen Akteure im Bereich der Pflege vorgestellt und ihre Beziehungen zueinander untersucht. Betrachtet werden Aufbau, Organisation und Aufgaben von Bund und Ländern, Kostenträgern, Leistungserbringern sowie Leistungsempfängern¹. Alle vorgestellten Interessenparteien sind an unterschiedlicher Stelle in die Vertragslandschaft eingebunden. Sie fungieren als Vertragspartner oder sind als unterstützende Berater tätig.

Das dritte Kapitel befasst sich mit den bestehenden Verträgen in der Pflege. Zunächst wird eine Einführung in das Vertragsrecht gegeben. Hier finden sich unter anderem Erläuterungen zu Ziel und Zweck von Verträgen, Prinzipien der Vertragsgestaltung, Vertragstypen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und zu den Phasen des Vertragslebenszyklus. Im Anschluss erfolgt die Beschreibung der aktuellen Vertragslandschaft der Pflege. Da in den Leistungssektoren unterschiedliche Vertragsarten zum Einsatz kommen, ist zwischen der Vertragslandschaft der häuslichen, ambulanten und stationären Pflege zu differenzieren. Nachfolgend werden achtzehn Vertragsarten vorgestellt, die maßgeblich an der Gestaltung des Pflegesystems beteiligt sind und hauptsächlich auf den rechtlichen Vorgaben des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung), des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB XI – Soziale Pflegeversicherung) und des Zwölften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB XII – Sozialhilfe) beruhen. Es werden jeweils Hintergrundinformationen, Vertragsziele, Vertragspartner und Vertragsinhalte dargestellt sowie die Bedeutung der einzelnen Vertragsarten für die Leistungsfähigkeit des Pflegesystems erörtert.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit der Qualität in der Pflege. Derzeit gibt es in Deutschland keine allgemein gültige, von allen Interessenparteien anerkannte Definition des Terminus Pflegequalität. Aus diesem Grund stellt das Kapitel verschiedene Definitionen und Modelle zur Begriffsklärung vor und untersucht, was die einzelnen Akteure unter dem Begriff der Pflegequalität verstehen. Weiterhin erfolgen die Darstellung von Möglichkeiten der Beurteilung von Pflegequalität und die Identifizierung pflegespezifischer Messprobleme. Abschließend wird ein Indikatorensystem zur Definition,

¹ Wenn in der vorliegenden Arbeit bei der Bezeichnung von Einzelpersonen und Personengruppen die männliche Form verwendet wird, so sind damit gleichberechtigt Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Abbildung und Steuerung von Pflegequalität erarbeitet.

Im fünften Kapitel erfolgt die Analyse aktueller Vertragsbeispiele im Hinblick auf ihren Beitrag zur Steuerung der Pflegequalität. Dies geschieht exemplarisch für den stationären Pflegebereich anhand der dort maßgeblichen Vertragsarten. Es handelt sich hierbei um drei Kollektivverträge und sechs einrichtungsbezogene Individualverträge. Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse werden die Beispiele dahingehend systematisch untersucht, inwieweit Aspekte der Pflegequalität Vertragsbestandteil sind und thematisiert werden. Hierbei findet das Indikatorensystem des dritten Kapitels Anwendung. Auf Basis der Analyseergebnisse erfolgt die Diskussion der Wirkung des Vertragssystems auf die Steuerung von Pflegequalität in stationären Pflegeeinrichtungen. Weiterhin wird erörtert, inwieweit die Untersuchungsergebnisse Allgemeingültigkeit besitzen und die Erkenntnisse auf das gesamte System der Pflege übertragbar sind.

Im Anschluss werden im sechsten Kapitel Schlussfolgerungen zur derzeitigen Bedeutung der Verträge als Steuerungsinstrument von Pflegequalität abgeleitet und Handlungsempfehlungen gegeben. Das Kapitel erörtert den Nutzen und die bestehenden Probleme beim Einsatz von Verträgen in der Pflege. Hierauf aufbauend werden Verbesserungspotenziale für den effizienteren Einsatz von Verträgen für die Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität identifiziert. Den Abschluss bildet die Darstellung des weiteren Forschungsbedarfs.

Das siebte Kapitel enthält eine Zusammenfassung der Arbeit in deutscher und englischer Sprache.

2 System der Pflege

2.1 Umwelt, Elemente und Beziehungen im Pflegesystem

Nach Hans Ulrich (1968, S. 105) ist ein System „eine geordnete Gesamtheit von Elementen, zwischen denen irgendwelche Beziehungen bestehen oder hergestellt werden können“. Systeme sind beispielsweise Personen(-gruppen), Organisationen oder Gesellschaften (soziale Systeme); aber auch Materien (chemische, physikalische Systeme) gehören dazu. Durch die Identifizierung und Beschreibung ihrer Elemente sowie ihrer allgemeinen Prinzipien und Funktionsweisen können auch komplexe Erscheinungen dargestellt und erklärt werden (vgl. Gukenbiel 1986, S. 298).

Grundlegende Eigenschaften von Systemen sind (vgl. Ulrich 1968, S. 109 ff.):

- **Struktur:** Es ist stets eine bestimmte gegebenenfalls dynamische Struktur vorzufinden, die die Anordnung der Elemente innerhalb des Systems vorgibt. Ein Element ist die kleinste jeweils interessierende Einheit, die nicht weiter gegliedert oder analysiert werden soll (oder kann). Elemente können sehr unterschiedlicher Art sein. Es kann sich um ökonomische, humane und technische Potenziale (z.B. Personen, Geräte), um Aktionen (z.B. menschliche Tätigkeiten) aber auch um Objekte (z.B. Leistungssektoren) handeln.
- **Komplexität:** Es existieren vielschichtige Beziehungen zwischen den Elementen, wobei das Verhalten des gesamten Systems durch das Verhalten der einzelnen Elemente bedingt ist.
- **Offenheit (und Geschlossenheit):** Es bestehen Beziehungen zur Systemumwelt. Es existiert ein Austausch von Materie, Energie und Information. Hieraus ergibt sich die Dynamik.
- **Dynamik:** Diese äußert sich durch Bewegung und Verhalten und ist somit eng verbunden mit der Offenheit des Systems und dessen Beziehungen.
- **Zweck- und Zielorientierung:** Jedes System zielt auf die Erfüllung eines vorgegebenen Zwecks.

Der Zweck des Systems der Pflege ist die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Falle der Pflegebedürftigkeit. Dies ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in § 8 SGB XI verankert. Die Leistungen der pflegerischen Versorgung umfassen Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Personen sowie gegebenenfalls Unterkunft und Verpflegung bei der Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung. Elemente und Umwelt des Pflegesystems werden in der Abbildung 2-1 dargestellt.

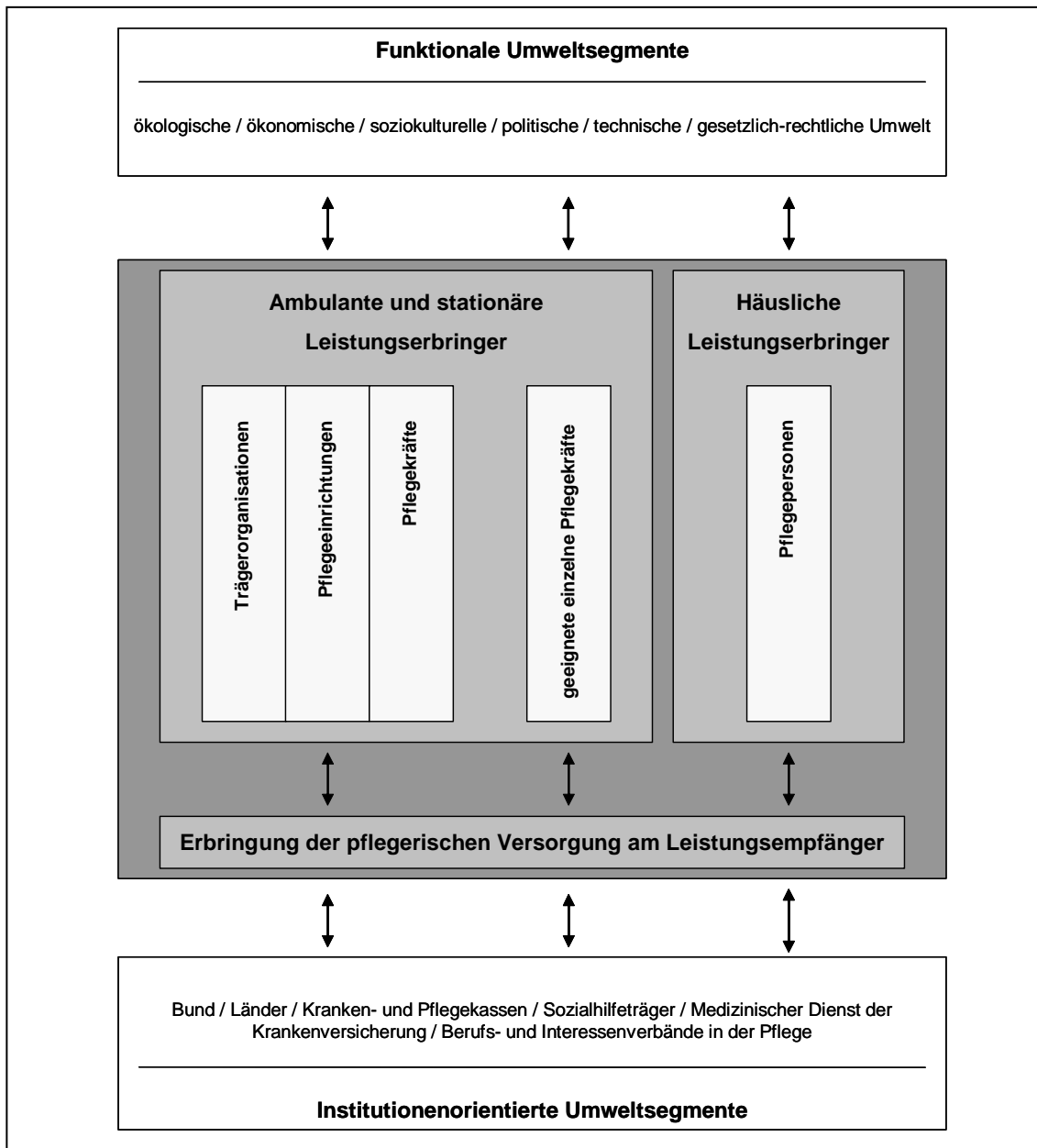


Abbildung 2-1 Pflegesystem und dessen Umwelt

(Quelle: in Anlehnung an Bottler 1994, S. 61)

Systemelemente sind die Pflegebedürftigen als Leistungsempfänger sowie ambulante, stationäre und häusliche² Leistungsanbieter. Diese (System-)Akteure unterhalten jeweils zu ihrer Umwelt komplexe Beziehungen. Sie sind unmittelbar am Dienstleistungsprozess beteiligt und besitzen direkten Einfluss auf die Leistungserstellung. Ambulante und stationäre Leistungsanbieter sind zugelassene Pflegeeinrichtungen und im

² In der Literatur, in Gesetzestexten sowie im allgemeinen Sprachgebrauch wird vielfach unter häuslicher Pflege generell die Erbringung von Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen verstanden. Meist erfolgt keine Unterscheidung, ob die Pflegeleistung durch einen beauftragten Pflegedienst oder durch selbst beschaffte Pflegepersonen erbracht wird. In der vorliegenden Arbeit bezieht sich der Begriff der häuslichen Pflege stets auf die pflegerische Versorgung durch selbst beschaffte Pflegepersonen (vgl. Kap. 2.3.6). Der ambulanten Pflege werden Pflegeleistungen, die von einem Pflegedienst oder von einer freiberuflichen Pflegekraft im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen erbracht werden (vgl. Kap. 2.3.5.3), zugeordnet.

Sinne des SGB XI geeignete Pflegeeinzelkräfte (vgl. Kap. 2.3.5.3). In der häuslichen Pflege sind dies vom Leistungsempfänger selbst beschaffte Pflegepersonen (z.B. Angehörige, Bekannte, Nachbarn) (vgl. Kap. 2.3.6).

Ihre Umwelt lässt sich auf funktionale oder auf institutionenorientierte Art abbilden (vgl. Bottler 1994, S. 60). Funktionale Umweltsegmente sind sachproblemorientiert, d.h. sie weisen auf Probleme hin und stellen entsprechende Anforderungen an die Qualität in der Pflege. Hierbei übt die gesetzlich-rechtliche Umwelt den größten Einfluss aus. So beruht das komplexe Grundgerüst des Pflegesystems primär auf den Inhalten der Sozialgesetzgebung. Die wichtigsten dieser gesetzlichen und rechtlichen Vorgaben werden im Unterkapitel 2.2 beschrieben. Weiterhin sind Auflagen und Verbote, wie Sicherheits- oder Bauauflagen, zu beachten, um den ökologischen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Ökonomische Anforderungen ergeben sich beispielsweise durch den Wettbewerb im Pflegemarkt. Außerdem sind soziokulturelle Rahmenbedingungen, wie die demografische Entwicklung und auch die aus der politischen und technischen Umwelt resultierenden Forderungen, die das Pflegesystem beeinflussen, zu berücksichtigen.

Anstelle der Einteilung in funktionale Bereiche kann die Umwelt ebenso nach Institutionen gegliedert werden. Alle in Abbildung 2-1 genannten Institutionen unterhalten diverse Beziehungen zu den Leistungserbringern und Leistungsempfängern und beeinflussen so die Pflegeerbringung auf indirekte Art. Die bedeutendsten (Umwelt-)Akteure sind Bund, Länder, Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger³, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung sowie Berufs- und Interessenverbände in der Pflege. Durch vielfältige Austauschbeziehungen, die z.T. verbindlich über Rechtsquellen festgeschrieben sind, existiert eine enge Verflechtung der genannten (Umwelt-)Akteure mit den (System-)Akteuren (vgl. Kap. 2.3 u. Abb. 2-2). Neben ihnen existieren weitere Institutionen, wie z.B. Apotheken, Sanitätshäuser, Einzelhandelsgeschäfte oder Kirchengemeinden. Ihre Schnittstellen mit den (System-)Akteuren und ihre Einflussmöglichkeiten auf die pflegerische Leistung sind jedoch im Vergleich zu den zuvor genannten (Umwelt-)Akteuren eher gering, weshalb sie an dieser Stelle vernachlässigt werden.

Gemäß der systemtheoretischen Betrachtungsweise sollte zwischen internen Systemakteuren (Leistungsempfänger, Leistungserbringer) und externen Umweltakteuren unterschieden werden. Diese Differenzierung hat jedoch für die vorliegende Arbeit keine maßgebliche Bedeutung. Im weiteren Verlauf wird aus Gründen der Übersichtlichkeit

³ Krankenkassen, Pflegekassen und Sozialhilfeträger werden in der vorliegenden Arbeit als Kostenträger bezeichnet. Die Verwendung des Begriffs Kostenträger erfolgt im Sinne des Gesetzes, d.h. als finanzieller Träger gesetzlich definierter Leistungsbereiche und nicht als Kalkulationsobjekt im Sinne des betrieblichen Rechnungswesens.

auf eine solche Differenzierung verzichtet. Systemakteure und Umweltakteure werden in der Gruppe Akteure des Pflegesystems zusammengefasst.

2.2 Gesetzlich-rechtliche Umwelt

2.2.1 Staatsform und Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland

Die wichtigste gesetzliche Grundlage des deutschen Gemeinwesens ist das Grundgesetz (GG) – die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland. Hiernach ist die Bundesrepublik ein demokratischer und sozialer Bundesstaat (Art. 20 Abs. 1 GG), dessen Staatsprinzipien auf Demokratie, Bundesstaatlichkeit, Sozialstaatlichkeit und Rechtsstaatlichkeit beruhen.

Die Demokratie basiert auf der Volkssouveränität. Es gilt der Grundsatz: Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus (Art. 20 Abs. 2 GG).

Die Bundesstaatlichkeit ist als verfassungsrechtliches Struktur- und Organisationsprinzip der Bundesrepublik Deutschland in Art. 20 Abs. 1 GG verankert. Die Bundesrepublik besteht aus dem Bund als Zentralstaat und aus den Ländern als Gliedstaaten. Die Organisation von Bund und Ländern ist über das Grundgesetz (Art. 20-115 GG) verbindlich geregelt.

Das Prinzip der Sozialstaatlichkeit beruht auf Art. 20 Abs. 1 GG und Art. 28 Abs. 1 GG. Hieraus leiten sich für den Staat die Gebote der sozialen Sicherheit und der sozialen Gerechtigkeit ab. Soziale Sicherheit wird umgesetzt durch die Festlegung sozialer Rechte, durch Gesetze, aber auch durch die Berücksichtigung sozialer Belange bei politischen Entscheidungen und Handlungen (vgl. Ewers 1998, S. 71; Waltermann 2004, S. 6). Soziale Gerechtigkeit wird unter anderem erzielt durch Maßnahmen zur Fürsorge für Hilfebedürftige oder sonstige Benachteiligte und zum Ausgleich sozialer Gegensätze sowie durch den Abbau von Abhängigkeitsverhältnissen (vgl. Klie 2001, S. 35).

Der rechtsstaatliche Charakter des Grundgesetzes ist in vielen Artikeln verankert. Die Rechtsstaatlichkeit zeigt sich im Wesentlichen durch:

- **Bindung an Grundrechte:** Die Grundrechte (Art. 1-19 GG) legen das Verhältnis des einzelnen Bürgers zum Staat verbindlich fest. Die Grundrechte sind unmittelbar geltendes Recht, welches Legislative, Exekutive und Judikative bindet (Art. 1 Abs. 3 GG) und nur in absoluten Ausnahmefällen außer Kraft gesetzt werden kann (Art. 19 GG). Wesentliche Bedeutung für die Pflege hat der erste Artikel des Grundgesetzes zum Schutz der Menschenwürde: „Die Würde des Menschen ist

unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist die Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (Art. 1 Abs. 1 GG). Ebenso relevant für die Akteure im System der Pflege sind jedoch auch das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 GG), die Freiheit der Person (Art. 2 GG), der Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 GG), die Vereinigungs- und Koalitionsfreiheit (Art. 9 GG), das Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnis (Art. 10 GG), der Grundsatz der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) und die Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG).

- Vorrang des Grundgesetzes: Das Grundgesetz definiert die rechtliche Grundordnung. An dieses Verfassungsrecht und die darauf zurückzuführenden Rechte sind alle staatlichen Gewalten (Legislative, Exekutive, Judikative) gebunden. Folglich müssen sich alle Rechtsnormen und daraus resultierenden Handlungen des Staates an den Regelungen des Grundgesetzes orientieren (vgl. Brenner 2000, S. 23; Ewers 1998, S. 70).
- Gewährung von Rechtsschutz: Die Rechtsprechung ist verantwortlich für die Wahrung von Gesetz und Recht und die Durchsetzung der Rechte des Einzelnen (Art. 20 Abs. 3 GG). Der Rechtsweg steht jedem offen, dessen Recht durch öffentliche Gewalt verletzt wird. Unabhängige Gerichte gewähren Rechtsschutz, indem sie staatliches Handeln kontrollieren und auf seine Rechtmäßigkeit hin überprüfen (Art. 19 Abs. 4 GG).

Unter Recht im objektiven Sinne wird die Gesamtheit der staatlich institutionalisierten Regeln verstanden, die zueinander in einer gestuften Ordnung stehen und über deren Einhaltung der Staat wacht bzw. wachen soll. Durch objektives Recht wird menschliches Verhalten angeleitet und beeinflusst. Subjektives Recht ist der Rechtsanspruch, der sich aus den Bestimmungen des objektiven Rechts für den Einzelnen ergibt (vgl. F.A. Brockhaus 2002, S. 567; Klie 2001, S. 20 f.).

Rechtsquellen dienen der Festlegung und der Ermittlung der geltenden subjektiven und objektiven Rechte. Die ranghöchste Rechtsquelle der deutschen Rechtsordnung ist das Grundgesetz. Ihn unterstellt sind förmliche Gesetze, Rechtsverordnungen, Satzungen und sonstige Rechtsvorschriften (vgl. Kap. 3.1.1).

Förmliche Gesetze werden vom Staat festgelegt und sind für jeden Bürger verbindlich. Es ist zwischen Bundesgesetzen (z.B. Sozialgesetzbücher, Heimgesetz) und Landesgesetzen (z.B. Landespflegegesetze) zu unterscheiden. Förmliche Bundesgesetze werden entsprechend der Vorgaben des Grundgesetzes durch den Bundestag, gegebenenfalls unter Beteiligung des Bundesrates, des Bundespräsidenten, des Bundeskanzlers und/oder der zuständigen Bundesminister erlassen (Art. 76 ff. GG). Sie gelten in der gesamten Bundesrepublik. Ihnen untergeordnet sind die Landesgesetze (Art. 31

GG). Diese werden von den Landesparlamenten verabschiedet und betreffen das entsprechende Bundesland. Neben Bundes- und Landesgesetzen besitzen auch alte Reichs- und Landesgesetze, die von früheren Reichstagen oder Landtagen erlassen wurden, weiterhin Gültigkeit. Beispiele sind das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und das Handelsgesetzbuch (HGB), die beide seit dem 1. Januar 1900 in Kraft sind (vgl. Brenner 2000, S. 23 f.).

Bundesregierung, Bundesminister oder Landesregierungen können per Gesetz zum Erlass von Rechtsverordnungen ermächtigt werden (Art. 80 Abs. 1 GG). Rechtsverordnungen enthalten detaillierte Vorgaben zur Durchführung und Ausführung bestehender Gesetze (vgl. F.A. Brockhaus 2002, S. 580). Z.B. konkretisiert die HeimminBauVO das Heimgesetz in Punkten der baulichen Anforderungen.

Satzungen hingegen dienen der Grundordnung eines Zusammenschlusses. Sie regeln interne Strukturen und Aufgaben von Organisationen und beinhalten Verhaltensregeln für die (Organisations-)Mitglieder. Satzungen finden sowohl im öffentlichen Recht als auch im Privatrecht Einsatz. Im öffentlichen Recht werden Satzungen von Selbstverwaltungskörperschaften wie Gemeinden, Kranken- und Pflegekassen zur Regelung eigener Angelegenheiten erlassen. Im Privatrecht dienen Satzungen der Festschreibung einer Grundordnung für juristische Personen wie Vereine, Verbände, Stiftungen etc. (vgl. Brenner 2000, S. 24; F.A. Brockhaus 2002, S. 604; Ott 2002, S. 21).

Auf die Bedeutung von sonstigen Rechtsvorschriften, zu denen auch Verträge zählen, wird im Unterkapitel 3.1.1 eingegangen.

Das deutsche Recht unterscheidet nach dem Regelungsgegenstand zwischen öffentlichem Recht und Privatrecht. Im öffentlichen Recht geht es um die Normierung des Verhältnisses der Bürger zum Staat. Das Privatrecht regelt das Verhältnis der Bürger und privatrechtlicher Gesellschaften untereinander. Die beiden Rechtsbereiche lassen sich in Rechtsgebiete untergliedern und systematisieren (vgl. Becker 1995, S. 189; Braun 1997, S. 132 f.; F.A. Brockhaus 2002, S. 567 f.; Klie 2001, S. 28 ff.).

Die Tabelle 2.1 vermittelt einen Überblick über Rechtsgebiete, Regelungsbereiche und zugehörige Gesetze, welche für die vorliegende Arbeit maßgebliche Relevanz besitzen.

Tabelle 2-1 Relevante Rechtsgebiete der Arbeit

Rechtsgebiete	Regelungsbereich	Zugehörige Gesetze
Öffentliches Recht		
- Sozialrecht	Sicherung von sozialer Sicherheit und sozialer Gerechtigkeit durch gesetzliche Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung und Sozialhilfe (z.B. über Rahmenverträge, Vergütungsvereinbarungen)	Sozialgesetzbücher V, XI und XII
- Heimrecht	Festlegung von Mindestanforderungen an Pflegeheime, Aufsicht über Heime	Heimgesetz
Privatrecht		
- Dienstvertragsrecht	Leistung vereinbarter Dienste gegen ein Entgelt (z.B. über privatrechtlichen Arbeitsvertrag, Kooperationsvertrag, Heimvertrag als Mischvertrag aus Miet- und Dienstvertrag, Pflegevertrag)	Bürgerliches Gesetzbuch
- Mietrecht	Entgeltliche Gebrauchsüberlassung des Mietgegenstandes durch den Vermieter an den Mieter (z.B. Heimvertrag als Mischvertrag aus Miet- und Dienstvertrag)	Bürgerliches Gesetzbuch

(Quelle: in Anlehnung an Klie 2001, S. 29)

Das Sozialrecht hat hohe Bedeutung für den Pflegesektor. Es setzt sich aus allen rechtlichen Normen zusammen, die die soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit garantieren sollen und zur Umsetzung des Sozialstaatsgebots verhelfen (vgl. Eichenhofer 2000, S. 4 f.; Klie 2001, S. 224; Waltermann 2004, S. 17). Die Aufgaben des Sozialrechts sind in § 1 des Ersten Sozialgesetzbuchs (SGB I – Allgemeiner Teil) festgelegt.

Hierzu zählen:

- Sicherung eines menschenwürdigen Daseins,
- Schaffung gleicher Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit,
- Gewährleistung des Schutzes und der Förderung von Familie,
- Ermöglichung des Erwerbs des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit und
- Abwendung oder Ausgleich für besondere Lebensbelastungen, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe.

Diese Forderungen sollen durch die Etablierung von Sozialleistungen, wie soziale und erzieherische Hilfen, umgesetzt werden (§ 1 SGB I). Die Realisierung erfolgt hauptsächlich über drei Wege: die Vorsorge durch Sozialversicherungen (z.B. gesetzliche

Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung), die soziale Entschädigung durch den Staat (z.B. Kriegsopferversorgung) und den sozialen Ausgleich, wenn Bürger nicht aus eigener Kraft ihre Existenzgrundlage sichern können (z.B. Sozialhilfe) (vgl. Eichenhofer 2000, S. 8 f.; Klie 2001, S. 224 f.).

Gegenwärtig existieren etwa 200 Einzelgesetze, die die Umsetzung dieser Forderungen sicherstellen sollen und dem Sozialrecht zugeordnet werden können. Seit Mitte der 1970er Jahre werden diese Gesetze aus Gründen der Übersichtlichkeit in einem Sozialgesetzbuch zusammengeführt (vgl. Eichenhofer 2000, S. 5; Klie 2001, S. 224, Waltermann 2004, S. 1).

Das Sozialgesetzbuch umfasst derzeit zwölf Einzelbücher mit den wichtigsten Sozialleistungsgesetzen der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Waltermann 2004, S. 1 ff.):

- SGB I – Allgemeiner Teil,
- SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende,
- SGB III – Arbeitsförderung,
- SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung,
- SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung,
- SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung,
- SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung,
- SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe,
- SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen,
- SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz,
- SGB XI – Soziale Pflegeversicherung und
- SGB XII – Sozialhilfe.

Von besonderer Relevanz für die Pflege sind hiervon SGB V, SGB XI und SGB XII. Auf diese Einzelbücher wird in den Unterkapiteln 2.2.2. bis 2.2.4 näher eingegangen. Das Sozialrecht ist hauptsächlich Bundesrecht. Bei den Sozialleistungsgesetzen auf Länderebene handelt es sich vor allem um ergänzende Normen, die die Bundesregelungen für das jeweilige Bundesland spezifizieren (vgl. Waltermann 2004, S. 4). Ein Beispiel sind die Landespflegegesetze zur landesspezifischen Umsetzung der sozialen Pflegeversicherung.

Ebenso wie das Sozialrecht ist auch das Heimrecht dem öffentlichen Recht zuzuordnen. Es normiert die Anforderungen an die stationäre Unterbringung älterer Menschen sowie pflegebedürftiger oder behinderter Volljähriger in Heimen. Die Inhalte des Heimrechts sind im Heimgesetz und dessen Verordnungen festgeschrieben. Die Beschreibung der Ziele und Inhalte dieser gesetzlichen Regelungen erfolgt im Unterkapitel 2.2.5.

Das Mietrecht und Dienstvertragsrecht – als Rechtsgebiete des privaten Rechts – sind hauptsächlich im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert. Die Bestimmungen dieser Rechtsgebiete werden in Kapitel 3 aufgegriffen, da sie vertragsrechtliche Regelungen für Arbeitsverträge (vgl. Kap. 3.3.4.7), Heimverträge (vgl. Kap. 3.3.4.8), Pflegeverträge (vgl. Kap. 3.3.4.9) sowie für Kooperationsverträge enthalten (vgl. Kap. 3.3.4.11).

Das System der Pflege ist in ein breites Geflecht an gesetzlichen Bestimmungen eingebettet, welches die Rahmenbedingungen der pflegerischen Leistungserbringung gestaltet und regelt. Im Rahmen dieser Ausarbeitung werden lediglich die Rechtsquellen erläutert, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind. Es existieren viele weitere gesetzliche Vorgaben auf Bundesebene (z.B. das Altenpflegegesetz und seine Ausbildungs- und Prüfungsordnung) und auf Landesebene (z.B. Landespflegegesetze) sowie in diversen Rechtsgebieten (z.B. im Haftungsrecht, Gesundheitsschutzrecht, Patientenrecht, Arbeitsschutzrecht), die von beachtlicher Bedeutung für die Pflege sind. Hierzu sei auf die umfangreiche Fachliteratur verwiesen (siehe hierzu Klie 2001; Klie/Stascheit 2005; Waltermann 2004; Kittner/Kittner 2006).

2.2.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist als Teil der Sozialversicherung im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Ziel ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, zu bessern oder wiederherzustellen (§ 1 SGB V). Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen sind die Krankenkassen bzw. die acht Krankenkassenarten (vgl. Kap. 2.3.3.1). Die Finanzierung erfolgt zu gleichen Teilen durch die Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Die Höhe dieser Beiträge richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Arbeitnehmer bis zu einer bestimmten Beitragsbemessungsgrenze und nach dem Beitragssatz. Im Rahmen ihrer Selbstverwaltung setzt jede Krankenkasse ihren Beitragssatz nach gesetzlich definierten Regeln selbst fest (§ 220-256 SGB V).

Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Pflichtversicherung, wobei bestimmte Personenkreise, wie z.B. Arbeitnehmer, deren Jahresentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, von der Versicherungspflicht befreit sind. Diesen Personen steht es frei, entweder freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenkasse zu werden oder einen Versicherungsvertrag mit einer privaten Krankenversicherung⁴ abzuschließen (§ 5-8 SGB V). Unter bestimmten Voraussetzungen sind Familienangehörige (Kinder, Ehegatte, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft) von gesetzlich

⁴ Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden Gegenstand und Leistungen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung nicht behandelt.

krankenversicherten Personen im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert (§ 10 SGB V).

Sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden den Versicherten (Mitglieder und Familienversicherte) als Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung gestellt (§ 2 Abs. 2 SGB V). Im dritten Kapitel des SGB V sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Krankenversicherungsanbieter einheitlich festgelegt. Hiernach gewährt die gesetzliche Krankenversicherung ihren Versicherten Leistungen zur Förderung der Gesundheit durch Prävention und Selbsthilfe (§ 20 SGB V), zur Verhütung von Krankheiten (§ 21-24 SGB V), zur Früherkennung von Krankheiten (§ 25-26 SGB V) und zur Behandlung von Krankheiten. Zu den Leistungen im Krankheitsfall gehören unter anderem die ambulante ärztliche Behandlung, die zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Haushaltshilfe und die Krankenhausbehandlung (§ 27-52 SGB V).

Viele Pflegebedürftige erhalten gleichzeitig Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Oftmals sind die Leistungen hintereinander geschaltet und bedürfen eines abgestimmten Überleitungsmanagements. Von besonderer Relevanz für die Pflege sind insbesondere die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) (vgl. Kap. 3.3.3.4) und die Erbringung von Pflegeleistungen im Rahmen der integrierten Versorgung (§§ 140a-140d SGB V) (vgl. Kap. 3.3.4.12).

2.2.3 Soziale Pflegeversicherung

Im Jahr 1995 wurde die soziale Pflegeversicherung als Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) in das Sozialversicherungssystem aufgenommen. Neben der Kranken-, der Unfall-, der Renten- und der Arbeitslosenversicherung ist die soziale Pflegeversicherung ein eigenständiger Zweig in der Sozialversicherung und dient der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Sie bietet Hilfeleistung bei den physischen, psychischen und finanziellen Belastungen, die die Pflegebedürftigkeit mit sich bringt (vgl. BMA 1998, S. 8 f.; Jürgens 2000, S. 16).

Anspruch auf die Sozialleistungen der sozialen Pflegeversicherung haben alle Versicherten, die als pflegebedürftig anerkannt werden. Dies sind nach § 14 Abs. 1 SGB XI Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung ihren Alltag nicht selbst bewältigen können und Hilfe bedürfen. Zur normalen Alltagsbewältigung gehören in diesem Zusammenhang die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein Versicherungsanspruch besteht, wenn ein dauerhafter Hilfebedarf zur Verrichtung dieser Tätigkeiten für voraussichtlich mindestens sechs Monate besteht.

Die wichtigsten Kernpunkte der Konzeption der sozialen Pflegeversicherung sind (vgl. BMGS 2004, S. 10 f.; Vitt 2002, S. 30 f.):

- Die Pflegekassen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung (§§ 1 Abs. 1, 46 Abs. 1 SGB XI).
- Es handelt sich um eine Pflichtversicherung.
- In den Schutz der Pflegeversicherung sind alle Personen einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Hierzu zählen sowohl Pflichtversicherte als auch freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte (§ 20 SGB XI). Für die Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung gelten die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung über die beitragsfreie Familienversicherung entsprechend (§ 10 SGB V, § 25 SGB XI). Wer in einer privaten Krankenversicherung versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen (§ 1 Abs. 2 SGB XI).
- Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung stehen im Bedarfsfall jedem Versicherten unabhängig von den eingezahlten Beiträgen und der persönlichen Vermögenssituation zur Verfügung.
- Die soziale Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung. Sie unterstützt den Pflegebedürftigen und dessen Angehörige abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit mit finanziellen und persönlichen Leistungen, d.h. die Pflegekasse übernimmt in der Regel nur einen Teil der Kosten (§ 4 SGB XI). Wenn der Pflegebedürftige oder dessen unterhaltspflichtige Angehörige nicht über ausreichende Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten der Pflegebedürftigkeit zu decken, besteht ein Anspruch auf Sozialhilfe.
- Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ist genauso organisiert wie die der gesetzlichen Krankenversicherung: Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je die Hälfte des Beitrags. Allerdings gilt bei der Pflegeversicherung – anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung – ein gesetzlich festgelegter Beitragssatz (§§ 54-55 SGB XI).

Alle Aktivitäten zur Umsetzung des Konzepts der sozialen Pflegeversicherung basieren auf den Grundsätzen, die im ersten Kapitel des SGB XI aufgelistet sind. Demnach soll dem Pflegebedürftigen geholfen werden, ein möglichst selbstbestimmtes und eigenständiges Leben zu führen (§ 2 SGB XI). Eine vollstationäre Unterbringung soll nur dann in Anspruch genommen werden, wenn häusliche, ambulante oder teilstationäre Pflege nicht zweckmäßig ist (§ 3 SGB XI). Mit Leistungen der Prävention und Rehabilitation soll der Eintritt der Pflegebedürftigkeit vermieden oder gegebenenfalls gemildert und eine Verschlimmerung verhindert werden (§ 5 SGB XI). Der Versicherte soll durch eigenverantwortliche und gesundheitsbewusste Lebensführung helfen, die Pflegebe-

dürftigkeit zu vermeiden (§ 6 SGB XI). Weiterhin werden die Pflegekassen in die Verantwortung genommen, durch Beratung und Aufklärung den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen bei der Lebensführung zu unterstützen (§ 7 SGB XI).

Um Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu erhalten, muss der Versicherte einen Antrag bei seiner zuständigen Pflegekasse stellen. Durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wird der Grad der Pflegebedürftigkeit (Stufe I: erhebliche Pflegebedürftigkeit, Stufe II: Schwerpflegebedürftigkeit, Stufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit, Härtefall) festgestellt. Nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit gewähren die Pflegekassen den Versicherten Geld- oder Sachleistungen. Es existiert eine Reihe von unterschiedlichen Leistungen, aus denen der Pflegebedürftige gemäß den Grundsätzen der sozialen Pflegeversicherung wählen kann. Die Leistungen sind teilweise miteinander kombinierbar (Pflegegeld und ambulante Pflege) oder schließen sich gegenseitig aus (Pflegegeld und vollstationäre Pflege). Zur Auswahl stehen:

- Leistungen bei häuslicher bzw. ambulanter Pflege in Form von Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmitteln, soziale Sicherung von Pflegepersonen und Pflegekurse (§§ 36-40, 44-45 SGB XI),
- Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege) und Kurzzeitpflege (§§ 41-42 SGB XI),
- Leistungen bei vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI).

Die wichtigsten dieser Leistungen werden im Unterkapitel 2.3.7 weiter erläutert.

Grundsätzlich sind sich alle an der Pflege beteiligten Akteure einig, dass mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung ein wichtiger und richtiger Schritt gemacht wurde (vgl. BPA/BAGFW/DPR 2005, S. 1). Die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen hat sich verbessert. Es existieren jedoch auch Mängel. Diese und auch der demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Wandel sind zwingende Gründe für eine Überarbeitung und Weiterentwicklung der aktuellen Gesetzeslage. Für die Pflegeverbände und die Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen besteht Reformbedarf insbesondere in den folgenden Punkten (vgl. BPA/BAGFW/DPR 2005, S. 3):

- Ausdifferenzierung des Pflegebegriffs und Beachtung spezieller Hilfebedarfe bei psychosozialen Erkrankungen,
- Durchsetzung des Grundsatzes Prävention und Rehabilitation,
- Unterstützung des Grundsatzes Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege sowie
- Verbesserung der Verzahnung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung sowie die klare Differenzierung der jeweiligen Leistungen.

Gemäß des aktuellen Koalitionsvertrags der Bundesregierung (2005) sind im Rahmen der Gesundheitsreform auch Änderungen der sozialen Pflegeversicherung geplant. Vorgesehen sind Modifizierungen zur Stärkung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung sowie Verbesserungen auf der Leistungsseite. Viele Punkte decken sich mit den oben genannten Forderungen der Verbände. So sollen unter anderem die Betreuung Demenzkranker gesondert berücksichtigt und die Schnittstellenproblematik zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung überarbeitet werden (vgl. CDU/CSU/SPD 2005, S. 107 f.).

2.2.4 Sozialhilfe

Das Zwölfte Sozialgesetzbuch (SGB XII) ersetzt seit dem 1. Januar 2005 das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und das Grundsicherungsgesetz.

Nach § 1 SGB XII soll die Sozialhilfe den Leistungsberechtigten ein menschenwürdiges Leben ermöglichen. Durch die Leistungen der Sozialhilfe sollen sie so weit wie möglich befähigt werden, zukünftig unabhängig von ihr zu leben. Es ist auch Aufgabe der Leistungsberechtigten nach ihren Kräften auf dieses Ziel hinzuarbeiten.

Die Sozialhilfe wird erst nachrangig tätig und deckt keine Bedarfe, die in Finanzierungsbereiche anderer Kostenträger fallen (Grundsatz der Subsidiarität) (§ 2 SGB XII). Das bedeutet, bevor Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden können, müssen andere Sicherungssysteme, wie die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung, und individuell verfügbare eigene Mittel (z.B. aus Einkommen, Vermögen oder familiärer Hilfe) unter Berücksichtigung von Freibeträgen vollständig ausgeschöpft werden. Träger der Sozialhilfe sind die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger (§ 3 SGB XII).

Leistungsblöcke der Sozialhilfe sind Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27-40 SGB XII), zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41-46 SGB XII), zur Gesundheit (§§ 47-52 SGB XII), zur Eingliederung behinderter Menschen (§§ 53-60), zur Pflege (§§ 61-66 SGB XII), zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67-69 SGB XII) und zur Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70-74 SGB XII).

Von Bedeutung für die Pflege sind insbesondere §§ 61 ff. SGB XII. Die dort geregelte Hilfe zur Pflege dient der Unterstützung pflegebedürftiger Personen, die den notwendigen Pflegeaufwand aus eigener Kraft nicht sicherstellen können. Folgende Personengruppen haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege (vgl. Jung/ Schweitzer 1995, S. 75; Klie 2001, S. 333 ff.):

- Personen, die nicht pflegeversichert sind und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben,

- Personen, die ihren Pflegebedarf aus vorrangigen Leistungsquellen, wie der Pflegeversicherung nicht decken können und
- Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (§ 14 Abs. 1 SGB X) sind, aber der so genannten Pflegestufe 0 nach § 61 Abs. 1 SGB XII zugeordnet werden können. Dies betrifft Kranke und behinderte Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren oder anderen Pflegebedarf als die in § 14 SGB XI genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen haben.

Die Sozialhilfe gewährt im Rahmen der Hilfe zur Pflege Pflegesach- und Geldleistungen und unterscheidet zwischen häuslich ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege, wobei der Grundsatz ambulant vor stationär anzuwenden ist (§ 61 Abs. 2 SGB XI). Für die Einstufung in die Pflegestufen I bis III gelten die gleichen Kriterien und Verfahren der sozialen Pflegeversicherung (vgl. Klie 2001, S. 333). Abgesehen vom erweiterten leistungsberechtigten Personenkreis sind die Hilfen der Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII jedoch umfangreicher als die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und von anderer Art. Beispielsweise erstattet der Sozialhilfeträger dem Pflegebedürftigen im Berechtigungsfall bei häuslicher Pflege angemessene Aufwendungen der Pflegepersonen, wie z.B. Fahrkosten und Kosten für Pflegekleidung (§ 65 Abs. 1 SGB XII) oder bei stationärer Pflege auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 76 SGB XII). Generell werden alle notwendigen Pflegebedarfe erstattet, die den Schutz der Menschenwürde des Pflegebedürftigen sicherstellen. Zusatzleistungen, die nicht im medizinischen oder pflegerischen Sinne notwendig sind, gelten hingegen als Luxusleistungen und sind nicht erstattungsfähig.

2.2.5 Heimgesetz und dessen Verordnungen

Das Heimgesetz (HeimG) trat bereits 1975 in Kraft und wurde seitdem mehrfach novelliert. Der Anwendungsbereich des Heimgesetzes ergibt sich aus der Festlegung des § 1 des Heimgesetzes. Hiernach sind Heime Einrichtungen, die ältere, mindestens volljährige Menschen mit oder ohne Pflegebedürftigkeit/Behinderung aufnehmen und ihnen Wohnraum, Betreuung und Verpflegung gegen Entgelt zur Verfügung stellen (§ 1 Abs. 1 HeimG). Somit fallen unabhängig von der Größe und der Trägerorganisation alle Pflegeheime, Altenheime, Behindertenheime, Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege und auch Hospize unter das Heimgesetz (vgl. Klie 2001, S. 384). Alle diese Heime sind der staatlichen Heimaufsichtsbehörde unterstellt. Diese hat weitgehende Kontrollrechte und Beratungspflichten (§ 15 HeimG).

Das Heimgesetz enthält Schutzregelungen für Heimbewohner und dient unter anderem

dazu, Würde, Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner vor Beeinträchtigung zu schützen sowie deren Selbstständigkeit und Selbstverantwortung zu wahren (§ 2 Abs. 1 HeimG). Es stellt eine Reihe von Anforderungen an den Betrieb eines Heimes auf, zu denen z.B. die Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands medizinisch-pflegerischer und sozialpädagogischer Erkenntnis, die Sicherstellung von Pflegeplanung, die Beratung in Heimangelegenheiten oder der Abschluss eines Heimvertrags gehören (§§ 2-11 HeimG).

Einige Forderungen des Heimgesetzes werden durch Rechtsverordnungen spezifiziert. Vier Verordnungen sind dem Heimgesetz zuzuordnen:

- Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauVO): Sie regelt die baulichen Voraussetzungen, die ein Heim erfüllen muss.
- Heimmitwirkungsverordnung (HeimMwVO): Sie enthält Festlegungen hinsichtlich der Mitwirkung des Heimbewohners am Heimgeschehen durch den Heimbeirat oder den Heimfürsprecher.
- Heimsicherungsverordnung (HeimSVO): Sie legt fest, wie der Heimträger mit Vermögensleistungen des Bewohners umzugehen hat. Die Verordnung betrifft sowohl Geld oder geldwertes Vermögen, das für den Bewohner aufbewahrt wird, als auch die Übertragung von Vermögensleistungen vom Bewohner an das Heim, die über das Entgelt hinausgehen.
- Heimpersonalverordnung (HeimPersVO): Sie beinhaltet personelle Anforderungen an die Qualifikation von Leitungspersonen und Mitarbeitern. Zudem legt die Verordnung das Verhältnis von Fach- zu Hilfskräften (Pflegefachquote) fest.

2.3 Akteure und deren Beziehungen

2.3.1 Beziehungsnetz der Akteure

Charakteristisch für die Erbringung der pflegerischen Versorgungsleistung ist die Dreiecksbeziehung zwischen Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Kostenträger. Zwischen den genannten Gruppen besteht ein komplexes Beziehungsgeflecht. Generell können Beziehungen durch Informationskontakte, durch Güter- bzw. Leistungsströme sowie durch Geldströme dargestellt werden (vgl. Bottler 1986a, S. 40; Bottler 1995, S. 3). Die bedeutendsten Leistungs- und Geldströme zwischen den Hauptakteuren sind in Abbildung 2-2 aufgezeigt. Die Vorstellung der einzelnen Akteure erfolgt in den Unterkapiteln 2.3.2 bis 2.3.7. Es wird sowohl auf ihre Bedeutung im Rahmen des Pflegesystems, ihre Aufgaben und ihre Interessen als auch auf ihre jeweiligen Organisationsstrukturen eingegangen.

Die Umsetzung des Leistungsrechts, d.h. die Organisation der pflegerischen Leistungserbringung, überlässt der Gesetzgeber hauptsächlich den Akteuren der Selbst-

verwaltung – den ambulanten und stationären Leistungserbringer sowie den Kostenträgern. Selbstverwaltung bedeutet, dass die zugewiesenen Aufgaben durch die demokratisch gebildeten Organe der beiden Parteien eigenverantwortlich im Rahmen der gesetzlichen Freiräume geregelt werden (vgl. Neumann 2002, S. 29). Nur wenn der gesetzliche Auftrag nicht oder unzureichend erfüllt wird, greift der Gesetzgeber regelnd ein (vgl. Vollmer 1994b, S. 37).

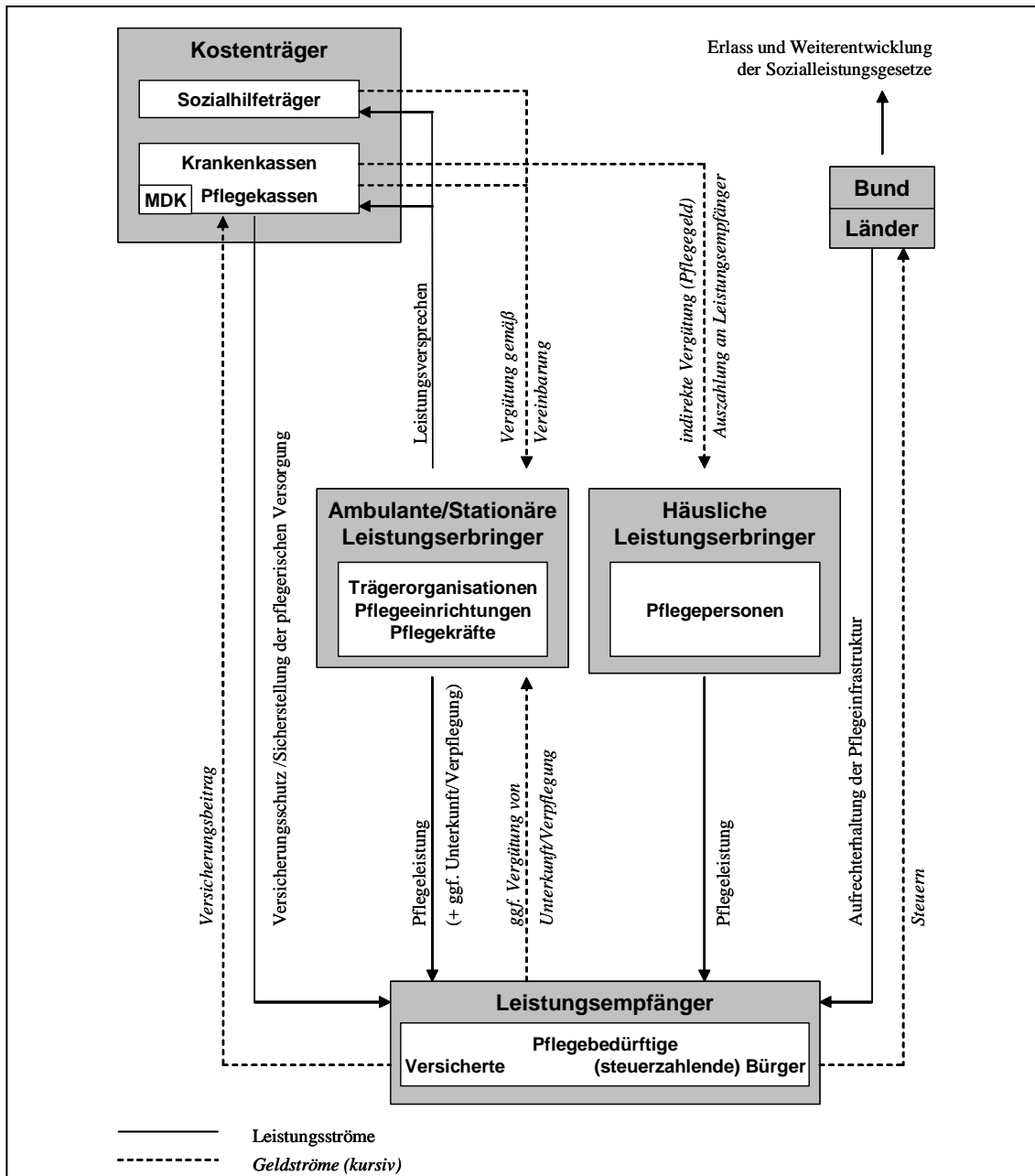


Abbildung 2-2 Elementare Leistungs- und Geldströme zwischen den Akteuren des Pflegesystems

(Quelle: eigene Darstellung)

2.3.2 Bund und Länder

Aus dem Grundgesetz ergibt sich die föderale Zuständigkeitsstruktur für die Sozialpoli-

tik. Der Bund trägt hierbei die Verantwortung für die Sozialleistungsgesetze, wie beispielsweise für die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung oder das Heimgesetz (vgl. Blaumeiser u.a. 2002, S. 24; Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Grundanliegen der sozialen Gesetzgebung ist die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung und die Aufrechterhaltung der Bezahlbarkeit des Sozialsystems (vgl. Treike 2003, S. 24 f.). Die Umsetzung dieser Ziele erfolgt durch den Bundestag und die Bundesministerien. Hierbei gehört die Erhaltung, Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit des Pflegesystems zu den zentralen Aufgaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hier wurde ein Ausschuss für die Fragen der sozialen Pflegeversicherung gebildet (§ 10 Abs. 1. SGB XI), dessen Oberziel die Optimierung und Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung ist. Der Ausschuss ist beratendes Organ der Bundesregierung und dient der Abstimmung zwischen Bund und Ländern bei der Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Erkenntnisse und Erfahrungen der Länder fließen hier zusammen und werden auf Bundesebene genutzt (vgl. Jung/Schweitzer 1995, S. 70). Weiterhin gehören unter anderem die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verhaltensvorschriften, die Sicherung der Funktionalität des Pflegesystems, die Beratung von Institutionen des Pflegesystems und der Erlass der im Gesetz vorgesehenen Rechtsverordnungen zu den Pflichten des Bundesministeriums für Gesundheit (vgl. BMG 2006, o.S.; Klie 2003, S. 71). Für den Fall, dass die Selbstverwaltung nicht die entsprechenden Vereinbarungen zur Umsetzung der gesetzlichen Forderungen trifft, besitzt der Bund eine subsidiäre auf Art. 80 GG begründete Verordnungsermächtigung (vgl. Kap. 2.2.1). Dies betrifft z.B. die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und die Regelungen der ambulanten und stationären Pflegevergütung nach §§ 83, 90 SGB XI. Sofern in diesen Fällen keine Vereinbarungen zwischen den verantwortlichen Vertragspartnern zustande kommen, kann die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates entsprechende Rechtsverordnungen erlassen.

Nach § 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I sind die Länder als Sozialleistungsträger dafür verantwortlich, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen benötigten Dienste und Einrichtungen zur Verfügung stehen. Die soziale Pflegeversicherung spezifiziert diesen Auftrag und macht die Vorhaltung und Finanzierung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgungsstruktur für den Pflegebereich zur Ländersache (§ 9 SGB XI). In den Bundesländern werden Landespflegegesetze erlassen, um diese Strukturverantwortung zu erfüllen. Ziel ist es, durch gezielte landesspezifische Planung (Landespflegepläne, Kreispflegepläne) und Investitionsförderung der Einrichtungen eine flächendeckende Pflegeinfrastruktur sicherzustellen. Da das SGB XI als Bundesrecht über dem Landesrecht steht, müssen die Inhalte und Grund-

gedanken der sozialen Pflegeversicherung beachtet und weitergeführt werden. Es ist den Ländern jedoch selbst vorbehalten, ihre Sozialpolitik entsprechend den regionalen Begebenheiten im Land zu gestalten (vgl. Klie 2003, S. 70). Folglich weisen die Landespflegegesetze zwischen den verschiedenen Bundesländern große Unterschiede auf. Es existieren unterschiedliche Planungskonzepte, Anreizprogramme, Modellprojekte sowie Subventions- und Investitionskostenfördermodelle (vgl. Blaumeiser u.a. 2002, S. 38). Nur im Fall des Marktversagens ist es Aufgabe des Landes, die Strukturen bzw. Pflegeeinrichtungen selbst bereitzustellen und somit regulierend in das Marktgeschehen einzugreifen (vgl. Blaumeiser u.a. 2002, S. 24 ff.).

Einen wichtigen Beitrag zur Optimierung des Versorgungssystems leisten die Landespflegeausschüsse (vgl. Jung/Schweitzer 1995, S. 69). Sie werden nach § 92 SGB XI für jedes Land oder für Teile des Landes gebildet und dienen dem Aufbau und der Weiterentwicklung eines regional und fachlich abgestimmten Versorgungssystems. Der Ausschuss beschäftigt sich mit Fragen der Organisation sowie der Bemessung von Vergütungen und Entgelten und ist besetzt mit Vertretern der Landesbehörden, der Pflegekassen und der Pflegeeinrichtungen (§ 92 Abs. 1 SGB XI). Er stellt den Austausch und die Abstimmung zwischen Ländern, Kostenträgern und Leistungsanbietern sicher.

Die Finanzierung des Staates bzw. der öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden erfolgt maßgeblich über Steuern. Diese dienen sowohl der Beschaffung von Einnahmen (fiskalische Zielsetzung) als auch der Umsetzung von wirtschafts-, sozial- und ordnungspolitischen Vorstellungen (nichtfiskalische Zielsetzung). Steuern sind die Haupteinnahmequellen zur Umsetzung der genannten Aufgaben des Bundes und des Landes (vgl. Dichtl/Issing 1987b, S. 627; Alpmann&Schmidt/F.A. Brockhaus 2005, S. 1241).

Im Gegensatz zu den meisten der nachfolgend beschriebenen Akteuren fungieren Bund und Länder aber nicht als Vertragspartner in der Vertragslandschaft der Pflege.

2.3.3 Kostenträger

2.3.3.1 Sozialversicherungsträger

Die Pflegekassen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung (§§ 1 Abs. 1, 46 Abs. 1 SGB XI). Ihre Aufgaben werden administrativ von den Krankenkassen wahrgenommen (§ 1 Abs. 3 SGB XI). Allgemeine, gemeinsame Vorschriften ergeben sich nach dem SGB IV. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung gilt das Buch gemäß § 1 SGB IV auch für die gesetzliche

Unfall- und Rentenversicherung sowie in Teilen für die Arbeitsförderung und die Sozialhilfe. Das SGB IV enthält beispielsweise Regelungen zu Grundsätzen, Geltungsbereich, Leistungen, Finanzierung und Trägern der Sozialversicherungen. Die originären und versicherungsspezifischen Vorgaben zu Aufbau und Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen sind jedoch im sechsten und siebten Kapitel des SGB V, im fünften Kapitel des SGB XI und in den jeweiligen Kassensatzungen enthalten.

Im Jahr 2005 existieren in Deutschland 270 gesetzliche Krankenkassen, die acht Kas-
senarten zugeordnet werden können. Die Bedeutendsten sind allgemeine Ortskran-
kenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK) und
die Ersatzkassen für Angestellte (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 198). Jeder
Krankenkasse ist eine Pflegekasse angegliedert (§ 46 Abs. 1 SGB V). Diese sind wie
Krankenkassen rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstver-
waltung (§ 4 Abs. 1 SGB V; § 46 Abs. 2 SGB XI). Krankenkassen bilden auf Landes-
ebene Landesverbände, die wiederum Bundesverbände bilden (§§ 207 ff. SGB V). Die
Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen nehmen die Aufgaben der Landes-
und Bundesverbände der Pflegekassen wahr (§§ 52 ff. SGB XI). Die Kassen und ihre
Verbände erfüllen öffentliche, aus dem SGB resultierende Aufträge.

Die auf Bundesebene angesiedelten Spitzenverbände leisten übergeordnete Fachar-
beit und dienen der Vertretung und Wahrung der Interessen ihrer Kassenart gegenüber
der Politik und der Fachöffentlichkeit (vgl. Meyer 1996, S. 220). So vertritt der Bundes-
verband der Betriebskrankenkassen im Jahr 2005 201 deutsche Betriebskrankenkas-
sen und neun Landesverbände (vgl. Landesverband der BKK Baden-Württemberg
2005, o.S.). Zur gemeinsamen fachpolitischen Interessenvertretung aller Kassenarten
haben die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Arbeitsgemeinschaft⁵ gebildet. In
dieser Funktion erstellen sie für die Pflegekassen unter anderem verbindliche Richtli-
nien (z.B. Pflegebedürftigkeits-Richtlinie, Begutachtungs-Richtlinie, § 17 SGB XI),
handlungsorientierende Bundesempfehlungen (z.B. Bundesempfehlungen für die
Rahmenverträge, § 75 Abs. 6 SGB XI) und sind an der Festlegung der Maßstäbe und
Grundsätze zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 80 SGB XI)
beteiligt.

Die Landesverbände haben eigene gesetzlich zugewiesene Pflichten, wie z.B. die Zu-
lassung von Pflegeeinrichtungen (vgl. Kap. 3.3.4.1), zu erfüllen und unterstützen die

⁵ Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind der AOK-Bundesverband, der BKK-Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), der Ver-
band der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. (AEV), die Knappschaft, der Bundesverband der Landwirt-
schaftlichen Krankenkassen (BLK) und die See-Krankenkasse (vgl. Arbeitsgemeinschaft der
Spitzenverbände der GKV 2006, o.S).

Kranken- und Pflegekassen mit Sitz im jeweiligen Verbandsgebiet bei der Erfüllung ihrer Angelegenheiten (§ 211 SGB V). Hierfür nehmen sie Aufgaben der regionalen Interessenvertretung gegenüber Politik, Behörden und auch Vertragspartnern, wie beispielsweise Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern, wahr. Zugleich sind die Landesverbände Fachberater und Dienstleistungsanbieter für die örtlichen Kassen. Sie streben landesweit einheitliche Rahmenbedingungen, Abläufe und Ziele der ihnen zugeordneten Kassen an. Direkten Kundenkontakt mit dem Versicherten haben in der Regel nur die örtlichen Kranken- und Pflegekassen.

Nach § 12 Abs. 1 SGB XI sind die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich (Sicherstellungsauftrag). Dies soll in enger Zusammenarbeit mit allen Personenkreisen, die an der Pflegeerbringung beteiligt sind, erfolgen. Genau spezifiziert wird dieser Sicherstellungsauftrag in § 69 SGB XI: So soll die pflegerische Versorgung bedarfsgerecht und gleichmäßig sein sowie dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechen. Diese Leistungen müssen die Pflegekassen allen Versicherten zur Verfügung stellen, es besteht sozusagen eine Verschaffungspflicht der Pflegekassen (vgl. Rudolph 1997, S. 48). Da die Pflegekassen selbst keine Einrichtungen vorhalten, um den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, sind sie auf die Zusammenarbeit mit Trägern der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen angewiesen.

Die rechtliche Regelung der Kooperation und Spezifizierung der Versicherungsleistungen erfolgt durch eine Reihe von Verträgen. Die Einrichtungen verpflichten sich die vertraglich vereinbarten Leistungen für die Versicherten der Pflegekasse zur Verfügung zu stellen (Leistungsversprechen). Im Gegenzug gewährt die Pflegekasse der Einrichtung eine entsprechende Vergütung. In ihrer Rolle als Vertragspartner fungieren die Pflegekassen auch als Sachwalter ihrer Versicherten. Sie sehen sich als Interessenvertretung der Pflegebedürftigen, die letztendlich die Leistungen der Versorgungseinrichtungen in Anspruch nehmen (vgl. Johné 1997, S. 170; Rudolph 1997, S. 48).

Aufgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände resultieren hauptsächlich aus dem SGB V. Nach § 2 SGB V sind sie verpflichtet, ihren Versicherten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung zu stellen. Entsprechend den Gegebenheiten bei den Pflegekassen schließen auch sie mit zahlreichen Leistungserbringern Verträge ab.

Die Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen werden aus Beiträgen der Arbeitgeber und der Versicherten finanziert (vgl. Kap. 2.2.2 u. 2.2.3). Im Gegenzug wird den Versicherten ein Versicherungsschutz zugesichert, d.h. im Krankheitsfall oder im Falle der Pflegebedürftigkeit werden Versicherungsleistungen gewährt.

Die Kranken- und Pflegekassen unterliegen wie alle Versicherungsträger einer staatlichen Rechtsaufsicht, die die Einhaltung von Gesetz und Rechtsprechung überwacht (§ 87 SGB IX). Zuständige Aufsichtsbehörde auf Bundesebene ist das Bundesversicherungsamt als deutsche Bundesoberbehörde. Es führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren (d.h. mit einer Erstreckung über mehrere Bundesländer) Träger und Einrichtungen der Sozialversicherung (§ 90 Abs. 1 SGB IV). Das Bundesversicherungsamt hat Beratungs- und Genehmigungsbefugnisse und prüft die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung bei den bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen (§ 46 Abs. 6 SGB XI). Auf Landesebene übernimmt diese Funktion die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes (§ 90 Abs. 2 SGB IV; § 46 Abs. 6 SGB XI).

2.3.3.2 Sozialhilfeträger

Träger der Sozialhilfe sind die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger (§ 3 Abs. 1 SGB XII). Die örtlichen Träger sind die kreisfreien Städte und die Landkreise (§ 3 Abs. 2 SGB XII). Die Länder können gemäß § 99 SGB XII bestimmen, inwieweit die Landkreise die kreisangehörigen Kommunen zur Ausführung von Sozialhilfaufgaben heranziehen können (vgl. Meyer 1996, S. 210; Waltermann 2004, S. 219). Überörtliche Träger sind von den Ländern bestimmte Behörden, beispielsweise in Baden-Württemberg der Kommunalverband für Jugend und Soziales und in Hessen das Landeswohlfahrtsamt, die die Sozialhilfaufgaben erfüllen (vgl. Klie 2001, S. 324; Rizvi 2007, S. 17). Die Mittel für die überörtlichen Träger werden maßgeblich von den Kommunen bereitgestellt. Die überörtlichen Träger sind nicht dem Wortlaut nach den örtlichen Trägern überstellt. Vielmehr übernehmen sie auch Tätigkeiten, die die örtlichen Träger durch ihre begrenzte Finanz- und Verwaltungskraft nicht erbringen können (vgl. Meyer 1996, S. 210).

Zur Vertretung ihrer Interessen haben sich die Kommunen im Deutschen Städtetag (DST), im Deutschen Landkreistag (DLT) oder im Deutschen Städte- und Gemeindebund (DStGB) zusammengeschlossen. Gemeinsam bilden sie die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (vgl. Deutscher Städtetag 2007, o.S.). Die bundesweite Interessenvertretung aller 23 überörtlichen Träger erfolgt durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) (vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2007, o.S.).

Die Leistungen der Sozialhilfeträger im Bereich der Pflege sind im SGB XII beschrieben (vgl. Kap. 2.2.4). Die Sozialhilfeträger sind wie die Kranken- und Pflegekasse auf die Zusammenarbeit mit Pflegeleistungsanbietern angewiesen, um die Erbringung die-

ser Leistungen sicherzustellen. Ebenso wie bei den Kassen wird auch hier die Kooperation durch vertragliche Regelwerke festgeschrieben.

2.3.4 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen angegliedert und hat die Funktion eines unabhängigen Begutachtungs- und Beratungsdienstes. Die Aufgaben des MDK werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe erfüllt. Insbesondere durch die Anstellung von Ärzten, die bei der Wahrnehmung medizinischer Aufgaben ihrem ärztlichen Sachverstand unterworfen sind, soll eine gewisse Unabhängigkeit und Neutralität gegenüber den Versicherten und den Kranken- bzw. Pflegekassen sichergestellt werden (vgl. Jung/Schweitzer 1995, S. 90).

Entsprechend dem Aufbau der Kranken- und Pflegekassen, ist auch der MDK auf Landes- und Bundesebene organisiert. An oberster Stelle steht der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS). Der Organisationsaufbau des MDS und des MDK sowie deren Aufgaben werden durch das SGB V und SGB XI festgelegt. Der MDS nimmt fachpolitisch Einfluss durch seine Mitwirkung bei der Erstellung diverser richtungsweisender Normen, wie den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI oder den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (§ 17 SGB XI). Hauptaufgaben des MDK sind die Prüfung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI) und die Beratung beim Aufbau und der Vorhaltung der Pflegeinfrastruktur. Unter die Beratungsleistungen fallen die Beteiligung an Vertragsabschlüssen (§§ 72, 75 SGB XI), die Mitarbeit in den Landespflegeausschüssen (§ 92 Abs. 2 SGB XI) sowie die Durchführung von Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen (§ 112 SGB XI).

2.3.5 Ambulante und stationäre Leistungserbringer

2.3.5.1 Trägerorganisationen

Leistungsanbieter sind die Trägerorganisationen und die ihnen zuzuordnenden Pflegeeinrichtungen. Beiden Akteuren werden durch das SGB XI gesonderte Aufgaben zugewiesen.

Nach dem SGB XI ist es Aufgabe der Träger der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu sorgen, sich selbst an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen und diese auch nachzuweisen (§ 112 Abs. 2 SGB XI). Weiterhin sind die Träger Verhandlungs- und Vertragspartner der Pflegekassen.

Der Einrichtungsträger ist der Eigentümer oder der Betreiber der Pflegeeinrichtung. Träger können dabei Einzelpersonen, Personengruppen, Körperschaften des privaten Rechts oder öffentliche Körperschaften sein. Es wird zwischen privat-erwerbswirt-

schaftlichen, privat-bedarfswirtschaftlichen und öffentlichen Trägern unterschieden. Träger privat-erwerbswirtschaftlicher Einrichtungen sind unter anderem Marseille Kliniken AG, Curanum AG oder Pro Seniore AG. Privat-bedarfswirtschaftliche Träger sind gemeinnützige Organisationen der freien Wohlfahrtsverbände, wie beispielsweise die Arbeiterwohlfahrt e.V. (AWO), das Deutsche Rote Kreuz e.V. (DRK), das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Diakonisches Werk der EKD) oder der Deutsche Caritasverband e.V. (DCV). Kommunen (Städte, Gemeinden), Kommunalverbände (Landkreise) oder das Land verkörpern öffentliche Träger (vgl. Brühl/Christmann 2000, S. 112; Jung 2001, S. 109; Wöhe 2002, S. 266).

Die Trägergruppen unterscheiden sich anhand ihrer Zielsetzung. Primäres Betriebsziel der privat-erwerbswirtschaftlichen Einrichtungen ist die Gewinnerzielung. Die pflegerische Leistungserstellung – mit der eine Bedarfsdeckung einhergeht – ist für diese Betriebe Mittel zur Erreichung des betrieblichen Oberziels. Privat-bedarfswirtschaftliche und öffentliche Einrichtung handeln hingegen in erster Linie aus den bedarfswirtschaftlichen Motiven der Daseinsfürsorge und der Daseinsvorsorge. Ihr primäres Betriebsziel ist die Deckung des Bedarfs an Pflegeleistungen, d.h. die Leistungserstellung dient der unmittelbaren Zielerreichung. Wirtschaftliches Handeln und Gewinnerzielung ist hier Nebenbedingung, um die Einrichtungsexistenz langfristig zu sichern (vgl. Bottler 1986c, S. 19; Bottler 1995, S. 2 f.; Wendel 2001, S. 84).

Ein Großteil der Träger ist jeweils in Landes- und Bundesverbänden organisiert. Die Verbände sind meist öffentlich-rechtliche Körperschaften, wobei Aufgaben und Aufbauorganisation über Satzungen festgeschrieben werden (vgl. Ott 2002, S. 21).

Die Organisation der Mitglieder privat-bedarfswirtschaftlicher Träger erfolgt korporativ auf Landes- und/oder Bundesebene. Die sechs wichtigsten Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege haben sich auf Bundesebene zusammengeschlossen und vertreten ihre gemeinschaftlichen Interessen durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)⁶ (vgl. Meyer 1996, S. 182). Wohlfahrtsverbände haben eine hervorgehobene öffentliche Stellung, die sich auch auf Inhalte der §§ 132 Abs. 2, 132a Abs. 2 SGB V und des § 11 Abs. 2 SGB XI begründet, wonach die Kassen angehalten sind, die Träger der freien Wohlfahrtspflege besonders zu berücksichtigen. Diese Begünstigung kann sich auch in der Vergütung zeigen. Begründet wird dies mit der flächendeckenden Versorgung. Die Wohlfahrtsverbände tragen zur Sicherung der

⁶ Mitglieder sind die Spitzenverbände der Arbeiterwohlfahrt e.V. (AWO), des Deutschen Roten Kreuzes e.V. (DRK), des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Diakonisches Werk der EKD), des Deutschen Caritasverbands e.V. (DCV), des Paritätischen Wohlfahrtsverbands e.V. (DPWV) und der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST) (vgl. Meyer 1996, S. 182).

Versorgung in dünn besiedelten Regionen mit geringerer Rentabilität bei und helfen auf diese Weise Pflegekassen und Ländern bei der Umsetzung ihrer sozialpolitischen Ziele (vgl. o.V. 2002, S. 79 ff.).

Auch die Interessen privat-erwerbswirtschaftlicher Träger werden auf Landes- und Bundesebene fachpolitisch gegenüber der Öffentlichkeit vertreten. Ihr gemeinsames Hauptinteresse ist der freie Marktzugang und die Garantie gleicher Marktchancen (vgl. Meyer 1996, S. 203 f.). Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (BPA) war lange Zeit der einflussreichste Vertreter der privat-erwerbswirtschaftlichen Einrichtungsträger. Mittlerweile existieren weitere bundesweit tätige Verbände (vgl. Meyer 1996, S. 202). Dies sind beispielsweise der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB), die Bundesarbeitsgemeinschaft für Hauskrankenpflege e.V. (BAH), der Bundesverband Ambulante Dienste e.V. (BAD), der Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste (AVaP) oder die Bundesgeschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft privater Heime e.V. (APH).

Die Vertretung öffentlicher Träger erfolgt über die zuständige Kommune, den Kommunalverband oder das Land.

2.3.5.2 Pflegeeinrichtungen

Pflegeeinrichtungen sind als Betriebe ein auf Dauer angelegtes, zielorientiertes System von Personen, Sachen und Informationen zur Hervorbringung von pflegerischen Versorgungsleistungen (vgl. Bottler 1986c, S. 17 f.; Bottler 2004b, S. 13; Jung/Schweitzer 1995, S. 154). Nach § 11 Abs. 1 SGB XI sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Pflegebedürftigen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen. Aufgrund des Leistungsspektrums wird zwischen ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) und stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) unterschieden.

Pflegedienste sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die pflegebedürftige Personen in ihrer Wohnung pflegen und versorgen. Dies erfolgt unter Aufsicht und ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft (§ 71 Abs. 1 SGB XI). Im Jahr 2003 waren in Deutschland 10.619 ambulante Pflegeeinrichtungen zugelassen. Die Pflegedienste befanden sich überwiegend in privat-erwerbswirtschaftlicher Trägerschaft (55 Prozent), gefolgt von privat-bedarfswirtschaftlichen Trägern (43 Prozent) und öffentlichen Trägern (2 Prozent) (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 208). Durchschnittlich betreute ein Pflegedienst 2003 ca. 30 Pflegebedürftige (vgl. MDS 2004, S. 22).

Pflegeheime sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die pflegebedürftige Per-

sonen beherbergen, verpflegen und pflegen. Die Pflege erfolgt wie bei ambulanten Einrichtungen unter der Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft (§ 71 Abs. 2 SGB XI). Im Unterschied zur ambulanten Pflege wird der Pflegebedürftige aus seiner häuslichen Umgebung herausgelöst und für die Dauer der Pflege in einem Heim aufgenommen.

Im Jahr 2003 waren in Deutschland 9.743 stationäre Pflegeeinrichtungen zugelassen. Der Großteil (55 Prozent) befand sich in privat-bedarfswirtschaftlicher Trägerschaft (privat-erwerbswirtschaftliche Träger: 37 Prozent, öffentliche Träger: 8 Prozent) (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 208).

Das SGB XI unterscheidet zwischen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§§ 41-43 SGB XI). Vollstationären Einrichtungen versorgen pflegebedürftige Personen 24 Stunden. Bei teilstationärer Pflege handelt es sich meist um Tagesstätten. Der Pflegebedürftige wird einen Teil des Tages im Heim versorgt, den Rest verbringt er in seiner häuslichen Umgebung. Einrichtungen der Kurzzeitpflege werden in Anspruch genommen, wenn die häusliche bzw. ambulante Pflege vorübergehend nicht möglich oder nicht ausreichend ist, z.B. in Krisensituationen oder zu Urlaubszeiten der Pflegeperson (vgl. Jung/Schweitzer 1995, S. 154 f.). Der Großteil der zugelassenen Einrichtungen sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen (90 Prozent) (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 208). Aus diesem Grund werden Einrichtungen der Kurzzeitpflege und auch teilstationäre Angebote im weiteren Verlauf der Arbeit nicht näher betrachtet.

Pflegekassen bewilligen und erstatten nur die Kosten für Pflegeleistungen, die von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden – dies sind Einrichtungen mit Versorgungsvertrag (§ 72 Abs. 1 SGB XI) (vgl. Kap. 3.3.4.1).

2.3.5.3 Pflegekräfte

Der Terminus Pflegekraft wird für Personen verwendet, die Einkommen durch Pflege erzielen und eine beruflich-pflegerische Qualifikation besitzen (vgl. Jung/Schweitzer 1995, S. 94). Die Pflegeerbringung erfolgt entweder als Arbeitnehmer in Pflegeeinrichtungen oder selbstständig als geeignete Pflegekraft im Sinne des § 77 Abs. 1 SGB XI. Angestellte Pflegekräfte sind aus juristischer Sicht Erfüllungsgehilfen der Einrichtungen. Sie helfen Vereinbarungen zu erfüllen, die der Leistungsanbieter, d.h. die Pflegeeinrichtung oder der Träger, beispielsweise mit Kostenträgern oder Leistungsempfängern getroffen hat (vgl. Brühl/Christmann 2000, S. 230). Direkte Vorgaben für die Pflegekräfte sind im SGB XI nicht enthalten. Zwar wird die Anstellung mindestens einer Pflegefachkraft gefordert, auf deren Aufgaben wird jedoch nicht eingegangen.

Die Leistungserbringung durch geeignete Pflegekräfte gemäß § 77 SGB XI bezieht

sich nur auf die ambulante Pflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) und ist eher ein Sonderfall, der erst zum Tragen kommt, wenn die Leistungserbringung nicht durch zugelassene Pflegeeinrichtungen gesichert werden kann (vgl. Klie 2003, S. 56). Nach § 77 Abs. 2 SGB XI gelten hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität für geeignete Pflegekräfte die gleichen Anforderungen wie für zugelassene Pflegedienste. Geeignete Pflegekräfte sind als freiberuflich Pflegende selbstständige Unternehmer, die auch das wirtschaftliche Risiko ihrer Tätigkeit tragen. Von ihnen wird erwartet, dass sie selbstständig arbeiten und die fachlichen Anforderungen zuverlässig und dauerhaft erfüllen können, die sich aus der pflegerischen Versorgung des Leistungsempfängers ergeben (vgl. Maschmann 1996, S. 51). Das Aufgabenprofil geeigneter Pflegekräfte nach § 77 Abs. 1 SGB XI ergibt sich direkt aus ihren individuellen Vereinbarungen mit den Pflegekassen (vgl. Kap. 3.3.4.2).

Pflegekräfte besitzen im Vergleich zu den anderen Akteuren – ausgenommen der häuslichen Leistungserbringer – den engsten Kontakt zu den Leistungsempfängern. Ihre direkte Beziehung zueinander bestimmt in großem Umfang, welches Pflegeergebnis erreicht wird (vgl. Garms-Homolova 2002, S. 244). Die Handlungen der Pflegekräfte beziehen sich nicht nur auf die rein körperliche Pflege, sondern ergeben sich aus dem individuellen Unterstützungsbedarf des Pflegebedürftigen. So erbringen Pflegekräfte auch Leistungen der Beratung der Leistungsempfänger und ihrer Angehörigen, der Kontaktpflege, der sozialen Betreuung und bieten Unterstützung bei Verlusterfahrungen (vgl. Klie 2001, S. 563). Sie sind Ansprechpartner für Lob und Zufriedenheitsäußerungen sowie für Sorgen und Beschwerden. Zudem regeln sie vielfach kleine Dinge des Alltags der Bedürftigen, wie z.B. die Vereinbarungen von Arztterminen. Für die Leistungsempfänger sind Pflegekräfte folglich wichtige Bezugspersonen, zu denen oft ein Vertrauensverhältnis besteht (vgl. Garms-Homolova 2002, S. 245).

In 2003 waren ca. 200.000 Personen in Pflegediensten und ca. 500.000 Personen in Pflegeheimen beschäftigt (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 208). Etwa 90 Prozent des Personals ist weiblich. Die meisten Pflegekräfte haben eine abgeschlossene Berufsausbildung als Altenpfleger, Altenpflegehelfer, Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer oder einen sonstigen pflegerischen Abschluss (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 208).

Die Vertretung der beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der Pflegekräfte erfolgt durch verschiedene Berufsverbände. Beispielhaft sollen hier der Deutsche Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA), der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) und der Deutsche Pflegeverband e.V. (DPV) genannt werden.

Der DBfK und der DPV sind neben neun anderen Pflegeorganisationen Mitglieder im Dachverband Deutscher Pflegerat e.V. (DPR). Der DPR ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und die Spitzenorganisation der wichtigsten Pflegeverbände in Deutschland. Ziel des Vereins ist, eine qualitätsorientierte, pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen (vgl. Brandenburg/Huneke 2006, S. 547 f.; DPR 2005, S. 2; Huneke/Brandenburg 2006, S. 303).

2.3.6 Häusliche Leistungserbringer

Häusliche Leistungserbringer sind Personen aus dem sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen, die bei Bedarf pflegerische Hilfe leisten. Diese Pflegepersonen pflegen nicht erwerbsmäßig und versorgen Pflegebedürftige in ihrer häuslichen Umgebung (§ 19 SGB XI). Sie verfügen in der Regel nicht über eine pflegerische Ausbildung, sondern eignen sich das notwendige Wissen einzelfallbezogen an (vgl. Kämmer 1996b, S. 175). Nach dem SGB XI sind Pflegepersonen Pflegenden, die der Pflegebedürftige selbst beschafft hat und für die er entsprechend seiner Pflegestufe ein monatliches Pflegegeld beantragen kann (§ 37 SGB XI). Unabhängig vom Pflegegeld, das dem Pflegebedürftigen ausgezahlt wird, haben Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person mehr als 14 Stunden wöchentlich pflegen, Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung (§ 44 SGB XI). In diesen Fällen entrichten die Pflegekassen für die Pflegeperson beispielsweise Beiträge an den zuständigen Rentenversicherungsträger.

Pflegepersonen sind selbst keine unmittelbaren Adressaten gesetzlicher Vorgaben. Vorgaben der sozialen Pflegeversicherung zur Qualität und zum Inhalt der Leistungserbringung richten sich nur an die ambulanten und stationären Leistungserbringer als Sachleistungserbringer (vgl. Wiese 2004, S. 52).

Ein Großteil der Pflegepersonen kommt aus dem familiären Netzwerk des Pflegebedürftigen. Es handelt sich um Ehepartner, Geschwister, Töchter/Söhne, Enkel oder sonstige Familienangehörige. Im Falle von Ein-Personen-Pflegehaushalten, bei denen der Pflegebedürftige nicht auf Angehörige zurückgreifen kann, übernehmen vielfach Freunde, Bekannte oder Nachbarn pflegerischen Versorgungsleistungen (außerfamiliäre Netzwerke) (vgl. Schmidt 2002, S. 194). Die meisten Pflegepersonen sind Frauen (vgl. BMGS 2004, S. 49; Johne 1997, S. 21). Grundsätzlich gilt, je stabiler das Netzwerk, desto länger werden Hilfe- und Pflegeleistungen erbracht. Familiäre Netzwerke sind in der Regel weniger fragil als außerfamiliäre Netzwerke (vgl. Schmidt 2002, S. 196). Nach Angaben des Statistischen Jahrbuchs haben 2003 ca. 50 Prozent aller Leistungsempfänger Pflegegeld (ohne Kombination mit Pflegesachleistungen) erhalten (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 208). Somit wird etwa die Hälfte aller Pflegebe-

dürftigen in ihrer häuslichen Umgebung durch informelle Netzwerke versorgt. Derzeit ist bereits eine leichte Abnahme dieses Pflegepotenzials zu erkennen und es wird erwartet, dass sich der hohe Anteil häuslicher Pflege immer mehr zugunsten der stationären Versorgung verringern wird. Die Gründe sind vielfältig: Die Anzahl von Ein-Personen-Haushalten nimmt zu, die Zahl der Familien sinkt und immer mehr Frauen sind erwerbstätig und stehen somit nicht für Pflegetätigkeiten zur Verfügung (vgl. BMGS 2004, S. 49; Fischer 2005, S. 224; Johné 1997, S. 33).

Charakteristisch für die häusliche Pflege ist, dass neben der Hauptpflegeperson vielfach weitere Personen in die Pflege involviert sind. Es handelt sich hier entweder um Laien aus dem jeweiligen Unterstützungsnetzwerk oder um Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste. Hilfe von Pflegediensten in Form von Pflegesachleistung wird vor allem dann in Anspruch genommen, wenn der Grad der Pflegebedürftigkeit die physischen und psychischen Kräfte der Pflegeperson übersteigt oder wenn die Pflegeperson berufstätig ist (vgl. Johné 1997, S. 21; Schmidt 2002, S. 195 f.). Diese Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung wird von den Pflegekassen als Kombinationsleistung abgerechnet. Das Pflegegeld wird um den Anteil gekürzt, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch nimmt (§ 38 SGB XI). Im Jahr 2003 bezogen neun Prozent aller pflegebedürftigen Personen Kombinationsleistungen (vgl. BMGS 2004, S. 48).

Die Pflegepersonen und ihre Netzwerke sind kaum in Form einer Interessenvertretung organisiert. Dies ergibt sich hauptsächlich aus der Überlastung der pflegenden Personen. Es ist aber auch darauf hinzuweisen, dass diese Selbstorganisationsschwäche nicht zwangsläufig mit sozialpolitischer Einflusslosigkeit einhergeht. Denn sowohl die Interessen der Pflegepersonen und ihrer Netzwerke als auch die der Pflegebedürftigen werden von anderen Organisationen vertreten (vgl. Meyer 1996, S. 180 f.). Zu nennen sind: das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Deutscher Verein), das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) und der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR). Diese Organisationen haben sich der Probleme der älteren Generation und der Altenhilfe angenommen. Sie sind Initiator zahlreicher öffentlich wirksamer Aktionen und werden vielfach als Ratgeber herangezogen (vgl. Gerste 2002, S. 123 ff.; Brandenburg/Huneke 2006, S. 548 f.). In dieser Rolle haben sie oftmals wesentlichen Einfluss auf fachpolitische Entscheidungen, wie z.B. Richtlinien. So waren Sachverständige des KDA und des DZA unter anderem an den Anleitungen für die Qualitätsprüfungen des MDK in den Pflegeeinrichtungen beteiligt (vgl. MDS 2000a, S. 6; MDS 2000b, S. 6).

Die häuslichen Leistungsempfänger fungieren – wie beispielsweise auch Bund und Länder – nicht als Vertragspartner.

2.3.7 Leistungsempfänger

Die Anzahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nimmt seit deren Einführung im Jahr 1995 stetig zu. Im Jahr 2003 erhielten rund zwei Millionen Pflegebedürftige Leistungen der sozialen Pflegeversicherung im Umfang von rund 16,5 Milliarden Euro (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 210). Einen Überblick über die Anzahl Pflegebedürftiger der einzelnen Pflegestufen und über die Art der Leistungserbringung bietet Tabelle 2-2. So wurden im Jahr 2003 1,4 Mio. Pflegebedürftige zu Hause und 0,6 Mio. Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Die pflegerische Versorgung in der häuslichen Umgebung erfolgt zu zwei Dritteln durch selbst beschaffte Pflegepersonen. Nur ein Drittel wird von Pflegediensten erbracht. Empfänger von Kombinationsleistungen sind der ambulanten Pflege zugeordnet (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 208).

Tabelle 2-2 Struktur der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung

	Anzahl Pflegebedürftige (%)		
	Häusliche Pflege	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege
Pflegestufe I erheblich Pflegebedürftige	588.039 (60 %)	224.732 (50 %)	216.307 (34 %)
Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	313.820 (32 %)	167.558 (37 %)	282.699 (44 %)
Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige	84.661 (8 %)	57.836 (13 %)	133.629 (21 %)
Σ	986.520 (100 %)	450.126 (100 %)	632.635 (99 %)*

* Rest bisher ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, S. 208)

Pflegebedürftige können die Leistungsart, die sie in Anspruch nehmen wollen, frei wählen. Im Jahr 2003 waren das Pflegegeld mit 49 Prozent und die vollstationäre Pflege mit einem Anteil von 27 Prozent die am häufigsten in Anspruch genommenen Leistungsarten. Kombinationsleistungen (10 Prozent), Pflegesachleistungen (9 Prozent) und sonstige Leistungen, wie Kurzzeitpflege etc. besaßen geringere Bedeutung (vgl. BMGS 2004, S. 48). Die Inhalte der wichtigsten Leistungsarten sind in Tabelle 2-3 dargestellt. Trotz des hohen Anteils an Pflegebedürftigen, die häusliche oder ambulante Pflege in Anspruch nehmen, resultiert ca. die Hälfte der Gesamtausgaben der

sozialen Pflegeversicherung aus den Kosten der vollstationären Pflege (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 208).

Tabelle 2-3 Bedeutende Leistungsarten der sozialen Pflegeversicherung

		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Häuslich ambulante Pflege	Pflegegeld (€ monatlich)	205	410	665
	Pflegesachleistung (bis € monatlich)	384	921	1.432
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen (pauschal € monatlich)	1.023	1.279	1.432

(Quelle: BMGS 2004, S. 27)

Im Rahmen der häuslichen und ambulanten Pflege werden Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht. Die Pflegekassen zahlen Pflegegeld an den Pflegebedürftigen, wenn die Pflegeleistung privat beschafft wird (§ 37 SGB XI). Diese Geldleistung ist zweckgebunden, d.h. sie soll für Bedarfe verwendet werden, die sich aus der Pflegebedürftigkeit ergeben. Es ist dem Pflegebedürftigen jedoch selbst überlassen, ob und in welcher Höhe er das Pflegegeld an die ihn versorgende Pflegeperson weiterleitet (vgl. Jung/Schweitzer 1995, S. 78). Pflegesachleistungen sind Leistungen, die von einem ambulanten Pflegedienst in der Wohnung des Pflegebedürftigen erbracht werden und die der Dienst mit der Pflegekasse abrechnet (§ 36 SGB XI).

Das Leistungsangebot stationärer Einrichtungen umfasst Grundpflege, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung, Verpflegung und Unterkunft. Die Kosten für Verpflegung und Unterkunft sind allerdings keine Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und müssen vom Pflegebedürftigen, dessen Angehörigen oder gegebenenfalls vom zuständigen Sozialhilfeträger getragen werden. Heimbewohner sind hierdurch Pflegebedürftigen gleichgestellt, die zu Hause gepflegt werden und ebenfalls für ihre Lebensführungskosten selbst aufkommen müssen. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten der pflegebedingten stationäre Aufwendungen bis zu einem festen Gesamtbeitrag (§ 43 SGB XI).

Die Auswahl des jeweiligen ambulanten oder stationären Leistungsanbieters ist dem Pflegebedürftigen selbst überlassen.

Es ist Aufgabe aller Versicherten der sozialen Pflegeversicherung durch gesundheitsbewusste Lebensführung, Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen, aktive Mitwirkung an Krankenbehandlungen oder medizinischer Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§ 6 Abs. 1 SGB XI). Nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit haben sie an Maßnah-

men der medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken. Ziel dieser Maßnahmen ist es, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder Verschlimmerungen zu verhindern (§ 6 Abs. 2 SGB XI).

Pflegebedürftige verfügen, wie auch die Pflegepersonen nur über eine ungenügende eigene Interessenorganisation in politisch relevanter Größe. Dies ist durch ihr eingeschränktes Selbstorganisationspotenzial zu begründen, welches sich zwangsläufig aus Alter und Krankheit der Pflegebedürftigen ergibt. Von Organisationsfähigkeit wird gesprochen, wenn das gesellschaftliche Interesse groß genug ist, um genügend motivationale und auch materielle Ressourcen freizusetzen. Hierzu muss eine entsprechend große Gruppe interessierter Personen bestehen. Diese Anforderungen werden von der Gruppe der Pflegebedürftigen jedoch nicht erfüllt (vgl. Isenberg 2002, S. 67; Meyer 1996, S. 180). Ebenso wie bei den häuslichen Leistungserbringern werden die Interessen der Leistungsempfänger jedoch advokatorisch von anderen Organisationen vertreten. Auch hier treten die Organisationen vielfach sowohl für die Interessen der Leistungsempfänger als auch für die der Angehörigen, Freunde und Bekannten ein.

So sehen sich die Verbände der freien Wohlfahrtspflege als Fürsprecher der Betroffenen. Es kann hier aber nicht von einer uneingeschränkten Interessenvertretung der Pflegebedürftigen gesprochen werden. Die freien Wohlfahrtsverbände sind neben ihren eigenen sonstigen Interessen als Einrichtungsträger ebenso den Interessen ihrer Mitarbeiter und auch den vom Markt und vom Staat auferlegten Rahmenbedingungen verpflichtet (vgl. Meyer 1996, S. 181). Dennoch spielen sie durch ihre bedarfsorientierte und gemeinnützige Ausrichtung und ihren hohen Organisationsgrad eine beachtliche Rolle.

Neben den Wohlfahrtsverbänden sind die Kriegssopferverbände die wichtigsten Advokaten der Pflegebedürftigen (vgl. Meyer 1996, S. 197). Zu nennen ist hier der Sozialverband VdK Deutschland e.V. Neben der politischen Interessenvertretung bietet der Verband auch Informationen und Rechtsberatung für sozial benachteiligte und von gesellschaftlicher Ausgrenzung bedrohte Menschen (vgl. Sozialverband VdK Deutschland e.V. 2006, o.S.).

Abschließend soll an dieser Stelle noch auf weitere Organisationen zur politischen Interessenvertretung von alten Menschen und auf Verbraucherschutzorganisationen hingewiesen werden. Zu den Erstgenannten zählen der Seniorenschutzbund Graue Panther, die Bundesinteressenvertretung der Altenheimbewohner e.V. (BIVA) und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO). Der BAGSO ist der

Dachverband von 92 Verbänden, Organisationen und Initiativen der freien Altenarbeit zur Interessenvertretung für die ältere Generation (vgl. o.V. 2006b, S. 49; Dücker 1998, S. 199 f.). Ihr politischer Einfluss wird in der Literatur allerdings als recht gering eingestuft (vgl. Dücker 1998, S. 199; Meyer 1996, S. 200 ff.).

Verbraucherschutzorganisationen, wie die Verbraucher-Zentralen sind anbieterunabhängige Beratungsstellen. Viele Stellen bieten mittlerweile auch Pflegeberatung an. Ihr Ziel ist es, alten, behinderten und chronisch kranken Menschen durch Beratung und Information zu möglichst hoher Lebensqualität zu verhelfen. Neben dieser individuellen Unterstützung sind sie ein bedeutender Sensor von bestehenden Verbraucherproblemen im Bereich der Pflege und vertreten diese öffentlich (vgl. Isenberg 2002, S. 68).

3 Verträge in der Pflege

3.1 Grundlagen des Vertragsrechts

3.1.1 Verträge als Rechtsquelle

Das deutsche Rechtssystem beruht auf einer Gesamtheit von Rechtsquellen und bezieht sich hierbei überwiegend auf geschriebene Rechtsnormen (vgl. Brenner 2000, S. 22, Weber 2002, S. 1093).

Grundsätzlich regeln Rechtsquellen das menschliche Zusammenleben, indem sie verbindliche Verhaltensregeln und Rechtsansprüche beschreiben. Auf diese Weise wirken sie handlungssteuernd und verhelfen, Konflikte zu vermeiden oder zu lösen (vgl. Brenner 2000, S. 22; Klie 2001, S. 21 f.). Sie stehen in einer Rangordnung, die die Abbildung 3-1 darstellt.

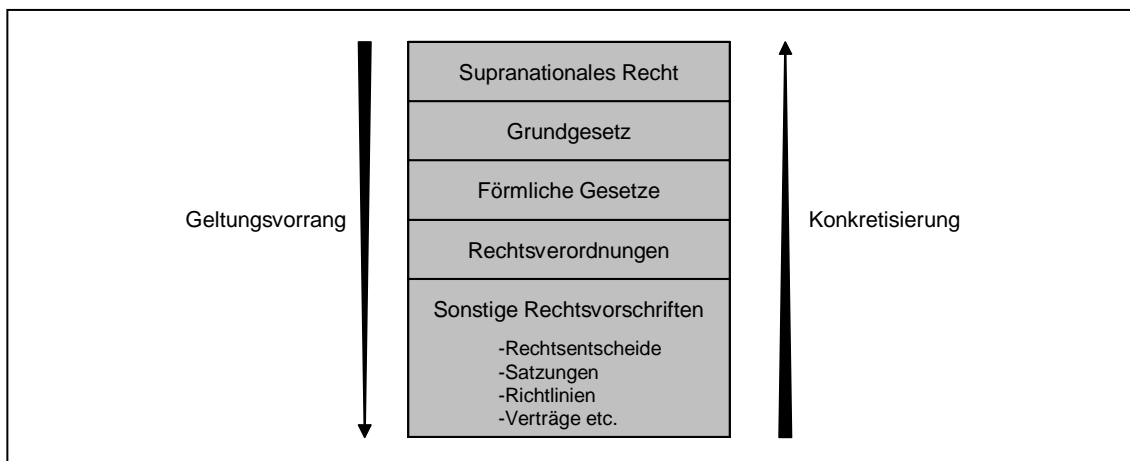


Abbildung 3-1 Hierarchie der Rechtsquellen

(Quelle: in Anlehnung an Eichenhofer 2000, S. 91)

Dem Grundgesetz – als ranghöchste nationale Rechtsquelle – stehen supranationale Rechtsquellen des internationalen Rechts (Völkerrecht) und des Rechts der Europäischen Gemeinschaft vor (vgl. F.A. Brockhaus 2002, S. 194 u. 688; Waltermann 2004, S. 40 ff.). Auf diese Rechtsquellen soll an dieser Stelle jedoch nicht eingegangen werden (siehe hierzu Eichenhofer 1987; Isak/Schmalenbach 2007; Waltermann 2004, S. 40 ff.). In der deutschen Rechtsordnung sind dem Grundgesetz förmliche Gesetze, Rechtsverordnungen und Satzungen unterstellt (vgl. Kap. 2.2.1). Diesen Rechtsquellen folgen eine Reihe von weiteren Rechtsvorschriften, wie Gerichtsurteile der Verfassungsgerichte und verbindliche Richtlinien. Auch Verträge gehören zur Gruppe der sonstigen Rechtsvorschriften und sind Rechtsquellen (vgl. Braun 2001, S. 162; Eichenhofer 2000, S. 90 f.; Ewers, 1998, S. 70; Klie 2001, S. 21 ff.). Aus der dargestell-

ten Hierarchie folgt, dass die Regelungen einer im Rang niedrigeren Rechtsquelle nur gelten, wenn sie mit dem Inhalt der im Rang höheren Rechtsquelle vereinbar sind. Umgekehrt konkretisieren rangniedrigere Rechtsquellen in der Regel übergeordnete Rechtsquellen (vgl. Eichenhofer 2000, S. 92).

3.1.2 Begriff und Bedeutung von Verträgen

Verträge sind eine Untergruppe der Rechtsgeschäfte. Ein Rechtsgeschäft ist ein juristischer Tatbestand, besteht aus einer oder mehreren Willenserklärungen und dient der Erzielung eines bestimmten Zwecks. Es wird unterschieden zwischen einseitigen, auf einer Willenserklärung beruhenden Rechtsgeschäften (z.B. Testamentserrichtung) und zwei- oder mehrseitigen Rechtsgeschäften, die auf mindestens zwei Willenserklärungen basieren (vgl. Weber 2002, S. 1104). Ein Vertrag ist in der Regel ein zweiseitiges Rechtsgeschäft, bei dem ein rechtlicher Erfolg erzielt werden soll. Er beruht auf mindestens zwei übereinstimmenden Willenserklärungen – Angebot einerseits und Annahme andererseits. Angebot und Annahme müssen sich zum Zustandekommen eines Vertrags inhaltlich entsprechen. Solange sich die Willenserklärungen der beteiligten Seiten nicht vollständig decken, gilt der Vertrag im Zweifel als nicht abgeschlossen (vgl. Brühl/Christmann 2000, S. 18 f., Weber 2002, S. 1523).

Durch jeden Vertrag entstehen für die Vertragspartner Pflichten, die so genannten Rechtsfolgen des Vertrags. Es ist zu unterscheiden zwischen Hauptleistungs-, Nebenleistungs- und Sorgfaltspflichten. Haupt- und Nebenleistungspflichten resultieren aus dem individuellen Vertragsziel, wobei die Nebenpflichten der ordnungsgemäßen Erfüllung der Hauptleistungspflichten dienen. Sorgfaltspflichten ergeben sich aus dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) und aus den Anforderungen der Verkehrssitte. Hiernach kann ein Vertragspartner darauf vertrauen, dass der Andere sich sorgfältig verhält, d.h. dass dieser seine Vertragspflichten erfüllt, ihm keinen vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Schaden zufügt und sich entsprechend der herrschenden Vorstellung von Sitte und Moral verhält (vgl. Brenner 2000, S. 116; Methfessel 1977, S. 16). Sorgfaltspflichten lassen sich unterteilen in Aufklärungs-, Obhuts- und Schutzpflichten. So besteht eine gegenseitige Aufklärungspflicht bei Unerfahrenheit, überlegenem Wissen und bei Informationen, die hohe Relevanz für den Vertragsabschluss besitzen. Im Rahmen der Obhutspflichten sollen die Interessen des Verhandlungspartners beachtet und Missverständnisse vermieden werden. Nach den Schutzpflichten hat jeder Vertragspartner die körperliche Unversehrtheit des Anderen zu sichern (vgl. Klamroth/Walter 1991, S. 7).

Verträge regeln – wie alle Rechtsquellen – das menschliche Zusammenleben und zie-

len auf Konfliktvermeidung und -lösung, indem sie mit den Mitteln des Rechts Sachverhalte für die Zukunft ordnen. Hierzu werden gegenläufige Interessenlagen der Vertragsparteien ausgetauscht, ein Konsens ermittelt und vertraglich vereinbart (vgl. Brenner 2000, S. 22; Junker/Kamanabrou 2002, S. 3 ff.; Methfessel 1977, S. 144). Prinzipiell dienen Verträge der Zweckverwirklichung und Risikoplanung, wobei die Grenzen zwischen diesen Vertragszwecken in der Praxis nicht klar zu ziehen sind. Größtenteils wird von den Vertragsparteien beides angestrebt (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 5). Bei der Zweckverwirklichung im Sinne von Erfüllungsplanung stehen die angestrebten Ziele der Vertragsparteien im Vordergrund der Vertragsbestimmungen. Verträge sind daher so zu formulieren, dass beide Parteien ihre Ziele erreichen können (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 3 ff.). Ebenso dienen Verträge auch der Risikoplanung – synonym wird auch der Begriff der Störfallvorsorge verwendet. Ziel ist hier die Erzeugung von Rechtssicherheit für etwaige Konflikte, die aus Interessengegensätzen entstehen. Die Vertragsparteien sichern sich gegen potenzielle Störungsquellen und Konfliktfälle ab, indem sie versuchen diese zu erahnen und rechtliche Lösungswege vorzugeben (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 3 ff.; Krahermer 1998, S. 312). Auf diese Weise werden Konflikte bereits im Vorfeld vermieden und eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung im Konfliktfall sichergestellt. Verträge bewirken so eine Begrenzung und Verlagerung von Schadensfolgen und sind Teil des Risikomanagements der Vertragspartner (vgl. Klie 2001, S. 153).

Generell sind vertragliche Vereinbarungen die stärksten gegenseitigen Ansprüche zwischen Personen, die die deutsche Rechtsordnung vorsieht. Sie sind für die Vertragspartner verbindlich und ihre Durchsetzbarkeit wird gesetzlich gewährleistet (vgl. Klamroth/Walter 1991, S. 4). Dieses Einhaltungversprechen führt zu Verhaltenssicherheit innerhalb der Vertragsbeziehungen. Verträge sind folglich verlässliche Regelungsinstrumente, auf deren Grundlage die weitere Planung und Kalkulation der beteiligten Parteien erfolgt bzw. erfolgen kann (vgl. Klamroth/Walter 1991, S. 4 f.; Klie 2001, S. 23).

Grundsätzlich ist zwischen öffentlich-rechtlichen Verträgen und privatrechtlichen Verträgen zu unterscheiden. Die Abgrenzung erfolgt nach dem Vertragsgegenstand. Bei einem öffentlich-rechtlichen Vertrag schließt eine Behörde mit einem Privatrechtssubjekt, z.B. einem Bürger, einen Vertrag über ein öffentlich-rechtliches Thema ab, d.h. es werden durch die Rechtsbeziehungen öffentliche Aufgaben wahrgenommen und ausgeführt. Allgemeine Vorgaben für den Abschluss öffentlich-rechtlicher Verträge enthalten §§ 54 bis 62 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG). Bestimmungen spezifischer öffentlicher Rechtsgebiete zum Vertragsgegenstand gelten vorrangig, z.B. sind

bei Verträgen des Sozialrechts in erster Linie die Bestimmungen des SGB X zu beachten. §§ 53 bis 61 SGB X befassen sich explizit mit allgemeinen Vorgaben zu öffentlich-rechtlichen Verträgen im Sozialrecht. Ergänzend zu den Vorschriften des Verwaltungsverfahrensgesetzes bzw. des SGB X gelten grundsätzlich die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (§ 61 SGB X; § 62 VwVfG) (vgl. Alpmann&Schmidt/F.A. Brockhaus 2005, S. 1449 f.; Becker 1995, S. 187 ff.; Eichenhofer 2000, S. 77; Sodan/Ziekow 2005, S. 37 ff.).

Ein privatrechtlicher Vertrag regelt die Rechtsbeziehungen zwischen rechtlich gleichgestellten Rechtssubjekten (natürlichen oder juristischen Personen). Gegenstand der Verträge sind in der Regel Individualinteressen. Vorgaben zu Verträgen im Allgemeinen und zu speziellen Vertragsarten enthält das Bürgerliche Gesetzbuch. Wenn der Vertragsgegenstand nicht ausschließlich dem öffentlichen oder dem privaten Recht zugeordnet werden kann, sondern sowohl einen öffentlich-rechtlichen Teil als auch einen privatrechtlichen Teil enthält (Mischvertrag), dann entscheidet der Gesamtcharakter des Vertrags. Die Abgrenzung ist aufgrund der unterschiedlichen Wirksamkeitsvoraussetzungen, der Folgen von Fehlern, die sich jeweils aus den unterschiedlichen Bestimmungen ergeben und vor allem wegen des Rechtswegs bei Streitigkeiten von Bedeutung (vgl. Becker 1995, S. 189; Braun 1997, S. 132 f.; Weber 2002, S. 1526). So ist bei privatrechtlichen Streitigkeiten in erster Instanz die ordentliche Gerichtsbarkeit (Amtsgerichte) zuständig. Bei Auseinandersetzungen über Angelegenheiten der Sozialversicherung ist der Rechtsweg über die Sozialgerichtsbarkeit (Sozialgerichte) einzuschlagen (vgl. Braun 1997, S. 133; F.A. Brockhaus 2002, S. 309 u. 640; Klie 2001, S. 40).

Das System der Pflege handelt größtenteils nach vertraglichen Regelungen mit öffentlich-rechtlicher Natur, deren Inhalt über das öffentlich-rechtliche Sozialrecht – insbesondere SGB V, SGB XI und SGB XII – vorgeschrieben wird. Heimverträge (vgl. Kap. 3.3.4.8), Pflegeverträge (vgl. Kap. 3.3.4.9) und Kooperationsverträge (vgl. Kap. 3.3.4.11) sind jedoch privatrechtliche Verträge (vgl. Kraher 1998, S. 311; Rudolph 1997, S. 58; Schulin 1994, S. 295 ff.; Schulz-Gödeker 1995, S. 39).

3.1.3 Eigenschaften von Verträgen

3.1.3.1 Vertragsfreiheit

Ein Merkmal des deutschen Rechtssystems ist die Vertragsfreiheit, die auf der Privatautonomie der Vertragsparteien beruht (vgl. Griep/Renn 1998, S. 1). Diese äußert sich durch (vgl. Brenner 2000, S. 57 f.; Heussen 1997a, S. 22; Klamroth/Walter 1991, S. 24; Methfessel 1977, S. 22):

- Abschlussfreiheit: Jede rechtsfähige Person kann frei entscheiden, ob sie gegenseitige Rechte und Pflichten festlegen will und hierfür einen Vertrag abschließt. In

wenigen Ausnahmefällen wird der Abschlussfreiheit ein Kontrahierungszwang entgegengestellt. Laut Rechtsvorschrift besteht hier die Verpflichtung, eine feste Rechtsbindung mit vorgegebenen Vertragspartnern einzugehen. Beispielsweise unterliegen die Pflegekassen beim Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegeeinrichtungen bei Vorliegen definierter Voraussetzungen einem Kontrahierungszwang (vgl. Kap. 3.3.4.1).

- **Formfreiheit:** Die Formfreiheit eines Vertrags ergibt sich aus der Formfreiheit einer Willenserklärung. Ein Wille kann mündlich, schriftlich oder konkludent, d.h. durch schlüssiges Verhalten zum Ausdruck gebracht werden. In vielen Fällen wird jedoch eine Schriftform vertraglich beispielsweise im Rahmen der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (vgl. Kap. 3.1.5.3) vereinbart oder ist sogar gesetzlich vorgeschrieben. So müssen beispielsweise nach § 56 SGB X öffentlich-rechtliche Verträge der Sozialversicherungen stets schriftlich abgeschlossen werden. Dies gilt unter anderem für Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI (§ 80 Abs. 1 SGB XI) (vgl. Kap. 3.3.3.1) oder für Versorgungsverträge (§ 73 Abs. 1 SGB XI) (vgl. Kap. 3.3.4.1).
- **Gestaltungsfreiheit:** Hiernach ist es den Vertragsparteien überlassen, welche Inhalte (Rechte und Pflichten) in den Vertrag aufgenommen werden.

Die Vertragsgestaltungsfreiheit – auch Inhaltsfreiheit genannt – wird jedoch durch verschiedene Normvorschriften eingegrenzt. Hierzu zählen (vgl. Heussen 1997a, S. 4 f.; Griep/Renn 1998, S. 3 ff.; Klamroth/Walter 1991, S. 25):

- **Begrenzung durch zwingendes Recht und gesetzliche Verbote:** Hierzu zählen alle gesetzlichen Vorschriften, die durch Verträge nicht geändert werden können und zwingend gelten. Hauptbestandteil des zwingenden Rechts sind Verbotsgesetze. Rechtsgeschäfte gegen gesetzliche Verbote haben nach § 134 BGB keine Wirksamkeit. Weiterhin werden im Pflegebereich weite Teile der Vertragsinhalte über die Regelungen des SGB V, SGB XI und SGB XI gestaltet.
- **Sittenwidrigkeit:** Sittenwidrig sind Inhalte, die gegen die bestehende Rechts- und Sozialmoral verstoßen. Sittenwidrige Rechtsgeschäfte und Wucher sind nach § 138 BGB unwirksam.
- **Verbraucher schützende Vorschriften:** Der Verbraucherschutz ist insbesondere bei Rechtsgeschäften zwischen Unternehmern und Endverbrauchern von Bedeutung.
- **Formvorschriften:** Das Bürgerliche Gesetzbuch enthält für verschiedene Vertragstypen feste Vorgaben hinsichtlich Inhalt und Durchführung (vgl. Kap. 3.1.5.2). Begründet durch die Vertragsfreiheit, können die Regelungen jedoch häufig durch gegenseitige Vereinbarungen abgeändert werden.

3.1.3.2 Vertrauensgrundsatz

Verträge sollten stets auf dem Vertrauensgrundsatz beruhen. Dieser besagt, dass zwischen Personen, die sich aus freiem Willen dazu entscheiden, einen Vertrag abzuschließen, ein Vertrauensverhältnis bestehen sollte. Die Parteien sollten erwarten, dass der andere die getroffene Vereinbarung einhält und alles unterlässt, was sich negativ auf die Erreichung des Vertragsziels auswirken könnte. Das Vertrauen der Vertragspartner ist eng mit der Erfüllung von Sorgfaltspflichten (vgl. Kap. 3.1.2) verknüpft. Für den Fall, dass kein Vertrauen besteht, kann die Sinnhaftigkeit des Vertrags bzw. des Abschlusses gefährdet sein (vgl. Methfessel 1977, S. 163).

3.1.3.3 Vertragsgerechtigkeit

Jeder Vertrag sollte dem Anspruch der Gerechtigkeit entsprechen. Vertragsgerechtigkeit ist gekennzeichnet durch eine ausgewogene Vertragsgestaltung, in der die Interessen der Vertragspartner gleichermaßen berücksichtigt werden. Benachteiligungen sind ebenso zu vermeiden, wie die unverhältnismäßige Begünstigung Einzelner (vgl. Reh binder 1993, S. 48). Vertragsgerechtigkeit sieht weiterhin vor, dass der Vertragsabschluss auf der freien und selbstbestimmten Einigung der Vertragspartner beruht. Die Vertragspartner sind bei dieser Annahme gleichberechtigt und besitzen gleiche Machtpositionen. Diese Bedingungen liegen in der Rechtspraxis jedoch kaum vor. Insbesondere die Ausgewogenheit der Stellung der Vertragspartner ist durch das wirtschaftliche, intellektuelle oder informationelle Ungleichgewicht zwischen den Parteien meistens nicht gegeben. In diesen Fällen kommt es leicht zum Diktat von Vertragsinhalten und zu ungerechten Vertragsabschlüssen, die nicht auf einer freien Willenserklärung beruhen. Um dem entgegenzuwirken, sind oftmals verbindliche Vertragsvorgaben sowie richtungweisendes Handeln und Korrigieren seitens des Gesetzgebers oder der Gerichte notwendig. Aus diesem Grund existieren insbesondere bei Verträgen, die die Öffentlichkeit betreffen, gesetzliche Bestimmungen zum Vertragsinhalt und zur Überwachung der Vertragsdurchführung (vgl. Langenfeld 1991, S. 64 f.). Dieses Vorgehen des Gesetzgebers zeigt sich auch bei den Verträgen der Pflege für die unter anderem Vorgaben zu Vertragsinhalten, Schlichtungsverfahren oder Kontrollmaßnahmen bestehen.

3.1.3.4 Verifizierbarkeit

Eine weitere Eigenschaft von Verträgen ist deren Verifizierbarkeit. Die elementare Anforderung ist hierbei die klare und unmissverständliche Ausdrucksform. Die Vertragsinhalte – insbesondere die Leistungen – sollten auf verifizierbaren Größen aufbauen, d.h. sie sollten bestimmbar und überprüfbar sein (vgl. Methfessel 1977, S. 170 f.). Bedeutung besitzt dieser Punkt insbesondere bei der Durchsetzung vertraglicher Forderungen

gen vor Gericht. Nur verifizierbare Vertragsbedingungen können von einer Vertragspartei nach Vertragsbruch vor Gericht angezeigt und erfolgreich eingefordert werden (vgl. Jost 2001, S. 13 f.).

3.1.4 Aufbau von Verträgen

Weder das Bürgerliche Gesetzbuch noch andere Rechtsvorschriften machen feste Vorgaben zum Vertragsaufbau. In der Praxis hat sich jedoch ein allgemeines Vertragsgerüst etabliert (vgl. Reh binder 1993, S. 97):

- Präambel zur Festlegung des Vertragstyps, der Vertragsparteien, des Vertragsgegenstands und des Vertragszwecks,
- Definitionen,
- Rechte und Pflichten der Parteien (Durchführung, Ort und Zeit der Leistungen und Leistungsarten),
- Vertragsdauer, Rücktritts-, Kündigungsrechte und Folgen der Vertragsbeendigung,
- Leistungsstörungen und Sicherungsrechte (z.B. Wettbewerbsverbote, Geheimhaltungspflichten),
- Festlegungen zur Konfliktlösung,
- Gegebenenfalls Hinweise auf Allgemeine Geschäftsbedingungen, anwendbares Recht, Gerichtsstand sowie
- Anpassungsregelungen und salvatorische Klausel.

3.1.5 Arten von Verträgen

3.1.5.1 Kollektivverträge

Ein Kennzeichen von Kollektivverträgen ist deren Drittwirkung. Sie besitzen Gültigkeit für eine Gruppe von Personen, die nicht zwangsläufig direkt an den Vertragsabschlüssen beteiligt ist. Kollektivvertragliche Regelungen werden von Vertragsparteien, wie beispielsweise von Verbänden (z.B. Gewerkschaften) stellvertretend für einen definierten Personenkreis, d.h. für die Verbandsmitglieder oder die Gewerkschaftsmitglieder abgeschlossen (vgl. Schul in 1994, S. 293 ff.). Hierbei müssen die Vertragsparteien explizit für einen Vertragsabschluss berechtigt sein. Dies geschieht per Gesetz, durch ein satzungsmäßiges Vertretungsrecht oder durch eine schriftliche Bevollmächtigung durch die Mitglieder (vgl. Schul in 1994, S. 295). Kollektivvertragliche Regelungen sind oft den Individualverträgen überstellt. Es wird von einem System mehrstufiger Verträge oder einem abgestuften Normensystem gesprochen, welches neben dem Arbeitsrecht auch im Pflegeversicherungsrecht gemäß SGB XI Anwendung findet (vgl. Griep/Renn 2001, S. 73; Schul in 1994, S. 293).

Typische Kollektivverträge im Arbeitsrecht sind Tarifverträge, die den Arbeitsverträgen (Individualverträge) übergeordnet sind. Die Inhalte von Tarifverträgen besitzen Ver-

bindlichkeit für die Mitglieder der Tarifvertragsparteien. Hierzu zählen die am Abschluss beteiligten Arbeitgeber oder deren Verbände und die in Gewerkschaften organisierten Arbeitnehmer (vgl. F.A. Brockhaus 2002, S. 691 f.; Klie 2001, S. 505). Neben den Tarifverträgen finden in der Pflege eine Reihe weiterer Kollektivverträge Anwendung (vgl. Kap. 3.3.3). Die weiteren dort behandelten Kollektivverträge haben sämtlich öffentlich-rechtliche Natur (vgl. Griep/Renn 2001, S. 75 ff.; Schütte 1996, S. 257).

In der juristischen Fachsprache werden Kollektivverträge auch als Verträge zulasten Dritter, Verträge zugunsten Dritter oder Verträge mit Schutzwirkung für Dritte bezeichnet. Zur näheren Erläuterung und Differenzierung der Begriffe sei auf die juristische Fachliteratur verwiesen (siehe hierzu Köndgen/Bayer 1999; Neumann 2002, S. 15 ff.; Weber 2002, S. 1527 f.).

3.1.5.2 Individualverträge

Individualvertragliche Regelungen werden zwischen einzelnen Vertragsparteien ausgehandelt. Der Vertragsinhalt bezieht sich direkt auf das Verhältnis und die Handlungen der Vertragspartner untereinander.

Das Bürgerliche Gesetzbuch behandelt eine Reihe von privatrechtlichen Individualvertragstypen. Es handelt sich hierbei um Vertragstypen, die in der Praxis besonders häufig angewandt werden. Die bedeutendsten Individualvertragstypen sind (vgl. Klamroth/Walter 1991, S. 26 ff.):

- Kaufverträge nach §§ 433 ff. BGB: Kaufverträge sind die wichtigsten und am häufigsten abgeschlossenen Rechtsgeschäfte im Wirtschaftsverkehr. Sie sind meist formlos gültig, d.h. Angebot und Annahme können gegebenenfalls auch mündlich erfolgen. Ausnahmen bestehen z.B. bei Grundstückskäufen, die einer notariellen Beurkundung bedürfen. Innerhalb eines Kaufvertrags verpflichtet sich der Verkäufer zur Lieferung und Übereignung des Kaufgegenstandes. Der Käufer hingegen schuldet die Zahlung des Kaufpreises und die Annahme des Kaufgegenstandes.
- Werkverträge nach §§ 631 ff. BGB: Wesensmerkmale sind die Wertschöpfung und der Erfolg. Der Besteller verpflichtet sich dem Hersteller die vereinbarte Zahlung zu leisten. Der Hersteller schuldet den Erfolg, der durch seine Arbeit bewirkt wird. Es existieren keine Formvorschriften.
- Mietverträge nach §§ 535 ff. BGB: Gegenstand des Mietvertrags ist die entgeltliche Gebrauchsüberlassung des Mietgegenstandes durch den Vermieter an den Mieter. Mietverträge sind prinzipiell formlos gültig. Bei einer Gültigkeit über ein Jahr müssen sie jedoch schriftlich abgeschlossen werden.

- Pachtverträge nach §§ 581 ff. BGB: Im Rahmen eines Pachtvertrags übergibt der Verpächter dem Pächter den Pachtgegenstand zu Gebrauch und Nutzung. Der Pächter sichert sich somit – im Unterschied zur Miete – nicht nur den Gebrauch, sondern auch den Ertrag aus der Nutzung des Pachtgegenstands, sofern die Nutzung ordnungsgemäß erfolgt.
- Dienstverträge nach §§ 611 ff. BGB: Mit dem Abschluss eines Dienstvertrags verpflichtet sich eine Person gegen ein Entgelt zur Leistung vereinbarter Dienste. Hierbei ist die Bezahlung des Entgelts nicht an den Erfolg der Leistung, sondern an die Ausführung der Tätigkeit gekoppelt. Arbeitsverträge (vgl. Kap. 3.3.4.7) sowie Pflegeverträge (vgl. Kap. 3.3.4.9) gehören zur Gruppe der Dienstverträge.

In der Praxis kommt es oft zur Vermischung der unterschiedlichen Vertragstypen. Heimverträge sind beispielsweise typische gemischte Verträge: Sie enthalten Teile eines Mietvertrags und eines Dienstvertrags (vgl. Brühl/Christmann 2000, S. 113; Klie 1999, S. 36; Müller 2005, S. 63). Das Angebot und die Inanspruchnahme von Betreuungs-, Pflege- und Verpflegungsleistungen entsprechen einem Dienstvertrag (vgl. Kap. 3.3.4.8). Im Sinne eines Mietvertrags wird dem Bewohner eine Wohnung oder ein Zimmer im Heim zur Verfügung gestellt.

Eine vergleichbare Typisierung von öffentlich-rechtlichen Individualverträgen existiert nicht (vgl. Sodan/Ziekow 2005, S. 539). Individualverträge öffentlich-rechtlicher Natur sind beispielsweise Versorgungsverträge gemäß § 72 SGB XI (vgl. Kap. 3.3.4.1) oder die Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über stationäre Versorgungsleistungen (vgl. Kap. 3.3.4.3) (vgl. Schütte 1996, S. 257; Schulin 1994, S. 295 f.).

3.1.5.3 Allgemeine Geschäftsbedingungen und Musterverträge

Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) und Musterverträge kommen hauptsächlich bei Individualverträgen zum Einsatz. Allgemeine Geschäftsbedingungen sind vorformulierte Vertragsbedingungen, die für eine Vielzahl von Verträgen eingesetzt und beim Vertragsabschluss von einer Vertragspartei (Anwender der Allgemeinen Geschäftsbedingungen) zur Verfügung gestellt werden. Allgemeine Geschäftsbedingungen werden entweder direkt in die Vertragsurkunde aufgenommen oder als gesonderte Anlage beigelegt, wobei dann in der Urkunde ausdrücklich auf sie verwiesen werden muss (§ 305 Abs. 1 BGB). Inhalt und Anwendung sind im Abschnitt 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (§§ 305-310 BGB) geregelt. Hiernach müssen Allgemeine Geschäftsbedingungen sachlich differenziert, transparent und frei von unangemessenen Benachteiligungen sein. Überraschende und unklare Klauseln sind nichtig. Allgemeine Geschäftsbedingungen finden insbesondere dann Anwendung, wenn die einzelnen Vertragsbedingun-

gen nicht explizit zwischen den Vertragsparteien ausgehandelt werden. Für den Anwender dienen Allgemeine Geschäftsbedingungen der Rationalisierung von Geschäftsabläufen. Verträge können einfacher und kostengünstiger abgeschlossen werden, da aufwendige Verhandlungen über Einzelfragen entfallen (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 81).

Auch bei Musterverträgen oder so genannten Standardverträgen handelt es sich um vorformulierte Vertragsbedingungen, die ein Vertragspartner bei Vertragsabschluss vorlegt (vgl. Kraher 1996b, S. 541). Sie gehören zur Gruppe der Allgemeinen Geschäftsbedingungen und folglich sind die Vorgaben der §§ 305 ff. BGB einzuhalten. Musterverträge finden Anwendung bei standardisierten Rechtsgeschäften, die mit mehreren Vertragspartnern einheitlich abgeschlossen werden sollen. Sie vereinfachen und normieren die Vertragsabwicklung und stellen sicher, dass unterschiedliche Vertragspartner Gleichbehandlung erfahren (vgl. Heussen 1997b, S. 158). In der Pflege werden in der Regel beim Abschluss von Arbeits-, Pflege- und Heimverträgen Mustervorlagen verwendet (vgl. BKK-Bundesverband 2003, S. 167; Rüping/Kühne 2002, S. 10). Nach § 30 der Heimmitwirkungs-Verordnung sind Pflegeheime sogar zur Erstellung und zum Einsatz von Musterheimverträgen verpflichtet (vgl. Klie 1999, S. 38).

3.2 Lebenszyklus von Verträgen

3.2.1 Überblick

Verträge durchlaufen innerhalb ihres Lebenszyklus eine Reihe hintereinander geschalteter Phasen. Der Zyklus umfasst Vertragsplanung, Vertragsentwurf, Vertragsverhandlung und -abschluss, Vertragsdurchführung und -kontrolle sowie Vertragspflege und Vertragsende. Je nach Gegenstand und Vertragstyp werden allerdings nicht immer alle Phasen durchlaufen. Beispielsweise entfallen bei mündlichen Verträgen, die in der Regel nicht dokumentiert werden oder bei stark standardisierten Rechtsgeschäften, wie der Einkauf von Lebensmitteln im Supermarkt (Kaufvertrag), verschiedene Phasen. Hingegen werden vor allem bei Verträgen mit einem hohen Formalisierungsgrad – wie sie in der Pflege hauptsächlich anzutreffen sind – alle Phasen durchlaufen. Der große Formalisierungsgrad der Verträge in der Pflege beruht auf der hohen Anzahl von Vertragspartnern mit einem hohen Interesse an Rechtssicherheit und den z.T. weitreichenden Vertragszielen aus denen ein hohes Maß an Festlegungen resultiert.

3.2.2 Vertragsplanung

Während der Vertragsplanung werden die Ziele festgelegt, die die Parteien erreichen wollen und weitere Vertragsvorbereitungen getroffen. Oft ist die Zielsetzung betriebswirtschaftlich/technisch vorgegeben oder resultiert aus gesetzlichen Vorgaben (vgl. Heussen 1997a, S. 2 u. 23). Bei den meisten Verträgen der Pflege sind neben den

Vertragszielen auch Vertragsparteien und grobe Inhalte festgeschrieben. Auf Basis dieser Gegebenheiten ist es Aufgabe der Vertragsparteien innerhalb der Phase der Vertragsplanung Ideen zu sammeln, Informationen über den Vertragsgegenstand und über die restlichen Vertragsparteien einzuholen, auszuwerten und die Rechtslage zu analysieren.

3.2.3 Vertragsentwurf

Nach einer umfassenden Informationsgewinnung wird ein Vertragsentwurf mit einer Grobgliederung der Vertragsinhalte erstellt. Hierbei sind die gesetzliche Ausgangslage und die rechtlichen Rahmenbedingungen von Beginn an zu beachten, damit der Vertrag vor der Rechtsordnung Bestand hat (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 8 ff.). Zudem ist bereits in der Entwurfsphase die Auswahl der Sprache von großer Bedeutung (vgl. Heussen 1997b, S. 160 f.). Insbesondere Teile, die für die praktische Durchführung des Vertrags relevant sind, sollten in der Fachsprache der Vertragsparteien verfasst sein. Nur ein Vertrag, der das entsprechende (pflegerische, medizinische, betriebswirtschaftliche etc.) Fachvokabular verwendet, ist verständlich und kann von den Vertragsparteien umgesetzt werden.

3.2.4 Vertragsverhandlung und -abschluss

Im Rahmen der Vertragsverhandlung kommt es zum Kontakt zwischen den Vertragsparteien und zum Austausch von Informationen zum Zweck des Vertragsabschlusses. Vertragsinformationen werden schriftlich durch Vertragsentwürfe, Briefwechsel etc. oder durch ein persönliches Treffen der Parteien ausgetauscht (vgl. Heussen 1997b, S. 187). Es erfolgt die Erörterung der Positionen und Interessen der Vertragsparteien, die Diskussion strittiger Vertragsinhalte und gegebenenfalls die Erarbeitung eines Kompromisses, der vertraglich niedergelegt wird. Vertragsverhandlungen sind insbesondere von Bedeutung bei nicht standardisierten Rechtsgeschäften und wenn zwischen den Vertragsparteien ein Machtgefälle vorliegt. Im letzteren Fall kann es allerdings auch sein, dass die überlegene Partei die Bedingungen vorgibt und kaum inhaltliche Verhandlungen stattfinden (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 26 u. S. 183). Mit Aufnahme der Vertragsverhandlungen entstehen zwischen den verhandelnden Parteien bereits vor- oder außervertragliche Beziehungen, so genannte Sorgfaltspflichten (vgl. Kap. 3.1.2).

Wenn es zu keiner Einigung kommt und die Verhandlungen vertagt oder abgebrochen werden, sollte der Verhandlungsstand schriftlich festgehalten werden (vgl. Möwisch/Hons/Both 2005, S. 80). Grundsätzlich kann jede Verhandlungspartei die Vertragsverhandlungen abbrechen, falls keine Annäherung und Einigung in Sicht ist. Berechtigte Gründe sind beispielsweise Änderungen der ursprünglichen Ziele, Nichterfüllung be-

rechtiger Forderungen der Gegenseite, Zweifel am Willen zur Zusammenarbeit oder die Erkenntnis, dass der Vertragspartner nicht vertrauenswürdig ist (vgl. Heussen 1997b, S. 362; Junker/Kamanabrou 2002, S. 183).

Nach dem Scheitern freier Verhandlungen besteht die Möglichkeit, ein Schlichtungsverfahren einzuleiten. Die Schlichtung ist ein Versuch, gemeinsam mit Hilfe unparteiischer Personen zum Vertragsabschluss zu kommen (vgl. Wigge 2001, S. 21). Hierbei wird der letzte schriftlich festgehaltene Verhandlungsstand als Basis verwendet. In vielen Bereichen des Sozialrechts existieren gesetzliche Vorgaben zum Einsatz eines Schlichtungsverfahrens und zur Zusammensetzung eines Schlichtungskomitees. Schlichtungsvorgaben beziehen sich insbesondere auf Verträge, deren Abschluss den Vertragsparteien gesetzlich vorgeschrieben ist und die für das System der sozialen Sicherung hohe Relevanz besitzen. Beispielsweise ist für Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über die pflegerische Versorgung, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI oder die Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über stationäre Versorgungsleistungen der Schlichtungsvorgang über das SGB XI festgeschrieben (§§ 75 Abs. 4, 80a Abs. 3, 85 Abs. 5 SGB XI).

Nach erfolgreichem Abschluss der Verhandlungen erfolgt die Erstellung des Endvertrags – der Vertragsurkunde. Der vollständig ausgearbeitete Vertragstext sollte von allen Vertragsparteien gründlich überprüft werden. Es sollten zu diesem Zeitpunkt alle notwendigen Informationen ausgetauscht und keine wesentlichen Fragen mehr offen sein. Mit der Unterschrift der Parteien wird der Vertragsabschluss besiegelt (vgl. Heussen 1997b, S. 296 f.).

3.2.5 Vertragsdurchführung und -kontrolle

Die Vertragsdurchführung umfasst alle Maßnahmen, die zur Umsetzung der Vertragsziele notwendig sind. Im Normalfall kommt es zum Leistungsvollzug, d.h. die Vertragspartner erfüllen die festgelegten Rechte und Pflichten (vgl. Methfessel 1977, S. 205). Die Einhaltung der Vereinbarungen sollte stets von beiden Seiten überwacht werden, denn es besteht die Gefahr, dass von den Vereinbarungen abgewichen wird. Vertragsstörungen können sich auf die Nichterfüllung, auf den Leistungsverzug, auf eine schlechte Leistung oder auf eine schuldhaftige Pflichtverletzung vor oder bei Vertragsabschluss beziehen (vgl. Brenner 2000, S. 117). Auf die Folgen der verschiedenen Arten der Vertragsstörungen und damit verbundene Rechtsfolgen, wie z.B. Schadensersatzforderungen soll nicht weiter eingegangen werden. Hier sei auf die umfangreiche Fachliteratur verwiesen (siehe hierzu Brenner 2000, S. 117 ff.; Emmerich 2005; Methfessel 1977, S. 205 ff.; Unberath 2007).

3.2.6 Vertragspflege und -ende

Unter Vertragspflege fallen Änderungen und Anpassungen, die inhaltlich am Vertrag während der vereinbarten Vertragslaufzeit vorgenommen werden. Damit ein Vertrag wirksam wird, müssen alle Vertragspartner das geänderte Dokument unterzeichnen, es sei denn, die ursprüngliche Vertragsurkunde enthält hierzu gesonderte Vorgaben. Grundsätzlich gibt es zwei Modifikationswege. Einerseits besteht die Möglichkeit, die neuen Vereinbarungen mit dem Ursprungsvertrag zu verbinden. Alle Bestandteile des bisherigen Vertrags, die von der Änderung nicht betroffen sind, bleiben gültig. Andererseits kann auch ein neuer Vertrag aufgesetzt werden. Dieser ersetzt den Ursprungsvertrag, d.h. die Gültigkeit der alten Version erlischt (vgl. Methfessel 1977, S. 244).

Das Vertragsende ist abhängig von der Art des Vertrags und vom Vertragsinhalt. Normalerweise enden Vertragsverhältnisse mit der Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen (vgl. Methfessel 1977, S. 237). Ein typisches Beispiel hierfür sind Kaufverträge. In anderen Fällen verliert der Vertrag an einem festgelegten Termin, wie bei zeitlich befristeten Heimverträgen über Kurzzeitpflege oder mit dem Eintritt bestimmter Bedingungen, seine Gültigkeit. So endet das Vertragsverhältnis zwischen dem Träger des Pflegeheims und dem Heimbewohner mit dem Tod des Bewohners (§ 8 Abs. 8 HeimG).

Grundsätzlich hat jedoch auch jeder Vertragspartner mit gesetzlichem oder vertraglichem Kündigungsrecht die Möglichkeit zu kündigen und so das Vertragsverhältnis aus eigener Initiative zu beenden (vgl. Methfessel 1977, S. 245). Die Kündigung ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung. Es wird unterschieden zwischen ordentlichen und außerordentlichen (fristlosen) Kündigungen. Die Wirksamkeit einer ordentlichen Kündigung ist an Kündigungsfristen und meist auch an sonstige gesetzliche oder vertraglich vereinbarte Voraussetzungen gebunden (vgl. Weber 2002, S. 832).

Beispielsweise besteht für Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung eine einjährige Kündigungsfrist (§ 75 Abs. 5 SGB XI) und Fristen sowie Gründe für die Kündigung von Heimverträgen sind über das Heimgesetz verbindlich festgelegt. So kann ein Heimträger nach § 8 Abs. 3 HeimG nur beim Vorliegen bestimmter Gegebenheiten, z.B. wenn der Betrieb des Heims eingestellt wird oder der veränderte Gesundheitszustand des Bewohners eine fachgerechte Betreuung nicht mehr ermöglicht, kündigen. In beiden Fällen muss der Träger einen angemessenen anderweitigen Pflegeplatz nachweisen und im ersten Fall die Umzugskosten tragen (§ 8 Abs. 7 HeimG). Eine Kündigung durch den Heimbewohner ist jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich. Die Kündigung muss bis spätestens zum dritten Werktag eines Kalendermonats erfolgen, um die Vertragsbeziehungen zum Ende desselben Monats zu beenden (§ 8 Abs. 2

HeimG).

Grundsätzlich kann aus wichtigem Grund auch außerordentlich – ohne Einhaltung von Kündigungsfristen – gekündigt werden, wenn dem Kündigenden die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zugemutet werden kann (§ 314 BGB). Dies gilt unter anderem auch für Heimverträge (§ 8 Abs. 2 HeimG). Neben den genannten Wegen existieren noch weitere Möglichkeiten zur Beendigung von Verträgen, wie beispielsweise Erfüllung, Widerruf oder Vertragsrücktritt (siehe hierzu die Vorschriften des Allgemeinen Schuldrechts der §§ 241 bis 853 BGB).

3.3 Vertragslandschaft der Pflege

3.3.1 Einführung

Die Verantwortung für die Ausgestaltung und Umsetzung der Inhalte des SGB XI hat der Gesetzgeber explizit an die Selbstverwaltung der Akteure übertragen (vgl. Vollmer 1994b, S. 37). Alle Akteure sind aufgefordert ihre individuellen Anforderungen aber auch Erfahrungen und Kenntnisse einzubringen und gemeinsam die Umsetzung der gesetzlichen Forderungen zu gestalten. Die schriftliche Fixierung erfolgt in Form von Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen oder Verträgen. Die Vertragspraxis ist folglich maßgeblich das Ergebnis der Kooperation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern und Ausdruck der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung (vgl. Neumann 2002, S. 49). Diverse Gesetze enthalten zwar z.T. umfangreiche Vorgaben zur Vertragsgestaltung, die inhaltliche Ausformulierung der Verträge ist jedoch der Selbstverwaltung und den sonstigen Vertragspartnern überlassen.

Die nachfolgend dargestellte Vertragslandschaft beschränkt sich auf 18 Vertragsarten der Pflege, die auf den gesetzlichen Bestimmungen des SGB V, SGB XI, SGB XII, Heimgesetzes, Bürgerlichen Gesetzbuchs und des Tarifvertragsgesetzes basieren und maßgebliche Bedeutung für das System der Pflege besitzen. Tabelle 3-1 gibt einen Überblick und erläutert Einsatzbereiche (häuslich, ambulant, stationär), Rechtsgrundlagen, Zielsetzung und Vertragstypus (kollektiv- oder individualvertragliche Regelung) der verschiedenen Vertragsarten.

Nach der Beschreibung der Unterschiede zwischen den Vertragslandschaften der häuslichen, ambulanten und stationären Pflege (vgl. Kap. 3.3.2), erläutern die Unterkapitel 3.3.3 und 3.3.4 die einzelnen Vertragsarten. Es ist an dieser Stelle explizit darauf hinzuweisen, dass hierbei keine juristische Abhandlung über Aspekte wie Vertragsnatur (öffentlich-rechtlich/privatrechtlich), Normwirkung oder Verbindlichkeit der Verträge erfolgt. Vielmehr interessieren inhaltliche versorgungswirtschaftliche Aspekte. Für einen einheitlichen Überblick werden jeweils folgende Punkte betrachtet:

- Grundlagen: relevante Informationen zur Vertragsart und zur Rechtsgrundlage,
- Ziele: Vertragsziele ausgehend von gesetzlichen Vorgaben und Intentionen der Vertragspartner,
- Vertragspartner: Beschreibung der am Vertragsabschluss beteiligten Parteien,
- Inhalte: Darstellung der vertragspezifischen Inhalte. Es erfolgt keine Betrachtung sonstiger Vertragsbestandteile, wie Methoden der Konfliktlösung durch Schiedsgerichte und Schlichtungsverfahren, Kündigungsfristen, Vertragslaufzeiten, Gerichtsstand, Datenschutz, salvatorische Klausel etc.
- Analytische Bewertung: Betrachtung der praktischen Umsetzung der Verträge und Nutzen für die Leistungsfähigkeit des Pflegesystems.

Tabelle 3-1 Die 18 maßgeblichen Vertragsarten der Pflege

h = häuslich
a = ambulant
s = stationär

Nr.	Einsatzbereich	Vertragsbezeichnung	Rechtsgrundlage	Zielsetzung	Vertragsart
1	a, s	Qualitätsvereinbarungen	§ 80 SGB XI	Bundesweit gültige Vorgaben für Pflegeeinrichtungen über Qualität, Qualitätssicherung und interne Qualitätsmanagementsysteme	kollektiv
2	a, s	Rahmenverträge nach SGB XI über pflegerische Versorgung	§ 75 SGB XI	Landesweit gültige Vorgaben für eine einheitliche, wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung	kollektiv
3	a, s	Rahmenverträge nach SGB XII über pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern	§ 79 SGB XII	Landesweit gültige Vorgaben für eine einheitliche, wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern durch Einrichtungen	kollektiv
4	a	Rahmenverträge über ambulante Krankenpflege ⁷	§ 132a SGB V	Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit ambulanter Krankenpflege	kollektiv/ (individuell)
5	a	Rahmenvereinbarung über Pflegekurse	§ 45 SGB XI	Einheitliche Vorgaben für die Beratung von Pflegepersonen/Pflegebedürftigen und die Durchführung von Pflegekursen	kollektiv
6	a, s	Tarifverträge und Arbeitsvertragsrichtlinien	Tarifvertragsgesetz, Arbeitsrecht der Kirchen	Einheitliche Regelungen für die Arbeitsverhältnisse aller Arbeitnehmer	kollektiv

⁷ Der Gesetzgeber verwendet hier den Begriff häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) bzw. Rahmenverträge über häusliche Krankenpflege (§ 132a SGB V). Die Leistungserbringung erfolgt jedoch ausschließlich durch ambulante Pflegeeinrichtungen (vgl. Kap. 3.3.3.4). Folglich wird im Sinne der Abgrenzung zwischen häuslicher und ambulanter Pflege (vgl. Fußnote 2, Kap. 2.1), im weiteren Verlauf der Arbeit von ambulanter Krankenpflege bzw. von Rahmenverträgen der ambulanten Krankenpflege gesprochen.

Nr.	Einsatzbereich	Vertragsbezeichnung	Rechtsgrundlage	Zielsetzung	Vertragsart
7	a, s	Versorgungsverträge	§§ 72-74 SGB XI	Zulassung der Pflegeeinrichtungen und Übergabe von konkreten individuellen Versorgungsaufträgen an die Pflegeeinrichtungen	individuell
8	a	Verträge über ambulante Pflege durch Einzelpersonen ⁸	§ 77 SGB XI	Sicherstellung der Versorgung mit ambulanten Pflegeleistungen durch geeignete Pflegekräfte, sofern dies nicht durch zugelassene Pflegedienste erreicht wird	individuell
9	s	Vergütungsvereinbarungen über stationäre Versorgungsleistungen	§§ 85-86 SGB XI	Festlegung einer leistungsgerechten Vergütungshöhe für die Erfüllung des individuellen Versorgungsauftrags eines Pflegeheims	individuell/ (kollektiv)
10	s	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	§ 80a SGB XI	Festlegung individueller Leistungs- und Qualitätsmerkmale eines Pflegeheims zur Konkretisierung des Versorgungsvertrags	individuell
11	a	Vergütungsvereinbarungen über ambulante Versorgungsleistungen	§ 89 SGB XI	Festlegung einer leistungsgerechten Vergütungshöhe für die Erfüllung des individuellen Versorgungsauftrags eines Pflegedienstes	individuell/ (kollektiv)
12	(a), s	Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen über Sozialhilfeleistungen	§§ 75-78 SGB XII	Individuelle Festlegung von Leistungen, Vergütungshöhe und Qualität/Wirtschaftlichkeit für die pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern durch Einrichtungen	individuell
13	a, s	Arbeitsverträge	§§ 611 ff. BGB, weitere Regelungen des Arbeitsrechts, z.B. Kündigungsschutzgesetz	Individuelle Regelung des Arbeitsverhältnisses zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer	individuell
14	s	Heimverträge	§§ 5-9 HeimG	Individuelle Festlegung des Rechtsverhältnisses zwischen Pflegeheim und Pflegebedürftigen für Transparenz und Verbraucherschutz	individuell
15	a	Pflegeverträge	§ 120 SGB XI	Individuelle Festlegung des Rechtsverhältnisses zwischen Pflegedienst und Pflegebedürftigem für Transparenz und Verbraucherschutz	individuell
16	h, a, s	Versicherungsverträge	§§ 20-45c SGB XI	Absicherung der Pflegebedürftigkeit durch Leistungsgewährung der Pflegekassen bzw. Versicherungsbeiträge	individuell
17	a, s	Kooperationsverträge	BGB	Regelung der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern zur Stärkung von Organisation und Marktposition der Pflegeeinrichtung	individuell

⁸ Der Gesetzgeber spricht hier von Verträgen über häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI). Die Leistungserbringung erfolgt aber nicht durch selbst beschaffte Pflegepersonen im Rahmen der häuslichen Pflege, sondern durch selbstständige Pflegekräfte und ist vielmehr der ambulanten Pflege zuzuordnen (vgl. Kap. 2.3.5.3 u. 3.3.4.2). Im Sinne der begrifflichen Abgrenzung zwischen häuslicher und ambulanter Pflege (vgl. Fußnote 2, Kap. 2.1) wird folglich im weiteren Verlauf der Arbeit von Verträgen über ambulante Pflege durch Einzelpersonen gesprochen.

Nr.	Einsatzbereich	Vertragsbezeichnung	Rechtsgrundlage	Zielsetzung	Vertragsart
				gen	
18	a, s	Verträge über integrierte Versorgung	§§ 140a-140d SGB V	Etablierung besonderer Versorgungsangebote mit starker Orientierung am Versorgungsbedarf	individuell

(Quelle: eigene Darstellung)

3.3.2 Divergenz der häuslichen, ambulanten und stationären Vertragslandschaft

3.3.2.1 Verträge in der häuslichen Pflege

Verträge spielen bei der Organisation und Koordination der häuslichen Pflege eine untergeordnete Rolle. Der Versicherungsvertrag ist die einzige Vertragsart, an der die Pflegebedürftigen durch ihre Mitgliedschaft in einer Pflegekasse aktiv als Vertragspartner beteiligt sind (vgl. Kap. 3.3.4.10).

Verträge besitzen lediglich dann Relevanz, wenn Pflegepersonen vertraglich geregelte Leistungen, wie Beratungsangebote oder Pflegekurse in Anspruch nehmen. So soll nach § 37 Abs. 3 und Abs. 4 SGB XI in regelmäßigen Abständen eine Beratung im häuslichen Umfeld durch einen ambulanten Pflegedienst oder einen anderen Anbieter erfolgen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der Hilfestellung und der praktischen pflegfachlichen Unterstützung der Pflegeperson (vgl. BMGS 2004, S. 26; Dangel/Korporal 2002, S. 42 f.; Sachverständigenrat 2005, S. 409). Inhalt und Ablauf der Beratungen sind über die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über die ambulante pflegerische Versorgung (vgl. Kap. 3.3.3.2) und die Leistungskomplexe der Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI (vgl. Kap. 3.3.4.5) geregelt. Pflegekurse werden den Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden von den Pflegekassen angeboten. Die Durchführung und inhaltliche Ausgestaltung der Pflegekurse erfolgt gemäß den Inhalten der Rahmenvereinbarungen nach § 45 SGB XI (vgl. Kap. 3.3.3.5). Die Kurse vermitteln pflegfachliche Kenntnisse und sollen helfen, die pflegebedingten Belastungen zu mindern. Die Pflegebedürftigen und die Erbringer häuslicher Pflegeleistungen profitieren folglich von den vertraglichen Regelungen über Beratungsleistungen und Pflegekurse, auch wenn sie selbst jeweils nicht in die Vertragsverhandlungen und -abschlüsse eingebunden sind.

Ansonsten ist der häusliche Leistungssektor nicht Gegenstand von Verträgen. Dies resultiert aus den Charakteristika der häuslichen Pflege (vgl. Kap. 2.3.6). Zu nennen sind:

- Pflegebereitschaft der Pflegepersonen: Der häusliche Pflegesektor basiert auf der freiwilligen Pflegebereitschaft des sozialen Netzwerks der Pflegebedürftigen. Die

Bereitschaft der Pflegepersonen beruht einerseits auf positiven Beweggründen wie Liebe, Zuneigung, Dankbarkeit, Selbstbestätigung, Verantwortungs- und Pflichtgefühl. Andererseits wird die Pflege jedoch auch oft aufgrund moralischen Drucks, traditioneller Rollenverständnisse oder ökonomischer Motive übernommen (vgl. Dallinger 1993, S. 110; Geister 2004, S. 20; Hämel 2004, S. 20).

- Einfluss der Situation der Pflegepersonen: Gesichtspunkte wie Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Pflege, physische und psychische Verfassung unter den Belastungen der Pflege sowie die finanzielle Situation beeinträchtigen die pflegerische Leistungserbringung in hohem Maße (vgl. Hämel 2004, S. 22 ff.).
- Nicht-Beruflichkeit und Häuslichkeit der Leistungserbringung: Die Pflegepersonen pflegen nicht erwerbsmäßig. In der Regel besitzen sie keine pflegerische Ausbildung, sondern eignen sich das notwendige Wissen einzelfallbezogen an (vgl. Kämmer 1996b, S. 175). Die Leistungserbringung findet ausschließlich in der Wohnung des Pflegebedürftigen statt.

Aufgrund dieser Spezifika unterliegt die häusliche Pflege der Schutzwirkung des Grundgesetzes. Diese beruht vor allem auf dem Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 GG), wonach dem Bürger ein autonomer Bereich privater Lebensgestaltung zugesichert wird und auf dem Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG). Hiermit ist die Wohnung der Pflegebedürftigen ein Bereich, in dem er ungestört und unbeobachtet handeln kann (vgl. Klie 2001, S. 43 f.). Auch die häuslichen Leistungserbringer stehen unter der Schutzwirkung der genannten Grundrechte. Aufgrund dieser Gesichtspunkte gibt es – verglichen mit dem Bereich der ambulanten und stationären Pflege – kaum verpflichtende Gesetzesregelungen, die an Pflegebedürftige oder ihre Pflegepersonen gerichtet sind (vgl. Wiese 2004, S. 53). Ebenso wenig existieren auch Verträge, die die häusliche Pflege direkt tangieren.

Die Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen sind meist familienrechtlicher Natur (vgl. Brühl/Christmann 2000, S. 278). Von Bedeutung für die rechtliche Sicherung der Qualität dieser Beziehungen sind hier vor allem die Rechtsquellen des Betreuungs-, Haftungs- und Strafrechts (vgl. Klie 2002, S. 21 ff.) auf die in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht näher eingegangen werden soll.

3.3.2.2 Verträge in der ambulanten Pflege

Die Akteure des ambulanten Leistungssektors sind in das öffentlich-rechtliche Sozialleistungssystem eingebunden und zur Umsetzung ihrer gesetzlich zugewiesenen Aufgaben verpflichtet. Die jeweiligen Akteure schließen untereinander Verträge ab, um die Leistungsfähigkeit des ambulanten Pflegebereichs und die Qualität der ambulanten Pflege zu gewährleisten. Es sind bezüglich Tabelle 3-1 15 Verträge zu zählen, bei denen die Akteure des ambulanten Bereichs als Vertragspartner fungieren und ihre Zusammenarbeit koordinieren. Die Abbildung 3-2 stellt die Vertragslandschaft der ambulanten Pflege grafisch dar. Sie zeigt auf, welche Akteure als Vertragspartner aktiv sind und veranschaulicht die Vertragsverhältnisse.

Der Vollständigkeit halber sind in der Abbildung auch die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen über Sozialhilfeleistungen, die nach § 75 SGB XII zwischen Sozialhilfeträger und Einrichtungsträger abgeschlossen werden, aufgezeigt. Diese Vereinbarungen finden in der ambulanten Vertragspraxis keine Anwendung, da die Vereinbarungsinhalte bereits über die Verträge des SGB XI geregelt sind (vgl. Kap. 3.4.4.6).

Bei den Rahmenverträgen nach § 132a SGB V über die ambulante Krankenpflege (Nr. 4) und den Vergütungsvereinbarungen über ambulante Pflegeleistungen (Nr. 11) hat der Einrichtungsträger die Wahlmöglichkeit einen nur für ihn gültigen Individualvertrag abzuschließen oder einem Kollektivvertrag beizutreten. In der nachfolgenden Abbildung ist diese Wahlmöglichkeit aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt. Im Fall der Rahmenverträge nach § 132a SGB V wird nur der Abschluss von Kollektivverträgen auf Landesebene abgebildet, da die Vertragspartner in der Regel diesen Weg wählen (vgl. BKK-Bundesverband 2003, S. 125 u. Anlagen 10.5; Eichler 2002, S. 36 ff.; o.V. 2002, S. 80). Da bei den Vergütungsvereinbarungen (Nr. 11) hauptsächlich Individualverträge abgeschlossen werden, ist nur diese Wahlmöglichkeit dargestellt (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 863). Details zu den Verträgen enthalten die Unterkapitel 3.3.3.4 und 3.3.4.5.

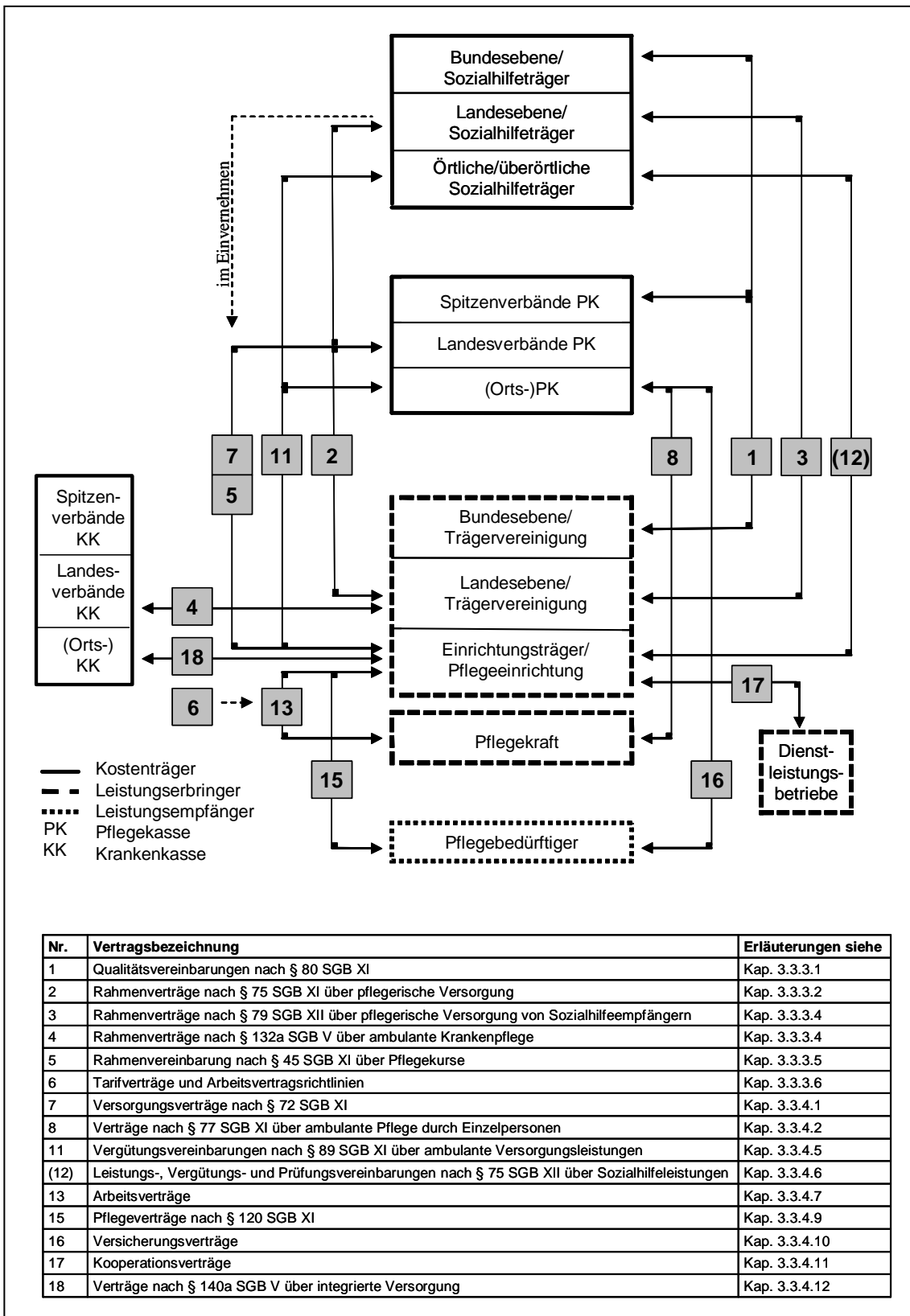


Abbildung 3-2 Vertragslandschaft der ambulanten Pflege

(Quelle: eigene Darstellung)

3.3.2.3 Verträge in der stationären Pflege

Ebenso wie die Akteure des ambulanten Pflegesektors sind auch die Akteure des stationären Leistungssektors in das öffentlich-rechtliche Sozialleistungssystem eingebunden. Auch sie schließen zur Durchführung ihrer gesetzlich zugewiesenen Pflichten eine Vielzahl von Verträgen ab. Die Akteure regeln ihre Kooperation und Koordination über 13 Vertragsarten. Ihr gemeinsames Ziel ist es, durch die Verträge die Leistungsfähigkeit und Qualität in der stationären Pflege sicherzustellen.

Die Abbildung 3-3 stellt die Vertragslandschaft der stationären Pflege grafisch dar und veranschaulicht die Vertragsverhältnisse zwischen den Akteuren.

Bei den Vergütungsvereinbarungen über die Entgelte der stationären Versorgungsleistungen (Nr. 9) hat der Einrichtungsträger die Wahlmöglichkeit einen nur für ihn gültigen Individualvertrag abzuschließen oder einem Kollektivvertrag beizutreten. Für eine verbesserte Übersichtlichkeit wird auf die Darstellung der Wahlmöglichkeit verzichtet und nur der Abschluss von Individualverträgen, der in der Praxis gängiger ist, dargestellt (vgl. Brünner 2000, S. 591; Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 34 u. 54). Nähere Erläuterungen sind der Vertragsbeschreibung (vgl. Kap. 3.3.4.3) zu entnehmen.

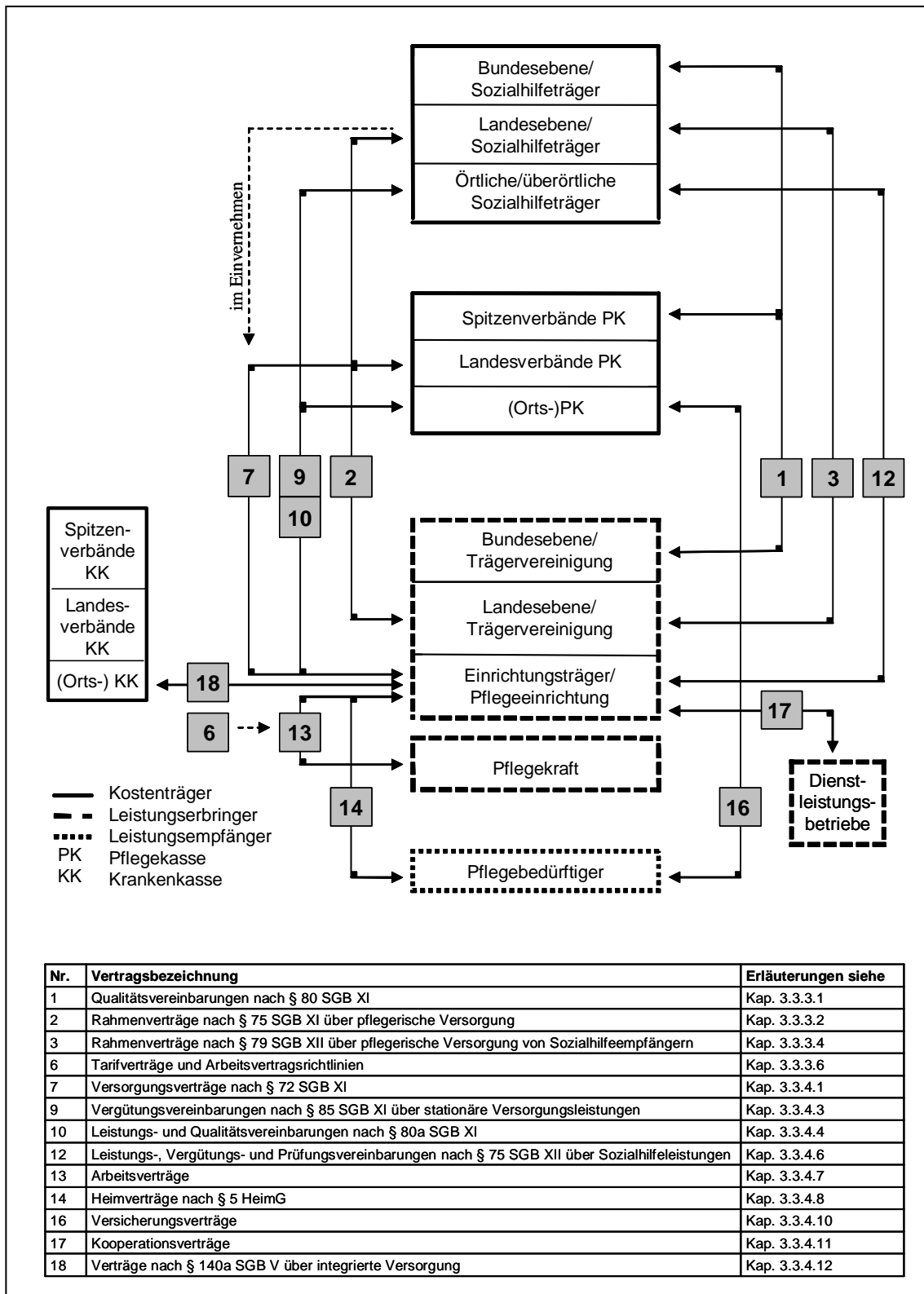


Abbildung 3-3 Vertragslandschaft der stationären Pflege

(Quelle: eigene Darstellung)

3.3.3 Kollektivverträge

3.3.3.1 *Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI*

Der Gesetzestext spricht von „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (...) sowie zur Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ (§ 80 SGB XI). In der Literatur, wie auch in der Praxis, wird diese Vertragsbezeichnung aus Gründen der Praktikabilität abgekürzt und es ist die Rede von Qualitätsmaßstäben, Qualitätsvereinbarungen, Qualitätspapieren oder von 80iger Papieren. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI oder nur Qualitätsvereinbarungen verwendet.

Die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI zielen auf die Festlegung von Mindestanforderungen an die Qualität in der Pflege (vgl. Wiese 2004, S. 56). Durch diese soll die Pflegeselbstverwaltung ein bundesweit einheitliches System der Qualitätssicherung in der Pflege etablieren (vgl. Bieback 2004, S. 339). Prämisse für alle vereinbarten Maßnahmen ist die Ausrichtung auf eine langfristige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 80 Abs. 1 SGB XI).

Vereinbarungspartner sind (§ 80 Art. 1 SGB XI):

- die Spitzenverbände der Pflegekassen,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS),
- die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände,
- die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.

Die Vertragspartner sind zur engen Zusammenarbeit mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen aufgerufen. Zudem sind der MDS und unabhängige Sachverständige an den Qualitätsvereinbarungen beteiligt (§ 80 Abs. 1 SGB XI).

Die Qualitätsvereinbarungen wurden gesondert für die vier Leistungsbereiche – vollstationär, teilstationär, Kurzzeitpflege und ambulant⁹ – abgeschlossen. In Aufbau und Struktur sind sie weitgehend deckungsgleich. Unterschiede ergeben sich zwangsläufig durch die spezifischen Leistungsinhalte und -verfahren (vgl. Wiese 2004, S. 56 ff.).

Spezifisch für die Bereiche werden Grundsätze definiert, die stark an die allgemeinen

⁹ Für die vollstationäre Pflege gelten die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI vom 7. März 1996. Die Fassungen für die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und die ambulante Pflege sind jeweils vom 31. Mai 1996 (vgl. BKK-Bundesverband 2003, Anlagen 10.1, 10.2 u. 10.3).

Vorschriften und Ziele des SGB XI (§§ 1-13 SGB XI) angelehnt sind. Zentrale Forderung ist die bedarfs- und personenorientierte Planung und Gestaltung der Pflege (vgl. Wiese 2004, S. 68).

Maßgeblicher Gegenstand der Vereinbarungen ist die Festlegung von Qualitätsmaßstäben für die Pflege und Versorgung. Hierbei wird in Anlehnung an Avedis Donabedian (vgl. Kap. 4.3.2) zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert, wobei der Schwerpunkt der Vereinbarungen auf der Struktur- und Prozessqualität liegt (vgl. Bieback 2004, S. 342; Dangel/Korporal 2002, S. 47; Vitt 2002, S. 33; Wiese 2004, S. 200; Wiese 2005, S. 21). Die Maßstäbe der Strukturqualität beziehen sich auf die Rahmenbedingungen des Pflegeprozesses, wie beispielsweise die fachlichen und qualifikatorischen Voraussetzungen, die Pflegefachkräfte und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen erfüllen müssen. Nach den Vorgaben zur Prozessqualität sind Pflegeheime und -dienste zur qualifizierten ganzheitlichen Pflege und Versorgung verpflichtet. Hierzu zählt z.B. die Durchführung einer personenbezogenen Bedarfsbestimmung, Pflegeplanung und Dokumentation der pflegerischen Leistungserbringung im Rahmen des Pflegeprozesses. Die Regelungen zur Ergebnisqualität sehen eine regelmäßige dokumentierte Ergebnisüberprüfung vor. Neben der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen sollte hierbei auch die Erreichung der Pflegeziele überwacht und mit den Pflegebedürftigen, Angehörigen und sonstigen an der Pflege beteiligten Personen erörtert werden (vgl. Bieback 2004, S. 342; Dangel/Korporal 2002, S. 45 f.; Klie/Krahmer 2003, S. 758; Wiese 2005, S. 21 f.).

Weiterhin enthalten die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie die einrichtungsinterne Errichtung von Qualitätszirkeln oder die Teilnahme der Träger an Qualitätskonferenzen, und legen Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den MDK fest. Der letztgenannte Unterpunkt ist allerdings mittlerweile hinfällig, da die MDK-Qualitätsprüfungen seit 2002 durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) innerhalb des SGB XI geregelt werden (§ 114 SGB XI) (vgl. Wiese 2004, S. 69; Wiese 2005, S. 22). Durch die Änderungen des PQsG ist vorgesehen, dass die Qualitätsvereinbarungen auch Maßstäbe für die Etablierung von einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystemen definieren (§ 80 Abs. 1 SGB XI). Bisher sind die Qualitätsvereinbarungen aus den Jahren 1995 und 1996 jedoch noch nicht ergänzt und überarbeitet worden (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 759; Wiese 2005, S. 341).

Die Qualitätsvereinbarungen gelten mit Vertragsabschluss unverzüglich für alle Vertragspartner, d.h. für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für alle zugelasse-

nen Pflegeeinrichtungen (§ 80 Abs. 1 SGB XI) und sind die einzigen bundesweit gültigen Regelwerke in der Vertragslandschaft der Pflege. Sie gelten als zentrales Instrument der Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität, da ausgehend von den Inhalten des SGB XI Anforderungen und Kriterien für die Qualität in der Pflege verbindlich operationalisiert werden (vgl. Bieback 2004, S. 342; Mayer 1999, S. 101; Wiese 2004, S. 51, 69 u. 233).

Zu kritisieren ist jedoch, dass die Pflegebedürftigen nicht an der Formulierung der Vereinbarungen nach § 80 SGB XI beteiligt sind und sie so ihre Wünsche und Vorstellungen nicht direkt einbringen können (vgl. Karotsch 1994, S. 698). Dies lässt sich durch die ungenügende Interessenorganisation der Leistungsempfänger begründen (vgl. Kap. 2.3.7). Zwar sind alle Vereinbarungspartner über das Grundgesetz und das SGB XI zur Wahrung der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen verpflichtet, da sie jedoch in erster Linie eigene Anliegen vertreten, ist nur von einer eingeschränkten Interessenvertretung auszugehen.

Als weiterer Kritikpunkt ist aufzuführen, dass die derzeit geltenden Vereinbarungen in den Jahren 1995 und 1996 abgeschlossen wurden. Aktuelle Forschungsergebnisse und Erkenntnisse über die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sind folglich ebenso wenig integriert, wie die Forderung des Gesetzgebers nach Vorgaben zum Qualitätsmanagement (vgl. Kap. 5.3.1.1).

3.3.3.2 *Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über pflegerische Versorgung*

Rahmenverträge nach § 75 SGB XI werden jeweils auf Landesebene abgeschlossen. Ihr Ziel ist die Etablierung landesweit gültiger Vorgaben, um eine einheitliche, wirksame und wirtschaftliche, pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen (§ 75 Abs. 1 SGB XI).

Vertragspartner sind gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI:

- die Landesverbände der Pflegekassen,
- die Arbeitsgemeinschaften der Sozialhilfeträger im Land (für den ambulanten Bereich die örtlichen und für den stationären Bereich die überörtlichen Sozialhilfeträger),
- die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land.

Weiterhin sind an der Vertragsgestaltung der MDK und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land zu beteiligen (§ 75 Abs. 1 SGB XI).

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI orientieren sich an den Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung. Diese werden nach § 75 Abs. 6 SGB XI von den

Bundesverbänden bzw. Bundesvereinigungen der Pflegekassen, der Sozialhilfeträger und der Einrichtungsträger verfasst. Der Erstellerkreis entspricht dem der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI (vgl. Kap. 3.3.3.1).

Für die vier Leistungsbereiche – vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und ambulante pflegerische Versorgung¹⁰ – existieren jeweils gesonderte Bundesempfehlungen. Die Inhalte der jeweiligen Empfehlungen sind nahezu deckungsgleich. Unterschiede beruhen hauptsächlich auf den spezifischen Leistungsinhalten, der personellen Ausstattung und dem Ort der Leistungserbringung.

Die Inhalte der Landes-Rahmenverträge ergeben sich aus § 75 Abs. 2 und 3 SGB XI und aus den Bundes-Rahmenempfehlungen, die die gesetzlichen Vorgaben spezifizieren. Die bedeutendsten Regelungsinhalte sind (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 720 ff.):

- Inhalte der Pflegeleistungen: Es erfolgt eine detaillierte Erörterung der Ziele und Inhalte der Pflegeleistungen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, soziale Betreuung, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung) und der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung.
- Allgemeine Bedingungen der Pflege: Es werden Verfahren zur Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte festgeschrieben.
- Grundsätze für die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen: Es werden Maßstäbe definiert, um eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte Personalausstattung sicherzustellen. Für den stationären Bereich erfolgt zudem die Festlegung von landesweit gültigen Personalrichtwerten. Innerhalb dieser Bandbreiten dürfen die in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (vgl. Kap. 3.3.4.4) verhandelten Personalschlüssel liegen, z.B. Pflegestufe I: 1/3,96 bis 1/3,13, d.h. von einem Mitarbeiter werden 3,13 bis 3,96 Pflegebedürftige der Pflegestufe I versorgt.

Weiterhin werden einheitliche Vorgaben zur Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen, zur Überprüfung von Notwendigkeit und Dauer der Pflege, zum Zugang des MDK und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen sowie zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

¹⁰ Für die vollstationäre Pflege, die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege gelten jeweils die gemeinsamen Bundesempfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI vom 25. November 1996 (BEmpfvollstatPfl). Die Bundesempfehlung der ambulanten Pflege ist vom 13. Februar 1995 (BEmpfambPfl). In der heute gültigen Fassung des SGB XI sind die Regelungen zu den Bundesempfehlungen in § 75 Abs. 6 SGB XI und nicht mehr in § 75 Abs. 5 SGB XI enthalten.

festgelegt (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 722).

Obwohl die Bundesempfehlungen nur Empfehlungscharakter besitzen (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 724; Rudolph 1997, S. 56) folgen die Verhandlungspartner der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI den Empfehlungen ihrer Bundesverbände. Zwischen den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI der Länder sind nur geringfügige Unterschiede festzustellen. Lediglich bei einzelnen Unterpunkten werden die Vorgaben der Bundesempfehlungen konkretisiert, landesspezifische Regelungen eingefügt oder neue Unterpunkte eingearbeitet (vgl. BKK-Bundesverband 2003, Anlagen 10.4).

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI gestalten maßgeblich Umfang und Ausmaß der Pflegeleistungen, die den pflegeversicherten Pflegebedürftigen im Rahmen der pflegerischen Versorgung gewährt werden. Anhand der festgelegten Ziele lassen sich wichtige Qualitätsanforderungen für die pflegerische Leistungserbringung ableiten. Somit erhalten die ambulanten und stationären Leistungserbringer konkrete Vorgaben für ihre tägliche pflegerische Arbeit (vgl. Schulin 1994, S. 289; Udsching 2003, S. 135; Wiese 2005, S. 20). Neben diesen Vorgaben zum Leistungsfluss wird der Austausch von Informationen und Geldmitteln geregelt.

Es ist davon auszugehen, dass die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI bedeutende Beziehungen zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern und Kostenträgern ausgestalten und einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Pflegequalität im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung leisten.

3.3.3.3 *Rahmenverträge nach § 79 SGB XII über pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern*

Ebenso wie bei den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI erfolgt auch der Abschluss von Rahmenverträgen des SGB XII auf Landesebene. Durch die Rahmenverträge nach § 79 SGB XII über die pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern werden Vorgaben für den Abschluss der Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII (vgl. Kap. 3.3.4.6), die zwischen örtlichen/überörtlichen Sozialhilfeträgern und Einrichtungsträgern abgeschlossen werden, festgelegt. Dies gewährleistet ein einheitliches Vorgehen der Sozialhilfeträger auf Landesebene und stellt sicher, dass die Tätigkeiten der Einrichtungsträger auf den Auftrag, die Ziele und die Grundsätze der Sozialhilfe ausgerichtet sind (vgl. Baur 1999, S. 392).

Vertragsparteien sind (§ 79 Abs. 1 SGB XII):

- die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene und
- die Vereinigungen der Einrichtungsträger auf Landesebene.

Inhaltlich orientieren sich die Rahmenverträge nach § 79 SGB XII an den zugehörigen Bundesempfehlungen, die gemeinsam von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesvereinigung der Einrichtungsträger verfasst werden (§ 79 Abs. 2 SGB XII). Die derzeit gültigen Bundesempfehlungen vom 15. Februar 1999 beruhen noch auf dem Bundessozialhilfegesetz¹¹ und beziehen sich auf den teilstationären und vollstationären Bereich (vgl. Baur 1999, S. 397; Baur 2000, S. 21; Klie/Krahmer 2003, S. 1178 u. 1204). Die dort empfohlene Struktur ist in den Rahmenverträgen der Länder, die mittlerweile auch größtenteils für den ambulanten Bereich abgeschlossen wurden, weitgehend übernommen worden (vgl. Griep/Renn 2001, S. 79). In Anlehnung an die Bundesempfehlungen umfassen die Landes-Rahmenverträge drei Kernbereiche (vgl. Baur 2000, S. 16 ff.; Griep/Renn 2001, S. 79; Klie/Krahmer 2003, S. 1189 ff.):

- Leistungsvereinbarung: Hier sind Regelungen über berechnete Personenkreise/Zielgruppen, Art und Inhalt der Leistungen sowie Beschreibungen von Unterkunft, Verpflegung und räumlicher, sachlicher und personeller Ausstattung enthalten. Weiterhin werden Anforderungen an die Qualität der Leistungen definiert. Auch hier wird in Anlehnung an Avedis Donabedian (1968) (vgl. Kap. 4.3.2) in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt.
- Vergütungsvereinbarung: Dieser Teil spezifiziert das Vergütungssystem durch Vorgaben zu Grundpauschalen, Maßnahmepauschalen, Investitionsbeträgen, Berechnungsgrundlagen etc.
- Qualitätssicherungs- und Prüfungsvereinbarung: Dieser Abschnitt regelt Qualitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Prüfungsverfahren sowie deren Ergebnisse und Kostenabwicklung.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Rahmenverträge nach § 79 SGB XII für alle Einrichtungen gelten, die Leistungen der Sozialhilfe erbringen. Die Verträge finden folglich nicht nur in Altenhilfeeinrichtungen, die Leistungen für Pflegebedürftige in Sinne der sozialen Pflegeversicherung erbringen, sondern auch in sonstigen sozialen Einrichtun-

¹¹ Das Bundessozialhilfegesetz wurde 2005 Bestandteil des SGB XII. Dabei sind §§ 93-94 BSHG über die vertraglichen Regelungen zwischen Einrichtungs- und Sozialhilfeträgern nahezu inhaltsgleich in §§ 75-81 SGB XII überführt worden. Die Verhandlungen über Umfang, Form und Inhalt der an die neuen gesetzlichen Bestimmungen des SGB XII angepassten Bundesempfehlungen dauern derzeit noch an (vgl. BAGFW 2006, S. 43).

gen, die Leistungen der Sozialhilfe erbringen, Anwendung (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 1177 f.). Dies sind beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Behinderte wie Sonderschulen, Behindertenheime etc. oder Einrichtungen, die Hilfe für Personen in sozialen Schwierigkeiten bei Suchtmittelmissbrauch oder psychischen Beeinträchtigungen anbieten.

Die Rahmenverträge nach § 79 SGB XII bilden die Grundlage für die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen, die zwischen Sozialhilfeträgern und Einrichtungsträgern individuell verhandelt werden. Hierfür legen sie grundlegende Qualitätsanforderungen fest, indem sie die Austauschbeziehungen zwischen den Akteuren definieren und sicherstellen, dass die pflegerischen Versorgungsleistungen für Sozialhilfeempfänger im Sinne der Sozialhilfe erbracht werden. Es gilt den Leistungsberechtigten ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen und hierbei die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit zu beachten (§§ 1, 75 Abs. 3 SGB XII).

3.3.3.4 Rahmenverträge nach § 132a SGB V über ambulante Krankenpflege

Ambulante Krankenpflege wird im Haushalt des Versicherten geleistet und umfasst Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 37 Abs. 1 SGB V). Sie muss vom behandelnden Vertragsarzt verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden. Ambulante Krankenpflege ist nur im Fall einer Krankheit verordnungsfähig und stets Teil eines ärztlichen Behandlungsplans. Es wird unterschieden zwischen Krankenhausvermeidungspflege und Behandlungspflege. Erstgenannte dient als Ersatz für eine Krankenhausbehandlung. Sie verhilft dem Versicherten zum Verbleiben bzw. zur frühzeitigen Rückkehr in den eigenen Haushalt und ist in der Regel auf vier Wochen begrenzt (§ 37 Abs. 1 SGB V). Bezieht der Versicherte bereits Leistungen der Pflegeversicherung, so trägt die Krankenkasse nur die Kosten der Behandlungspflege. Die Kosten der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gehen in diesem Fall zulasten der Pflegekasse. Die Behandlungspflege unterstützt den ärztlichen Behandlungserfolg, ihre Verordnung ist zeitlich unbegrenzt (§ 37 Abs. 2 SGB V) (vgl. Brühl/Christmann 2000, S. 270 f.; GBA 2007, S. 3 ff.; Ewers, 1998, S. 74; Klie 2001, S. 255 ff.).

Die Grundlagen der ambulanten Krankenpflege sind in den bundesweit gültigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) der Ärzte und Krankenkassen festgelegt (§ 92 Abs. 1 SGB V). Die GBA-Richtlinien über die Verordnung ambulanter Krankenpflege regeln unter anderem Ziele, Verordnung/Antragstellung, Genehmigung und Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten, Krankenhäusern, Vertragsärzten und Krankenkassen. Zudem enthalten sie ein Verzeichnis der verordnungsfähigen Einzel-

maßnahmen der ambulanten Krankenpflege (vgl. GBA 2007, S. 3 ff.).

Weiterführend zu den GBA-Richtlinien werden auf Landesebene Rahmenverträge nach § 132a SGB V über die ambulante Krankenpflege abgeschlossen (vgl. Kreitz 2000, S. 17).

Vertragspartner sind nach § 132a Abs. 2 SGB V die Krankenkassen und die Leistungserbringer ambulanter Krankenpflege. Hierbei ist es den Vertragsparteien freigestellt, ob ein Kollektivvertrag auf Ebene der Verbände oder Individualverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern abgeschlossen werden (vgl. o.V. 2002, S. 80). In den meisten Bundesländern existieren Rahmenverträge auf Landesebene mit kollektiver Wirkung (vgl. BKK-Bundesverband 2003, S. 125 u. Anlagen 10.5; Eichler 2002, S. 36 ff.; o.V. 2002, S. 80).

Inhalte der Rahmenverträge nach § 132a SGB V über die ambulante Krankenpflege sind:

- Details der Versorgung mit ambulanter Krankenpflege,
- Qualifikationsanforderungen und Fortbildung der Pflegekräfte,
- Preise der Leistungen,
- Abrechnungsverfahren sowie
- Überwachung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die ambulante Krankenpflege nach § 37 SGB V ist ein wichtiger Leistungsbereich ambulanter Pflegedienste (vgl. Steuernagel 2006, S. 29). Über die Rahmenverträge nach § 132a SGB V in Kombination mit den GBA-Richtlinien werden die Leistungsinhalte der ambulanten Krankenpflege spezifiziert. Aus den detaillierten Beschreibungen lassen sich zahlreiche Anforderungen für die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen ableiten. Zudem regeln die Rahmenverträge nach § 132a SGB V und GBA-Richtlinien die komplexe Vernetzung zwischen Kranken-/Pflegekassen, ambulanten Pflegediensten, Vertragsärzten und Pflegebedürftigen und sichern die Qualität des Leistungserstellungsprozesses der ambulanten Krankenpflege.

3.3.3.5 Rahmenvereinbarungen nach § 45 SGB XI über Pflegekurse

Die Pflegekassen sind nach § 45 Abs. 1 SGB XI verpflichtet, kostenlos Pflegekurse anzubieten. Die Kurse richten sich an Pflegepersonen, Angehörige und an sonstige Personen mit ehrenamtlichem Interesse an Pflgetätigkeiten. Hierbei ist es den Kassen freigestellt, ob sie die Kurse selbst anbieten oder externe Einrichtungen dafür verpflichten (§ 45 Abs. 2 SGB XI). In der Regel beauftragen die Pflegekassen Pflegedienste mit dieser Aufgabe. Dies ist nahe liegend, da dort das pflegfachliche Know-how bereits vorhanden ist und die Mitarbeiter Erfahrungen mit häuslichen Pflegesitua-

tionen besitzen. Zudem können Pflegedienste die gesetzliche Forderung, wonach die Schulung bevorzugt zu Hause beim Pflegebedürftigen stattfinden soll (§ 45 Abs. 1 SGB XI), leichter organisieren.

Ziel der Rahmenvereinbarungen ist gemäß § 45 Abs. 3 SGB XI die Sicherstellung der einheitlichen Durchführung und Ausgestaltung von Pflegekursen. Die Pflegekassen leisten durch die Vereinbarungen ihren Beitrag zur Vermittlung fachpflegerischer Kenntnisse an Pflegepersonen und zur Minderung pflegebedingter körperlicher und seelischer Belastungen (vgl. Klie 2003, S. 24; Klie/Krahmer 2003, S. 519 f.).

Die Rahmenvereinbarungen werden zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Trägern der Einrichtungen, die die Pflegekurse anbieten, abgeschlossen (§ 45 Abs. 3 SGB XI).

Sie enthalten beispielsweise detaillierte Vorgaben über Dauer, Kursgröße, Beratungs- und Kursinhalte, Qualifikation des Kursleiters, Vergütung und Leistungsabrechnung (§ 45 Abs. 3 SGB XI) (vgl. BKK-Bundesverband 2003, Anlagen 10.14).

Die Rahmenvereinbarungen über Pflegekurse dienen der Abstimmung zwischen Pflegekassen und Pflegediensten als Beratungsanbieter und sind von hoher Bedeutung für die häusliche Pflege. Auch wenn häusliche Leistungserbringer und Pflegebedürftige nicht direkt an den Vertragsabschlüssen beteiligt sind, so profitieren sie dennoch von den Regelungen der Vereinbarungen. Pflegekurse nach § 45 SGB XI sind – neben den Beratungen nach § 37 SGB XI, die beim Bezug von Pflegegeld im häuslichen Umfeld durchgeführt werden sollen – ein bedeutendes Instrument zur Unterstützung der häuslichen Pflegepersonen und zur Sicherstellung der häuslichen Pflegequalität (vgl. BMGS 2004, S. 26 u. 84). Es kann konstatiert werden, dass die Rahmenvereinbarungen nach § 45 SGB XI über die Pflegekurse somit die Qualität der häuslichen Pflege – wenn auch nur indirekt – beeinflussen.

3.3.3.6 Tarifverträge und Arbeitsvertragsrichtlinien

Das Tarifvertragsgesetz (TVG) bildet den gesetzlichen Rahmen für Tarifverträge. Generell dienen Tarifverträge der einheitlichen Regelung von Beschäftigungsverhältnissen zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern, indem sie arbeitsvertragliche Bedingungen wie Inhalt, Abschluss und Beendigung von Arbeitsverhältnissen festschreiben, sowie betriebliche und betriebsverfassungsrechtliche Fragen klären (§ 1 TVG). Sie werden schriftlich zwischen den Tarifvertragsparteien, d.h. den Arbeitgebern oder Arbeitgeberverbänden und den Gewerkschaften als Vertreter der Arbeitnehmer, abge-

schlossen (§ 2 Abs. 1 TVG).

Die Bestimmungen der Tarifverträge gelten ergänzend zu den individuell abgeschlossenen Arbeitsverträgen (vgl. Kap. 3.3.4.7), sofern Tarifbindung besteht oder hergestellt wird. Zwingende Tarifbindung besteht, wenn beide Vertragsparteien Mitglied eines tarifschließenden Verbands sind, wenn die Arbeitsverhältnisse in den fachlichen, regionalen oder zeitlichen Geltungsbereich des Tarifvertrags fallen oder wenn Tarifverträge durch den Bundes- oder die Landesarbeitsminister für allgemeinverbindlich erklärt werden. Zudem existiert die Möglichkeit die Anwendung eines Tarifvertrags für einzelne Arbeitsverhältnisse oder für gesamte Betriebe freiwillig zu vereinbaren, z.B. über eine entsprechende Klausel in Arbeitsverträgen oder über Betriebsvereinbarungen (vgl. F.A. Brockhaus 2002, S. 691; Klie 2001, S. 506).

In Pflegeeinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft findet der Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD) oder der Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) Anwendung. Der TVöD ist der Tarifvertrag für die Beschäftigten der deutschen Bundesverwaltung und der Gemeinden. Er trat am 1. Oktober 2005 in Kraft und löste den bis zu dem Zeitpunkt dort geltenden BAT ab. Der BAT gilt nun mehr nur noch für Angestellte des öffentlichen Dienstes der Länder (vgl. Hohage/Prieß 2005, S. 33; Klie 2001, S. 506). Auch für Pflegeeinrichtungen unter privat-bedarfswirtschaftlicher Trägerschaft – mit Ausnahme kirchlicher Organisation – werden mit den Gewerkschaften Tarifverträge abgeschlossen. Inhaltlich lehnen sie sich an den TVöD und BAT an (vgl. Denzler 2004, S. 58). Privat-erwerbswirtschaftliche Träger regeln Entgelt und Arbeitsbedingungen meist direkt in den jeweiligen Arbeitsverträgen. In vielen Fällen werden jedoch Tarifverträge oder Teile der Tarifwerke geltend gemacht (vgl. Hohage/Prieß 2005, S. 33; Klie 2001, S. 506).

In Einrichtungen der Kirchen gelten Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR). Auch ihr Ziel ist die einheitliche Regelung der Beschäftigungsverhältnisse der Mitarbeiter in Kirchen oder kirchennahen Organisationen. Arbeitsvertragsrichtlinien sind im rechtlichen Sinn keine Tarifverträge, d.h. sie unterliegen nicht dem Tarifvertragsrecht, sondern dem Arbeitsrecht der Kirchen. Sie sind etabliert für Einrichtungen des Diakonischen Werks der EKD (AVR/Diakonie) und des Deutschen Caritas-Verbands der katholischen Kirche (AVR/Caritas) (vgl. Brühl/Christmann 2000, S. 345 f.; Denzler 2004, S. 60; Klie 2001, S. 506).

Vertragsparteien der Arbeitsvertragsrichtlinien sind Vertreter der Arbeitgeber und Vertreter der Arbeitnehmer (vgl. Denzler 2004, S. 60; Klie 2001, S. 505).

In Anwendung, Aufbau und Inhalt ähneln die Arbeitsvertragsrichtlinien stark dem BAT (vgl. Klie 2001, S. 506). Einer einheitlichen Regelung unterliegen beispielsweise Einstellungsverfahren, Eingruppierungen, Vergütung, Dienstpflichten, Arbeitszeit, Urlaub

und Kündigung (vgl. AVR/Caritas, Stand: 1. Januar 2007; AVR/Diakonie, Stand: 13. Februar 2007).

Die Qualität der pflegerischen Leistungserbringung wird unmittelbar von der persönlichen und fachlichen Qualifikation, der Motivation, der Einstellung zur Arbeit und von den Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals beeinflusst (vgl. Kap. 2.3.5.3, 4.1.1.3 u. 4.2.4.2). Diese Gesichtspunkte sind Regelungsgegenstand arbeitsrechtlicher Kollektivverträge. Folglich ist diesen Verträgen ein – wenn auch indirekter – Einfluss auf die Qualität der Pflege zuzusprechen, sofern die Arbeitsverhältnisse über Arbeitsvertragsrichtlinien oder Tarifverträge bzw. Teile von Tarifverträgen geregelt werden.

3.3.4 Individualverträge

3.3.4.1 *Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI*

Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen bewilligen und abrechnen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (§ 72 Abs. 1 SGB XI). Durch den Abschluss von Versorgungsverträgen werden die Pflegeeinrichtungen für die pflegerische Versorgung der Versicherten zugelassen (§ 72 Abs. 4 SGB XI). Für eine Einrichtung hat der Vertrag somit Status begründende Funktion, da an sie auf diese Weise ein konkreter Versorgungsauftrag übergeben wird und sie das Recht auf eine leistungsgerechte Vergütung erhält. Ein Bestehen auf dem Pflegemarkt ist für eine Pflegeeinrichtung ohne Versorgungsvertrag kaum möglich, da die Kostenträger in diesem Fall keine Kosten erstatten (vgl. Griep 2003, S. 443 f.; Maschmann 1996, S. 53; Quaas 1995, S. 201; Roth/Koh 2003, S. 31). Der Vertrag hat allerdings auch für die Pflegekassen existenzielle Bedeutung: Da sie selbst zur Erbringung pflegerischer Versorgungsleistungen nicht in der Lage sind, sind sie für die Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags nach § 12 Abs. 1 SGB XI auf die Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen angewiesen (vgl. Quaas 1995, S. 199). Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag werden auch als zugelassene Pflegeeinrichtungen bezeichnet (vgl. Schulin 1994, S. 294).

Versorgungsverträge werden abgeschlossen zwischen (§ 72 Abs. 2 SGB XI):

- den Landesverbänden der Pflegekassen und
- dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger.

Dies geschieht in Einvernehmen mit den nach Landesrecht zuständigen Trägern der Sozialhilfe. Der Begriff des Einvernehmens ist in diesem Fall gleichbedeutend mit Zustimmung, d.h. der Vertrag darf nicht gegen den Willen des Sozialhilfeträgers abge-

geschlossen werden (vgl. Maschmann 1996, S. 53). Als vertretungsberechtigte Vereinigungen kommen beispielsweise Verbände in Frage. Verbände sind jedoch originär nicht berechtigt, Drittverträge stellvertretend für ihre Mitglieder abzuschließen, sondern müssen hierzu durch Abschlussvollmachten legitimiert werden. Grundsätzlich kann ein Einrichtungsträger jedem Dritten eine Abschlussvollmacht übertragen (vgl. Schulin 1994, S. 295).

Ein Versorgungsvertrag beschreibt die individuellen Leistungen, zu deren Erbringung sich die Pflegeeinrichtung verpflichtet (vgl. Quaas 1995, S. 201; Roth/Koh 2003, S. 31). Vertragsinhalte sind (§ 72 Abs. 1 SGB XI):

- Art der Leistung (ambulant, stationär, teilstationär oder Kurzzeitpflege),
- Inhalt der Leistung (Stufen der Pflegebedürftigen, Betreuungsbedarf) und
- Umfang der allgemeinen Pflegeleistung (Bettenanzahl, Betreuungskapazitäten etc.).

Für ambulante Einrichtungen wird weiterhin der örtliche Einzugsbereich des Dienstes festgelegt (§ 72 Abs. 3 SGB XI), um unwirtschaftliche und lange Anfahrtswege zu vermeiden.

Grundsätzlich dürfen die Landesverbände der Pflegekassen Versorgungsverträge nur mit Einrichtungen abschließen, die folgende Voraussetzungen erfüllen (§ 72 Abs. 3 SGB XI):

- Erfüllungen der Anforderung aus § 71 SGB XI an Pflegeeinrichtungen (vgl. Kap. 2.3.5.2),
- Gewährleistung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung,
- Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems gemäß den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI (vgl. Kap. 3.3.3.1).

Die Pflegekassen unterliegen hier einem Kontrahierungszwang, d.h. wenn eine Einrichtung alle oben genannten Anforderungen nachweislich erfüllt, hat sie einen Anspruch auf Vertragsabschluss (vgl. Maschmann 1996, S. 53; Schulin 1994, S. 303). Mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrags ist jedoch keine Belegungsgarantie für die Pflegeeinrichtung verbunden. Bereits in der Gesetzesbegründung wird explizit darauf hingewiesen, dass durch diese Regelung eventuell mehr Einrichtungen zugelassen werden, als benötigt. Ziel ist es, einen geschlossenen Markt zu verhindern, neuen innovativen Leistungsanbietern Marktzugang zu ermöglichen und Wettbewerb unter den

Einrichtungen zu fördern (vgl. Rudolph 1997, S. 49; Vollmer 1994b, S. 40).

Versorgungsverträge besitzen grundlegende Funktion für die Gestaltung des Systems der Pflege: Durch einen Versorgungsvertrag wird eine Pflegeeinrichtung in das öffentlich-rechtliche Sozialleistungssystem einbezogen (vgl. Quaas 1995, S. 197). Mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrags verpflichtet sich eine Pflegeeinrichtung zur Leistungserbringung im Sinne der Pflegeversicherung. Folglich erhalten die Vorgaben des SGB XI sowie die untergeordneten rechtlichen Regelwerke, wie beispielsweise die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI oder der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI, unmittelbare Verbindlichkeit. Von den Einrichtungen sind die darin beschriebenen Anforderungen an die Qualität der pflegerischen Versorgung zu erfüllen und Einhaltungsnachweise zu erbringen.

3.3.4.2 Verträge nach § 77 SGB XI über ambulante Pflege durch Einzelpersonen

Nach § 77 Abs. 1 SGB XI können Pflegekassen auch Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften über die ambulante pflegerische Versorgung abschließen. Durch diese Individualverträge wird sozusagen die förmliche Zulassung durch einen Versorgungsvertrag umgangen bzw. abgekürzt (vgl. Jung/Schweitzer 1995, S. 160; Leber 1995, S. 858). Die Pflegekassen können so Lücken in der pflegerischen Versorgung der Versicherten schließen, um ihrem Sicherstellungsauftrag nach § 12 SGB XI umfassend nachzukommen. Durch die Verträge wird das regionale Versorgungsangebot gezielt durch spezielle und wohnortnahe Hilfen ergänzt, wenn der Bedarf an Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nicht durch zugelassene Pflegedienste gedeckt wird (vgl. Jung/Schweitzer 1995, S. 160; Klie 2003, S. 56; Vollmer 1994a, S. 44). Allerdings unterliegen die Pflegekassen bei Abschluss dieser zivilrechtlichen Verträge keinem Kontrahierungszwang, wie beim Abschluss von Versorgungsverträgen (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 731; Schulin 1994, S. 292 u. S. 303). Es liegt im Ermessen der Kassen, ob eine Versorgungslücke vorliegt und folglich ein individueller Vertrag nach § 77 SGB XI mit Einzelpersonen abgeschlossen werden sollte.

Der Vertrag kommt zustande zwischen der geeigneten Pflegekraft und der Pflegekasse (§ 77 Abs. 1 SGB XI). Er kann auch von einer Pflegekraft mit mehreren Krankenkassen abgeschlossen werden (vgl. Vollmer 1994b, S. 48). Verwandte und Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben, sind als Vertragspartner ausgeschlossen (§ 77 Abs. 1 SGB XI). Dies gilt auch für Angehörige, die die fachliche Qualifikation zur Pflegeerbringung beispielsweise durch eine Altenpflegeausbildung vorweisen können (vgl. o.V. 1999, S. 117; o.V. 2000, S. 66 f.).

Nach § 77 Abs. 1 SGB XI regeln die Verträge Leistungsinhalt und -umfang, Vergütung,

Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistung. Hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden an geeignete Pflegekräfte die gleichen Anforderungen gestellt wie an zugelassene Pflegedienste (§ 77 Abs. 2 SGB XI).

Durch die Verträge nach § 77 SGB XI werden geeignete Pflegekräfte in das öffentlich-rechtliche Sozialleistungssystem einbezogen und erhalten eine vertraglich zugesicherte Stellung als Akteure im System der Pflege. Zugleich sind auch die gesetzlichen und vertragsrechtlich definierten Anforderungen an die Qualität der pflegerischen Versorgung unmittelbar verbindlich und von den Pflegekräften einzuhalten.

3.3.4.3 Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über stationäre Versorgungsleistungen

Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen haben ein Anrecht auf leistungsgerechte Pflegesätze – als Entgelt für Pflegeleistungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung – sowie auf angemessene Entgelte für Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen. Durch die Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI wird gewährleistet, dass den Pflegeheimen die Geldmittel für die Erfüllung ihrer Versorgungsaufträge bei wirtschaftlicher Betriebsführung bereitgestellt werden (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Anstelle von Vergütungsvereinbarungen über stationäre Versorgungsleistungen wird gleichbedeutend auch der Begriff der Pflegesatzvereinbarung verwendet.

Der Abschluss von Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI erfolgt gesondert für jedes Pflegeheim in Form von Individualverträgen. Nur für Pflegeheime, die in derselben kreisfreien Gemeinde oder demselben Landkreis liegen, kann über eine Pflegesatzkommission (§ 86 SGB XI) ein Kollektivvertrag abgeschlossen werden (vgl. Brünner 2000, S. 591).

Vertragsparteien bei Individualverträgen sind (§ 85 Abs. 2 SGB XI):

- die Pflegekasse, die sonstigen Sozialversicherungsträger oder die von beiden Parteien gebildeten Arbeitsgemeinschaften,
- der zuständige örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger und
- der Träger des zugelassenen Pflegeheims.

Weiteren Interessengruppen (Vereinigungen der Pflegeheime des Landes, Landesverbände der Pflegekassen, Verband der privaten Krankenversicherung e.V.) steht es frei, sich an den Verhandlungen zu beteiligen (§ 85 Abs. 2 SGB XI).

Kollektivverträge werden von Pflegesatzkommissionen abgeschlossen, die regional oder landesweit eingerichtet sind. Vereinbarungspartner sind hier (§ 86 Abs. 1

SGB XI):

- die Landesverbände der Pflegekassen,
- der Verband der privaten Krankenversicherung e.V.,
- die Träger der Sozialhilfe (überörtlich oder landesrechtlich bestimmt) und
- die Vereinigung der Pflegeheimträger.

Die Vereinigung der Pflegeheimträger besitzt in der Regel keine Befugnis für ihre Mitglieder Rechtsgeschäfte abzuschließen. Für die rechtliche Gültigkeit ist es notwendig, dass die betroffenen Heimträger einer Pflegesatzfestlegung durch die Kommission explizit zustimmen (vgl. Brünner 2000, S. 591; Vollmer 1994a, S. 46; Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 34). Grundsätzlich können alle Pflegeheime einer Gemeinde oder eines Landkreises auf Einzelverhandlungen verzichten und sich den Beschlüssen der Pflegesatzkommission anschließen (§ 86 Abs. 2 SGB XI). Grundvoraussetzung ist, dass es sich um gleichartige Pflegeheime handelt, die vergleichbare Leistungen anbieten (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 834). In der Praxis finden so genannte Gruppenpflegesätze jedoch kaum Anwendung (vgl. Brünner 2000, S. 591; Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 34 u. 54).

Der Vertragsinhalt ist bei Individual- und Kollektivverträgen gleich. Gemäß § 85 Abs. 1 SGB XI werden Art (vollstationäre, teilstationäre, Kurzzeitpflege) sowie Höhe und Laufzeit der Pflegesätze festgelegt. Weiterhin erfolgt auch die Vereinbarung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, die von den Pflegebedürftigen gezahlt werden, in Form von Tagessätzen (§ 87 SGB XI). Die Pflegekassen nehmen hier ihre Sachwalterfunktion für die Pflegebedürftigen wahr und verhandeln an deren Stelle (vgl. Brünner 2000, S. 599).

Für die Festsetzung der Pflegesätze sind von den Vertragspartnern Bemessungsgrundsätze zu beachten. Hiernach müssen Pflegesätze leistungsgerecht sein und sind abhängig vom Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigkeit in die Pflegeklassen I bis III nach § 15 SGB XI einzuteilen (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Weiterhin müssen die Pflegesätze für alle Heimbewohner einheitlich sein, d.h. es darf keine Differenzierung vorgenommen werden, ob der Bewohner selbst zahlt oder die Kosten von der Pflegekasse oder dem Sozialhilfeträger übernommen werden. Dieser Grundsatz gilt auch für die Bemessung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§§ 84 Abs. 3, 87 SGB XI).

Pflegesätze sind stets prospektiv zu kalkulieren und festzulegen. Dies ermöglicht es dem Pflegeheimträger Gewinne zu erzielen, die in der Einrichtung verbleiben. Hingegen muss er aber auch Verluste selbst tragen (§ 85 Abs. 2 SGB XI). Investitionskosten, die dem Heimträger im Zusammenhang mit der Herstellung, Anschaffung und Instandsetzung von notwendigen Gebäuden oder sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegü-

tern entstehen, dürfen nicht in die Kalkulation der Pflegevergütung eingerechnet und nicht von den Pflegekassen übernommen werden (§ 82 Abs. 2 SGB XI). Ein Teil der Investitionskostendeckung erfolgt über öffentliche Förderung. Den verbleibenden ungedeckten Teil der betriebsnotwendigen Investitionskosten können die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen in Rechnung stellen (§ 82 Abs. 3 SGB XI).

Über Vergütungsvereinbarungen geregelte Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind die wichtigsten Geldquellen der Pflegeheime (vgl. Rizvi 2007, S. 17). Diese Vergütungsbedingungen sind ein zentraler Aspekt, der die Pflegepraxis und die Pflegequalität in den Einrichtungen bestimmt. Die Einrichtungen müssen darauf achten, mit den vereinbarten Vergütungen mindestens Kostendeckung zu erreichen und richten ihr Handeln dementsprechend aus. Dies kann in der Praxis dazu führen, dass qualitative Forderungen an eine bewohnerorientierte Pflege, soweit sie im System der Pflegevergütung nicht mit Vergütungswerten hinterlegt sind, vielfach defizitär umgesetzt werden (vgl. Wiese 2004, S. 135 u. 179, Kap. 5.3.1.1).

3.3.4.4 Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI

Alle Einrichtungen der teil- und vollstationären Pflege müssen seit dem 1. Januar 2004 Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) als Voraussetzung für den Abschluss einer Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI vorlegen (§ 80a Abs. 1 SGB XI). Ziel der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ist die Darstellung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale eines Pflegeheims (§ 80a Abs. 2 SGB XI). Durch sie verdeutlicht der Heimträger, wie er seiner aus dem Versorgungsvertrag resultierenden Verpflichtung zur leistungs- und qualitätsgerechten Versorgung der Pflegebedürftigen eigenverantwortlich nachkommt und welche Aufwendungen er für Pflege und soziale Betreuung tätigt. Auf dieser Basis soll eine fundierte Diskussion mit den Kostenträgern über die Pflegesätze möglich werden. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen fungiert folglich als Bindeglied zwischen Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung und soll den Trägern helfen, ihren Anspruch auf eine angemessene Vergütung durchzusetzen (vgl. Müller 2005, S. 70 ff.; Möwisch/Hons/Both 2005, S. 7; Plantholz 2005, S. 30; Roth/Koh 2003, S. 30).

Die Vereinbarungen werden für jedes Pflegeheim gesondert abgeschlossen. Die Vertragsparteien entsprechen den am Pflegesatzverfahren (Individualverträge) beteiligten Parteien. Dies sind (§ 85 Abs. 1 SGB XI):

- die Pflegekassen, sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen gebildete Arbeitsgemeinschaften,
- der zuständige örtliche oder überörtliche Träger der Sozialhilfe und

- der Träger des zugelassenen Pflegeheims.

Weiteren Gruppen ist es nach § 85 Abs. 2 SGB XI freigestellt, sich an den Verhandlungen zu beteiligen (vgl. Kap. 3.3.4.3).

Vertragsinhalte sind nach § 80a Abs. 2 SGB XI (vgl. BAGüS 2003, S. 1 ff.; Möwisch/Hons/Both 2005, S. 20 ff.; Roth/Koh 2003, S. 30 ff.; Spitzenverbände der Pflegekassen 2003, S. 2 ff.):

- Struktur: Die Struktur des zu betreuenden Personenkreises ist darzulegen und eine Abschätzung der erwarteten zukünftigen Entwicklung abzugeben. Hierfür wird die Anzahl der Pflegebedürftigen, gegliedert nach den Pflegestufen I bis III und Personen mit besonderem Pflege- und Investitionsbedarf (z.B. demente Pflegebedürftige), dargelegt.
- Leistungen: Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim derzeit und voraussichtlich zukünftig erbracht werden, sind zu erörtern.
- Ausstattung: Hier erfolgt die Regelung der personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation und Fortbildungsverpflichtung der Mitarbeiter.

Die Regelung der personellen Ausstattung durch Personalrichtwerte und Fachkraftquote ist das so genannte Herzstück der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Durch die Festlegung der Pflegepersonalschlüssel für die drei Pflegestufen wird der Personaleinsatz und damit die pflegerische Versorgung der Heimbewohner entscheidend geprägt. Die Personalrichtwerte haben gemeinsam mit den individuellen Vereinbarungen zur Fachkraftquote maßgeblichen Einfluss auf die Vergütungsvereinbarungen, da sie in hohem Maße zu den Gesamtkosten beitragen (vgl. Hölscher 2006, S. 334; Müller 2005, S. 74; Plantholz 2005, S. 31 ff.; Riege 2003a, S. 34 f.).

Sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene existieren mittlerweile verschiedene Mustervorlagen und Empfehlungen für den Aufbau von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Die inhaltliche Gestaltung in der Praxis befindet sich jedoch noch in einem Entwicklungsprozess. Da viele Empfehlungen erst ab 2003 veröffentlicht wurden, variieren Umfang und Inhalt der bestehenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sehr stark. Es gibt sowohl knappe tabellarische Ausfertigungen als auch umfangreiche Dokumente mit ausführlichen Beschreibungen und Leistungsversprechen (vgl. Göpfert-Divivier/Pfeifer 2006, S. 164; Hons 2004, S. 22; Igl/Tallich 2006, S. 461). Beispielsweise werden in Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen sehr kurze Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, die kein konkretes Leistungsspektrum beschreiben, abgeschlossen. Die dortigen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen erfas-

sen lediglich die aktuelle Bewohnerstruktur (Anzahl Bewohner pro Pflegestufe I-III) und legen die Personalschlüssel für Pflegebereich, Hauswirtschaft und Technik sowie Leitung und Verwaltung fest (vgl. Hölscher 2007, S. 41; Plantholz 2005, S. 24).

Von vielen Seiten wird der unverhältnismäßige bürokratische Aufwand – vor allem für die Einrichtungsträger, die in der Regel den Vertragsentwurf der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen erstellen – kritisiert. Dem gegenüber würden die Vorteile, die die Etablierung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit sich bringen sollte, in der Praxis nicht erzielt. So soll nicht ersichtlich sein, dass die Einrichtungsträger durch die Darstellung der besonderen, Kosten auslösenden Merkmale ihres Pflegeheims eine bessere Verhandlungsposition besitzen und bessere Ergebnisse bei den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern erzielen. Als Konsequenz dieser Erfahrung wird von Teilen der Politik und der Fachöffentlichkeit die Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen befürwortet (vgl. Göpfert-Divivier/Pfeifer 2006, S. 164; Igl/Tallich 2006, S. 461 ff.; Hölscher 2007, S. 41; VDAB 2005b, S. 5). Dem ist entgegenzuhalten, dass der Einfluss eines angemessenen Personalbestands auf die Pflegequalität in Heimen empirisch belegt ist (vgl. BMFSFJ 2006a, S. 4, Kap. 2.3.5.3 u. 4.1.1.3; o.V. 2006a, S. 247 f.) und somit über die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen eine individuelle Festlegung und Bemessung der personellen Ausstattung erfolgt, die derzeit weder gesetzlich noch vertraglich auf andere Weise geregelt wird (vgl. Igl/Tallich 2006, S. 462; Plantholz 2005, S. 31; Rothgang/Wasem/ Greß 2004, S. 49).

Unabhängig von dieser Diskussion ist festzuhalten, dass die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen der Sicherstellung eines ausreichenden und qualifizierten Personalbestands dienen (vgl. Wiese 2005, S. 356) und auf diese Weise direkten Einfluss auf die Qualität in der Pflege nehmen.

3.3.4.5 Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI über ambulante Versorgungsleistungen

Durch die Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI wird gewährleistet, dass dem Pflegedienst die Geldmittel zur Verfügung stehen, die er benötigt, um seinen Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erfüllen (§ 89 Abs. 1 SGB XI).

Die Vergütungsvereinbarungen werden für jeden Pflegedienst gesondert abgeschlossen. Vertragspartner sind (§ 89 Abs. 2 SGB XI):

- die Pflegekassen, sonstige Sozialversicherungsträger oder deren gemeinsame Arbeitsgemeinschaften,
- der zuständige örtliche oder überörtliche Träger der Sozialhilfe und
- der Träger des Pflegedienstes.

Die Vorschriften zur Pflegesatzkommission in der stationären Pflege gelten auch für die ambulante Pflege (§ 89 Abs. 3 SGB XI), d.h. auch für Pflegedienste, die in einer Gemeinde oder einem Landkreis liegen, kann eine Pflegesatzkommission mit Zustimmung der Pflegedienstträger für vergleichbare Leistungen einheitliche Vergütungshöhen festsetzen (vgl. Kap. 3.3.4.3). In der Literatur wird jedoch der Gebrauch dieser Wahlmöglichkeit in der Vertragspraxis nicht erwähnt – es wird vielmehr auf den Wortlaut des SGB XI verwiesen, wonach die Vergütungsvereinbarung für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen ist (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 863).

Inhalt der Verträge ist nach § 89 Abs. 3 SGB XI die Vergütung der einzelnen ambulanten Versorgungsleistungen. Die Vergütungshöhe kann nach dem erforderlichen Zeitaufwand des Pflegeeinsatzes, nach dem Leistungsinhalt des Besuchs, nach Komplex- oder Einzelleistungen oder nach Pauschalen (Wegpauschale, Sonn- und Feiertagszuschläge etc.) bemessen werden.

In der Vertragspraxis orientieren sich die Vergütungsvereinbarungen an den Bundesempfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der ambulanten Pflege¹² (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 866; Steuernagel 2006, S. 130). Diese beschreiben detailliert die Inhalte des Vergütungssystems – Erstbesuch, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Pflege- bzw. Beratungseinsatz gemäß § 37 SGB XI – in Form von Leistungskomplexen. Je nach Aufwand werden den Leistungskomplexen Punktzahlen zugeordnet. Die Inhalte der Vergütungsvereinbarungen der einzelnen Pflegedienste sind unmittelbar von deren Leistungsprogrammen abhängig. Die jeweilige Vergütung ergibt sich aus der Multiplikation der Punktzahl des erbrachten Leistungskomplexes mit dem zwischen den Vereinbarungspartnern ausgehandelten Punktwert (vgl. Steuernagel 2006, S. 130).

Grundsätzlich muss die Pflegevergütung leistungsgerecht und für alle Pflegebedürftigen einheitlich sein, d.h. es wird keine Differenzierung vorgenommen, ob die Kosten vom Pflegebedürftigen, von der Pflegekasse oder dem Sozialhilfeträger übernommen werden (§ 89 Abs. 1 SGB XI).

Die über die Vergütungsvereinbarungen geregelten Leistungsentgelte sind die Haupteinnahmequelle der Pflegedienste und bestimmen deren Finanzrahmen. Die pflegerischen Leistungen werden aus Wirtschaftlichkeitsgründen stets im Rahmen der individuell vorhandenen finanziellen Mittel erbracht – was sich auch auf die Qualität der Leistungserbringung auswirkt. Ebenso wie im stationären Bereich gilt auch hier, dass

¹² Die aktuellen Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein Vergütungssystem von Leistungen der ambulanten Pflege nach SGB XI sind vom 8. November 1996.

sich das Leistungsangebot der Pflegedienste stark an vergütungsfähigen Leistungskomplexen orientiert. Wünschen und Bedürfnissen von Pflegebedürftigen, für die keine Abrechnungsmöglichkeit mit den Kostenträgern besteht, kann deshalb aus ökonomischen Gründen vielfach nicht nachgekommen werden (vgl. Wiese 2004, S. 93 u. 162).

3.3.4.6 Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen

Wie bei dem Geltungsbereich der Rahmenverträge nach § 79 SGB XII ist zu beachten, dass sich auch hier die gesetzlichen Vorgaben auf die Vereinbarungen mit allen teil- und vollstationären Einrichtungen beziehen, die Leistungen der Sozialhilfe erbringen. Dies sind neben Pflegeeinrichtungen auch andere soziale Einrichtungen, wie beispielsweise Behindertenheime oder Sonderschulen (vgl. Kap. 3.3.3.3). Nachfolgend wird nur die Anwendung der Vereinbarungen für Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI betrachtet.

Auf Antrag übernimmt der Sozialhilfeträger Kosten, die durch die pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Sozialhilfeempfängern in Pflegeeinrichtungen ausgelöst werden. Der Träger der Sozialhilfe ist nach § 75 Abs. 3 SGB XII jedoch zur Kostenübernahme nur verpflichtet, wenn zuvor eine dreiteilige Vereinbarung, bestehend aus Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung abgeschlossen wurde (§ 75 Abs. 3 u. 4 SGB XII).

Sofern eine Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI zugelassen ist, werden sämtliche Regelungen des SGB XI – inklusive der Verträge, die nach den Vorgaben des SGB XI abgeschlossen werden – vorrangig beachtet. Folglich müssen für die pflegerische Versorgung keine neuerlichen Verhandlungen über Leistungen, Vergütungshöhen und Prüfungen geführt werden, wenn diese Bereiche über Inhalte des SGB XI oder Verträge bereits geregelt sind (§ 75 Abs. 5 SGB XII). Voraussetzung ist allerdings, dass der Sozialhilfeträger den jeweiligen vertraglichen Regelwerken zugestimmt hat (§ 75 Abs. 5 SGB XII) (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 1174). Für die Vertragspraxis bedeutet dies, dass keine Leistungs- und Prüfungsvereinbarungen über ambulante und stationäre Leistungen abgeschlossen werden (vgl. Plantholz 2005, S. 32). Bei Vergütungsvereinbarungen sind lediglich für den stationären Bereich Absprachen über die Pflegevergütung der Pflegestufe 0 und über abrechenbare Investitionsaufwendungen zu treffen (vgl. Möwisch/Hons/Both 2005, S. 11; Klie/Krahmer 2003, S. 1174 u. 1186). Einige Empfehlungen zu den Vertragsinhalten schlagen vor, auch die Personalschlüssel für die Pflegestufe 0 festzulegen (vgl. Möwisch/Hons/Both 2005, S. 5 u. 35). Sofern dieser Vorschlag allerdings nicht umgesetzt wird, sind die Betreuungsschlüssel über

die Vergütungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII zu regeln. Dieses Vorgehen der Vertragspraxis ist folgendermaßen zu begründen:

- Die Leistungsvereinbarungen beschreiben Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung (§ 75 Abs. 3 SGB XII). Mindestinhalte sind nach § 76 Abs. 1 SGB XII die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, der zu betreuende Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistung, Qualifikation des Personals sowie die erforderliche sachliche und personelle Ausstattung. Die genannten Inhalte sind durch Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über die pflegerische Versorgung sowie durch individuelle Versorgungsverträge und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen abgedeckt. Die Sozialhilfeträger sind Vertragspartner der genannten Regelwerke bzw. Versorgungsverträge bedürfen grundsätzlich ihrer Zustimmung. Der Abschluss von Leistungsvereinbarungen ist folglich für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nicht notwendig.
- Die Vergütungsvereinbarungen regeln die Höhe der Pauschalen und die Beträge für die einzelnen Leistungsbereiche (§ 75 Abs. 3 SGB XII). Hierzu zählt nach § 76 Abs. 2 SGB XII neben Grundpauschalen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Maßnahmen, auch der Betrag für betriebsnotwendige Anlagen inklusive ihrer Ausstattung (Investitionsbetrag). Die Vergütungsvereinbarungen nach §§ 85, 89 SGB XI über stationäre und ambulante Versorgungsleistungen – an denen die Sozialhilfeträger als Vertragspartner beteiligt sind – decken diese Inhalte zum Großteil ab.
Nur für den stationären Pflegesektor sind Pauschalen für Pflegeleistungen der Pflegestufe 0 und die Höhe des Investitionsbetrags noch zu verhandeln und festzulegen. Sofern in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen keine Personalschlüssel für die Pflegestufe 0 vereinbart werden, sind auch diese Gegenstand der Vereinbarung.
- Die Prüfungsvereinbarungen enthalten Festlegungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (§ 75 Abs. 3 SGB XII). Für zugelassene Pflegeeinrichtungen gelten die Regelungen des SGB XI sowie die Inhalte der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, bei denen die Sozialhilfeträger Vertragspartner sind. Folglich werden keine gesonderten Prüfungsvereinbarungen abgeschlossen.

Auch die Regelungen, die innerhalb der Vereinbarungen nach § 75 SGB XII getroffen werden, beeinflussen den Finanzrahmen der Pflegeheime. Generell handelt es sich in der Summe jedoch um geringere Beträge als bei den Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über Pflegesätze und Unterkunft- und Verpflegungsentgelte. Dennoch ist festzuhalten, dass die Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern ebenso die Erstellung

der pflegerischen Versorgung und deren Qualität beeinflussen.

3.3.4.7 *Arbeitsverträge*

Arbeitsverträge dienen der Regelung der individuellen Arbeitsverhältnisse zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber (vgl. Weber 2002, S. 94). Prinzipiell verpflichtet sich der Arbeitnehmer durch den Arbeitsvertrag, Arbeit gegen eine festgelegte Vergütung zu erbringen. Der Arbeitgeber muss hingegen die vereinbarte Arbeitsleistung vergüten (§ 611 Abs. 1 BGB).

Gesetzliche Vorgaben für Arbeitsverträge enthalten die §§ 611 ff. BGB. Arbeitsverträge sind Exempel der dort beschriebenen Dienstverträge (vgl. Kap. 3.1.5.2; Streibl 2001, S. 12). Sie unterliegen dem Individualarbeitsrecht, welches vor allem auf dem Grundgesetz, diversen Gesetzen mit arbeitsrechtlichen Bestimmungen, (z.B. Bürgerliches Gesetzbuch, Kündigungsschutzgesetz), Tarifverträgen und Arbeitsrichtlinien beruht (vgl. Klie 2001, S. 496; Weber 2002, S. 91). Da vielfach Musterarbeitsverträge eingesetzt werden (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 196), sind auch die Vorgaben des Bürgerlichen Gesetzbuchs über Allgemeine Geschäftsbedingungen (§§ 305-310 BGB) zu beachten (vgl. Kap. 3.1.5.3). In der Vertragspraxis existieren verschiedene Gestaltungsformen von Arbeitsverträgen. Im Pflegebereich kommen meist Arbeitsverträge zur Regelung eines Angestelltenverhältnisses zum Einsatz (vgl. Brühl/Christmann 2000, S. 345). Auf andere Arbeitsvertragsformen, wie Arbeitsverträge mit freien Mitarbeitern, Aushilfsarbeitsverträge oder Ausbildungsverträge, soll aus diesem Grund hier nicht eingegangen werden.

Die Mindestinhalte von Arbeitsverträgen sind Beginn und gegebenenfalls Ende des Arbeitsverhältnisses, Arbeitsort, Tätigkeitsbeschreibung, Arbeitsentgelt, Arbeitszeit, Urlaubsregelung, Lohnfortzahlung und Kündigungsfrist (vgl. Streibl 2001, S. 14 f.). Sofern die Arbeitsverhältnisse in einer Pflegeeinrichtung dem Geltungsbereich von Tarifverträgen oder Arbeitsvertragsrichtlinien unterliegen (vgl. Kap. 3.3.3.6), werden die Individualarbeitsverträge durch die Inhalte dieser Kollektivregelwerke ergänzt. Eine Abweichung von den Kollektivverträgen zu Ungunsten des Arbeitnehmers ist nicht erlaubt. Lediglich divergente Bedingungen, die den Arbeitnehmer begünstigen, sind zulässig (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 200).

Gesetzlich ist der Arbeitsvertrag an keine Form gebunden, d.h. er kann auch mündlich oder konkludent abgeschlossen werden. Allerdings muss der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer innerhalb eines Monats nach Arbeitsantritt die wichtigsten Vertragsbedingungen schriftlich aushändigen (§ 2 NachwG, Gesetz über den Nachweis der für ein Arbeitsverhältnis wesentlichen Bedingungen). Schon aus dieser Verpflichtung heraus liegen Arbeitsverträge nahezu ausschließlich schriftlich vor. Zudem fordern meist auch

Tarifverträge und Arbeitsvertragsrichtlinien die Schriftform (vgl. Junker/Kamanabrou 2002, S. 201 f., Klie 2001, S. 500).

Zumeist werden von den Trägerorganisationen der Pflegeeinrichtungen Musterarbeitsverträge zur Verfügung gestellt und in der Vertragspraxis eingesetzt.

Arbeitsverträge regeln die Beziehungen zwischen den Trägern der Pflegeeinrichtungen und den Angestellten. Sie beeinflussen durch die Festlegung von Arbeitsbedingungen auch die Qualität der pflegerischen Versorgung. Der Träger kann sich mit dem Vertragsabschluss auf die Erbringung der Arbeitsleistung durch die Pflegekräfte verlassen und wird so befähigt, seine Pflichten gegenüber den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern wie auch gegenüber den Pflegebedürftigen zu erfüllen. Der Angestellte erhält hingegen die Zusicherung festgeschriebener Arbeitsbedingungen einschließlich Angaben zum Gehalt. Die Qualität der pflegerischen Leistungserstellung wird stark von der Grundhaltung und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter beeinflusst, die wiederum z.T. von den individuellen Arbeitsbedingungen abhängt (vgl. Kap. 2.3.5.3, 4.1.1.3 u. 4.2.4.2). Arbeitsverträge beeinträchtigen die Pflegequalität somit in zweifacher Hinsicht. Zum einen erhalten allgemeine Qualitätsanforderungen, die an den Träger gestellt werden, auch für den Angestellten Gültigkeit und zum anderen beeinflusst die Regelung von Arbeitsbedingungen wie Lohn, Urlaub oder Arbeitszeitmodellen die Einstellung und Zufriedenheit des Personals.

3.3.4.8 Heimverträge nach § 5 HeimG

Der Abschluss eines Heimvertrags ist durch das Heimgesetz seit 2001 zwingend vorgeschrieben. Die §§ 5 bis 9 HeimG enthalten verbindliche Vorgaben zu Vertragspartnern, Vertragsinhalten, Anpassung der Leistungen, Entgeltregelungen, Vertragsdauer und Kündigungsfristen. Zudem hat jedes Heim nach § 30 HeimMwVO einen Musterheimvertrag zu erstellen und diesen mit dem Heimbeirat abzustimmen. Hierbei müssen die Vorgaben der §§ 305 bis 310 BGB zu Allgemeinen Geschäftsbedingungen (vgl. Kap. 3.1.5.3) beachtet werden. Musterheimverträge sind zudem den Landesverbänden der Pflegekassen vorzulegen, die bei Rechtswidrigkeiten oder Verbraucherunfreundlichkeiten Widerspruch gegen den Vertrag erheben können (vgl. § 9 BEmpfvollstatPfl; Klie 1999, S. 38). Weiterhin spezifizieren die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über stationäre pflegerische Versorgung diese allgemeinen Vorgaben für die einzelnen Bundesländer.

Ziel von Heimverträgen ist die Gewährleistung von Transparenz und Rechtsklarheit im Rechtsverhältnis zwischen Pflegeheimträger und Pflegebedürftigen. Sie informieren die Bewohner über ihre Rechte und Pflichten, zielen auf einen erhöhten Verbraucher-

schutz und sollen eine symmetrische Beziehung zwischen Heimträger und Heimbewohner schaffen bzw. ein Über- oder Unterordnungsverhältnis unterbinden (vgl. Klie 1999, S. 34; Klie 2001, S. 412).

Der Heimvertrag wird schriftlich zwischen dem Träger des Pflegeheims (oder seinem Vertreter, z.B. der Heimleitung) und dem künftigen Bewohner (oder einem Bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Betreuer) abgeschlossen (§ 5 Abs. 1 HeimG).

Jeder Heimvertrag enthält Angaben zu (§ 5 Abs. 3 HeimG):

- Heimleistungen: Art, Inhalt und Umfang von Betreuung, Unterkunft, Verpflegung und Zusatzleistungen werden für den Bewohner individuell festgelegt.
- Heimentgelt: Die Gesamtkosten werden in ihre Entgeltbestandteile einschließlich der Ausweisung des Eigenanteils des Bewohners aufgeschlüsselt.
- Abwesenheit des Bewohners: Es werden Regelungen für die Rückerstattung von Abwesenheitszeiten, z.B. aufgrund von Urlaub oder Krankenhausaufenthalt, getroffen.

Der Heimträger hat die Pflicht seine Leistungen an den jeweiligen Gesundheitszustand des Bewohners anzupassen (§ 6 HeimG). Dies gilt sowohl für eine Verbesserung als auch für eine Verschlechterung der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit. Hinsichtlich der aufgelisteten Leistungen ist auch zu beachten, dass die Vorgaben aus Verträgen, die die Einrichtung mit den Kostenträgern geschlossen hat, verbindlich sind (vgl. BKK-Bundesverband 2003, S. 168; Markus 1996, S. 286). Aus diesem Grund sollte in den Heimverträgen auf geltende Kollektiv- und Individualverträge wie den Landes-Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI, den Versorgungsvertrag, die Vergütungsvereinbarungen etc. und auf Möglichkeiten der Einsichtnahme in die Regelwerke hingewiesen werden (vgl. Klie 1999, S. 51; Rudolph 1997, S. 59).

Heimverträge regeln die individuellen Austauschbeziehungen zwischen Pflegeheim und Heimbewohner. Heimverträge sind neben den Versicherungsverträgen die einzige Vertragsart im System der stationären Pflege bei denen der Pflegebedürftige selbst als Vertragspartner fungiert. Sie sind somit die einzige Möglichkeit der Heimbewohner ihre pflegerische Versorgung selbst vertraglich zu gestalten. Allerdings sind die Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt, da Musterheimverträge verwendet werden und viele Rahmenbedingungen bereits gesetzlich oder durch Verträge zwischen Pflegeheim und Kostenträgern verbindlich geregelt werden.

3.3.4.9 Pflegeverträge nach § 120 SGB XI

Seit dem Inkrafttreten des PQsG am 1. Januar 2002 sind in der ambulanten Pflege schriftliche Pflegeverträge abzuschließen (§ 120 SGB XI). Diese Regelung wurde in Analogie zu den Heimverträgen und im Hinblick auf die Verbesserung des Verbraucherschutzes eingefügt. Pflegeverträge sind privatrechtliche Dienstverträge im Sinne der §§ 611 ff. BGB (vgl. Böhme 2002, S. 54; Krahmer 1996b, S. 541). Da in der Regel Musterverträge Anwendung finden, müssen auch hier die Vorgaben der §§ 305 bis 310 BGB zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (vgl. Kap. 3.1.5.3) beachtet werden (vgl. Krahmer 1996b, S. 541).

Pflegeverträge sollen Transparenz und Rechtsklarheit im Rechtsverhältnis zwischen ambulanten Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen herstellen. Sie dienen dem Verbraucherschutz und der Absicherung der Pflegebedürftigen, da sie diese schriftlich über ihre Pflichten, insbesondere hinsichtlich der entstehenden Kosten, und ihre Rechte informieren (vgl. BKK-Bundesverband 2003, S. 149; Böhme 2002, S. 55; Grieshaber 2002, S. 25).

Pflegeverträge werden zwischen dem Pflegebedürftigen und dem zugelassenen Pflegedienst abgeschlossen (§ 120 Abs. 1 SGB XI).

Inhalte der Pflegeverträge sind gemäß § 120 Abs. 3 SGB XI (vgl. Böhme 2002, S. 56; Kirchhof/Kopf 1999, S. 137 ff.; Krahmer 1996b, S. 542 f.; Krahmer 1998, S. 312):

- **Pflegedienstleistungen:** Art, Inhalt und Umfang der pflegerischen Versorgungsleistungen werden spezifisch geregelt. Es erfolgt eine individuell auf die Wünsche und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen abgestimmte Festlegung der Leistungskomplexe oder Einzelleistungen, die der Pflegedienst für den Pflegebedürftigen erbringt.
- **Entgelte:** Die Gesamtvergütungshöhe ist auszuweisen und die Einzelbestandteile müssen gesondert nach Leistungskomplexen und Einzelleistungen aufgeschlüsselt werden.

Generell liegen den Inhalten der Pflegeverträge die Regelungen von SGB V, SGB XI sowie geltende Kollektiv- und Individualverträge zugrunde. Insbesondere auf die zusätzlichen verbindlichen Vertragswerke sollte in den Pflegeverträgen hingewiesen und die Möglichkeiten der Einsichtnahme erläutert werden (vgl. Böhme 2002, S. 55; Krahmer 1996a, S. 14; Krahmer 1996b, S. 539).

Im Bereich der ambulanten Pflege sind Pflegeverträge neben den Versicherungsver-

trägen die einzige Vertragsart, bei der der Pflegebedürftige selbst als Vertragspartner fungiert. Auf diese Weise werden die Leistungs-, Geld- und Informationsströme zwischen Pflegedienst und Pflegebedürftigem geregelt und eine Leistungserbringung sichergestellt. Über die Pflegeverträge wird es dem Pflegebedürftigen ermöglicht, seine pflegerische Versorgung und deren Qualität im eigenen häuslichen Umfeld selbst zu gestalten. Allerdings sind ebenso wie bei den Heimverträgen nur eingeschränkte Gestaltungsmöglichkeiten gegeben, da normalerweise Musterpflegeverträge verwendet und viele Rahmenbedingungen bereits über andere für den Pflegedienst verbindliche Rechtsquellen geregelt werden.

3.3.4.10 Versicherungsverträge nach SGB XI

Pflegeversicherungsverträge werden zwischen den Versicherungsnehmern und den Krankenkassen (stellvertretend für die Pflegekassen) abgeschlossen, wobei der Vertragsabschluss über den Versicherungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse zustande kommt (vgl. Schulz-Gödker 1995, S. 40). Die Versicherungsnehmer können in der Regel frei wählen, bei welcher Krankenkasse sie sich versichern (§§ 173-175 SGB V). Über die Versicherung in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind sie automatisch in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung eingebunden (vgl. Kap. 2.2.3). Es gilt:

- Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, ist auch in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert (§ 20 Abs. 1 SGB XI).
- Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert ist, ist ebenfalls in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert. Er kann aber auf Antrag befreit werden, wenn er einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abschließt (§§ 20 Abs. 3, 22 SGB XI).
- Für die Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung gelten die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung über die beitragsfreie Familienversicherung entsprechend, d.h. Familienangehörige können beitragsfrei mitversichert werden (§ 10 SGB V, § 25 SGB XI).

Alle Versicherten (Mitglieder und Familienversicherte) haben im Fall von Pflegebedürftigkeit die gleichen Leistungsansprüche unabhängig von der ausgewählten Krankenzuweisung bzw. Pflegekasse und der Höhe ihres Versicherungsbeitrags. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind einheitlich über die Bestimmungen des Vierten Kapitels des SGB XI (§§ 28-45 SGB XI) geregelt (vgl. Kap. 2.2.3 u. 2.3.7).

Die Versicherungsverträge sind – neben Heim- und Pflegeverträgen – eine der wenigen Vertragsarten, bei denen Pflegebedürftige direkt als Vertragspartner auftreten. Sie

sind jedoch als Versicherungsnehmer nicht direkt an der Vertragsgestaltung beteiligt, da der Gegenstand des Versicherungsvertrags auf den Bestimmungen des SGB XI beruht. Dort hat der Gesetzgeber die Verantwortung für die Ausgestaltung und Umsetzung der Leistungsinhalte explizit an die Selbstverwaltung, d.h. an die Leistungserbringer und Kostenträger übertragen (vgl. Kap. 3.3.1).

3.3.4.11 Kooperationsverträge

Kooperation bedeutet im weiteren Sinne die freiwillige Zusammenarbeit zwischen am Wirtschaftsleben beteiligten Personen und Institutionen (vgl. Dichtl/Issing 1987a, S. 1077; Wöhe 2002, S. 302 f.). Durch die Zusammenarbeit wird eine bestimmte Kombination an Leistungen und Ressourcen erreicht, die die Beteiligten für die Umsetzung ihrer individuellen, aber auch ihrer gemeinsamen Ziele benötigen (vgl. Simon 2000, S. 104). Meist geht es um Aspekte wie Steigerung des Kundennutzens, Kostenvorteile durch mögliche Rationalisierung, Risikostreuung durch Diversifikation des Leistungsspektrums, Optimierung des Images oder Entwicklung von Wettbewerbsvorteilen (vgl. Batzdorfer 2002, S. 23; Simon 2000, S. 105 f.; Wöhe 2002, S. 305).

Kooperationsverträge regeln die Beziehungen der Kooperationspartner und sind in der Regel privatrechtlicher Natur. Durch die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI sind zugelassene Pflegeeinrichtungen explizit befugt, Kooperationen mit externen Leistungsanbietern einzugehen. Die Verantwortung für die Leistungserbringung und die Qualität verbleibt stets bei der auftraggebenden Einrichtung, die die Leistung Dritter in Anspruch nimmt (vgl. MDS 2005a, S. 76; MDS 2005b, S. 82).

Es existieren zwei Arten von Kooperationsverträgen:

- Verträge zwischen zwei oder mehreren Pflegeeinrichtungsträgern: Bei pflegerischen Leistungen müssen beide Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI zugelassen sein. Kooperationsverträge können aber auch die gemeinsame Nutzung von Schulungsangeboten, Weiterbildungsmaßnahmen oder die Zusammenarbeit bei Verwaltung oder Einkauf betreffen (vgl. Batzdorfer 2002, S. 23 f.).
- Verträge zwischen einem Pflegeeinrichtungsträger und den sonstigen Dienstleistungsunternehmen: Meist betreffen diese Verträge outgesourcte Aufgabenbereiche, wie Wäschereinigung, Facility Management oder zusätzliche Dienstleistungen, wie Massage, Friseur etc., die über das hauseigene Leistungsspektrum hinausgehen.

Kooperationsverträge sind stets fakultativ, d.h. es liegt im Ermessen des Pflegeeinrichtungsträgers, ob er für die Erfüllung seiner Betriebsziele inklusive seines Versorgungsauftrags die Dienste Dritter in Anspruch nehmen will. In der Regel werden Ko-

operationsverträge nur abgeschlossen, wenn sich der Auftraggeber Vorteile durch die Zusammenarbeit verspricht.

3.3.4.12 Verträge nach § 140a SGB V über integrierte Versorgung

Mit der Gesundheitsreform der gesetzlichen Krankenversicherung des Jahres 2000 wurde durch die Etablierung integrierter Versorgungsformen (§§ 140a-140d SGB V) ein weiteres System zur Regelversorgung parallel zur vertragsärztlichen Versorgung eingeführt. Die Krankenkassen sind seitdem befugt, selbst Vertragspartner anhand von Bedarf und Wirtschaftlichkeit auszuwählen und individuelle Einzelverträge abzuschließen. Auf diese Weise wurde den Krankenkassen Vertragsfreiheit zugesprochen und die ausschließliche Versorgung durch das so genannte Kollektivvertragssystem des § 75 SGB V, welches auf dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung beruht, aufgebrochen (vgl. Flintrop 2003, S. A-2344; Quaas 2004, S. 306; Wigge 2001, S. 17 ff.). Mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen Wettbewerbsstärkungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung haben nun auch Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, sich an Formen der integrierten Versorgung zu beteiligen (vgl. Samland 2007, S. 139).

Bei der integrierten Versorgung einigen sich mehrere Leistungsanbieter auf gemeinsame Versorgungsziele und -inhalte, kooperieren bei der Behandlung der Versicherten und teilen sich ein gemeinsames Budget. Es ist das Grundprinzip der integrierten Versorgung, dass ein Patient Sektoren übergreifend und interdisziplinär von allen Behandlungspartnern nach einem abgestimmten Behandlungskonzept therapiert wird. Bis zur Gesetzesänderung im April 2007 erstreckte sich der Behandlungsprozess der integrierten Versorgungsformen über die unterschiedlichen Leistungssektoren und Disziplinen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu zählen vor allem niedergelassene Ärzte (ambulant), Krankenhäuser (stationär) und Rehabilitationseinrichtungen (rehabilitativ), deren Behandlungsabläufe, Verantwortlichkeiten und Vergütung im Kollektivvertragssystem der vertragsärztlichen Versorgung voneinander getrennt sind (vgl. Rebscher 2004, S. 46 ff.; Schanz/Fellgiebel 2006, S. 617; Tophoven 2004, S. 366; Wigge 2001, S. 19). Mit der Gesetzesänderung in 2007 ist nun auch eine integrierte Versorgung zwischen den Leistungserbringern des SGB V und den zugelassenen Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer des SGB XI möglich (vgl. Samland 2007, S. 139).

Durch Verträge nach § 140a SGB V werden die entsprechenden Voraussetzungen für die Leistungserbringung und Inanspruchnahme integrierter Versorgungsangebote geregelt. Nach § 140b Abs. 1 können die Kostenträger – dies sind entweder einzelne

oder mehrere Kranken-/Pflegekassen – mit den folgenden Leistungsanbietern Verträge abschließen:

- zugelassene Ärzte, Zahnärzte oder deren Gemeinschaften,
- Träger zugelassener Krankenhäuser und Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen,
- Träger von medizinischen Versorgungszentren,
- Träger sonstiger zugelassener Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a anbieten,
- zugelassene Pflegeeinrichtungen oder
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer.

Gesetzlich vorgeschriebene Vertragsinhalte sind die Festlegung der Leistungserbringer und ihrer Leistungsberechtigung, die Beschreibung des Versorgungsangebotes, die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme und die Leistungsvergütung (§§ 140a-140c SGB V). Vertragsgegenstand dürfen jedoch nur solche Leistungen sein, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V positiv bewertet bzw. akzeptiert hat (§ 140b Abs. 3 SGB V).

Generell bringt die integrierte Versorgung Vorteile für alle drei direkt beteiligten Gruppen (vgl. Bien 2000, S. 387 ff.; Schanz/Fellgiebel 2006, S. 619; Wigge 2001, S. 19):

- Den Versicherten bzw. den Leistungsempfängern steht ein optimales und effizientes Angebot zur Verfügung (z.B. durch Vermeidung unnötiger Wege oder kurze Behandlungsdauer). Die Teilnahme an Angeboten der integrierten Versorgung ist stets freiwillig.
- Die Kostenträger erzielen Einsparungen durch die Optimierung des Sektoren übergreifenden Versorgungsprozesses. Sie können ihr Leistungsangebot aktiv mitgestalten und am Versorgungsbedarf ausrichten.
- Den Leistungserbringern werden monetäre Anreize in Aussicht gestellt (Anschubfinanzierung), die Auslastung und die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsprozesse werden erhöht.

In der Praxis kommt die Etablierung der integrierten Versorgung eher langsam voran. Nach einer Untersuchung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hatten sich bis Mitte 2004 gerade 130 Krankenhäuser (7 Prozent) an der integrierten Versorgung beteiligt. Insgesamt waren zu diesem Zeitpunkt ca. 170 Verträge über integrierte Versorgungsleistungen abgeschlossen (vgl. Schanz/Fellgiebel 2006, S. 616). Ursachen sind fehlende Investitionsbereitschaft der Leistungserbringer, geringe Personalkapazitäten bei den Kassen, juristische Unklarheiten und fehlendes Vertrauen sowie man-

gelnde Flexibilität bei den beteiligten Parteien (vgl. Biersack/Toepffer 2004, S. 205; Schmidt 2004, o.S.). Leistungserbringer des Pflegesystems treten nur vereinzelt als Vertragspartner auf. Bislang konnten sich lediglich ambulante Pflegedienste über eine Mitarbeit in medizinischen Versorgungszentren an integrierten Versorgungsprozessen beteiligen. Die Leistungsinhalte beschränkten sich bislang meist auf das Entlassungs-/Überleitungsmanagement oder auf die ambulante Krankenpflege (vgl. o.V. 2005, S. 56; Quaas 2004, S. 308).

4 Qualität in der Pflege

4.1 Begriffe der Pflegequalität

4.1.1 Pflege

4.1.1.1 *Berufsständischer Pflegebegriff*

Pflege ist eine Dienstleistung, die in der persönlichen Begegnung mit der pflegebedürftigen Person erbracht wird. Sie beruht sowohl auf der fachlich und sachlich korrekten Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten als auch auf der Gestaltung der Beziehung zur pflegebedürftigen Person (vgl. Dühring 1998a, S. 4). Neben der Fachlichkeit ist Pflege folglich eng gebunden an Werte, Menschenbilder, ethisch-moralische Vorstellungen und an sich ändernde gesellschaftliche Vorstellungen (vgl. Braun 1994, S. 233).

International erfolgt die Definition des Pflegebegriffs durch das International Council of Nurses (ICN) (ICN 2006, o.S.): „Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles“. Das ICN ist die internationale Vereinigung nationaler Pflegeverbände und -organisationen und vertritt den Berufsstand der Pflegenden weltweit. Die Definition hat richtungsweisende Funktion für die Festlegung nationaler Pflegedefinitionen. Sie besitzt allerdings keine Verbindlichkeit.

Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) als nationales Vertretungsgremium der Pflegeverbände legt beispielsweise den Begriff der Pflege in der Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegenden folgendermaßen aus (DPR 2004, S. 3): „Pflege heißt, den Menschen in seiner aktuellen Situation und Befindlichkeit wahrnehmen, vorhandene Ressourcen fördern und unterstützen, die Familie und das soziale, kulturelle und traditionelle Umfeld des Menschen berücksichtigen und in die Pflege einbeziehen sowie gegebenenfalls den Menschen auf seinem Weg zum Tod begleiten“. Weiterführend sind in der Rahmen-Berufsordnung Berufspflichten der Pflegekräfte festgelegt, die die praktische Pflegeerbringung spezifizieren. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass auch diese Festlegungen keine Verbindlichkeit besitzen. Die Umsetzung der Berufsordnung erfolgt auf freiwilliger Basis. Vonseiten des Deutschen Pflegerates e.V. und der Berufsverbände erfolgt keine Überwachung (vgl. Vitt 2002, S. 29).

4.1.1.2 *Rechtlicher Pflegebegriff*

Eine gesetzlich verankerte Definition des Terminus Pflege existiert derzeit in Deutsch-

land nicht. Allerdings wird eine Vielzahl von Erwartungen und Grundsätzen rechtlich festgelegt, denen die Pflege gerecht werden soll. Es kann daher von einer indirekten Definition gesprochen werden, die sich aus § 14 SGB XI und aus weiteren Anforderungen des SGB XI ergibt.

Im Rahmen der praktischen Leistungserbringung werden der Pflege folgende Leistungen zugeordnet (§ 14 Abs. 4 SGB XI):

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und Darm- oder Blasenentleerung,
- Ernährung: mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung,
- Mobilität: selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen sowie das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen und Beheizen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung.

Der Begriff der Grundpflege umfasst die Leistungen der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung werden nur bei der ambulanten Versorgung im häuslichen Umfeld den allgemeinen Pflegeleistungen zugeordnet (§ 1 BEmpfambPfl; § 36 SGB XI). Sie entfallen bei einer stationären Unterbringung des Pflegebedürftigen. Hier werden die Inhalte der Pflegeleistung stattdessen um Leistungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege ergänzt (§§ 1, 2 BEmpfvollstatPfl; §§ 41 ff. SGB XI).

Neben der Abgrenzung der pflegerischen Leistungsbereiche enthält das SGB XI allgemeine Verhaltensnormen, die bei der Pflegeerbringung Beachtung finden sollten. Am bedeutendsten sind:

- Pflege muss wirtschaftlich und wirksam sein und dem anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechen (§§ 11 Abs. 1, 29 Abs. 1, 69 Abs. 1 SGB XI).
- Pflege muss human und aktivierend sein und die Menschenwürde achten (§ 11 Abs.1 SGB XI).
- Pflege soll den Pflegebedürftigen helfen, ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen (§ 2 Abs. 1 SGB XI).
- Pflege soll die Wünsche der Pflegebedürftigen beachten, sofern sie im Leistungsrahmen der Pflegeversicherung liegen (§ 2 Abs. 2 SGB XI).
- Pflege soll die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen berücksichtigen (§ 2 Abs. 3 SGB XI).

4.1.1.3 *Wissenschaftlicher Pflegebegriff*

Dienstleistungen sind immaterielle Güter und dienen der menschlichen Bedürfnisbe-

friedigung (vgl. Corsten 2001, S. 20; Dichtl/Issing 1987a, S. 771). Zur Abgrenzung des Dienstleistungsbegriffs liegen in der Literatur vielfältige Definitionsansätze vor, wobei der Schwerpunkt auf analytischen Ansätzen liegt, die die konstitutiven Wesensmerkmale der Dienstleistung herausarbeiten. Es kann zwischen potenzialorientierten, prozessorientierten und ergebnisorientierten Definitionen unterschieden werden. Die Ansätze sind nicht im Sinne von Alternativen anzusehen. Sie liefern vielmehr Ansatzpunkte für hintereinander geschaltete Phasen, die der Beschreibung des Dienstleistungserstellungsprozesses dienen (vgl. Abb. 4-1).

Die potenzialorientierte Definition betrachtet Dienstleistung als die bereitgestellte menschliche oder maschinelle Leistungsfähigkeit, die bei Bedarf abgerufen werden kann. Durch das vorgehaltene Leistungspotenzial kann beim Dienstleistungsnachfrager oder an einem von ihm bereitgestellten Objekt eine gewollte Änderung erreicht oder ein angestrebter Zustand aufrechterhalten werden.

Bei der prozessorientierten Dienstleistungsdefinition stehen die zu vollziehenden Tätigkeiten in ihrem zeitlichen Ablauf im Vordergrund. Dienstleistung entsteht hiernach erst durch den synchronen Kontakt zwischen Dienstleistungsanbieter und -nachfrager bzw. dessen Objekt.

Die ergebnisorientierte Definition betrachtet Dienstleistung als das immaterielle Ergebnis, welches sich an Personen oder Objekten zeigt. Es ist ersichtlich als prozessuales Endergebnis, z.B. der Verzehr des angebotenen Mittagessens oder als Wirkung und Nutzenstiftung, z.B. die Sättigung nach Verzehr (vgl. Corsten 2001, S. 21 f.).

Zusammenfassend lassen sich drei charakteristische Wesensmerkmale von Dienstleistungen identifizieren (vgl. Dichtl/Issing 1987a, S. 398; Schrappe 2004c, S. 271; Corsten 2001, S. 22 ff.):

- Potenzialorientierung: Der Leistungserbringer muss stets Leistungsbereitschaft bzw. Leistungspotenzial aufrechterhalten, um sein Leistungsversprechen jederzeit einlösen zu können.
- Simultanität von Leistungserstellung und -inanspruchnahme: Spezifisch ist der enge Kontakt zwischen dem Leistungserbringer als Anbieter und Produzent und dem Leistungsempfänger als Nachfrager, Mitproduzent und Verbraucher (so genannter externer Faktor). Beide Akteure müssen bei der Leistungserbringung zwingend anwesend sein und sind unmittelbar an der Leistungserstellung beteiligt (Uno-actu-Prinzip). Das Ergebnis der Dienstleistung ist sowohl von der sachbezogenen Dienstleistung als auch von dem persönlichen Interaktionsprozess abhängig.
- Immaterialität: Dienstleistungen sind nicht lagerfähig sondern vergänglich, nicht transportierbar und nicht wiederverkäuflich. Sie benötigen ein Trägermedium in

Form eines Menschen oder eines Objekts. Immaterialität äußert sich insbesondere bei der Beurteilung des Dienstleistungsergebnisses. Eine Bewertung ist in der Regel nur noch indirekt, z.B. anhand der Dokumentation, möglich.

Pflegeleistungen sind personenbezogene Dienstleistungen. Sie werden an Personen erbracht und weisen neben den allgemeinen Merkmalen von Dienstleistungen folgende Besonderheiten auf (vgl. Dühring 1998a, S. 4 f.; Garms-Homolova 2002, S. 244; Kaltenbach 1991, S. 26 ff.; Sperl 1994, S. 15 f., Vitt 2002, S. 16):

- Pflegeleistungen werden maßgeblich durch die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Leistungserbringer und Pflegebedürftigen beeinflusst.
- Pflegeleistungen werden wesentlich vom Eigenbeitrag des Leistungsempfängers beeinflusst. Gleiche Pflegeleistungen können bei verschiedenen Pflegebedürftigen zu unterschiedlichen Veränderungen des Befindens führen.
- Pflegeleistungen sind Vertrauensgüter. Die Beurteilung von Vertrauensgütern durch den Leistungsempfänger erfolgt anhand subjektiver Merkmale und ist abhängig von der Position des Pflegebedürftigen und seinen persönlichen Zielen. Der Pflegebedürftige selbst kann keine objektive Bewertung abgeben.

Ein weiteres Kennzeichen von Dienstleistungen ist die Mehrstufigkeit der Leistungserstellung. In der ersten Stufe – der Vorkombination – wird Leistungsbereitschaft durch die Kombination von internen Produktionsfaktoren aufgebaut. In der zweiten Stufe – der Endkombination – kommt es durch die Verknüpfung der Leistungsbereitschaft mit weiteren internen Produktionsfaktoren und dem externen Faktor zur Leistungserstellung (vgl. Corsten 1990, S. 103 ff.). Produktionsfaktoren sind die erforderlichen Elemente, die in den Dienstleistungserstellungsprozess notwendigerweise eingehen (vgl. Bottler 1993, S. 22 f.). Abbildung 4-1 verdeutlicht den Faktorkombinationsprozess der pflegerischen Leistungserbringung und ordnet den Phasen die vorgestellten Definitivansätze zu.

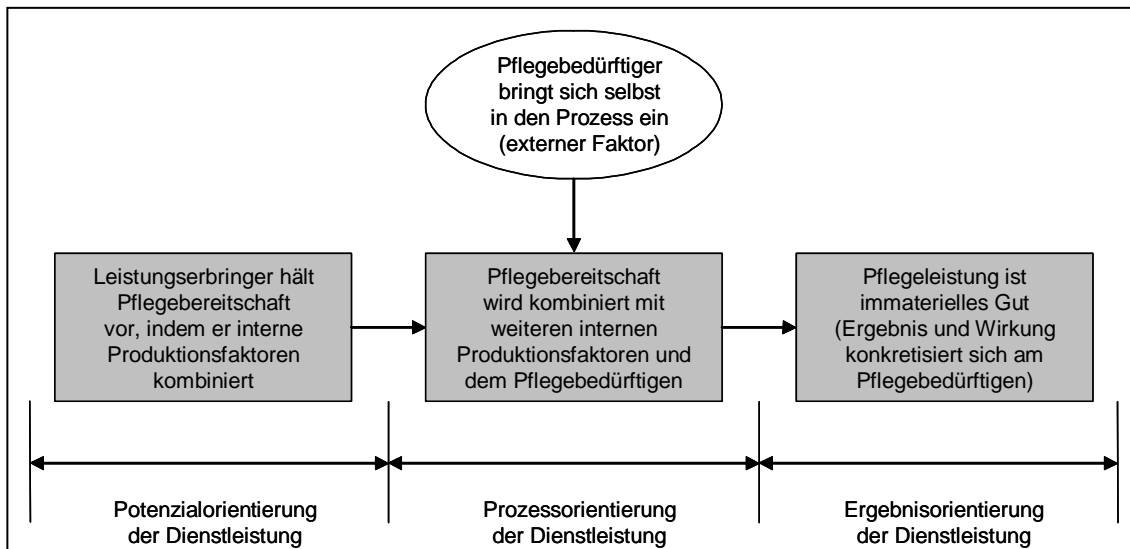


Abbildung 4-1 Faktorkombinationsprozess der Pflegeleistung

(Quelle: in Anlehnung an Corsten 1990, S. 105; Corsten 2001, S. 26)

4.1.2 Qualität

4.1.2.1 Qualitätsbegriff im allgemeinen Sprachgebrauch

Der Begriff der Qualität stammt ursprünglich aus dem Lateinischen und ist gleichzusetzen mit Beschaffenheit oder Eigenschaft (vgl. Sperl 1994, S. 9). Diese Übersetzung wird jedoch der heutigen Bedeutung des Wortes nicht gerecht.

Im allgemeinen Sprachgebrauch erfolgt die Verwendung des Qualitätsbegriffs stets im positiven Sinne und wird mit einer hohen Wertigkeit gleichgesetzt (vgl. Strecker/Ketteler 1996, S. 28). So spricht man in der Regel nur von einem Qualitätserzeugnis, wenn eine hohe Zufriedenheit mit dem entsprechenden Produkt besteht und Mindest-erwartungen mehr als erfüllt werden. Die Bewertung der Qualität ist hier stark subjektiv und abhängig von der individuellen Nutzung des Erzeugnisses sowie von der Persönlichkeit des Nutzers (vgl. Haller 1995, S. 5). Diese Verwendung des Qualitätsbegriffes zum Ausdruck besonderer Anerkennung ist jedoch vom Begriff der Qualität im wissenschaftlichen Sinn zu unterscheiden.

4.1.2.2 Qualitätsbegriff nach DIN EN ISO 9000:2000

Der wissenschaftliche Sprachgebrauch benötigt eine normgerechte Definition. Von der International Standardization Organization (ISO) wurde eine normierte, wenn auch sehr abstrakte Definition des Qualitätsbegriffs erarbeitet. Die DIN EN ISO Norm 9000 aus dem Jahr 2000 bezeichnet Qualität als Grad, in dem ein Reihe inhärenter Merkmale bestimmte Anforderungen erfüllt (vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. 2000, S. 18). Qualität ist hiernach keine absolute Größe, sondern die Bewertung der Beschaffenheit

einer Leistung oder eines Produkts. Zur Beurteilung von Qualität werden verschiedene Merkmale im Hinblick auf ihre Anforderungen bzw. im Hinblick auf den Zweck dem es gilt, gerecht zu werden, betrachtet (vgl. Prakke/Trede 1999, S. 2). Erst die gesammelte Betrachtung einer Vielzahl von Merkmalen ermöglicht eine Aussage über die (Gesamt-)Qualität (vgl. Vitt 2002, S. 14).

Greifbarer wird der Qualitätsbegriff durch verschiedene Eigenschaften, die dem Terminus zugeordnet werden können (vgl. Katz/Green 1996, S. 7 ff.; Sperl 1994, S. 10 ff.; Prakke/Trede 1999, S. 2 f.):

- Qualität ist stets zweck- und zielgebunden. Nur in Bezug auf einen vorgegebenen Zweck können die Eigenschaften eines Produktes oder einer Handlung beurteilt werden. Zweck, Ziel und Eigenschaften müssen für eine Einschätzung der Qualität festgelegt und bekannt sein.
- Qualität ist somit keine statische, sondern eine dynamische, kontinuierliche Größe. Da sich Zweck und Ziel ändern können, ist auch die Qualität ständigen Änderungen unterworfen.
- Qualität ist subjektiv. Die Einstufung der Qualität hängt unter anderem vom subjektiven Standpunkt des Beurteilenden ab und ist kaum zu objektivieren.

4.1.2.3 Qualitätsbegriff in der Pflege

Bei der Übertragung des allgemeinen, wissenschaftlichen Qualitätsbegriffs auf den Pflegebereich sind wesentliche Merkmale von Pflegeleistungen als Dienstleistungen berücksichtigt worden. Die folgenden Definitionen – insbesondere die älteren Datums – beziehen sich überwiegend auf die Pflegequalität in Krankenhäusern, da diese lange Zeit die maßgeblichen Anbieter professioneller Pflegeleistungen waren. Generell wird in der vorhandenen Literatur nicht zwischen Qualitätsdefinitionen für Pflege in Krankenhäusern, in Pflegeeinrichtungen oder im häuslichen Umfeld unterscheiden. Die existierenden und nachfolgend vorgestellten Begriffsdefinitionen sind durchgängig allgemeiner Art und auf alle genannten Leistungsbereiche anwendbar.

Erstmals wird der Begriff der Pflegequalität im Jahr 1933 von den amerikanischen Autoren Roger Irving Lee und Lewis Webster Jones definiert. Für sie bedeutet Qualität in der Pflege, dass alle notwendigen zur Verfügung stehenden Dienstleistungen und Verfahren der modernen Medizin angewandt werden. Hierbei sollen alle pflegerischen Bedürfnisse erfüllt werden und Pflege für alle Menschen zugänglich sein (vgl. Donabedian 1980, S. 80 f; Giebing u.a. 1999, S. 18; Vitt 2002, S. 16).

Die Definition der amerikanischen Krankenkassen Blue Cross und Blue Shield aus

dem Jahr 1954 greift die Erkenntnisse von Roger Irving Lee und Lewis Webster Jones auf. Die Qualität in der Pflege wird hier danach beurteilt, inwieweit sie verfügbar, akzeptabel, annehmbar, umfassend, kontinuierlich und dokumentiert ist (vgl. Giebing u.a. 1999, S. 18; Reutlinger 2001, S. 87).

Rationalisierungsbestrebungen und Kosten sind bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht Diskussionsgegenstand. Im Mittelpunkt stehen vielmehr der freie Zugang und die gerechte Verteilung der pflegerischen Versorgung nach aktuellen medizintechnischen Erkenntnissen. Aspekte wie Effizienz und sorgfältiger Ressourcenumgang gewinnen seit den 1960er Jahren mit der Kostenexplosion im Gesundheitswesen an Bedeutung. Zudem wird in den darauf folgenden Jahren auch die Forderung nach einem Nachweis des Pflegeerfolgs aufgegriffen (vgl. Reutlinger 2001, S. 87).

Im Jahr 1966 verfasst der amerikanische Wissenschaftler Avedis Donabedian erstmals seine Definition für den Bereich der Pflege (medical care) (vgl. Donabedian 1966, S. 166 ff.), die er in weiteren Veröffentlichungen präzisiert. Er bezeichnet Pflegequalität als den Grad der Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und zuvor formulierten Kriterien (vgl. Donabedian 1980, S. 3 ff.; Donabedian 1982, S. 3; Giebing u.a. 1999, S. 23). Diese allgemeine Beschreibung als Grad der Übereinstimmung zwischen den anerkannten Zielen der Berufsgruppe und dem erreichten Erfolg in der Pflege ist bis heute weit verbreitet und wird in späteren Definitionen stets wieder aufgegriffen (vgl. Giebing u.a. 1999, S. 12; Reutlinger 2001, S. 87; Vitt 2002, S. 23).

John Williamson (1974) fügte der Definition von Avedis Donabedian die betriebswirtschaftlichen Aspekte der Zweckmäßigkeit und der Effizienz hinzu. Qualität ist nach seiner Definition der Grad des erreichten Erfolges in der Pflege, der mit verantwortlichem Gebrauch von Mitteln und Leistungen erreicht wird. Der Gesundheitsstatus der Bevölkerung soll durch effektives Arbeiten ohne Ressourcenverschwendung verbessert werden (vgl. Giebing u.a. 1999, S. 23; Vitt 2002, S. 17).

Weiterführend definiert die Amerikanische Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) (1986) Pflegequalität als Grad, mit dem Pflege die gewünschten Ziele erreicht und die unerwünschten Ziele vermeidet. Dies erfolgt unter der Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes des Pflegenden und diverser Einflussfaktoren wie beispielsweise Zugang, Angemessenheit, Kontinuität, Effektivität, Effizienz und Arbeitsumgebung (vgl. Höwer 2002, S. 9; Katz/Green 1996, S. 8).

Die deutschen Veröffentlichungen zur Begriffsbestimmung der pflegerischen Qualität lehnen sich an die internationalen Begriffsdefinitionen an (vgl. Müller 2000, S. 61).

Nach den Erkenntnissen von Elisabeth Unkelbach und Friedhelm Peil (1984) orientiert sich die Qualität pflegerischer Leistungen an festgeschriebenen Pflegezielen, die individuell auf die Bedürfnisse des Leistungsempfängers ausgerichtet sind. Die Erreichung dieser Ziele ist von der Pflegekraft abhängig (vgl. Klie 1995, S. 11; Unkelbach/Peil 1984, S. 263 f.). Von Doris Schiemann (1990) wird Pflegequalität beschrieben als der Übereinstimmungsgrad zwischen anerkannten Zielen der Berufsgruppe und dem realisierten Erfolg in der Pflege (vgl. Schiemann 1990, S. 527). Erweiterte Definitionen beziehen auch Kriterien der Wirtschaftlichkeit und des Verbrauchernutzens ein. Hiernach ist Pflegequalität gegeben, wenn die Pflegeleistungen dem aktuellen Wissensstand in Medizin- und Pflegewissenschaft entsprechen, wirtschaftlich erbracht werden und die Präferenzen der Pflegebedürftigen beachten (vgl. BMFSFJ 2006a, S. 163).

Abschließend ist festzuhalten, dass es eine Vielzahl wissenschaftlicher Literaturquellen zu Fragen der Pflegequalität gibt. Eine international normierte Definition existiert jedoch derzeit nicht. Ebenso wenig gibt es in Deutschland eine eindeutige, allgemeingültige und verbindliche Definition, die von allen Interessengruppen der Pflege anerkannt wird (vgl. Vitt 2002, S. 14; Wiese 2004, S. 31).

4.1.3 Pflegequalitätsbegriff im Sinne der Disseration

Der Begriff der Pflege wird im Rahmen der Dissertation gemäß der Definition des Deutschen Pflegerats e.V. (2004) verwendet (vgl. Kap. 4.1.1.1). Pflege bezieht sich hier auf Dienstleistungstätigkeiten der häuslichen, ambulanten und stationären Pflege. Leistungsempfänger sind ausschließlich pflegebedürftige Personen nach der Definition des SGB XI (Pflegestufe I-III) bzw. nach SGB XII (Pflegestufe 0 = keine/geringe Pflege). Alleinige Pflege bei Krankheit oder Behinderung wird in dieser Arbeit nicht betrachtet.

Dem Begriff der Pflegeleistung werden im Sinne dieser Dissertation die gesetzlichen Anforderungen und die gesetzlich festgeschriebenen allgemeinen pflegerischen Leistungsinhalte Körperpflege, Ernährung und Mobilität (§ 14 Abs. 3 SGB XI) zugeschrieben. In der ambulanten Pflege sind ihm zudem Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung und in der stationären Pflege Leistungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zuzuordnen (vgl. Kap. 4.1.1.2). Neben direkten Pflegeleistungen als Hauptleistungen existieren vielfältige indirekte Pflegeleistungen, so genannte pflegenahе Leistungen. Sie werden größtenteils nicht unmittelbar am Pflegebedürftigen erbracht, beeinflussen aber dennoch das Pflegeergebnis und die Wirkung der Pflegeleistung (vgl. Müller 2005, S. 18 f.). In Pflegeeinrichtungen gehören hierzu die Leistungen der Verwaltung (Führung, Leitung), Hauswirtschaft, Technik,

Unterkunft, Verpflegung, Zusatzleistungen etc. Für die häusliche Pflege sind beispielsweise Beratungsangebote und Pflegekurse zu nennen.

Der Begriff der Qualität wird in der vorliegenden Arbeit im Sinne der Definition der DIN EN ISO Norm 9000 (2000) verwendet (vgl. Kap. 4.1.2.2), da diese Begriffsdefinition in der wissenschaftlichen Fachsprache dominiert.

Der Begriff Pflegequalität kann hiernach wie folgt definiert werden: Pflegequalität ist der Übereinstimmungsgrad zwischen festgelegten, anerkannten Zielen und dem realisierten Pflegeerfolg und seinen Wirkungen. Ziele resultieren hierbei aus den spezifischen Anforderungen der Pflegesystemakteure an die Pflegequalität. Der Pflegeerfolg und seine Wirkung sind das Resultat aller Tätigkeiten der Akteure. Erfolg und Wirkung werden nicht nur durch die Erbringung reiner Pflegeleistungen bzw. pflegenaher Leistungen beeinflusst und zeigen sich folglich nicht nur beim Pflegebedürftigen. Vielmehr unterliegen sie dem Einfluss diverser weiterer Faktoren und Rahmenbedingungen und äußern sich auch bei Pflegekräften, Angehörigen etc.

Diesen multidimensionalen Gegebenheiten wird eine abstrakte und kurz gefasste Begriffsdefinition nicht gerecht. Zur Veranschaulichung und Erläuterung des Pflegequalitätsbegriffs werden dem Terminus eine Vielzahl von Kriterien bzw. Indikatoren zugeordnet, die durch ein Indikatorensystem strukturiert werden. Die Konzeption und Erarbeitung des Indikatorensystems erfolgt in Unterkapitel 4.5.3 auf Basis der unterschiedlichen Sichtweisen und Anforderungen der Akteure (vgl. Kap. 4.2) sowie der verfügbaren Darstellungs- und Beurteilungsmöglichkeiten von Pflegequalität (vgl. Kap. 4.3 u. 4.4). Das Indikatorensystem dient der Begriffsbestimmung im Sinne dieser Dissertation und fungiert als Grundlage für eine umfassende Steuerung von Pflegequalität.

4.2 Sichtweisen von Pflegequalität

4.2.1 Bund und Länder

Die Sichtweise des Bundes äußert sich in der Bundesgesetzgebung und resultiert aus den Inhalten des Grundgesetzes und den Ansprüchen der Gesellschaft. In der sozialen Pflegeversicherung und auch im Heimgesetz orientiert sich der Begriff der Pflegequalität an der Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität des Pflegesystems. Es gilt, die Finanzierbarkeit eines leistungsfähigen Systems sicherzustellen.

Entsprechendes gilt auch für die Länder. Die gleichen Anforderungen ergeben sich aus dem Grundgesetz und den Sozialgesetzbüchern. Zwar sind Bund und Ländern unterschiedliche Aufgaben zugewiesen, sie sind jedoch den gleichen Grundsätzen verpflichtet. So müssen die Länder ihrem gesetzlichen Auftrag zur Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Pflegeinfrastruktur (§§ 8 Abs. 2, 9 SGB XI) nach-

kommen, wobei auch die Interessen der Bürger zu beachten und so weit möglich zu erfüllen sind. Hierzu ist es notwendig, sich ein Bild über die Bedürfnisse und Wünsche der Öffentlichkeit zu machen. Dies erfolgt durch Modellversuche, Umfragen etc. Pflegequalität im Sinne der Länder zeichnet sich aus durch Wirtschaftlichkeit, Effizienz und den Nutzen für die Gesellschaft bzw. die Erfüllung gesellschaftlicher Bedürfnisse (Effektivität). Die Ansprüche der Öffentlichkeit im Hinblick auf die Pflegequalität erläutert das Unterkapitel 4.2.5.

In der Literatur existieren verschiedene – teils divergierende – Definitionen zu den Begriffen Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität. In manchen Quellen ist auch ein synonyme Sprachgebrauch zu finden. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe gemäß der Definition nach Peter Eichhorn (2000) verwendet.

Hiernach äußert sich Wirtschaftlichkeit (wirtschaftliche Zweckmäßigkeit) durch ein günstiges Verhältnis zwischen Gütereinsatz (Faktoreneinsatz, Mitteleinsatz, Ressourceneinsatz) und Güterausbringung (Ausbringung, Ergebnis, Leistung, Produkt) (vgl. Eichhorn 2000, S. 15 u. 141). Die Begriffe Effizienz und Effektivität haben jeweils einen weiter gefassten Blickwinkel und betrachten zusätzlich die nachgeschaltete Wirkung (außerwirtschaftliche Zweckmäßigkeit). Diese ist an Faktoren wie Auswirkung (Outcome), Einwirkung (Impact) und Wertschätzung festzumachen. Unter Effizienz ist die Leistungsfähigkeit des Gütereinsatzes zu verstehen¹³. Sie wird dargestellt durch das Verhältnis zwischen Gütereinsatz und Wirkung. Effektivität bezeichnet der Zielerreichungsgrad, d.h. es wird beurteilt, ob durch die Güterausbringung der erwünschte Nutzen erreicht wurde (vgl. Eichhorn 2000, S. 139 ff.).

4.2.2 Kostenträger

Pflegekassen, Krankenkassen und Sozialhilfeträger sind angehalten, ihre gesetzlich zugewiesenen Aufgaben unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu erfüllen. Die Pflegekassen haben darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird (§§ 4 Abs. 3, 8 Abs. 2, 29 Abs. 1 SGB XI). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen von den Pflegekassen nicht bewilligt und erstattet werden. Ebenso dürfen Leistungserbringer keine unnötigen und unwirtschaftlichen Maßnahmen durchführen und mit den Pflegekassen abrechnen. Ein gleiches Gebot gilt für die Krankenkassen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Und auch das SGB XII enthält eine entsprechende Aufforderung, wonach die Träger der Sozialhilfe bei ihrer Aufgabenerfüllung die Grundsätze der Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und

¹³ Sofern es sich nicht um den Inhalt von Gesetzen, Richtlinien, Verträgen etc. handelt, wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff der Effizienz anstelle von Leistungsfähigkeit verwendet.

Sparsamkeit beachten müssen (§ 75 Abs. 3 SGB XII).

Aus diesen Maßgaben lassen sich Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität als zentrale Kriterien der Kostenträger bei der Beurteilung von Pflegequalität ableiten. Alle Aspekte der Pflegequalität werden von ihnen unter diesen Gesichtspunkten betrachtet und bewertet (vgl. Attree 1996, S. 22 f.; Garms-Homolova 2002, S. 244; Schrappe 2004c, S. 276; Selbmann 2004, S. 277). Grundlegende Prämisse ist jedoch stets der pflegerische Nutzen, d.h. die Effektivität der Pflegeleistung (vgl. Vollmer 1994b, S. 34 f.).

4.2.3 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Auch dem MDK ist nach § 8 Abs. 2 SGB XI die Mitverantwortung für eine leistungsfähige pflegerische Versorgung übertragen worden. Im Rahmen seines ordnungsrechtlichen Auftrags ist er zuständig zu überwachen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die gesetzlichen Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllen (§ 114 Abs. 1 SGB XI). Folglich sind auch für den MDK Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität zentrale Aspekte seiner Sichtweise von Pflegequalität.

4.2.4 Ambulante und stationäre Leistungserbringer

4.2.4.1 Trägerorganisationen und Pflegeeinrichtungen

Die Festlegung der strategischen Ausrichtung inklusive der Zweck- und Zielsetzung ist idealtypische Aufgabe der Träger der Pflegeeinrichtungen. Für deren Umsetzung im Rahmen des operativen Geschäfts ist das Leitungspersonal der Pflegeeinrichtung verantwortlich (vgl. Wendel 2001, S. 35). Die Interessen und Sichtweisen von Pflegequalität der Trägerorganisationen und Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich folglich kaum und sollen an dieser Stelle nicht differenziert betrachtet werden.

Die Gruppe der Trägerorganisationen und Pflegeeinrichtungen ist sehr heterogen. Ihr Handeln und auch ihre Sichtweise von Pflegequalität sind abhängig von den Einrichtungszielen bzw. von der erwerbs- oder bedarfswirtschaftlichen Ausrichtung der Einrichtung. Oberstes Ziel erwerbswirtschaftlicher Einrichtungen ist die Gewinnerzielung. Eine qualitative hochwertige Leistungserbringung ist hier Mittel zum Zweck. Hingegen ist bei bedarfswirtschaftlichen Pflegeeinrichtungen die Daseinsvorsorge und -fürsorge primäres Betriebsziel. Dieses Oberziel wird unmittelbar durch die Erbringung der Pflegeleistungen realisiert, wobei allerdings auch bei bedarfswirtschaftlichen Einrichtungen wirtschaftliches Handeln und Kostendeckung für die Sicherstellung der Einrichtungsexistenz erforderlich sind (vgl. Kap. 2.3.5.1). Für erwerbs- und bedarfswirtschaftliche Einrichtungen existieren somit gleiche Ziele. Der Unterschied besteht in deren Einstufung in die betriebsspezifische Zielhierarchie (vgl. Wendel 2001, S. 84).

Unabhängig von der Trägerschaft und den jeweiligen Oberzielen sind alle Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung gesetzlicher Forderungen verpflichtet. Grundsätzlich gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot der sozialen Pflegeversicherung, wonach die Einrichtungen zu wirksamer und wirtschaftlicher Leistungserbringung aufgefordert sind (§§ 4 Abs. 3, 8 Abs. 2, 29 Abs. 1 SGB XI). Zugleich ergeben sich durch Kostendruck, zunehmenden Wettbewerb und steigende Ansprüche der Pflegebedürftigen Qualitätsanforderungen, die die Träger und Einrichtungen für ein langfristiges Bestehen auf dem Pflegemarkt notwendigerweise beachten müssen. Folglich ist für sie eine hohe Qualität der pflegerischen Versorgung stets verbunden mit wirtschaftlichem Handeln, qualitativ hochwertiger Leistungserbringung und zufriedenen Leistungsempfängern (vgl. Johne 1997, S. 77; Schrappe 2004c, S. 276; Zanders 1990, S. 41 ff.). Dies impliziert die hohe Bedeutung einer optimalen Ressourcennutzung und von sinnvoll gestalteten Arbeitsstrukturen und -abläufen in den Einrichtungen (vgl. Schrappe 2004c, S. 276; Selbmann 2004, S. 277; Kämmer 1996b, S. 185). Zudem wird die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen immer wichtiger, denn sie verschafft ein positives Image, sichert eine hohe Auslastung und stärkt die Marktposition der Pflegeeinrichtung.

4.2.4.2 Pflegekräfte

Pflegekräfte verbinden den Begriff der Pflegequalität stets mit der Eigenverantwortlichkeit ihrer Berufsgruppe und professionellem Fachwissen (vgl. Kämmer 1996a, S. 11; Kämmer 1996b, S. 182 f.; Schröder 1996b, S. 24). Pflegequalität bedeutet für sie, professionell auf maximal fachlichem Niveau zu handeln, wobei Professionalität an diversen Gesichtspunkten festzumachen ist (vgl. Braun 1994, S. 233).

Aus Sicht der Pflegekräfte wird Pflegequalität maßgeblich bedingt durch die Gestaltung ihres Arbeitsumfelds und ihrer Arbeitszeit, durch den Pflegeprozess und durch ihre Beziehung zum Leistungsempfänger. Aspekte, wie die personelle und materielle Ausstattung und der Ausbildungs- und Qualifikationsstand der Pflegekräfte spielen ebenso eine Rolle, wie das kommunikative Klima und die Konfliktfreiheit des Arbeitsplatzes (vgl. Attree 1996, S. 18; Schröder 1996b, S. 24). All diese Arbeitsbedingungen beeinflussen die Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter und bedingen die Qualität der pflegerischen Leistungserbringung. Nachweislich wirken sich Stress und Unmut negativ auf die Pflegequalität aus. Je erschöpfter die Pflegeperson ist, desto weniger erfolgt eine Identifikation mit der Arbeit und desto geringer ist die Motivation, sich um die Verbesserung der Pflegequalität zu bemühen (vgl. Dühring 1998a, S. 4; Reutlinger 2001, S. 100). Weiterhin liegt der Fokus der Pflegekräfte auch auf der Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Organisation und Umsetzung des Pflegeprozesses, d.h. Anamnese, Pflegeplanung, Kontrolle, Reflexion der Pflegehandlung und begleitende Pflegedokumentation (vgl. Attree 1996, S. 17 f.; Schröder 1996b,

S. 24). Im Bezug auf die zwischenmenschlichen Aspekte erachten Pflegenden insbesondere den Zeitfaktor als wichtig. So sollte auch für soziale Aktivitäten wie Zuhören, Reden und Lesen ausreichend Zeit zur Verfügung stehen (vgl. Attree 1996, S.17). Das Ziel ihres pflegerischen Handelns ist die Gewährung von Lebensqualität. Aus diesem Blickwinkel wird Pflegequalität maßgeblich dadurch geprägt, inwieweit die Autonomie der Pflegebedürftigen gefördert oder wiederhergestellt und der persönliche Umgang durch Achtung und Würde geprägt ist (vgl. Kämmer 1996b, S. 183). Pflegekräfte wünschen sich eine hohe Effektivität ihres eigenen Wirkens, was sich für sie durch das Pflegeergebnis, wie beispielsweise Änderung des Gesundheitszustandes, Erreichung der Pflegeziele oder Zufriedenheit des Pflegebedürftigen ausdrückt (vgl. Attree 1996, S. 17 f.; Schröder 1996b, S. 23).

4.2.5 Häusliche Leistungserbringer

Die häuslichen Leistungserbringer sind Teil der Gesellschaft und vertreten öffentliche Interessen. Zudem sind sie Versicherungsmitglieder und somit potenzielle zukünftige Leistungsempfänger im Fall von Pflegebedürftigkeit. Vielfach sind sie als Pflegepersonen bereits zuvor mit dem Thema der Pflegebedürftigkeit direkt konfrontiert. In der Regel besteht eine enge emotionale Bindung zwischen der Pflegeperson und dem Pflegebedürftigen. Gesichtspunkte, die eigentlich dem Blickwinkel des Pflegebedürftigen zugeschrieben werden, gewinnen so auch für Pflegepersonen an Bedeutung. Sie sorgen sich um das Wohlbefinden des zu Betreuenden und Aspekte, die dessen Zustand stärken oder verbessern, sind auch für sie selbst wichtig. Pflegequalität äußert sich für die häuslichen Leistungserbringer durch die Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und das Ergebnis ihrer pflegerischen Handlung (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 7; Selbmann 2004, S. 277).

Als Teil der Öffentlichkeit besitzen häusliche Leistungserbringer ein großes Interesse an gesundheitsfördernden Lebensbedingungen und den notwendigen Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Zudem sind für sie – als Versicherungsnehmer – auch finanzielle Aspekte relevant. Der Versicherungsschutz sollte umfangreiche Leistungen zu möglichst geringen Beitragssätzen umfassen (vgl. Schneider 2002, S. 2). Die breite Bevölkerung verbindet Pflegequalität mit den folgenden Begriffen: Wahrung der Menschenwürde, größtmögliche Lebensqualität, unbeschränkter Zugang zu Leistungen, Akzeptanz, Funktionsfähigkeit, Effizienz, Effektivität, Wirtschaftlichkeit, Sozialverträglichkeit, und die Einhaltung kultureller, juristischer und gesetzlicher Regeln (vgl. Kämmer 1996b, S. 185; Attree 1996, S. 20, Schrappe 2004c, S. 276).

Diese Aspekte finden sich auch in der Pflegecharta der Verbraucherzentrale des Landes Bremen e.V. (2003) und der darauf aufbauenden Charta der Rechte hilfe- und

pflegebedürftiger Menschen (2006) der Arbeitsgruppe IV (AG IV) Runder Tisch Pflege wieder. Ziel beider Dokumente ist die Normierung von Rechten der Pflegebedürftigen im Sinne des Verbraucherschutzes. Die Inhalte der Charta beschreiben sowohl die Ansprüche der Leistungsempfänger als auch die allgemeinen konsensualen Bedürfnisse der Öffentlichkeit im Hinblick auf eine qualitative Pflege (vgl. BMFSFJ/BMG 2006, S. 6, Verbraucherzentrale des Landes Bremen e.V. 2003, S. 3 f.). Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen umfasst acht Artikel (vgl. BMFSFJ/BMG 2006, S. 7 f.):

- Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe,
- Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit,
- Privatheit,
- Pflege, Betreuung und Behandlung,
- Information, Beratung und Aufklärung,
- Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft,
- Religion, Kultur und Weltanschauung sowie
- Palliative Begleitung, Sterben und Tod.

4.2.6 Leistungsempfänger

Vielfach wird konstatiert, dass der Leistungsempfänger insbesondere die Qualität der pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten nicht selbst beurteilen kann, da ihm das notwendige fachliche Wissen fehlt (vgl. Reutlinger 2001, S. 99; Philbert-Hasucha 1995, S. 14). Sicherlich kann er die Qualität in der Regel nicht objektiv aus medizinischer, pflegfachlicher Sicht beurteilen. Ausschlaggebend für seine Beurteilung der Pflegequalität ist jedoch, wie der Leistungsempfänger die Pflege erlebt (vgl. Attree 1996, S. 23). Insbesondere die daraus resultierende Zufriedenheit ist ein wesentlicher Indikator für die Pflegequalität (vgl. Reutlinger 2001, S. 98; Selbmann 2004, S. 277). Zufriedenheit ist stets abhängig von den Erwartungen an die Leistungen und die subjektiv wahrgenommene Pflegeleistung. Je höher die Übereinstimmung der beiden Aspekte ist, desto höher ist auch die Zufriedenheit (vgl. Perschke-Hartmann 2002, S. 325). Die Beurteilung der Pflegequalität erfolgt somit subjektiv und ist stark von den individuellen Erwartungen abhängig.

Besondere Bedeutung für alle Leistungsempfänger – unabhängig ob die pflegerische Versorgung in der häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgt – haben die persönliche Eigenständigkeit, die Erhaltung der Lebensqualität und das Entgegenbringen von persönlicher Wertschätzung (vgl. Dücker 1998, S. 200 ff.; Höwer 2002, S. 49; Kämmer 1996b, S. 185; Reutlinger 2001, S. 99; Schröder 1996a, S. 14 f.). Es wird von den Leistungserbringern erwartet, dass sie individuelle Wünsche, Probleme und Lebensgewohnheiten beachten (vgl. Perschke-Hartmann 2002, S. 329;

Vüllers-Krohn 2002, S. 12). Diese Erwartungshaltung umschließt auch einen respektvollen Umgang und eine Beachtung der jeweiligen kulturellen Gesinnung und Rollenverständnisse (vgl. Höwer 2002, S. 50). Ebenso ist belegt, dass Leistungsempfänger sich insbesondere dann gut versorgt fühlen, wenn sie ausführlich und verständlich informiert werden (vgl. Dücker 1998, S. 200 f.; Philbert-Hasucha 1995, S. 14; Vüllers-Krohn 2002, S. 12). Sie fühlen sich vor allem dann ernst genommen, wenn sie in den Leistungserbringungsprozess eingebunden werden. Dies vermittelt ihnen das Gefühl von persönlicher Wertschätzung. Viele Pflegebedürftige wünschen sich sogar, direkt in die Pflege, speziell in die Pflegeplanung und die Evaluation eingebunden zu werden (vgl. Dücker 1998, S. 204; Philbert-Hasucha 1995, S. 14).

Neben den genannten Kriterien wurden in Studien, die die Anforderungen älterer Menschen an ambulante und stationäre Pflegedienste untersuchen, unter anderem auch die Kontinuität der Pflege (geringer Wechsel der Pflegemitarbeiter), Sauberkeit, Sicherheit und gute Verpflegung als Indikatoren für Pflegequalität identifiziert (vgl. Dücker 1998, S. 200 ff.). Es besteht eine Vielfalt an individuellen Ansprüchen, die die Pflegebedürftigen an die Qualität der Pflegeleistung stellen.

Dennoch kristallisiert sich aus der Literatur heraus, dass es dem Leistungsempfänger in erster Linie um Aspekte einer persönlichen zwischenmenschlichen Beziehung zur Pflegekraft bzw. zur Pflegeperson geht. Dies gilt als Grundvoraussetzung für das Vertrauen zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem und ist stark von den persönlichen Eigenschaften des pflegenden Personals abhängig (vgl. Perschke-Hartmann 2002, S. 334). Dabei ist den Pflegebedürftigen das Verhalten der Pflegenden, das sich beispielsweise durch deren positive Grundhaltung, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und Sichzeitnehmen äußert, weitaus bedeutender als deren fachliche Qualifikation. Dass die Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen eine entsprechende Ausbildung besitzen und die Pflege nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgt, wird vorausgesetzt (vgl. Dücker 1998, S. 206, Göpfert-Divivier/Robitzsch 2002, S. 233 f.; Kämmer 1996b, S. 185; Perschke-Hartmann 2002, S. 330).

Trotz der hohen Gewichtung der Vertrauensleistung darf die Ergebnisqualität, d.h. die Wirksamkeit der Pflege als immanentes Pflegequalitätskriterium, nicht außer Acht gelassen werden. Pflegebedürftige sind grundsätzlich an der Verbesserung ihres Pflegezustands oder mindestens am Aufhalten einer Verschlechterung interessiert (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 7; Perschke-Hartmann 2002, S. 335).

4.3 Darstellung von Pflegequalität

4.3.1 Übertragbarkeit allgemeiner Qualitätsmodelle auf die Pflege

Qualitätsmodelle sind theoretische Erklärungsansätze, um die Qualitätswahrnehmung

einer Leistung zu analysieren und zu erklären (vgl. Bruhn 2004, S. 63). Durch Modelle wird die Qualität operationalisiert und in Komponenten (Teilqualitäten) aufgeteilt. Dies ermöglicht eine systematische Darstellung der Qualität, die auch beurteilt und gemessen werden kann (vgl. Bruhn 2004, S. 64).

Qualitätsmodelle sind in der Regel allgemeiner Art und für eine breite Anwendung ausgelegt. Die folgenden Unterkapitel beschreiben vier Qualitätsmodelle, die für die Operationalisierung des Pflegequalitätsbegriffs im Rahmen der vorliegenden Arbeit herangezogen werden. Das Modell von Avedis Donabedian (1966) ist für die Verwendung im Gesundheitsbereich konzipiert und in der Pflege fest etabliert (vgl. Kap. 4.3.2). Die übrigen Modelle sind für den Dienstleistungssektor entworfen und bisher nicht explizit auf den Pflegebereich übertragen worden. Sie beachten die Spezifika von Dienstleistungen und sind einfach auf unterschiedliche Dienstleistungsarten übertragbar. Sie können folglich auch zur Darstellung der Pflegequalität als Dienstleistungsqualität angewandt werden. Dies gilt sowohl für die ambulante und stationäre Pflege als auch für die häusliche Pflege, auch wenn die Begrifflichkeiten größtenteils auf die Anwendung im betrieblichen Umfeld ausgerichtet sind. Ausschlaggebend für die Auswahl der allgemeinen Dienstleistungsqualitätsmodelle von Anton Meyer und Roland Mattmüller (1987) (vgl. Kap. 4.3.4) sowie von Hans Corsten (2001) (vgl. Kap. 4.3.5) ist, dass diese Weiterentwicklungen der Trichotomie von Avedis Donabedians Modell sind. Da beide Modelle die Überlegungen von Christian Grönroos (1982) aufgreifen, wird auch dessen Modell vorgestellt (vgl. Kap. 4.3.3).

Auf die Verwendbarkeit und Anwendung der Modelle wird den folgenden Unterkapiteln sowie zusammenfassend in Kapitel 4.5.2 bei der Erörterung der derzeitigen Steuerung von Pflegequalität eingegangen.

4.3.2 Qualitätsmodell medizinischer Versorgung von Avedis Donabedian (1966)

Ebenso wie die Definition der Pflegequalität hat sich im deutschsprachigen Raum auch das analytische Konzept zur Beschreibung und Beurteilung der Pflegequalität von Avedis Donabedian (1966) durchgesetzt. Das transparente und einfach umzusetzende Konzept wurde zuerst im Gesundheitswesen zur Darstellung medizinischer Versorgung eingeführt und nachfolgend auf die ambulante und stationäre Pflege übertragen. Es unterteilt die Qualität in die drei Qualitätsdimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (vgl. Donabedian 1966, S. 167; Donabedian 1980, S. 83). Die Anwendung des dreigliedrigen Modells ist in der Pflege weit verbreitet. Es wird in Verträgen (vgl. Kap. 3.3.3) ebenso aufgegriffen wie im MDK-Prüfkonzept, den Zertifizierungsverfahren verschiedener Pflegesiegel oder in einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystemen (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 53 ff.; Göpfert-Divivier/Robitzsch 1999, S. 37; Kämmer/Huhn 1996, S. 127; Reutlinger 2001, S. 94; Sperl

1994, S.14; Vitt 2002, S. 23). Die weite Verbreitung liegt einerseits daran, dass das leicht verständliche Modell auf unkomplizierte Art und Weise viele unterschiedliche Aspekte des Pflegebereichs abdeckt. Andererseits fehlt es an fundierten und einfach anwendbaren Alternativkonzepten.

Das Modell entspricht dem Faktorkombinationsprozess von Dienstleistungen (vgl. Kap. 4.1.1.3) und verdeutlicht die lineare Beziehung zwischen den drei Dimensionen (vgl. Abb. 4-2). Avedis Donabedian verdeutlicht mit seinem Modell, dass für die Qualität einer Dienstleistung nicht nur das Ergebnis einer erbrachten Leistungserstellung, sondern auch der Erstellungsprozess selbst und die strukturellen Gegebenheiten von Bedeutung sind.

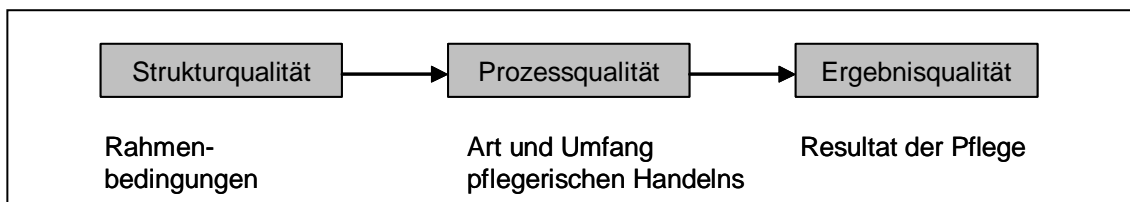


Abbildung 4-2 Qualitätsmodell nach Avedis Donabedian (1966)

(Quelle: in Anlehnung an Corsten 2001, S. 298; Donabedian 1980, S. 83)

Die Strukturqualität beschreibt die Rahmenbedingungen, unter denen Pflege geleistet wird. Sie ist gekennzeichnet durch die Eigenschaften der eingesetzten personellen und materiellen Ressourcen. Zur Strukturqualität zählen organisatorische Vorgaben, Materialausstattung, Größe, Bau, Infrastruktur, quantitative und qualitative Personalausstattung sowie verfügbare finanzielle Mittel. Auch sind stets die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu beachten, die sich aus der Sozial- und Gesundheitspolitik und juristischen Regelungen ergeben (vgl. Braun 1994, S. 233; Donabedian 1980, S. 81; Kämmer/Huhn 1996, S. 127; Müller 2000, S. 60).

Die Prozessqualität beschreibt Art und Umfang pflegerischen Handelns. Sie bezieht sich direkt auf die pflegepraktischen Handlungen. Zur Prozessqualität gehören alle Schritte des Pflegeprozesses, d.h. Anamnese, Pflegeplanung, Durchführung, Kontrolle und Reflexion der Pflege sowie eine begleitende Pflegedokumentation. Von hoher Bedeutung ist auch die Entwicklung und Anwendung themenbezogener Pflegestandards. Diese dienen der Standardisierung von Einzelabläufen und sind handlungsweisend (vgl. Braun 1994, S. 233; Donabedian 1980, S. 79 f.; Kämmer/Huhn 1996, S. 127; Philbert-Hasucha 1995, S. 18).

Die Ergebnisqualität bezieht sich auf das Resultat der Pflege und zeigt sich sowohl am Pflegebedürftigen als auch am Personal. Das Pflegeergebnis (Outcome) ist ersichtlich anhand des Pflegezustands des Pflegebedürftigen und der Wirkung auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und des Personals. Die Ergebnisqualität spiegelt folglich nicht nur das objektiv zu beobachtende Pflegeergebnis wieder. Es ist vielmehr ebenso die subjektive Meinung von Pflegebedürftigen und Mitarbeitern gefragt (vgl. Donabedian 1980, S. 82 f.; Göpfert-Divivier/Robitzsch 1999, S. 37; Sperl 1994, S.14).

Grundsätzlich können die drei Bereiche nicht isoliert voneinander betrachtet werden, da sie sich gegenseitig bedingen und beeinflussen. Hierauf wird bereits von Avedis Donabedian selbst hingewiesen (vgl. Donabedian 1980, S. 83). Pflegequalität zeigt sich nicht nur am Ergebnis, sondern auch an den Strukturen und den Prozessen der pflegerischen Leistungserstellung (vgl. Aichele 2006, S. 34; Braun 1994, S. 233; Corsten 2001, S. 295 ff.; Donabedian 1980, S. 83 f.). Auf die Operationalisierung der drei Qualitätsdimensionen durch Indikatorenbereiche und die Problematik der Abgrenzung zwischen den Dimensionen wird in den Unterkapiteln 4.4.1.3 und 4.4.1.4 explizit eingegangen.

4.3.3 Dienstleistungsqualitätsmodell von Christian Grönroos (1982)

Nach dem Qualitätsmodell von Christian Grönroos (1982) resultiert die wahrgenommene Dienstleistungsqualität aus dem Vergleich zwischen der vom Kunden erwarteten und der tatsächlich erhaltenen Dienstleistung. Das Ergebnis dieses Beurteilungsprozesses ist die wahrgenommene Dienstleistungsqualität. Für eine hohe wahrgenommene Qualität muss die erfahrene Qualität die erwartete Qualität übertreffen (vgl. Grönroos 1982, S. 60 ff.).

Die erwartete Qualität ist stark abhängig von der Außendarstellung des Anbieters, der Mund-zu-Mund-Kommunikation der Kunden und der persönlichen Kundenbedürfnisse. Die erfahrene Qualität wird beeinflusst von technischer und funktionaler Qualität, sowie vom Image des Dienstleistungsanbieters. Technische Qualität ist in der Regel objektiv messbar und stellt das Leistungsergebnis (das Was) dar. Funktionale Qualität betrachtet, wie das Ergebnis zustande gekommen ist (das Wie), und bezieht sich auf die subjektive Wahrnehmung der Dienstleistungserbringung durch den Kunden. Beide Qualitäten stehen unter einem starken Imageeinfluss, d.h. die Kundenwahrnehmung der technischen und der funktionalen Qualität wird durch das vorhandene Image des Dienstleistungsanbieters gefiltert. Qualitätsdefizite können durch das Image abgeschwächt oder verstärkt werden. So werden einem Anbieter mit gutem Image kleine Probleme eher verziehen als einem Anbieter mit schlechtem Image. Bei schlechtem

Image kann ein kleiner Fehler aus Kundensicht sogar zu einem schwerwiegenden Problem führen (vgl. Bruhn 2004, S. 84 f.; Grönroos 1982, S. 62 ff.).

Es ist positiv zu bewerten, dass das Modell neben dem Was und Wie der Dienstleistungserstellung auch den Einfluss des Images auf die Qualitätsbeurteilung hervorhebt (vgl. Meyer/Mattmüller 1987, S. 190). Diese Erkenntnis gilt auch für ambulante und stationäre Pflegeleistungsanbieter, da das Image den Pflegebedürftigen oft stark bei der Auswahl und Beurteilung einer Pflegeeinrichtung beeinflusst. Kritikpunkte an dem Modell sind allerdings, dass es an empirischer Fundierung mangelt und der Einfluss des externen Faktors nicht berücksichtigt wird (vgl. Haller 1995, S. 73; Hentschel 1992, S. 99 ff.; Meyer/Mattmüller 1987, S. 191). In der Pflege ist jedoch vor allem die Rolle des Leistungsempfängers als externer Faktor von immanenter Bedeutung. Das Modell birgt folglich zwar Ansatzpunkte für die Darstellung von Pflegequalität, ist jedoch für eine umfassende Abbildung nicht zweckmäßig.

4.3.4 Dienstleistungsqualitätsmodell von Anton Meyer und Roland Mattmüller (1987)

Das Modell von Anton Meyer und Roland Mattmüller (1987) baut auf den Erkenntnissen von Avedis Donabedian (1966) und Christian Grönroos (1982) auf. Die Qualitätsdimensionen nach Avedis Donabedian werden im Hinblick auf folgende Fragen erweitert: Was wird, auf welche Art und Weise, d.h. wie angeboten, umgesetzt und erhalten. Hierbei werden die Überlegungen von Christian Grönroos aufgegriffen, der sowohl die Position des Kunden und des Anbieters berücksichtigt als auch zwischen technischen (objektiven) und funktionalen (subjektiven) Teilqualitäten differenziert.

Weiterhin verdeutlicht der Ansatz von Anton Meyer und Roland Mattmüller explizit den beidseitigen Einfluss von Anbieter und Kunde auf die Prozessqualität und somit auch auf die Ergebnisqualität. Hierbei werden Fähigkeiten und Bereitschaft, die Anbieter und Kunden in den Dienstleistungserstellungsprozess einbringen, analysiert und segmentiert (vgl. Meyer/Mattmüller 1987, S. 191 ff.). Die Abbildung 4-3 stellt das Modell grafisch dar.

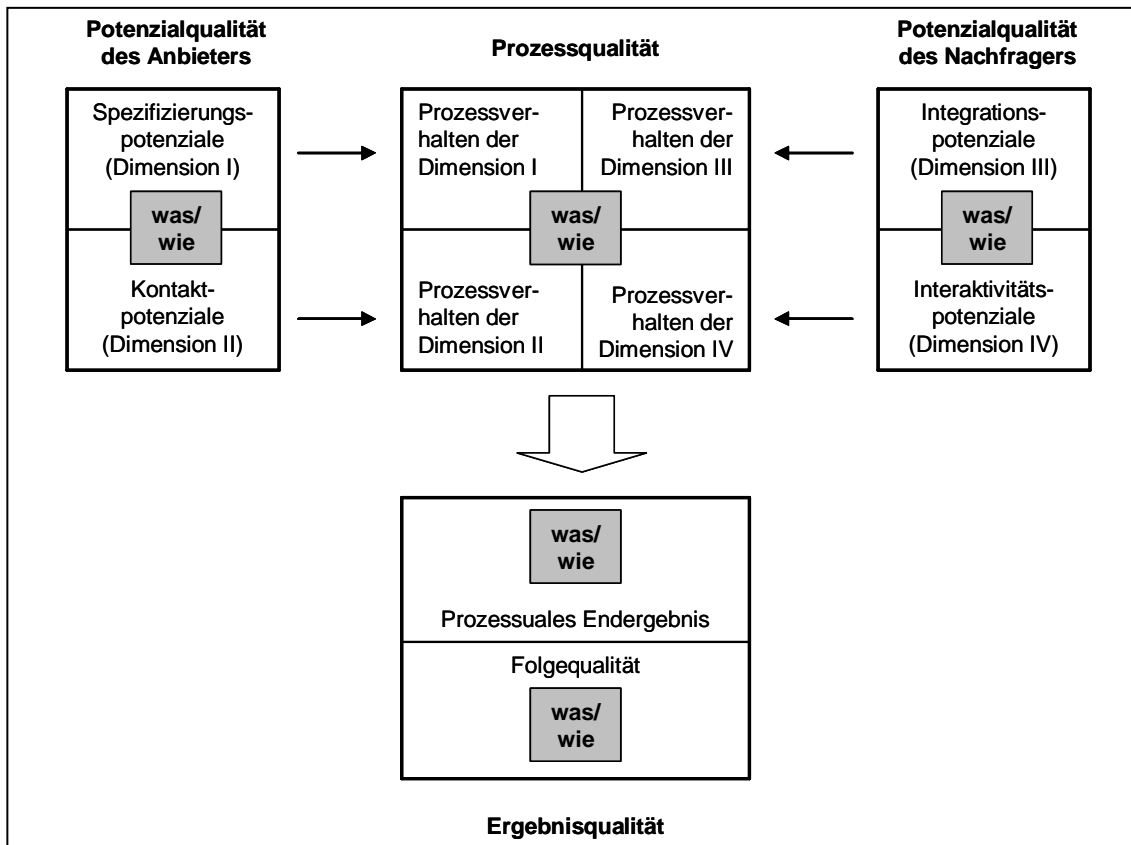


Abbildung 4-3 Dienstleistungsqualitätsmodell nach Anton Meyer und Roland Mattmüller (1987)

(Quelle: Meyer/Mattmüller 1987, S. 192)

Auf Seiten des Anbieters setzt sich die Potenzialqualität aus Spezifizierungs- und Kontaktpotenzialen zusammen. Dem Spezifizierungspotenzial ist der Spezifizierungsgrad der bereitgehaltenen internen Fähigkeiten des Anbieters zuzuordnen. Durch das Kontaktpotenzial werden auch dessen persönliche und interpersonelle Fähigkeiten berücksichtigt. Die Potenzialqualität des Nachfragers setzt sich aus einem integrativen und einem interaktiven Teil zusammen. Das Integrationspotenzial ist die individuelle Bereitschaft des Kunden, seine Fähigkeiten in den Leistungserstellungsprozess einzubringen. Das Interaktivitätspotenzial betrachtet die interaktiven Kontakte zwischen Kunden und Anbietern und deren Auswirkungen auf die Qualität der zu erstellenden Leistung. Alle vier Potenzialbereiche fließen bei der Prozessqualität zusammen und prägen das Prozessverhalten und somit auch die Ergebnisqualität. Innerhalb der Ergebnisqualität wird zwischen dem prozessualen Resultat als zeitpunktorientiertes Ergebnis, was sich am Ende des Leistungserstellungsprozesses einstellt, und der Folgequalität als zeitraumorientiertes Ergebnis unterschieden. Zeitlich gesehen ist die Folgequalität dem prozessualen Endergebnis nachgeschaltet. Sie kann durch den Anbieter nicht mehr direkt beeinflusst werden (vgl. Meyer/Mattmüller 1987, S. 192 f.).

An dem Modell ist insbesondere die Betonung der elementaren Rolle des Dienstleistungsnachfragers positiv zu bewerten. Der Pflegebedürftige als externer Faktor hat immanente Bedeutung für die Darstellung und Beurteilung von Pflegequalität. Gutzuheißen ist weiterhin die zeitliche Trennung der Ergebnisqualität in ein prozessuales Endergebnis und ein Folgeergebnis. Auch dies spiegelt die Gegebenheiten in der Pflege wieder: Das Ergebnis des pflegerischen Leistungserstellungsprozesses steht nicht zu einem festen Zeitpunkt fest. Die Wirkungen der Pflegeleistungen äußern sich vielfach erst nach einem gewissen Zeitraum (vgl. Kap. 4.4.2.4). Es kann konstatiert werden, dass das Modell diverse für die Pflege bedeutsame Ansatzpunkte aufgreift und als Verständnishilfe zur Abbildung der Komplexität von Pflegequalität durchaus verwendbar ist. Allerdings sind der praktischen Anwendung Grenzen gesetzt, da die Modellelemente in ihrer Systematik nicht operationalisierbar sind (vgl. Haller 1995, S. 75) und somit nicht für die Beurteilung und Messung von Pflegequalität herangezogen werden können.

4.3.5 Dienstleistungsqualitätsmodell von Hans Corsten (2001)

Auch das Modell von Hans Corsten (2001) baut auf den Erkenntnissen von Avedis Donabedian (1966) auf und übernimmt die Dreigliederung in Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zudem sind auch Elemente der Modelle von Christian Grönroos (1982) sowie von Anton Meyer und Roland Mattmüller (1987) integriert und spezifiziert. Vom erstgenannten Modell ist die Bedeutung der vergleichenden Gegenüberstellung von erwarteter und wahrgenommener Qualität auf die Qualitätsbeurteilung durch den Nachfrager übernommen worden. Von Anton Meyer und Roland Mattmüller greift Hans Corsten den beidseitigen Einfluss von Anbieter- und Nachfragerpotenzialen auf die Prozessqualität auf.

Die Abbildung 4-4 gibt den Ansatz von Hans Corsten (2001) wieder.

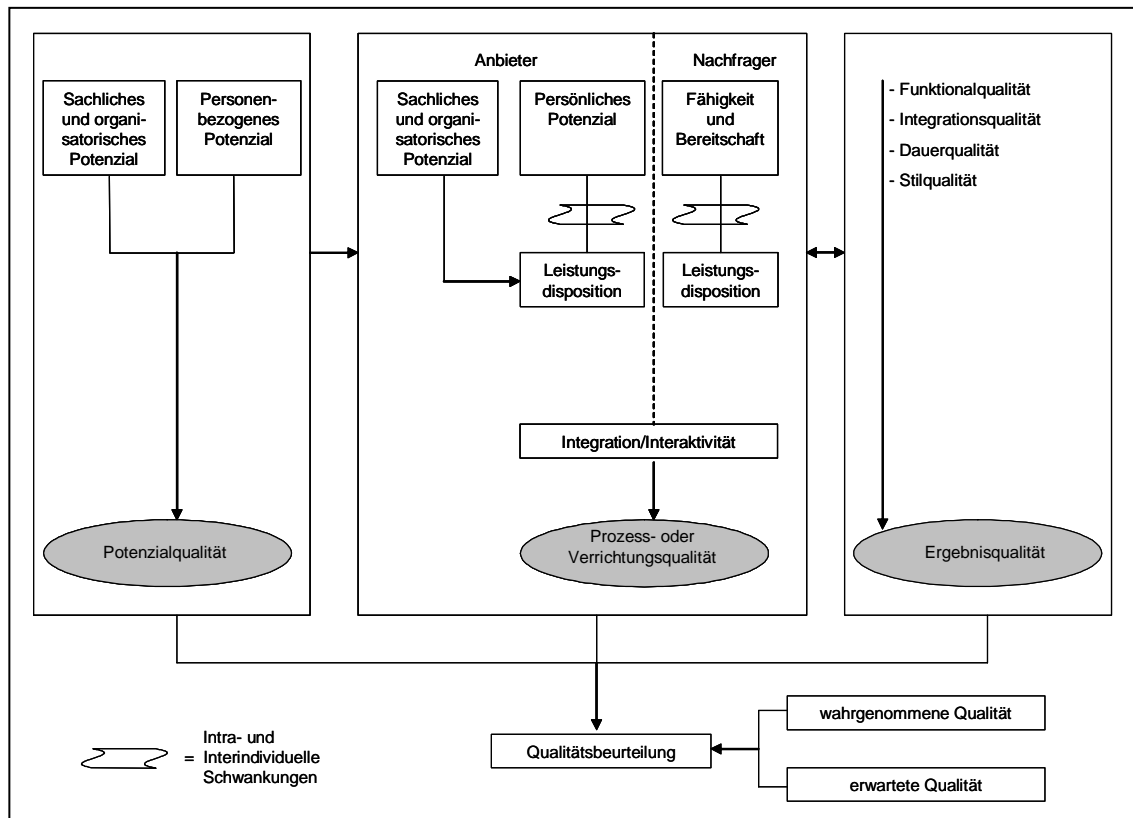


Abbildung 4-4 Dienstleistungsqualitätsmodell nach Hans Corsten (2001)

(Quelle: Corsten 2001, S. 300)

Die Potenzialqualität beruht auf sachlichen und organisatorischen sowie personenbezogenen Merkmalen. Sie stellt die Vorkombination des Dienstleistungserstellungsprozesses dar, der direkten Einfluss auf die Prozess- oder Verrichtungsqualität hat. Im Rahmen dieser Dimension findet der Nachfrager als externer Faktor spezielle Beachtung. Durch seine Fähigkeiten und seine Mitwirkungsbereitschaft ist er, ebenso wie auch der Anbieter, an der Qualität der Leistungserbringung beteiligt. Nachfrager und Anbieter beeinflussen folglich gleichzeitig durch ihre Integration (Dauer und Zeitpunkt der Mitwirkung) und ihre Interaktivität die Prozess- oder Verrichtungsqualität. Der Anbieter wird nicht mehr als alleiniger, autonomer Akteur der Leistungserstellung angesehen. Zudem verweist das Modell auch auf die Nicht-Linearität der Leistungsdisposition und die damit einhergehende Zufallskomponente. Die Ursache hierzu liegt in den intra- und interindividuellen Schwankungen der mitwirkenden Personen (z.B. Stimmungsschwankungen, Krankheit). Die Ergebnisqualität wird gemessen am Umsetzungsgrad verschiedener Leistungsziele. Das Modell unterteilt in vier Teilqualitäten (Funktional-, Dauer-, Integrations- und Stilqualität), denen es gilt, gerecht zu werden. Die Qualitätsbeurteilung durch den Nachfrager resultiert sowohl aus den Komponenten der Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität als auch aus dem Vergleich zwischen der erwarteten und der wahrgenommenen Qualität (vgl. Corsten 2001, S. 298 f.).

Positiv an diesem Modell ist die Integration der Vorzüge verschiedener Qualitätsmodelle. Auf diese Weise werden viele Charakteristika von Dienstleistungen, wie beispielsweise die Trichotomie des Leistungserstellungsprozesses, die Zweistufigkeit des Faktorkombinationsprozesses oder der beidseitige Einfluss von Anbieter und Nachfrager, durch das Modell erfasst. Zudem berücksichtigt das Modell von Hans Corsten erstmalig, dass die Leistungserstellung aufgrund der Abhängigkeit von personenbezogenen und persönlichen Potenzialen Schwankungen unterliegt. Insbesondere dieser Punkt ist für die Abbildung von Pflegequalität besonders wichtig, da Pflegeleistungen Vertrauensgüter sind, die maßgeblich durch die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Leistungserbringer und Pflegebedürftigen beeinflusst werden (vgl. Kap. 4.1.1.3). Nachteilig an dem Modell ist der fehlende zeitliche Bezug der Ergebnisqualität, d.h. es wird nicht zwischen einem prozessualen Endergebnis und einem langfristigen Folgeergebnis unterschieden. Diese Differenzierung spielt jedoch für die Pflege eine große Rolle, da die Wirkungen pflegerischer Leistungen vielfach erst sehr zeitverzögert zu beobachten sind (vgl. Kap. 4.4.2.4). Es ist auch für dieses Modell zu konstatieren, dass es als Hilfestellung für das Verständnis und die Erklärung des Begriffs der Pflegequalität fungieren kann. Ebenso wie das Modell von Anton Meyer und Roland Mattmüller (1987) besitzt jedoch auch das Modell von Hans Corsten keine Eignung für eine praktische Anwendung, da es nicht zu operationalisieren ist und nicht für eine Qualitätsbeurteilung herangezogen werden kann.

4.4 Beurteilung von Pflegequalität

4.4.1 Qualitätsindikatoren in der Pflege

4.4.1.1 Operationalisierung durch Indikatoren

Ziel einer Operationalisierung ist es, Begriffe zu präzisieren und so empirisch gehaltvoller zu machen (vgl. Friedrichs 1980, S. 78). Theoretische Begriffe lassen sich oft nicht unmittelbar beobachten und messen. Ihnen können aber direkt beobachtbare Sachverhalte zugeordnet werden. Im Rahmen der Operationalisierung werden einem theoretischen Begriff oder einem theoretischen Konstrukt beobachtbare Sachverhalte zugeordnet, die eine Messung des Begriffs oder des Konstrukts ermöglichen. Direkt beobachtbare Sachverhalte werden auch als Indikatoren bezeichnet. Indikatoren¹⁴ sind folglich gut messbare Parameter, die zur Erklärung und Beurteilung unterschiedlicher Begriffe und Objektbereiche genutzt werden (vgl. Kromrey 1980, S. 70 ff.; Schnell/Hill/Esser 2005, S. 129 f.).

Ein wichtiges Anwendungsgebiet von Indikatoren ist das Gesundheitswesen. Sie hel-

¹⁴ Die Literatur verwendet die Termini (Qualitäts-/Pflege-)Indikatoren und (Qualitäts-/Pflege-)Kriterien weitgehend synonym. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Indikator verwendet, da dieser in der pflegewissenschaftlichen Literatur vorrangig anzutreffen ist.

fen die Qualität der medizinischen Versorgung in ihrer Komplexität darzustellen und zu bewerten (vgl. Schrappe 2004a, S. 410 f.). Indikatoren werden z.B. zur Verfolgung gesundheitspolitischer Ziele, zur Information der Nachfrager über Versicherungsleistungen oder als Grundlage von internen Qualitätsmanagementsystemen und deren Zertifizierung verwendet (vgl. Schrappe 2004b, S. 420 f.). Auch in der Pflege als Teilbereich des Gesundheitswesens finden Indikatoren zunehmend Anwendung. Aufgrund der gesundheitspolitischen Entwicklungen der vergangenen Jahre ist eine nachvollziehbare Pflegequalitätsbeschreibung und -beurteilung unerlässlich geworden. Dies ist sowohl mit der zunehmenden Konkurrenz unter den ambulanten und stationären Leistungsanbietern als auch mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß SGB XI, aus dem eine verstärkte Kontrolle der Leistungsanbieter durch die Kostenträger resultiert, zu begründen (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 10). Durch die Identifizierung einzelner Indikatoren, die für die Beschreibung von Pflegequalität herangezogen werden können, wird der Terminus operationalisiert und beschrieben. Pflegequalitätsindikatoren bilden die Grundlage für die Beurteilung und Messung der Pflegequalität und ihre Anwendung ist in der pflegerischen Praxis weit verbreitet (vgl. Faust 2004, S. 223; Karotsch 1994, S. 695). Es ist jedoch zu beachten, dass durch eine operationale Definition immer nur eine partielle Begriffsbestimmung erreicht werden kann (vgl. Friedrichs 1980, S. 78). Dies gilt auch für die Qualität in der Pflege. Es ist nicht möglich, alle Indikatoren, die sich aus unterschiedlichen, individuellen Perspektiven ergeben könnten, zu beachten. Im Hinblick auf diese Problematik wurden in der vorliegenden Arbeit die wichtigsten Akteure des Pflegesystems ausgewählt (vgl. Kap. 2.3) und ihre Sichtweisen von Pflegequalität identifiziert (vgl. Kap. 4.2).

4.4.1.2 Gütekriterien von Indikatoren

Die Arten der Indikatoren sind vielfältig. Es existieren jedoch eine Reihe allgemeiner Grundsätze (vgl. Atteslander 2003, S. 254; Faust 2004, S. 225; Halfon/Luthi/Vader 2000, S. 27 f.; Kaltenbach 1991, S. 229 f; Schrappe 2004a, S. 410 ff.):

- **Selektion:** Indikatoren werden aus einer großen Anzahl potenzieller Parameter ausgewählt.
- **Relevanz:** Indikatoren müssen für den zu betrachtenden Objektbereich bedeutsam sein.
- **Abstraktion:** Indikatoren sind oft nicht direkt qualitätsrelevant. Vielfach beschreiben sie nur einen Teilbereich oder sind nicht unmittelbar Bestandteil von Pflegequalität.
- **Zielgerichtetheit:** Indikatoren sind abhängig von der jeweiligen Sichtweise und dem Qualitätsverständnis. Die verfolgten Ziele können sehr unterschiedlich sein.
- **Transparenz und Nachvollziehbarkeit:** Nur transparente Indikatoren, deren Erhebung nachzuvollziehen ist, haben sich in der Praxis langfristig bewiesen.

- **Machbarkeit:** Die praktische Anwendbarkeit muss gegeben sein. Die Erhebung der Indikatoren sollte nicht durch organisatorische oder sonstige Hindernisse beeinträchtigt werden.
- **Ökonomie:** Der Aufwand für die Anwendung der Indikatoren muss mit dem erwarteten Nutzen in einem sinnvollen Verhältnis stehen. Die Kosten sollten minimal sein.
- **Validität (Gültigkeit):** Die Validität setzt voraus, dass die Indikatoren tatsächlich eine Aussage über die Qualität zulassen und das messen, was betrachtet werden soll. Hierbei muss eine hinreichend große Genauigkeit gegeben sein.
- **Aussagekraft:** Durch Indikatoren werden Schlüsse gezogen und es können gegebenenfalls qualitätsverbessernde Handlungsschritte eingeleitet werden.

Neben diesen allgemeinen Gütekriterien, die teilweise ihren Ursprung in der empirischen Sozialforschung haben, existieren für die Qualitätsindikatoren in der Pflege spezifische Anforderungen:

- **Selektion:** Es ist zu vermeiden, sich vorrangig an leicht messbaren Qualitätsindikatoren zu orientieren. Zu schnell geraten schwierig zu messende Indikatoren, wie z.B. die Untersuchung der persönlichen Beziehungen zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen, in den Hintergrund, obwohl ihnen eine bedeutende Rolle zukommt (vgl. Klie 1995, S. 14).
- **Machbarkeit:** Für eine größtmögliche Praktikabilität sollten sich die Indikatoren aus einem Pflegekonzept ableiten lassen und mit dem Pflegeverständnis einer Einrichtung übereinstimmen. Nur mit diesem pflegetheoretischen Hintergrund sind die Qualitätsindikatoren bestmöglich am Pflegeprozess ausgerichtet und besitzen einen optimalen Nutzen (vgl. Vitt 2002, S. 17).
- **Pflegesensitivität:** Insbesondere Indikatoren, die den Pflegeprozess und das Pflegeergebnis betrachten, sollten pflegesensitiv sein. Dies bedeutet, dass der Indikator durch pflegerisches Handeln beeinflussbar sein sollte (vgl. Faust 2004, S. 225).
- **Relevanz:** Die ausgewählten Indikatoren sollten die Pflegequalität beeinflussen. Eine Aussage zu einzelnen Aspekten zu treffen, ist jedoch oft kaum möglich. Qualität im pflegerischen Bereich ist gekennzeichnet durch ein komplexes Zusammenspiel aus unzähligen verschiedenen Faktoren, die im Einzelnen schwer zu beschreiben und voneinander zu trennen sind (vgl. Sperl 1994, S. 9). Es ist empirisch folglich nicht zu untersuchen, welcher einzelne Indikator sich wie auf die Pflegequalität auswirkt. Diese Unzulänglichkeit wird ausgeglichen durch die Anwendung eines breiten Messkonzepts, d.h. durch die Verwendung mehrerer Indikatoren.

4.4.1.3 Klassifikationsansätze

Indikatoren werden anhand von Merkmalen und deren Ausprägung klassifiziert. Ziel ist

es, einen Objektbereich in Klassen zu strukturieren und eine Übersicht zu schaffen. Der Umfang einer Klassifikation, d.h. die Anzahl der Klassen, ergibt sich aus dem Ausmaß der unterschiedlichen Merkmale. Hierbei muss eine Klassifikation eindeutig, ausschließlich und vollständig erfolgen (vgl. Friedrichs 1980, S. 87 ff; Kromrey 1980, S. 171, Schnell/Hill/Esser 2005, S. 411). Jeder Indikator sollte sich einer Klassifikation zweifelsfrei zuordnen lassen. Er sollte ausschließlich in eine und nicht in mehrere Klassen eingereiht werden können. Dies bedingt, dass die Klassen sich gegenseitig ausschließen. In einer vollständigen Klassifikation sind alle Indikatoren zuzuordnen, d.h. es gibt keinen Indikator, der nicht aufgrund seines Merkmals und dessen Ausprägung zugeordnet werden kann.

Grundsätzlich existieren zahlreiche Möglichkeiten, verschiedene Qualitätsindikatoren zu klassifizieren. Abbildung 4-5 bietet einen Überblick über Einteilungen, die derzeit im deutschen Gesundheitswesen angewandt werden.

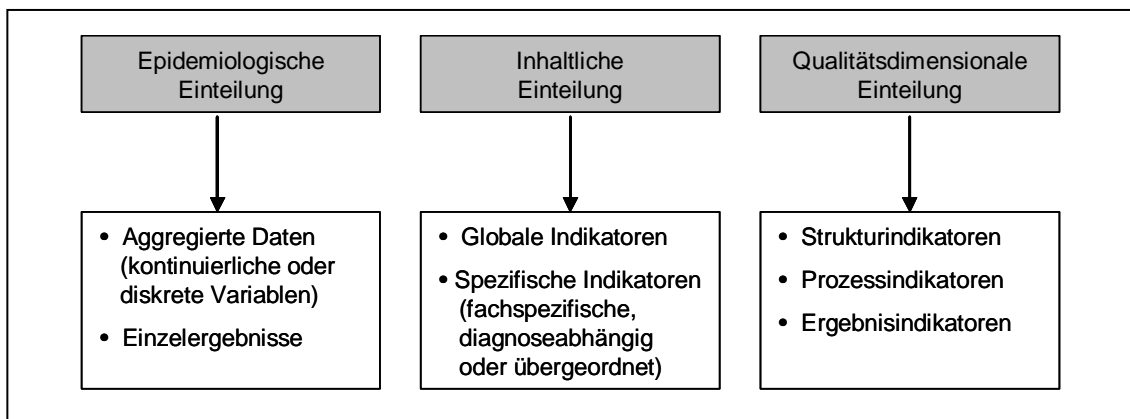


Abbildung 4-5 Einteilung von Indikatoren

(Quelle: in Anlehnung an Schrappe 2004a, S. 412 f.)

Indikatoren können nach der Epidemiologie in Einzelergebnisse oder zusammengefasste Daten eingeteilt werden. Indikatoren basieren nur sehr selten auf Einzeldaten, in der Regel beruhen sie auf aggregierten Daten, wie kontinuierlichen oder diskreten Variablen. Typische Indikatoren kontinuierlicher Variablen sind Laborwerte, für die Grenzwerte festgelegt werden. Diskrete Variablen nehmen festgelegte Werte (z.B. weiblich/männlich) an und werden durch Proportionen oder Raten ausgedrückt. Ein Beispiel ist das Verhältnis weiblicher Patientinnen zur Gesamtheit der Patienten (vgl. Schrappe 2004a, S. 412).

Eine Möglichkeit bei der inhaltlichen Klassifikation ist die Unterscheidung zwischen globalen und spezifischen Indikatoren. Globale Indikatoren, wie z.B. Anzahl von Stürzen oder Mortalitätsraten, geben ein nur grobes Bild ab. Spezifische Indikatoren sind

detaillierter und werden unterteilt in fachspezifische Indikatoren. Sie sind anwendbar für eine bestimmte Fachabteilung, diagnosespezifische Indikatoren für definierte Krankheitsbilder und übergeordnete Indikatoren, die mehrere Funktionalbereiche betreffen, wie die Messung der Zufriedenheit der Leistungsempfänger (vgl. Schrappe 2004a, S. 413).

Im Pflegebereich ist die Dreiteilung nach Avedis Donabedian (1966) die derzeit gängigste Klassifikation von Indikatoren (vgl. Kap. 4.3.2). Die Tabelle 4-1 enthält Beispiele für die jeweiligen Qualitätsindikatoren.

Tabelle 4-1 Indikatoren der Qualitätsdimensionen nach Avedis Donabedian (1966)

	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Indikatorenbeispiele	<ul style="list-style-type: none"> • Größe von Pflegeeinheiten • Qualifikation des Personals • Persönliche Ausstattung von Patientenzimmern 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung von Anweisungen zur pflegerischen Leistungserbringung • Beachtung der Regelungen zum Verhalten gegenüber bestimmten Patientengruppen • Umgang mit verwirrten Bewohnern 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung angestrebter Pflegeergebnisse • Bewohnerzufriedenheit • Mitarbeiterzufriedenheit

(Quelle: in Anlehnung an Donabedian 1980, S. 133 ff.; Klie 1995, S. 15)

Von allen drei Bereichen ist die Operationalisierung der Strukturqualität in Deutschland am weitesten vorangeschritten. Es existieren umfangreiche gesetzlich-rechtliche Vorgaben, aus denen sich Strukturindikatoren ableiten lassen (vgl. Faust 2004, S. 229; Igl 1996, S. 33 ff.; Kämmer 1996b, S. 185). Beispielsweise sind im Heimgesetz weitreichende Vorgaben für die personelle und räumliche Ausstattung von stationären Einrichtungen und im Altenpflegegesetz, als Grundlage der Altenpflegeausbildung, Gebote für die Qualifikation des Pflegepersonals aufgeführt. Weitere strukturelle Regelungen enthalten SGB V, SGB XI und SGB XII. Zusätzlich ergeben sich Strukturindikatoren aus einrichtungsindividuellen Verfahren, Bedingungen und Kriterien der Leistungserbringung. Sie lassen sich sowohl vom Betriebstyp und Organisationsziel, als auch von der zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Einrichtungsausstattung oder der Aufbau- und Ablauforganisation ableiten (vgl. Dühring 1998a, S. 5; Igl 1996, S. 34 ff.; Kämmer 1996b, S. 185 f.).

Der Einfluss der Strukturindikatoren auf die Prozess- und Ergebnisqualität ist allerdings nicht exakt zu bestimmen und wird daher als eher gering eingeschätzt (vgl. Donabedian 1980, S. 82; Kaltenbach 1991, S. 69 f.; Garms-Homolova 2002, S. 250; Gutzwiller 1982, S. 17; Johne 1997, S. 62; Roth 2002, S. 73 ff.). Vielmehr kann durch die Betrachtung der Indikatoren festgestellt werden, ob eine Leistung erbracht werden

kann und weniger, in welcher Qualität (vgl. Kaltenbach 1991, S. 69). Diese Feststellung mindert jedoch nicht die Bedeutung der Identifizierung und Beurteilung von Strukturindikatoren, da sie sozusagen existenzielle Grundvoraussetzung für die Leistungserbringung und die Gewährung von Pflegequalität sind (vgl. Donabedian 1980, S. 100).

Wie die Strukturqualität ist auch die Prozessqualität eher ein indirektes Maß zur Beurteilung der Pflegequalität (vgl. Donabedian 1980, S. 84; Kaltenbach 1991, S. 72). Im Mittelpunkt der Prozessqualität stehen die Tätigkeiten der Leistungserbringung, die durch den direkten Kontakt zwischen Leistungserbringer und Pflegebedürftigen gekennzeichnet sind. Prozessindikatoren erfassen die Qualität der Umsetzung dieser Maßnahmen. Sie lassen sich maßgeblich von Standards ableiten. Diese beschreiben Maßnahmen und Abläufe, legen Verantwortlichkeiten fest und definieren ein abgestimmtes, erreichbares und professionelles Leistungsniveau. Mit ihrer Hilfe werden sowohl Abläufe der Erbringung von Pflegeleistungen, als auch von pflegenahen Leistungen beschrieben (vgl. Kämmer/Huhn 1996, S. 137; Klie 1995, S. 16; Sperl 1994, S. 34 ff.; Vitt 2002, S. 28). Weitere Prozessindikatoren beruhen auf gesetzlich-rechtlichen Regelwerken mit handlungsorientiertem Inhalt, wie Grundgesetz, SGB V, SGB XI, Heimgesetz etc. Trotz dieser vielfältigen Vorgaben ist es dennoch schwer, Prozessqualität zu operationalisieren und zu beurteilen. So ist jede Ausführungstätigkeit untrennbar mit dem Verhalten der beteiligten Personen verbunden und es ist kaum möglich, den respektvollen Umgang miteinander oder die Achtung der Würde anhand von Indikatoren zu normieren und greifbar zu machen (vgl. Igl 1996, S. 38 f.).

Auch der Einfluss der Prozessindikatoren auf die Pflegequalität steht im Fokus der Diskussion. Denn ebenso wie die Beziehung zwischen Struktur- und Ergebnisqualität, ist auch der Zusammenhang zwischen einzelnen Prozessindikatoren und der Ergebnisqualität schwer zu belegen. Eine hohe Prozessqualität muss nicht immer mit einem guten Pflegeergebnis verbunden sein (vgl. Donabedian 1980, S. 83 ff.; Johne 1997, S. 63; Kaltenbach 1991, S. 72; Roth 2002, S. 93).

Indikatoren der Ergebnisqualität ermöglichen eine Ergebnisprüfung. Das Endergebnis stellt den unmittelbarsten Indikator für die Leistungsqualität dar. Folglich ist die Ergebnisqualität die direkteste Messgröße der Pflegequalität (vgl. Kaltenbach 1991, S. 73; Vitt 2002, S. 34). Allerdings ist die Identifikation aussagekräftiger und valider Ergebnisindikatoren problematisch (vgl. Schrappe 2004a, S. 413). Ergebnisqualität zeigt sich einerseits am Zustand des Pflegebedürftigen und ist ersichtlich aus der Analyse der vorliegenden Pflegedokumentation oder aus direkten Beobachtungen (vgl. Reutlinger 2001, S. 93). Dabei ist die Bewertung abhängig vom Zeitpunkt der Messung. Prinzipiell gilt: Je später gemessen wird, desto geringer ist der Einfluss des Leistungserstellungs-

prozesses auf das Ergebnis. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen ein Ergebnis erst lange nach dem Erststellungsprozess ersichtlich wird (vgl. Kaltenbach 1991, S. 74). Beispielsweise sind die Auswirkungen von Reha- und Präventivmaßnahmen in der Regel nur langfristig zu beobachten. Andererseits zeigt sich Ergebnisqualität am Wohlbefinden der beteiligten Personen. Kritisch betrachtet wird hier die Beurteilung des Pflegeergebnisses durch den Leistungsempfänger selbst, da sie zwangsläufig einer ausgeprägten Subjektivität unterworfen ist und nicht als valide angesehen werden kann (vgl. Göpfert-Divivier/Robitzsch 1999, S. 37 f.; Halfon/Luthi/Vader 2000, S. 26 ff.; Köck 2000, S. 7 ff.; Sperl 1994, S.14). Denn selbst wenn objektiv eine Optimierung der Lebensqualität durch die Verbesserung des Pflegezustands ersichtlich ist, muss dies nicht immer mit einer höheren Zufriedenheit des Pflegebedürftigen verbunden sein (vgl. Eickstädt/Mager/Pfaff 2004, S. 426). Gleiches gilt für die Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit. Auch hier müssen optimale Arbeitsbedingungen nicht unbedingt zu einer hohen Zufriedenheit führen. Trotz dieser Gegebenheiten ist die Beurteilung durch Pflegebedürftige und Personal für die Erfassung der Ergebnisqualität unerlässlich und findet zunehmend Verbreitung (vgl. Eickstädt/Mager/Pfaff 2004, S. 426; Halfon/Luthi/Vader 2000, S. 27; Höwer 2002, S. 49; Pfaff 2004, S. 430 f.). Neben den genannten Ergebnisindikatoren wird in den vergangenen Jahren zunehmend auch das ökonomische Ergebnis einer Pflegeeinrichtung als Ergebnisindikator integriert (vgl. Halfon/Luthi/Vader 2000, S. 27; Hochreutener 2004, S. 442; Reutlinger 2001, S. 93 f.).

4.4.1.4 Klassifikationsprobleme

Generell ist die Klassifikation von Indikatoren nach dem Donabedianschen Modell – auch wenn sie in der Pflege fest etabliert ist – nicht immer einfach und eindeutig. Die Probleme liegen größtenteils in der definitorischen Abgrenzung zwischen den Dimensionen – insbesondere zwischen Potenzial- und Prozessqualität (vgl. Corsten 2001, S. 27; Kaltenbach 1991, S. 72). Rahmenbedingungen sind eigentlich originäre Aspekte der Strukturqualität. Sofern sie allerdings den Handlungsrahmen der Prozesse und der Ergebnisse betreffen, können sie je nach Definition auch der Prozess- oder Ergebnisqualität zugerechnet werden. Beispielsweise werden in den aktuellen Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI die Existenz einer schriftlichen Außendarstellung oder die Festlegungen zur Ablauforganisation der Dimension der Prozessqualität zugeordnet (vgl. Kap. 3.3.3.1). In der vorliegenden pflegewissenschaftlichen Literatur werden die Existenz einer Aufbau- und Ablauforganisation jedoch der Strukturqualität und eher das Vorhandensein und die Anwendung von (Pflege-)Standards der Prozessqualität zugerechnet (vgl. Dühring 1998a, S. 5 f.; Kämmer 1996b, S. 185 f.; Philbert-Hasucha 1995, S. 18). Beiden Einteilungen steht wiederum die betriebswirtschaftliche Definition entgegen, wonach Pflegestandards, bzw. generell Standards und Verfahrensanweisun-

gen, Teil der Ablauforganisation sind (vgl. Wöhe 2002, S. 159 f.). Folglich könnten sowohl die Festlegung einer Ablauforganisation als auch das Vorliegen von Verfahrensanweisungen als Strukturindikatoren angesehen werden. Gleiches gilt für Verfahrensanweisungen, die sich auf die Ausführungstätigkeiten der Ergebnisqualität beziehen und Bedingungen hierzu festlegen. Auch sie könnten je nach Definition der Struktur oder der Ergebnisqualität zugeordnet werden.

Weiterhin ist die Abgrenzung zwischen Prozess- und Ergebnisqualität schwierig (vgl. Kaltenbach 1991, S. 72). Aufgrund der engen Verzahnung betreffen Indikatoren häufig sowohl Aspekte der Prozess- als auch der Ergebnisqualität (vgl. Schrappe 2004a, S. 413). Beispielsweise wird die Mitarbeiterzufriedenheit als Indikator der Ergebnisqualität eingeordnet, obwohl die Zufriedenheit des Personals maßgeblich von organisatorischen Prozessaspekten abhängt (vgl. Reutlinger 2001, S. 93).

In der Praxis sind unterschiedliche definitorische Abgrenzungen zu finden und die Zuordnung von Indikatoren zu den einzelnen Dimensionen erfolgt nicht immer einheitlich. Auch wird die problematische Zuordnung z.T. durch die Vermischung der Dimensionen umgegangen. Beispielsweise werden bei den MDK-Qualitätsprüfungen zwei Erhebungsbögen verwendet. Ein Bogen überprüft Aspekte der Struktur- und Prozessqualität in der Einrichtung und mit einem zweiten Bogen erfolgt die Begutachtung der Prozess- und Ergebnisqualität beim Pflegebedürftigen (vgl. MDS 2005a, S. 16 ff.; MDS 2005b, S. 16 ff.).

Neben den definitorischen Unklarheiten wird die Nicht-Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven auf die Pflegequalität kritisiert (vgl. Roth 2002, S. 7). Für eine globale Darstellung und Beurteilung von Pflegequalität sollten daher die verschiedenen Sichtweisen der Akteure berücksichtigt werden.

4.4.2 Qualitätsmessung in der Pflege

4.4.2.1 *Logik und Anwendung des Messens*

In der empirischen Sozialforschung wird unter dem Begriff Messen die systematische Zuordnung von Messwerten (Zahlen, Symbole) zu Objekten verstanden. Die Zuordnung soll hierbei so erfolgen, dass die Beziehungen der Messwerte zueinander den Beziehungen der gemessenen Objekte entsprechen (vgl. Friedrichs 1980, S. 97; Schnell/Hill/Esner 2005, S. 138). Einzelnen Objekten, wie beispielsweise Indikatoren, werden entsprechend ihrer Merkmalsausprägungen Messwerte zugeordnet. Die Genauigkeit einer Messung ist unter anderem abhängig von der Skala, mit der die Ausprägung bestimmter Merkmale erfasst wird. Die gängigsten Skalenniveaus sind Nominal- (z.B. Ja/Nein), Ordinal- (z.B. häufig/selten/nie) oder Kardinalskalen – in Form von Intervall- (z.B. Intelligenzquotient) oder Rationalskalen (z.B. Alter). Die Auswahl der Skala ist abhängig vom Ziel der Messung und der Art der Messwerte (vgl. Friedrichs

1980, S. 97 f.; Kromrey 1980, S. 112 ff.).

Voraussetzung für eine Qualitätsmessung ist die Festlegung von Anforderungen und Zielen in Form von Qualitätsindikatoren. Unter dem Begriff der Qualitätsmessung wird die systematische und regelmäßige Überwachung eines Zielerreichungsgrads verstanden (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 12). Dies erfolgt durch die Betrachtung des Ist-Zustands, der mit einem Ziel abgeglichen wird (vgl. Schiffer 1994, S. 50). Für ein umfassendes Bild der Pflegequalität ist es notwendig eine Vielzahl von Qualitätsindikatoren im Hinblick auf ihr Ziel zu analysieren. Anhand eines einzelnen Qualitätskriteriums wird zumeist nur das Defizit eines Teilbereichs erkannt. Nur durch die strukturierte Analyse verschiedener, aufeinander abgestimmter Indikatoren und regelmäßige Wiederholungen kann eine fundierte Aussage über die Pflegequalität getroffen werden. Hierzu bedarf es allerdings tragfähiger Messkonzepte sowie zuverlässiger Instrumente.

Die objektive Beurteilung pflegerischer Qualität hat in den vergangenen Jahren durch die gesundheitspolitische Entwicklung zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Kap. 4.4.1.1). Hierbei ist es nicht nur für die Pflegeeinrichtung wichtig, die Qualität der eigenen Leistungen zu messen. Auch weitere Akteure wie Kostenträger oder Leistungsempfänger sind an einer Einschätzung des aktuellen Qualitätsniveaus interessiert. Generell dienen Qualitätsmessungen der Gewinnung aufschlussreicher Informationen, die vielfältige Verwendung finden. Beispielsweise sind sie Grundlage von Planungen, dienen der Transparenz der Prozesse und Ergebnisse, der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit oder der Überwachung der Wirksamkeit laufender Maßnahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 10).

4.4.2.2 Gütekriterien einer Messung

Zentrale Gütekriterien jeder Messung sind Reliabilität und Validität (vgl. Schnell/Hill/Esser 2005, S. 151). Reliabilität (Zuverlässigkeit) ist das Ausmaß, in dem wiederholte Messungen unter gleich bleibenden Bedingungen die gleichen Werte liefern. Voraussetzung ist, dass ein Objekt mit einem Messinstrument gemessen wird. Messinstrumente, die bei Messwiederholungen völlig ungleiche Messwerte liefern, gelten als nicht zuverlässig (vgl. Schnell/Hill/Esser 2005, S. 151; Diekmann 1998, S. 217). Die Validität (Gültigkeit) einer Messung bezieht sich auf das Ausmaß, in dem das Messinstrument auch das misst, was gemessen werden soll. Die Validitätsbeurteilung eines Messinstruments kann beispielsweise durch Inhaltsvalidität, Kriteriums- oder Konstruktvalidität erfolgen. Von Inhaltsvalidität wird gesprochen, wenn möglichst alle Aspekte eines Messobjekts einbezogen werden. Dies setzt voraus, dass in der Operationalisierung des theoretischen Begriffs (Objekts) jeder mögliche Aspekt berücksichtigt wurde. Die

Inhaltsvalidität lässt sich folglich formal nur prüfen, wenn die Gesamtheit der zu messenden Inhalte bekannt ist, was aber eher selten der Fall ist. Auch existieren für die Überprüfung dieser Voraussetzung bzw. für die Beurteilung der Inhaltsvalidität keine objektiven Kriterien, d.h. Inhaltsvalidität kann nur bedingt als Validitätskriterium betrachtet werden. Dennoch sollte die Inhaltsvalidität bei der Konstruktion eines Messinstruments oder eines Messkonzepts beachtet und angestrebt werden (vgl. Schnell/Hill/Esser 2005, S. 154 f.; Diekmann 1998, S. 223 f.). Zu Erläuterungen der Kriteriums- und Konstruktvalidität sei an dieser Stelle auf weiterführende Literatur der empirischen Sozialforschung verwiesen (vgl. Diekmann 1998, S. 224 f., Schnell/Hill/Esser 2005, S. 155 f.).

Neben den beiden genannten zentralen Kriterien der Reliabilität und der Validität sollten je nach Anwendungsbereich der Messung auch Gütekriterien wie Objektivität, Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nutzen Beachtung finden (vgl. Schnell/Hill/Esser 2005, S. 151). Grundsätzlich sind die Anforderungen an Indikatoren auch auf die Messung übertragbar und für Qualitätsmessungen in der Pflege sollten zusätzlich die genannten pflegespezifischen Forderungen berücksichtigt werden (vgl. Kap. 4.4.1.2).

4.4.2.3 Messansätze und -verfahren

Es existiert eine Vielzahl von unterschiedlichen Messverfahren. Die nachfolgende Abbildung 4-6 gibt einen systematischen Überblick über Ansätze zur Beurteilung von Dienstleistungsqualität.

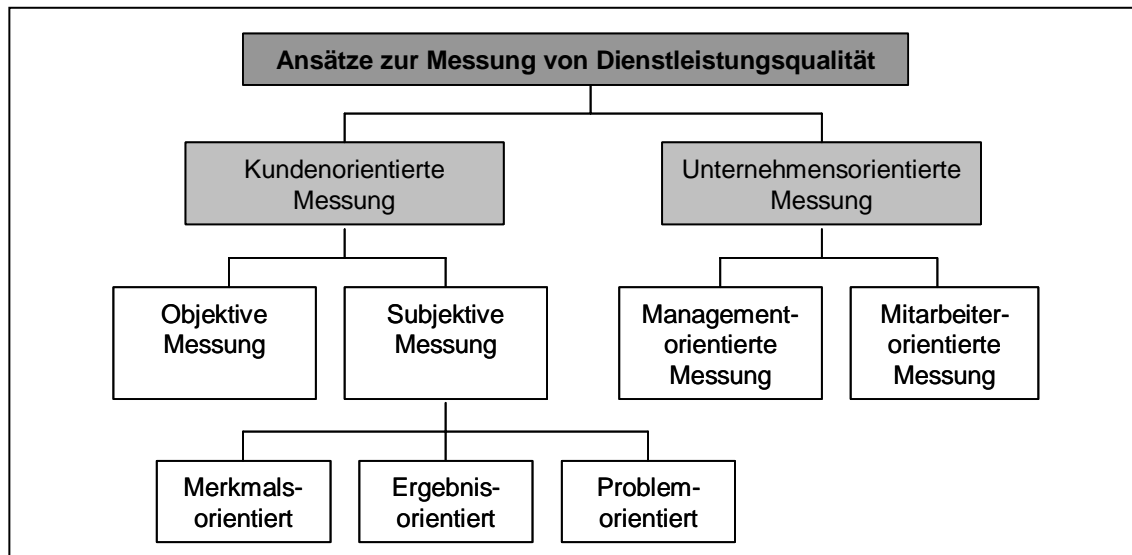


Abbildung 4-6 Systematisierung der Messansätze für Dienstleistungsqualität

(Quelle: Bruhn 2004, S. 99)

Es werden zwei Perspektiven betrachtet: Bei kundenorientierten Messansätzen erfolgt die Messung aus Sicht der Kunden, d.h. es wird je nach Objektivierungsgrad zwischen

objektiven und subjektiven Messansätzen unterschieden. Bei unternehmensorientierten Messansätzen wird aus dem Blickwinkel der Unternehmensmitglieder gemessen. Die Messung erfolgt aus Sicht des Managements oder der Mitarbeiter. Den jeweiligen Ansätzen können verschiedene Verfahren und Instrumente zugeordnet werden. Grundsätzlich schließen sich die Ansätze und Instrumente nicht gegenseitig aus und für eine umfassende Abbildung von Dienstleistungsqualität sollten mehrere Ansätze gleichzeitig angewendet werden (vgl. Corsten 2001, S. 327). Auch in Pflegeeinrichtungen kommt in der Regel ein Mix unterschiedlicher Messverfahren zum Einsatz. Beispiele für verschiedene Messansätze sind:

- **Objektive Messung:** Supervidierende Pflegevisite ist ein strukturierter Besuch beim Pflegebedürftigen durch eine leitende Pflegefachkraft. Bei einer kollegialen Pflegevisite erfolgt die Durchführung durch eine hierarchisch gleichgestellte Pflegekraft. In beiden Fällen werden die pflegerische Leistungserstellung und ihre Qualität systematisch überprüft. Überwacht werden Aspekte wie die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Pflege, die Orientierung der Pflege am aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, sowie die Umsetzung pflegfachlicher, gesetzlicher und einrichtungsindividueller Anforderungen. Pflegevisiten werden in den MDK-Anleitungen zu Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI als qualitätssichernde Maßnahme aufgeführt und ihr Einsatz ist weit verbreitet (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 19; MDS 2005a, S. 20, MDS 2005b, S. 20).
- **Merkmalsorientierte Messung:** Die Qualitätsanalyse des SERVQUAL-Ansatzes (Service Quality) erfolgt durch die Gegenüberstellung von Kundenangaben zur erwarteten und zur tatsächlich erlebten Leistung. Anhand eines standardisierten Fragebogens mit einer 7-Punkte-Likert-Skala (lehne ich entschieden ab (1) bis stimme ich völlig zu (7)) werden Angaben der Kunden zu 22 Themen aus fünf Qualitätsdimensionen (Materielles, Zuverlässigkeit, Reaktionsfähigkeit/Entgegenkommen, Leistungsvermögen, Einfühlungsvermögen) erhoben. Die Kunden beantworten die Fragen einmal im Hinblick auf ihre Erwartungen (so sollte es sein) und in einem zweiten Durchlauf hinsichtlich ihrer aktuellen Wahrnehmung (so ist es). Stimmen die Werte überein oder übertrifft der Wert der Wahrnehmung den Erwartungswert kann von zufriedenstellender bzw. guter Qualität gesprochen werden. Große Unterschiede zwischen hohen Erwartungswerten und niedrigen Wahrnehmungswerten sind ein Hinweis auf nicht zufriedenstellende Qualität. Der Ansatz wird in modifizierter Form in Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Allerdings ist die Beurteilung durch kranke, hochbetagte und gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Pflegebedürftige schwierig (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 70; Bruhn 2004, S. 112).
- **Ergebnisorientierte Messung:** Die Critical-Incident-Technik analysiert durch Befragung der Kunden Stärke und Schwächen des Leistungsprozesses. Es werden

durch standardisierte offene Fragen Aspekte identifiziert, die der Kunde als besonders positiv oder negativ erlebt hat. Der Anbieter enthält so Schlüsselinformationen über die Ursachen der Qualitätswahrnehmung seiner Kunden (vgl. Bruhn 2004, S. 129 f.). Im Rahmen von Befragungen wird auch diese Technik in Pflegeeinrichtungen angewandt.

- **Problemorientierte Messung:** Durch die Beschwerdeanalyse werden Kundenprobleme erfasst und ausgewertet. Auf diese Weise können problematische Bereiche innerhalb des Dienstleistungserstellungsprozesses erkannt werden. Die Erhebung der Beschwerden erfolgt durch Interviews oder Fragebögen. Ein systematisches Beschwerdemanagement ist unverzichtbarer Bestandteil eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und findet in Pflegeeinrichtungen zunehmend Einsatz. Das Beschwerdemanagement der Einrichtungen wird in den Qualitätsprüfungen des MDK thematisiert (vgl. Bruhn 2004, S. 141; MDS 2005a, S. 20 u. 98; MDS 2005b, S. 20 u. 113).
- **Managementorientierte Messung:** SIESTA (standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen in der Altenhilfe) ist ein Verfahren zur Erstellung einer umfassenden Qualitätsdiagnose für Altenpflegeeinrichtungen, das von einem Team aus Gerontologen und Sozialplanern entwickelt wurde. Durch ein System standardisierter Fragebögen wird ein differenzierter Qualitätsbericht erstellt. Die Diagnose befasst sich mit den Modulen Bau und Technik, Organisation und Technik, Mitarbeiter in der Pflege sowie Bewohner und Angehörige. SIESTA unterstützt das Management bei der Auseinandersetzung mit strategischen und zukunftsorientierten Fragen. Das Instrument ist speziell für die Messung und die Dokumentation der Qualität in Pflegeheimen konzipiert und wird vielfach in Einrichtungen eingesetzt (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 45 f.).
- **Mitarbeiterorientierte Messung:** Durch Mitarbeiterbefragungen werden Angaben zur Qualitätswahrnehmung einzelner Mitarbeiter erhoben. Es werden Anhaltspunkte über die Anforderungen an die interne Dienstleistungsqualität gesammelt und die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrem Arbeitsplatz und ihrem Arbeitsumfeld ermittelt. Auch Verbesserungsvorschläge können durch Befragungen ermittelt werden. Vielfach erfolgt die Erfassung von Verbesserungsideen allerdings durch ein betriebliches Vorschlagswesen (vgl. Bruhn 2004, S. 155 ff.).

Neben den aufgeführten Verfahren gibt es noch eine Reihe undifferenzierter Verfahren, die sich nicht direkt einem einzelnen Ansatz zuordnen lassen, da in einem Instrument Aspekte mehrerer Messansätze vereint sind. Dies gilt beispielsweise für die Messmethode Q, die die Art und Wirkung der Pflege am Pflegebedürftigen erfasst. Pflegequalität wird hier unter Mithilfe des Managements, der Mitarbeiter und der Leistungsemp-

fänger beurteilt. Ein Gesamtabschlussbericht beleuchtet die maßgeblichen Einflussfaktoren, wie Personalqualifikation, Infrastruktur, Leistungen der angrenzenden Bereiche etc. und hilft Stärken und Schwächen aufzuzeigen (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 50; Bruhn 2004, S. 98).

Durch die derzeit in Pflegeeinrichtungen eingesetzten Messmethoden und -verfahren werden nur einzelne Aspekte von Pflegequalität erfasst und beurteilt. Zwar kommt in der Regel ein Mix unterschiedlicher interner Methoden zum Einsatz, die in das interne Qualitätsmanagementsystem eingebunden sind und Informationen für das Einrichtungsmanagement liefern. Unabhängig von diesen Einzellösungen existiert aber auf Einrichtungsebene kein allgemein anerkanntes Messkonzept, welches alle Merkmale der Pflegequalität überwacht, verschiedene Messansätze vereint und empirisch fundiert ist.

Eine andere Grundlage als die bisher beschriebenen internen Ansätze haben externe Qualitätsmessungen auf der Basis von Qualitätssystemen und Zertifizierungsverfahren. Diese sind allgemeiner Art und werden einrichtungsübergreifend eingesetzt, d.h. die Messverfahren sind nicht auf einen bestimmten Einrichtungstyp oder ein bestimmtes Einrichtungskonzept zugeschnitten.

In der Pflege wird zwischen verpflichtenden und freiwilligen Verfahren unterschieden. Grundlage der verpflichtenden Verfahren sind verbindliche Vorgaben aus Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien. Hierzu zählen z.B. die Qualitätsprüfungen des MDK gemäß § 114 SGB XI und die Prüfungen der Heimaufsicht gemäß § 15 HeimG. Die Prüfer des MDK untersuchen und beurteilen unter Anwendung eines beratungsorientierten Prüfansatzes Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 53; MDS 2004, S. 17 f.). Prüfgrundlage sind die Inhalte des SGB XI, nach SGB XI abgeschlossene Verträge, sonstige bundes- und landesrechtliche Regelungen und der aktuelle Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (vgl. MDS 2004, S. 18). Stationäre Pflegeeinrichtungen sind gemäß § 15 Abs. 1 HeimG außerdem der staatlichen Heimaufsichtsbehörde unterstellt. Zusätzlich zu den MDK-Prüfungen kontrolliert bei ihnen die Heimaufsicht, ob sie die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes (§ 11 HeimG) erfüllen.

Freiwillige externe Verfahren sind die Anwendung von Zertifizierungssystemen. Gängigstes Beispiel ist die Zertifizierung des internen Qualitätsmanagementsystems der Pflegeeinrichtungen durch den Pflege-TÜV. Prüfgrundlage ist die Norm DIN EN ISO 9001:2000. Sie beschreibt allgemeine Anforderungen, die an ein Qualitätsmanage-

mentsystem gestellt werden. Im Rahmen der Zertifizierungen werden neben der Umsetzung der Norm auch die Einhaltung der entsprechenden rechtlichen Vorgaben kontrolliert (vgl. Gerste/Schwinger 2004, S. 10). Daneben existiert eine Reihe verschiedener Gütesiegel und -zeichen, die ebenfalls freiwillig eingesetzt werden (vgl. Stache 2006, S. 262).

Allen Zertifizierungssystemen ist gemein, dass der Nachweis über die Einhaltung festgelegter Qualitätsmaßstäbe erbracht werden muss. Das Gütesiegel oder das Qualitätszertifikat wird nur dann verliehen, wenn die gestellten Anforderungen erreicht werden. Obwohl die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nicht an eine Zertifizierung gekoppelt ist, nehmen dennoch immer mehr ambulante und stationäre Einrichtungen an Zertifizierungssystemen teil (vgl. Gerste/Schwinger 2004, S. 9). Die Pflegeeinrichtungen erhalten auf diese Weise ein unabhängiges Feedback über ihr internes Qualitätsmanagementsystem und die Qualität ihrer Prozesse und Leistungen. Dies verhilft ihnen zu Selbstkontrolle und Selbstreflexion, erleichtert zudem das Bestehen der Prüfungen durch den MDK oder die Heimaufsicht und verschafft ein positives Image (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 52; Gerste/Schwinger 2004, S. 10).

4.4.2.4 Messprobleme

Trotz der Vielfalt unterschiedlicher Messansätze, Qualitätsindikatoren und Instrumente zur Beurteilung von Pflegequalität wird die Messbarkeit der Pflegequalität oft in Frage gestellt (vgl. Höwer 2002, S. 3; Kaltenbach 1991, S. 252). Der Ursprung der Kritik liegt in den Wesensmerkmalen der Pflegeleistung und des Qualitätsbegriffs. Die Pflegeleistung ist als Dienstleistung gekennzeichnet durch Komplexität, Immaterialität und Subjektivität. Aus folgenden Gründen ist eine objektive und einheitliche Qualitätsbeurteilung kaum möglich (vgl. Haller 1995, S. 61, Kap. 4.1.1.3 u. 4.1.2.2):

- Pflegeleistung ist sehr komplex. Es erfolgt ein Zusammentreffen unzähliger Faktoren, wie die körperliche und geistige Verfassung der Pflegebedürftigen, die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, die fachlichen und persönlichen Fähigkeiten der Pflegekraft oder Pflegeperson etc. Aufgrund dieser hohen Komplexität ist das Zusammenwirken der Faktoren empirisch nicht zu untersuchen. Der Einfluss einzelner Faktoren auf das Gesamtergebnis ist folglich nicht bekannt und die Wirkung einzelner Faktoren auch nicht messbar.
- Pflegeleistung wird stark vom Leistungsempfänger beeinflusst. Der Pflegebedürftige hat großen Einfluss auf das Pflegeergebnis und bedingt somit die zu erreichende Pflegequalität. Der Grad der Einflussnahme kann jedoch nicht fundiert erhoben werden.

- Pflegeleistung basiert auf Vertrauen. Die Qualität von Pflegeleistungen beruht in hohem Maß auf der Qualität der Zusammenarbeit und auf dem gegenseitigen Vertrauen der beteiligten Personen. Vertrauensgüter sind prinzipiell verglichen mit Sachgütern, wie Bekleidung, schwer zu evaluieren.
- Pflegeleistung sollte als kundenorientierte Dienstleistung durch den Leistungsempfänger beurteilt werden. Diese Beurteilung ist jedoch stark subjektiv.
- Pflegeleistung ist immateriell. Die erbrachte Leistung kann nachfolgend nur indirekt durch Begutachtung der Dokumentation oder durch Befragung der Leistungsempfänger oder der Pflegekräfte bewertet werden. Auch hier ist die Objektivität der Befragung in Frage zu stellen.
- Pflegeleistung ist nicht statisch und nicht reproduzierbar. Die Messung der Qualität sollte folglich kontinuierlich in regelmäßigen Abständen erfolgen. Je nach Messzeitpunkt kann es jedoch zu unterschiedlichen Messergebnissen kommen. Beispielsweise ist die Wirkung pflegerischer Maßnahmen zeitlich nicht vorhersehbar. Der Zeitpunkt der Messung ist prinzipiell problematisch. Ein Großteil der Pflegeleistungen wird kontinuierlich in regelmäßigen Abständen erbracht. Es ist folglich kaum ein Messzeitpunkt festzulegen, an dem das prozessuale Endergebnis gemessen werden kann.

Sicherlich erschweren diese Aspekte die Messbarkeit der Pflegeleistung. Zweifel, ob es überhaupt einen Messansatz gibt, der in der Lage ist, all diese Eigenschaften zu berücksichtigen (vgl. Bruhn 2004, S. 97), haben durchaus ihre Berechtigung. Auch die Kritik, dass aufgrund der genannten Eigenschaften angewandte Indikatoren und Instrumente nicht ausreichend valide seien (vgl. Kaltenbach 1991, S. 252), ist nachvollziehbar. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass erst durch Messung Probleme aufgedeckt und zielgerichtete (Gegen-)Maßnahmen ergriffen werden können. Nur auf diese Weise ist eine Qualitätsverbesserung zu erreichen.

4.5 Steuerung von Pflegequalität

4.5.1 Steuerungsbegriff im Sinne der Dissertation

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird unter Steuerung der Ablauf einer Veränderung, die nicht zufällig, sondern kontrolliert und in der Regel geplant verläuft, verstanden (vgl. F.A. Brockhaus 1998, S. 134). Für die Verwendung des Steuerungsbegriffs in der vorliegenden Arbeit ist jedoch eine umfassendere Definition notwendig.

Die nachfolgenden Festlegungen zum Begriff der Steuerung erfolgen in Anlehnung an den Managementbegriff nach Hans Ulrich (1984), Jörg Bottler (1993), Knut Bleicher (1994) und Peter Eichhorn (2000). Nach diesen Quellen richtet sich Management auf bestimmte Objekte, wie Aufgaben oder Problemstellungen, die in Betrieben oder Insti-

tationen durch Führungskräfte zu bewältigen sind (vgl. Bottler 2004a, S. 39). Steuerung im Sinne der vorliegenden Arbeit richtet sich auf die Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität im System der Pflege. Das Pflegesystem setzt sich jedoch aus einer Vielzahl von Akteuren, die in Beziehungen zueinander stehen, zusammen. Die meisten Akteure – wie z.B. Pflegeeinrichtungen oder Pflegekassen – sind in Form von Betrieben und Institutionen organisiert und sind wiederum Managementobjekte. Der Steuerungsbegriff wird hier also übergeordnet verwendet.

In Anlehnung an die oben genannten Autoren werden unter Steuerung alle aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zur zielorientierten Gestaltung, Lenkung und Überwachung eines Objekts verstanden:

- Im Rahmen der Gestaltung wird das Objekt zielgerichtet und systematisch entworfen und geschaffen. Durch die Gestaltung wird das Objekt befähigt, Ziele zu realisieren, zu überwachen und sich weiterzuentwickeln (vgl. Bleicher 1994, S. 31 f.; Ulrich 1984, S. 114 f.).
- Innerhalb der Lenkung erfolgt im weiteren Sinne die Umsetzung der Gestaltung. Dies geschieht durch die Bestimmung von Zielen und durch die detaillierte Festlegung, Auslösung und Kontrolle zielgerichteter Tätigkeiten (vgl. Bleicher 1994, S. 32; Ulrich 1984, S. 115 ff.).
- Zur Überwachung zählen alle Tätigkeiten des Vergleichs zwischen Zielen (Sollwerte) und realisierten Istwerten, der anschließenden Urteilsbildung und der Überführung dieser Vergleichsergebnisse in präventive oder korrektive Folgehandlungen (vgl. Bottler 1993, S. 41; Eichhorn 2000, S. 297). Diese Folgehandlungen wirken rückkoppelnd auf die Gestaltung und Lenkung. Es entsteht ein auf Weiterentwicklung ausgerichteter Regelkreis (vgl. Eichhorn 2000, S. 297 ff.).

4.5.2 Erörterung des Ist-Zustands der Steuerung

Steuerung von Pflegequalität im Sinne der vorliegenden Arbeit erfolgt über die Gesamtheit der gestaltenden, lenkenden und überwachenden Tätigkeiten. Oberstes Ziel ist hierbei die Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität.

Die pflegerische Versorgung unterliegt der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung (§ 8 Abs. 1 SGB XI). Folglich ist die Steuerung von Pflegequalität die gemeinschaftliche Verantwortung aller Akteure im System der Pflege (vgl. Abb. 4-7).

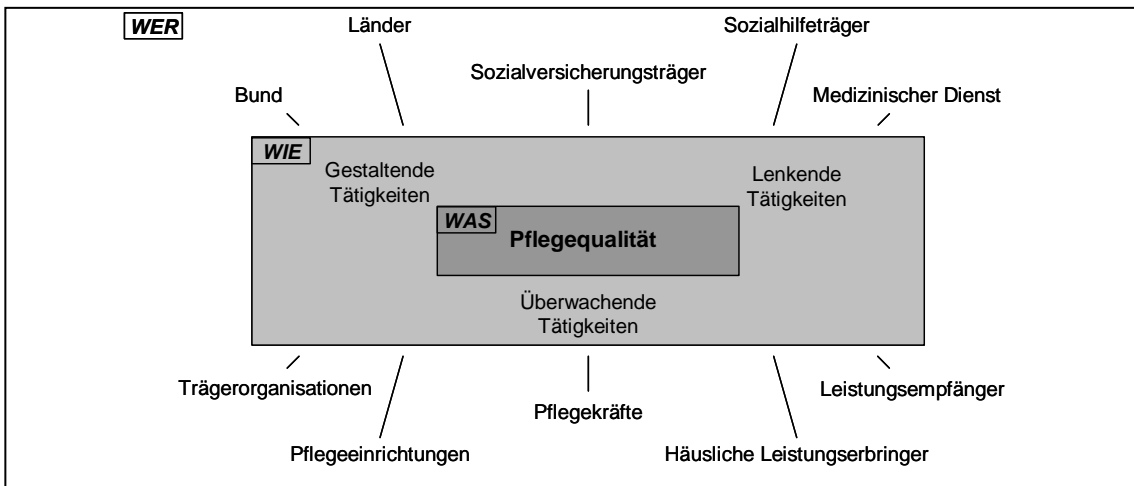


Abbildung 4-7 Steuerung von Pflegequalität im Sinne der vorliegenden Arbeit

(Quelle: eigene Darstellung)

Die Akteure leisten ihren spezifischen Beitrag zur Steuerung von Pflegequalität, der bedingt ist durch ihre Fähigkeiten und Aufgaben (vgl. Kap. 2.3) und ihre individuellen Sichtweisen von Pflegequalität (vgl. Kap. 4.2). Einen zusammenfassenden Überblick gibt Tabelle 4-2. Details sind in den genannten Unterkapiteln erläutert.

Tabelle 4-2 Hauptaufgaben und steuernde Tätigkeiten der Akteure

Akteur	Hauptaufgabe	Beispiele für steuernde Tätigkeiten
Bund	Aufrechterhaltung und Finanzierbarkeit des Pflegesystems	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Sozialleistungsgesetze
Länder	Aufrechterhaltung der Pflegeinfrastruktur der Länder	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Sozialleistungsgesetze der Länder (z.B. Landespflegegesetze) Durchführung der länderspezifischen Planung der Pflegeinfrastruktur Durchführung der länderspezifischen Investitionsförderung der Pflegeeinrichtungen
Sozialversicherungsträger	Sicherstellung der Leistungen der Pflegeversicherung (bzw. der pflegerischen Versorgung der Versicherten)	<ul style="list-style-type: none"> Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Erbringung der pflegerischen Versorgung nach der sozialen Pflegeversicherung (Abnahme eines Leistungsversprechens) Gewährung einer leistungsgerechten Vergütung
Sozialhilfeträger	Sicherstellung der Leistungen der Sozialhilfe	<ul style="list-style-type: none"> Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Erbringung der Leistungen der Sozialhilfe Gewährung einer leistungsgerechten Vergütung
MDK	Unabhängige Begutachtung und Beratung	<ul style="list-style-type: none"> Einstufung der Leistungsempfänger in angemessene Pflegestufen Durchführung von Qualitätsprüfungen bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen

Akteur	Hauptaufgabe	Beispiele für steuernde Tätigkeiten
Trägerorganisationen/ Pflegeeinrichtungen	Erbringung der pflegerischen Versorgung (Pflegeleistungen und pflege-nahe Leistungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung, Implementierung und Überwachung von Qualitätsmanagementsystemen inklusive der internen Anwendung diverser Messansätze und -verfahren • Management der Pflegeeinrichtungen
Pflegekräfte	Erfüllungsgehilfen der Trägerorganisationen/Pflegeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Schulungen, Weiterbildungen, Pflegekongressen • Ausführungstätigkeiten
Häusliche Leistungserbringer	Erbringung der pflegerischen Versorgung (Pflegeleistungen und pflege-nahe Leistungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Pflegekursen • Inanspruchnahme von Beratungen • Ausführungstätigkeiten
Leistungsempfänger	Eigenbeitrag zur pflegerischen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Annahme der pflegerischen Versorgungsleistung • Abführung von Versicherungsbeiträgen, gegebenenfalls Vergütung von Unterkunft/Verpflegung

(Quelle: eigene Darstellung, Kap. 2.3 u. 4.2)

Grundvoraussetzung für eine zielorientierte Steuerung ist die klare Beschreibung des Steuerungsobjekts. Erst durch eine transparente, umfassende und nachvollziehbare Qualitätsbeschreibung wird ein System steuerungsfähig (vgl. Schrappe 2004a, S. 408 f.). Basis hierfür sind in der Regel Qualitätsmodelle als theoretische Erklärungsansätze. Modelle teilen die Qualität eines Objekts systematisch in Teilqualitäten auf (vgl. Kap. 4.3.1), die wiederum durch die Zuordnung von Indikatoren präzisiert werden können (vgl. Kap. 4.4.1). Auf Grundlage der operationalisierten Teilqualitäten ist eine fundierte Qualitätsmessung und umfassende Steuerung des Objekts möglich.

Verfügbare Modelle zur Darstellung von Pflegequalität beschreibt und analysiert das Unterkapitel 4.3. Die aufgezeigten Modelle werden jedoch bis auf das Modell von Avedis Donabedian (1966) nicht in der Pflegepraxis eingesetzt. Die Begründung liegt in der Abstraktheit und dem komplexen Aufbau der Modelle von Christian Grönroos (1982), Anton Meyer/Roland Mattmüller (1987) und Hans Corsten (2001). Für die praktische Anwendung eines Modells ist es notwendig, die einzelnen Modellbestandteile zu präzisieren und ihnen Merkmale zuzuordnen. Dies ist für die drei genannten Modelle nicht möglich. Die Systematik der jeweiligen Teilqualitäten gilt als nicht operationalisierbar, da es kaum möglich ist, den identifizierten Teilkomponenten gut messbare und beobachtbare Indikatoren eindeutig zuzuordnen. Dem praktischen Einsatz dieser Modelle sind somit zwar Grenzen gesetzt, sie haben allerdings einen hohen Nutzen für die Erklärung und das Verständnis des Begriffs der Pflegequalität. Einige Ansatzpunkte werden bei der nachfolgenden Konzeption eines Indikatorensystems zur Steuerung von Pflegequalität aufgegriffen (vgl. Kap. 4.5.3).

Das Qualitätsmodell von Avedis Donabedian (1966) verfügt im Vergleich zu den drei Modellen über eine sehr einfache Struktur und ist verhältnismäßig gut zu präzisieren. Es kann sowohl zur Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären, als auch in der häuslichen Pflege herangezogen werden. Trotz einiger Kritikpunkte, wie die grobe Darstellung, die fehlende empirische Fundierung und die schwierige Abgrenzung der drei Dimensionen untereinander, ist das Modell in der Pflege bereits fest etabliert (vgl. Kap. 4.3.2, 4.4.1.3 u. 4.4.1.4) und die Operationalisierung der Trichotomie durch Indikatoren weit vorangeschritten (vgl. Kap. 4.4.1.3).

Durch Qualitätsmessungen wird überprüft, inwieweit einzelne Merkmale die an sie gestellten Anforderungen erfüllen. Messungen liefern Informationen zur Steuerung. In der Pflege werden diverse unterschiedliche interne und externe Messansätze und -verfahren eingesetzt (vgl. Kap. 4.4.2.3). Die Anwendung beschränkt sich allerdings auf die Qualitätsmessung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. In der häuslichen Pflege ist der Einsatz der beschriebenen Methoden kaum verbreitet. Die Erklärung der Aussparung liegt in den Grundrechten der Pflegepersonen und der Nicht-Beruflichkeit der häuslichen Pflege. Häuslich Pflegenden unterliegen dem Schutz des Grundgesetzes, wonach sie das Recht auf freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit haben (Art. 2 Abs. 1 GG). Zudem entzieht sich die häusliche Pflege durch ihre Nicht-Beruflichkeit der objektiven Messung und Beurteilung (vgl. Kämmer 1996b, S. 175) und die häuslichen Leistungserbringer sind keine direkten Adressaten verpflichtender gesetzlicher oder rechtlicher Regularien (vgl. Wiese 2004, S. 53). Zur Beurteilung und Steuerung häuslicher Pflegequalität ist die Anwendung anderer Methoden und Mechanismen notwendig, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll (vgl. Kap. 3.3.2.1).

Es kann konstatiert werden, dass derzeit hauptsächlich die Qualität der ambulanten und stationären Pflege gesteuert wird. Dort erfolgt die Steuerung allerdings ohne eine genaue Beschreibung des Steuerungsobjekts, d.h. ohne eine ausführliche Festlegung, was unter Pflegequalität verstanden wird (vgl. Johne 1997, S. 19; MGSFF 2005, S. 8; Reutlinger 2001, S. 86 ff., Roth 2002, S. 3 ff.). Zwar existiert mit dem Donabedian-schen Modell (1966) eine anerkannte und verbreitete Darstellungsmethode, die Operationalisierung des Modells ist aber noch nicht so weit entwickelt, dass hiermit eine umfassende Steuerung von Pflegequalität erfolgen kann.

Derzeit werden durch die eingesetzten Messmethoden und -verfahren lediglich einzelne Merkmale oder Teilqualitäten von Pflegequalität beurteilt und steuernde Tätigkeiten ausgelöst. Auch aufgrund der fehlenden Beschreibung des Steuerungsobjekts existiert gegenwärtig kein allgemein anerkanntes Messkonzept, welches die Einzelaktivitäten der Akteure im System der Pflege vernetzt, die Überwachung aller Merkmale

der Pflegequalität sicherstellt und als globales Steuerungsinstrument für das gesamte System der Pflege eingesetzt werden kann.

4.5.3 Formulierung des Soll-Zustands der Steuerung

4.5.3.1 Festlegung allgemeiner Anforderungen

Aufgrund der beschriebenen Defizite der verfügbaren Darstellungs- und Beurteilungsmethoden wird in den folgenden Unterkapiteln ein Instrument zur Begriffsbestimmung und Steuerung von Pflegequalität entwickelt. Hierfür erfolgt im ersten Schritt die Konzeption eines strukturgebenden Modells (vgl. Kap. 4.5.3.2), welches nachfolgend zu einem praktisch anwendbaren Indikatorensystem ausgebaut wird (vgl. Kap. 4.5.3.3).

Aus den Inhalten der vorhergehenden Kapitel und aufgrund der Anwendung des Indikatorensystems im Rahmen dieser Arbeit lassen sich Anforderungen ableiten. Diese sind sowohl bei der Entwicklung des Modells, als auch bei der des Indikatorensystems zu berücksichtigen:

- Die praktische Anwendbarkeit muss gegeben sein. Hierzu sollten Modell und Indikatorensystem einfach und leicht verständlich sein, sowie die in der Pflege etablierten Begrifflichkeiten und Sachverhalte verwenden.
- Die Komplexität der Pflegequalität ist nur durch ein umfassendes Konzept abzubilden, welches explizit die Charakteristika der Pflegequalität bzw. der Beurteilung von Pflegequalität beachtet. Folglich sind:
 - Wesensmerkmale der Pflege, wie Eigenbeitrag des Pflegebedürftigen, Bedeutung der Interaktion zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem etc. (vgl. Kap. 4.1.1) ebenso zu berücksichtigen, wie Charakteristika von Qualität, wie beispielsweise Dynamik oder Subjektivität (vgl. Kap 4.1.2),
 - verschiedene Sichtweisen von Pflegequalität einzubeziehen und diese nicht auf den Blickwinkel der Einrichtungen und ihrer Träger zu beschränken (vgl. Kap. 4.2),
 - sowohl kundenorientierte, als auch unternehmensorientierte Messansätze und Verfahren zu integrieren (vgl. Kap. 4.4.2.3) und
 - Gesichtspunkte zu beachten, die die Messung der pflegerischen Leistung beeinflussen (vgl. Kap. 4.4.2.4).
- Die Gütekriterien der empirischen Sozialforschung sollten bestmöglich erfüllt werden (vgl. Kap. 4.4.1.2 u. 4.4.2.2). Vor allem ist auf eine eindeutige definitorische Abgrenzung der Modellbestandteile zu achten.
- Das Indikatorensystem findet exemplarisch in Kapitel 5 für die empirische Inhaltsanalyse der Verträge der vollstationären Pflege seine Anwendung. Es wird untersucht, inwieweit Verträge einen Beitrag zur Steuerung von Pflegequalität in

der vollstationären Pflege leisten. Folglich sind die besonderen Gegebenheiten der vollstationären Pflege zu beachten. Bei der Inhaltsanalyse wird für das gesamte Indikatorensystem eine nominale Skala verwendet, d.h. es wird lediglich analysiert, welche Indikatorenbereiche in den Verträgen inhaltlich erfasst bzw. welche nicht erfasst sind (vgl. Kap. 5.1.3). Bei der Analyse handelt es sich um eine qualitative Methode der empirischen Sozialforschung. Eine weitere Präzisierung des Skalenniveaus, z.B. durch die Anwendung von Ordinalskalen, würde die Reliabilität der Untersuchung verringern.

- Nach entsprechender Anpassung soll das Indikatorensystem gegebenenfalls auch über die Zweckorientierung in der vorliegenden Arbeit hinaus als Managementinstrument von Pflegequalität in Pflegeheimen dienen können. Hierfür ist die Auswahl der Indikatoren an die individuellen Einrichtungsbedingungen und -ziele anzupassen. Nur für einen Teil der Indikatoren ist die Anwendung einer Nominalskala in Form einer Checkliste praktikabel. Einem Großteil der Indikatoren müssen erweiterte Messskalen zugeordnet werden, mit deren Hilfe die Ausprägungen der Merkmale und der Zielerreichungsgrade differenzierter gemessen werden können. Die Auswahl des Skalenniveaus wird bestimmt durch den Zweck des Indikators und die Art der Messwerte (vgl. Kap. 4.4.2.1). Es ist für jeden Indikator separat zu entscheiden, welche Skala sinnvoll angewandt werden kann.

4.5.3.2 *Entwicklung eines strukturgebenden Modells*

Strukturelle Basis des Modells ist das dreigeteilte Qualitätsmodell nach Avedis Donabedian (1966), das sich am Dienstleistungserstellungsprozess orientiert und in der pflegerischen Praxis etabliert ist. Die donabediansche Teilung in Strukturen, Prozesse und Ergebnisse wird beibehalten (vgl. Kap. 4.3.2) und in vertikalen Spalten dargestellt (vgl. Abb. 4-8). Allerdings erfolgt in Anlehnung an Anton Meyer/Roland Mattmüller (1987) (vgl. Kap. 4.3.4) und Hans Corsten (2001) (vgl. Kap. 4.3.5) anstelle von Strukturqualität die Verwendung des Begriffs der Potenzialqualität. In deutschsprachigen wissenschaftlichen Arbeiten wird in der Regel der Potenzialbegriff verwendet, da dieser den Sachverhalt treffender wiedergibt (vgl. Haller 1995, S. 70).

Die definitorische Abgrenzung der Dimensionen lehnt sich an die Ausführungen zum Steuerungsbegriff in Unterkapitel 4.5.1 an. Hiernach werden den Dimensionen folgende Inhalte zugeordnet:

- Die Potenzialqualität erfasst die existierenden Rahmenbedingungen, unter denen Pflege geleistet wird. Die Gestaltung der Rahmenbedingungen ist Grundvoraussetzung für die Lenkung und Überwachung der pflegerischen Leistungserbringung.
- Die Prozessqualität erfasst die pflegerische Leistungserbringung. Alle Ausführungstätigkeiten unterliegen einer zielorientierten Lenkung.

- Die Ergebnisqualität erfasst das Ergebnis und die Wirkung der erbrachten Pflegeleistung. Die überwachenden Tätigkeiten implizieren eine anschließende Urteilsbildung und resultieren in Folgehandlungen, die rückkoppelnd auf Gestaltung und Lenkung der pflegerischen Leistungserbringung wirken.

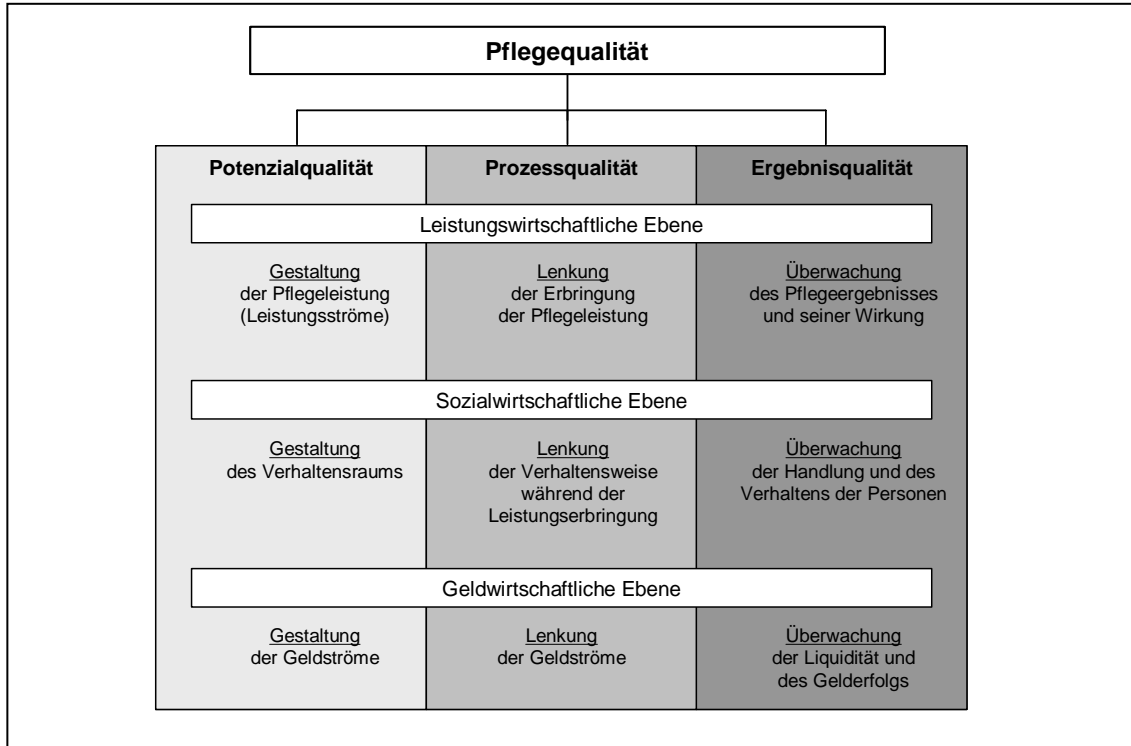


Abbildung 4-8 Modell zur Darstellung von Pflegequalität

(Quelle: eigene Darstellung)

Zur Erleichterung einer strukturierten Operationalisierung sind in das Modell drei horizontale Betrachtungsebenen eingezogen. Durch die Unterteilung in eine leistungswirtschaftliche, eine sozialwirtschaftliche und eine geldwirtschaftliche Ebene werden die wesentlichen Aspekte einer Einrichtung hervorgehoben und zum Beobachtungsgegenstand gemacht. Die Konzeption der Ebenen erfolgt in Anlehnung an die Ausführungen zur betriebswirtschaftlichen Führungslehre von Hans Ulrich (1968), Jürgen Wild (1974) und Jörg Bottler (1993).

Hans Ulrich teilt das Unternehmensgeschehen in unterschiedliche Betrachtungsebenen (vgl. Ulrich 1968, S. 294). Er unterscheidet zwischen einer materiellen, einer sozialen, einer kommunikativen und einer wertmäßigen Dimension. Die erstgenannte Dimension betrachtet die materiellen Güter, ihre Beziehungen und ihre Transformation. Die soziale Dimension ist auf die Menschen, ihre gegenseitigen Beziehungen und ihr Verhalten ausgerichtet. Die kommunikative Dimension befasst sich mit Informations- und Kommunikationsprozessen, während die wertmäßige Dimension den Wertekreislauf im Unternehmensgeschehen beleuchtet (vgl. Ulrich 1968, S. 227 ff.).

Jürgen Wild differenziert bei seinen Erläuterungen zur betriebswirtschaftlichen Führungslehre zwischen einer materiellen (sachbezogenen) Sichtweise und einer personellen (verhaltensbezogenen) Sichtweise des Unternehmensgeschehens (vgl. Wild 1974, S. 156).

Jörg Bottler untergliedert bei der Konzeption von Gemeinschaftsverpflegungs-Betrieben in drei Handlungsbereiche: die Leistungswirtschaftskonzeption, die Geldwirtschaftskonzeption und die Sozialkonzeption (vgl. Bottler 1993, S. 30 ff.).

Die genannten Autoren reduzieren die Komplexität des betrieblichen Geschehens durch stufenweise Abgrenzung definierter Handlungsfelder oder Sichtweisen. Das vorliegende Modell übernimmt die Begrifflichkeiten von Jörg Bottler und differenziert zwischen der leistungswirtschaftlichen, der sozialwirtschaftlichen und der geldwirtschaftlichen Ebene. Jörg Bottler beschränkt die Anwendung der Begrifflichkeiten allerdings auf die Planung (vgl. Bottler 1993, S. 30), wohingegen das Modell der vorliegenden Arbeit das gesamte Betriebsgeschehen betrachtet. Die nachfolgenden Definitionen sind entsprechend angepasst worden. Erweitert werden auch die Festlegungen zur sozialwirtschaftlichen Ebene. Die genannten Autoren ordnen der sozialen Dimension (bzw. personelle Ebene, Sozialkonzeption) ausschließlich den Mitarbeiter als agierendes, produktiv tätiges Element zu. Unter Berücksichtigung aktueller Dienstleistungsqualitätsmodelle (vgl. Kap. 4.3.3 bis 4.3.6) und den Wesensmerkmalen der Pflegequalität (vgl. Kap. 4.1) ist jedoch auch dem Leistungsabnehmer, d.h. dem Pflegebedürftigen immanente Bedeutung zuzusprechen. Aus diesem Grund wird die sozialwirtschaftliche Ebene entsprechend ausgeweitet.

Im vorliegenden Modell werden den Ebenen folgende Inhalte zugeordnet:

- Die leistungswirtschaftliche Ebene umfasst alle Inhalte, die der Gestaltung des Rahmens sowie der Lenkung und Überwachung der Pflegeleistung und ihrer Wirkung dienen.
- Die sozialwirtschaftliche Ebene umfasst alle Inhalte, die der Gestaltung des Rahmens sowie der Lenkung und Überwachung des Handelns und Verhaltens der Mitarbeiter und der Pflegebedürftigen dienen.
- Die geldwirtschaftliche Ebene umfasst alle Inhalte, die der Gestaltung des Rahmens sowie der Lenkung und Überwachung der Geldströme dienen.

Die Reihenfolge der Ebenen verdeutlicht auch die Bedeutung der Ebenen für die Steuerung von Pflegequalität. Die Leistungswirtschaft steht als bedeutendste Ebene an oberster Stelle. Pflege ist eine Dienstleistung und kann nicht getrennt von den Personen, die an der Leistungserstellung beteiligt sind, betrachtet werden. Beteiligte Personen sind die Mitarbeiter der Einrichtung durch ihre Ausführungstätigkeiten und der

Pflegebedürftige selbst durch seine Rolle als externer Faktor. Aus diesem Grund steht die sozialwirtschaftliche Ebene direkt unter der leistungswirtschaftlichen Ebene. Dies entspricht auch der hohen Bedeutung, die dieser Ebene von den verschiedenen Akteuren zugesprochen (vgl. Kap. 4.2) und auch in den Modellen von Anton Meyer/Roland Mattmüller (1987) und Hans Corsten (2001) zum Ausdruck gebracht wird (vgl. Kap. 4.3). An dritter Stelle steht die geldwirtschaftliche Ebene.

Es sei hier darauf verwiesen, dass keiner der Bereiche – weder in der Horizontalen noch in der Vertikalen – für sich getrennt betrachtet werden kann. Dies ist durch die schwierige Abgrenzung der Gebiete bzw. durch deren enge Verknüpfung zu begründen.

4.5.3.3 Entwicklung eines anwendbaren Indikatorensystems

Ausgehend von der Struktur des Pflegequalitätsmodells (vgl. Kap. 4.5.3.2, Abb. 4-8) werden die Qualitätsdimensionen bzw. die Betrachtungsebenen in Unterebenen gegliedert (vgl. Abb. 4-9).

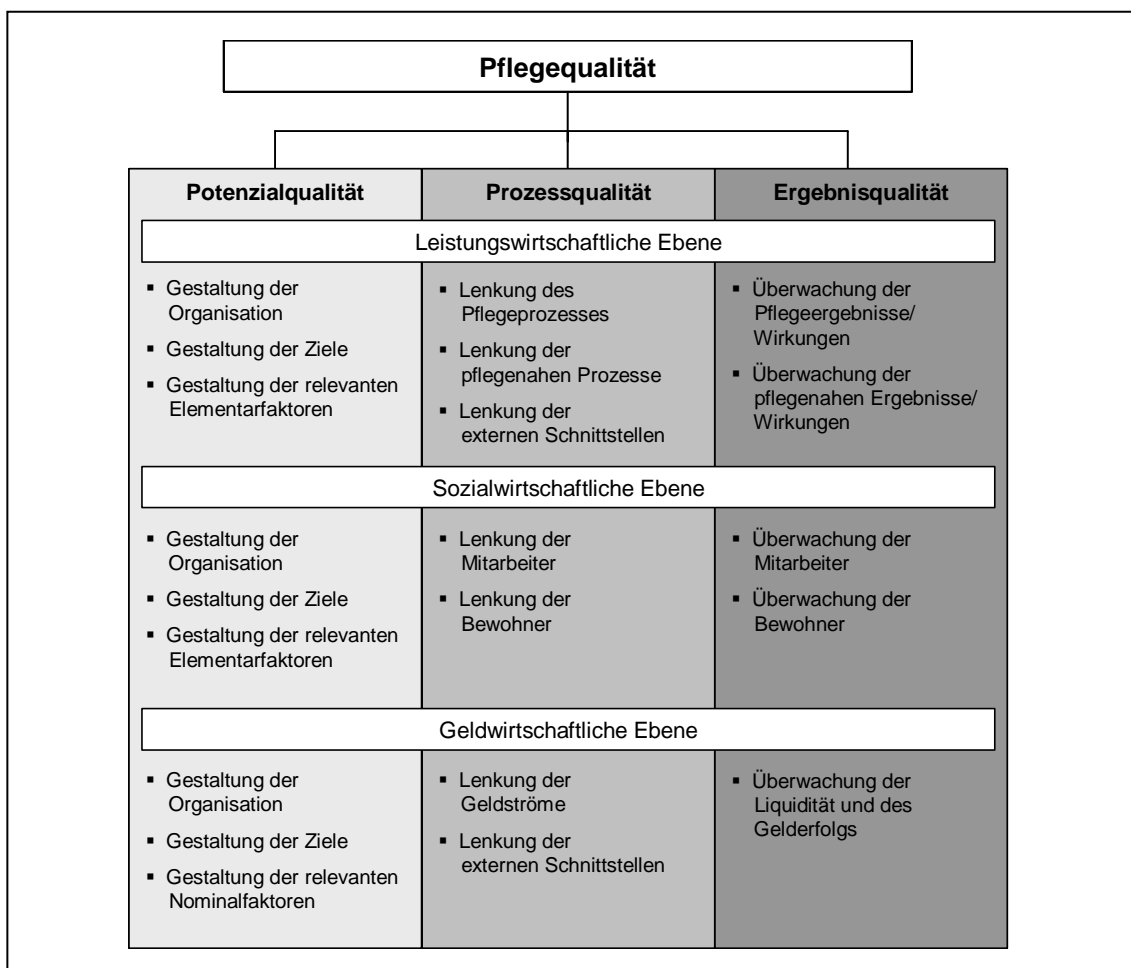


Abbildung 4-9 Spezifizierung des Modells zur Darstellung von Pflegequalität

(Quelle: eigene Darstellung)

Die Unterebenen werden wiederum in so genannte Indikatorenbereiche unterteilt, denen einzelne Indikatoren zugeordnet werden können. Durch dieses Vorgehen entsteht ein umfassendes Indikatorensystem, welches für die Steuerung von Pflegequalität Anwendung finden kann (vgl. Tab. 4-3 bis 4-5).

Die Identifizierung und Zuteilung von Indikatorenbeispielen zu den Strukturbestandteilen des Indikatorensystems basiert auf einer umfangreichen Literaturrecherche. Zudem finden bei der Konzeption die in Unterkapitel 4.4 erarbeiteten Grundlagen hinsichtlich der Anforderungen an Indikatoren, ihrer Klassifikation und ihrer Anwendung zur Qualitätsmessung Beachtung. Es ist jedoch zu vermerken, dass nicht alle der aufgeführten Indikatorenbeispiele den Gütekriterien der empirischen Sozialforschung gerecht werden, was sich auf die Charakteristika der Pflegeleistung und des Qualitätsbegriffs zurückführen lässt (vgl. Kap. 4.4.2.4). Weiterhin erhebt die Zusammenstellung der Beispiele in den Tabellen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für die praktische Anwendung in Pflegeheimen muss das Indikatorensystem an die einrichtungsindividuellen Bedingungen und Ziele angepasst werden. Hierzu ist eine einrichtungsspezifische Auswahl der Indikatoren zu treffen und jedem Indikator eine Messskala zuzuweisen, die dem individuellen Zweck und Ziel der Messung entspricht (vgl. Kap. 4.5.3.1).

In den Tabellen 4-3 bis 4-5 werden den einzelnen Indikatorenbereichen lediglich Vorschläge für anwendbare Skalenniveaus zugeordnet. Grundsätzlich können für Messwerte, die theoretisch in Kardinalskalen (Intervall-, Verhältnis- oder Absolutskalen) eingetragen werden könnten, auch unpräzisere Messniveaus Verwendung finden. So sind nach der Festlegung von Wertebereichen auch Ordinal- und Nominalskalen möglich. Beispielsweise kann für die Überwachung einer umfassenden, sachlichen und kontinuierlichen Pflegedokumentation eine Absolutskala eingesetzt werden, d.h. die Anzahl der festgestellten Mängel in einer Bewohnerakte pro Monat wird erfasst. Hingegen ist jedoch auch eine weniger genaue Erfassung denkbar, indem eine Ordinalskala (kein Mangel, mittlere Häufigkeit: ein bis fünf Mängel, hohe Häufigkeit: über fünf Mängel) oder eine Nominalskala (kein Mangel festgestellt, Mangel/Mängel festgestellt) verwendet wird.

In vielen Fällen ist die alleinige Verwendung von Messskalen nicht zielführend und es werden qualitative Beschreibungen für die Spezifizierung und Erklärung der Messergebnisse hinzugefügt. Auch kommen bei einigen Indikatoren generell keine Messskalen, sondern nur qualitative Beschreibungen zum Einsatz, z.B. werden Supervisionsergebnisse meist in offener Textform verfasst. Die nachfolgenden Tabellen 4-3 bis 4-5 weisen nicht explizit auf die Verwendung von qualitativen Beschreibungen hin, da sie prinzipiell mit jedem Skalenniveau zu kombinieren sind oder die Skala gegebenenfalls ersetzen können.

Die Indikatoren der Potenzialqualität bilden gemäß der Definition in Unterkapitel 4.5.3.2 die existierenden, gestaltenden Rahmenbedingungen ab und lassen sich der leistungswirtschaftlichen, der sozialwirtschaftlichen oder der geldwirtschaftlichen Ebene zuordnen. Jede dieser Ebenen wird in drei Unterebenen gegliedert:

- Gestaltung der Organisation der Pflegeeinrichtung,
- Gestaltung der jeweiligen Ziele und
- Gestaltung der relevanten Produktionsfaktoren.

Diese Strukturierung erfolgt in Anlehnung an die Inhalte einer Handlungsbereichskonzeption in Großhaushalten. Hiernach werden innerhalb einer Konzeption stets Ziele/Bedingungen, Produktionsfaktoren und Zahlungsmittel/Kapital sowie Verfahren festgelegt (siehe hierzu Bottler 1993, S. 29 ff.).

Die Festlegung einer dauerhaften organisatorischen Ordnung ist die Grundlage der Erfüllung von Einrichtungszielen und -aufgaben und erfolgt durch die Regelung der internen Aufbau- und Ablauforganisation der Einrichtung (vgl. Bottler 1993, S. 31). Die Aufbauorganisation bildet die Zustands- und Beziehungsstruktur der Teileinheiten (Abteilungen, Stellen) eines Betriebs ab. Sie stellt ein System aus Rechten und Pflichten dar, die auf die Betriebsziele ausgerichtet sind (vgl. Bottler 1993, S. 31; Dichtl/Issing 1987a, S. 120). Aus der Ablauforganisation resultiert die raumzeitliche Strukturierung der betrieblichen Arbeitsvorgänge, d.h. der Ablauf der Arbeitsprozesse wird räumlich (wo) und zeitlich (wann) festgelegt (vgl. Bottler 1993, S. 31; Dichtl/Issing 1987a, S. 7). Die Ablauforganisation umfasst die Auswahl und Festlegung von Verfahren zur Gestaltung, Lenkung und Überwachung aller Handlungen in der Einrichtung. Zusätzlich ist zu beachten, dass auch die Austauschbeziehungen zu anderen Institutionen einer Organisation bedürfen.

Ziele resultieren aus einrichtungsinternen wie externen Vorgaben. Sie unterliegen sowohl den allgemeinen formalen Prinzipien der Betriebsführung als auch einrichtungsinternen und -externen Bedingungen (vgl. Bottler 1986b, S. 47 ff.).

Produktionsfaktoren werden in einem Produktionsprozess miteinander kombiniert. Ihr Einsatz ist für die Erreichung der jeweils angestrebten Leistungen notwendig (vgl. Bottler 1986b, S. 49). Es kann zwischen Elementarfaktoren, dispositiven Faktoren und Nominalfaktoren unterschieden werden. Elementarfaktoren werden unmittelbar im Leistungserstellungsprozess miteinander kombiniert. Zu ihnen zählen unter anderen ausführungsbezogene Arbeitsleistungen als humane Potenziale, Betriebsmittel wie z.B. materielle und immaterielle Potenziale und Objektfaktoren als Objekte der Leistungserstellung. Der Pflegebedürftige ist als Leistungsobjekt und externer Faktor ein Objektfaktor (vgl. Kap. 4.1.1.3). Zu den dispositiven Faktoren zählen führungsbezogene Arbeitsleistungen wie Politikfestlegung, Planung, Disposition oder Kontrolle, die der Ko-

ordination der Produktionsfaktoren dienen. Nominale Faktoren sind Geldmittel (vgl. Bottler 1993, S. 22 f.).

Die nachstehende Tabelle 4-3 enthält eine strukturierte Auflistung von Indikatorenbereichen der Ebenen und Unterebenen der Potenzialqualität. Für jeden Indikatorenbereich werden Indikatorenbeispiele genannt. In ihrer Gesamtheit beschreiben die Indikatoren die Potenzialqualität.

Tabelle 4-3 Potenzialindikatoren für die Gestaltung von Pflegequalität

- A = Dimension der Potenzialqualität
- A.i = Ebenen der Potenzialqualität
- A.i.k = Unterebenen der Potenzialqualität
- = Indikatorenbereiche
- = Indikatorenbeispiele

Potenzialindikatoren geordnet nach Ebenen, Unterebenen und Bereichen	Skala
A1 Gestaltung der leistungswirtschaftlichen Ebene	
A1.1 Gestaltung der Organisation	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Leistungserbringung (Pflegeleistungen und pflegenahen Leistungen) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von Organigramm, Stellenplan, Vertretungsplan, Stellenbeschreibungen 	Nominal
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Pflegeleistung <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung von Verfahren für die Einstufung der Bewohner in Pflegestufen - Festlegung von Verfahren für die Leistungserbringung im Pflegeprozess (Anamnese, Planung, Durchführung, Kontrolle, Reflexion) - Festlegung von Verfahren (übergeordnete Pflegestandards, Leitlinien etc.) für die Leistungserbringung - Festlegung von Verfahren für die Führung des Pflegedokumentationssystems 	Nominal
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der pflegenahen Leistungen <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung von Verfahren für die Bereitstellung von Unterkunft-, Verpflegungs-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftsleistungen - Festlegung von Verfahren für die Führung des Dokumentationssystems 	Nominal
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Leistungsströme <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von gemeinsamen Vereinbarungen über Austausch, Kooperation, Vernetzung mit externen Organisationen oder Einzelpersonen 	Nominal
A1.2 Gestaltung der Ziele	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit leistungswirtschaftlicher Ausrichtung <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von Mission/Philosophie, Pflegeleitbild oder Konzeptionen mit Angaben zu einem fachlich anerkannten Pflegemodell, angestrebten Versorgungszuständen der Bewohner, Pflegekapazitäten, Belegung/Auslastung der Einrichtung - Vorliegen von Beschreibungen über Inhalt und Umfang der Pflegeleistung (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung) und der pflegenahen Leistungen (Unterkunft, Verpflegung, Verwaltung, Hauswirtschaft, Technik, Zusatzleistungen, Beratungsangebot, sonstige Dienstleistungen) 	Nominal

Potenzialindikatoren geordnet nach Ebenen, Unterebenen und Bereichen	Skala
A1.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Gebäude - Anzahl Wartungen und Reparaturen/Gebäude - Anzahl Betten - Anzahl Bewohner/Pflegegruppe oder Wohneinheit - Anzahl Einzel-/Doppelzimmer - Gestattung eigener Möbel - Vorliegen von Ausstattungslisten für Zimmer - Vorliegen von Ausstattungslisten für Pflegehilfsmittel und Verbrauchsgüter - Größe von Park/Anlage - Vorliegen einer Beschreibung der Zugangsmöglichkeiten zu Gebäuden, Park, Anlage und der Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr 	Nominal Ordinal Kardinal
A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene	
A2.1 Gestaltung der Organisation	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Sozialwirtschaft (Einrichtungsleitung, Personalwirtschaft und weitere Funktionalbereiche zur Umsetzung von Mitarbeiter- und Bewohnerorientierung) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von Organigramm, Stellenplan, Vertretungsplan, Stellenbeschreibungen 	Nominal
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Mitarbeiterhandelns und -verhaltens <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung von Verfahren für die Rekrutierung und die Auswahl neuer Mitarbeiter - Festlegung von Verfahren für die Schulung und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter - Festlegung von Verfahren für die Weiterentwicklung der fachlichen und zwischenmenschlich sozialen Fähigkeiten - Festlegung von Verfahren der Einsatzorganisation - Festlegung von Verfahren für die Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen - Festlegung von Verfahren für den Einsatz von Anreizmodellen - Festlegung von Grundsätzen zum Verhalten der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnern 	Nominal
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Bewohnerhandelns und -verhaltens <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung von Verfahren für die Beteiligung der Bewohner an Entscheidungsprozessen - Festlegung von Verfahren für die Beteiligung der Angehörigen an Entscheidungsprozessen 	Nominal
A2.2 Gestaltung der Ziele	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit sozialwirtschaftlicher Ausrichtung <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von Mission/Philosophie, Pflegeleitbild, Konzeptionen mit Angaben zu Mitarbeiter- und Bewohnerorientierung, Festlegung zu tolerierten und präferierten Verhaltensweisen, angestrebtem Sozialverhalten der Bewohner und der Mitarbeiter, Führungsstil 	Nominal
A2.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Aufenthaltsräume der Mitarbeiter - Vorliegen von Ausstattungslisten für die Aufenthaltsräume der Mitarbeiter - Vorliegen von Listen über unterstützende Arbeits- und Hilfsmittel zur Arbeitserleichterung der Mitarbeiter 	Nominal Ordinal Kardinal

Potenzialindikatoren geordnet nach Ebenen, Unterebenen und Bereichen	Skala
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der mitarbeiterbezogenen Potenziale <ul style="list-style-type: none"> - Ausbildungs- und Weiterbildungsstand - Persönlichkeitsprofile (Beurteilung der zwischenmenschlich sozialen Fähigkeiten) - Fachkraftquote (Anzahl Fachkraft/Gesamtzahl Mitarbeiter) - Personalstruktur (Anzahl Vollzeitkraft, Teilzeitkraft, Ehrenamtliche etc.) - Personalschlüssel (Anzahl Personal/Bereich je Pflegebedürftige) 	Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der bewohnerbezogenen Potenziale <ul style="list-style-type: none"> - Erfassung der Bereitschaft, Pflege und Betreuung anzunehmen - Erfassung der Fähigkeit, sich aktiv am Heimleben und am Pflegeprozess zu beteiligen - Bewohnerstruktur (Anzahl Bewohner/Pflegestufe) 	Nominal Ordinal Kardinal
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene	
A3.1 Gestaltung der Organisation	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Geldwirtschaft (Finanzwirtschaft, Rechnungswesen) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von Organigramm, Stellenplan, Vertretungsplan, Stellenbeschreibungen 	Nominal
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Geldströme <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung von Verfahren für die Kalkulation der Entgelte für Pflege, Unterkunft, Verpflegung und abrechenbare Investitionsbeträge - Festlegung von Verfahren für die Steuerung der Zahlungsmittelbewegungen - Festlegung von Verfahren für die Erfassung der Liquidität und des Gelderfolgs 	Nominal
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Geldströme <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von gemeinsamen Vereinbarungen über Austausch, Kooperation, Vernetzung mit externen Organisationen oder Einzelpersonen 	Nominal
A3.2 Gestaltung der Ziele	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit finanzwirtschaftlicher Ausrichtung <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen von Mission/Philosophie, Pflegeleitbild, Konzeptionen mit Angaben zur Sicherstellung von Liquidität, Festlegung der Gelderfolgsgrößen und der wertmäßigen Wirtschaftlichkeit 	Nominal
A3.3 Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der nominalen Potenziale <ul style="list-style-type: none"> - Höhe der Entgelte (Pflegesätze 0-III, Unterkunft, Verpflegung, Investitionsbetrag, Sonderleistungen) 	Kardinal

(Quelle: eigene Darstellung)

Indikatoren der Prozessqualität erfassen die Ausführung der pflegerischen Leistungserbringung. Grundsätzlich sollten alle Ausführungstätigkeiten gelenkt werden (vgl. Kap. 4.5.3.2). Auswahl und Festlegung, welche lenkenden Verfahren zum Einsatz kommen, sind der Potenzialqualität zuzurechnen. Der Prozessqualität werden die Ausformulierung und die praktische Anwendung der Vorgaben zugeordnet. Die schriftliche Fixierung erfolgt durch Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, die detaillierte Vorgaben zu Verrichtung, Objekt, Ort, Zeit, Hilfsmittel und Verantwortlichkeiten enthalten (vgl. Bottler 1993, S. 41; Wöhe 2002, S. 159 f.). Die Überwachung der Umsetzung resultiert aus der Sichtung der Dokumentation und der Berücksichtigung mündlicher Aussagen.

Prozessindikatoren beziehen sich folglich auf die Zurverfügungstellung und Umsetzung von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen. Sie erfassen, inwieweit Anweisungen vorliegen, wie diese eingesetzt werden und ob die Prozesse somit einer zielorientierten Lenkung unterliegen.

Auch Prozessindikatoren lassen sich der leistungs-, der sozial- oder der geldwirtschaftlichen Ebene zuordnen. Innerhalb der leistungswirtschaftlichen Ebene wird zwischen drei Unterebenen unterschieden: Lenkung des Pflegeprozesses, Lenkung der pflegenahen Prozesse und Lenkung der Schnittstellen zu externen Organisationen. Die Indikatoren der sozialwirtschaftlichen Ebene lassen sich unterteilen in einen Mitarbeiter- und einen Bewohnerbereich. Die geldwirtschaftliche Ebene differenziert zwischen Indikatoren der internen Geldströme und des Austausches mit externen Organisationen.

Allen Unterebenen können Indikatorenbereiche zugeordnet werden, die durch Indikatorenbeispiele spezifiziert werden. Die Bereiche und Beispiele von Prozessindikatoren sind der folgenden Tabelle 4-4 zu entnehmen:

Tabelle 4-4 Prozessindikatoren für die Lenkung von Pflegequalität

- B = Dimension der Prozessqualität
- B.i = Ebenen der Prozessqualität
- B.i.k = Unterebenen der Prozessqualität
- = Indikatorenbereiche
- = Indikatorenbeispiele

Prozessindikatoren geordnet nach Ebenen, Unterebenen und Bereichen	Skala
B1 Lenkung der leistungswirtschaftlichen Ebene	
B1.1 Lenkung des Pflegeprozesses	
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einstufung der Bewohner in Pflegestufen <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Grad der internen Überprüfung der Einstufungen (Anzahl durchgeführter Überprüfungen/Anzahl vorgesehener Überprüfungen) - Anpassungszeitraum (Anzahl Tage von interner Umstufung bis Umstufung durch MDK und Änderung der Abrechnung mit Kostenträgern) 	Nominal Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Pflegeprozess <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Anwendungsgrad einer Anamnese (Anzahl Anamnesen/Anzahl Neuaufnahmen) - Anwendungsgrad von individuellen Pflegezielen und -planungen (Anzahl Pflegeziele und -planung/Gesamtbewohneranzahl) - Einhaltungsgang der Pflegeziele und -planungen (Anzahl Abweichungen von Zielen und Plänen) - Aktualisierungsgrad der Pflegeziele und -planungen (Anzahl Überprüfungen und Anpassungen/Bewohner) 	Nominal Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von übergeordneten Pflegestandards, Leitlinien, Richtlinien <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Einhaltungsgang der Anweisungen (Anzahl Abweichungen) 	Nominal Kardinal

Prozessindikatoren geordnet nach Ebenen, Unterebenen und Bereichen	Skala
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Pflegedokumentation <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Einhaltungsggrad der Anweisungen (Anzahl Abweichungen) 	Nominal Kardinal
B1.2 Lenkung der pflegenahen Prozesse	
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Leistungserstellung <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Einhaltungsggrad der Anweisungen (Anzahl Abweichungen) 	Nominal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Einhaltungsggrad der Anweisungen (Anzahl Abweichungen) 	Nominal Kardinal
B1.3 Lenkung der externen Schnittstellen der Leistungsströme	
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Einhaltungsggrad der Anweisungen (Anzahl Abweichungen) 	Nominal Kardinal
B2 Lenkung der sozialwirtschaftlichen Ebene	
B2.1 Lenkung der Mitarbeiter	
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Rekrutierung und Auswahl neuer Mitarbeiter <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Anzahl veröffentlichter Stellenausschreibungen - Anzahl Neueinstellungen 	Nominal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Schulung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Anwendungsgrad von Einarbeitungsplänen (Anzahl Pläne/Anzahl Neueinstellungen) - Umsetzungsgrad der Einarbeitungspläne (Anzahl Abweichungen von Plänen/Gesamtanzahl Pläne) - Umsetzungsgrad von Abschlussgesprächen nach Einarbeitungsende (Anzahl Abschlussgespräche/Anzahl Neueinstellungen) 	Nominal Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Weiterentwicklung der fachlichen und zwischenmenschlich-sozialen Fähigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Anwendungsgrad von individuellen jährlichen Fort- und Weiterbildungsplänen (Anzahl Pläne/Gesamtzahl Mitarbeiter) - Umsetzungsgrad der Fort- und Weiterbildungspläne (Anzahl Abweichungen von Plänen/Gesamtanzahl Pläne) 	Nominal Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einsatzorganisation <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Anzahl protokollierter Dienstbesprechungen/Quartal - Einhaltungsggrad der Übergabegespräche bei Schichtübergabe (Anzahl Schichtübergaben ohne Gespräch/Anzahl geplanter Übergabegespräche) - Einhaltungsggrad der wöchentlichen Dienst- und Einsatzpläne (Anzahl Abweichungen/Woche) - Grad personeller Kontinuität der Personaleinsätze (Anzahl Mitarbeiter mit Kontakt zu einem Bewohner) 	Nominal Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Mitarbeitern an Entscheidungsprozessen <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Nutzungsgrad des Beschwerdemanagements (Anzahl Beschwerden/Quartal) - Nutzungsgrad des betrieblichen Vorschlagswesens (Anzahl Vorschläge/Quartal) 	Nominal Ordinal Kardinal

Prozessindikatoren geordnet nach Ebenen, Unterebenen und Bereichen	Skala
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Anreizmodellen <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Nutzungsgrad von flexiblen Arbeitszeitmodellen (Anzahl Nutzung einzelner Arbeitszeitmodelle/Gesamtzahl Mitarbeiter) - Nutzungsgrad von leistungsgerechten Vergütungsmodellen (Anzahl Nutzung einzelner Vergütungsmodelle/Gesamtzahl Mitarbeiter) - Nutzungsgrad von Zielvereinbarungen (Anzahl abgeschlossener Zielvereinbarungen/Gesamtzahl Mitarbeiter) 	Nominal Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Mitarbeiterverhalten gegenüber Bewohnern <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Einhaltungsggrad der Verhaltensgrundsätze (Anzahl Abweichungen, gemeldet durch Bewohner, Angehörige etc.) 	Nominal Ordinal Kardinal
B2.2 Lenkung der Bewohner	
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Bewohnern an Entscheidungsprozessen <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Anzahl Tätigkeitsfelder des Heimbeirats - Nutzungsgrad des Beschwerdemanagements (Anzahl Beschwerden/ Quartal) - Nutzungsgrad des betrieblichen Vorschlagswesens (Anzahl Vorschläge/ Quartal) - Beteiligungsgrad an der Pflegeplanung (Anzahl Beteiligung/Gesamtzahl Bewohner) 	Nominal Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Angehörigen, Freunden und Bekannten an Entscheidungsprozessen <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Nutzungsgrad des Beschwerdemanagements (Anzahl Beschwerden/ Quartal) - Nutzungsgrad des betrieblichen Vorschlagswesens (Anzahl Beschwerde/ Quartal) - Beteiligungsgrad an der Pflegeplanung (Anzahl Beteiligung/Gesamtzahl Bewohner) 	Nominal Ordinal Kardinal
B3 Lenkung der geldwirtschaftlichen Ebene	
B3.1 Lenkung der Geldströme	
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Zahlungsmittelbewegungen <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Anzahl inkorrektter Zahlungsvorgänge/Anzahl ausgelöster Zahlungen - Zeitraum Rechnungslegung - Anzahl Mahnverfahren - Einhaltungsggrad von Zahlungsfristen (Anzahl Abweichung/Quartal) 	Nominal Ordinal Kardinal
B3.2 Lenkung der externen Schnittstellen der Geldströme	
<ul style="list-style-type: none"> • Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen <ul style="list-style-type: none"> - Vorliegen der Anweisung - Einhaltungsggrad der Vereinbarungen (Anzahl Abweichungen/Quartal) 	Nominal Ordinal Kardinal

(Quelle: eigene Darstellung)

Zur Abbildung der Ergebnisqualität werden Indikatoren verwendet, die die Überwachungstätigkeiten über Ergebnisse und Wirkungen beschreiben (vgl. Kap. 4.5.3.2). Die Festlegung der Überwachungsverfahren, der Verantwortlichkeiten und der hierfür notwendigen organisatorischen Strukturen erfolgt im Rahmen der Potenzialqualität.

Tabelle 4-5 enthält – unterteilt nach leistungs-, sozial- oder geldwirtschaftlicher Ebene – Beispiele für Ergebnisindikatoren. Die leistungswirtschaftliche Ebene differenziert zwischen der Unterebene der Überwachung pflegerischer Ergebnisse und Wirkungen

sowie der Unterebene der Überwachung pflegenaher Ergebnisse und Wirkungen. Hierbei erfolgt die Überwachung hauptsächlich durch Pflegevisiten und Kontrollen der vorliegenden Dokumentation. Die sozialwirtschaftlichen Indikatoren werden eingeteilt in einen Mitarbeiter- und einen Bewohnerbereich. Die Indikatoren der Geldwirtschaft dienen der Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs.

Tabelle 4-5 Ergebnisindikatoren für die Überwachung von Pflegequalität

- C = Dimension der Ergebnisqualität
- C.i = Ebenen der Ergebnisqualität
- C.i.k = Unterebenen der Ergebnisqualität
- = Indikatorenbereiche
- = Indikatorenbeispiele

Ergebnisindikatoren geordnet nach Ebenen, Unterebenen und Bereichen	Skala
C1 Überwachung der leistungswirtschaftlichen Ebene	
C1.1 Überwachung der Pflegeergebnisse/Wirkungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Pflegeeinstufung <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl Bewohner/Pflegestufe 	Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung des Gesundheitsstatus <ul style="list-style-type: none"> - Mortalitäts-, Morbiditäts- und Inkontinenzrate (Inzidenz/Gesamtzahl Bewohner) - Höhe des Body-Mass-Index (BMI) - Anzahl verzehrter Mahlzeiten/Tag pro Bewohner - Verzehrgrad der Mahlzeiten pro Bewohner (ganze Mahlzeit, halbe Mahlzeit verzehrt etc.) - Dehydratationsgrad (Flüssigkeitsaufnahme/Tag pro Bewohner) 	Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der individuellen Fähigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - Beurteilung der physiologisch, psychologisch und sozialen Fähigkeiten wie Selbstversorgung, Selbstpflegefähigkeit, Selbstbestimmung, Eigenständigkeit, Mobilität, Integration, Orientierung, Kommunikation, Überwindung von Ängsten und Antriebsschwächen (in der Regel qualitative Beurteilung) 	Ordinal
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der unerwünschten Vorkommnisse <ul style="list-style-type: none"> - Unfallrate (Inzidenz/Gesamtzahl Bewohner) - Vorfallrate (Inzidenz von Stürzen, Frakturen/Gesamtzahl Bewohner) - Komplikationsrate (Inzidenz von Infektionen, Dekubiti, Thrombosen, Hospitalismus, Kontrakturen/Gesamtzahl Bewohner) - Verschreibungs- und Dokumentationsfehlerrate (Inzidenz/Gesamtzahl Bewohner) - Rate unkoordinierter Leistungen (Abweichungen vom Pflegeprozess, unbehandelte Schmerzen, Beschwerden/Gesamtzahl Bewohner) 	Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Pflegedokumentation <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentationsmängel- und Dokumentationsfehlerrate (Inzidenz pro Bewohnerakte) 	Ordinal Kardinal
C1.2 Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/Wirkungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der pflegenahen Leistungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanzgrad des Speiseplans (Anzahl verzehrter Essen/erstellter Essen) - Anzahl Probleme/Beschwerden mit/über Wäschereinigung pro Zeitraum 	Ordinal Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Dokumentation der pflegenahen Prozesse <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentationsmängel- und Dokumentationsfehlerrate (Inzidenz pro Dokumentationsbereich) 	Ordinal Kardinal

Ergebnisindikatoren geordnet nach Ebenen, Unterebenen und Bereichen	Skala
C2 Überwachung der sozialwirtschaftlichen Ebene	
C2.1 Überwachung der Mitarbeiter	
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung durch Personalkennzahlen <ul style="list-style-type: none"> - Zulauf von qualifiziertem Personal/Quartal - Fluktuation (Anzahl Mitarbeiterabgänge/Quartal) - Krankenstand (Anzahl Krankmeldung/Quartal) - Unfallrate (Anzahl Unfallmeldung/Quartal) - Erreichungsgrad von Zielvereinbarungen (Anzahl erfüllter Zielvereinbarungen/Anzahl abgeschlossener Zielvereinbarungen) 	Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung durch prozessbegleitende Evaluation <ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse von Supervision, kollegialen Pflegebesuchen, Pflegevisiten (in der Regel qualitative Beurteilungen) 	/
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Mitarbeiterzufriedenheit <ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen (Zufriedenheitsgrade, qualitative Beurteilungen) 	Ordinal Kardinal
C2.2 Überwachung der Bewohner	
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung des Bewohnerfeedbacks/Bewohnerverhaltens <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl Beschwerden/Gesamtzahl Bewohner - Anzahl angenommener Dienstleistungen/Anzahl bereitgestellter Dienstleistungen 	Kardinal
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Bewohnerzufriedenheit <ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse von Bewohnerbefragungen (Zufriedenheitsgrade, qualitative Beurteilungen) 	Ordinal Kardinal
C3 Überwachung der geldwirtschaftlichen Ebene	
C3.1 Überwachung der Geldströme	
<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs <ul style="list-style-type: none"> - Cashflow - Kapital- und Umsatzrentabilität - Deckungsbeiträge - Soll-/Istkosten 	Kardinal

(Quelle: eigene Darstellung)

5 Empirische Untersuchung der Vertragslandschaft der vollstationären Pflege

5.1 Methodisches Vorgehen

5.1.1 Methodik der empirischen Inhaltsanalyse

Die empirische Inhaltsanalyse ist eine Methode der empirischen Sozialforschung. Nach Helmut Kromrey (1980, S. 161) ist sie „eine Forschungstechnik, mit der man aus jeder Art von Bedeutungsträgern durch systematische und objektive Identifizierung ihrer Elemente Schlüsse ziehen kann, die über das einzelne analysierte Dokument hinaus verallgemeinerbar sein sollen“. Zu Bedeutungsträgern zählen Texte, Bilder oder auch Filme, wobei die Analyse von Texten das gebräuchlichste Anwendungsgebiet ist (vgl. Kromrey 1980, S. 161; Lamnek 2005, S. 492). In der praktischen Anwendung wird ein Text systematisch mithilfe eines Kategoriensystems inhaltlich analysiert, d.h. er wird in seine zu untersuchenden Bestandteile zerlegt, denen nachfolgend einzelne Kategorien zugeordnet werden.

Das Kategoriensystem wird stets im Voraus erarbeitet und basiert auf einer umfangreichen Aufarbeitung der jeweiligen Forschungsfrage (vgl. Kromrey 1980, S. 165). Es besteht aus Kategorienreihen, d.h. Oberkategorien mit Unterkategorien als Merkmalsausprägungen. Kategoriensysteme sind immer selektiv im Hinblick auf das Forschungsziel. Sie dienen nicht zur Erfassung aller Textbestandteile, sondern zur Auswahl und Klassifikation der interessierenden Teile (vgl. Kromrey 1980, S. 170 f.; Schnell/Hill/Esler 2005, S. 409 f.). Sowohl an den Aufbau von Kategoriensystemen, als auch an die Auswahl und Gestaltung der einzelnen Ober- und Unterkategorien werden formale Anforderungen (Eindeutigkeit, Ausschließlichkeit, Vollständigkeit) gestellt, deren Erläuterung in Unterkapitel 4.4.1 erfolgt. Anstelle von Kategoriensystemen wird in der vorliegenden Arbeit von Indikatorensystemen gesprochen, da dieser Terminus im Gesundheitswesen, wie in der Pflege, gebräuchlicher ist.

In der empirischen Sozialforschung existieren eine Reihe von quantitativen und qualitativen Methoden der Inhaltsanalyse mit jeweils unterschiedlichen Vorgehensweisen, Techniken und Absichten. Sie zielen jedoch sämtlich auf eine möglichst objektive und nachvollziehbare Analyse von Texten oder anderen Materialien. Im Idealfall sollte eine Inhaltsanalyse als empirische Untersuchungsmethode folgende Phasen durchlaufen (vgl. Atteslander 2003, S. 235; Diekmann 1998, S. 166 f.; Kromrey 1980, S. 173 ff.; Schnell/Hill/Esler 2005, S. 409 f.):

- Formulierung und Präzisierung des Forschungsproblems: Festlegung des Analyseziels aufbauend auf der Strukturierung des Objektbereichs und der Operationalisierung der Begrifflichkeiten,
- Planung und Vorbereitung der Erhebung,
- Festlegung des Analyseobjekts: Wahl der Art oder der Klasse von Texten, die im Hinblick auf eine Fragestellung analysiert werden sollen,
- Auswahl des Analysegegenstands: Eingrenzung der Stichprobe oder Teilgesamtheit der Texte anhand Regionalität, Zeit, Periodizität, Quelle, inhaltlicher Gesichtspunkte etc.,
- Definition der Zähleinheiten,
- Entwicklung und Test des Indikatorensystems,
- Datenerhebung (Vercodung): Zuordnung der Zähleinheiten zu den einzelnen Indikatoren durch einen Vercoder,
- Verarbeitung und Analyse des codierten Materials sowie
- Berichterstellung.

Bei einer quantitativen Inhaltsanalyse geht es in der Regel um Texteinheiten, wie Worte, Sätze, Wortgruppen etc., die gezählt und mit mathematisch-statistischen Analysetechniken ausgewertet werden. Je nach Messniveau erfolgen an dieser Stelle Häufigkeitsauszählungen, Korrelations-, Regressionsanalysen oder kommen Verfahren der multivariaten Statistik zum Einsatz (vgl. Kromrey 1980, S. 174 ff.). Diese Vorgehensweise ist auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit nicht anwendbar. Es werden keine Zähleinheiten definiert und die Inhaltsanalyse erfolgt qualitativ, d.h. die interessierenden Textstellen werden identifiziert, deskriptiv analysiert und interpretiert, ohne dass es zu einer mathematischen Auswertung kommt (vgl. Lamnek 2005, S. 209 ff).

Generell sollten während der Inhaltsanalyse stets die Zuverlässigkeit und die Gültigkeit der Methode beachtet werden. Zuverlässigkeit und Gültigkeit werden maßgeblich durch die Vercodung bzw. durch das Indikatorensystem beeinflusst (vgl. Kromrey 1980, S. 176).

Die Zuordnung der Textbestandteile ist grundsätzlich subjektiv-interpretierend, da sie von der Auffassung, dem Sprachgefühl und der subjektiven Einstellung des Vercoders abhängt. Es kann folglich bei unterschiedlichen Personen zu ungleichen Zuordnungsergebnissen kommen. Diese so genannte Intercoder-Reliabilität – Verlässlichkeit der Wiederholung – lässt sich durch eine Kontrollvercodung überprüfen. Hierfür vercodet eine zweite Person dasselbe Material und die Ergebnisse werden miteinander verglichen. Der Abweichungsgrad der Ergebnisse ist eine Maßzahl für die Zuverlässigkeit.

Zuverlässigkeitsprobleme ergeben sich jedoch auch, wenn nur eine Person die Vercodung vornimmt. Da sich die Vercodung in der Regel über einen längeren Zeitraum erstreckt, können die Ergebnisse auch bei einem einzigen Verncoder aufgrund von Fehlern, Unachtsamkeit oder Ermüdungs- und Lernprozessen unterschiedlich ausfallen. Hierfür wird der Begriff der Intracoder-Reliabilität – Verlässlichkeit der Stabilität – verwendet (vgl. Kromrey 1980, S. 176; Schnell/Hill/Esser 2005, S. 412 f.). Weiterhin bedingt die Qualität des verfügbaren Indikatorensystems die Zuverlässigkeit der Inhaltsanalyse. Aus diesem Grund sollte das Indikatorensystem durch einen Pretest auf seine Anwendbarkeit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden (vgl. Atteslander 2003, S. 235). Falls während der Vercodung Schwachstellen, wie unklare Benennungen der Indikatoren etc., entdeckt werden, ist das System fortwährend abzuändern.

Im Hinblick auf die Gültigkeit ist stets zu überprüfen, ob das angewandte Indikatorensystem der Beantwortung der Forschungsfrage dient, d.h. ob die Messergebnisse ausdrücken, was sie besagen sollen, und gültig sind (vgl. Kromrey 1980, S. 176 f.; Schnell/Hill/Esser 2005, S. 411).

5.1.2 Analyseziel und -gegenstand

Mit Hilfe einer empirischen Inhaltsanalyse soll untersucht werden, inwieweit die Vertragslandschaft der vollstationären Pflege einen Beitrag zur Gestaltung, Lenkung und Überwachung von Pflegequalität leistet. Hierfür wird analysiert, welche Aspekte der Pflegequalität die einzelnen Verträge inhaltlich erfassen.

Untersuchungsgegenstand ist die Vertragslandschaft der vollstationären Pflege (vgl. Abb. 5-1). Aus dem in Unterkapitel 3.3 beschriebenen Vertragssystem der Pflege werden diejenigen Vertragsarten ausgewählt, die für Pflegeheime spezifisch sind und dort wesentliche Bedeutung für die Erbringung der Pflegeleistung und der pflegenahen Leistungen haben. Die Nummerierung der Vertragsarten entspricht den im Unterkapitel 3.3.1 vergebenen Ziffern.

Im Rahmen der nachfolgenden empirischen Inhaltsanalyse werden neun Vertragsarten bzw. insgesamt 17 Vertragsbeispiele (vgl. Tab. 5-1) untersucht. Datenbasis sind Vertragsbeispiele aus zwei Pflegeheimen in Friedrichshafen (Bodenseekreis, Baden-Württemberg), die dazugehörigen Rahmenverträge des Landes Baden-Württemberg und die bundesweit gültigen Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI. Es handelt sich bei den Vertragsarten um sechs einrichtungsspezifische Individualverträge und drei Kollektivverträge.

Die Individualverträge werden von einem kirchlichen Einrichtungsträger (Pflegeheim A) und einem kommunalen Einrichtungsträger (Pflegeheim B) für die Analyse zur Verfü-

gung gestellt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt mit Zustimmung der Träger. Die kollektiven Regelwerke (Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI, Landes-Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI, Landes-Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII bzw. § 93d BSHG) sind offiziell veröffentlicht und allgemein zugänglich.

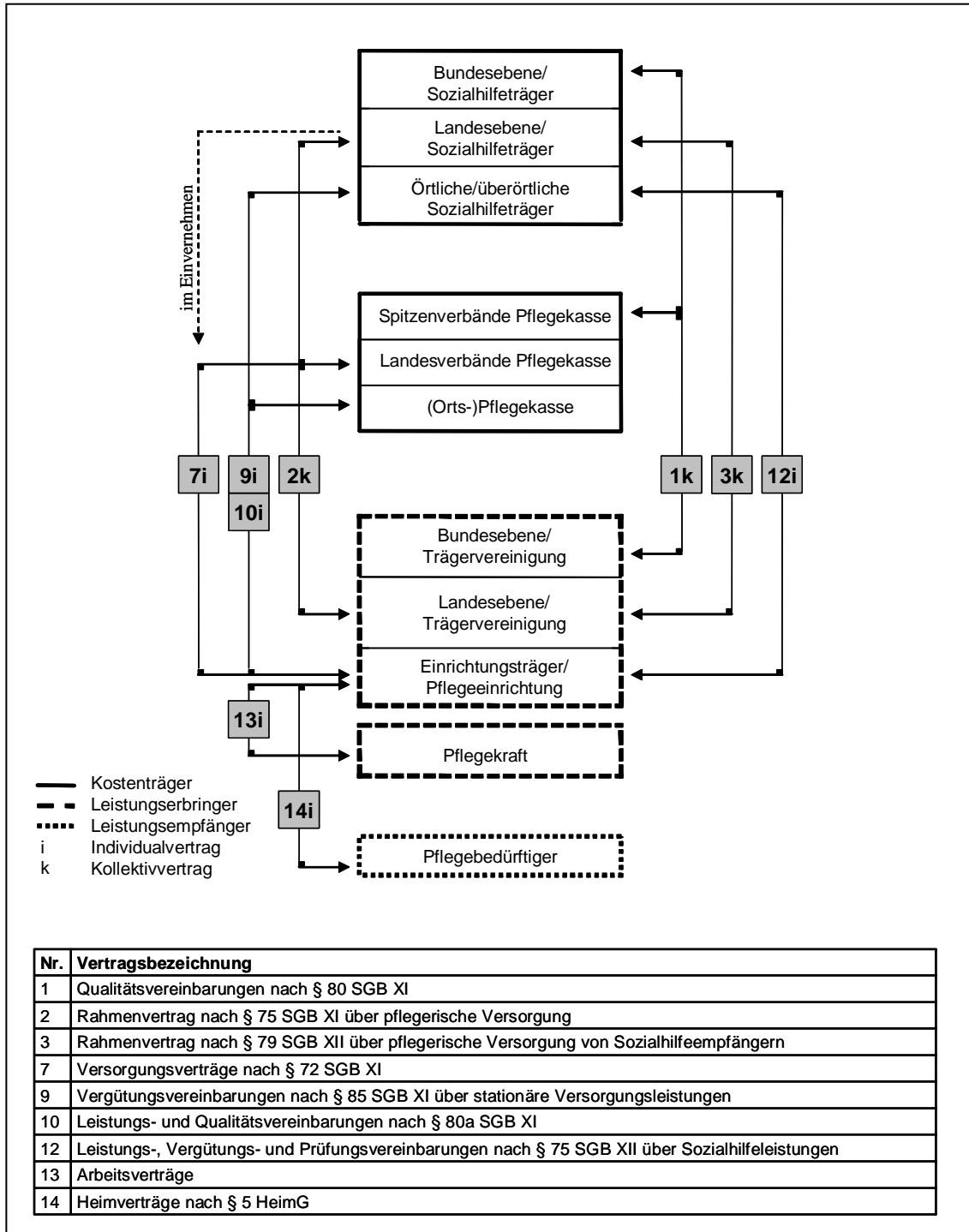


Abbildung 5-1 Analysegegenstand: Vertragslandschaft der vollstationären Pflege

(Quelle: eigene Darstellung)

Tabelle 5-1 Analysegegenstand: ausgewählte Vertragsbeispiele der vollstationären Pflege

i = Individualvertrag
k = Kollektivvertrag

Nr.	Einsatzbereich	Vertragsbeispiele der vollstationären Pflege
1	k	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996
2	k	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996, in der Fassung vom 9. Juli 2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11. September 2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12. September 2002
3	k	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenvertrag nach § 93d Abs. 2 BSHG zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG für Baden-Württemberg für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen vom 15. Dezember 1998, in der Fassung vom 25. Juni 2003
7	i	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 1. Dezember 2002 • Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 21. November 1999
9	i	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach §§ 80a und 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Mai 2004¹⁵ • Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege nach § 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 9. Dezember 2004
10	i	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach §§ 80a und 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Mai 2004¹⁴ • Leistungs- und Qualitätsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach § 80a SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 7. Oktober 2003
12	i	<ul style="list-style-type: none"> • Vergütungsvereinbarung für abrechenbare Investitionsaufwendungen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 17. Juli 2002 • Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Juni 2004 • Vergütungsvereinbarung für abrechenbare Investitionsaufwendungen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim B vom 24. Februar 1999 in der Fassung vom 26. April 2007 • Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim B vom 8. Oktober 2003
13	i	<ul style="list-style-type: none"> • Muster-Arbeitsvertrag des Trägers von Pflegeheim A, Stand: 29. August 2006 • Muster-Arbeitsvertrag des Trägers von Pflegeheim B, Stand: 15. August 2006.
14	i	<ul style="list-style-type: none"> • Muster-Heimvertrag des Trägers von Pflegeheim A, Stand: 24. Juni 2006 • Muster-Heimvertrag des Trägers von Pflegeheim B, Stand: April 2006

(Quelle: eigene Darstellung)

¹⁵ Für das Pflegeheim B sind die Inhalte einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI und die Inhalte einer Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI in einen Vertrag integriert worden. Der Vertrag besteht aus zwei Teilen: Der erste Teil entspricht der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung und der zweite Teil enthält die Vergütungsvereinbarungen. Die Vertragsteile werden bei der vorliegenden Untersuchung separat analysiert und ausgewertet.

Von der Analyse werden vier Vertragsarten der Vertragslandschaft der stationären Pflege aus folgenden Gründen ausgegrenzt:

- Tarifverträge und Arbeitsrichtlinien (vgl. Kap. 3.3.3.6): Die Vertragsarten finden nicht in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen Anwendung. Beispielsweise ist der Abschluss von Tarifverträgen für Arbeitsverhältnisse in Einrichtungen mit privaterwerbswirtschaftlicher Trägerschaft nicht verbindlich und Arbeitsvertragsrichtlinien kommen nur bei Einrichtungen mit kirchlichen Trägern zum Einsatz. Es lassen sich folglich keine Schlussfolgerungen für das gesamte System der vollstationären Pflege ziehen.
- Versicherungsverträge (vgl. Kap. 3.3.4.10): Der Pflegeversicherungsvertrag ist eng mit dem Krankenversicherungsvertrag gekoppelt und beruht auf den Inhalten des SGB V und SGB XI. Für die Analyse und Diskussion dieser Vertragsart müssten folglich weite Teile der Gesetzestexte analysiert und interpretiert werden. Für den Untersuchungszweck dürften sich hieraus keine weiteren Erkenntnisse ergeben.
- Kooperationsverträge (vgl. Kap. 3.3.4.11): Der Vertragsabschluss ist für die Pflegeheime fakultativ, d.h. es kann in der Praxis auch Pflegeheime geben, die keine vertraglichen Beziehungen zu anderen Leistungserbringern unterhalten. Zudem existieren – bedingt durch unterschiedliche Regelungsgegenstände, Vertragsziele und -bedingungen – große inhaltliche Differenzen zwischen den Kooperationsverträgen. Allgemeingültige Schlüsse können daher nur schwer abgeleitet werden.
- Verträge der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V (vgl. Kap. 3.3.4.12): Der Abschluss dieser Verträge ist für Pflegeheime fakultativ und wenig verbreitet. Zudem sind die derzeit bestehenden Verträge sehr individuell gestaltet. Dies resultiert aus unterschiedlichen landesspezifischen Vorgaben und dem Fehlen von Empfehlungen oder Musterverträgen auf Bundesebene. Es können somit keine Schlussfolgerungen gezogen werden, die für das gesamte vollstationäre Pflegesystem Gültigkeit besitzen.

5.1.3 Datenerhebung

Für die Inhaltsanalyse steht ein Indikatorensystem zur Verfügung, welches explizit für die Beantwortung der Forschungsfrage bzw. die Realisierung des Analyseziels konzipiert ist. Es basiert auf dem im Unterkapitel 4.5.3 erarbeiteten Indikatorensystem sowie einem Pretest und anschließender Überarbeitung.

Analysegegenstand des Pretests sind zwei Verträge. Die Vercodung der Vertragsbeispiele erfolgt – jeweils unabhängig voneinander – von zwei Testpersonen und der Autorin. Die Testpersonen erhielten hierzu eine Einweisung in das Thema der Arbeit und die Vorgehensweise der Inhaltsanalyse. Die Ergebnisse dieser Testanalysen wurden danach den Analyseergebnissen der Autorin gegenübergestellt und waren größtenteils

identisch. Unterschiede ergaben sich vor allem aufgrund undeutlicher Benennungen der einzelnen Indikatorenbereiche. Aufgrund der Differenzen wurden diese klarer und eindeutiger formuliert.

Die Vercodung der Verträge erfolgt einzeln und nur durch die Autorin. Die einzelnen Vertragsbeispiele werden hierzu jeweils mehrmals gelesen. In der ersten Stufe erfolgt eine grobe Auswahl von qualitätsrelevanten Abschnitten. Beim zweiten Durchlesen werden die markierten Abschnitte des Vertrags den Dimensionen, Teildimensionen und Bereichen des Indikatorensystems zugeordnet. Nicht spontan und eindeutig zuzuordnende Textstellen werden noch weitere Male – gegebenenfalls in einem gewissen zeitlichen Abstand – gelesen und vercodet.

Im nächsten Schritt erfolgt die Übertragung dieser Rohdaten in ein Codierblatt. Das mit dem Microsoft-Programm Excel erstellte Codierblatt dient der Zuordnung der ausgewählten Vertragsbausteine zu den Indikatorenbereichen des Indikatorensystems. Für jeden Indikatorenbereich wird erfasst, ob und an welchen Stellen er in den Vertragsbeispielen thematisiert wird. Dies geschieht unter Anwendung einer nominalen Skalierung, die zwischen „ja/Indikatorenbereich erwähnt“ oder „nein/Indikatorenbereich nicht erwähnt“ unterscheidet. Jeder in einem Vertrag erwähnte Indikatorenbereich wird markiert. In einer weiteren Spalte werden die Paragraphen, Abschnitte, Überschriften etc. der entsprechenden Vertragspassagen notiert und erläuternde Inhalte hinzugefügt.

Auch während der Datenerhebung erfolgt die Weiterentwicklung des Indikatorensystems. Es werden sowohl Benennungen überarbeitet, als auch neue Indikatorenbereiche aufgenommen. Mit jeder Änderung wird überprüft, ob sie Auswirkungen auf bereits durchgeführte Analysen hat. Hinterher werden diese gegebenenfalls angepasst.

Abschließend wird kontrolliert, bei welchen der herausgefilterten Angaben es sich tatsächlich um neue Inhalte handelt, die nicht schon in übergeordneten Regelwerken (z.B. Inhalte des SGB XI, SGB XII) verbindlich festgelegt sind und nicht weiter spezifiziert werden. Die Wiederholungen sind entsprechend gekennzeichnet (siehe Anhang A).

Das Vorgehen der Analyse und die Übertragung der Rohdaten erfolgt in Anlehnung an die inhaltsanalytische Auswertung von Claus Mühlfeld. In einem mehrstufigen Verfahren werden relevante (Problem-)Bereiche ausgewählt. Nur diese Teile sind Gegenstand der nachgeschalteten Interpretation. Die Auswertung erfolgt sachlich und deskriptiv. Sie bezieht sich hauptsächlich auf die Textinhalte und weniger auf Vermutungen über die Umgebungsbedingungen und -situationen außerhalb des Analysegegenstands (vgl. Lamnek 2005, S. 209 ff.).

Probleme bei der Codierung der Vertragsbausteine haben ihren Ursprung in den Unzulänglichkeiten des Modells nach Avedis Donabedian (1966) (vgl. Kap. 4.4.1.4) und auch die Untergliederung der Dimensionen in die Ebenen der Leistungswirtschaft, der Sozialwirtschaft und der Geldwirtschaft birgt definitorische Zuordnungsprobleme.

Durch detaillierte Festlegungen, was im Rahmen der vorliegenden Arbeit unter den Dimensionen, Ebenen und Unterebenen zu verstehen ist, erfolgt eine Minimierung der Abgrenzungsprobleme (vgl. Kap. 4.5.3). Dennoch verbleibende Einordnungsschwierigkeiten werden wie folgt gehandhabt:

- Abgrenzung zwischen Potenzialindikatoren zur Gestaltung der Ablauforganisation und Prozessindikatoren zur Lenkung der Prozesse: Sofern die Vertragsbeispiele Vorgaben zum Einsatz bestimmter Verfahren machen, beinhalten sie in der Regel zugleich auch genaue Bestimmungen, wie diese aussehen sollten. Beispielsweise fordert der Absatz 3.2.5 der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996, dass die Dienstplanung „bewohnerorientiert nach den Notwendigkeiten einer ausreichenden und zweckmäßigen Pflege durch die verantwortliche Pflegefachkraft vorgenommen“ wird. Derartige Vertragsvorgaben lassen sich nicht eindeutig einem Indikatorenbereich zuordnen. Einerseits wird festgelegt, dass die Dienstplanung als Verfahren der Einsatzorganisation angewandt werden soll, und die Passage kann somit als Potenzialindikator zur Gestaltung der Ablauforganisation codiert werden. Andererseits erfolgt jedoch eine Spezifizierung, wie Dienstplanung anzuwenden ist, und die Textpassage kann folglich auch dem Bereich der Prozessindikatoren zur Lenkung der Prozesse zugeordnet werden. Diese Problematik betrifft alle drei Ebenen, da Verträge sowohl Verfahren der Leistungswirtschaft als auch der Sozial- und Geldwirtschaft regeln. Die betreffenden Vertragspassagen werden folglich sowohl als Potenzialindikator (Gestaltung der Organisation/Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren) als auch als Prozessindikator (Existenz und Umsetzung von Verfahrensanweisungen) markiert.
- Abgrenzung zwischen Prozessindikatoren der leistungswirtschaftlichen Ebene zur Lenkung des Pflegeprozesses und Prozessindikatoren der sozialwirtschaftlichen Ebene zur Lenkung des Mitarbeiterverhaltens: Vertragliche Vorgaben zu den Ausführungstätigkeiten innerhalb des Pflegeprozesses enthalten zugleich Anforderungen an das Verhalten der Mitarbeiter (z.B. Beachtung der persönlichen Gewohnheiten und der Intimsphäre bei der Körperpflege) als auch an die Handlung der pflegerischen Leistungserbringung. Bei der Codierung werden die entsprechenden Textpassagen beiden Indikatorenbereichen zugeordnet.

5.1.4 Ergebnisdarstellung und -evaluation

Das Unterkapitel 5.2 stellt die Ergebnisse der einzelnen Vertragsanalysen dar. Die zugrunde liegenden detaillierten Vertragsanalysen sind in Anhang A einzusehen. Gegenstand der Ergebnisdarstellung sind nur diejenigen Passagen der Verträge, die auch wirklich neue pflegequalitätsrelevante Regelungen enthalten. Ausschnitte, die Inhalte übergeordneter Regelwerke zitieren bzw. für den Anwender verständlicher formulieren, aber keine Neuerungen oder Spezifizierungen enthalten, werden nicht beachtet. Dies betrifft insbesondere Versorgungsverträge und Heimverträge (siehe Anhang A 4 u. A 9), die für eine bessere Verständlichkeit beispielsweise die Inhalte der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und des Landes-Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI aufgreifen und z.T. wörtlich übernehmen.

Eine zusammenfassende Beurteilung der Untersuchungsergebnisse erfolgt im Unterkapitel 5.3. Das Kapitel enthält eine Evaluation der Untersuchungsergebnisse, eine kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens und erörtert, ob die Untersuchungsergebnisse auf die gesamte stationäre Vertragslandschaft sowie auf die ambulante Vertragslandschaft der Pflege übertragbar sind.

5.2 Untersuchungsergebnisse

5.2.1 Kollektivverträge

5.2.1.1 *Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen*

Die nachstehende Abbildung 5-2 zeigt auf, dass in den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen Indikatorenbereiche aller drei Qualitätsdimensionen und aller drei Ebenen thematisiert werden. Die Qualitätsvereinbarungen beschäftigen sich als einzige Vertragsart mit der Ergebnisqualität.

Nachfolgend wird eine zusammenfassende Übersicht der Vertragsinhalte gegeben, die den Indikatorenbereichen zu zuweisen sind. Die detaillierte Zuordnung der jeweiligen Vertragspassagen zu den einzelnen Indikatorenbereichen des Indikatorensystems ist in Anhang A 1 einzusehen.

(✓) Markierter Indikatorenbereich wird im Vertrag thematisiert.
 () Nicht markierter Indikatorenbereich wird im Vertrag nicht thematisiert.

Potenzialqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Leistungswirtschaftliche Ebene		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele ✓ Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lenkung des Pflegeprozesses ✓ Lenkung der pflegenahen Prozesse ✓ Lenkung der externen Schnittstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Überwachung der Pflegeergebnisse/ Wirkungen ✓ Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/ Wirkungen
Sozialwirtschaftliche Ebene		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele ✓ Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lenkung der Mitarbeiter ✓ Lenkung der Bewohner 	<ul style="list-style-type: none"> Überwachung der Mitarbeiter ✓ Überwachung der Bewohner
Geldwirtschaftliche Ebene		
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> Lenkung der Geldströme Lenkung der externen Schnittstellen 	<ul style="list-style-type: none"> Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs

Datenbasis: Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996.

Abbildung 5-2 Analyseergebnis der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

(Quelle: eigene Darstellung)

Inhaltlich liegt der Schwerpunkt der vertraglichen Vorgaben auf der Potenzialqualität. Vorgaben existieren dort insbesondere für den Bereich der leistungswirtschaftlichen Ebene.

Im Bereich der Leistungswirtschaft werden sowohl Anforderungen an die Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation sowie an die Organisation externer Schnittstellen festgelegt. Hinsichtlich der Aufbauorganisation wird die Funktion der verantwortlichen Pflegekraft definiert. So muss die pflegerische Leistungserbringung stets unter der Verantwortung und Aufsicht einer Pflegekraft erfolgen. Diverse Verfahren zur Steuerung der Pflegeleistung und der pflegenahen Leistungen sind verbindlich vorgegeben und greifen gestaltend in die Ablauforganisation ein. Gefordert wird beispielsweise die Leistungserbringung nach einem strukturierten Pflegeprozess, der innerhalb der Pflegekonzeption zu beschreiben ist. Bestandteile sind die Vorbereitung des Einzugs, die Pflegeplanung und die Dokumentation des Leistungsgeschehens. Auch für den Bereich der pflegenahen Leistungen existieren Vorgaben für einzusetzende Verfahren, wie die altersgerechte und abwechslungsreiche Planung des Verpflegungsangebots.

Zudem sollen sowohl für die Pflege als auch für die Versorgung Maßnahmen zu Sicherung der Struktur/Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität etabliert werden. Vorschläge hierfür sind Qualitätszirkel, Assessmentrunden, Verfahrensstandards und die Teilnahme an Qualitätskonferenzen. Weiterhin unterliegen auch Rahmenbedingungen für die Kooperation und Vernetzung mit externen Organisationen einer Regelung. Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags wird den Pflegeheimen explizit die Kooperation mit anderen Leistungserbringern erlaubt; bei pflegerischen Leistungen darf allerdings nur mit zugelassenen Leistungserbringern zusammengearbeitet werden. Außerdem sind sie zur Zusammenarbeit mit weiteren externen Institutionen, wie MDK, Ärzten, Krankenhäusern etc. zur Unterstützung ärztlicher, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen aufgerufen.

Vorgaben existieren auch für die Gestaltung der Leistungsziele. Die Einrichtungen sollen Pflege und Versorgung der Bewohner sicherstellen, wobei die Leistungserbringung bedarfsgerecht, flexibel und fachlich kompetent nach wissenschaftlich fundierten Kenntnissen erfolgen soll. Die Leistungsziele sind schriftlich festzulegen.

Durch die Beschreibung räumlicher Rahmenbedingungen werden außerdem relevante Elementarfaktoren gestaltet. Pflegeheime sollen z.B. bei der Gestaltung der Wohnräume auf Wohnlichkeit und Privatheit achten und das Mitbringen persönlicher Gegenstände, wie Möbel oder Wäsche, ermöglichen.

Die Gestaltung der Sozialwirtschaft erfolgt durch Vorgaben zu Organisation, Zielen und relevanten Elementarfaktoren. Hinsichtlich der Aufbauorganisation werden der Funktion der verantwortlichen Pflegekraft diverse Aufgaben zugeordnet, beispielsweise ist sie verantwortlich für Dienstplanungen und Dienstbesprechungen. Auch in die Ablauforganisation wird durch die Vorgabe verschiedener Verfahren, die das Handeln und Verhalten von Mitarbeitern und Bewohnern steuern, eingegriffen. So ist z.B. die Etablierung von mitarbeiterorientierten Verfahren, wie Dienstplanungen, Dienstbesprechungen oder Fort- und Weiterbildungen etc. verbindlich. Zudem sind Pflegeheime verpflichtet, den Bewohner und seine Angehörigen in die Pflegeplanung mit einzubeziehen.

Weiterhin fordern die Qualitätsvereinbarungen eine bewohnerorientierte Gestaltung von Pflege und Versorgung und definieren somit sozialwirtschaftliche Ziele. Pflegeheime sind angehalten, auf ein Vertrauensverhältnis zwischen Bewohnern und Mitarbeitern hinzuwirken sowie eine menschenwürdige Lebensqualität und Zufriedenheit der Heimbewohner sicherzustellen.

Durch die Definition von Anforderungen an die personelle Ausstattung werden auch sozialwirtschaftliche Elementarfaktoren festgelegt. Pflegefachkräfte müssen eine Ausbildung als Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkran-

kenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger vorweisen und über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie über Weiterbildungsmaßnahmen für leitende Funktionen verfügen. Daneben müssen die Pflegekräfte hauptberuflich in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung tätig sein.

In die Gestaltung der geldwirtschaftlichen Einrichtungsziele wird nur in geringem Maß eingegriffen. Lediglich die Forderung nach einer schriftlichen Außendarstellung mit Angabe von Pflegesätzen, Preisen für Unterkunft und Verpflegung sowie Höhe der abrechenbaren Investitionskosten kann diesem Bereich zugeordnet werden.

Bei den Anforderungen an die Prozessqualität ist darauf hinzuweisen, dass die genannten Vertragspassagen auch der Potenzialqualität zugeordnet werden (vgl. Kap. 5.1.3). Die Abschnitte legen zugleich gestaltende Rahmenbedingungen fest und definieren detaillierte Vorgaben für einzelne Ausführungstätigkeiten der pflegerischen Leistungserbringung. Die prozessqualitätsrelevanten Regelungen beziehen sich auf die Leistungs- und die Sozialwirtschaft, wobei der Schwerpunkt auf der erstgenannten Ebene liegt.

Leistungswirtschaftliche Vorgaben betreffen vor allem die Lenkung des Pflegeprozesses. Hierfür werden Prozessschritte wie die Vorbereitung des Einzugs, die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation spezifiziert und in Ausführungstätigkeiten aufgliedert. Beispielsweise ist der Umzug in das Pflegeheim gemeinsam mit dem zukünftigen Bewohner und seinen Angehörigen vorzubereiten. Die Planung der Pflegemaßnahmen und -ziele soll individuell unter Einbezug der Informationen des Bewohners und anderer beteiligter Personen erfolgen. Sie ist kontinuierlich zu aktualisieren und an die Entwicklung des Bewohners anzupassen. Die Pflegedokumentation muss sach-/fachgerecht und kontinuierlich geführt werden. Sie orientiert sich am Leistungsgeschehen und dem Pflegeprozess. Verantwortlich für die Dokumentation ist die Pflegefachkraft.

Die Inhalte zur Anwendung qualitätssichernder Maßnahmen dienen der Lenkung des Pflegeprozesses und der pflegenahen Prozesse. Für beide Leistungsbereiche sollen Verfahrensanweisungen eingesetzt und ständig optimiert werden.

Weiterhin sind die Pflegeheime aufgefordert, die Bewohner bei der Inanspruchnahme von Leistungen externer Institutionen, wie z.B. Ärzte oder Rehabilitationszentren, zu fördern und diese externen Schnittstellen abzustimmen. Eine Abstimmung muss ebenso bei der Kooperation mit anderen Leistungserbringern erfolgen. Sofern eine Pflegeeinrichtung Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, verbleibt die Verantwortung für Leistung und Qualität stets bei der auftraggebenden Einrichtung.

Der sozialwirtschaftlichen Ebene können Ausführungstätigkeiten zugeordnet werden, die der Lenkung der Mitarbeiter und der Bewohner dienen. Hierzu zählen z.B. Regelungen zur funktions- und aufgabenbezogenen Weiterbildung, zur Einsatzorganisation durch Dienstplanung und Dienstbesprechungen und zu grundsätzlichen Anweisungen zum Verhalten der Mitarbeiter gegenüber Bewohnern. In diesen Grundsätzen sollten die Beachtung der Biografie und die bisherigen Lebensgewohnheiten erwähnt werden. Zudem sind Bewohner und gegebenenfalls Angehörige, Freunde und Bekannte an Entscheidungsprozessen im Heim zu beteiligen. Hierfür sollen die genannten Personengruppen in die Pflegeplanung und in Gespräche über Pflegeergebnisse einbezogen werden.

Als einzige Vertragsart enthalten die Qualitätsvereinbarungen auch Bestimmungen zur Ergebnisqualität, d.h. zur Überwachung der Ergebnisse und Wirkungen vorangegangener Aktivitäten. Die beschriebenen Maßstäbe beziehen sich hauptsächlich auf Ergebnisse, die am Befinden der Bewohner oder aus der vorliegenden Dokumentation ersichtlich werden. Sie lassen sich der Leistungs- und der Sozialwirtschaft zuordnen.

Vorgaben zur Überwachung der leistungswirtschaftlichen Ebene beziehen sich auf Ergebnisse und Wirkungen der erbrachten Pflegeleistungen. So sind Pflegeheime verpflichtet, die Ergebnisse von Pflege und Versorgung regelmäßig zu überprüfen und zu dokumentieren. Hierbei sollen sie insbesondere die individuellen Fähigkeiten, wie Selbstpflegefähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und Orientierungsfähigkeit fokussieren. Neben diesen Pflegeergebnissen sind auch die Ergebnisse der pflegenahen Leistungserbringung zu kontrollieren.

Die Vorgaben zur sozialwirtschaftlichen Ebene fordern Pflegeheime zur Überwachung des Bewohnerhandelns und -verhaltens auf. Es gilt, den Zufriedenheitsgrad, das Ausmaß der Berücksichtigung von individuellen Bewohnerwünschen/-bedürfnissen sowie das Verhalten der Bewohner im Heimalltag zu beobachten. Letzteres sollte durch die Auswertung der Möglichkeiten zur Teilnahme am sozialen Umfeld und an Wahl- und Mitspracherechten überprüft werden.

5.2.1.2 *Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über vollstationäre pflegerische Versorgung*

Über den Rahmenvertrag für Baden-Württemberg nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege werden Anforderungen an die Potenzial- und Prozessqualität definiert. Die Vorgaben beziehen sich jeweils auf die leistungs-, sozial- und geldwirtschaftliche Ebene (vgl. Abb. 5-3). Die Vertragsinhalte spezifizieren gesetzliche Vorgaben des SGB XI und die bundesweit gültigen Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI.

Nachfolgend werden die wichtigsten Analyseergebnisse beschrieben. Die ausführlichen Resultate der Untersuchung sind in Anhang A 2 einzusehen.

(✓) Markierter Indikatorenbereich wird im Vertrag thematisiert.
() Nicht markierter Indikatorenbereich wird im Vertrag nicht thematisiert.

Potenzialqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Leistungswirtschaftliche Ebene		
✓ Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	✓ Lenkung des Pflegeprozesses Lenkung der pflegenahen Prozesse ✓ Lenkung der externen Schnittstellen	Überwachung der Pflegeergebnisse/ Wirkungen Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/ Wirkungen
Sozialwirtschaftliche Ebene		
✓ Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele ✓ Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	✓ Lenkung der Mitarbeiter ✓ Lenkung der Bewohner	Überwachung der Mitarbeiter Überwachung der Bewohner
Geldwirtschaftliche Ebene		
✓ Gestaltung der Organisation Gestaltung der Ziele Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren	✓ Lenkung der Geldströme ✓ Lenkung der externen Schnittstellen	Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs

Datenbasis: Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996, in der Fassung vom 9. Juli 2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11. September 2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12. September 2002.

Abbildung 5-3 Analyseergebnis des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI über die vollstationäre pflegerische Versorgung für das Land Baden-Württemberg

(Quelle: eigene Darstellung)

Die Anforderungen an die Potenzialqualität betreffen die Leistungs-, Sozial- und Geldwirtschaft der Pflegeheime.

Organisatorische Regelungen und Vorgaben zu Leistungszielen definieren bedeutende Rahmenbedingungen der Leistungswirtschaft.

Durch den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI wird explizit bestimmt, dass der Pflegeheimträger im Rahmen seiner Organisationsgewalt für die Regelung der Verantwortungsbereiche und für die sachgerechte Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation verantwortlich ist. Im Hinblick auf die Auswahl der Verfahren der Ablauforganisation verweist der Vertrag auf die Anwendungsmöglichkeit verschiedener Hilfeformen wie Unterstützung, Beaufsichtigung oder Anleitung. Zudem sind Pflegeheime aufgefordert, Pflegehilfsmittel, technische Hilfen und ein Pflegedokumentationssystem einzusetzen. Außerdem wird durch die Beschreibung externer Schnittstellen zwischen Pfl-

geheim und Ärzten, Therapeuten, MDK, Pflegekasse etc. der Leistungsfluss sichergestellt und gestaltet.

In Anlehnung an die Beschreibung der Pflegeleistungen des § 14 Abs. 4 SGB XI spezifiziert der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI die Leistungsinhalte von Pflege, sozialer Betreuung, medizinischer Behandlungspflege, Unterkunft, Verpflegung und von Hilfsmitteln und definiert somit Leistungsziele.

Die Gestaltung der Sozialwirtschaft erfolgt durch Vorgaben zu Ablauforganisation, Zielen und relevanten Elementarfaktoren. Die Bestimmungen hinsichtlich der Ablauforganisation beziehen sich auf Verfahren zur Steuerung des Mitarbeiter-/Bewohnerhandelns und -verhaltens. Beispielsweise ist vorgeschrieben, dass Pflegeheime alle Personaleinsätze planen und nachweisen müssen.

Vorgaben existieren auch für die Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ziele. So implizieren die Leistungsbeschreibungen diverse Aspekte, die die Pflegeheime zur Bewohnerorientierung verpflichten, z.B. werden die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Gewohnheiten sowie die Anregung zur Selbstständigkeit gefordert.

Weiterhin werden durch die Beschreibung von infrastruktur- und mitarbeiterbezogenen Potenzialen relevante Elementarfaktoren gestaltet. Pflegeheime sollen hiernach ihrem Personal die für Pflege und Versorgung der Heimbewohner erforderlichen Arbeitshilfen bereitstellen. Zudem sind Regelungen zur quantitativen und qualitativen Personalausstattung enthalten, indem Bandbreiten für die Personalrichtwerte Pflege, Pflege/Demenz, Hauswirtschaft/Technik, Leitung/Verwaltung bestimmt werden. Weiterhin wird gefordert, dass mindestens 50 Prozent des Personals in der Pflege und Betreuung Fachkräfte im Sinne der Heimpersonalverordnung sein müssen. Auch sollte der Anteil der Pflegeleistungen, die durch geringfügig Beschäftigte erbracht werden, bei maximal 20 Prozent liegen.

Ebenfalls werden die Ströme der Geldwirtschaft durch organisatorische Regelungen gestaltet. Vorgaben zur Etablierung interner Verfahren zu Abrechnung, Zahlungsweise, Vergütung bei Abwesenheit etc. greifen gestaltend in die Ablauforganisation ein. Weiterhin definiert der Rahmenvertrag die Schnittstellen zwischen Pflegeheimen und Pflegekassen. Hierbei werden sowohl der Austausch der Geldmittel durch die Festlegung von Abrechnungs- und Zahlungsverfahren sichergestellt als auch Rahmenbedingungen für die Überwachung der Geldströme durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Pflegekassen in den Heimen bestimmt.

Der hohe Detaillierungsgrad impliziert, dass sich der Vertrag direkt auf die Ausführungstätigkeiten der Vertragspartner auswirkt und der Lenkung der Prozessqualität

dient. Es existieren Vertragsinhalte zu nahezu allen Indikatorenbereichen der leistungs-, sozial- und geldwirtschaftlichen Ebenen.

Für den Bereich der Leistungswirtschaft werden Anforderungen an die Lenkung des Pflegeprozesses und der externen Schnittstellen definiert. Durch die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI sind die Pflegeheime zur Vorhaltung eines Pflegedokumentationssystems verpflichtet. Hierauf aufbauend fordert der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI, dass aus den Unterlagen jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein muss. Dokumentationsbestandteile sind Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegeberichte sowie Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln und Leistungsnachweise über durchgeführte Pflegeleistungen. Pflegehilfsmittel und andere technische Hilfen dürfen nur gezielt unter Verantwortung der Pflegekraft eingesetzt werden.

Weiterhin enthält der Vertrag genaue Anweisungen zur Zusammenarbeit und zum Informationsaustausch zwischen Pflegeheim und Therapeuten, Ärzten, Pflegekassen, externen Prüfern etc. (externe Schnittstellen). So sind Pflegeheime aufgefordert, Therapieinhalte und Anregungen von Therapeuten zu berücksichtigen. Vorgaben zur Kooperation mit Ärzten beziehen sich vor allem auf die Durchführung von ärztlich angeordneten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege. Zudem wird geregelt, welche Informationen über den Gesundheits- und Pflegezustand der Bewohner vom Pflegeheim an die Pflegekassen weiterzuleiten sind und wie Prüfungen zur Notwendigkeit/Dauer der Pflege und zur Wirksamkeit der Leistungserbringung im Detail ablaufen.

Die Lenkung der sozialwirtschaftlichen Ebene erfolgt über die Beschreibung von mitarbeiter- und bewohnerbezogenen Ausführungstätigkeiten.

So werden Pflegeheime aufgefordert, die Personaleinsätze über Dienstpläne zu koordinieren. Hierbei ist die individuelle Situation des einzelnen Mitarbeiters zu berücksichtigen. Insbesondere leitende, administrative und organisatorische Aufgaben, Arbeitszeiten des Personals und der Zeitaufwand für die individuelle Versorgung der Heimbewohner haben bei der Dienstplanung Beachtung zu finden. Weiterhin enthält der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI Vorgaben, die das Verhalten der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnern beeinflussen. So sollten die Mitarbeiter bei der pflegerischen Leistungserbringung stets die individuellen Bedürfnisse, Gewohnheiten und Risikopotenziale der Pflegebedürftigen berücksichtigen und diese zur Selbstständigkeit auffordern.

Durch die Verpflichtung des Heims die Bewohner in Entscheidungsprozesse einzubinden, wird auch deren Handeln und Verhalten gelenkt. Beispielsweise bedürfen Meldungen über den Gesundheitsstatus an die Pflegekassen der Zustimmung des Pflegebedürftigen und auch für die Überprüfungen des Grads der Pflegebedürftigkeit durch

den MDK ist die Einwilligung des Bewohners notwendig.

Aus den Festlegungen zu heiminternen Geldströmen und externen Schnittstellen zwischen Pflegeheim und Pflegekassen resultiert eine Lenkung der geldwirtschaftlichen Ebene. Die Zahlungsmittelbewegungen sind bedingt durch Bestimmungen des Rahmenvertrags zur Kalkulation von Pflege-, Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen, Abrechnungsverfahren, Zahlungsweise, Zahlungsfristen und zur Vergütung bei Abwesenheit. Zudem wird der Ablauf der Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Pflegekassen im Detail festgelegt.

5.2.1.3 *Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII über voll- und teilstationäre pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern*

Die Abbildung 5-4 zeigt auf, dass der Rahmenvertrag nach § 93d Abs. 2 BSHG (bzw. § 79 Abs.1 SGB XII) des Landes Baden-Württemberg eine Reihe von Indikatorenbereichen der Potenzial- und der Prozessqualität thematisiert. Der Vertrag bezieht sich noch auf die Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes. Der betreffende § 93d BSHG wurde im Jahr 2005 in den § 79 SGB XII überführt.

Nachfolgend wird ein Überblick über die pflegequalitätsrelevanten Inhalte gegeben. Die detaillierte Zuordnung aller relevanten Vertragspassagen zu den Bereichen des Indikatorensystems ist in Anhang A 3 einzusehen.

(✓) Markierter Indikatorenbereich wird im Vertrag thematisiert.
() Nicht markierter Indikatorenbereich wird im Vertrag nicht thematisiert.

Potenzialqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Leistungswirtschaftliche Ebene		
✓ Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele ✓ Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Lenkung des Pflegeprozesses Lenkung der pflegenahen Prozesse ✓ Lenkung der externen Schnittstellen	Überwachung der Pflegeergebnisse/ Wirkungen Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/ Wirkungen
Sozialwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation Gestaltung der Ziele ✓ Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Lenkung der Mitarbeiter Lenkung der Bewohner	Überwachung der Mitarbeiter Überwachung der Bewohner
Geldwirtschaftliche Ebene		
✓ Gestaltung der Organisation Gestaltung der Ziele Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren	✓ Lenkung der Geldströme ✓ Lenkung der externen Schnittstellen	Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs

Datenbasis: Rahmenvertrag nach § 93d Abs. 2 BSHG zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG für Baden-Württemberg für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen vom 15. Dezember 1998, in der Fassung vom 25. Juni 2003.

* In der aktuellen Gesetzgebung ist § 93d Abs. 2 BSHG in § 79 Abs. 1 SGB XII überführt worden.

Abbildung 5-4 Analyseergebnis des Rahmenvertrags nach § 93d Abs. 2 BSHG über die voll- und teilstationäre pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern für das Land Baden-Württemberg

(Quelle: eigene Darstellung)

Die Bestimmungen zur Potenzialqualität betreffen alle drei Ebenen.

Für den Bereich der Leistungswirtschaft werden Anforderungen an die Gestaltung der Organisation, der Ziele und der relevanten Elementarfaktoren definiert.

Die Einrichtungen sind verpflichtet sowohl für die Bereiche der Betreuung und Pflege als auch für die Versorgung Maßnahmen zur Sicherung der Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität zu etablieren. Vorschläge hierfür sind die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die Entwicklung von Verfahrensstandards und die Teilnahme an Qualitätskonferenzen. Diese Bestimmungen zur Steuerung der Pflegeleistungen und pflegenahen Leistungen gestalten Teile der Ablauforganisation. Weitere organisatorische Rahmenbedingungen werden durch Vorgaben zu Schnittstellen zwischen Einrichtungen und Sozialhilfeträgern bei Qualität- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen festgelegt.

Zudem enthält der Rahmenvertrag nach § 93d BSHG allgemeine Beschreibungen der Pflege-, Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen, die dem Hilfebedürftigen anzubieten

sind und definiert somit Leistungsziele der Einrichtungen.

Weiterhin resultiert aus den Festlegungen zur räumlichen und sächlichen Ausstattung, wie die Bereitstellung und Instandhaltung von Wohnraum und Gemeinschafts-/ Funktionsräumen, die Gestaltung relevanter Elementarfaktoren.

Die sozialwirtschaftliche Ebene wird nur in geringem Maße thematisiert. Diesem Bereich können Bestimmungen zu mitarbeiterbezogenen Elementarfaktoren zugeordnet werden. Die Einrichtungen sind durch den Rahmenvertrag aufgefordert, geeignetes Personal in entsprechendem Umfang und mit den erforderlichen Qualifikationen bereitzustellen.

In die Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene wird durch organisatorische Regelungen eingegriffen. Die Vertragsinhalte implizieren die Etablierung interner Verfahren zur Steuerung der Geldströme, wie z.B. Kalkulationsvorschriften für die Vergütung von Pflege, Unterkunft und Verpflegung oder Abrechnungsanweisungen. Zudem werden die Schnittstellen zwischen Einrichtungen und Sozialhilfeträgern abgestimmt, die sich durch Zahlungen, Abrechnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ergeben.

Prozessqualitätsrelevante Inhalte beziehen sich auf die Leistungs- und die Geldwirtschaft.

Durch detaillierte Vorgaben zu den Verfahren der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden die Abläufe der leistungswirtschaftlichen Ebene beeinflusst und die externen Schnittstellen gelenkt. Gegenstand der Prüfungen sind die Qualität der vereinbarten Leistungen sowie die Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit der Versorgung. Sozialhilfeträger oder externe Sachverständige führen die Prüfungen durch wenn Zweifel bestehen, dass Einrichtungen ihren Leistungsverpflichtungen nachkommen.

Innerhalb der geldwirtschaftlichen Ebene erfahren Geldströme und externe Schnittstellen einer Lenkung. Die Zahlungsmittelbewegungen sind bedingt durch Vorgaben der Rahmenverträge zur Kalkulation von Grundpauschalen für Unterkunft und Verpflegung, von Maßnahmenpauschalen für Pflege und des Investitionsbetrags. Weiterhin existieren detaillierte Vorgaben zu Abrechnungsverfahren, Zahlungsweise, Zahlungsfristen und zur Vergütung bei Abwesenheit. Diese beziehen sich sowohl auf die Lenkung der internen Geldströme als auch auf die Abstimmungen zwischen Einrichtungen und Sozialhilfeträgern. Zudem wird geregelt, dass unabhängige Sachverständige Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Pflegeheimen durchführen können, sofern begründete Anhaltspunkte vorliegen, dass Anforderungen an die wirtschaftliche Versorgung der

Sozialhilfeempfänger nicht erfüllt werden.

Generell sind die pflegequalitätsrelevanten Inhalte des Rahmenvertrags nach § 93d BSHG sehr allgemein gehalten, da Details der pflegerischen Versorgung von Sozialhilfeempfängern über die individuellen Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 BSHG/§ 75 SGB XII definiert werden sollen (vgl. Kap. 3.3.4.6). Der Rahmenvertrag verweist an mehreren Stellen auf den weiteren Spezifizierungsbedarf durch die Vereinbarungen. Ebenso wird explizit darauf hingewiesen, dass – sofern sie Gültigkeit haben – die Regelungen nach den Vorschriften des SGB XI erstrangig zu beachten sind, d.h. für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen gelten in erster Linie die SGB XI-Bestimmungen (§ 75 Abs. 5 SGB XII).

Die identifizierten pflegequalitätsrelevanten Inhalte des Rahmenvertrags nach § 93d BSHG sind vollständig über die Inhalte des SGB XI, die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (vgl. Kap. 5.2.1.1) und den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über die pflegerische Versorgung abgedeckt. Folglich ergeben sich für zugelassene Pflegeheime aus dem Rahmenvertrag nach § 93d BSHG keine zusätzlichen Anforderungen.

5.2.1.4 **Tabellarische Zusammenfassung**

Als Basis für eine anschließende Diskussion werden die Analyseergebnisse der Kollektivverträge in der nachstehenden Tabelle 5-2 zusammengefasst:

Tabelle 5-2 Analyseergebnisse der Kollektivverträge

Struktur des Indikorensystems	Vertragsarten		
	Qualitätsvereinbarungen § 80 SGB XI	Rahmenvertrag § 75 SGB XI	Rahmenvertrag § 79 SGB XII
A Potenzialqualität			
A1 Gestaltung der leistungswirtschaftlichen Ebene			
A1.1 Gestaltung der Organisation			
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Leistungserbringung (Pflegeleistungen und pflegenahen Leistungen) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung 	x	x	
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Pflegeleistungen 	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der pflegenahen Leistungen 	x		x
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Leistungsströme 	x	x	x
A1.2 Gestaltung der Ziele			
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit leistungswirtschaftlicher Ausrichtung 	x	x	x

Struktur des Indikorensystems	Vertragsarten	Qualitätsvereinbarungen § 80 SGB XI	Rahmenvertrag § 75 SGB XI	Rahmenvertrag § 79 SGB XI
A1.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren				
• Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale		x		x
A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene				
A2.1 Gestaltung der Organisation				
• Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Sozialwirtschaft und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung		x		
• Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Mitarbeiterhandelns und -verhaltens		x	x	
• Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Bewohnerhandelns und -verhaltens		x	x	
A2.2 Gestaltung der Ziele				
• Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit sozialwirtschaftlicher Ausrichtung		x	x	
A2.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren				
• Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale			x	
• Gestaltung der mitarbeiterbezogenen Potenziale		x	x	x
• Gestaltung der bewohnerbezogenen Potenziale				
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene				
A3.1 Gestaltung der Organisation				
• Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Geldwirtschaft und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung				
• Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Geldströme			x	x
• Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Geldströme			x	x
A3.2 Gestaltung der Ziele				
• Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit finanzwirtschaftlicher Ausrichtung		x		
A3.3 Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren				
• Gestaltung der nominalen Potenziale				
B Prozessqualität				
B1 Lenkung der leistungswirtschaftlichen Ebene				
B1.1 Lenkung des Pflegeprozesses				
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einstufung der Bewohner in Pflegestufen				
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Pflegeprozess		x	x	
• Existenz und Umsetzung von übergeordneten Pflegestandards, Leitlinien, Richtlinien				
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Pflegedokumentation		x	x	
B1.2 Lenkung der pflegenahen Prozesse				
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Leistungserstellung		x		
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Dokumentation				
B1.3 Lenkung der externen Schnittstellen der Leistungsströme				
• Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen		x	x	x
B2 Lenkung der sozialwirtschaftlichen Ebene				
B2.1 Lenkung der Mitarbeiter				
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Rekrutierung und Auswahl neuer Mitarbeiter				
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Schulung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter				
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Weiterentwicklung der fachlichen und zwischenmenschlich-sozialen Fähigkeiten		x	x	
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einsatzorganisation		x	x	
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Mitarbeitern an Entscheidungsprozessen				

Struktur des Indikatorensystems	Vertragsarten		
	Qualitätsvereinbarungen § 80 SGB XI	Rahmenvertrag § 75 SGB XI	Rahmenvertrag § 79 SGB XI
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Anreizmodellen			
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Mitarbeiterverhalten gegenüber Bewohnern	x	x	
B2.2 Lenkung der Bewohner			
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Bewohnern an Entscheidungsprozessen	x	x	
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Angehörigen, Freunden und Bekannten an Entscheidungsprozessen	x		
B3 Lenkung der geldwirtschaftlichen Ebene			
B3.1 Lenkung der Geldströme			
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Zahlungsmittelbewegungen		x	x
B3.2 Lenkung der externen Schnittstellen der Geldströme			
• Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen		x	x
C Ergebnisqualität			
C1 Überwachung der leistungswirtschaftlichen Ebene			
C1.1 Überwachung der Pflegeergebnisse/Wirkungen			
• Überwachung der Pflegeeinstufung			
• Überwachung des Gesundheitsstatus			
• Überwachung der individuellen Fähigkeiten	x		
• Überwachung der unerwünschten Vorkommnisse			
• Überwachung der Pflegedokumentation	x		
C1.2 Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/Wirkungen			
• Überwachung der pflegenahen Leistungsbereiche	x		
• Überwachung der Dokumentation der pflegenahen Prozesse	x		
C2 Überwachung der sozialwirtschaftlichen Ebene			
C2.1 Überwachung der Mitarbeiter			
• Überwachung durch Personalkennzahlen			
• Überwachung durch prozessbegleitende Evaluation			
• Überwachung der Mitarbeiterzufriedenheit			
C2.2 Überwachung der Bewohner			
• Überwachung des Bewohnerfeedbacks/Bewohnerverhaltens	x		
• Überwachung der Bewohnerzufriedenheit	x		
C3 Überwachung der geldwirtschaftlichen Ebene			
C3.1 Überwachung der Geldströme			
• Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs			

(Quelle: eigene Darstellung, Datenbasis: Unterkapitel 5.2.1)

5.2.2 Individualverträge

5.2.2.1 Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI

Die nachstehende Abbildung 5-5 zeigt auf, dass lediglich die Indikatorenbereiche der leistungswirtschaftlichen und geldwirtschaftlichen Zielgestaltung in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI thematisiert werden. Die detaillierte Zuordnung der jeweiligen Vertragspassagen zu den Bereichen des Indikatorensystems ist in Anhang A 4 einzusehen.

(✓) Markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen thematisiert.
 () Nicht markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen nicht thematisiert.

Potenzialqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Leistungswirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Lenkung des Pflegeprozesses Lenkung der pflegenahen Prozesse Lenkung der externen Schnittstellen	Überwachung der Pflegeergebnisse/Wirkungen Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/Wirkungen
Sozialwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation Gestaltung der Ziele Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Lenkung der Mitarbeiter Lenkung der Bewohner	Überwachung der Mitarbeiter Überwachung der Bewohner
Geldwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren	Lenkung der Geldströme Lenkung der externen Schnittstellen	Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs

Datenbasis: Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 1. Dezember 2002, Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 21. November 1999.

Abbildung 5-5 Analyseergebnis der Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI von zwei Pflegeheimen

(Quelle: eigene Darstellung)

Die Ergebnisse der zwei betrachteten Vertragsbeispiele sind deckungsgleich. Faktisch enthält die Vertragsart kaum neue Inhalte, die nicht schon in anderen verbindlichen Regelwerken festgeschrieben sind. Vielmehr werden die jeweiligen Pflegeeinrichtungen formalrechtlich in das öffentlich-rechtliche Sozialleistungssystem eingebunden und durch die Festlegung von einrichtungsindividuellen Potenzialen konkrete Versorgungsaufträge definiert. Durch den Vertrag erfolgt die Regelung von Art, Inhalt und Umfang des Leistungsangebots der Einrichtungen. Für die Einrichtungen ergeben sich hieraus leistungswirtschaftliche Ziele, z.B. verpflichtet sich Pflegeheim A ganzjährig 113 Plätze für die vollstationäre Pflege einschließlich eines Platzes für Kurzzeitpflege zur Verfügung zu stellen. Zudem werden auch geldwirtschaftliche Ziele festgelegt, indem den Einrichtungen explizit für die Leistungserbringung nach dem SGB XI wirtschaftliche Selbstständigkeit zugesichert wird.

Weiterhin verweisen die Verträge explizit auf die Gültigkeit des SGB XI, der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und des Landes-Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI bzw. auf die sich daraus ergebenden Pflichten. Auch das Recht der Pflegeheime auf

eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung ist ausdrücklich vermerkt.

5.2.2.2 Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über vollstationäre Versorgungsleistungen

Über die Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI werden nur nominale Elementarfaktoren der geldwirtschaftlichen Ebene geregelt (vgl. Abb. 5-6). Die Analyseergebnisse sind im Anhang A 5 einzusehen.

(✓) Markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen thematisiert.
() Nicht markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen nicht thematisiert.

Potenzialqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Leistungswirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung des Pflegeprozesses	Überwachung der Pflegeergebnisse/Wirkungen
Gestaltung der Ziele	Lenkung der pflegenahen Prozesse	Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/Wirkungen
Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Lenkung der externen Schnittstellen	
Sozialwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung der Mitarbeiter	Überwachung der Mitarbeiter
Gestaltung der Ziele	Lenkung der Bewohner	Überwachung der Bewohner
Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren		
Geldwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung der Geldströme	Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs
Gestaltung der Ziele	Lenkung der externen Schnittstellen	
✓ Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren		

Datenbasis: Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach §§ 80a und 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Mai 2004, Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach § 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 9. Dezember 2004.

Abbildung 5-6 Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über vollstationäre Versorgungsleistungen von zwei Pflegeheimen

(Quelle: eigene Darstellung)

Für das Pflegeheim A existiert eine so genannte Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung. Diese integriert die Inhalte der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) nach § 80a SGB XI und die Inhalte der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI in einen Vertrag und besteht aus zwei Teilen: Der erste Teil entspricht den Leistungs- und Qualitätsvereinbarung und der zweite Teil enthält die Vergütungsvereinbarung. Die Vertragsteile werden bei der vorliegenden empirischen Untersuchung separat analysiert und ausgewertet.

Die Ergebnisse der beiden betrachteten Vertragsbeispiele sind deckungsgleich. Für beide Pflegeheime wird die Vergütung individuell mit den Kostenträgern ausgehandelt. Durch die Festlegung der Höhe der Pflegevergütung pro Tag für Pflegebedürftige der Pflegestufe I-III und der Höhe der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung erfolgt die Regelung bedeutender Nominalfaktoren. Die Geldmittel sind die wichtigsten Einnahmequellen der Pflegeheime und begrenzen deren finanziellen Rahmen.

5.2.2.3 Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI

In den analysierten Beispielen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen werden lediglich Elementarfaktoren der Sozialwirtschaft thematisiert (vgl. Abb. 5-7). Die Inhalte der entsprechenden Vertragspassagen können in Anhang A 6 eingesehen werden.

(✓) Markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen thematisiert.
() Nicht markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen nicht thematisiert.

Potenzialqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Leistungswirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung des Pflegeprozesses	Überwachung der Pflegeergebnisse/ Wirkungen
Gestaltung der Ziele	Lenkung der pflegenahen Prozesse	Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/ Wirkungen
Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Lenkung der externen Schnittstellen	
Sozialwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung der Mitarbeiter	Überwachung der Mitarbeiter
Gestaltung der Ziele	Lenkung der Bewohner	Überwachung der Bewohner
✓ Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren		
Geldwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung der Geldströme	Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs
Gestaltung der Ziele	Lenkung der externen Schnittstellen	
Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren		

Datenbasis: Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach §§ 80a und 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Mai 2004, Leistungs- und Qualitätsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach § 80a SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 7. Oktober 2003.

Abbildung 5-7 Analyseergebnis der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI von zwei Pflegeheimen

(Quelle: eigene Darstellung)

Die Ergebnisse der beiden Beispiele decken sich. Für das Pflegeheim A sind die Inhalte der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung und der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI in einem Vertrag – einer so genannten Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung – zusammengeführt worden (vgl. Kap. 5.2.2.2). Die beiden Ver-

tragsteile (Teil 1: Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, Teil 2: Vergütungsvereinbarung) werden bei der vorliegenden Untersuchung separat betrachtet.

In beiden Fällen wird – wie in Baden-Württemberg üblich (vgl. Kap. 3.3.4.4) – keine ausführlichen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen verhandelt. Die Verträge beschränken sich auf die Festlegung der personellen Ausstattung und definieren somit Elementarfaktoren der sozialwirtschaftlichen Ebene. Unter Berücksichtigung der aktuellen Bewohnerstruktur (Anzahl Bewohner/Pflegestufe I-III) werden Fachkraftquote und Personalschlüssel festgeschrieben. Die Personalschlüssel differenzieren zwischen Personal im Pflegebereich (je Pflegestufe I-III), im Bereich Hauswirtschaft/Technik und im Bereich Leitung/Verwaltung.

5.2.2.4 Vergütungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen

Die nachstehende Abbildung 5-8 zeigt auf, dass in den analysierten Vergütungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG/§ 75 Abs. 3 SGB XII zwei Indikatorenbereiche der Potenzialqualität thematisiert werden – die Gestaltung relevanter Elementarfaktoren und die Gestaltung relevanter Nominalfaktoren. Die detaillierte Zuordnung der jeweiligen Vertragspassagen zu den Bereichen des Indikatorensystems ist in den Anhängen A 7 und A 8 einzusehen.

Nach der Überführung des Bundessozialhilfegesetzes in die Sozialgesetzbücher im Jahr 2005 befinden sich die Vorgaben des § 93 Abs. 2 BSHG zu den Vergütungsvereinbarungen nun in § 75 Abs. 3 SGB XII.

(✓) Markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen thematisiert.
() Nicht markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen nicht thematisiert.

Potenzialqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Leistungswirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung des Pflegeprozesses	Überwachung der Pflegeergebnisse/ Wirkungen
Gestaltung der Ziele	Lenkung der pflegenahen Prozesse	Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/ Wirkungen
Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Lenkung der externen Schnittstellen	
Sozialwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung der Mitarbeiter	Überwachung der Mitarbeiter
Gestaltung der Ziele	Lenkung der Bewohner	Überwachung der Bewohner
✓ Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren		
Geldwirtschaftliche Ebene		
Gestaltung der Organisation	Lenkung der Geldströme	Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs
Gestaltung der Ziele	Lenkung der externen Schnittstellen	
✓ Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren		

Datenbasis: Vergütungsvereinbarung für abrechenbare Investitionsaufwendungen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 17. Juli 2002, Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Juni 2004, Vergütungsvereinbarung für abrechenbare Investitionsaufwendungen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim B vom 24. Februar 1999 in der Fassung vom 25. April 2007, Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim B vom 8. Oktober 2003.

* In der aktuellen Gesetzgebung ist § 93 Abs. 2 BSHG in § 75 Abs. 3 SGB XII überführt worden.

Abbildung 5-8 Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 93 BSHG/§ 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen von zwei Pflegeheimen

(Quelle: eigene Darstellung)

Für jedes Pflegeheim werden getrennte Vergütungsvereinbarungen über die Vergütung für Pflegestufe 0 und über die Höhe der abrechenbaren Investitionsaufwendungen abgeschlossen (vgl. Kap. 3.3.4.6).

Die Analyseergebnisse der Vertragsbeispiele sind deckungsgleich. Innerhalb der Vergütungsvereinbarungen werden Produktionsfaktoren als wichtige strukturelle Rahmenbedingungen für die Versorgung von Sozialhilfeempfängern in den Pflegeheimen definiert.

Die Vergütungsvereinbarungen für Pflegestufe 0 bestimmen die Personalschlüssel für das Personal für Pflegestufe 0 (0/G, 0/K) und die Vergütung pro Tag für Bewohner der Pflegestufe 0 (0/G = geringfügige Pflege; 0/K = keine Pflege). Die Personalschlüssel sind Elementarfaktoren der sozialwirtschaftlichen Ebene. Die Vergütung ist ein Nominalfaktor der geldwirtschaftlichen Ebene.

Die Vergütungsvereinbarungen über die Höhe der abrechenbaren Investitionsaufwendungen legen die Beträge pro Tag, die dem Bewohner berechnet werden können, fest.

Auch dies sind Nominalfaktoren der geldwirtschaftlichen Ebene. Bei Pflegeheim A sind die Beträge für alle Bewohner einheitlich geregelt. Pflegeheim B hat unterschiedlich hohe Investitionsaufwendungen für die Belegung eines Einzel- oder Doppelzimmers vereinbart.

Durch den Abschluss der Vergütungsvereinbarungen können die Pflegeheime die genannten Kosten, die durch die Versorgung von Sozialhilfeempfängern anfallen, mit dem Sozialhilfeträger abrechnen. Die weitere Regelung erfolgt über die vertraglichen Regularien des SGB XI. In den Vergütungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG/§ 75 Abs. 3 SGB XII wird aus diesem Grund explizit auf die Gültigkeit des Versorgungsvertrags der Einrichtung, des Landes-Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI über die pflegerische Versorgung und der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI hingewiesen.

5.2.2.5 *Arbeitsverträge*

Die beiden Arbeitsvertragsbeispiele enthalten keine pflegequalitätsrelevanten Aspekte des Indikatorensystems. In beiden Verträgen wird auf die Gültigkeit von Kollektivverträgen verwiesen, die die Grundzüge des Arbeitsverhältnisses bestimmen. Bei Pflegeheim A sind dies die Arbeitsvertragsrichtlinien des kirchlichen Trägers. Der Muster-Arbeitsvertrag des Pflegeheimträgers B verweist auf die Regelungen des TVöD und der Tarifverträge der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA).

5.2.2.6 *Heimverträge nach § 5 HeimG*

Die nachstehende Abbildung 5-9 zeigt auf, dass in den analysierten Beispielen der Heimverträge nach §§ 5 ff. HeimG eine Reihe von Indikatorenbereichen der Potenzial- und der Prozessqualität thematisiert werden. Heimverträge sind hiermit die einzigen Individualverträge, die sich mit Aspekten der Prozessqualität beschäftigen. Die übrigen Individualverträge beschränken sich auf Regelungen zur Potenzialqualität.

Nachfolgend wird ein Überblick der pflegequalitätsrelevanten Inhalte gegeben. Die detaillierte Zuordnung aller relevanten Vertragspassagen zu den Bereichen des Indikatorensystems ist in Anhang A 9 einzusehen.

(✓) Markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen thematisiert.
 () Nicht markierter Indikatorenbereich wird in den Verträgen nicht thematisiert.

Potenzialqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Leistungswirtschaftliche Ebene		
✓ Gestaltung der Organisation ✓ Gestaltung der Ziele ✓ Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	✓ Lenkung des Pflegeprozesses Lenkung der pflegenahen Prozesse ✓ Lenkung der externen Schnittstellen	Überwachung der Pflegeergebnisse/Wirkungen Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/Wirkungen
Sozialwirtschaftliche Ebene		
✓ Gestaltung der Organisation Gestaltung der Ziele Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Lenkung der Mitarbeiter ✓ Lenkung der Bewohner	Überwachung der Mitarbeiter Überwachung der Bewohner
Geldwirtschaftliche Ebene		
✓ Gestaltung der Organisation Gestaltung der Ziele ✓ Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren	✓ Lenkung der Geldströme Lenkung der externen Schnittstellen	Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs

Datenbasis: Muster-Heimvertrag des Trägers von Pflegeheim A, Stand: 24. Juni 2006; Muster-Heimvertrag des Trägers von Pflegeheim B, Stand: April 2006.

Abbildung 5-9 Analyseergebnis der Muster-Heimverträge nach § 5 HeimG von zwei Pflegeheimen

(Quelle: eigene Darstellung)

Die Analyseergebnisse der zwei Muster-Heimverträge sind deckungsgleich. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf der Potenzialqualität, wobei hier sowohl Gesichtspunkte der Leistungs- und Sozialwirtschaft als auch der Geldwirtschaft einer Regelung unterliegen.

Im Bereich der Leistungswirtschaft werden Anforderungen an die Gestaltung der Organisation, der Ziele und der relevanten Elementarfaktoren definiert. Durch die Beschreibung externer Schnittstellen, an denen auch der Bewohner beteiligt ist, wird der Leistungsfluss sichergestellt und gestaltet (Organisationsgestaltung). Dies betrifft z.B. die Einstufung der Bewohner in Pflegestufen durch den MDK und auch die Kooperation zwischen Bewohner, Arzt und Einrichtung, wenn medizinische Leistungen der Behandlungspflege notwendig sind.

Zudem enthalten die Heimverträge eine einrichtungsindividuelle Darstellung der Leistungen, die dem Bewohner zur Verfügung gestellt werden. Die detaillierte Beschreibung von allgemeinen Pflegeleistungen, Unterkunft (besondere Ausstattungsmerkmale, Reinigung etc.), Verpflegung (Auswahl an Schon-/Diätkost, Zwischenmahlzeiten,

Getränke etc.) und Zusatzleistungen (Vorlesen, Nährarbeiten etc.) legen die allgemeinen Leistungsziele des Pflegeheims dar. Für jeden Bewohner erfolgt eine Spezifizierung des Angebots durch die Auswahl eines Zimmers/Stockwerks und von zusätzlichen Sonderleistungen.

Weiterhin werden durch die Beschreibung von Wohnräumen (Doppel/Einzelzimmer, Stockwerke, Gemeinschaftseinrichtungen, Ausstattungslisten etc.) und Umgebung (Park, Busanbindung etc.) gebäude- und infrastrukturbezogene Elementarfaktoren, die für die Erreichung der Leistungsziele eingesetzt werden, vertraglich definiert.

Organisatorische Regelungen der sozialwirtschaftlichen Ebene bestimmen Rahmenbedingungen für das Leben der Bewohner im Heim. Beispielsweise werden die Bewohner durch Maßnahmen, wie die Beteiligung des Heimbeirats an der Gestaltung des Speiseplans, in Entscheidungsprozesse des Heims einbezogen.

Auch Geldströme unterliegen einer Gestaltung durch Heimverträge. Es existieren organisatorische Festlegungen über Zahlungsmittelbewegungen, wie z.B. die Rechnungslegung zwischen Bewohner und Einrichtung und auch relevante Nominalfaktoren werden definiert. So erfolgt eine Ausweisung der bewohnerspezifischen Gesamtkosten und der einzelnen Kostenanteile. Die Höhe der Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Investitionskosten resultieren aus den Vertragsinhalten der Vergütungsvereinbarung der Einrichtung. Zusätzlich werden im Heimvertrag jedoch die Entgelte für Zusatzleistungen festgelegt. Diese Kosten sind vom Bewohner komplett selbst zu tragen.

Als einzige Individualvertragsart der vollstationären Pflegelandschaft regeln die Heimverträge auch Aspekte der Prozessqualität. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die jeweiligen Vertragspassagen der Potenzialqualität sowie der Prozessqualität zuordnen lassen. Es werden sowohl gestaltende Rahmenbedingungen festgelegt als auch detaillierte Vorgaben für einzelne Ausführungstätigkeiten der pflegerischen Leistungserbringung gemacht (vgl. Kap. 5.1.3). Die prozessqualitätsrelevanten Inhalte beschäftigen sich mit allen drei Ebenen.

Im Bereich der Leistungswirtschaft unterliegen Pflegeprozess und Schnittstellen zwischen Bewohner, Einrichtung und Externen einer Lenkung. Die Heimverträge enthalten beispielsweise genaue Angaben zum Ein- und Umstufungsprozess des Bewohners in die Pflegestufen sowie zur Verpflichtung des Heimbewohners die entsprechenden Anträge bei seiner Pflegekasse einzureichen. Ebenso gelenkt wird der Informationsaustausch, bzw. die Zusammenarbeit des Pflegeheims mit den Hausärzten der Bewohner.

Der sozialwirtschaftlichen Ebene können Beschreibungen von Ausführungstätigkeiten zugeordnet werden, die dem Bewohner eine aktive Teilnahme am Heimleben ermöglichen und so seine Integration in den Heimalltag fördern. Zu nennen ist hier die Beteiligung des Heimbeirats an der Speiseplangestaltung.

Eine Lenkung der Geldströme erfolgt durch detaillierte Vorgaben zur Rechnungslegung, zur Art der Ausweisung der individuellen Gesamtkosten sowie zur Entgeltregelung bei Abwesenheit der Bewohner oder Entgeltänderung.

Grundsätzlich enthalten die Heimverträge eine Reihe von Inhalten, die über andere Rechtsquellen, wie dem SGB XI oder Verträgen, die der Heimträger mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern abgeschlossen hat, definiert sind. Diese Vorgaben sind für die Heimträger verbindlich und müssten aus juristischer Sicht nicht nochmals in den Heimverträgen ausgeführt werden. Für eine bessere Transparenz und um dem künftigen Bewohner einen umfassenden Überblick über die Heimleistungen, -abläufe und -preise zu gewähren, ist die Übernahme wichtiger Vertragspassagen aber gängige Praxis. Dies betrifft vor allem die Regelungen des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI über den Inhalt und Umfang der pflegerischen Versorgung und die Höhe der Entgelte für Pflegeleistungen, Unterkunft, Verpflegung und abrechenbare Investitionsbeträge, die über die Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern festgeschrieben sind.

Neben diesen Doppelungen definieren die Heimverträge jedoch eine Reihe von Qualitätsanforderungen, die das Verhalten beider Vertragsparteien beeinflussen. Die Bewohner erhalten eine schriftliche Aufführung ihrer Rechte und Pflichten. Für das Heim ergeben sich individuelle Qualitätsanforderungen, die nicht über sonstige gesetzliche oder vertragliche Regelwerke, die mit Kostenträgern abgeschlossen wurden, erfasst sind.

5.2.2.7 *Tabellarische Zusammenfassung*

Als Basis für eine anschließende Diskussion werden die Analyseergebnisse der Individualverträge in der nachstehenden Tabelle 5-3 zusammengefasst.

Tabelle 5-3 Analyseergebnisse der Individualverträge

Struktur des Indikatorensystems	Vertragsarten					
	Versorgungsverträge	Vergütungsvereinbarungen § 85 SGB XI	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	Vergütungsvereinbarungen § 75 SGB XII	Arbeitsverträge	Heimverträge
A Potenzialqualität						
A1 Gestaltung der leistungswirtschaftlichen Ebene						
A1.1 Gestaltung der Organisation						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Leistungserbringung (Pflegeleistungen und pflegenaher Leistungen) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung 						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Pflegeleistungen 						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der pflegenahen Leistungen 						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Leistungsströme 						x
A1.2 Gestaltung der Ziele						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit leistungswirtschaftlicher Ausrichtung 	x					x
A1.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale 						x
A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene						
A2.1 Gestaltung der Organisation						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Sozialwirtschaft und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung 						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Mitarbeiterhandelns und -verhaltens 						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Bewohnerhandelns und -verhaltens 						x
A2.2 Gestaltung der Ziele						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit sozialwirtschaftlicher Ausrichtung 						
A2.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale 						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der mitarbeiterbezogenen Potenziale 			x	x		
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der bewohnerbezogenen Potenziale 						
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene						
A3.1 Gestaltung der Organisation						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Geldwirtschaft und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung 						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Geldströme 						x
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Geldströme 						
A3.2 Gestaltung der Ziele						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit finanzwirtschaftlicher Ausrichtung 	x					
A3.3 Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren						
<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der nominalen Potenziale 		x		x		x

Struktur des Indikatorensystems	Vertragsarten					
	Versorgungsverträge	Vergütungsvereinbarungen § 85 SGB XI	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	Vergütungsvereinbarungen § 75 SGB XII	Arbeitsverträge	Heimverträge
B Prozessqualität						
B1 Lenkung der leistungswirtschaftlichen Ebene						
B1.1 Lenkung des Pflegeprozesses						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einstufung der Bewohner in Pflegestufen						x
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Pflegeprozess						
• Existenz und Umsetzung von übergeordneten Pflegestandards, Leitlinien, Richtlinien						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Pflegedokumentation						
B1.2 Lenkung der pflegenahen Prozesse						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Leistungserstellung						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Dokumentation						
B1.3 Lenkung der externen Schnittstellen der Leistungsströme						
• Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen						x
B2 Lenkung der sozialwirtschaftlichen Ebene						
B2.1 Lenkung der Mitarbeiter						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Rekrutierung und Auswahl neuer Mitarbeiter						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Schulung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Weiterentwicklung der fachlichen und zwischenmenschlich-sozialen Fähigkeiten						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einsatzorganisation						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Mitarbeitern an Entscheidungsprozessen						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Anreizmodellen						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Mitarbeiterverhalten gegenüber Bewohnern						
B2.2 Lenkung der Bewohner						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Bewohnern an Entscheidungsprozessen						x
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Angehörigen, Freunden und Bekannten an Entscheidungsprozessen						
B3 Lenkung der geldwirtschaftlichen Ebene						
B3.1 Lenkung der Geldströme						
• Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Zahlungsmittelbewegungen						x
B3.2 Lenkung der externen der Geldströme						
• Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen						
C Ergebnisqualität						
C1 Überwachung der leistungswirtschaftlichen Ebene						
C1.1 Überwachung der Pflegeergebnisse/Wirkungen						
• Überwachung der Pflegeeinstufung						
• Überwachung des Gesundheitsstatus						
• Überwachung der individuellen Fähigkeiten						
• Überwachung der unerwünschten Vorkommnisse						
• Überwachung der Pflegedokumentation						

Struktur des Indikatorensystems	Vertragsarten					
	Versorgungsverträge	Vergütungsvereinbarungen § 85 SGB XI	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	Vergütungsvereinbarungen § 75 SGB XII	Arbeitsverträge	Heimverträge
C1.2 Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/Wirkungen						
• Überwachung der pflegenahen Leistungsbereiche						
• Überwachung der Dokumentation der pflegenahen Prozesse						
C2 Überwachung der sozialwirtschaftlichen Ebene						
C2.1 Überwachung der Mitarbeiter						
• Überwachung durch Personalkennzahlen						
• Überwachung durch prozessbegleitende Evaluation						
• Überwachung der Mitarbeiterzufriedenheit						
C2.2 Überwachung der Bewohner						
• Überwachung des Bewohnerfeedbacks/Bewohnerverhaltens						
• Überwachung der Bewohnerzufriedenheit						
C3 Überwachung der geldwirtschaftlichen Ebene						
C3.1 Überwachung der Geldströme						
• Überwachung der Liquidität und des Gelderfolgs						

(Quelle: eigene Darstellung, Datenbasis: Unterkapitel 5.2.2)

5.3 Evaluation der Untersuchung

5.3.1 Beurteilung der Untersuchungsergebnisse

5.3.1.1 Kollektivverträge

Prinzipiell ist zu konstatieren, dass die vertragliche Erfassung von Indikatorenbereichen nicht immer positiv sein muss, bzw. dass eine Nicht-Erfassung nicht generell als Defizit zu bewerten ist. So können Lücken bereits über andere rechtliche Regularien, wie Richtlinien oder Gesetze abgedeckt sein. Auch liegen viele Gegenstandsbereiche nicht im Regelungsfeld der Vertragsparteien (vgl. Schulin 1994, S. 298 f.), d.h. diese sind hier entweder nicht weisungsbefugt oder definieren absichtlich keine Vorgaben. Des Weiteren sind Verträge per se unvollständig (vgl. Erlei/Jost 2001, S. 69). Es ist einerseits nicht möglich, den Vertragsgegenstand mit allen Eventualitäten und sich gegebenenfalls ändernden Umweltbedingungen zu präzisieren. Andererseits eröffnen unvollständige Verträge den Vertragspartnern Handlungsspielräume und gewähren Flexibilität. Zu detaillierte und gegliederte Verträge sind kontraproduktiv. Sie nehmen den Vertragspartnern die Freiheit, auf aktuelle Situationen angepasst und schnell zu reagieren und implizieren zwischen den Partnern einen Mangel an Vertrauen (vgl. Erlei/Jost 2001, S. 69 f.; Heussen 1997a, S. 9 ff.; Simon 2000, S. 110).

Die Analyseergebnisse der drei Kollektivvertragsarten weisen eine hohe Regelungsichte an pflegequalitätsrelevanten Bestimmungen auf, wobei der Schwerpunkt auf der Potenzial- und Prozessqualität liegt. Die Steuerung der Pflegequalität durch Kollektivverträge erfolgt somit hauptsächlich durch gestaltende und lenkende Vorgaben.

Durch die umfangreiche Ausgestaltung der Vertragsinhalte kommt die Selbstverwaltung ihrem Auftrag zur Sicherstellung von sozialer Gerechtigkeit und Gewährung einer einheitlichen vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen nach. Auf Bundesebene geschieht dies durch die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und auf Landesebene durch die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI und § 93d BSHG/§ 79 SGB XII. Die Vielzahl der Vorgaben ergibt sich zwangsläufig aus der Zielsetzung der Verträge. Für die Sicherstellung einheitlicher Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung bedarf es umfangreicher Regelungen, die folglich auch die Pflegequalität beeinflussen. Auch die Literatur verweist auf das hohe Maß an strukturellen Bestimmungen und Rahmenbedingungen (vgl. Faust 2004, S. 229; Griep/Renn 1998, S. 17; Igl 1996, S. 33 ff.). Hierbei werden Kollektivverträge explizit als Ursprung umfangreicher Strukturvorgaben genannt (vgl. Klie 2002, S. 26), was die vorliegende Untersuchung bestätigt.

Die umfangreichen Vorgaben sind teilweise gerechtfertigt. Sinnvoll sind in jedem Fall die Vorgabe richtungsweisender Ziele (vgl. Tab. 5-2: Indikatorenbereiche A1.2, A2.2, A3.3) und die Festlegung von allgemeinen wissenschaftlich evaluierten Verfahren und Vorgehensweisen (vgl. Tab. 5-2: Indikatorenbereiche A1.1, A2.1, A3.1), wie z.B. Vorgaben zu den Phasen des Pflegeprozesses (Anamnese, Pflegeplanung etc.) oder die Forderung nach einem Pflegedokumentationssystem. Ebenso bedarf die Abstimmung des Leistungs-, Geld- und Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Akteuren einer detaillierten Regelung (vgl. Tab. 5-2: Indikatorenbereiche A1.1, A3.1, B1.3, B3.2). Eine einheitliche Schnittstellenorganisation auf Bundes- und Landesebene zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen ist uneingeschränkt zu befürworten. Es ist jedoch in Frage zu stellen, ob die Vielfalt an vertraglichen Regelungen zur einrichtungsinternen Potenzial- und Prozessqualität tatsächlich notwendig ist. Pflegeheime sind bzw. sollen wirtschaftlich eigenständige Organisationen im freien Wettbewerb sein, die ihre Verluste selbst tragen und ihre Gewinne einbehalten (§§ 71 Abs. 1, 84 Abs. 2 SGB XI). Dies wird ihnen durch das SGB XI zugesprochen (vgl. Kap. 2.3.5.2) und ist in den gültigen Bundesempfehlungen zum Inhalt der Landes-Rahmenverträge nach § 75 SGB XI zur vollstationären Pflege (BEmpfvollstatPfl) (vgl. Kap. 3.3.3.2) nochmals explizit ausformuliert: „Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation.“ (§ 21 Abs. 2 BEmpfvollstatPfl). Der Wortlaut der Empfehlung fin-

det sich identisch in § 17 Abs. 10 des aktuellen baden-württembergischen Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI wieder. Hier existiert ein Widerspruch in sich. Einerseits wird den stationären Einrichtungen organisatorische Eigenständigkeit zugesprochen, andererseits werden sie dieser Verantwortung durch eine Fülle verbindlicher, vertraglicher Bestimmungen wieder enthoben. Insbesondere die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über die pflegerische Versorgung enthalten diverse Vorgaben zur Aufbau- und Ablauforganisation (vgl. Tab. 5-2: Indikatorenbereiche A1.1, A2.1, A3.1, B). Als Beispiele seien an dieser Stelle die Forderung nach der hauptberuflichen Anstellung der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren fest definiertes Aufgabenspektrum (vgl. Kap. 5.2.1.1) sowie die Festlegung von Personalrichtwerten genannt (vgl. Kap. 5.2.1.2).

Generell sollten Pflegeeinrichtungen aber über die Qualität und die Quantität ihrer personellen Ausstattung frei entscheiden können. Denn bei aller Verpflichtung gegenüber den Kostenträgern müssen die Leistungserbringer die Qualität ihrer pflegerischen Versorgung in erster Linie gegenüber dem Heimbewohner verantworten. Daneben verlangt die zunehmende Liberalisierung und Dynamisierung des Pflegemarkts von den Pflegeeinrichtungen flexible Reaktionen auf Marktentwicklungen und betriebswirtschaftliche Herausforderungen. Dies impliziert die hohe Bedeutung des Einsatzes von effizienten und vor allem einrichtungsindividuellen Marketing-, Controlling- und Qualitätsmanagementkonzepten für das Bestehen der Einrichtung (vgl. BMFSFJ 2006a, S. 48 ff.; Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 49 f.; Sachverständigenrat 2005, S. 404 ff.; Schulz/Geisler 2006, S. 14 f.; VDAB 2005b, S. 6). Im Widerspruch hierzu erfolgt jedoch eine Normierung der Betriebsabläufe durch Vertragswerke. Dies belegen auch die vorliegenden Ergebnisse der empirischen Untersuchung. Es kann durchaus konstatiert werden, dass den Pflegeheimen durch den hohen Detaillierungsgrad z. T. die Anpassungsmöglichkeit an die spezifischen, sich stetig ändernden Bedingungen genommen werden.

Die Literatur erklärt die Regelungen, die die unternehmerische Freiheit der Pflegeeinrichtungen beschneiden, durch ihre Verbraucher schützende Wirkung. Verbraucher schützende Gesetze sind stets mit einem Eingriff in die Privatautonomie verbunden. Nur auf diese Weise können sie dem Ungleichgewicht von Vertragspartnern entgegenwirken und werden für den Bereich der Pflege als durchaus gerechtfertigt, wenn nicht sogar als zwingend notwendig, erachtet (vgl. Kesselheim 1997, S. 67; Kraher 1998, S. 310 f.; Schütte 1996, S. 258 ff.; Verbraucherzentrale des Landes Bremen e.V. 2003, S. 31). Die Grundzüge dieser Überlegungen sind nachvollziehbar – allerdings ist es fraglich, ob eine derartige Fülle an gestaltenden und lenkenden Festlegungen tatsächlich dem Schutz der Pflegebedürftigen dient bzw. zielführend ist. So sind Pflegebedürftige auch an einer hohen Ergebnisqualität interessiert und gerade dieser Bereich

erfährt nur in eingeschränktem Maß eine Steuerung.

Neben der Einschränkung der Einrichtung ist die Vorgabenfülle auch in Anbetracht des fehlenden empirischen Belegs der Wirkungen der Potenzial- bzw. Struktur- und Prozessqualität auf die Ergebnisqualität (vgl. Kap. 4.4.1.3) durchaus in Frage zu stellen und von der Selbstverwaltung zu überdenken.

In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen und gutzuheißten, dass verschiedene Indikatorenbereiche der Potenzial- und Prozessqualität in den Kollektivverträgen nicht thematisiert werden (vgl. Tab. 5-2: Indikatorenbereiche A3.1, A3.3, B1.1, B2.1). Die Regelung von Gebieten, wie die Aufbauorganisation der Geldwirtschaft oder die Detailgestaltung des Pflegeprozesses, wird den Einrichtungen und ihren Trägern überlassen.

Weiterhin zeigt die empirische Untersuchung auf, dass die Überwachung der Pflegequalität – im Gegensatz zur Gestaltung und Lenkung derselben – nur in geringem Maß in den Kollektivverträgen thematisiert wird. So ist bei der Dimension der Ergebnisqualität nur eine geringe Regelungsdichte festzustellen (vgl. Tab. 5-2: Indikatorenbereich C), obwohl die Ergebnisqualität eine direkte Messgröße ist und ihr maßgebliche Bedeutung zugesprochen wird (vgl. Kap. 4.2 u. 4.4.1.3). Lediglich die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI enthalten einige allgemeine Vorgaben zur Überwachung und Dokumentation der Pflege- und Versorgungsergebnisse. Beispielsweise müssen Pflegeheime überprüfen, ob sie aktivierende Pflege zielorientiert durchführen und inwieweit individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner Berücksichtigung finden. Hierfür sollen die Einrichtungen die individuellen Fähigkeiten der Bewohner überwachen und sind aufgefordert z.B. zu vorhandenen Selbstpflegefähigkeiten, zur Kommunikationsfähigkeit oder zur allgemeinen Orientierungsfähigkeit Stellung zu nehmen (vgl. Kap. 5.2.1.1).

Eine mögliche Erklärung für das geringe Ausmaß an ergebnisqualitätsrelevanten Vorgaben ist sicherlich die problematische Identifikation aussagekräftiger und valider Ergebnisindikatoren (vgl. Kap. 4.4.1.3). Es ist einfacher Potenzial- und Prozessindikatoren festzulegen und zu überwachen, als dies für Ergebnisindikatoren der Fall ist (vgl. Kümmerle 1997, S. 151).

Zudem stehen Ergebnisqualität und Ergebnisindikatoren noch nicht sehr lange im Zentrum der Diskussion. Der Großteil der Literaturquellen und Untersuchungen, die eine Bedeutung der Ergebnisqualität hervorheben und deren Fokussierung fordern, sind aktuelleren Datums. In den 1950er Jahren standen Strukturindikatoren im Mittelpunkt. Damals war die Bereitstellung der nötigen finanziellen und personellen Mittel für den Infrastrukturaufbau von größtem Interesse. Erst seit den 1970er Jahren wird die Beurteilung der Prozessqualität vermehrt fokussiert. Die Infrastruktur sollte bestmöglich mit dem vorhandenen Fachwissen und den etablierten Abläufen genutzt werden (vgl. Köck

2000, S. 9; Roth 2002, S. 7 f.). Der zunehmende gesundheitspolitische und ökonomische Druck und die sich verändernden Ansprüche der Akteure erfordern heute, dass die Pflegeeinrichtungen die Effektivität und Effizienz ihrer Leistungen nachweisen müssen, da sich die Verteilung der knappen Mittel verstärkt an belegbaren Ergebnissen orientiert. Generell gilt es, mit festgesetzten Mitteln den maximalen Nutzen zu erwirtschaften – hierbei ist es weniger relevant, wie und auf welchem Weg die Ergebnisse zustande gekommen sind (vgl. Köck 2000, S. 9). Bei dieser effizienzbezogenen Sichtweise hat die Ergebnisqualität zentrale Bedeutung. Diese Erkenntnis zeigt sich auch an der Ausrichtung aktueller pflegewissenschaftlicher Forschungsvorhaben: Die Ergebnisqualität ist Gegenstand diverser pflegewissenschaftlicher Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen. Es herrscht Einigkeit darüber, dass der Ergebnisqualität – im Vergleich mit der Struktur- und Prozessqualität – derzeit noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, was sich zukünftig ändern sollte (vgl. Höwer 2002, S. 15 u. 86 f.; Hochreutener 2004, S. 442 ff.; Igl 2006, S. 439; Köck 2000, S. 9; Roth 2002, S. 1 ff.). Bei den Pflegewissenschaften handelt es sich um ein verhältnismäßig junges Forschungsgebiet, welches in Deutschland erst durch die Inkraftsetzung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 an Bedeutung gewonnen hat und sich immer noch im Aufbau befindet (vgl. Roth 2002, S. 3 f.; Schaeffer 1998, S. 12 ff.). Gleichfalls unterliegt auch die Etablierung von pflegerischen Ergebnisindikatoren derzeit noch einem Entwicklungs- und Evaluationsprozess (vgl. Faust 2004, S. 229; Igl 1996, S. 33 ff.; Roth 2002, S. 10).

Es kann abschließend konstatiert werden, dass die Bedeutungszunahme der Ergebnisqualität in der pflegewissenschaftlichen Forschung bisher in der Vertragsgestaltung nicht ersichtlich ist. Auch bezieht sich Ergebnisqualität innerhalb der Verträge rein auf die Pflegebedürftigen als Leistungsempfänger. Mitarbeiter werden ebenso wie Liquidität und Gelderfolg in diesem Zusammenhang nicht thematisiert. Dies ist jedoch zu befürworten, da beides originäre Verantwortungsbereiche der Einrichtungen und ihrer Träger sind, die folglich auch nicht über Kollektivverträge reguliert werden sollten.

Bei der Betrachtung der Untersuchungsergebnisse der einzelnen Kollektivverträge ist festzustellen, dass die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in sehr hohem Maß pflegequalitätsrelevante Ausführungen enthalten und nahezu alle Bereiche des Indikatorensystems abgedeckt werden. Als einzige der analysierten Vertragsarten enthalten sie Vorgaben zu allen drei Qualitätsdimensionen (vgl. Kap. 5.2.1.1). Die Vereinbarungen erfüllen durch diese umfangreichen Regelungen ihre gesetzliche Zielsetzung aus § 80 Abs. 1 SGB XI, wonach die Qualitätsvereinbarungen der bundesweit einheitlichen Festsetzung von Qualitätsgrundsät-

zen und -maßstäben und der Etablierung eines internen Qualitätsmanagementsystems mit Ausrichtung auf die Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität dienen sollen. Anhand der vorliegenden Untersuchung kann den Qualitätsvereinbarungen eine zentrale Bedeutung bei der Steuerung von Pflegequalität zugesprochen werden. Die Stellung der Vereinbarungen als wichtiges, unmittelbares Instrument zur Qualitätssicherung in der Pflege wird auch in der Literatur bestätigt (vgl. Bieback 2004, S. 342; Mayer 1999, S. 101; Wiese 2004, S. 51, 69 u. 233).

Es ist aber kritisch anzumerken, dass sich die Festlegungen vor allem auf die Struktur- und Prozessqualität beziehen, und die Ergebnisqualität hingegen kaum thematisiert wird. Auch die Literatur weist auf diesen Mangel hin (vgl. Bieback 2004, S. 342; Vitt 2002, S. 33; Wiese 2004, S. 200; Wiese 2005, S. 21). Die derzeit gültigen Qualitätsvereinbarungen wurden im Jahr 1996 abgeschlossen. Aktuelle Forschungsergebnisse und Erkenntnisse der letzten Jahre sind folglich ebenso wenig integriert, wie Anforderungen, die sich aus Gesetzesänderungen der letzten Jahre ergeben haben. So sind zugelassene Pflegeeinrichtungen seit der Inkraftsetzung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes im Jahr 2002 zur Etablierung und Aufrechterhaltung eines internen Qualitätsmanagementsystems verpflichtet (§§ 72 Abs. 3, 80 Abs. 1 SGB XI). Zugleich wurde auch die Zielsetzung der Qualitätsvereinbarungen angepasst und die Definition von Vorgaben zum Qualitätsmanagement gefordert (§ 80 Abs. 1 SGB XI).

Für die Schließung dieser Lücken, erfolgte eine Überarbeitung und Ergänzung der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für den vollstationären Bereich. Allerdings wurde ein Entwurf vom 16. Dezember 2003, der inhaltlich die Zustimmung aller Vereinbarungspartner findet, bis heute nicht verabschiedet. Die Sozialhilfeträger und auch der Verband Deutscher Alten und Behindertenhilfe (VDAB) lehnen eine Unterzeichnung mit der Begründung, dass die Finanzierung der Vereinbarungsinhalte nicht gewährleistet sei, ab (vgl. Aitcheson 2006, S. 20; VDAB 2005a, S. 1). Die Entwurfsversion spezifiziert neben anderen Anpassungen die Ausführungen zur Ergebnisqualität: Diese bezieht sich hiernach auf die Wirkung der Pflege, der sozialen Betreuung und der Versorgung der Bewohner. Zudem definiert der Entwurf Kriterien für eine gute Ergebnisqualität, z.B. sollen die Schritte des Pflegeprozesses eingehalten, dokumentiert und erkennbar auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit, Lebensqualität etc. abgestimmt werden oder den Bewohnern keine körperlichen Schäden, wie Dekubitii entstehen (vgl. Abschnitt 4 Ergebnisqualität, Entwurf der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 16. Dezember 2003). Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung – wenn auch ein sehr zaghafter. Denn verglichen mit den Vorgaben zu den anderen beiden Qualitätsdimensionen, besitzt die Ergebnisqualität immer noch einen eher geringen Stellenwert innerhalb der Entwurfsversion.

Abschließend lässt sich konstatieren, dass die Qualitätsvereinbarungen nach § 80

SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine zentrale Rolle bei der Steuerung von Pflegequalität innehaben. Durch die Qualitätsvereinbarungen wird eine Vielzahl von bundesweit gültigen Qualitätsanforderungen definiert und es lassen sich eine Reihe von Indikatoren für die Abbildung der Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität ableiten. Bisherige Regelungsschwerpunkte sind die beiden erstgenannten Qualitätsdimensionen. Zukünftig sollte in den Qualitätsvereinbarungen verstärkt die Ergebnisqualität fokussiert werden.

Auch der baden-württembergische Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über die vollstationäre pflegerische Versorgung enthält in hohem Maß qualitätsrelevante Vorgaben. Er beschränkt sich dabei auf Inhalte, die den Indikatorenbereichen der Potenzial- und Prozessqualität zuzuordnen sind (vgl. Kap. 5.2.1.2). Trotz der Aussparung der Dimension der Ergebnisqualität kann dem Vertrag jedoch aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse eine maßgebliche Bedeutung für die Steuerung von Pflegequalität auf Landesebene zugeschrieben werden. Durch die Gestaltung der Rahmenbedingungen und die Lenkung der pflegerischen Ausführungstätigkeiten schafft der Rahmenvertrag landesweit einheitliche Qualitätsstandards für die pflegerische Leistungserbringung. Die vollstationären Leistungserbringer erhalten konkrete Vorgaben für ihre tägliche Arbeit und die Beziehungen zwischen ihnen und den Kostenträgern werden ausgestaltet. Es ist an dieser Stelle allerdings nochmals auf den hohen Detaillierungsgrad der beschriebenen Qualitätsanforderungen hinzuweisen, der z. T. durchaus in Frage zu stellen ist.

Daneben besitzt der baden-württembergische Rahmenvertrag nach § 93d BSHG über die voll- und teilstationäre pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern eher untergeordnete Bedeutung für die Steuerung von Pflegequalität. Der Vertrag bildet die Grundlage für die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen, die zwischen Sozialhilfeträgern und Einrichtungsträgern individuell verhandelt werden. Er regelt die wesentlichen Austauschbeziehungen zwischen den Akteuren und stellt sicher, dass die pflegerischen Versorgungsleistungen für Sozialhilfeempfänger im Sinne der Sozialhilfe erbracht werden (vgl. Kap. 3.3.3.3). Im Rahmen der Vertragsanalyse konnten eine Reihe von pflegequalitätsrelevanten Inhalten identifiziert werden, wobei auch diese die Ergebnisqualität aussparen (vgl. Kap. 5.2.1.3). Es handelt sich hierbei jedoch um sehr allgemein gehaltene Ausführungen, die vollständig über das SGB XI, die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (vgl. Kap. 5.2.1.1) und den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über die pflegerische vollstationäre Versorgung (vgl. Kap. 5.2.1.2) abgedeckt sind. Die Inhalte dieser Regularien sind für zugelassene Pflegeeinrichtungen ohnehin verbindlich und vorrangig zu beachten (vgl.

Kap. 3.3.4.6). Folglich ergeben sich für sie aus dem Rahmenvertrag nach § 93d BSHG keine zusätzlichen Qualitätsanforderungen.

5.3.1.2 Individualverträge

Verglichen mit den Kollektivverträgen enthalten die analysierten Individualverträge nur in geringem Maß pflegequalitätsrelevante Inhalte, wobei auch hier gilt, dass nicht erfasste Indikatorenbereiche nicht generell als Defizit zu bewerten sind (vgl. Kap. 5.3.1.1). In den Individualverträgen werden hauptsächlich Regelungen zur Potenzialqualität getroffen. Vorgaben hinsichtlich der Prozessqualität beinhalten lediglich Heimverträge und Aspekte der Ergebnisqualität werden in keinem der Individualverträge thematisiert (vgl. Tab. 5-3). Bei den Individualverträgen handelt es sich – mit Ausnahme des Heimvertrags – um verhältnismäßig kurze Verträge mit eng gefasstem Vertragsgegenstand. Dennoch ist der Einfluss der Vertragsinhalte auf die Pflegequalität der vollstationären Pflege als hoch einzuschätzen.

Die Steuerungswirkung der analysierten Versorgungsverträge beruht auf deren Vorgaben zur Gestaltung der Pflegequalität. Die Verträge definieren einrichtungsindividuelle, leistungswirtschaftliche und finanzwirtschaftliche Ziele. Den Pflegeheimen wird auf diese Weise ein individueller Versorgungsauftrag über eine bestimmte Anzahl von Plätzen für die vollstationäre Pflege zugewiesen. Die Bereitstellung dieses Leistungsangebots liegt in der Verantwortung der Einrichtung (vgl. Kap. 5.2.2.1). In Anlehnung an den Inhalt der Versorgungsverträge werden in den Vergütungsvereinbarungen und den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen bedeutende Produktionsfaktoren verhandelt und festgeschrieben, die notwendigerweise in den Leistungserstellungsprozess eingehen und die Pflegequalität maßgeblich gestalten.

Die Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI legen Nominalfaktoren fest, die von den Kostenträgern übernommen werden (vgl. Tab. 5-3: Indikatorenbereiche A3.3). Die über die Vereinbarung geregelten Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind die wichtigsten Geldquellen der Pflegeheime (vgl. Rizvi 2007, S. 17). Die leistungsgerechten Pflegesätze (§ 84 Abs. 2 SGB XI) und die angemessenen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) ermöglichen den Heimen die Erfüllung ihrer gesetzlichen und vertraglichen Aufgaben (vgl. Kap. 3.3.4.3). Prämisse für die Einrichtung ist es, mit den festgelegten Nominalfaktoren mindestens eine Deckung der Gesamtkosten zu erreichen. Hiernach müssen sie ihr wirtschaftliches Handeln ausrichten. Die Vergütungsbedingungen sind somit ein zentraler Aspekt, der die Pflegepraxis und die Pflegequalität in den Einrichtungen bestimmt.

In der Praxis führt dies allerdings dazu, dass qualitative Forderungen, die an die pfle-

gerische Versorgung gestellt werden z. T. ungenügend erfüllt werden. Hiervon betroffen sind vor allem Bereiche, die im System der Pflegevergütung nicht mit Vergütungswerten hinterlegt sind. Hierzu zählt z.B. die soziale Betreuung der Bewohner oder die spezielle Betreuung und Begleitung dementer Pflegebedürftiger. Diese Leistungen sind nicht explizit über das Leistungssystem der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt und somit keine vergütungsfähigen Leistungen. Die Leistungserbringung orientiert sich an den Geldströmen der sozialen Pflegeversicherung und nicht an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen (vgl. Sachverständigenrat 2005, S. 404; Wiese 2004, S. 135 u. 179; Wiese 2005, S. 64 ff.).

Für eine Verbesserung dieser defizitär erbrachten Leistungen wird vorgeschlagen, sie in die Leistungssystematik des SGB XI aufzunehmen (vgl. Wiese 2004, S. 187 f.). Jedoch birgt die stationäre Vergütungssystematik noch weitere Probleme, die hiermit nicht tangiert werden würden. Maßgebliche Kritikpunkte sind die weitreichende Offenbarungspflicht der Heimträger in den Vergütungsverhandlungen und die ungenügenden Anreizstrukturen bzw. Fehlanreize des Vergütungssystems. Innerhalb der Vergütungsverhandlungen muss der Pflegeheimträger den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern weitreichenden Einblick in einrichtungsinterne Unterlagen gewähren. Neben Art, Inhalt, Umfang und Kosten der direkt vergütungsrelevanten Leistungen sind auf Anfrage der Verhandlungspartner auch Teile des Jahresabschlusses, Kosten für die sachliche und personelle Ausstattung etc. darzulegen (§ 85 Abs. 3 SGB XI). Diese Offenbarungspflicht der Träger steht sowohl mit dem Wettbewerbsprinzip des Pflegemarktes als auch mit dem Übergang des Selbstkostendeckungsprinzips zur leistungsgerechten Finanzierung im Widerspruch – beide Prinzipien sind aber eigentlich Intention der sozialen Pflegeversicherung (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 824 f.; Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 30).

Bei dem derzeitigen Vergütungsverfahren spielen die einrichtungsindividuellen Selbstkosten (und Erlöse) neben einrichtungsübergreifenden Orientierungswerten, die von den Kostenträgern einseitig festgesetzt werden, dennoch eine maßgebliche Rolle. Einerseits können die Heime aufgrund höherer Selbstkosten auch höhere Entgelte verhandeln. Andererseits führen Rationalisierungen und Einsparungen in der nächsten Verhandlungsrunde vielfach zu Budgetkürzungen, da Überschüsse meist als Indiz für zu hohe Leistungsentgelte bewertet werden. Den Einrichtungen wird somit durch die aktuelle Vergütungssystematik kein Anreiz zu Effizienzsteigerung, Innovation und Rationalisierung gegeben (vgl. Hölscher 2006, S. 331 ff.; Klie 2003, S. 80 ff.; Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 29 u. 38). Weitere Fehlanreize sind durch die Orientierung der Pflegesätze am Grad der Pflegebedürftigkeit bedingt: Je höher der Grad der Pflegebedürftigkeit ist, desto größer ist der Betrag, der den Pflegeheimen erstattet wird. Verbesserungen des Gesundheitszustands, die sich durch eine niedrigere Pflegestufe äußern,

führen folglich zu einer geringeren Vergütung für die Heime. Auch hier bietet die Vergütungssystematik keine Anreize für Leistungsverbesserungen und -optimierungen (vgl. Garms-Homolova 2002, S. 249). Aufgrund der dargestellten Kritikpunkte an der aktuellen Vergütungsfindung sollte über alternative Verfahren nachgedacht werden.

Weiterhin ist an dieser Stelle das Repräsentationsproblem der Pflegebedürftigen bei den Vergütungsverhandlungen zu erörtern. In den Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI werden neben den Pflegesätzen auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung von den Vertragspartnern festgelegt. Kostenträger dieser Aufwendungen sind in erster Linie die Heimbewohner, die jedoch nicht als Vertragspartner auftreten. In den Verhandlungen vertreten die Pflegekassen die Bewohnerinteressen und werden somit ihrer Funktion als Sachwalter der Pflegebedürftigen gerecht (vgl. Kap. 3.3.4.3). Grundsätzlich sind den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Möglichkeiten zur Beeinflussung der Vergütungsvereinbarungen der pflegerischen Versorgung gegeben. So hat der Einrichtungsträger bei Aufnahme der Verhandlungen seinen Kalkulationsunterlagen auch eine schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats oder des Heimfürsprechers – in ihrer Funktion als Heimbewohnervertretung – beizulegen (§ 85 Abs. 3 SGB XI). Für diese Stellungnahme muss der Heimträger den Heimbeirat/Heimfürsprecher ausführlich über die Verhandlungen und eventuell geplante Entgelterhöhungen informieren. Heimbeirat und Heimfürsprecher können hierfür auch Einsicht in die Kalkulationsunterlagen nehmen (§ 7 Abs. 3 u. 4 HeimG). Weiterhin sind die Heimbewohner vertreten durch den Heimbeirat an den Vergütungsverhandlungen zu beteiligen (§ 1 Abs. 2 HeimMwVO). Allerdings fehlen den Heimbeiratsmitgliedern hierfür in der Regel die notwendigen Kenntnisse. Ihnen stehen zwar gemäß § 2 HeimMwVO Schulungen über das Heimrecht und die ausführenden Verordnungen zu. In der Praxis wird dies jedoch kaum umgesetzt, da sich eine Beteiligung des Heimbeirats bei den Pflegesatzverhandlungen als nicht Nutzen bringend erwiesen hat. Derzeit gibt es im Rahmen der Entbürokratisierung des Heimrechts Bestrebungen dieses Mitwirkungsrecht wieder abzuschaffen (vgl. BMFSFJ 2006a, S. 119 f.; Igl 2006, S. 426 f.; Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 21).

Abschließend ist festzuhalten, dass den Heimbewohnern und ihren Angehörigen zwar grundsätzlich Möglichkeiten der Einflussnahme gegeben sind, aber diese eher als begrenzt einzustufen sind (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 839). Generell scheint das Repräsentationsproblem der Pflegebedürftigen in der Vertragsgestaltung nicht umfassend lösbar zu sein (vgl. Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 64). Diese Problematik betrifft nicht nur die Vergütungsvereinbarungen, sondern auch andere Vertragsarten, an denen der Pflegebedürftige nicht beteiligt ist.

Zusammenfassend sind die Vergütungsvereinbarungen als wichtiges Steuerungsinstrument von Pflegequalität zu identifizieren, da sowohl die Vergütungssystematik als

auch die individuell definierten Vergütungsbedingungen weitreichenden Einfluss auf die Qualität der vollstationären Pflege besitzen.

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI gestalten die eingesetzten mitarbeiterbezogenen Potenziale maßgeblich: Anhand der Festlegung der Fachkraftquote und der Personalrichtwerte werden die Rahmenbedingungen der personellen Ausstattung in den Heimen bestimmt (vgl. Kap. 5.2.2.3). Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen beeinträchtigen die vollstationäre Pflegequalität in zweifacher Hinsicht.

Grundsätzlich ist anerkannt, dass zahlenmäßig ausreichendes und gut qualifiziertes Personal eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für eine gute Pflegequalität darstellt (vgl. BMFSFJ 2006a, S. 73). Der Zusammenhang zwischen einer genügenden Personalausstattung und einer verbesserten pflegerischen Versorgung sowie einer Erhöhung der Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit gilt als erwiesen (vgl. Bertermann 2006, S. 4 f.; BMFSFJ 2006a, S. 86; o.V. 2006a, S. 247 ff.). Es ist belegt, dass eine angemessene Stellenbesetzung die Inzidenz von nicht beabsichtigten Vorkommnissen, wie Stürzen oder falschen Medikamentengaben, verringert und auch mit geringeren Morbiditäts- und Mortalitätsraten korreliert. Gleichzeitig erhöht sich die Zufriedenheit der Bewohner, da ihnen das Gefühl von besserer Versorgung und Sicherheit vermittelt wird (vgl. o.V. 2006a, S. 247 ff.). Zudem wirkt sich eine befriedigende personelle Ausstattung auch positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter aus. Das Arbeitsfeld der stationären Pflege ist sehr belastungsintensiv. Folglich erhöht ein ungünstiges zahlenmäßiges Verhältnis zwischen Bewohnern und Personal die Arbeitsbelastung und begünstigt emotionale Erschöpfung, Unkonzentriertheit, Stress und gesundheitliche Beeinträchtigungen des Personals. Diese Faktoren wirken sich direkt negativ auf die Mitarbeiterzufriedenheit aus (vgl. Bertermann 2006, S. 4 f.; BMFSFJ 2006a, S. 86; o.V. 2006a, S. 249). Trotz dieser Erkenntnis ist in den vergangenen Jahren vor dem Hintergrund knapper Finanzmittel, vermehrter Pflegebedürftigkeit und einer höheren Pflegeintensität verstärkt eine Reduktion des Pflegepersonals in stationären Einrichtungen mit negativen Folgen für die Arbeitssituation zu beobachten (vgl. Wiese 2004, S. 179 u. S. 230).

Als zweiter Punkt ist hier zu nennen, dass die Regelungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen eine wichtige Grundlage für die Vergütungsverhandlungen nach § 85 SGB XI über Pflegesätze, Unterkunft und Verpflegung sind und sie auf diesem Weg die Qualität der vollstationären Pflege beeinträchtigen. Anzahl und Bezahlung des Personals sind ein großer Kostenfaktor. Beide Faktoren gehen in die Kalkulation der Pflegesätze ein und haben maßgeblichen Einfluss auf die vereinbarten Vergütungshöhen (vgl. Kap. 3.3.4.4). Auf diesem indirekten Weg beeinträchtigen die

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen die verfügbaren, nominalen Mittel und wirken auf die Pflegequalität.

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sind erst durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz im Jahr 2002 eingeführt worden und stehen seitdem im Fokus pflegewissenschaftlicher und politischer Diskussionen. Sie sollen die Lücke zwischen Leistungsvereinbarungen und Leistungsvergütung schließen und sind nach § 80a Abs. 2 SGB XI als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung heranzuziehen. Auf diese Weise sollen sie die Einrichtungsträger bei der Verhandlung von einrichtungsindividuellen leistungsgerechten Entgelten unterstützen. Es herrscht allerdings Einigkeit darüber, dass die Konzeption der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen unausgegoren ist (vgl. Göpfert-Divivier/Pfeifer 2006, S. 164; Igl/Tallich 2006, S. 461 ff.; Hölscher 2007, S. 41; VDAB 2005b, S. 5). Einige Seiten fordern bereits die Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Sie betrachten die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen als überflüssiges Instrument mit unverhältnismäßig hohem bürokratischen Aufwand, welches den Einrichtungsträgern nicht zu einem leistungsgerechteren Ergebnis bei den Vergütungsverhandlungen verhilft. Andere Teile der Politik und der Fachöffentlichkeit vertreten hingegen eine neutralere Ansicht und verweisen auf die Bedeutung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen als Sicherungsinstrument für eine angemessene Personalausstattung (vgl. Kap. 3.3.4.4). Die gegensätzlichen Positionen sind z.T. bedingt durch die sehr unterschiedliche Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen in den Bundesländern. Bei den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung betrachteten baden-württembergischen Vertragsbeispielen handelt es sich um vergleichsweise kurze Verträge, die sich auf die Festlegungen zur personellen Ausstattung beschränken und somit nicht alle der gesetzlich geforderten Inhalte abdecken. Diese Art der Verträge wird in der Literatur als abschaffungswürdig erachtet, da sie keine Bemessungsgrundlage für leistungsgerechte Entgelte darstellen (vgl. Hölscher 2007, S. 41). Dem ist einerseits entgegenzuhalten, dass die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen einen durchaus hohen Einfluss auf die Qualität in der Pflege besitzen und die Personalbemessung bisher nicht über andere Regularien geregelt ist. Andererseits wird durch die strikten Vorgaben zur Personalausstattung in originäre organisatorische Aufgaben der Einrichtungen eingegriffen. So ist der Einrichtungsträger stets zur Vorhaltung der vereinbarten personellen Ausstattung verpflichtet. Auf Verlangen der Kostenträger muss er nachweisen, dass er die definierte Anzahl an Mitarbeitern auch tatsächlich bereithält und bestimmungsgemäß einsetzt (§ 80a Abs. 5 SGB XI). Sofern die Vereinbarungen nicht eingehalten werden, kann es zu Kürzungen der Pflegesätze kommen (§ 115 Abs. 3 SGB XI). Hiervon wird in der Praxis auch Gebrauch gemacht (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 772).

Generell ist der Einrichtungsträger durch diese Vorgehensweise bei seiner Personalplanung und -bemessung stark eingeschränkt. Ihm verbleiben kaum Reaktionsmöglichkeiten auf einrichtungsspezifische Bedingungen, wie z.B. die kurzfristige Änderung der Bewohnerstruktur durch Umstufungen, Neueinzüge oder Todesfälle (vgl. Klie/Krahmer 2003, S. 771 f.; Rothgang/Wasem/Greß 2004, S. 49 f.).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die analysierten Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen durch die Festlegungen zur personellen Ausstattung direkten Einfluss auf die vollstationäre Pflegequalität nehmen. Die Pflegeeinrichtungen werden auf diese Weise jedoch stark in ihrer einrichtungsindividuellen Gestaltungsfreiheit eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Konzeption der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen grundlegend zu überdenken.

Auch die Vergütungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG/§ 75 Abs. 3 SGB XII über Pflegestufe 0 und abrechenbare Investitionsaufwendungen beeinträchtigen durch die Festlegung relevanter Nominalfaktoren den Finanzrahmen der Pflegeheime (vgl. Kap. 5.2.2.4). Ebenso wie die Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über Pflegesätze und Unterkunfts-/Verpflegungsentgelte beeinflussen auch die Vereinbarungen mit den Sozialhilfeträgern die Erstellung der pflegerischen Versorgung und deren Qualität. In der Summe handelt es sich hier um relativ geringe Beträge, von denen eine geringere Wirkung ausgeht. Aus diesem Grund soll die Bedeutung der Vereinbarungen nicht weiter erörtert werden.

Arbeitsverträge sind die einzige Vertragsart in der Vertragslandschaft, an der die Pflegekräfte als Vertragspartner beteiligt sind. In den analysierten Mustern der Arbeitsverträge konnten keine pflegequalitätsrelevanten Inhalte identifiziert werden (vgl. Kap. 5.2.2.5). Dennoch spielen sie eine Rolle bei der Steuerung von Pflegequalität.

Durch den Arbeitsvertrag stellt der Mitarbeiter seine Arbeitsleistung gegen eine festgelegte Vergütung zur Verfügung (vgl. Kap. 3.3.4.7). Er verpflichtet sich hiermit auch zur Erfüllung gesetzlicher und rechtlicher Qualitätsanforderungen, die an das Heim bzw. an den Träger gestellt werden. Gesetzliche und rechtliche Regularien mit qualitätssteuernder Wirkung erhalten durch den Vertragsabschluss auch Gültigkeit für die Pflegekräfte. Ebenso gelten auch einrichtungsinterne Anweisungen und Vorgaben, die die Pflegequalität steuern.

Grundsätzlich wird den Pflegekräften maßgeblicher Einfluss auf die Pflegequalität zugesprochen und es gilt als erwiesen, dass sich die Motivation und Zufriedenheit des Personals maßgeblich auf das Pflegeergebnis auswirkt (vgl. BMFSFJ 2006a, S. 4, Kap. 2.3.5.3, 4.1.1.3 u. 4.2.4.2). Dieser Erkenntnis folgend ist zunehmend eine Berücksichtigung der Mitarbeiterinteressen und -bedürfnisse in den Pflegeheimen zu beo-

bachten. Diese Entwicklung wird auch durch die vermehrte Anwendung der DIN EN ISO 9001:2000 begünstigt, die den Mitarbeiter verstärkt in den Mittelpunkt stellt (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 55). Mitarbeiterorientierung zeigt sich sowohl in einrichtungsinternen Festlegungen, als auch in anderen vertraglichen Regularien. Einen Großteil der Arbeitsbedingungen regeln einrichtungsinterne Dienstvereinbarungen oder Arbeitsanweisungen. Maßgeblicher Unterschied zum Vertrag ist die Einseitigkeit der Vereinbarungen, d.h. die Vorgaben werden von Seiten der Einrichtung durch Träger, Heimleitung oder Vorgesetzte vorgegeben und bedürfen nicht der Zustimmung des Mitarbeiters. Zumeist sind die Vorgaben in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsystem eingebunden und von Vorteil für die Mitarbeiter. Definierte Prozesse und schriftliche Arbeitsanweisungen geben Handlungssicherheit und gewährleisten strukturierte und planbare Arbeitsabläufe (vgl. Klie 1995, S. 16 ff.; Dühring 1998b, S. 10 f.).

Eine Vielzahl von mitarbeiterorientierten Regelungen resultiert aus den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI (vgl. Kap. 5.2.1.1) und dem Landes-Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI (vgl. Kap. 5.2.1.2). Der Träger ist z.B. durch die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI verpflichtet, die fachliche Qualifikation des Personals durch geplante funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Allen Mitarbeitern soll die Möglichkeit gegeben werden, ihr Fachwissen regelmäßig zu aktualisieren. Aus Sicht der Arbeitnehmer ist dies durchaus zu befürworten, dennoch sollte die Implementierung und Ausgestaltung dieser internen Prozesse den Pflegeheimen und ihren Trägern selbst überlassen werden (vgl. Kap. 5.3.1.1).

Neben der Verbesserung der Arbeitsumgebung und -organisation werden auch in der Pflege zunehmend Anreizsysteme als Mitarbeitermotivatoren eingesetzt. Meist verbreitet sind monetäre Modelle in Form von leistungs- und erfolgsorientierter Entlohnung der Mitarbeiter (vgl. Kather 2005, S. 123 f.; Peters 2006, S. 17). Vorgaben hierzu enthalten auch Tarifverträge und AVR. So sieht der TVöD für die Angestellten eine leistungsgerechte Vergütung vor. Allerdings mangelt es an der derzeitigen Umsetzung (vgl. Denzler 2006, S. 48 f.). Auch die überarbeiteten AVR/Diakonie, die im Jahr 2008 in Kraft treten sollen, setzen auf anforderungs- und erfolgsgerechte Entgeltsysteme (vgl. Eyer 2007, S. 157; Riege 2007, S. 153 f.).

Zu dieser Thematik ist abschließend festzuhalten, dass von den Pflegeheimen grundsätzlich Maßnahmen zur Mitarbeiterorientierung und -motivation etabliert werden sollten. Ob dies jedoch innerhalb von Arbeitsverträgen, internen Anweisungen oder kollektiven Tarifverträgen bzw. Arbeitsvertragsrichtlinien geschieht, ist Entscheidung der Einrichtung bzw. abhängig von der Trägerschaft. Unabhängig davon werden die Angestellten durch die Arbeitsverträge verpflichtet, ihren Beitrag zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen, die an ihren Arbeitgeber gestellt werden, zu leisten. Auf diese Weise haben alle Arbeitsverträge – unabhängig von einer Tarifbindung und ihrer speziellen

inhaltlichen Ausgestaltung – Bedeutung für die Qualität in der Pflege.

Heimverträge sind – neben den Versicherungsverträgen – die einzige Vertragsart, an der die Pflegebedürftigen als Vertragspartner beteiligt sind. Sie regeln die Beziehungen zwischen Pflegeheim und Bewohner. Hauptbestandteil sind die Leistungen des Heims, die der Bewohner aufgrund seiner persönlichen Bedürfnisse und Interessen in Anspruch nimmt (vgl. Kap. 3.3.4.8). Die vorliegende Untersuchung zeigt auf, dass Heimverträge diverse Indikatorenbereiche der Potenzial- und Prozessqualität thematisieren. Für beide Vertragspartner ergeben sich zusätzliche einrichtungs- und bewohnerindividuelle Qualitätsanforderungen, die nicht über sonstige gesetzliche oder vertragliche Regelwerke erfasst sind (vgl. Kap. 5.2.2.6). Im Gegensatz zu den Kollektivverträgen, bei denen weitreichende Vorgaben zu den genannten Qualitätsdimensionen kritisiert wurden, sind die Festlegungen hier durchaus zu befürworten. Denn an dieser Stelle geschehen sie durch die Träger oder Einrichtungen, d.h. durch die originär für die Aufbau- und Ablauforganisation Verantwortlichen (vgl. Kap. 5.3.1.1). Zudem ist es ordnungsgemäß, dass die Pflegeheime die Qualität ihrer Leistungen mit den Heimbewohnern als Leistungsabnehmer vereinbaren und ihnen gegenüber verantworten. Auch in der Literatur wird darauf hingewiesen, dass der Heimvertrag durchaus für die Konkretisierung von Leistungsangeboten und -abläufen genutzt werden sollte (vgl. Igl/Tallich 2006, S. 462; Schütte 1996, S. 262). Die Eingriffsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen auf die Vertragsgestaltung sind aber stark eingeschränkt, da in der Regel Musterverträge verwendet werden und viele Rahmenbedingungen bereits verbindlich über das SGB XI oder die Verträge zwischen Pflegeheim und Kostenträgern geregelt sind. Bewohnerindividuell festgelegt werden lediglich grobe Leistungspakete und Angaben zu Einzel-/Doppelzimmer, Stockwerk etc.

5.3.1.3 *Fazit*

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl Kollektiv- als auch Individualverträge als Instrumente zur Steuerung vollstationärer Pflegequalität eingesetzt werden.

Die Untersuchungsergebnisse der Kollektivverträge zeigen auf, dass diese eine Vielzahl pflegequalitätsrelevanter Vorgaben beinhalten – wobei der Schwerpunkt auf der Potenzial- und der Prozessqualität liegt. Auf diese Weise dienen Kollektivverträge vor allem der Gestaltung und Lenkung von Pflegequalität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Es ist jedoch auch festzustellen, dass die Pflegeheime durch die z.T. sehr detaillierten und umfassenden Vertragsinhalte erheblich in ihrer unternehmerischen Freiheit eingeschränkt werden. Diese Ausführungen bergen ein Entbürokratisierungspotenzial. Im Gegenzug erfährt die Ergebnisqualität kaum eine Regelung, obwohl gerade ihre Bedeutung in diversen Untersuchungen und Veröffentlichungen hervorgehoben

wird. Anhand der vorliegenden Analyseergebnisse lassen sich folgende Schlussfolgerungen für die betrachteten Kollektivvertragsarten ableiten:

- Die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen spielen für die Steuerung von Pflegequalität eine zentrale Rolle. Sie beschreiben Qualitätsanforderungen für die Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen und berücksichtigen dabei auch die unterschiedlichen Sichtweisen von Pflegequalität. Der Schwerpunkt liegt auf den Maßstäben für die Potenzial- und Prozessqualität. Bei der anstehenden Überarbeitung der Vereinbarungen sollten die Ergebnisqualität fokussiert werden und im Gegenzug die Vorgaben zur Potenzial- und Prozessqualität auf ihr Entbürokratisierungspotenzial hin untersucht und gegebenenfalls gekürzt werden.
- Auch dem baden-württembergischen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über die pflegerische Versorgung kann eine maßgebliche Bedeutung für die Steuerung von Pflegequalität zugesprochen werden. Der Vertrag befasst sich jedoch nicht mit der Ergebnisqualität, sondern beschränkt sich auf die Festlegung von Anforderungen, die die Potenzial- und Prozessqualität beeinflussen. Auch hier wäre es wünschenswert, die Regelungen zu überarbeiten, die die Einrichtungen in ihrer unternehmerischen Freiheit einschränken und vielmehr die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt zu rücken.
- Der Rahmenvertrag nach § 93d BSHG/§ 79 SGB XII über die voll- und teilstationäre pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern hat lediglich untergeordnete Bedeutung für die Steuerung von Pflegequalität. Es sind keine pflegequalitätsrelevanten Inhalte zu identifizieren, die nicht bereits über das SGB XI oder die vertraglichen Regelungen nach SGB XI abgedeckt und somit für zugelassene Pflegeheime definiert sind.

Die Analyseergebnisse der betrachteten Individualverträge legen dar, dass diese – verglichen mit den Kollektivverträgen – nur wenige qualitätsrelevante Indikatorenbereiche thematisieren. Dennoch besitzen Individualverträge eine hohe Steuerungswirkung auf die vollstationäre Pflegequalität, da Bereiche mit hohem Einfluss auf die pflegerische Leistungserstellung eine Regelung erfahren. Folgende Schlussfolgerungen lassen sich für die analysierten Vertragsarten ableiten:

- Anhand der Versorgungsverträge werden den Pflegeheimen allgemeine Betriebsziele zugewiesen. Die Verträge dienen somit der Qualitätsgestaltung.
- Die Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über pflegerische Versorgungsleistungen legen maßgebliche Nominalfaktoren der Pflegeheime fest. Sie definieren Vergütungsbedingungen, die den Finanzrahmen der Pflegeheime maßgeblich gestalten, und haben auf diese Weise weitreichende Auswirkungen auf die vollsta-

tionäre Pflegequalität. Die derzeit angewandte Vergütungsfindung und Vergütungssystematik greift jedoch durch die Offenlegungspflicht in die unternehmerische Freiheit der Pflegeheime ein, bringt keine Anreize für innovatives, wirtschaftliches Handeln und sollte überdacht werden.

- Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI beeinträchtigen durch ihre Festlegungen zur personellen Ausstattung die vollstationäre Pflegequalität. Die Einflussnahme erfolgt einmal über den Zusammenhang zwischen einer angemessenen Personalausstattung und der pflegerischen Versorgungsqualität sowie der Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit. Zudem sind die vereinbarten Personalzahlen maßgeblicher Kostenfaktor und dienen als Bemessungsgrundlage für die Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern. Durch die starre Festlegung der personellen Ausstattung wird der Einrichtung aber der Handlungsspielraum genommen, um flexibel auf Veränderungszwänge, wie z.B. Belegänderungen oder die Marktsituation reagieren zu können. Aufgrund der genannten Kritikpunkte ist die Überarbeitung der Vertragskonzeption anzuregen.
- Auch die Vergütungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG/§ 75 Abs. 3 SGB XII über die Regelung relevanter Nominalfaktoren haben Einfluss auf die Qualität der vollstationären pflegerischen Versorgung. Allerdings ist ihre Wirkung verglichen mit den Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI zu vernachlässigen, da die Vergütungen den Finanzrahmen der Heime nur in relativ geringem Umfang beeinträchtigen.
- Durch Arbeitsverträge stellen die Mitarbeiter dem Heimträger ihre Arbeitsleistung gegen Entgelt zur Verfügung und verpflichten sich zugleich ihren Beitrag zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen, die an das Heim gestellt werden, zu leisten. Aus den analysierten Vertragsinhalten ergeben sich jedoch keine zusätzlichen pflegequalitätsrelevanten Aspekte.
- Die Heimverträge nach § 5 HeimG spielen eine wichtige Rolle bei der Steuerung der Pflegequalität. Die Verträge regeln eine Vielzahl qualitätsrelevanter Gesichtspunkte. Der teilweise hohe Detaillierungsgrad der Vertragsinhalte ist hier gutzuheißen, da die beiden Vertragspartner auch als Hauptakteure direkt an der pflegerischen Leistungserstellung beteiligt sind. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass die Heimbewohner nur sehr eingeschränkte Einflussmöglichkeiten auf die Vertragsgestaltung besitzen, da in der Regel einheitliche Musterverträge verwendet werden.

5.3.2 Beurteilung der Methodik und der Allgemeingültigkeit

Generell steht jede wissenschaftliche Untersuchung vor der Herausforderung, für ihre spezielle Problemstellung die jeweils angemessene Methode zu finden bzw. zu entwickeln (vgl. Früh 1998, S. 249). Jede Methodik hat ihre eigenen Vor- und Nachteile, die

bei der Anwendung zu berücksichtigen sind und Einfluss auf die Qualität der Untersuchungsergebnisse haben. Für die Bearbeitung der Forschungsfrage war die Methode der empirischen Inhaltsanalyse zielführend – auch wenn sie in der Literatur teils kritisch diskutiert wird. Skeptisch beurteilt wird insbesondere die Validität, die häufig nur auf Plausibilität beruhe und sich auf zahlreiche Hypothesen stütze. Aus diesen Gründen seien der empirische Ertrag und die theoretische Bedeutung der Methode als eher gering einzuschätzen (vgl. Friedrichs 1980, S. 333; Lamnek 2005, S. 512; Schnell/Hill/Esser 2005, S. 413). Andererseits ist die empirische Inhaltsanalyse ein häufig angewandtes Verfahren und wird von anderen Autoren als durchaus zuverlässige, gültige Methode der Datenerhebung angesehen (vgl. Früh 1998, S. 249 f; Kromrey 1980, S. 217 ff.; Lamnek 2005, S. 512). Die Stärke und zugleich aber auch das zentrale Problem der Methodik der empirischen Inhaltsanalyse liegen im Prozess der Datenreduktion: Eine Vielzahl von Wörtern, Sätzen und Textpassagen (Vertragstexte) wird in eine beschränkte Anzahl von Kategorien (Strukturbestandteile des Indikatorensystems) klassifiziert (vgl. Früh 1998, S. 250; Schnell/Esner/Hill 2005, S. 412). Schwierigkeiten sind dabei maßgeblich bedingt durch die Validität des Indikatorensystems und die Inter-/Intracoder-Reliabilität (vgl. Kap. 5.1.1). Folgende Schritte der Untersuchungskonzeption und -durchführung haben – soweit möglich – zur Minimierung dieser Probleme beigetragen (vgl. Kap. 5.1.3):

- Das angewandte Indikatorensystem wurde explizit im Hinblick auf das Analyseziel konzipiert, um ein hohes Maß an Validität sicherzustellen. Zudem wurde es im Untersuchungsverlauf ständig weiterentwickelt, um eine hohe Eindeutigkeit der Zuordnung von Vertragspassagen zu den Strukturbestandteilen des Indikatorensystems zu erreichen.
- Die Vercodung der Vertragsbeispiele erfolgte ausschließlich durch die Autorin der vorliegenden Arbeit und wurde mehrmals in unterschiedlichen zeitlichen Abständen wiederholt, überprüft und gegebenenfalls abgeglichen. Auf diese Weise konnte eine hohe Konsistenz und Reliabilität der Vercodung sichergestellt werden.
- Weiterhin ist die Vorgehensweise bei der Datenerhebung, der Ergebnisdarstellung und -beurteilung sehr detailliert beschrieben worden. Die Ausführungen gewährleisten eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit analyserelevanter Entscheidungen und sichern so den Wert und die intersubjektive Rekonstruktion der wissenschaftlichen Ergebnisse.

Unabhängig von den Stärken und Schwächen der Methode ist zu konstatieren, dass die Methode der empirischen Inhaltsanalyse ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren darstellt. Die Bedeutung und der Einsatz beruhen auch auf dem Mangel an alternativen wissenschaftlichen Vorgehensweisen für die analytische Untersuchung von Texten

(vgl. Kromrey 1980, S. 217). Rein theoretisch wären für die vorliegende Arbeit auch andere empirische Vorgehensweisen möglich gewesen, z.B. hätten auch Interviews mit Pflegeexperten über die Relevanz von Verträgen für die Pflegequalität geführt werden können. Aufgrund der geringen Auswahl an qualifizierten Gesprächspartnern, die über fundierte Kenntnisse der Vertragslandschaft in der Pflege verfügen, wurde diese Überlegung jedoch wieder verworfen.

Neben dieser kritischen Bewertung des methodischen Vorgehens ist weiterhin zu erörtern, ob sich die Analyseergebnisse der ausgewählten vollstationären Vertragsbeispiele auch auf die gesamte Vertragsart bzw. auf das gesamte System der stationären Pflege (voll- und teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege) und auf das System der ambulanten und häuslichen Pflege in Deutschland übertragen lassen.

Bei einem Großteil der hier analysierten Vertragsbeispiele der vollstationären Pflege ist von einer vergleichsweise uniformen Vertragsgestaltung innerhalb der Vertragsarten und von geringen regionalen Unterschieden auszugehen. Folglich können die Ergebnisse der Vertragsanalyse weitestgehend auch auf andere Vertragsbeispiele der jeweiligen Vertragsart übertragen werden. Dies gilt vor allem für die Kollektivverträge und diejenigen Individualverträge der vollstationären Pflege, die auf bundesweit einheitlichen und konkreten Vorgaben – wie Bundesgesetzen und Bundesempfehlungen – basieren. Hier erfolgt durch konkrete inhaltliche Gestaltungsvorgaben eine starke Einschränkung der Vertragsfreiheit der Vertragspartner, was einheitliche Vertragsabschlüsse zur Folge hat. Hingegen ist die Übertragbarkeit der Untersuchungsergebnisse von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, Arbeitsverträgen und Heimverträgen aufgrund weniger stringenter Vorgaben und ausgeprägter Heterogenität der Vertragsgestaltung eingeschränkt. Tabelle 5-4 erläutert die Übertragbarkeit der Einzelergebnisse auf die Gesamtheit der Verträge der vollstationären Pflege im gesamten Bundesgebiet.

Tabelle 5-4 Übertragbarkeit der Untersuchungsergebnisse auf die vollstationäre Pflege der Bundesrepublik Deutschland

Analysierte Vertragsbeispiele	Begründung	Übertragbarkeit
Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen	⇒ Der Vertrag hat bundesweit Gültigkeit für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen.	Gegeben
Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über die vollstationäre pflegerische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Für jedes Bundesland existieren gesonderte Landes-Rahmenverträge. • Die Inhalte der Rahmenverträge sind durch § 75 SGB XI vorgegeben und orientieren sich eng an den Bundesempfehlungen für den Inhalt der Rahmenverträge. 	Gegeben

Analysierte Vertragsbeispiele	Begründung	Übertragbarkeit
	⇒ Die Unterschiede zwischen den Rahmenverträgen der Länder sind von geringer Bedeutung für die Problemstellung der vorliegenden Arbeit.	
Rahmenvertrag nach § 93d BSHG/§ 79 SGB XII über die pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern	<ul style="list-style-type: none"> • Für jedes Bundesland existieren gesonderte Landes-Rahmenverträge. • Die Inhalte der Rahmenverträge sind durch § 93d BSHG/§ 79 SGB XII vorgegeben und orientieren sich eng an den Bundesempfehlungen für den Inhalt der Rahmenverträge. Die Bundesempfehlungen beziehen sich auf den voll- und teilstationären Bereich. ⇒ Die Unterschiede zwischen den Rahmenverträgen der Länder sind von geringer Bedeutung für die Problemstellung der vorliegenden Arbeit.	Gegeben
Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vertragsinhalte sind gesetzlich über § 72 SGB XI geregelt. ⇒ Aufgrund der konkreten gesetzlichen Vorgaben ist von bundesweit einheitlichen Vertragsinhalten auszugehen.	Gegeben
Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über stationäre Versorgungsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vertragsinhalte sind gesetzlich über § 85 SGB XI geregelt. ⇒ Aufgrund der konkreten gesetzlichen Vorgaben ist von bundesweit einheitlichen Vertragsinhalten auszugehen.	Gegeben
Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> • Die groben Vertragsinhalte sind gesetzlich über § 80a SGB XI geregelt. Allerdings lässt der Gesetzgeber den Vertragspartnern einen großen Gestaltungsspielraum. ⇒ Derzeit ist eine sehr heterogene Vertragsgestaltung anzutreffen.	Beschränkt
Vergütungsvereinbarungen nach § 93 BSHG/§ 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vertragsinhalte sind gesetzlich über § 93 BSHG/§ 75 SGB XII geregelt. ⇒ Aufgrund der konkreten gesetzlichen Vorgaben ist von bundesweit einheitlichen Vertragsinhalten auszugehen.	Gegeben
Arbeitsverträge	<ul style="list-style-type: none"> • Die gesetzlichen Vorgaben des Arbeitsrechts lassen den Vertragspartnern einen großen inhaltlichen Gestaltungsspielraum. • Diverse Organisationen haben allgemeine – z.T. sehr unterschiedliche – Musterarbeitsverträge, Vorlagen und Erstellungshilfen für die Gestaltung von Arbeitsverträgen herausgegeben. • In der Regel werden Musterarbeitsverträge des Einrichtungsträgers verwendet. • Es finden Arbeitsverträge mit/ohne Tarifbindung Anwendung, was sich auf Umfang und Inhalt der Arbeitsverträge auswirkt. ⇒ Die Vertragsgestaltung ist sehr heterogen.	Beschränkt
Heimverträge nach § 5 HeimG	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vorgaben der §§ 5 ff. HeimG lassen den Vertragspartnern einen großen inhaltlichen Gestaltungsspielraum. • Diverse Organisationen haben allgemeine – z.T. sehr unterschiedliche – Musterheimverträge, Vorlagen und Erstellungshilfen für die Gestaltung von Heimverträgen herausgegeben. • In der Regel werden Musterheimverträge des Einrichtungsträgers verwendet. ⇒ Die Vertragsgestaltung ist sehr heterogen.	Beschränkt

(Quelle: eigene Darstellung, Kap. 3.3)

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse können nur eingeschränkt auf die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege übertragen werden. So ist das verwendete Indikatorensystem speziell auf die Anwendung in der vollstationären Pflege ausgerichtet. Besonderheiten der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege, wie beispielsweise das Überleitungsmanagement oder Probleme, die sich durch kürzere Verweilzeiten in der Einrichtung ergeben, sind folglich nicht integriert und wurden bei der Untersuchung nicht berücksichtigt. Zudem ist von Ungleichheiten zwischen den Inhalten der analysierten Vertragsbeispiele und Vertragsexemplen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege auszugehen. Hier existieren zwar keine Unterschiede in der Vertragslandschaft und es kommen die gleichen Vertragsarten zum Einsatz, die auch Gegenstand der Untersuchung waren. Inhaltlich muss aber damit gerechnet werden, dass sich die abgeschlossenen Verträge aufgrund des Leistungsumfangs und der z.T. unterschiedlichen Prozesse durchaus unterscheiden. Die Tabelle 5-5 erläutert die Übertragbarkeit der Analyseergebnisse der vollstationären Vertragsbeispiele auf die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege.

Auch für den ambulanten Bereich kann nur von einer stark eingeschränkten Übertragbarkeit gesprochen werden. Dies ist bedingt durch die konzeptionelle Ausrichtung des Indikatorensystems auf die vollstationäre Pflege und die Unterschiede zwischen den Vertragslandschaften der ambulanten und stationären Pflege. So müsste für die Anwendung auf die ambulante Pflege das Indikatorensystem an die dortigen Rahmenbedingungen, Abläufe und Besonderheiten angepasst werden. Als Exempel sei an dieser Stelle auf die unterschiedlichen Leistungsinhalte, die Leistungserbringung im häuslichen Umfeld und die Erbringung/Abrechnung von Einzel- und Leistungskomplexen verwiesen. Zudem ähneln sich die Vertragslandschaften der vollstationären und der ambulanten Pflege nur in Teilbereichen (vgl. Kap. 3.3.2). Verträge wie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, Heimverträge etc. gibt es im ambulanten Bereich nicht. Hingegen kommen zusätzliche Verträge wie beispielsweise Rahmenverträge für die ambulante Krankenpflege, Rahmenverträge über Pflegekurse, Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB über ambulante Pflegeleistungen oder Pflegeverträge zum Einsatz, die nicht Untersuchungsgegenstand waren. Lediglich einige Vertragsarten, wie z.B. Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI, Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über die pflegerische Versorgung und Versorgungsverträge werden in der vollstationären und in der ambulanten Pflege abgeschlossen. Es ergeben sich hier aber inhaltliche Unterschiede aufgrund des Leistungsspektrums, der Prozesse und der Rahmenbedingungen. Einen Überblick gibt ebenfalls Tabelle 5-5.

Im Bereich der häuslichen Pflege spielen Verträge eine untergeordnete Rolle (vgl. Kap.

3.3.2.1). Die analysierten Vertragsarten finden in der häuslichen Pflege sämtlich keine Anwendung. Folglich kann nicht von einer Übertragbarkeit der Ergebnisse gesprochen werden.

Tabelle 5-5 Übertragbarkeit der Untersuchungsergebnisse auf die teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und ambulante Pflege der Bundesrepublik Deutschland

Analysierte Vertragsbeispiele	Begründung	Übertragbarkeit
Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es existieren gesonderte Vereinbarungen für die vier Leistungssektoren (vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und ambulante Pflege). • Die Vertragsinhalte der vier Vereinbarungen resultieren aus einheitlichen gesetzlichen Vorgaben des § 80 SGB XI. <p>⇒ Die inhaltliche Gestaltung der vier Verträge ist aufgrund der gesetzlichen Vorgaben vergleichbar. Allerdings ergeben sich inhaltliche Unterschiede aufgrund des jeweiligen Leistungsspektrums und spezifischer Abläufe.</p>	Beschränkt
Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über die vollstationäre pflegerische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rahmenverträge der Länder werden gesondert für die vier Leistungssektoren (vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und ambulante Pflege) abgeschlossen. • Die Vertragsinhalte der vier Vereinbarungen resultieren aus einheitlichen gesetzlichen Vorgaben des § 75 SGB XI und orientieren sich eng an den Bundesempfehlungen für den Inhalt der Rahmenverträge. Es existieren separate Bundesempfehlungen für die vier Leistungssektoren. <p>⇒ Die inhaltliche Gestaltung der vier Verträge (bzw. der Bundesempfehlungen) ist aufgrund der gesetzlichen Vorgaben vergleichbar. Jedoch existieren – bedingt durch das Leistungsspektrum und die sich daraus ergebenden individuellen Abläufe – Unterschiede zwischen den einzelnen Rahmenverträgen (bzw. den Bundesempfehlungen) der Leistungssektoren.</p>	Beschränkt
Rahmenvertrag nach § 93d BSHG/§ 79 SGB XII über die pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rahmenverträge der Länder werden gesondert für die Leistungssektoren abgeschlossen. • Die Vertragsinhalte der jeweiligen Verträge resultieren aus einheitlichen gesetzlichen Vorgaben des § 93d BSHG/§ 79 SGB XII. • Für den voll- und teilstationären Bereich existiert zudem eine gemeinsame Bundesempfehlung für den Inhalt der Verträge. Die Rahmenverträge der Länder orientieren sich stark an den Bundesempfehlungen. <p>⇒ Der analysierte Vertrag bezieht sich auf die voll- und die teilstationäre Pflege.</p>	Gegeben für teilstat. Pflege
	<ul style="list-style-type: none"> • Für die Kurzzeitpflege und die ambulante Pflege existieren derzeit keine Bundesempfehlungen. <p>⇒ Es kann nicht von einer einheitlichen Vertragsgestaltung ausgegangen werden.</p>	Nicht gegeben für Kurzzeitpflege/ambulante Pflege
Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> • Die Versorgungsverträge werden mit Pflegeeinrichtungen aller Leistungssektoren abgeschlossen. • Die Vertragsinhalte sind gesetzlich über § 72 	Gegeben

Analysierte Vertragsbeispiele	Begründung	Übertragbarkeit
	<p>SGB XI geregelt.</p> <p>⇒ Aufgrund der konkreten gesetzlichen Vorgaben ist von bundesweit einheitlichen Vertragsinhalten auszugehen. Die Unterschiede ergeben sich lediglich aufgrund des individuellen Leistungsangebots der Pflegeeinrichtungen. Diese sind von geringer Bedeutung für die Problemstellung der vorliegenden Arbeit.</p>	
Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI über stationäre Versorgungsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vergütungsvereinbarungen über stationäre Versorgungsleistungen werden mit Pflegeheimen abgeschlossen, die vollstationäre, teilstationäre Pflege und/oder Kurzzeitpflege anbieten. • Für die drei Leistungssektoren gelten die einheitlichen gesetzlichen Vorgaben des § 85 SGB XI. <p>⇒ Aufgrund der konkreten gesetzlichen Vorgaben ist von bundesweit einheitlichen Vertragsinhalten auszugehen.</p>	Gegeben für teilstat. Pflege/Kurzzeitpflege
	<p>⇒ Die Vergütungsvereinbarungen über ambulante Pflegeleistungen sind über § 89 SGB XI geregelt. Die Vertragsinhalte sind zwar vergleichbar, es existiert jedoch ein anderes Vergütungssystem (Leistungskomplexe mit zugeordneten Punktwerten).</p>	Keine Anwendung für ambulante Pflege
Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> • Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen werden mit Pflegeheimen abgeschlossen, die vollstationäre, teilstationäre Pflege und/oder Kurzzeitpflege anbieten. • Die groben Vertragsinhalte sind gesetzlich über § 80a SGB XI geregelt. Allerdings lässt der Gesetzgeber den Vertragspartnern einen großen Gestaltungsspielraum. <p>⇒ Derzeit ist eine sehr heterogene Vertragsgestaltung anzutreffen.</p>	Beschränkt für teilstat. Pflege/Kurzzeitpflege
	<p>⇒ Es existiert kein entsprechender Vertrag für den ambulanten Bereich.</p>	Keine Anwendung für ambulante Pflege
Vergütungsvereinbarungen nach § 93 BSHG/§ 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vergütungsvereinbarungen werden mit Pflegeheimen abgeschlossen, die vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege und/oder Kurzzeitpflege anbieten. • Die Vertragsinhalte sind gesetzlich über § 93 BSHG/§ 75 SGB XII geregelt. <p>⇒ Aufgrund der konkreten gesetzlichen Vorgaben ist von bundesweit einheitlichen Vertragsinhalten auszugehen.</p>	Gegeben für teilstat. Pflege/Kurzzeitpflege
	<p>⇒ Im ambulanten Leistungssektor werden keine gesonderten Vergütungsvereinbarungen über Sozialhilfeleistungen abgeschlossen.</p>	Keine Anwendung für ambulante Pflege
Arbeitsverträge	<ul style="list-style-type: none"> • Die gesetzlichen Vorgaben des Arbeitsrechts lassen den Vertragspartnern einen großen inhaltlichen Gestaltungsspielraum. • Diverse Organisationen haben allgemeine – z.T. sehr unterschiedliche – Musterarbeitsverträge, Vorlagen und Erstellungshilfen für die Gestaltung von Arbeitsverträgen herausgegeben. • Unabhängig vom Leistungssektor werden in den Pflegeeinrichtungen meist Musterarbeitsverträge der 	Beschränkt

Analysierte Vertragsbeispiele	Begründung	Übertragbarkeit
	Einrichtungsträger verwendet. <ul style="list-style-type: none"> • Es finden Arbeitsverträge mit/ohne Tarifbindung Anwendung, was sich auf Umfang und Inhalt der Arbeitsverträge auswirkt. ⇒ In allen Leistungssektoren ist eine heterogene Vertragsgestaltung anzutreffen.	
Heimverträge nach § 5 HeimG	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vorgaben der §§ 5 ff. HeimG gelten für die Leistungsanbieter von vollstationärer Pflege, teilstationärer Pflege und von Kurzzeitpflege. Sie lassen den Vertragspartnern einen großen inhaltlichen Gestaltungsspielraum. • Diverse Organisationen haben allgemeine – z.T. sehr unterschiedliche – Musterheimverträge, Vorlagen und Erstellungshilfen für die Gestaltung von Heimverträgen herausgegeben. Die Empfehlungen differenzieren nicht, ob Leistungen der vollstationären Pflege, der teilstationären Pflege oder der Kurzzeitpflege angeboten werden. • In der Regel werden Musterheimverträge des Einrichtungsträgers verwendet. In Einrichtungen die Leistungen der voll- und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege anbieten, werden unabhängig vom Leistungsumfang einheitliche Musterverträge verwendet. Die abgeschlossenen Verträge unterscheiden sich folglich nur im individuell vereinbarten Leistungsumfang. ⇒ Die Vertragsgestaltung ist sehr heterogen.	Beschränkt für teilstat. Pflege/Kurzzeitpflege
	⇒ In der ambulanten Pflege werden anstelle von Heimverträgen Pflegeverträge nach § 120 SGB XI abgeschlossen.	Keine Anwendung für ambulante Pflege

(Quelle: eigene Darstellung, Kap. 3.3)

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Untersuchungsergebnisse der Vertragsbeispiele keine uneingeschränkte Allgemeingültigkeit für die gesamte deutsche vollstationäre Vertragslandschaft besitzen. Aufgrund der unterschiedlichen Vertragslandschaften, der Unterschiede zwischen den Leistungssektoren und der speziellen konzeptionellen Ausrichtung des Indikatorensystems auf die vollstationäre Pflege ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Bereiche der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und der ambulanten Pflege nur bedingt gegeben. Auch innerhalb der vollstationären Pflege besitzen die Untersuchungsergebnisse keine generelle Allgemeingültigkeit, da nicht bei allen Vertragsarten von einer uniformen Vertragsgestaltung auszugehen ist.

Unter Berücksichtigung der eingeschränkten Übertragbarkeit und der dargestellten Methodenkritik können aber dennoch aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen und ihrer Evaluation generelle Schlussfolgerungen gezogen werden. Insbesondere in Kombination mit den Erläuterungen der vorhergehenden Kapitel 2 bis 4 ist es durchaus möglich, allgemeingültige Aussagen über die Vorteile und Probleme beim Einsatz von Verträgen als Steuerungsinstrument von Pflegequalität abzuleiten. Ebenso können

Lösungsansätze für die derzeitigen Unzulänglichkeiten beim Einsatz von Verträgen erarbeitet werden.

6 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

6.1 Schlussfolgerungen

6.1.1 Nutzen der Verträge

Gemäß dem originären Zweck von Verträgen – der Regelung des menschlichen Zusammenlebens und der Konfliktvermeidung und -lösung – wird auch in der Pflege das Handeln und Verhalten der Beteiligten über Verträge gesteuert und deren gemeinschaftliche Zusammenarbeit koordiniert (vgl. Kap. 3.1.2 u. 3.3.1). Eine Abstimmung ist hier von besonderer Relevanz, da das Pflegesystem durch eine Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Interessen, die in Beziehung zueinanderstehen, gebildet wird (vgl. Kap. 2.3).

Die Anwendung von Verträgen beschränkt sich überwiegend auf den ambulanten und stationären Pflegesektor (vgl. Kap. 3.3.2). Weite Teile der Beziehungen (Informations-, Waren- und Geldströme) zwischen den Akteuren (vgl. Abb. 2-2) sind vertraglich festgeschrieben und feste Rollen- und Aufgabenverteilungen stellen den reibungslosen Ablauf der pflegerischen Leistungserbringung sicher. Auf diese Weise leisten Verträge einen maßgeblichen Beitrag zur Sicherung der Leistungsfähigkeit und der Qualität des Pflegesystems.

Hingegen wird der häusliche Pflegesektor lediglich indirekt von vertraglichen Regelwerken tangiert. Insbesondere aufgrund der Spezifika der Nicht-Beruflichkeit, der Häuslichkeit der Leistungserbringung und der familienrechtlichen Natur der Beziehungen zwischen Pflegebedürftigem und Pflegeperson sind dem Einsatz von vertraglichen Regelungs- und Steuerungsmechanismen dort Grenzen gesetzt (vgl. Kap. 2.3.6 u. 3.3.2.1). Da Verträge in der häuslichen Pflege kaum eine Rolle spielen, kann in sachlogischer Konsequenz nicht von einer Steuerung häuslicher Pflegequalität durch Verträge gesprochen werden (vgl. Kap. 4.5.2).

Neben diesen allgemeinen Zweckmäßigkeiten von Verträgen belegt die vorliegende Arbeit, dass diese auch einen spezifischen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung von ambulanter und stationärer Pflegequalität leisten. Die folgenden Ergebnisse verdeutlichen den Nutzen der Verträge für das System der ambulanten und stationären Pflege.

1. Durch Verträge werden Qualitätsanforderungen festgelegt, die der Gestaltung, Lenkung und Überwachung von ambulanter und stationärer Pflegequalität dienen.
2. Verträge leisten im Rahmen ihrer individuellen Vertragsziele einen wesentlichen Beitrag zur Steuerung von ambulanter und stationärer Pflegequalität.

Der Einfluss der Verträge auf die Pflegequalität ist bedingt durch das jeweilige Vertragsziel und den Vertragsinhalt. Ziel und Inhalt resultieren aus gesetzlichen Vorgaben und sind in unterschiedlichem Detaillierungsgrad definiert. Tabelle 6-1 enthält eine Auflistung der Verträge, die bedeutenden Einfluss auf die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege haben und erläutert deren Wirkungen. Die Aufführung beschränkt sich auf die Vertragsarten, denen aufgrund der inhaltsanalytischen Untersuchung eine hohe Pflegequalitätsrelevanz zugeordnet werden kann (vgl. Kap. 5.3.1).

Tabelle 6-1 Beitrag der Vertragsarten zur Steuerung von Pflegequalität

Vertragsbezeichnung	Pflegequalitätssteuernde Wirkung
Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI	Festlegung von umfangreichen Anforderungen für die Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege mit bundesweiter Gültigkeit
Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über pflegerische Versorgung	Festlegung von umfangreichen Anforderungen für die Potenzial- und Prozessqualität mit jeweils landesweiter Gültigkeit
Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI	Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung der gesetzlichen Qualitätsanforderungen
Vergütungsvereinbarungen nach §§ 85, 89 SGB XI über Versorgungsleistungen	Festlegung von Nominalfaktoren, die den Finanzrahmen der Pflegeeinrichtungen maßgeblich definieren und auf diesem Weg die Pflegequalität mittelbar beeinflussen
Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI	Festlegung der personellen Ausstattung der Pflegeheime, die die Pflegequalität unmittelbar beeinflusst
Vergütungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII über Sozialhilfeleistungen	Festlegung von Nominalfaktoren, die den Finanzrahmen der Pflegeeinrichtungen definieren und auf diesem Weg die Pflegequalität mittelbar beeinflussen
Arbeitsverträge	Verpflichtung des Arbeitnehmers zur Erfüllung der Pflegequalitätsanforderungen, die an die Arbeitgeber bzw. die Pflegeeinrichtungen gestellt werden
Heimverträge nach § 5 HeimG Pflegeverträge nach § 120 SGB XI	Festlegung von Pflegequalitätsanforderungen für die individuelle pflegerische Leistungserbringung

(Quelle: eigene Darstellung, Kap. 3.3 u. 5.3.1)

Die Akteure verwenden Verträge zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Umsetzung ihrer individuellen Sichtweisen von Pflegequalität, die sie im System der Pflege innehaben und verfolgen. Durch den Gesetzgeber sind den Akteuren hierfür unterschiedliche Vertragskompetenzen zugewiesen. Tabelle 6-2 gibt einen Überblick über die Anwendung der Verträge als Steuerungsinstrument von Pflegequalität durch die einzelnen Akteure. Es finden nur die Vertragsarten Berücksichtigung, die auch innerhalb der empirischen Untersuchung evaluiert wurden.

Tabelle 6-2 Anwendung von Verträgen zur Steuerung von ambulanter und stationärer Pflegequalität

Akteure	Hauptaufgabe	Steuerung von Pflegequalität durch
Bund	Aufrechterhaltung und Finanzierbarkeit des Pflegesystems	Vergabe von Vertragskompetenzen an die Akteure und Festlegung von Vertragsgrundsätzen
Länder	Aufrechterhaltung der Pflegeinfrastruktur der Länder	Spezifizierung der Vertragskompetenzen und -grundsätze auf Länderebene
Sozialversicherungsträger	Sicherstellung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (bzw. der pflegerischen Versorgung der Versicherten)	Umsetzung der Vertragskompetenzen, z.B. durch <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung übergeordneter, allgemeiner Vorgaben zur Pflegequalität durch Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI • Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Erbringung der pflegerischen Versorgung gemäß den Qualitätsanforderungen der sozialen Pflegeversicherung durch Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI • Bestimmung einer leistungsgerechten Vergütung der pflegerischen Leistungserbringung der Pflegeeinrichtungen und einer angemessenen Personalausstattung in den Heimen durch Vergütungsvereinbarungen nach §§ 85, 89 SGB XI und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI
Sozialhilfe-träger	Sicherstellung der Leistungen der Sozialhilfe	Umsetzung der Vertragskompetenzen, z.B. durch <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung übergeordneter, allgemeiner Vorgaben zur Pflegequalität durch Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern nach § 75 SGB XI/§ 79 SGB XII • Bestimmung einer leistungsgerechten Vergütung der Leistungserbringung für Sozialhilfeempfänger der Pflegeeinrichtungen und einer angemessenen Personalausstattung in den Heimen durch Vergütungsvereinbarungen nach §§ 85, 89 SGB XI/§ 75 SGB XII und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI
Trägerorganisationen/ Pflegeeinrichtungen	Erbringung der pflegerischen Versorgung (Pflegeleistungen und pflege-nahe Leistungen)	Umsetzung der Vertragskompetenzen, z.B. durch <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung übergeordneter, allgemeiner Vorgaben zur Pflegequalität durch Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI und Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI/§ 79 SGB XII • Zusicherung der pflegerischen Leistungserbringung an die Sozialversicherungsträger durch Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI • Bestimmung einer leistungsgerechten Vergütung der pflegerischen Leistungserbringung der Pflegeeinrichtungen und einer angemessenen Personalausstattung in den Heimen durch Vergütungsvereinbarungen nach §§ 85, 89 SGB XI/§ 75 SGB XII und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI • Delegation interner Aufgaben an Mitarbeiter durch Arbeitsverträge • Verpflichtung zur pflegerischen Leistungserbringung am Pflegebedürftigen durch Heim- und Pflegeverträge

Akteure	Hauptaufgabe	Steuerung von Pflegequalität durch
Pflegekräfte	Erfüllungsgehilfen der Trägerorganisationen/ Pflegeeinrichtungen	Umsetzung der Vertragskompetenzen durch zur Verfügungstellung der Arbeitsleistung durch Arbeitsverträge
Leistungsempfänger	Eigenbeitrag zur pflegerischen Versorgung	Umsetzung der Vertragskompetenzen durch Verpflichtung zur Leistungsabnahme und Akzeptanz der Rechte und Pflichten durch Heim- und Pflegeverträge

(Quelle: eigene Darstellung, Kap. 2.3, 3.3 u. 5.3.1)

Bund und Länder beeinflussen durch ihre jeweilige Gesetzgebung Vertragsinhalte und Lebenszyklus der Verträge und lassen auf diese Weise ihre Sichtweise von Pflegequalität einfließen. Sie sind nicht als direkter Vertragspartner an den Verträgen beteiligt (vgl. Kap. 2.3.2).

Der Pflegeselbstverwaltung werden durch die Gesetzgeber weitreichende Vertragskompetenzen zugewiesen. Pflegeeinrichtungen und ihre Träger als stationäre und ambulante Leistungserbringer sowie Sozialversicherungsträger und Sozialhilfeträger als Kostenträger sind an einer Vielzahl von Verträgen beteiligt. Sie nutzen diese zur Erfüllung ihrer funktionalen Aufgaben und zur Durchsetzung ihrer individuellen Interessen (vgl. Kap. 2.3 u. 3.3).

Die Pflegekräfte als direkte Erbringer der Pflegeleistung und unmittelbare Kontaktpersonen des Pflegebedürftigen stellen durch den Abschluss von Arbeitsverträgen ihre Arbeitsleistung zur Verfügung und verpflichten sich zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen, die an ihren Arbeitgeber gestellt werden (vgl. Kap. 2.3.5.3 u. 3.3.4.7).

Die Leistungsempfänger treten bei Heim- und Pflegeverträgen als Vertragspartner auf. Ihre Sichtweise von Pflegequalität wird zusätzlich von den Pflegekassen in Vertragsverhandlungen vertreten, die dort auch als Sachwalter der Pflegebedürftigen fungieren (vgl. Kap. 2.3.3.1, 2.3.7 u. 3.3.4).

Der MDK ist – neben den häuslichen Leistungserbringern – der einzige Akteur, dem der Gesetzgeber keine Vertragskompetenzen zugewiesen hat und der somit keine Verträge zur Umsetzung seiner Interessen einsetzen kann. Dies ist bedingt durch seine Organisation und seine Aufgaben. Der MDK ist den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen angegliedert, die stellvertretend für den MDK als Vertragspartner fungieren. Sie verhandeln beispielsweise Vertragsinhalte zu den Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen, die durch den MDK ausgeführt werden (vgl. Kap. 2.3.4).

Das unterschiedliche Ausmaß der Vertragskompetenzen und die damit verbundenen ungleichen Durchsetzungsmöglichkeit von Interessen werden im nachfolgenden Unterkapitel erörtert.

6.1.2 Probleme der Verträge

Neben dem beschriebenen Nutzen, den der Einsatz von Verträgen mit sich bringt,

existieren jedoch auch einige Unzulänglichkeiten. Diese resultieren sowohl aus der Gesamtkonzeption der Vertragslandschaft als auch aus der Gestaltung und der praktischen Umsetzung der Verträge. Folgende Schwächen der Vertragspraxis in der ambulanten und stationären Pflege konnten im Rahmen der vorliegenden Arbeit identifiziert werden:

1. Verträge werden als Steuerungsinstrument für ambulante und stationäre Pflegequalität eingesetzt – dies geschieht jedoch ohne eine umfassende Beschreibung des Steuerungsobjekts und ohne eine schlüssige und evaluierte Steuerungsstrategie.
2. Detailvorgaben zur Potenzial- und Prozessqualität bewirken eine Einschränkung der Handlungsfreiheit der ambulanten und stationären Leistungserbringer und besitzen Entbürokratisierungspotenzial. Aktuelle Forschungsergebnisse, die die Bedeutung der Ergebnisqualität hervorheben, sind in der derzeitigen Vertragsgestaltung nicht ersichtlich.
3. Es herrscht keine Gleichberechtigung zwischen den Vertragspartnern. Bedingt durch unterschiedliche Vertragskompetenzen und Machtpositionen nehmen die Akteure in ungleichem Maß Einfluss auf die inhaltliche Vertragsgestaltung und können folglich auch ihre individuellen Sichtweisen von Pflegequalität in ungleichem Ausmaß in die Verträge einbringen.

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass noch erheblicher Forschungsbedarf besteht, damit Verträge ihre optimale Steuerungswirkung auf die Qualität in der Pflege entfalten können. Grundlage einer effektiven und effizienten Steuerung ist die genaue Kenntnis über das Steuerungsobjekt (vgl. Kap. 4.5). Dies ist für die Pflegequalität noch nicht gegeben. Derzeit existiert weder in Deutschland noch international eine allgemein gültige, anerkannte Definition und Operationalisierung des Begriffs der Pflegequalität (vgl. Kap. 4.1.2.3). Es liegt jedoch nahe, dass erst durch eine transparente, umfassende und nachvollziehbare Qualitätsbeschreibung ein System steuerungsfähig wird (vgl. Kap. 4.5.2). Bedingt durch diesen Mangel, fehlt ebenso eine systematische und umfassende Steuerungsstrategie zur Sicherung von Pflegequalität. Dies zeigt sich unter anderem an der Diskrepanz zwischen der Intention der sozialen Pflegeversicherung der Schaffung eines freien Pflegemarkts mit wirtschaftlich eigenständigen Pflegeeinrichtungen einerseits und der Fülle an rechtlichen Vorgaben andererseits, die die unternehmerische Freiheit der Einrichtungen in erheblichem Maß beeinträchtigen (vgl. Kap. 5.3.1).

Die Steuerung von Pflegequalität erfolgt über die Gestaltung, Lenkung und Überwachung pflegequalitätsrelevanter Bereiche, die in ungleichem Ausmaß und Detaillie-

ungsgrad in Verträgen thematisiert werden. Folglich unterliegen die Dimensionen und Ebenen der Pflegequalität jeweils unterschiedlichen Steuerungsgraden (vgl. Abb. 6-2).

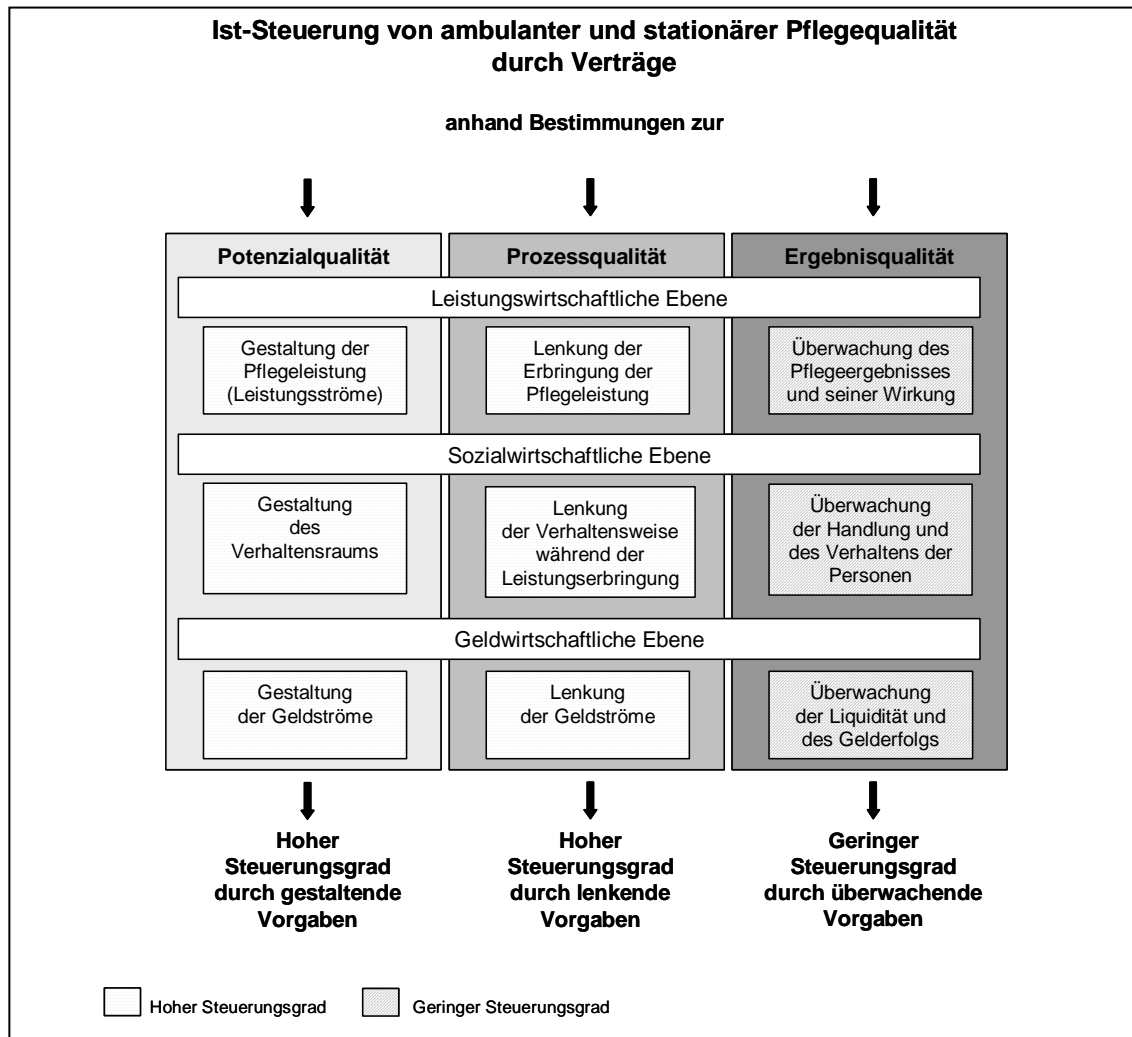


Abbildung 6-2 Ist-Steuerung von ambulanter und stationärer Pflegequalität durch Verträge

(Quelle: eigene Darstellung)

Die Verträge der ambulanten und stationären Pflege befassen sich hauptsächlich mit der Potenzial- und der Prozessqualität (vgl. Kap. 3.3.3, 3.3.4 u. 5). Dieses hohe Regulierungsmaß ist einerseits angebracht, um eine sozial gerechte und einheitliche pflegerische Versorgung sicherzustellen und die Zusammenarbeit der hohen Anzahl an Akteuren abzustimmen. Andererseits werden dadurch die ambulanten und stationären Leistungserbringer in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfreiheit stark eingeschränkt. Im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sollen Pflegeeinrichtungen wirtschaftlich eigenständige Organisationen im freien Wettbewerb sein (vgl. Griep/Renn 1998, S. 1). So gibt es außer der Erfüllung der Voraussetzungen für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI keine Zugangsbeschränkungen für neue Leistungserbringer (vgl. Kap. 3.3.4.1). Die Zulassung neuer Pflegeeinrichtungen durch die Pfl-

gekasse ist folglich nicht an den Versorgungsbedarf der Bevölkerung geknüpft. Intention des Gesetzgebers ist die Schaffung eines freien Pflegemarkts, in dem Wettbewerb und Konkurrenz zwischen den Pflegeeinrichtungen herrscht. Wirtschaftliche und organisatorische Eigenständigkeit wird den Einrichtungen sowohl gesetzlich durch das SGB XI als auch vertraglich durch die Landes-Rahmenverträge nach § 75 SGB XI und die zugehörigen Bundesempfehlungen zugesprochen. So sind Pflegedienste und Pflegeheime wirtschaftlich gemäß SGB XI selbstständige Einrichtungen (§ 71 Abs. 1, 2 SGB XI), die Verluste selbst tragen müssen und Gewinne einbehalten dürfen (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Zudem ist es Sache der Einrichtungsträger die Verantwortungsbereiche im Rahmen ihrer Organisationsgewalt zu regeln und für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation zu sorgen (§ 21 Abs. 2 BEmpfvollstatPfl, § 18 Abs. 2 BEmpfambPfl).

Das hohe Maß an vertraglichen Vorgaben entzieht den Pflegeeinrichtungen diese Verantwortung jedoch z.T. wieder und schränkt sie erheblich in ihrer unternehmerischen Handlungsfreiheit ein. Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die Festlegungen zur Ablauf- und Aufbauorganisation, den Eingriff in die Preisgestaltung, Personalplanung und -organisation sowie die weitreichende Offenlegungspflicht einrichtungsinterner Dokumente und Kalkulationsunterlagen verwiesen (vgl. Kap. 3.3.3, 3.3.4 u. 5.3.1). Den Pflegeeinrichtungen wird auf diese Weise teilweise die Möglichkeit genommen, durch die individuelle Gestaltung ihrer Organisation und ihrer internen Abläufe flexibel auf die Bedingungen des freien Marktes zu reagieren (vgl. Kap. 5.3.1).

Im Gegensatz zu den umfangreichen Vertragsinhalten zur Potenzial- und Prozessqualität enthalten die Verträge nur sehr wenige Vorgaben zur Ergebnisqualität. Neue Forschungsempfehlungen, die auf die hohe Bedeutung der Ergebnisqualität und der ergebnisorientierten Steuerung hinweisen (vgl. Kap. 4.2, 4.4.1.3 u. 5.3.1) sind in den Verträgen noch nicht eingearbeitet.

Die Akteure des Systems der Pflege sind durch den Gesetzgeber mit unterschiedlichen Vertragskompetenzen ausgestattet. Pflegebedürftige und Pflegekräfte besitzen nur geringe Möglichkeiten, die Pflegequalität durch Verträge zu beeinflussen, dabei sind sie diejenigen Akteure, die unmittelbar am pflegerischen Leistungserstellungsprozess beteiligt sind und direkt mit dem Ergebnis und der Wirkung der Pflegeleistung konfrontiert werden. Pflegebedürftige fungieren lediglich bei Heim- und Pflegeverträgen als Vertragspartner, Pflegekräfte nur bei Arbeitsverträgen. Hinzu kommt, dass in beiden Fällen keine Verhandlungsparität zwischen den Vertragspartnern vorliegt und ein Machtgefälle zu Ungunsten der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte herrscht. Dies zeigt sich durch den weit verbreiteten Einsatz von Musterverträgen, die vom Einrichtungsträger vorformuliert werden. Pflegebedürftige und Pflegekräfte sind hierbei wei-

testgehend von der Vertragsgestaltung ausgeschlossen (vgl. Kap. 3.3.4.7, 3.3.4.8 u. 3.3.4.9). Es ist zu schlussfolgern, dass beide Akteure nur geringe bis keine Möglichkeiten haben, selbst ihre individuellen Interessen im Hinblick auf die Pflegequalität über Verträge durchzusetzen (vgl. Kap. 5.3.1.2).

Zum Ausgleich dieses Ungleichgewichts und zur Stärkung der Interessen der Pflegebedürftigen existieren diverse Verbraucherschutzgesetze, wie z.B. das Heimgesetz (vgl. Kap. 2.2.5). Zudem sehen sich die Pflegekassen als Sachwalter der Interessen ihrer Versicherten und Pflegebedürftigen (vgl. Kap. 2.3.3.1). Hier ist jedoch nur von einer eingeschränkten Interessenvertretung auszugehen, da die Pflegekassen in Vertragsverhandlungen aus z.B. ökonomischen und politischen Gründen in erster Linie auf ihre eigenen Interessen achten müssen.

Zur Gruppe des Pflegepersonals ist hinzuzufügen, dass diese zwar kaum in die Vertragsgestaltung eingebunden ist, der Einfluss motivierter und qualifizierter Pflegekräfte auf die Pflegequalität und die Bedeutung der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse aber durchaus erkannt ist. Sowohl in einrichtungsinternen organisatorischen und prozessualen Regelungen, als auch in gesetzlichen und anderen vertraglichen Regularien ist zunehmend eine Mitarbeiterorientierung und Interessenberücksichtigung ersichtlich (vgl. Kap. 5.3.1.2).

Der Pflegeselbstverwaltung hat der Gesetzgeber umfangreiche Vertragskompetenzen zugewiesen und ihr somit zahlreiche Möglichkeiten gegeben, die Qualität der Pflege über Verträge zu steuern. Allerdings herrscht hier zwischen den Akteuren ein z.T. erhebliches Machtgefälle zu Ungunsten der Pflegeheimträger. Dies führt dazu, dass diese tendenziell ihre Sichtweise von Pflegequalität nur eingeschränkt gegenüber den Kranken-/Pflegekassen und Sozialhilfeträgern durchsetzen können. Insbesondere beim Abschluss von Individualverträgen werden von Seiten der Kostenträger Vertragstexte und -inhalte vorgegeben und nur geringe Verhandlungsbereitschaft signalisiert (vgl. Griep/Renn 1998, S. 10, Möwisch 2007, S. 69). Diese Vormachtstellung ist vor allem bedingt durch das SGB XI, wonach der Verzicht auf einen Vertragsabschluss für den Einrichtungsträger in der Regel mit negativen Folgen verbunden ist. Beispielweise ist der Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 72 SGB XI Grundvoraussetzung für eine Kostenerstattung durch die Pflegekasse (vgl. Kap. 3.3.4.1) oder führt der Verzicht auf eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen dazu, dass den Pflegebedürftigen nur 80 % der pflegebedingten Kosten erstattet werden (§ 91 SGB XI). Es besteht die Gefahr eines nur unzureichend ausgeprägten Interessenausgleichs.

6.2 Überlegungen zur Optimierung

6.2.1 Ergebnisorientierte Steuerung durch integrative Indikatorensysteme

Für die Steuerung von Pflegequalität im System der Pflege ist eine in sich konsistente Strategie notwendig. Generell wird ein System erst durch eine transparente, umfassende und nachvollziehbare Beschreibung des anzustrebenden Qualitätsniveaus steuerungsfähig. Dies ist für die Qualität in der Pflege derzeit nicht gegeben (vgl. Kap. 4.5.2). Die Diskussion der begrifflichen und konzeptionellen Pflegequalitätsdefinition ist sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Pflege mittlerweile weit vorangeschritten und von vielen Seiten wird gefordert, die verschiedenen Modelle und Definitionsansätze zu bündeln und in Form einer einheitlichen Definition zusammenzuführen (vgl. Dangel/Korporal 2002, S. 40 f.; Gerste/Schwinger 2004, S. 8; Klie 2002, S. 33; Klie 2003, S. 111; Roth 2002, S. 3 ff.). Hierfür kann das in Unterkapitel 4.5.3 konzipierte Pflegequalitätsmodell herangezogen werden. Das Modell operationalisiert den Begriff der Pflegequalität durch dessen Aufteilung in Teilqualitäten bzw. in Dimensionen und Ebenen. Dies ermöglicht eine systematische Darstellung und Beschreibung von Pflegequalität, die nachfolgend durch die Zuweisung von Indikatoren auch beurteilt und gemessen werden kann.

An der Erarbeitung einer allgemein anerkannten Pflegequalitätsdefinition sollten die maßgeblichen Akteure des Systems der ambulanten und stationären Pflege mitwirken. Hierzu zählen Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialhilfeträger als Kostenträger, Trägerorganisationen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte auf Seiten der Leistungserbringer und Pflegebedürftige als Leistungsempfänger. Nur auf diese Weise kann eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Interessen und eine Praktikabilität der Definition erreicht werden. Abbildung 6-3 stellt grafisch dar, wie die Akteure gemeinsam auf Basis des Pflegequalitätsmodells eine definitorische Begriffsklärung und ein daraus abgeleitetes Indikatorensystem entwickeln können.

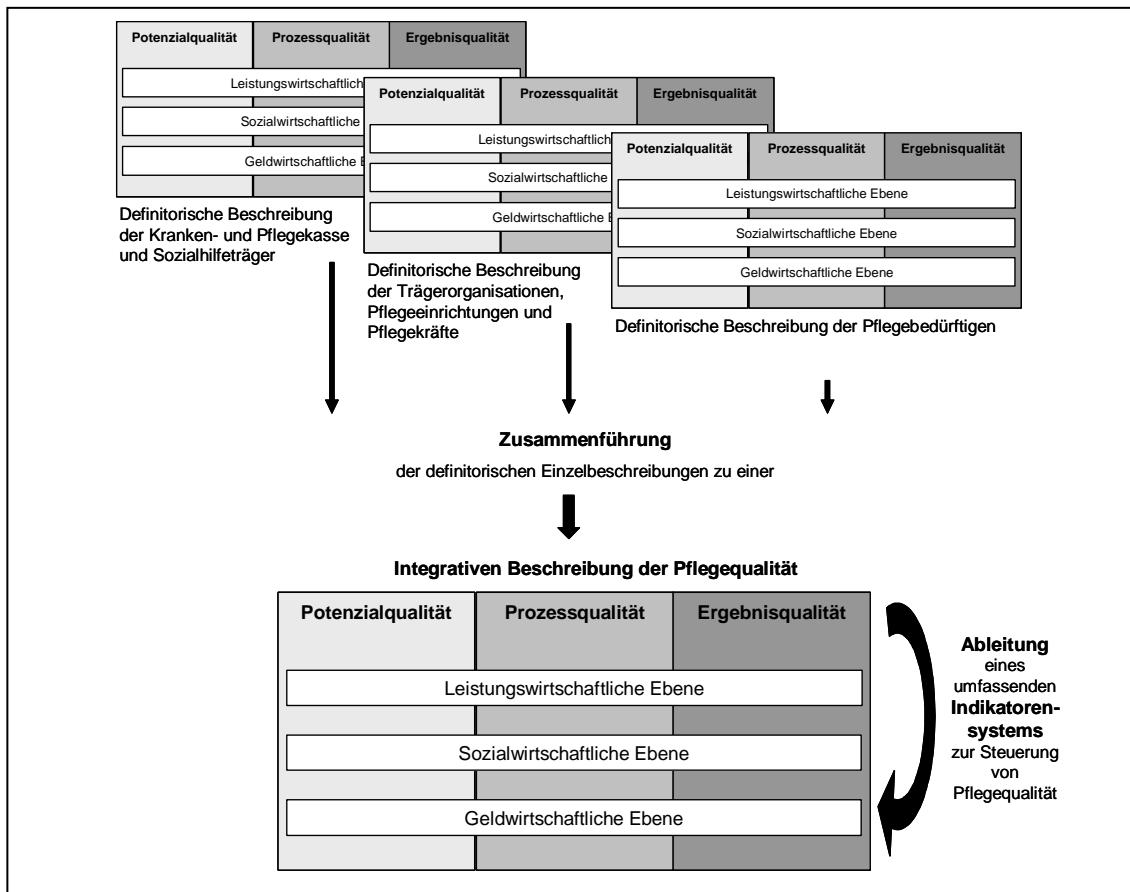


Abbildung 6-3 Entwicklung eines integrativen Indikatorensystems zur Steuerung von Pflegequalität

(Quelle: eigene Darstellung)

Die einzelnen Akteure des Pflegesystems – gegebenenfalls vertreten durch ihre Verbände und Interessenvertretungen (vgl. Kap. 2.3) – sollten auf Bundesebene unter Anwendung des Modells ihre individuellen definitorischen Pflegequalitätsbeschreibungen erstellen. Die verschiedenen Begriffsbeschreibungen sind nachfolgend zu einer integrativen Pflegequalitätsdefinition zusammenzuführen. Die Anwendung des Qualitätsmodells stellt sicher, dass die Akteure einheitliche Begrifflichkeiten verwenden. Zudem wird die Konsensfindung einer gemeinsamen Pflegequalitätsbeschreibung erleichtert.

Im nächsten Schritt sind den einzelnen Teilqualitäten Indikatoren zuzuordnen. Auf diese Weise erfolgt einerseits die Festsetzung des anzustrebenden Qualitätsniveaus der pflegerischen Versorgung und andererseits wird auch dessen Überwachung und Einhaltung ermöglicht (vgl. Kap. 4.4.1.1). Als Grundlage kann das Indikatorensystem zur Steuerung von vollstationärer Pflegequalität aus Unterkapitel 4.5.3.3 herangezogen werden. Dieses berücksichtigt bereits die in der Pflege etablierten Begrifflichkeiten und Sachverhalte, die verschiedenen Sichtweisen der Akteure, die Charakteristika der pflegerischen Leistungserbringung und die unterschiedlichen Messansätze und -verfahren.

Auch an der Bestimmung der Indikatoren sollten alle anfangs genannten Akteure beteiligt sein.

Angesichts der Unterschiede in den Leistungssektoren sollten sowohl die Pflegequalitätsdefinition als auch das Indikatorensystem getrennt für den ambulanten und den stationären Bereich ausgearbeitet werden.

Auf Basis dieses definitorischen Indikatorensystems ist eine in sich stimmige Steuerungsstrategie zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Pflegequalität zu entwerfen. Grundsätzlich besteht Einigkeit darüber, dass es derzeit kein in sich geschlossenes, rechtlich abgestimmtes Steuerungskonzept für die Pflegequalität gibt (vgl. Klie 2002, S. 33) und für die Erarbeitung einer konsistenten Steuerungsstrategie noch erheblicher Forschungsbedarf besteht (vgl. Bieback 2004, S. 341).

Nützliche Ansatzpunkte für eine Steuerungsstrategie bietet das New Public Management. New Public Management ist der Oberbegriff der weltweiten Reformbewegung der öffentlichen Verwaltung mit dem Ziel einer effizienteren und wirtschaftlicheren Verwaltung. Gemeinsames Merkmal der Reformen ist der Übergang von einer Input- zu einer Outputsteuerung (vgl. Schedler/Proeller 2003, S. 5; Thom/Ritz 2006, S. 10). Steuerungsgegenstand sind nicht mehr die eingesetzten Mittel, sondern die Leistungen und ihre Ergebnisse und Wirkungen (vgl. Schedler/Proeller 2003, S. 117 ff.)¹⁶.

Derzeit erfolgt die Steuerung von Pflegequalität über zahlreiche Vorschriften, die hauptsächlich Potenziale und Prozesse regeln, d.h. es existiert eine Input-Steuerung. Zukünftig wird es allerdings immer wichtiger werden, die Wirkung der pflegerischen Versorgung zu messen und nachzuweisen, ob die angestrebten Ziele erreicht werden. Hierbei sollte es Sache der Einrichtungen sein, auf welche Weise sie die an sie gerichteten Anforderungen erfüllen. Mit der Konzentration auf die Ergebnisqualität würde nicht nur dem inhaltlichen Bemühen um eine qualitativ angemessene pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen, sondern auch dem Entbürokratisierungsinteresse Rechnung getragen werden. Auch die Literatur verweist mehrfach auf das Potenzial und die Bedeutung des New Public Managements-Ansatzes für das Gesundheitswesen und die Pflege (vgl. Bölicke/Panka/Wlosinski 2003, S. 6 f.; Hochreutener 2004, S. 452; Köck 2000, S. 7 ff.). Erste praktische Erfahrungen im Krankenhausbereich existieren in der Schweiz (vgl. Hochreutener 2004, S. 443). Für Deutschland liegen zwar noch keine entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen für das Gesundheitswesen vor, es wird aber von Seiten der Fachöffentlichkeit und auch der Politik

¹⁶ Diese Erläuterungen erheben nicht den Anspruch, die Komplexität des New Public Management abzubilden. Hier sei auf weiterführende Literatur verwiesen (vgl. Budäus 1998; Schedler/Proeller 2003; Thom/Ritz 2006).

eine zunehmende Fokussierung auf Ergebnisse und ihre Wirkungen gefordert (vgl. Ebsen u.a. 2003, S. 7 ff.; Sachverständigenrat 2001, S. 17; Köck 2000, S. 9).

6.2.2 Verträge als Instrument einer ergebnisorientierten Steuerungsstrategie

Trotz der Inkonsistenz der Steuerungsstrategie werden Verträge derzeit als wirkungsvolle Instrumente zur Steuerung von ambulanter und stationärer Pflegequalität eingesetzt. Zur Optimierung ihres Nutzens lassen sich auf Basis der Erkenntnisse dieser Arbeit folgende Empfehlungen für die Konzeption und die inhaltliche Gestaltung der Verträge ableiten:

1. Es sollte eine ergebnisorientierte Steuerung, z.B. in Anlehnung an das New Public Management angestrebt werden. Dies kann durch den Ausbau der vertraglichen Vorgaben zur Ergebnisqualität erreicht werden. Hierbei sollten von den Akteuren integrativ erarbeitete und gemeinsam konsentierete Ergebnisindikatoren Berücksichtigung finden.
2. Im Gegenzug sollten die Vorgaben zur Potenzial- und Prozessqualität abgebaut werden, um den ambulanten und stationären Leistungserbringern eine größere Handlungsfreiheit zu gewähren und einen Beitrag zur Entbürokratisierung zu leisten.
3. Es sollte verstärkt eine Überwachung der Vertragsdurchführung erfolgen. Denn nur, wenn die Vertragspartner ihre vertraglichen Rechte und Pflichten einfordern und erfüllen, können Verträge ihre steuernde Wirkung auf die Qualität in der Pflege entfalten.

Abbildung 6-4 veranschaulicht das Modell einer ergebnisorientierten Steuerung von Pflegequalität.

innerhalb der Vergütungsvereinbarungen nach §§ 85, 89 SGB XI erfolgen. Weiterhin ist im Rahmen einer ergebnisorientierten Steuerung die Fixierung der personellen Ausstattung innerhalb der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI zu überdenken. Personalplanung sollte den Einrichtungen selbst überlassen werden und nicht verbindlich mit den Kostenträgern verhandelt werden. Folglich ist vielmehr die Diskussion über den verbindlichen Einsatz eines bundesweiten Pflegebedarfsmessungssystems wieder aufzunehmen und lediglich der einrichtungsinterne Einsatz eines solchen Systems verbindlich vorzuschreiben.

Gemäß einer neuen Ergebnisorientierung ist der Leistungserbringer gänzlich für den Weg der Leistungs- und Zielerreichung verantwortlich. Für ihn ergibt sich so der Anreiz, nach den effizientesten Abläufen zu suchen und wirtschaftlich zu arbeiten. Nach Untersuchungen auf Basis der Principal-Agent-Theorie gilt es als erwiesen, dass sich die Integration von monetären oder nicht-monetären (immateriellen) Anreizen in die Vertragsgestaltung positiv auf das Verhalten der Vertragspartner auswirkt (vgl. Bühner 2004, S. 115; Zanders 1990, S. 57). Anreize sind verhaltensbeeinflussend. Sie veranlassen Personen zu einem bestimmten Verhalten, sofern sie deren individuellen Bedürfnissen entsprechen (vgl. Dichtl/Issing 1987b, S. 37). Die Steuerung durch Anreize erfolgt somit nicht direkt, sondern indirekt durch die Erhöhung der Motivation und der Leistungs-, Lern- und Verbesserungsbereitschaft (vgl. Hochreutener 2004, S. 452). Bisher finden sich jedoch in den gesetzlichen Regelwerken und in den Verträgen der Pflege kaum Vorgaben zu Anreizsystemen, die das Verhalten der Akteure beeinflussen bzw. zielorientiert steuern.

Generell können durch eine ergebnisorientierte Ausrichtung von Vertragsinhalten die Eigenverantwortung der Einrichtungen erhöht, Anreize für innovative und wirtschaftliche Leistungserbringung geschaffen und ein Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet werden.

Weiterhin ist es empfehlenswert, die Überwachung der Vertragsdurchführung stärker zu fokussieren und zu verbessern. Steuerungsdefizite beim Einsatz von Verträgen beruhen oftmals auf einem zu dichten Netz an Rechten und Pflichten, bei deren Überwachung die beauftragten Organisationen aus organisatorischen oder personellen Gründen überfordert sind (vgl. Di Fabio 1998, S. 454 f.). Im Bereich der Pflege sind der MDK und die Heimaufsicht mit staatlichen Informations- und Untersuchungsbefugnissen ausgestattet (§ 114 Abs. 2 SGB XI; § 15 HeimG). Hier könnte durchaus härter geprüft und vor allem bei mangelhafter Umsetzung und Nicht-Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelwerke die bestehenden ordnungsrechtlichen Mittel ausgenutzt werden. Derzeit wird in vielen Fällen der gesetzliche Sanktionsrahmen nicht ausgeschöpft (vgl. Aichele 2006, S. 44 ff.; BMFSFJ 2006a, S. 161 f.). Zudem überwachen

beide Institutionen hauptsächlich die Potenzial- und Prozessqualität (vgl. BMFSFJ 2006a, S. 161 u. 212; Dangel/Korporal 2002, S. 48 ff.). Es empfiehlt sich die Einrichtung ergebnisorientierter Prüfungen.

6.3 Weiterer Forschungsbedarf

Die wirkungsorientierte Steuerung gewinnt in der sozialen Arbeit zunehmend an Bedeutung und es werden verstärkt diesbezüglich Untersuchungen initiiert (vgl. Schröder/Kettinger 2001, S. 5). Für den Bereich der pflegerischen Versorgung in Deutschland sind die begleitende Wirkungsforschung und die juristische Rechtstatsachenforschung jedoch noch wenig entwickelt (vgl. Roth 2002, S. 3 u. 88, Wiese 2004, S. 14 u. 27 ff.) und sollten ausgebaut werden (vgl. Aichele 2006, S. 38; Klie 2002, S. 33). Die pflegerische Rechtstatsachenforschung evaluiert, wie rechtliche Regularien tatsächlich angewandt werden und welche sozialen, politischen und sonstigen Wirkungen von ihnen ausgehen. Das Ziel ist in der Regel die Erarbeitung von Vorschlägen für Gesetzesänderungen und -anpassungen, die sowohl von pflegewissenschaftlicher, als auch von juristischer Seite hinreichend geprüft sind (vgl. Wiese 2004, S. 14 ff.). Derzeit sind einige Untersuchungen im Prozess bzw. bereits abgeschlossen, und auch innerhalb von Projekten zur Entbürokratisierung werden Rechtsquellen auf ihre Wirkung und ihre Notwendigkeit hin untersucht (vgl. Wiese 2004; BMFSFJ 2006b). Zudem existiert eine Vielzahl von Forschungsarbeiten, die darauf ausgerichtet sind, die Umsetzung und Einflüsse der sozialen Pflegeversicherung zu analysieren (siehe hierzu Wiese 2004, S. 24 ff.).

Verträge werden in diesen Arbeiten jedoch nicht oder lediglich am Rande thematisiert (siehe hierzu Göpfert-Divivier/Pfeifer 2006, S. 164 ff., Igl/Tallich 2006, S. 461 ff.; Rothgang/Wasem/Greß 2004; Wiese 2004, S. 56 ff.). Hier wäre es wünschenswert, wenn diese Forschungen zukünftig explizit auf den Gegenstand der Vertragslandschaft der Pflege erweitert würden. Denn für dessen systematische Weiterentwicklung ist es notwendig, sowohl die Umsetzung der einzelnen Verträge als auch ihre gemeinsame Wirkung zu evaluieren. Nur so kann festgestellt werden, wo die Defizite und deren Ursachen liegen und welche Maßnahmen ergriffen werden sollten, damit Verträge – einzeln und in ihrer Gesamtheit – ihre beabsichtigte Steuerungswirkung auf die Qualität in der Pflege entfalten können. Aufgrund der Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit sind insbesondere die Untersuchung und Weiterentwicklung der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI, der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI über die pflegerische Versorgung, der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI und der Vergütungsvereinbarungen nach §§ 85, 89 SGB XI über pflegerische Versorgungsleistungen anzuregen, da sie die Qualität der Pflege in hohem Maß beeinflussen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass für den ambulanten Bereich – der bei der

vorliegenden empirischen Untersuchung ausgespart wurde – kaum Arbeiten zur Rechtstatsachenforschung vorliegen. Derzeit wird vielmehr die stationäre Pflege fokussiert (vgl. BMFSJ 2006b; Rothgang/Wasem/Greß 2004; Wiese 2004; Wiese 2005). Hier wären Untersuchungen der Vertragslandschaft sowie der einzelnen Vertragsarten der ambulanten Pflege wünschenswert.

7 Zusammenfassung

Das System der pflegerischen Versorgung besteht aus dem häuslichen, ambulanten und stationären Leistungssektor und wird durch eine Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Interessen gebildet. Dabei ist die Gewährleistung, Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität die gemeinsame Aufgabe aller beteiligten Akteure. Um dieser Verpflichtung gerecht zu werden, kommt eine Vielzahl von Instrumenten zum Einsatz. Verträge sind eines dieser Werkzeuge.

Die verfügbare Literatur befasst sich nur ungenügend mit der Bedeutung von Verträgen für die Steuerung von Pflegequalität. Aus diesem Grund erörtert die vorliegende Forschungsarbeit den derzeitigen Einsatz von Verträgen als Steuerungsinstrument von Pflegequalität und identifiziert Optimierungspotentiale. Die Dissertation beruht auf einer Literaturanalyse und der empirischen Untersuchung der Vertragslandschaft des vollstationären Pflegesystems. Neun Vertragsarten werden anhand ausgewählter Vertragsbeispiele inhaltsanalytisch im Hinblick auf ihren Beitrag zur Steuerung von Pflegequalität beurteilt.

Grundsätzlich zeigt die Arbeit auf, dass Verträge vor allem im ambulanten und stationären Leistungssektor Einsatz finden und dort eine pflegequalitätssteuernde Wirkung innehaben. Der häusliche Pflegesektor wird hingegen nur indirekt von Verträgen tangiert, was hauptsächlich mit der Schutzwirkung des Grundgesetzes und der Nicht-Beruflichkeit der häuslichen Pflege zu begründen ist. Häusliche Pflegequalität unterliegt folglich keiner unmittelbaren Steuerungswirkung von Verträgen.

Im Bereich der ambulanten und stationären Pflege äußert sich der Nutzen von Verträgen in mehrfacher Hinsicht. Im Rahmen ihrer individuellen Vertragsziele legen Verträge umfangreiche Qualitätsanforderungen fest, die der Steuerung von Pflegequalität dienen. Zugleich helfen Verträge den Akteuren bei der Durchsetzung ihrer individuellen Sichtweisen von Pflegequalität und unterstützen sie bei der Erfüllung ihrer gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, der Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität.

Die aktuelle Vertragspraxis birgt jedoch auch Probleme. Verträge werden zwar als Steuerungsinstrument von ambulanter und stationärer Pflegequalität eingesetzt, allerdings geschieht dies ohne eine umfassende Beschreibung des Steuerungsobjekts und ohne eine schlüssige und evaluierte Steuerungsstrategie. Derzeit existiert weder in Deutschland noch international eine umfassende und anerkannte Definition des Pflegequalitätsbegriffs. In sachlogischer Konsequenz mangelt es auch an einer fundierten

und zwischen den Akteuren abgestimmten Vorgehensweise zur Steuerung von Pflegequalität durch Verträge. Eine maßgebliche Schwäche ist, dass die Steuerung hauptsächlich durch detaillierte Vorgaben zur Potenzial- und Prozessqualität erfolgt. Diese bewirken eine Einschränkung der Handlungsfreiheit der ambulanten und stationären Leistungserbringer und sind zudem mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. In der derzeitigen Vertragsgestaltung sind aktuelle Forschungsergebnisse, die die Bedeutung der Ergebnisqualität hervorheben, nicht ersichtlich. Weiterhin ist zu konstatieren, dass keine Gleichberechtigung zwischen den Vertragspartnern herrscht. Bedingt durch unterschiedliche Vertragskompetenzen und Machtpositionen nehmen die Akteure in ungleichem Maß Einfluss auf die inhaltliche Vertragsgestaltung. Hieraus folgt, dass sie Verträge nur in ungleichem Ausmaß als Steuerungsinstrument von Pflegequalität einsetzen können.

Auf Basis dieser Erkenntnisse lassen sich verschiedene Ansatzpunkte für eine Optimierung des Einsatzes von Verträgen in der Pflege ableiten. Insbesondere ist zu empfehlen, dass eine umfassende, von allen Beteiligten anerkannte Definition des Begriffs der Pflegequalität sowie eine schlüssige Steuerungsstrategie für Pflegequalität erarbeitet, evaluiert und etabliert werden sollte. Hierfür ist die Evaluation und Implementierung von akzeptierten Qualitätsindikatoren notwendig, die das anzustrebende Qualitätsniveau der pflegerischen Versorgung abbilden. Auf Basis dieses Punktes könnte nachfolgend eine konsistente und systematische Strategie für den Einsatz von Verträgen als Steuerungsinstrument von Pflegequalität erarbeitet werden. Dabei sollte eine ergebnisorientierte Steuerung im Sinne des New Public Management-Ansatzes angestrebt werden. Dies könnte durch den Ausbau der vertraglichen Vorgaben zur Ergebnisqualität erreicht werden. Hierbei ist es ratsam, dass Ergebnisindikatoren Berücksichtigung finden, die von den Akteuren integrativ erarbeitet und gemeinsam konsentiert wurden. Im Gegenzug sollten die Vorgaben zur Potenzial- und Prozessqualität abgebaut werden, um den ambulanten und stationären Leistungserbringern einen größeren Entscheidungsspielraum zu gewähren und einen Beitrag zur Entbürokratisierung zu leisten. Weiterhin ist eine verstärkte Überwachung der Vertragsdurchführung zu befürworten. Denn nur, wenn die Vertragspartner ihre vertraglichen Rechte und Pflichten einfordern und erfüllen, können Verträge ihre steuernde Wirkung auf die Qualität in der Pflege entfalten.

7 Summary

The care system consists of home, ambulatory and stationary care sectors and is formed by a multiplicity of participants with different interests. It is the common task of all participants to guarantee, ensure and develop the quality of care. In order to fulfil this responsibility, a wide range of instruments is used. Contracts are one of these tools.

The available literature documents the meaning of contracts for care quality only insufficiently. For this reason, the dissertation discusses the present use of contracts as management instrument of care quality and identifies optimization potentials. The research rests on a literature analysis and an empirical investigation of the contract landscape of the full-stationary care system. Nine types of contract based on selected contract examples (N=17) are evaluated contents-analytically regarding their contribution for the management of care quality.

In principle, the work points out that contracts are applied particularly in the ambulatory and stationary care sector and influence the over there care quality. Contracts affect the home care sector only indirectly, which is to be justified mainly by the protective effect of the Basic Constitutional Law of the Federal Republic of Germany and the non-professionalism of home care.

Therefore, contracts do not have a direct impact on home care quality. Within the ambulatory and stationary care, the use of contracts expresses itself in several respects. In the context of their individual contract aims contracts specify extensive quality requirements, which serve the management of ambulatory and stationary care quality. Contracts support the participants both with the achievement of their individual interests in care quality and with the fulfilment of their common tasks, the assurance and development of care quality.

Current contract practice shows however also problems. Therefore, it is to be stated that contracts are used as management instrument for ambulatory and stationary care quality - however this happens without a comprehensive description of the management object and without a conclusive and evaluated management strategy. At present exists neither in Germany nor internationally a wide-ranging and recognized definition of the care quality term. In consequence, there is also no well-founded and co-ordinated proceeding obvious for the management of care quality by contracts. Relevant weakness is that management by contracts takes place mainly via detailed specifications regarding structure and process quality. This effects a restriction of the

activity scope of the ambulatory and stationary service provider and causes also a high bureaucratic effort. In the present contract design current research results, which emphasize the meaning of the outcome quality, are not evident. Further, there is no equality between the contracting parties apparent. Due to different contract authorities and positions of power, the participants influence the subject matter of contracts in a different degree. Consequently, they apply contracts as management instrument of care quality in an unequal extent.

To basis of these results, different optimization fields for the use of contracts can be identified. In particular, a comprehensive and agreed definition of the term of the care quality as well as a general consistent management strategy for care quality are recommended to be compiled, evaluated and implemented. For this, the establishment of accepted quality indicators is necessary, which illustrate the target quality level of the care. On basis of this point, a consistent and systematic strategy for the use of contracts as management instrument can be worked out. The strategy should strive for an outcome-oriented management in the sense of New Public management. This could be realised by the extension of the matters of contract regarding outcome quality. It is advisable to compile and agree the outcome indicators together with all participants of the care system. In response, the contracting parties should diminish the specifications regarding structure and process quality. This leads to a larger decision clearance of the ambulatory and stationary service provider and contribute to debureaucratisation. Besides an intensified monitoring of contract execution is to be endorsed. Contracts can just unfold their management effect on the quality in the care, if the contracting parties call in and fulfil their contractual rights and obligations.

8 Literatur

- Aichele, Valentina, Altenpflege in Deutschland: Rechtsanspruch und Pflegewirklichkeit, in: Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege, hrsg. vom Deutschen Institut für Menschenrechte, 2. Auflage, Berlin 2006, S. 26-53.
- Aitcheson, Oliver, Einigung weitgehend hergestellt – Verhandlungen zum 80er ambulant, in: Durchblick hrsg. vom VDAB, 2006, Heft 4, S. 20.
- Alpmann & Schmidt Juristische Lehrgänge, F.A. Brockhaus (Hrsg.), Alpmann Brockhaus Fachlexikon Recht, 2. Auflage, Mannheim 2005.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse (GKV), Die GKV-Aufgaben, Quelle: <http://www.gkv.info>, Stand: 5. Juli 2006.
- Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbands e.V. (AVR/Caritas), Stand: 1. Januar 2007, Quelle: <http://www.diag-mav.org/arhilfen/gesetz/avr/avr.htm>, Stand: 15. März 2007.
- Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werks der EKD (AVR/Diakonie), veröffentlicht durch das Rundschreiben der Arbeitsrechtlichen Kommission des Diakonischen Werks der EKD vom 13. Februar 2007.
- Atteslander, Peter, Methoden der empirischen Sozialforschung, 10. Auflage, Berlin 2003.
- Attree, Moira, Towards a conceptual model of Quality Care, in: International journal of nursing studies, 33. Jahrgang, 1996, Heft 1, S. 13-28.
- Batzdorfer, Ludger, Zusammenschlüsse ja, Schnellschüsse nein, in: Forum Sozialstation, 26. Jahrgang, 2002, Heft 119, S. 22-25.
- Baur, Fritz, Die Bundesempfehlungen nach § 93d Abs. 3 BSHG zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsrahmenverträgen auf Länderebene (Teil 1), in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 79. Jahrgang, 1999, Heft 12, S. 392-397.
- Baur, Fritz, Die Bundesempfehlungen nach § 93d Abs. 3 BSHG zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsrahmenverträgen auf Länderebene (Teil 2), in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 80. Jahrgang, 2000, Heft 1, S. 15-22.
- Becker, Franz, Grundzüge des öffentlichen Rechts, 6. Auflage, München 1995.
- Bertermann, Länderbericht Deutschland des Compliment Projekts der Europäischen Kommission, hrsg. von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.,

- Dortmund 2006, Quelle: <http://www.complimentproject.org/resultsdownloads/situationanalysis>, Stand: 1. August 2006.
- Bieback, Karl-Jürgen, Keine Vergütungsvereinbarung in der Pflege mehr? – Probleme der Qualitätssicherung im SGB XI, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 13. Jahrgang, 2004, Heft 7, S. 337-392.
- Bien, Annika, Managed Care – neue Vertrags- und Versorgungsformen in der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (ZFSH/SGB), 39. Jahrgang, 2000, Heft 7, S. 387-391.
- Biersack, Kristina, Claudia Toepffer, Juristische Aspekte der Neufassung der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V, in: Die BKK, 92. Jahrgang, 2004, Heft 5, S. 199-205.
- BKK-Bundesverband, Referat Pflege (Hrsg.), BKK Handbuch – Pflegeberatung, CD ROM, August 2003.
- Blaumeiser, Heinz u.a., Handbuch kommunale Altenplanung, Frankfurt am Main 2002.
- Bleicher, Knut, Normatives Management, Frankfurt am Main-New York 1994.
- Böhme, Hans, Der Pflegevertrag nach § 120 SGB XI, in: Pflegen Ambulant, 13. Jahrgang, 2002, Heft 1, S. 54-56.
- Bölicke, Claus, Christine Panka, Birgit Wlosinski, Qualitätsmessung in der Pflege, 3. Auflage, Potsdam 2003.
- Bottler, Jörg, Betriebsmanagement, in: Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs, hrsg. vom Fachausschuss Großhaushalt der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft, München 2004a, S. 37-81.
- Bottler, Jörg, Betriebswirtschaftliche Grundlagen 5.1: Führung des Gemeinschaftsverpflegungsbetriebs, hrsg. vom Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten e.V., Bonn 1993.
- Bottler, Jörg, Betriebswirtschaftliche Grundlagen 5.2: Die Geldwirtschaft des Gemeinschaftsverpflegungsbetriebs, hrsg. vom Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten e.V., Bonn 1995.
- Bottler, Jörg, Der Großhaushalt als System, in: Der Großhaushalt, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V., Gießen 1986a, S. 39-44.
- Bottler, Jörg, Die Gegenstände der Gestaltung im Großhaushalt, in: Der Grosshaushalt, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V., Gießen 1986b, S. 45-52.
- Bottler, Jörg, Großhaushalte, in: Strukturen privater Haushalte und Familien, hrsg. von

- Klaus Hesse, Frankfurt am Main u.a. 1994, S. 45-72.
- Bottler, Jörg, Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs in einem komplexen Umfeld, in: Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs, hrsg. vom Fachausschuss Großhaushalt der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft, München 2004b, S. 13-32.
- Bottler, Jörg, Objekt- und Problembereich der Wirtschaftslehre des Großhaushalts, in: Der Grosshaushalt, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V., Gießen 1986c, S. 17-20.
- Brandenburg, Hermann, Michael Huneke (Hrsg.), Professionelle Pflege alter Menschen, Stuttgart 2006.
- Braun Ute, Qualitätssicherung in der Altenpflege, in: Altenpflege, 19. Jahrgang, 1994, Heft 4, S. 233.
- Braun, Johann, Einführung in die Rechtswissenschaft, Tübingen 1997.
- Braun, Johann, Einführung in die Rechtswissenschaften, 2. Auflage, Tübingen 2001.
- Brenner, Karl, Grundwissen Recht, München 2000.
- Brühl, Albrecht, Günther Christmann, Alt, Krank, Behindert: Das Recht in der Pflege für Betroffene, Angehörige und Pflegende, München 2000.
- Bruhn, Manfred, Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, 5. Auflage, Berlin u.a. 2004.
- Brünner, Frank, Vergütungsvereinbarungen für Pflegeeinrichtungen nach SGB XI als Normsetzungsverträge, in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (ZFSH/SGB), 39. Jahrgang, 2000, Heft 10, S. 590-601.
- Budäus, Dietrich (Hrsg.), New Public Management, Berlin u.a. 1998.
- Bühner, Rolf, Betriebswirtschaftliche Organisationslehre, 10. Auflage, München-Wien 2004.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) (Hrsg.), Jahresbericht 2005, Berlin 2006.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Hinweise der Verhandlungspartner nach §§ 75, 80 SGB XI zu Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen vom 16. Dezember 2003, veröffentlicht durch Mitglieder-Info Nr. 7 vom 16. Januar 2004.
- Bundesempfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13. Feb-

ruar 1995 (BEmpfambPfl).

Bundesempfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996 (BEmpfvollstatPfl).

Bundesempfehlungen gemäß § 93d BSHG zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 93d Abs. 2 BSHG vom 15. Februar 1999.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn 1998.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner vom 15. August 2006, Berlin 2006a.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland, Abschlussbericht des Kompetenzteams "Entbürokratisierungspotenziale", Berlin 2006b.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.), Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Runder Tisch Pflege Arbeitsgruppe IV, Rostock 2006.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Das Bundesministerium für Gesundheit – ein Kurzporträt, Quelle: <http://www.bmg.bund.de>, Stand: 26. Juni 2006.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.), Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn 2004.

Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30. Juni 1961 (BGBl I, S. 815), zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl I, S. 4621), Gesetz aufgehoben durch Art. 68 Abs. 1 Nr. 1 nach Maßgabe des Abs. 2 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (SozHiEnOG) vom 27. Dezember 2003 (BGBl I, S. 3022). Das Gesetz wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2005 aufgehoben, § 101a ist zum 1. Juli 2005 u. § 100 Abs. 1 zum 31. Dezember 2006 außer Kraft getreten.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (BPA), Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Die Zukunft der Pflegeversicherung, Positionspapier der Pflegeverbände und der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen, Hauptstadtkongress 17. Juni 2005, Berlin 2005.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) vom 18. August 1896 (RGBl. 1896, S. 195), Neufas-

- sung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I, S. 42, 2909; 2003, 738), zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 16 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I, S. 122).
- CDU, CSU, SPD, Gemeinsam für Deutschland – für Mut und Menschlichkeit, Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom 11. November 2005, Rheinbach 2005.
- Corsten, Hans, Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungsunternehmen, 2. Auflage, München-Wien 1990.
- Corsten, Hans, Dienstleistungsmanagement, 4. Auflage, München-Wien-Oldenburg 2001.
- Dallinger, Ursula, Die Pflege alter Eltern. Balanceakt zwischen Normerfüllung und Individualisierungschancen im weiblichen Lebenslauf, in: Sozialer Fortschritt, 42. Jahrgang, 1993, Heft 4/5, S. 110-113.
- Dangel, Bärbel, Johannes Korporal, Konzepte und Verfahren der Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung, in: Qualität in der Pflege, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S. 35-63.
- Denzler, Erwin, Abkehr vom Tarifvertrag, in: Altenpflege, 29. Jahrgang, 2004, Heft 11, S. 58-60.
- Denzler, Erwin, Verschlussene Türen – Der neue Tarifvertrag TVÖD enttäuscht die Erwartungen von Altenpflegern, in: Altenpflege, 31. Jahrgang, 2006, Heft 8, S. 48-49.
- Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) (Hrsg.), Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegenden vom 18. Mai 2004, Berlin 2004, Quelle: <http://www.deutscher-pflegerat.de/rahmenberufsordnung.html>, Stand: 5. Juli 2006.
- Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Satzung beschlossen am 6. August 2003 mit Stand vom 26. Mai 2005, Berlin 2005, Quelle: <http://www.deutscher-pflegerat.de/satzung.html>, Stand: 5. Juli 2006.
- Deutscher Städtetag, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Quelle: <http://www.staedtetag.de/10/wir/spitzenverbaende/index.html>, Stand: 1. Februar 2007.
- Deutsches Institut für Normung e.V., Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (Dreisprachige Fassung EN ISO 9000:2000), Brüssel 2000.
- Di Fabio, Udo, Verlust der Steuerungskraft klassischer Rechtsquellen, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 7. Jahrgang, 1998, Heft 10, S. 449-455.
- Dichtl, Erwin, Otmar Issing (Hrsg.), Vahlens großes Wirtschaftslexikon, Band 1, München 1987a.

- Dichtl, Erwin, Otmar Issing (Hrsg.), Vahlens großes Wirtschaftslexikon, Band 2, München 1987b.
- Diekmann, Andreas, Empirische Sozialforschung, 4. Auflage, Hamburg 1998.
- Donabedian, Avedis, Evaluating the quality of medical care, in: Milbank Memorial Fund Quarterly, 44. Jahrgang, 1966, Heft 3, S. 166-206.
- Donabedian, Avedis, Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor 1980.
- Donabedian, Avedis, Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume II: The Criteria and Standards of Quality, Ann Arbor 1982.
- Dücker, Barbara, Pflegequalität aus Sicht älterer Menschen, in: Organisationsberatung, Schulung, Fort- und Weiterbildung in Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens, hrsg. von Harald Blonski, Hagen 1998, S. 199-212.
- Dühring, Angela, Die Qualitätsvereinbarungen, in: Qualitätszirkel, hrsg. von Uwe Reuter, Stuttgart-New York, 1998a, S. 2-7.
- Dühring, Angela, Methoden der Qualitätssicherung nach PflegeVG, in: Qualitätszirkel, hrsg. von Uwe Reuter, Stuttgart-New York 1998b, S. 8-16.
- Ebsen, Ingwer u.a., Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands (Hrsg.), Abschlussbericht vom 6. März 2003.
- Eichenhofer, Eberhard, Internationales Sozialrecht und internationales Privatrecht, Baden-Baden 1987.
- Eichenhofer, Eberhard, Sozialrecht, 3. Auflage, Tübingen 2000.
- Eichhorn, Peter, Das Prinzip Wirtschaftlichkeit, Wiesbaden 2000.
- Eichler, Dieter, Gemeinsam zum Ziel, in: Häusliche Pflege, 11. Jahrgang, 2002, Heft 11, S. 36-39.
- Eickstädt, Ulrich, Georg Mager, Holger Pfaff, Indikatoren: Patientenzufriedenheit, in: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, hrsg. von Karl Lauterbach, Matthias Schrappe, Stuttgart-New York 2004, S. 425-430.
- Emmerich, Volker, Das Recht der Leistungsstörungen, 6. Auflage, München 2005.
- Erlei, Matthias, Peter-J. Jost, Theoretische Grundlagen des Transaktionsansatzes, in: Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre, hrsg. von Pe-

- ter-J. Jost, Stuttgart 2001, S. 34-75.
- Ewers, Michael, Pflegequalität, Hannover 1998.
- Eyer, Eckhard, Das p.i.a-Entgeltsystem, in: Krankendienst, 80. Jahrgang, 2007, Heft 5, S. 156-160.
- F.A. Brockhaus AG, Brockhaus – Die Enzyklopädie, Band 21, 20. Auflage, Leipzig-Mannheim 1998.
- F.A. Brockhaus AG, Der Brockhaus Recht, Leipzig-Mannheim 2002.
- Faust, Robert, Indikatoren zur Beurteilung pflegesensitiver Ergebnisqualität in Pflegeheimvergleichen, in: Pr-InterNet, 6. Jahrgang, 2004, Heft 4, S. 222-230.
- Fischer, Birgit, Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, in: Die BKK, 93. Jahrgang, 2005, Heft 5, S. 224.
- Flintrop, Jens, Integrierte Versorgung: Jenseits der Sicherstellung (Folge 3), in: Deutsches Ärzteblatt, 100. Jahrgang, 2003, Heft 37 vom 12. September 2003, S. A2344.
- Friedrichs, Jürgen, Methoden empirischer Sozialforschung, 9. Auflage, Opladen 1980.
- Früh, Werner, Inhaltsanalyse, 4. Auflage, Konstanz 1998.
- Garms-Homolova, Vjenka, Qualität in der ambulanten Pflege, in: Qualität in der Pflege, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S. 243-255.
- Geister, Christina, „Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin“: Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter, Bern u.a 2004.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995, in der Fassung vom 31. Mai 1996.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Entwurfsversion vom 16. Dezember 2003.
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (GBA), Richtlinien über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6

- und Abs. 7 SGB V, zuletzt geändert am 15. März 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 115, S. 6395.
- Gerste, Bettina, Antje Schwinger, Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen, in: G+G Wissenschaft, 4. Jahrgang, 2004, Heft 4, S. 7-15.
- Gerste, Bettina, Initiativen der Qualitätsentwicklung: Forderungen, Maßnahmen und Projekte ausgewählter Akteure, in: Qualität in der Pflege, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S. 117-128.
- Gesetz über den Nachweis der für ein Arbeitsverhältnis wesentlichen Bedingungen (NachwG) vom 20. Juli 1995 (BGBl. I, S. 946), zuletzt geändert durch Art. 32 des Gesetzes vom 13. Juli 2001 (BGBl. I, S. 1542).
- Giebing, Hannie u.a., Pflegerische Qualitätssicherung, Bern u.a.1999.
- Göpfert-Divivier, Werner, Heike Pfeifer, Ergebnisse des Untersuchungsbereichs: Personal, in: Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland, Abschlussbericht des Kompetenzteams "Entbürokratisierungspotenziale", hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006 Berlin, S. 141-178.
- Göpfert-Divivier, Werner, Monika Robitzsch, Qualitätsmanagement in der Altenpflege, in: Qualität in der Pflege, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S. 227-242.
- Göpfert-Divivier, Werner, Monika Robitzsch, Qualitätsmanagement, in: Qualitätsmanagement und Care-Management in der ambulanten Pflege, hrsg. von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 173, Stuttgart-Berlin-Köln 1999, S. 13-75.
- Griep, Heinrich, Heribert Renn, Die Relevanz von Rahmenverträgen im Sozialleistungserbringungsrecht (am Beispiel SGB XI und BSHG), in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, Heft 47, 2001, S. 72-87.
- Griep, Heinrich, Heribert Renn, Pflegemarkt ohne Vertragsautonomie – Zur Aushöhlung des Vereinbarungsprinzips im SGB XI-Leistungserbringungsrecht, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, Heft 40, 1998, S. 1-18.
- Griep, Heinrich, Missbrauch des Versorgungsvertrags bei der Pflegeeinrichtungszulassung, in: Pflegerecht, 7. Jahrgang, 2003, Heft 11, S. 443-446.
- Griehaber, Uschi, Mit dem PQsG Qualität und Leistung ausleuchten, in: Forum Sozialstation, 25. Jahrgang, 2002, Heft 114, S. 24-25.

- Grönroos, Christian, *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*, research report No. 8 of the Swedish School of Economics and Business Administration, Helsingfors 1982.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) vom 23. Mai 1949 (BGBl., S. 1), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 28. August 2006 (BGBl. I, S. 2034).
- Gukenbiel, Hermann, *Systemtheorie*, in: *Grundbegriffe der Soziologie*, hrsg. von Bernhard Schäfers, 2. Auflage, Opladen 1986, S. 298-305.
- Gutzwiller, Felix, *Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen*, in: *Die Qualität medizinischer Leistungen*, hrsg. von Felix Gutzwiller, Gerhard Kocher, Schriftenreihe der Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 5, Horgen 1982, S. 15-26.
- Halfon Patricia, Jean-Christophe Luthi, John-Paul Vader, *Worauf es bei der Ergebnismessung ankommt*, in: *Managed Care*, 10. Jahrgang, 2000, Heft 4, S. 26-28.
- Haller, Sabine, *Beurteilung von Dienstleistungsqualität: Dynamische Betrachtung des Qualitätsurteils im Weiterbildungsbereich*, Wiesbaden 1995.
- Hämel, Kerstin, *Ressourcenverteilung in der häuslichen Altenpflege unter spezieller Berücksichtigung der Lebenssituation pflegender Töchter*, Diplomarbeit Gießen 2004.
- Heimgesetz (HeimG) vom 7. Dezember 1974 (BGBl. I, S. 1873), Neufassung vom 5. November 2001 (BGBl. I, S. 2970), zuletzt geändert durch Art. 78 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I, S. 2407).
- Hentschel, Bert, *Dienstleistungsqualität aus Kundensicht: vom merkmals- zum ereignisorientierten Ansatz*, Wiesbaden 1992.
- Heussen, Benno, *Einführung*, in: *Handbuch Vertragsverhandlung und Vertragsmanagement: Planung, Verhandlung, Design und Durchführung von Verträgen*, hrsg. von Benno Heussen, Köln 1997a, S. 1-28.
- Heussen, Benno, *Vertragsmanagement*, in: *Handbuch Vertragsverhandlung und Vertragsmanagement: Planung, Verhandlung, Design und Durchführung von Verträgen*, hrsg. von Benno Heussen, Köln 1997b, S. 29-332.
- Hochreutener, Marc-Anton, *Indikatoren: Outcome-Messung im Spitalbereich im Kanton Zürich*, in: *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*, hrsg. von Karl Lauterbach, Matthias Schrappe, Stuttgart-New York 2004, S. 442-453.

- Hohage, Reinhold, Timo Prieß, Der neue TVöD, in: *Altenheim*, 44. Jahrgang, 2005, Heft 11, S. 33.
- Hölscher, Stefan, Nützliches Instrument oder überflüssige Bürokratie, in: *Altenheim*, 46. Jahrgang, 2007, Heft 2, S. 39-41.
- Hölscher, Stefan, Pflegesatzverhandlung unter die Lupe genommen, in: *Heim+Pflege*, 37. Jahrgang, 2006, Heft 11, S. 331-335.
- Hons, Caren, Die wichtigen Schritte zur LQV, in: *Altenheim*, 43. Jahrgang, 2004, Heft 11, S. 22-24.
- Höwer, Olaf, Pflegequalität – was sollte gemessen werden?, Diplomarbeit Frankfurt am Main 2002.
- Huneke, Michael, Hermann Brandenburg, Professionelle Pflege alter Menschen lernen, in: *Professionelle Pflege alter Menschen*, hrsg. von Hermann Brandenburg, Michael Huneke, Stuttgart 2006, S. 279-322.
- Igl, Gerhard, Entbürokratisierungspotenziale in Rechtsvorschriften: Heimgesetz, in: *Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland*, Abschlussbericht des Kompetenzteams "Entbürokratisierungspotenziale", hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2006 Berlin, S. 394-456.
- Igl, Gerhard, Rechtliche Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflege, in: *Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege*, hrsg. von Thomas Klie, Melsungen 1996, S. 31-42.
- Igl, Gerhard, Thomas Klie, Die jüngere Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen des SGB XI und in der häuslichen Krankenpflege, in: *Qualität in der Pflege*, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S. 3-17.
- Igl, Gerhard, Viktoria Tallich, Entbürokratisierungspotenziale in Rechtsvorschriften: Sozialleistungsrecht, in: *Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland*, Abschlussbericht des Kompetenzteams "Entbürokratisierungspotenziale", hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2006, S. 457-501.
- International Council of Nurses (ICN), The ICN Definition of Nursing, Quelle: <http://www.icn.ch/definition.htm>, Stand: 6. September 2006.
- Isak, Hubert, Kirsten Schmalenbach, *Casebook Völkerrecht und internationales Recht*, Wien 2007.

- Isenberg, Thomas, Defizite der Pflegeversicherung und Missstände in der Pflege aus dem Blickwinkel der Verbraucherpolitik, in: Qualität in der Pflege, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S. 65-78.
- Johne, Gabriele, Qualitätssicherung und Wettbewerb bei Pflegeleistungen, Frankfurt am Main-New York 1997.
- Jost, Peter-J., Die Prinzipal-Agenten-Theorie im Unternehmenskontext, in: Die Prinzipal-Agenten-Theorie in der Betriebswirtschaftslehre, hrsg. von Peter-J. Jost, Stuttgart 2001, S. 11-43.
- Jung, Hans, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 7. Auflage, Wien-München 2001.
- Jung, Karl, Ruth Schweitzer, Die neue Pflegeversicherung – Sozialgesetzbuch XI, Bonn 1995.
- Junker, Abbo, Subabeh Kamanabrou, Vertragsgestaltung, München 2002.
- Jürgens, Andreas, Mein Recht bei Pflegebedürftigkeit, München 2000.
- Kaltenbach, Tobias, Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Melsungen 1991.
- Kämmer, Karla, Das Arbeitsfeld pflegerischer Leitungspersonen, in: Pflegemanagement in Altenheimen, hrsg. von Karla Kämmer, Hannover 1996a, S. 11-12.
- Kämmer, Karla, Professionelle Pflege – eine Standortbestimmung, in: Altern und Politik, hrsg. von Hans Peter Tews, Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe, Band 11, Melsungen 1996b, S. 175-188.
- Kämmer, Karla, Siegfried Huhn, Pflegequalität, in: Pflegemanagement in Altenheimen, hrsg. von Karla Kämmer, 2. Auflage, Hannover 1996, S. 127-138.
- Karotsch, Dieter, Pflegequalität und Marktwirtschaft, in: Altenpflege, 19. Jahrgang, 1994, Heft 11, S. 695-702.
- Kather, Andreas, Leistungsbezogene variable Vergütung in caritativen Einrichtungen – ein Widerspruch?, in: ZMV – Die Mitarbeitervertretung, 2005, Heft 3, S. 122-125.
- Katz, Jacqueline, Eleanor Green, Qualitätsmanagement: Ein Ratgeber zur Überprüfung und Bewertung des Pflegedienstes, Berlin-Wiesbaden 1996.
- Kesselheim, Harald, Heimvertrag, Selbstbestimmungsrecht der Versicherten und Sachwalterrolle der Pflegekassen, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, 1997, Heft 37, S. 67-71.
- Kirchhof, Ralf-Rüdiger, Helga Kopf, Mustervertrag für die ambulante Pflege, in: Quali-

- tätsmanagement und Care-Management in der ambulanten Pflege, hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 173, Stuttgart-Berlin-Köln 1999, S. 133-145.
- Kittner, Michael, Susanne Kittner, Arbeits- und Sozialrecht, 6. Auflage, Frankfurt am Main 2006.
- Klamroth, Sabine, Reinhard Walter, Vertragsrecht, Wiesbaden 1991.
- Klie, Thomas, Ulrich Stascheit (Hrsg.), Gesetze für Pflegeberufe, 9. Auflage, Baden-Baden 2005.
- Klie, Thomas, Alter und Pflege im Heim – Heimvertrag, Frankfurt am Main 1999.
- Klie, Thomas, Expertise zu den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen, Freiburg 2003.
- Klie, Thomas, Qualitätssicherung in der Altenhilfe, in: Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege, hrsg. von Thomas Klie, Uwe Lörcher, Freiburg, 1995, S. 9-27.
- Klie, Thomas, Recht und Qualitätssicherung in der Pflege alter Menschen – Gesetzliche Rahmenbedingungen und Rechtswirklichkeit, in: Qualität in der Pflege, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S.19-34.
- Klie, Thomas, Rechtskunde, 7. Auflage, Hannover 2001.
- Klie, Thomas, Utz Krahrmer (Hrsg.), Soziale Pflegeversicherung – Lehr- und Praxis-kommentar, 2. Auflage, Baden-Baden 2003.
- Köck, Christian, Entscheiden, was nicht entschieden werden kann, in: Managed Care, 10. Jahrgang, 2000, Heft 4, S. 7-9.
- Köndgen, Johannes, Walter Bayer, Einbeziehung Dritter in den Vertrag, Karlsruher Forum 1998, Karlsruhe 1999.
- Krahrmer, Utz, Der Kunde muß aussteigen können, wenn es ihm zu teuer wird, in: Forum Sozialstation, 20. Jahrgang, 1996a, Heft 81, S. 14-15.
- Krahrmer, Utz, Für Transparenz: Mustervertrag für die Rechtsbeziehungen zwischen ambulanten Pflegediensten und Pflegebedürftigen, in: Häusliche Pflege, 5. Jahrgang, 1996b, Heft 8, S. 538-544.
- Krahrmer, Utz, Zur Gestaltung der Vertragsverhältnisse zwischen Pflegedienst und Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 78. Jahrgang, 1998, Heft 10, S. 310-313.

- Kreitz, Renate, Einzelvereinbarungen und Verträge, in: Häusliche Pflege, 9. Jahrgang, 2000, Heft 9, S. 17-20.
- Kromrey, Helmut, Empirische Sozialforschung, Opladen 1980.
- Kümmerle, Fritz, Medizinische Standards als Orientierungspunkte für Qualitätssicherung und Versorgung: Aspekte der Krankenversorgung, in: Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen: Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit, hrsg. von E. Nagel, Chr. Fuchs, Köln 1997, S. 150-153.
- Lamnek, Siegfried, Qualitative Sozialforschung, 4. Auflage, Weinheim 2005.
- Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) Baden-Württemberg, Die BKK: Bundesverband, Angaben mit Stand 20. Dezember 2005, Quelle: <http://www.bkk-bw.de/100>, Stand: 20. Juni 2006.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS), Quelle: <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAG>, Stand: 1. Februar 2007.
- Langenfeld, Gerrit, Vertragsgestaltung, München 1991.
- Leber, Wolfgang, Vertragspflege im Altenheim?, in: Altenheim, 34. Jahrgang, 1995, Heft 12, S. 858-860.
- Leistungs- und Qualitätsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach § 80a SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 7. Oktober 2003.
- Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach §§ 80a und 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Mai 2004.
- Markus, Katrin, Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Heimverträge, in: Altenpflege, 21. Jahrgang, 1996, Heft 4, S. 286-288.
- Maschmann, Frank, Grundfragen des Rechts der Leistungserbringung in der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), in: Die Sozialgerichtsbarkeit, 43. Jahrgang, 1996, Heft 2, S. 49-58.
- Mayer, Birgit, Qualitätssicherung im ambulanten Bereich aus Sicht des Diakonischen Werks der EKD, in: Qualitätssicherung in der Pflege, hrsg. vom Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, Bonn 1999, S. 99-106.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten

- Pflege, Essen 2000a.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege, Essen, 2000b.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen 2004.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), Richtlinien/Anlagen/MDK-Anleitungen: Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege, Essen, 2005a.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.), Richtlinien/Anlagen/MDK-Anleitungen: Grundlagen der MDK-Prüfungen in der stationären Pflege, Essen, 2005b.
- Methfessel, Wolfgang, Vertragsrecht, Band 1: Die allgemeinen Grundlagen des Vertragsrecht, Stuttgart u.a. 1977.
- Meyer, Anton, Roland Mattmüller, Qualität von Dienstleistungen. Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells, in: Marketing Zeitschrift für Forschung und Praxis, 9. Jahrgang, 1987, Heft 3, S. 187-195.
- Meyer, Jörg Alexander, Der Weg zur Pflegeversicherung: Positionen – Akteure – Politikprozesse, Frankfurt am Main 1996.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF) (Hrsg.), Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004-2006, Düsseldorf 2005.
- Möwisch, Anja, Caren Hons, Claudia Both, Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung in der Pflege, Heidelberg 2005.
- Möwisch, Anja, Diktat oder Verhandlungsfreiheit?, in: Altenheim, 46. Jahrgang, 2007, Heft 3, S. 69-70.
- Müller, Herbert, Arbeitsorganisation in der Pflege, 2. Auflage, Hannover 2005.
- Müller, Klaus, Zufriedene Kunden?, Stuttgart-Berlin-Köln 2000.
- Musil, Antje, Stärkere Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wiesbaden 2003.
- Muster-Arbeitsvertrag des Trägers von Pflegeheim A, Stand: 29. August 2006.
- Muster-Arbeitsvertrag des Trägers von Pflegeheim B, Stand: 15. August 2006.

- Muster-Heimvertrag des Trägers von Pflegeheim A, Stand: 24. Juni 2006.
- Muster-Heimvertrag des Trägers von Pflegeheim B, Stand: April 2006.
- Neumann, Volker, Normenvertrag, Rechtsordnung oder Allgemeinverbindlichkeitserklärung?, Arbeits- und Sozialrecht Band 71, Baden-Baden 2002.
- o.V., Das Personal ist unser Kapital der Zukunft, in: Pflege aktuell, 2006a, Heft 5, S. 246-249.
- o.V., Die 92 BAGSO Organisation, in: BAGSO Nachrichten, 15. Jahrgang, 2006b, Heft 3, S. 49.
- o.V., Pflege nach dem Krankenhaus, in: ku-Sonderheft: Integrierte Versorgung, 2005, Heft 9, S. 56.
- o.V., Rahmenvertrag – Ungleichbehandlung privater Pflegedienste gegenüber Sozialstationen, in: Pflegerecht, 6. Jahrgang, 2002, Heft 3, S. 79-82.
- o.V., Verträge mit Angehörigen des Pflegebedürftigen, in: Soziale Sicherheit, 49. Jahrgang, 2000, Heft 2, S. 66-68.
- o.V., Zum Abschluss eines Vertrages mit einer einzelnen geeigneten Pflegekraft, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, 1999, Heft 43, S. 117-123.
- Ott, Sieghart, Vereine gründen und erfolgreich führen, 9. Auflage, München 2002.
- Perschke-Hartmann, Christiane, Qualitätswahrnehmung aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen, in: Qualität in der Pflege, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S. 325-336.
- Peters, Andre, Wie können wir leistungsgerecht vergüten, in: epd sozial, 2006, Heft 39, S. 17.
- Pfaff, Holger, Indikatoren: Mitarbeiterbefragung – ein Instrument des Krankenhaus- und Qualitätsmanagements, in: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, hrsg. von Karl Lauterbach, Matthias Schrappe, Stuttgart-New York 2004, S. 430-442
- Philbert-Hasucha, Sabine, Projekt: Qualität in der Pflege, in: Pflege-Qualität jetzt, hrsg. von der Projektgruppe "Qualität in der Pflege" der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung der Medizinischen Einrichtungen der Universität Köln, Melsungen 1995, S. 9-20.
- Plantholz, Markus, Offene Probleme der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gemäß § 80a SGB XI, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, 2005, Heft 57, S. 22-43.

- Prakke, Heleen, Ines Trede, Qualitätssicherung, in: Qualitätsentwicklung: Allgemeine Qualitätskriterien für die Pflege im Krankenhaus, hrsg. von Heleen Prakke, Christa Flerchinger, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1999, S. 1-6.
- Quaas, Michael, Der Versorgungsvertrag nach dem Pflege-Versicherungsgesetz, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 4. Jahrgang, 1995, Heft 5, S. 197-202.
- Quaas, Michael, Medizinische Versorgungszentren als Bestandteil der integrierten Versorgung, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (F & W), 21. Jahrgang, 2004, Heft 3, S. 304-309.
- Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996, in der Fassung vom 9. Juli 2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11. September 2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12. September 2002.
- Rahmenvertrag nach § 93d Abs. 2 BSHG zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG für Baden-Württemberg für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen vom 15. Dezember 1998, in der Fassung vom 25. Juni 2003.
- Rebscher, Herbert, Integrierte Versorgung – Alte Rhetorik oder neues ordnungspolitisches Konzept?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 58. Jahrgang, 2004, Heft 4-5, S. 46-52.
- Rehbinder, Eckard, Vertragsgestaltung, 2. Auflage, Neuwied-Kriftel-Berlin 1993.
- Reutlinger, Barbara, Pflegequalität: Forderungen, Zusammenhänge, Wege der Sicherung, in: Pr-InterNet, 3. Jahrgang, 2001, Heft 5, S. 85-105.
- Riege, Fritz, Gut bedenken – und sehr gut vorbereiten, in: Altenheim, 42. Jahrgang, 2003a, Heft 7, S. 34-37.
- Riege, Fritz, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI, in: Die Sozialgerichtbarkeit, 50. Jahrgang, 2003b, Heft 6, S. 331-335.
- Riege, Marc, Quo vadis AVR? Tarif- und Personalpolitik der Caritas auf neuen Wegen, in: Krankendienst, 80. Jahrgang, 2007, Heft 5, S. 153-155.
- Rizvi, Sylvia, Jedes Jahr wird beim Pflegesatz um vier Milliarden Euro verhandelt, in: KVJS aktuell hrsg. vom Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, 2007, Heft 1, S. 17-18.
- Roth, Günter, Qualität in Pflegeheimen, Expertise der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dortmund 2002.

- Roth, Thomas, Marius Koh, Denn aller Anfang ist schwer, in: *Altenheim*, 42. Jahrgang, 2003, Heft 7, S. 30-33.
- Rothgang, Heinz, Jürgen Wasem, Stefan Greß, Vergütungsfindung im stationären Pflegebereich, Gutachten für die Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW" vom 15. August 2004, Bremen-Essen 2004.
- Rudolph, Jörg, Heimverträge und Vertrags- und Vergütungsrecht nach dem SGB XI, in: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen*, 1997, Heft 37, S. 46-61.
- Rüping, Uta, Henning Kühne, "Rückversicherung" Pflegevertrag, in: *Pflegen Ambulant*, 13. Jahrgang, 2002, Heft 1, S. 10-12.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Kurzfassung, Bonn 2001.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten, Bonn 2005.
- Samland, Jürgen, Eine Chance für die Pflege?, in: *Heim+Pflege*, 38. Jahrgang, 2007, Heft 5, S. 138-139.
- Schaeffer, Doris, Pflegewissenschaften in Deutschland, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld, Band P98-101, Bielefeld 1998.
- Schanz, Benno, Fellgiebel, Andreas, Integrierte Versorgung ist ein aktuelles Thema, in: *Pr-InterNet*, 8. Jahrgang, 2006, Heft 11, S. 615-621.
- Schedler, Kuno, Isabella Proeller, *New Public Management*, 2. Auflage, Bern-Stuttgart-Wien 2003.
- Schiemann, Doris, Zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege, in: *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 43. Jahrgang, 1990, Heft 7, S. 526-529.
- Schiffer, Paul-Jürgen, Überlegungen zu den §§ 75 und 80 des Pflegeversicherungsgesetzes, in: *Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe*, Dokumentation einer KDA-Fachtagung am 5./6. Mai 1994, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Bonn-Bad Godesberg 1994, S. 49-52.
- Schmidt, Klaus, Integrierte Versorgung oft Etikettenschwindel, in: *Ärztliche Praxis – das Online-Magazin für Arzt und Patient*, Ausgabe 49, 2004, veröffentlicht am 15. Juli 2004, Quelle: <http://www.aerztlichepraxis.de>, Stand: 12. September 2004.
- Schmidt, Roland, Unterstützung der Laienpflege: Die Schnittstelle zwischen Laien-

- pflge und professioneller Pflege, in: Qualität in der Pflege, hrsg. von Gerhard Igl u.a., Stuttgart 2002, S.191-204.
- Schneider, Udo, Theorie und Empirie der Arzt-Patient-Beziehung: Zur Anwendung der Principal-Agent-Theorie auf die Gesundheitsnachfrage, Frankfurt am Main 2002.
- Schnell, Rainer, Paul B. Hill, Elke Esser, Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Auflage, München-Wien 2005.
- Schrappe, Matthias, Indikatoren: Definition, Entwicklung und Validierung, in: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, hrsg. von Karl Lauterbach, Matthias Schrappe, Stuttgart-New York 2004a, S. 408-419.
- Schrappe, Matthias, Indikatoren: Indikatorensysteme, in: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, hrsg. von Karl Lauterbach, Matthias Schrappe, Stuttgart-New York 2004b, S. 420-425.
- Schrappe, Matthias, Qualität in der Gesundheitsversorgung, in: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, hrsg. von Karl Lauterbach, Matthias Schrappe, Stuttgart-New York 2004c, S. 267-276.
- Schröder, Barbara, Das Lebensbild alter Menschen, in: Pflegemanagement in Altenheimen, hrsg. von Karla Kämmer, Hannover 1996a, S. 13-16.
- Schröder, Barbara, Lebensraum und Arbeitsfeld Pflegeheim, in: Pflegemanagement in Altenheimen, hrsg. von Karla Kämmer, Hannover 1996b, S. 17-32.
- Schröder, Jan, Daniel Kettinger, Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit, Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn 2001.
- Schulin, Bertram, Verträge mit den Leistungserbringern im Pflegeversicherungsrecht (SGB XI), in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 1994, Heft 4, S. 285-307.
- Schulz, Michael, Arthur Geisler, Mehr Vertrauen zur unternehmerischen Freiheit, in: Durchblick hrsg. vom VDAB, 2006, Heft 1, S. 14-15.
- Schulz-Gödker, Andreas, PV-Gesetz: Die Vertragsverhältnisse in der ambulanten Pflege, in: Pflegen Ambulant, 6. Jahrgang, 1995, Heft 1, S. 39-43.
- Schütte, Wolfgang, Konsumentenschutz und Qualitätssicherung durch Pflegeverträge, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 76. Jahrgang, 1996, Heft 8, S. 257-262.

- Selbmann, Hans-Konrad, Qualitätssicherung, in: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, hrsg. von Karl Lauterbach, Matthias Schrappe, Stuttgart-New York 2004, S. 277-286.
- Simon, Hermann, Das große Handbuch der Strategiekonzepte, Frankfurt am Main 2000.
- Sodan, Helge, Jan Ziekow, Grundkurs öffentliches Recht, München 2005.
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I, S. 3015), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I, S. 2748).
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I, S. 3845) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I, S. 86 (466)), zuletzt geändert durch Art. 22 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246).
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 28 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I, S. 2246).
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Zehntes Buch (X) – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz vom 18. August 1980 (BGBl. I, S. 1469) und vom 4. November 1982 (BGBl. I, S. 1450) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I, S. 130), zuletzt geändert durch Art. 263 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I, S. 2407).
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I, S. 1014), zuletzt geändert durch Art. 28 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I, S. 2246).
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I, S. 3022), zuletzt geändert durch Art. 5 u. 6 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (BGBl. I, S. 1595).
- Sozialverband VdK Deutschland e.V., Organisation, Quelle: <http://www.vdk.de>, Stand: 21. November 2006.
- Sperl, Dieter, Qualitätssicherung in der Pflege: Validierte Pflege im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Intensivpflege, Hannover 1994.
- Spitzenverbände der Pflegekassen, Empfehlungen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI vom 8. November 1996.
- Spitzenverbände der Pflegekassen, Empfehlungen zur Umsetzung des § 80a SGB XI

- (Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen – LQV) vom 16. Juli 2003.
- Stache, Eva, Aktueller Stand der Qualitätssicherung in der Pflege, in: Der Großhaushalt im Versorgungsverbund, hrsg. von Dietmar Bräunig, Baltmannsweiler 2007, S. 259-269.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch 2005 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 2005.
- Steuernagel, Birgit, Die Gestaltung von Marketinginstrumenten für den Dienstleistungsbetrieb ambulanter Pflegedienst, Dissertation Gießen 2006.
- Strecker, Birgit, Ines Ketteler, Qualität und Qualitätsmanagement – Begriffe und Terminologie, in: Qualitätsmanagement – ein Thema im oecotrophologischen Arbeitsfeld, hrsg. von Jörg Bottler u.a., Niederkleen 1996, S. 28-33.
- Streibl, Florian, Vertragsbausteine Arbeitsvertrag, Regensburg-Berlin 2001.
- Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) vom 13. September 2005.
- Tarifvertragsgesetz (TVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 1969 (BGBl. I, S.1323), zuletzt geändert durch Art. 223 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I, S. 2407).
- Thom, Norbert, Adrian Ritz, Public Management, 3. Auflage, Wiesbaden 2006.
- Tophoven, Christina, Qualitätsmanagement und integrierte Versorgung, in: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, hrsg. von Karl Lauterbach, Matthias Schrappe, Stuttgart-New York 2004, S. 366-371.
- Treike, Silke, Unternehmenskonzept Ambulante Altenhilfe, Regensburg-Berlin 2003.
- Udsching, Peter, Aktuelle Fragen des Leistungserbringungsrechts in der Pflegeversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit (SGB), 50. Jahrgang, 2003, Heft 3, S. 133-139.
- Ulrich, Hans, Die Unternehmung als produktives soziales System, Stuttgart 1968.
- Ulrich, Hans, Management, hrsg. von Thomas Dyllick, Gilbert Probst, Bern 1984.
- Unberath, Hannes, Die Vertragsverletzung, Tübingen 2007.
- Unkelbach, Elisabeth, Friedhelm Peil, Vorstellung der Pilotstudie Qualitätssicherung, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 37. Jahrgang, 1984, Heft 5, S. 263-264.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB), Qualitätsmaßstäbe nach § 80 SGB XI sind ungültig, Pressemitteilung vom 7. Dezember 2005, Essen

2005a.

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB), Reformvorschläge 2005/2006 für die grundlegende Erneuerung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen vom 26. Oktober 2005, Essen 2005b.

Verbraucherzentrale des Landes Bremen e.V., Konzeption einer Pflegecharta, hrsg. vom Verbraucherzentrale Bundesverband e.V, Bremen 2003.

Vergütungsvereinbarung für abrechenbare Investitionsaufwendungen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 17. Juli 2002.

Vergütungsvereinbarung für abrechenbare Investitionsaufwendungen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim B vom 24. Februar 1999 in der Fassung vom 26. April 2007.

Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Juni 2004.

Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 8. Oktober 2003.

Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege nach § 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 9. Dezember 2004.

Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs (Heimmitwirkungsverordnung – HeimMwVO) vom 19. Juli 1976 (BGBl. I, S. 1819), Neufassung vom 25. Juli 2002 (BGBl. I, S. 2896).

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 1. Dezember 2002.

Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 21. November 1999.

Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2003 (BGBl. I, S. 102), geändert durch Art. 4 Abs. 8 des Gesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I, S. 718).

Vitt, Gabriele, Pflegequalität ist messbar: Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege, Hannover 2002.

Vollmer, Rudolf J., Die Pflegeeinrichtungen, in: Bundesarbeitsblatt, 1994a, Heft 8-9, S. 42-47.

Vollmer, Rudolf J., Soziale Pflegeversicherung: Externe Qualitätssicherung in der am-

- bulanten und stationären Pflege, in: Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe, Dokumentation einer KDA-Fachtagung am 5./6. Mai 1994, hrsg. vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Bonn-Bad Godesberg 1994b, S. 33-48.
- Vüllers-Krohn, Der Kunde ist König – doch was wünscht er?, in: Pflegen Ambulant, 13. Jahrgang, 2002, Heft 1, S. 11-12.
- Waltermann, Raimund, Sozialrecht, 4. Auflage, Heidelberg 2004.
- Weber, Klaus (Hrsg.), Rechtswörterbuch, begründet von Carl Creifelds, 17. Auflage, München 2002.
- Wendel, Volker, Controlling in Nonprofit-Unternehmen des stationären Gesundheitssektors, Baden-Baden 2001.
- Wiese, Ursula Eva, Pflegeversicherung und Pflegepraxis – Auswirkungen rechtlicher Regularien auf die Pflege, Pflegequalität und Qualitätssicherung, Baden-Baden 2004.
- Wiese, Ursula Eva, Rechtliche Qualitätsvorgaben in der stationären Altenpflege, München-Jena, 2005.
- Wigge, Peter, Integrierte Versorgung und Vertragsarztrecht (Teil 1), in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 10. Jahrgang, 2001, Heft 1, S. 17-24.
- Wild, Jürgen, Unternehmensführung, Festschrift für Erich Kosiol, Berlin 1974.
- Wöhe, Günter, Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, 21. Auflage, München 2002.
- Zanders, Eva, Die Ökonomie von Altenheimen: Betriebsvergleiche und Arbeitsverträge, Frankfurt am Main-New York 1990.

9 Anhang

Verzeichnis der Anhänge

- A 1: Analyseergebnis der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- A 2: Analyseergebnis des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI über vollstationäre pflegerische Versorgung für das Land Baden-Württemberg
- A 3: Analyseergebnis des Rahmenvertrags nach § 93d Abs. 2 BSHG über voll- und teilstationäre pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern für das Land Baden-Württemberg
- A 4: Analyseergebnis der Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI
- A 5: Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI
- A 6: Analyseergebnis der LQV nach § 80a SGB XI
- A 7: Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG/ § 75 SGB XII für abrechenbare Investitionsaufwendungen
- A 8: Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG/ § 75 SGB XII für Pflegestufe 0
- A 9: Analyseergebnis der Muster-Heimverträge nach § 5 HeimG

Anhang A: Detaillierte Analyseergebnisse

Rechte Spalte: relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems. Es sind nur die Ebenen, Unterebenen und Bereiche aufgeführt, denen Vertragsinhalte zugeordnet wurden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden jeweils nur die Überschriften der Indikatorenbereiche genannt. Die Erläuterung der einzelnen Indikatorenbereiche mit der Nennung von Beispielen erfolgt in den Tabellen 4-3 bis 4-5 in Kap. 4.5.3.3.

Linke Spalte(n): zugeordnete Vertragsinhalte der jeweiligen Verträge. Es werden die Paragrafen, Abschnitte, Kapitel, Ziffern, Überschriften etc. der Vertragspassagen genannt, die den Indikatorenbereichen zugeordnet werden. Die Klammern (...) beinhalten die wichtigsten Schlagworte der jeweiligen Passage. Alle nicht markierten Textteile enthalten neue Regelungen, die noch nicht in übergeordneten Regelwerken erwähnt sind oder aus ihnen übernommen wurden. Markierte Textteile [...] (siehe Versorgungsverträge, Muster-Heimverträge) betreffen pflegequalitätsrelevante Inhalte, die aus anderen übergeordneten Verträgen oder Gesetzen resultieren. Markierte Textteile werden in der Ergebnisdarstellung (vgl. Kap. 5.2) nicht berücksichtigt.

A 1: Analyseergebnis der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996.
A Potenzialqualität	
A1 Gestaltung der leistungswirtschaftlichen Ebene	
A1.1 Gestaltung der Organisation	
Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Leistungserbringung (Pflegeleistungen und pflegenaher Leistungen) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung	2.2.1 Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft (Durchführung der Pflegeleistungen unter Verantwortung einer Pflegefachkraft, Vertretung muss geregelt werden)
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Pflegeleistungen	1.1 Ziele (bedarfsgerechte und flexible Anpassung der Pflege an die Veränderungen der Bewohnersituation, fachlich kompetent, nach wissenschaftlich fundierten Kenntnissen), 2.2.1 Funktion Pflegefachkraft (Verantwortung für Anwendung beschriebener Qualitätsanforderungen im Pflegebereich, fachliche Planung des Pflegeprozesses, Pflegedokumentation), 3.2.2 Pflegeprozess (Forderung nach Pflegekonzeption, Vorbereitung des Einzugs, Pflegeplanung kontinuierlich aktualisieren und dokumentieren, Pflegedokumentation, Pflegeteams), 3.2.3 Pflegedokumentation (sachgerecht, kontinuierlich, abgeleitet aus Leistungsgeschehen und Pflegeprozess, Aufbewahrungsfrist 5 Jahre), 4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung (interne/externe Maßnahmen: Qualitätszirkel, Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden, Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für Pflege)
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der pflegenahen Leistungen	3.1.5 Weitere strukturelle Voraussetzungen (altersgerechtes, abwechslungsreiches und vielseitiges Speiseangebot, Diätkost, flexible Essenszeiten), 4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung (interne/externe Maßnahmen: Qualitätszirkel, Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden, Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Versorgung)
Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Leistungsströme	3.1.6 Kooperation mit anderen Leistungserbringern, 3.2.7 Vernetzung mit weiteren Institutionen (Forderung nach Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen, Unterstützung bei ärztlichen, therapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen außerhalb der Einrichtung)

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996.
A1.2 Gestaltung der Ziele Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit leistungswirtschaftlicher Ausrichtung	1.1 Ziele (Sicherstellung von Pflege und Versorgung der Bewohner, bedarfsgerecht, flexibel, fachlich kompetent nach wissenschaftlich fundierten Kenntnissen), 3.1.5 Weitere strukturelle Voraussetzungen (Forderung nach Sicherstellung der fachlichen Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung), 3.2.1 Darstellung der vollstationären Pflegeeinrichtung (Schriftliche Darstellung mit Aussagen zu Pflegekonzept, Leistungsangebot, räumliche/personelle Ausstattung, Beratungsangeboten, qualitätssichernde Maßnahmen), 3.2.2.1 Pflegekonzeption (basierend auf dem allgemeinen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnis)
A1.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren Gestaltung der gebäude- und infrastrukturelbezogenen Potenziale	3.1.4 Räumliche Voraussetzung (entsprechen den individuellen Wünschen nach Privatheit/Wohnlichkeit, Mitbringen persönlicher Gegenstände, Zugang zur Pflegeeinrichtung)
A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene	
A2.1 Gestaltung der Organisation Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Sozialwirtschaft (Einrichtungsleitung, Personalwirtschaft und weitere Funktionalbereiche zur Umsetzung von Mitarbeiter- und Bewohnerorientierung) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation	2.2.1 Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft (Zuordnung von Aufgaben, Vertretung muss geregelt werden)
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Mitarbeiterhandels und -verhaltens	1.1 Ziele (partnerschaftliche Zusammenarbeit, regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch), 2.2.1 Funktion Pflegefachkraft (Verantwortung für Dienstplanung/Dienstbesprechungen), 2.4.2 Fort- und Weiterbildung (Sicherstellung einer funktions- und aufgabenbezogenen Fort- und Weiterbildung), 3.2.4 Pflegeteams (personelle Kontinuität), 3.2.5 Dienstplanung (bewohnerorientiert, ausreichend, zweckmäßig, Koordination der beteiligten Leistungsbereiche) Die nachfolgend genannten Punkte betreffen die Bewohnerorientierung. Da sie jedoch maßgeblich durch den Mitarbeiter umgesetzt werden, sind sie diesem Indikatorenbereich zugeordnet: 1.1 Ziele (Streben nach Bewohnerzufriedenheit und Vertrauensbeziehung, Beachtung von Biografie und bisherigen Lebensgewohnheiten, Unterstützung am sozialen und kulturellen Leben etc.), 3.2.2 Pflegeprozess (individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner sind zu beachten bei Einzug/Pflegeplanung), 3.2.7 Vernetzung mit weiteren Institutionen (Förderung der sozialen Integration der Bewohner in örtliches Gemeinwesen)
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Bewohnerhandels und -verhaltens	1.1 Ziele (partnerschaftliche Zusammenarbeit, regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch), 3.2.2.3 Pflegeplanung (Einbeziehung von Bewohner, Angehörigen und anderen an der Pflege Beteiligten), 3.2.6 Einbeziehung der Angehörigen (Förderung der Kontakte des Bewohners zu ihm nahe stehenden Personen), 3.2.5 Dienstplanung (bewohnerorientiert, Koordination der beteiligten Personen ist sicherzustellen)
A2.2 Gestaltung der Ziele Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit sozialwirtschaftlicher Ausrichtung	1.1 Ziele (Bewohnerorientierung, Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Bewohner und den an der Pflege Beteiligten, menschenwürdige Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner, partnerschaftliche Zusammenarbeit, Zusammenarbeit mit Heimbeirat, regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch), 3.2.1 Pflegeeinrichtung Darstellung (Schriftliche Darstellung der personellen Ausstattung)
A2.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren Gestaltung der mitarbeiterbezogenen Potenziale	3.1.2 Voraussetzung für Tätigkeit als Pflegefachkraft (Voraussetzung bzgl. Ausbildung, Berufserfahrung, Weiterbildung, hauptberufliche

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996.
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene	Beschäftigung der verantwortlichen Pflegefachkraft), 3.1.3 Geeignete Kräfte (Personaleinsatz entsprechend den fachlichen Qualifikationen, fachliche Anleitung von Hilfskräften/angelernten Kräften)
A3.2 Gestaltung der Ziele	
Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit finanzwirtschaftlicher Ausrichtung	1.1 Ziele (wirtschaftliche Leistungserbringung), 3.2.1 Pflegeeinrichtung Darstellung (Schriftliche Darstellung des Leistungsangebots mit Preisen)
B Prozessqualität	
B1 Lenkung der leistungswirtschaftlichen Ebene	
B1.1 Lenkung des Pflegeprozesses	
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Pflegeprozess	1.1 Ziele (bedarfsgerechte und flexible Anpassung der Pflege an die Veränderungen der Bewohnersituation, fachlich kompetent, nach wissenschaftlich fundierten Kenntnissen), 2.2.1 Funktion Pflegefachkraft (Verantwortung für Planung des Pflegeprozesses), 3.2.2. Pflegeprozess (Forderung nach Pflegekonzeption, Vorbereitung des Einzugs, Pflegeplanung kontinuierlich aktualisieren und dokumentieren, Pflegedokumentation, Pflegeteams), 3.2.3 Pflegedokumentation (sachgerecht, kontinuierlich, abgeleitet aus Leistungsgeschehen und Pflegeprozess, Aufbewahrungsfrist 5 Jahre), 4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung (interne/externe Maßnahmen: Qualitätszirkel, Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden, Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für Pflege)
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Pflegedokumentation	2.2.1 Funktion Pflegefachkraft (Verantwortung für Pflegedokumentation), 3.2.2 Pflegeprozess (Forderung nach Pflegekonzeption, Vorbereitung des Einzugs, Pflegeplanung kontinuierlich aktualisieren und dokumentieren, Pflegedokumentation, Pflegeteams), 3.2.3 Pflegedokumentation (sachgerecht, kontinuierlich, abgeleitet aus Leistungsgeschehen und Pflegeprozess, Aufbewahrungsfrist 5 Jahre)
B1.2 Lenkung der pflegenahen Prozesse	
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Leistungserstellung	4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung (interne/externe Maßnahmen: Qualitätszirkel, Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden, Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Versorgung)
B1.3 Lenkung der externen Schnittstellen der Leistungsströme	
Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen	3.1.6 Kooperation mit anderen Leistungserbringern (Verantwortung verbleibt bei der auftraggebenden Einrichtung), 3.2.7 Vernetzung mit weiteren Institutionen (Forderung nach Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen, Unterstützung bei ärztlichen, therapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen außerhalb der Einrichtung)
B2 Lenkung der sozialwirtschaftlichen Ebene	
B2.1 Lenkung der Mitarbeiter	
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Weiterentwicklung der fachlichen und zwischenmenschlich-sozialen Fähigkeiten	2.4.2 Fort- und Weiterbildung (Sicherstellung einer funktions- und aufgabenbezogenen Fort- und Weiterbildung)
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einsatzorganisation	1.1 Ziele (partnerschaftliche Zusammenarbeit, regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch), 2.2.1 Funktion Pflegefachkraft (Verantwortung für Dienstplanung/Dienstbesprechungen), 3.2.4 Pflegeteams (personelle Kontinuität), 3.2.5 Dienstplanung (bewohnerorientiert, ausreichend, zweckmäßig, Koordination der beteiligten Leistungsbereiche durch Dienstbesprechungen)
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Mitarbeiterver-	1.1 Ziele (Streben nach Bewohnerzufriedenheit und Vertrauensbeziehung, Beachtung von Biografie und bisherigen Lebensgewohn-

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996.
halten gegenüber Bewohnern	heiten, Unterstützung am sozialen und kulturellen Leben etc.), 3.2.2 Pflegeprozess (individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner sind zu beachten bei Einzug/Pflegeplanung), 3.2.7 Vernetzung mit weiteren Institutionen (Integration der Bewohner in örtliches Gemeinwesen)
B2.2 Lenkung der Bewohner Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Bewohnern an Entscheidungsprozessen	1.1 Ziele (partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Heimbeirat), 3.2.2.3 Pflegeplanung (Einbeziehung von Bewohner, Angehörigen und anderen an der Pflege Beteiligten), 3.2.5 Dienstplanung (bewohnerorientiert, Koordination der beteiligten Personen ist sicherzustellen), 3.3 Ergebnisqualität (Ergebnisse der Überprüfung sind dem Bewohner und auf seinen Wunsch unter Beteiligung der ihm nahe stehenden Personen zu erörtern)
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Angehörigen, Freunden und Bekannten an Entscheidungsprozessen	3.2.2.3 Pflegeplanung (Einbeziehung von Bewohner, Angehörigen und anderen an der Pflege Beteiligten), 3.2.6 Einbeziehung der Angehörigen (Förderung der Kontakte des Bewohners zu ihm nahe stehenden Personen), 3.2.5 Dienstplanung (Koordination aller beteiligten Personen ist sicherzustellen)
C Ergebnisqualität	
C1 Überwachung der leistungswirtschaftlichen Ebene	
C1.1 Überwachung der Pflegeergebnisse/Wirkungen Überwachung der individuellen Fähigkeiten	3.3 Ergebnisqualität (Aufforderung zur regelmäßigen Überprüfung der Ergebnisse von Pflege, Forderung nach Überwachung der Erhaltung und Verbesserung der Selbstpflegefähigkeiten, Kommunikationsfähigkeit, Orientierungsfähigkeit)
Überwachung der Pflegedokumentation	3.3 Ergebnisqualität (Aufforderung zur regelmäßigen Überprüfung der Ergebnisse von Pflege, Dokumentation der Ergebnisprüfung)
C1.1 Überwachung der pflegenahen Ergebnisse/Wirkungen	
Überwachung der pflegenahen Leistungsbereiche	3.3 Ergebnisqualität (Aufforderung zur regelmäßigen Überprüfung der Ergebnisse von Versorgung)
Überwachung der Dokumentation der pflegenahen Prozesse	3.3 Ergebnisqualität (Aufforderung zur regelmäßigen Überprüfung der Ergebnisse von Versorgung, Dokumentation der Ergebnisprüfung)
C2 Überwachung der sozialwirtschaftlichen Ebene	
C2.2 Überwachung der Bewohner	
Überwachung des Bewohnerfeedbacks/Bewohnerverhaltens	3.3 Ergebnisqualität (Aufforderung zur regelmäßigen Überprüfung der Ergebnisse von Pflege und Versorgung, Dokumentation der Ergebnisprüfung, Forderung nach Überwachung der Teilhabe am sozialen Umfeld und an Wahl- und Mitspracherechte)
Überwachung der Bewohnerzufriedenheit	3.3 Ergebnisqualität (Aufforderung zur regelmäßigen Überprüfung der Ergebnisse von Pflege und Versorgung, Dokumentation der Ergebnisprüfung, Forderung nach Überwachung des Zufriedenheitsgrads der Bewohner, der Berücksichtigung individueller Wünsche und Bedürfnisse, der Ermöglichung der Teilhabe am sozialen Umfeld und der Wahl- und Mitspracherechte)

A 2: Analyseergebnis des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI über vollstationäre pflegerische Versorgung für das Land Baden-Württemberg

<p>Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems</p>	<p>Zuordnung der Vertragsinhalte des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996, in der Fassung vom 9. Juli 2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11. September 2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12. September 2002.</p>
<p>A Potenzialqualität</p>	
<p>A1 Gestaltung der leistungswirtschaftlichen Ebene</p>	
<p>A1.1 Gestaltung der Organisation</p>	
<p>Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Leistungserbringung (Pflegeleistungen und pflegenahne Leistungen) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung</p>	<p>§ 17 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals (Verantwortung Träger für Regelung der Verantwortungsbereiche und für sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation)</p>
<p>Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Pflegeleistungen</p>	<p>§ 4 Formen und Hilfe (Definition verschiedener Hilfeformen: Unterstützung/Pflegehilfsmittel, teilweise/vollständige Übernahme, Beaufsichtigung/Anleitung), § 5 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (Forderung von gezieltem Einsatz und Gebrauchsanleitung, verantwortlich: Pflegekraft), § 13 Dokumentation der Pflege (sachgerecht, kontinuierlich, ablesbar, umfasst: Anamnese, Planung, Bericht, Einsatz von Pflegehilfsmitteln, Leistungsnachweis) Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § 3 Betreuungskonzept (Grundsätze und Leitlinien hinsichtlich Tagesablauf, biografeorientierter Planung, Beziehungspflege, Milieuthherapie, Leitlinien und Handreichung zum Umgang mit den Bewohnern)</p>
<p>Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Leistungsströme</p>	<p>§ 1 a) Hilfen bei der Körperpflege (Anregung zur ärztlichen Abklärung bei Ausscheidungsproblemen), § 1 f) Leistungen der Behandlungspflege (Ablauforganisation zwischen Pflegeheim und Arzt), § 4 Formen und Hilfe (Berücksichtigung von Therapiehalten und Anregungen von beispielsweise Ärzten/Therapeuten), § 12 Mitteilungen, Meldepflichten (Meldung von Pflegeheim an Pflegekasse), §§ 20-22 Prüfung durch die Pflegekassen, Prüfung durch den MDK, Information (Vorgaben zur Ablauforganisation der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege), §§ 24-32 Zugang (der Prüfer), Mitwirkung des Heims (Anwesenheit der Heimleitung), Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (Anforderung zur Erbringung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung sind nicht/nicht mehr erfüllt), Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen, Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand, Abwicklung der Prüfung, Prüfungsbericht, Prüfungsergebnis (Verfahren und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen) [Überwachung der Wirksamkeit der Leistungen] Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § 2 Personenkreis und persönliche Zugangsvoraussetzungen (Begutachtungsverfahren durch den MDK), § 3 Betreuungskonzept (Zusammenarbeit mit psychiatrisch erfahrenen Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten, und Angehörigen)</p>
<p>A1.2 Gestaltung der Ziele</p> <p>Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit leistungswirtschaftlicher Ausrichtung</p>	<p>§ 1 Inhalte der Pflegeleistungen: a) Hilfen bei der Körperpflege, b) Hilfen bei der Ernährung, c) Hilfen bei der Mobilität, d) Hilfen bei der persönlichen Lebensführung, e) Leistungen der sozialen Betreuung, f) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (umfasst jeweils eine ausformulierte Auflistung der Inhalte z.B. Körperpflege umfasst Waschen, Baden, Duschen, Zahnpflege, Kämmen/Herrichten der Tagesfrisur, Rasieren/Gesichtspflege, Darm- und Blasenentleerung), § 2 Unterkunft und Verpflegung (Auflistung der Inhalte und Umfang), § 4 Formen und Hilfe (Allgemeines zum Inhalt und Umfang der Hilfen), § 5 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (Einsatz zur Erleichterung und Linderung), § 11 Leistungsfähigkeit (Zeiten der Leistungserbringung: Tag/Nacht inklusive Sonn- und Feiertag) (§§ 1-5, 11 = Definition der Leistungen) Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § Personenkreis und persönliche Zugangsvoraussetzungen (Zielgruppe), § 3 Betreuungskonzept (Betreuungsleistungen nach Art und Umfang, Zielgruppe, Grundsätze und Leitlinien hinsichtlich Tagesablauf, biografeorientierter Planung, Betreuungsergebnisse etc.)</p>

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996, in der Fassung vom 9. Juli 2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11. September 2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12. September 2002.
A1.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale
A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene	Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § 5 Räumliche Ausstattung (persönlich, vertrautes Mobiliar, einfache Bedienung, Helligkeit etc.)
A2.1 Gestaltung der Organisation	§ 19 Nachweis des Personaleinsatzes (Personaleinsatzplanung, Anforderungen an Dienstpläne/Dienstplanung: Dokumentation, Berücksichtigung von Arbeitszeiten, Versorgungszeiten und sonstiger Aufgaben)
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Mitarbeiterhandels und -verhaltens	Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § 4 Abs. 3 Personelle Ausstattung und Qualifikation (Regelmäßige Fortbildung zu Krankheitsbild, Beziehungs- und Milieugestaltung, Qualitätssicherung) Die nachfolgend genannten Punkte betreffen die Bewohnerorientierung. Da sie jedoch maßgeblich durch den Mitarbeiter umgesetzt werden, sind sie diesem Indikatorenbereich zugeordnet: § 1 Inhalte der Pflegeleistungen: a) Hilfen bei der Körperpflege, b) Hilfen bei der Ernährung, c) Hilfen bei der Mobilität, d) Hilfen bei der persönlichen Lebensführung, e) Leistungen der sozialen Betreuung, f) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (jeweils Hinweise zur Bewohnerorientierung: Anregung zur Selbstständigkeit, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Gewohnheiten), § 4 Formen und Hilfe (Tätigkeiten der Pflegekraft zur Sicherung der Eigenständigkeit etc.), § 17 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals (Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten, Risikopotenziale der Pflegebedürftigen)
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Bewohnerhandels und -verhaltens	Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § 3 Betreuungskonzept (Grundsätze und Leitlinien hinsichtlich Tagesablauf, biografieorientierter Planung, Beziehungspflege, Milieuthherapie, Leitlinien und Handreichung zum Umgang mit den Bewohnern)
A2.2 Gestaltung der Ziele	§ 12 Mitteilungen, Meldepflichten (in Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen)
Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit sozialwirtschaftlicher Ausrichtung	§ 1 Inhalte der Pflegeleistungen: a) Hilfen bei der Körperpflege, b) Hilfen bei der Ernährung, c) Hilfen bei der Mobilität, d) Hilfen bei der persönlichen Lebensführung, e) Leistungen der sozialen Betreuung, f) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (jeweils Hinweise zur Bewohnerorientierung: Anregung zur Selbstständigkeit, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Gewohnheiten), § 4 Formen und Hilfe (Allgemeines zum Inhalt und Umfang der Hilfen, Aspekte der Bewohnerorientierung)
A2.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren	§ 18 Arbeitshilfen (Pflegeheim stellt erforderliche Arbeitshilfen bereit)
Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale	§ 17 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals (Bandbreiten für Personalrichtwerte Pflege, Pflege/Demenz, Hauswirtschaft/Technik, Leitung/Verwaltung, Fachkraftquote 50 %, Pflege durch geringfügig Beschäftigte maximal 20%)
Gestaltung der mitarbeiterbezogenen Potenziale	Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § 4 Personelle Ausstattung und Qualifikation (Ausbildung, Weiterbildung, keine verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI erforderlich)
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene	
A3.1 Gestaltung der Organisation	§ 6 Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistung von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (definierte Aufwendungen aus

<p>Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems</p>	<p>Zuordnung der Vertragsinhalte des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996, in der Fassung vom 9. Juli 2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11. September 2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12. September 2002.</p>
<p>zur Steuerung der Geldströme</p>	<p>Unterkunft/Verpflegung wie Betriebsverwaltung, Energieaufwand etc. werden zu 50 % den allgemeinen Pflegeleistungen zugerechnet), §§ 14-15 Abrechnungsverfahren, Zahlungsweise, Zahlungsfristen, Beanstandungen (Vorgaben zum internen Ablauf, monatliche Zahlung zum 15. des Monats, Beanstandungsfrist 6 Monate etc.), § 23 Vergütungsregelung bei Abwesenheit (Vergütung von 75 % der Kosten bei vorübergehender Abwesenheit, Definition von Abwesenheit im Sinne der Regelung)</p>
<p>Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Geldströme</p>	<p>§§ 14-15 Abrechnungsverfahren, Zahlungsweise, Zahlungsfristen, Beanstandungen (Vorgaben zum Austausch zwischen Pflegeheim und Pflegekasse), §§ 24-32 Zugang (der Prüfer), Mitwirkung des Heims (Anwesenheit der Heimleitung), Voraussetzung zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (Anforderung zur Erbringung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung sind nicht/nicht mehr erfüllt), Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen, Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand, Abwicklung der Prüfung, Prüfungsbericht, Prüfungskosten, Prüfungsergebnis (Verfahren und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen) [Überwachung der Wirtschaftlichkeit]</p>
<p>B Prozessqualität</p>	
<p>B1 Lenkung der leistungswirtschaftlichen Ebene</p>	
<p>B1.1 Lenkung des Pflegeprozesses</p> <p>Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Pflegeprozess</p>	<p>§ 4 Formen und Hilfe (Definition verschiedener Hilfeformen: Unterstützung/Pflegehilfsmittel, teilweise/vollständige Übernahme, Beaufsichtigung/Anleitung), § 5 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (Forderung von gezieltem Einsatz und Gebrauchsanleitung, verantwortlich: Pflegekraft), § 13 Dokumentation der Pflege (enthält Anamnese, Planung, Bericht etc.)</p> <p>Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § 3 Betreuungskonzept (Grundsätze und Leitlinien hinsichtlich Tagesablauf, biografieorientierter Planung, Beziehungspflege, Milieuthherapie, Leitlinien und Handreichung zum Umgang mit den Bewohnern)</p>
<p>Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Pflegedokumentation</p>	<p>§ 13 Dokumentation (sachgerecht, kontinuierlich, ablesbar, umfasst: Anamnese, Planung, Bericht, Einsatz von Pflegehilfsmitteln, Leistungsnachweis)</p>
<p>B1.3 Lenkung der externen Schnittstellen der Leistungsströme</p>	
<p>Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen</p>	<p>§ 1 a) Hilfen bei der Körperpflege (Anregung zur ärztlichen Abklärung bei Ausscheidungsproblemen), § 1 f) Leistungen der Behandlungspflege (Ablauforganisation zwischen Pflegeheim und Arzt), § 4 Formen und Hilfe (Berücksichtigung von Therapiehalten und Anregungen von beispielsweise Ärzten/Therapeuten), § 12 Mitteilungen, Meldepflichten (Meldung von Pflegeheim an Pflegekasse), §§ 20-22 Prüfung durch die Pflegekassen, Prüfung durch den MDK, Information (Vorgaben zur Ablauforganisation der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege), §§ 24-32 Zugang (der Prüfer), Mitwirkung des Heims (Anwesenheit der Heimleitung), Voraussetzung zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (Anforderung zur Erbringung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung sind nicht/nicht mehr erfüllt), Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen, Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand, Abwicklung der Prüfung, Prüfungsbericht, Prüfungsergebnis (Verfahren und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen) [Überwachung der Wirksamkeit der Leistungen]</p> <p>Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkrankten: Anlage 1 § 2 Personenkreis und persönliche Zugangsvoraussetzungen (Begutachtungsverfahren durch den MDK), § 3 Betreuungskonzept (Zusammenarbeit mit psychiatrisch erfahrenen Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten, und Angehörigen)</p>

<p>Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems</p>	<p>Zuordnung der Vertragsinhalte des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12. Dezember 1996, in der Fassung vom 9. Juli 2002, bestätigt durch Festsetzung der SGB XI-Schiedsstelle vom 11. September 2002 sowie ergänzt durch Beschluss vom 12. September 2002.</p>
<p>B2 Lenkung der sozialwirtschaftlichen Ebene</p>	
<p>B2.1 Lenkung der Mitarbeiter</p>	
<p>Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Weiterentwicklung der fachlichen und zwischenmenschlich-sozialen Fähigkeiten</p>	<p>Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkranken: Anlage 1 § 4 Abs. 3 Personelle Ausstattung und Qualifikation (Regelmäßige Fortbildung zu Krankheitsbild, Beziehungs- und Milieugestaltung, Qualitätssicherung)</p>
<p>Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einsatzorganisation</p>	<p>§ 19 Nachweis des Personaleinsatzes (Dienstpläne/Dienstplanung: Dokumentation, Berücksichtigung von Arbeitszeiten, Versorgungszeiten und sonstiger Aufgaben)</p>
<p>Existenz und Umsetzung von Anweisungen zum Mitarbeiterverhalten gegenüber Bewohnern</p>	<p>§ 1 Inhalte der Pflegeleistungen: a) Hilfen bei der Körperpflege, b) Hilfen bei der Ernährung, c) Hilfen bei der Mobilität, d) Hilfen bei der persönlichen Lebensführung, e) Leistungen der sozialen Betreuung, f) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (jeweils Hinweis zur Bewohnerorientierung: Anregung zur Selbstständigkeit, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Gewohnheiten), § 4 Formen und Hilfe (Tätigkeiten der Pflegekraft zur Sicherung der Eigenständigkeit etc.), § 17 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals (Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten, Risikopotenziale der Pflegebedürftigen) Zusätzliche Regelungen bei der Betreuung von Demenzerkranken: Anlage 1 § 3 Betreuungskonzept (Grundsätze und Leitlinien hinsichtlich Tagesablauf, biografieorientierter Planung, Beziehungspflege, Milieuthherapie, Leitlinien und Handreichung zum Umgang mit den Bewohnern)</p>
<p>B2.2 Lenkung der Bewohner</p>	
<p>Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Bewohnern an Entscheidungsprozessen</p>	<p>§ 12 Mitteilungen, Meldepflichten (in Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen), § 21 Prüfung durch den MDK (Überprüfung nur mit Einwilligung des Versicherten, Erörterung der Ergebnisse mit Pflegebedürftigem/Betreuer)</p>
<p>B3 Lenkung der geldwirtschaftlichen Ebene</p>	
<p>B3.1 Lenkung der Geldströme</p>	
<p>Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Zahlungsmittelbewegungen</p>	<p>§ 6 Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistung von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (definierte Aufwendungen aus Unterkunft/Verpflegung wie Betriebsverwaltung, Energieaufwand etc. werden zu 50 % den allgemeinen Pflegeleistungen zugerechnet), §§ 14-15 Abrechnungsverfahren, Zahlungsweise, Zahlungsfristen, Beanstandungen (Vorgaben zum internen Ablauf, monatliche Zahlung zum 15. des Monats, Beanstandungsfrist 6 Monate etc.), § 23 Vergütungsregelung bei Abwesenheit (Vergütung von 75 % der Kosten bei vorübergehender Abwesenheit, Definition von Abwesenheit im Sinne der Regelung)</p>
<p>B3.2 Lenkung der externen Schnittstellen der Geldströme</p>	
<p>Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen</p>	<p>§§ 14-15 Abrechnungsverfahren, Zahlungsweise, Zahlungsfristen, Beanstandungen (Vorgaben zum Austausch zwischen Pflegeheim und Pflegekasse), §§ 24-32 Zugang (der Prüfer), Mitwirkung des Heims (Anwesenheit der Heimleitung), Voraussetzung zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (Anforderung zur Erbringung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung sind nicht/nicht mehr erfüllt), Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen, Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand, Abwicklung der Prüfung, Prüfungsbericht, Prüfungskosten, Prüfungsergebnis (Verfahren und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen) [Überwachung der Wirtschaftlichkeit]</p>

A 3: Analyseergebnis des Rahmenvertrags nach § 93d Abs. 2 BSHG über voll- und teilstationäre pflegerische Versorgung von Sozialhilfeempfängern für das Land Baden-Württemberg

<p>Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems</p>	<p>Zuordnung der Vertragsinhalte des Rahmenvertrags nach § 93d Abs. 2 BSHG zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG für Baden-Württemberg für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen vom 15. Dezember 1998, in der Fassung vom 25. Juni 2003.</p>
<p>A Potenzialqualität</p>	
<p>A1 Gestaltung der leistungswirtschaftlichen Ebene</p>	
<p>A1.1 Gestaltung der Organisation</p>	<p>§ 20 Maßnahmen der Qualitätssicherung (Durchführung von Maßnahmen zur internen Sicherung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Beispiele: Qualitätszirkel, Qualitätsbeauftragte, Qualitätskonferenzen, Verfahrenstandards für Betreuung)</p>
<p>Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Pflegeleistungen</p>	<p>§ 20 Maßnahmen der Qualitätssicherung (Durchführung von Maßnahmen zur internen Sicherung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Beispiele: Qualitätszirkel, Qualitätsbeauftragte, Qualitätskonferenzen, Verfahrenstandards für Versorgung)</p>
<p>Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der pflegenahen Leistungen</p>	<p>§ 21 Dokumentation und Prüfung der Qualität der Leistungen (Berechtigung des Sozialhilfeträgers die Qualität der vereinbarten Leistungen zu überprüfen, Mitwirkung des Einrichtungsträgers, Erstellung/Aushändigung des Prüfberichts, Beseitigung festgestellter Mängel), § 22 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Anforderung an eine leistungsfähige Versorgung sind gegebenenfalls nicht/nicht mehr erfüllt, Prüfung durch unabhängigen Sachverständigen)</p>
<p>Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Leistungsströme</p>	
<p>A1.2 Gestaltung der Ziele</p>	
<p>Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit leistungswirtschaftlicher Ausrichtung</p>	<p>§ 4 Personenkreis (Forderung nach Benennung einer Zielgruppe, Verpflichtung Hilfeempfänger aufzunehmen und zu betreuen), §§ 5-7 Inhalt der Leistungen, Unterkunft und Verpflegung, Maßnahmen (allgemeine Leistungsbeschreibung, Aufforderung Näheres in einer Leistungsvereinbarung zu regeln), § Umfang der Leistungen (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, das Notwendige nicht überschreitend)</p>
<p>A1.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren</p>	
<p>Gestaltung der gebäude- und infrastrukturellen bezogenen Potenziale</p>	<p>§ 8 Räumliche und sächliche Ausstattung (beinhaltet Bereitstellung, Instandhaltung und Instandsetzung von Wohnraum, Gemeinschafts- und Funktionsräumen einschließlich Inventar, Aufforderung Näheres in einer Leistungsvereinbarung zu regeln)</p>
<p>A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene</p>	
<p>A2.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren</p>	
<p>Gestaltung der mitarbeiterbezogenen Potenziale</p>	<p>§ 9 Personelle Ausstattung (gemäß Hilfebedarf und Zielgruppe der Einrichtung, auch für Leitung, Verwaltung, Hauswirtschaft und Technik ist geeignetes Personal im erforderlichen Umfang und mit den erforderlichen Qualifikationen zu beschäftigen, Aufforderung die personelle Ausstattung landesweit einheitlich zu regeln)</p>
<p>A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene</p>	
<p>A3.1 Gestaltung der Organisation</p>	
<p>Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Geldströme</p>	<p>§ 12 Vereinbarung einer leistungsgerechten Vergütung (ermöglicht bedarfsgerechte Hilfe, Vergütung bezieht sich auf Grundpauschale für Unterkunft/Verpflegung, Maßnahmenpauschale für Hilfen zur Pflege etc. und Investitionsbeitrag), § 13 Grundpauschale (Festlegung von Aufwendungen, die in die Kalkulation von Unterkunft/Verpflegung eingehen, wird einrichtungsindividuell kalkuliert und festgelegt), § 14 Maßnahmenpauschale (soweit es zutrifft, wird die Leistungsvergütung vorrangig nach den Vorschriften des SGB XI geregelt), § 15 Investitionsbeitrag (Festlegung von Aufwendungen, die in die Kalkulation des Investitionsbeitrags eingehen), § 17 Vergütungsregelung</p>

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte des Rahmenvertrags nach § 93d Abs. 2 BSHG zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG für Baden-Württemberg für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen vom 15. Dezember 1998, in der Fassung vom 25. Juni 2003.
Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Geldströme	bei Abwesenheit (Vergütung von 75 % der Kosten bei vorübergehender Abwesenheit), § 18 Gesondert abrechenbare Vergütungen (die Vergütung umfasst nicht Barbetrag, Bestattungskosten etc.), § 19 Zahlungsweise und Abrechnung (monatliche Abrechnung, zum 15. des laufenden Monats)
B Prozessqualität	§ 19 Zahlungsweise und Abrechnung (Vorgaben zum Austausch zwischen Einrichtung und Leistungsträger), § 22 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Anforderung an eine wirtschaftliche Versorgung sind gegebenenfalls nicht/nicht mehr erfüllt, Prüfung durch unabhängigen Sachverständigen)
B1 Lenkung der leistungswirtschaftlichen Ebene	
B1.3 Lenkung der externen Schnittstellen der Leistungsströme Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen	§ 21 Dokumentation und Prüfung der Qualität der Leistungen (Berechtigung des Sozialhilfeträgers die Qualität der vereinbarten Leistungen zu überprüfen, Mitwirkung des Einrichtungsträgers, Erstellung/Aushandlung des Prüfberichts, Beseitigung festgestellter Mängel), § 22 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Anforderung an eine leistungsfähige Versorgung sind gegebenenfalls nicht/nicht mehr erfüllt, Prüfung durch unabhängigen Sachverständigen)
B3 Lenkung der geldwirtschaftlichen Ebene	
B3.1 Lenkung der Geldströme Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Zahlungsmittelbewegungen	§ 12 Vereinbarung einer leistungsgerechten Vergütung (ermöglicht bedarfsgerechte Hilfe, Vergütung bezieht sich auf Grundpauschale für Unterkunft/Verpflegung, Maßnahmenpauschale für Hilfen zur Pflege etc. und Investitionsbetrag), § 13 Grundpauschale (Festlegung von Aufwendungen, die in die Kalkulation von Unterkunft/Verpflegung eingehen, wird einrichtungsindividuell kalkuliert und festgelegt), § 14 Maßnahmenpauschale (soweit es zutrifft, wird die Leistungsvergütung vorrangig nach den Vorschriften des SGB XI geregelt), § 15 Investitionsbetrag (Festlegung von Aufwendungen, die in die Kalkulation des Investitionsbetrags eingehen), § 17 Vergütungsregelung bei Abwesenheit (Vergütung von 75 % der Kosten bei vorübergehender Abwesenheit), § 18 Gesondert abrechenbare Vergütungen (die Vergütung umfasst nicht Barbetrag, Bestattungskosten etc.), § 19 Zahlungsweise und Abrechnung (monatliche Abrechnung, zum 15. des laufenden Monats)
B3.2 Lenkung der externen Schnittstellen der Geldströme Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen	§ 19 Zahlungsweise und Abrechnung (Vorgaben zum Austausch zwischen Einrichtung und Leistungsträger), § 22 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Anforderung an eine wirtschaftliche Versorgung sind gegebenenfalls nicht/nicht mehr erfüllt, Prüfung durch unabhängigen Sachverständigen)

A 4: Analyseergebnis der Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte des Versorgungsvtrags nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 1. Dezember 2002.	Zuordnung der Vertragsinhalte des Versorgungsvtrags nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 21. November 1999.
A Potenzialqualität		
A1 Gestaltung der leistungswirtschaftlichen Ebene		
A1.1 Gestaltung der Organisation		
Gestaltung der Aufbauorganisation der Funktionalbereiche der Leistungserbringung (Pflegeleistungen und pflegenahne Leistungen) und deren Einbindung in die Gesamtorganisation der Einrichtung	[§ 3 Pflegefachkraft (Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft)]	[§ 3 Pflegefachkraft (Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft)]
A1.2 Gestaltung der Ziele		
Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit leistungswirtschaftlicher Ausrichtung	§ 4 Versorgungsauftrag (Umsetzung des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI, ganzzählig 113 Plätze für die vollstationäre Pflege inklusive 1 Platz für eingestreuete Kurzzeitpflege)	§ 4 Versorgungsauftrag (Umsetzung des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI, ganzzählig 110 Plätze für die vollstationäre Pflege inklusive 1 Platz für Kurzzeitpflege)
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene		
A3.1 Gestaltung der Organisation		
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Geldströme	[§ 8 Vergütung (individueller Anspruch auf leistungsgerechte und angemessene Vergütung, festgelegt durch entsprechende Vereinbarungen, es dürfen keine weiteren Zuzahlungen von Dritten angenommen werden), § 9 Abrechnung (gegebenenfalls Mitteilungen an Pflegekasse und Heimbewohner 4 Wochen bevor es zur Kostenerstattung nach § 91 SGB XI kommt, Verweise auf Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI)]	[§ 8 Vergütung (individueller Anspruch auf leistungsgerechte und angemessene Vergütung, festgelegt durch entsprechende Vereinbarungen, es dürfen keine weiteren Zuzahlungen von Dritten angenommen werden), § 9 Abrechnung (gegebenenfalls Mitteilungen an Pflegekasse und Heimbewohner 4 Wochen bevor es zur Kostenerstattung nach § 91 SGB XI kommt, Verweise auf Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI)]
Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Geldströme	[§ 5 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (Prüfung durch Landesverband der Pflegekassen, geregelt in Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI), § 8 Vergütung (individuelle Bestätigung des Rechts auf leistungsgerechte Pflegesätze)]	[§ 5 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (Prüfung durch Landesverband der Pflegekassen, geregelt in Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI), § 8 Vergütung (individuelle Bestätigung des Rechts auf leistungsgerechte Pflegesätze)]
A3.2 Gestaltung der Ziele		
Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit finanzwirtschaftlicher Ausrichtung	[§ 2 Wirtschaftliche Selbstständigkeit der Einrichtung (betrifft die Leistungserbringung nach dem SGB XI, zusätzliche Leistungen sind abzugrenzen und gesondert zu belegen), § 5 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden)]	[§ 2 Wirtschaftliche Selbstständigkeit der Einrichtung (betrifft die Leistungserbringung nach dem SGB XI, zusätzliche Leistungen sind abzugrenzen und gesondert zu belegen), § 5 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden)]

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte des Versorgungsvtrags nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 1. Dezember 2002.	Zuordnung der Vertragsinhalte des Versorgungsvtrags nach § 72 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 21. November 1999.
B Prozessqualität		
B3 Lenkung der geldwirtschaftlichen Ebene		
B3.1 Lenkung der Geldströme		
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Zahlungsmittelbewegungen	[§ 8 Vergütung (individueller Anspruch auf leistungsgerechte und angemessene Vergütung, festgelegt durch entsprechende Vereinbarungen, es dürfen keine weiteren Zuzahlungen von Dritten angenommen werden), § 9 Abrechnung (gegebenenfalls Mitteilungen an Pflegekasse und Heimbewohner 4 Wochen bevor es zur Kostenerstattung nach § 91 SGB XI kommt, Verweise auf Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI)]	[§ 8 Vergütung (individueller Anspruch auf leistungsgerechte und angemessene Vergütung, festgelegt durch entsprechende Vereinbarungen, es dürfen keine weiteren Zuzahlungen von Dritten angenommen werden), § 9 Abrechnung (gegebenenfalls Mitteilungen an Pflegekasse und Heimbewohner 4 Wochen bevor es zur Kostenerstattung nach § 91 SGB XI kommt, Verweise auf Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI)]
B3.2 Lenkung der externen Schnittstellen der Geldströme		
Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen	[§ 5 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (Prüfung durch Landesverband der Pflegekassen, geregelt in Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI), § 8 Vergütung (individuelle Bestätigung des Rechts auf leistungsgerechte Pflegesätze)]	[§ 5 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (Prüfung durch Landesverband der Pflegekassen, geregelt in Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI), § 8 Vergütung (individuelle Bestätigung des Rechts auf leistungsgerechte Pflegesätze)]

A 5: Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach §§ 80a und 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Mai 2004.	Zuordnung der Vertragsinhalte der Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach § 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 9. Dezember 2004.
A Potenzialqualität		
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene		
A3.3 Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren		
Gestaltung der nominalen Potenziale	§ 1 Vergütung, Entgelte (Festlegung der Höhe der Pflegevergütung/Tag für Pflegebedürftige der Pflegeklasse I-III, der Entgelte für Unterkunft/Verpflegung)	§ 1 Vergütung, Entgelte (Festlegung der Höhe der Pflegevergütung/Tag für Pflegebedürftige der Pflegeklasse I-III, der Entgelte für Unterkunft/Verpflegung)

A 6: Analyseergebnis der LQV nach § 80a SGB XI

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach §§ 80a und 85 SGB XI des Trägers von Pflegeheim A) vom 18. Mai 2004.	Zuordnung der Vertragsinhalte der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach § 80a SGB XI des Trägers von Pflegeheim B vom 7. Oktober 2003.
A Potenzialqualität		
A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene		
A2.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren		
Gestaltung der mitarbeiterbezogenen Potenziale	§ 2 Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (Festlegung der Personalschlüssel für Pflegepersonal Stufe I-III, Hauswirtschaft/Technik, Leitung/Verwaltung/Verwaltung unter Angabe der aktuellen Bewohnerstruktur)	§ 1 Personalausstattung (Festlegung der Personalschlüssel für Pflegepersonal Stufe I-III, Hauswirtschaft/Technik, Leitung/Verwaltung unter Angabe der aktuellen Bewohnerstruktur)

A 7: Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG/§ 75 SGB XII für abrechenbare Investitionsaufwendungen

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der Vergütungsvereinbarung für abrechenbare Investitionsaufwendungen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 17. Juli 2002.	Zuordnung der Vertragsinhalte der Vergütungsvereinbarung für abrechenbare Investitionsaufwendungen gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim B vom 24. Februar 1999 in der aktuellen Fassung vom 26. April 2007.
A Potenzialqualität		
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene		
A3.3 Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren		
Gestaltung der nominalen Potenziale	Festlegung der abrechnungsfähigen Investitionsaufwendungen/Tag	Festlegung der abrechnungsfähigen Investitionsaufwendungen/Tag (für Einzelzimmer/Doppelzimmer)

A 8: Analyseergebnis der Vergütungsvereinbarung nach § 93 Abs. 2 BSHG/§ 75 SGB XII für Pflegestufe 0

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Juni 2004.	Zuordnung der Vertragsinhalte der Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim B vom 8. Oktober 2004.
A Potenzialqualität		
A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene		
A2.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren		
Gestaltung der mitarbeiterbezogenen Potenziale	Festlegung Personalschlüssel für Pflegestufe 0 (O/K und O/G) und Unterkunft/Verpflegung (Personalschlüssel für Leitung/Verwaltung, Hauswirtschaft/Technik, Fachkraftquote 50 % sind nochmals aufgeführt, es wird jedoch auf die Gültigkeit der Regelungen der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI bzw. der entsprechenden LQV verwiesen)	Festlegung Personalschlüssel für Pflegestufe 0 (O/K und O/G) und Unterkunft/Verpflegung (Personalschlüssel für Leitung/Verwaltung, Hauswirtschaft/Technik, Fachkraftquote 50% sind nochmals aufgeführt, es wird jedoch auf die Gültigkeit der Regelungen der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI bzw. der entsprechenden LQV verwiesen)

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte der Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim A vom 18. Juni 2004.	Zuordnung der Vertragsinhalte der Vergütungsvereinbarung für Pflegestufe 0 gemäß § 93 Abs. 2 BSHG des Trägers von Pflegeheim B vom 8. Oktober 2004.
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene		
A3.3 Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren		
Gestaltung der nominalen Potenziale	Festlegung der Höhe der Vergütung für Pflegestufe O (O/K und O/G) (Entgelte für Unterkunft/Verpflegung pro Tag sind nochmals aufgeführt, es wird jedoch auf die Gültigkeit der Regelungen der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI verwiesen)	Festlegung der Höhe der Vergütung für Pflegestufe O (O/K und O/G) (Entgelte für Unterkunft/Verpflegung pro Tag sind nochmals aufgeführt, es wird jedoch auf die Gültigkeit der Regelungen der Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI verwiesen)
9: Analyseergebnis der Muster-Heimverträge nach § 5 HeimG		
Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte des Muster-Heimvertrags des Trägers von Pflegeheim A, Stand: 24. Juni 2006.	Zuordnung der Vertragsinhalte des Muster-Heimvertrags des Trägers von Pflegeheim B, Stand: April 2006.
A Potenzialqualität		
A1 Gestaltung der leistungswirtschaftlichen Ebene		
A1.1 Gestaltung der Organisation		
Gestaltung der Organisation externer Schnittstellen der Leistungsströme	§ 8 Leistungen der allgemeinen Pflege (Einstufungs- und Umstufungsprozess in Pflegestufen, Austausch zwischen Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Bewohner, Einrichtung), § 9 Leistungen der Behandlungspflege (benötigt Kooperation von Arzt, Einrichtung, Bewohner; Verordnung von Arzt, Durchführungsvoraussetzung)	§ 7 Ärztliche und therapeutische Leistungen (werden durch Ärzte vor Ort erbracht, Bewohner teilt dem Heim Arztwunsch mit), § 10 Anpassung der Leistungen und des Pflegesatzes (Einstufungs- und Umstufungsprozess in Pflegestufen, Austausch zwischen Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Bewohner, Einrichtung)
A1.2 Gestaltung der Ziele		
Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit leistungswirtschaftlicher Ausrichtung	§ 2 Wohnraum (Einzel/Mehrbettzimmer, Appartement, Gemeinschaftseinrichtungen), § 3-10 Leistungen der Hauswirtschaft (Reinigung, Wäscheversorgung), Leistungen der Küche (3 Mahlzeiten im Speiseraum, Schonkost, Diätmahlzeiten, Zwischenmahlzeiten, Getränke), Leistungen der Haustechnik, Leistungen der Verwaltung (Verwaltungstätigkeiten, Gesprächspartner im Zusammenhang mit dem Heimaufenthalt), Leistungen der sozialen Betreuung, Leistungen der allgemeinen Pflege, Leistungen der Behandlungspflege, Leistungen der Krankenversicherung (Abgrenzung), § 14 Zusatzleistungen, sonstige Leistungen (Anlage 5 Liste der Zusatzleistungen mit Preisen, z.B. Begleitung außerhalb des Heims/Einkäufen; Anlage 6 Liste der sonstigen Leistungen mit Preisen (z.B. Näh- und Flickarbeiten)) (§§ 2-10, 14 Beschreibungen des einrichtungsindividuellen Leistungsprofils und soweit zutreffend Spezifizierung für den jeweiligen Bewohner)	§§ 2-7 Aufnahme (Datumfestlegung), Allgemeine Pflegeleistungen (allgemeine Beschreibung, Angabe der Pflegestufe), Unterkunft (allgemeine Beschreibung der Leistungen der Unterkunft, der Ausstattung, Festlegung Zimmer, qm, Stockwerk), Verpflegung (3 Mahlzeiten, Schon-/Diätkost, Zwischenmahlzeiten, Getränke), Zusatzleistungen (Anlage 3 Leistungs- und Entgeltverzeichnis über angebotene Zusatzleistungen), ärztliche und therapeutische Leistungen (werden nicht vom Heim erbracht, Arzt wird vermittelt oder auf Wunsch frei gewählt), Anlage 1 Leistungsbeschreibung der allgemeinen Pflegeleistungen, Anlage 2 Informationsblatt über Leistungsangebot und Ausstattung der Einrichtung, Anlage 3 Leistungs- und Entgeltverzeichnis über angebotene Zusatzleistungen (i. Regelmäßigkeit, wie Zimmer mit Farbfernseher, Hausteilversorgung; II. Einzelaufträge, wie vorlesen, Näharbeiten), (§§ 2-7 Beschreibungen des einrichtungsindividuellen Leistungsprofils und soweit zutreffend Spezifizierung für den jeweiligen Bewohner)

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte des Muster-Heimvertrags des Trägers von Pflegeheim A, Stand: 24. Juni 2006.	Zuordnung der Vertragsinhalte des Muster-Heimvertrags des Trägers von Pflegeheim B, Stand: April 2006.
A1.3 Gestaltung der relevanten Elementarfaktoren Gestaltung der gebäude- und infrastrukturbezogenen Potenziale	§ 2 Wohnraum (Einzel/Mehrbettzimmer, Appartement, Gemeinschaftseinrichtungen), Anlage 1 Inventarliste (Wohnraum, Gemeinschaftsräume)	§ 4 Unterkunft, Anlage 2 Informationsblatt über das Leistungsangebot und die Ausstattung der Einrichtung (Infrastruktur, Möblierung)
A2 Gestaltung der sozialwirtschaftlichen Ebene		
A2.1 Gestaltung der Organisation		
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung des Bewohnerhandelns und -verhaltens	§ 2 Wohnraum (Mitbringen persönlicher Gegenstände), § 4 Leistungen der Küche (Speiseplangestaltung mit dem Heimbeirat)	§ 4 Unterkunft (Mitbringen eigener Möbel/Ausstattungsgegenstände, interne Umzüge in Einvernehmen mit dem Bewohner)
A2.2 Gestaltung der Ziele		
Gestaltung der Einrichtungspolitik und der Einrichtungsziele mit sozialwirtschaftlicher Ausrichtung		§ 1 Vertragsgegenstand (Bemühung um gutes Zusammenleben im Heim im Geiste gegenseitiger Rücksichtnahme)
A3 Gestaltung der geldwirtschaftlichen Ebene		
A3.1 Gestaltung der Organisation		
Gestaltung der Ablauforganisation durch Auswahl der Verfahren zur Steuerung der Geldströme	§ 11 Entgelte (Ausweisung der individuellen Gesamtkosten inklusive Kostenteile Unterkunft/Verpflegung, Pflege, Investitionskosten; monatliche Rechnungsstellung zwischen Bewohner und Einrichtung, Überweisungsangaben etc.), § 12 Entgeltregelung bei Abwesenheit (vorübergehende Abwesenheit: Vergütung von 100 % der Entgelte für Investitionskosten, 75 % der sonstigen vereinbarten Entgelte), § 13 Entgeltänderung (Vorgehen bei Änderungen, Information des Bewohners)	§ 8 Heimentgelt (Ausweisung der individuellen Gesamtkosten inklusive Kostenteile Unterkunft/Verpflegung, Pflege, Investitionskosten; Definition des Aufnahme-/Ausscheidungstag für Rechnungslegung, allgemeine Regelungen zur Abrechnung), § 9 Entgeltentwicklung (Vorgehen bei Änderungen, Information des Bewohners), § 10 Anpassung der Leistungen und des Pflegesatzes (Vorgehen bei Änderungen, Information des Bewohners), § 11 Fälligkeit (der Heimentgelte, Ablauf der Rechnungslegung, monatlich, 3. Werktag etc.), § 12 Heimentgelt bei Abwesenheit (vorübergehende Abwesenheit: Vergütung von 100 % der Entgelte für Investitionskosten, 75 % der sonstigen vereinbarten Entgelte), Anlage 7 Vereinbarung für die Übergangszeiten bis zum Vorliegen des Leistungsbescheides (Festlegung zur vorläufigen Einstufung des voraussichtlichen Entgelts)
A3.3 Gestaltung der relevanten Nominalfaktoren		
Gestaltung der nominalen Potenziale	§ 11 Entgelte (Ausweisung der individuellen Gesamtkosten inklusive Kostenteile Unterkunft/Verpflegung, Pflege nach Pflegestufe, Investitionskosten), gegebenenfalls Entgelte für Zusatzleistungen und sonstige Leistungen (Preisliste für Zusatzleistungen)	§ 8 Heimentgelt (Ausweisung der individuellen Gesamtkosten inklusive Kostenteile Unterkunft/Verpflegung, Pflege nach Pflegestufe, Investitionskosten), gegebenenfalls Entgelte für Zusatzleistungen (regelmäßige Leistungen/Einzelauftrag) (Preisliste für Zusatzleistungen)

Relevante Strukturbestandteile des Indikatorensystems	Zuordnung der Vertragsinhalte des Muster-Heimvertrags des Trägers von Pflegeheim A, Stand: 24. Juni 2006.	Zuordnung der Vertragsinhalte des Muster-Heimvertrags des Trägers von Pflegeheim B, Stand: April 2006.
B Prozessqualität		
B1 Lenkung der leistungswirtschaftlichen Ebene		
B1.1 Lenkung des Pflegeprozesses		
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Einstufung der Bewohner in Pflegestufen	§ 8 Leistungen der allgemeinen Pflege (Einstufungs- und Umstufungsprozess in Pflegestufen, Austausch zwischen Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Bewohner, Einrichtung)	§ 10 Anpassung der Leistungen und des Pflegesatzes (Einstufungs- und Umstufungsprozess in Pflegestufen, Austausch zwischen Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Bewohner, Einrichtung)
B1.3 Lenkung der externen Schnittstellen der Leistungsströme		
Existenz und Umsetzung von Vereinbarungen mit Externen	§ 8 Leistungen der allgemeinen Pflege (Einstufungs- und Umstufungsprozess in Pflegestufen, Austausch zwischen Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Bewohner, Einrichtung), § 9 Leistungen der Behandlungspflege (benötigt Kooperation von Arzt, Einrichtung, Bewohner; Verordnung von Arzt, Durchführungsvoraussetzung)	§ 7 Ärztliche und therapeutische Leistungen (werden durch Ärzte vor Ort erbracht, Bewohner teilt dem Heim Arztwunsch mit), § 10 Anpassung der Leistungen und des Pflegesatzes (Einstufungs- und Umstufungsprozess in Pflegestufen, Austausch zwischen Pflegekasse, Sozialhilfeträger, Bewohner, Einrichtung)
B2 Lenkung der sozialwirtschaftlichen Ebene		
B2.2 Lenkung der Bewohner		
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zur Beteiligung von Bewohnern an Entscheidungsprozessen	§ 2 Wohnraum (Mitbringen persönlicher Gegenstände), § 4 Leistungen der Küche (Speiseplangestaltung mit dem Heimbeirat)	§ 4 Unterkunft (Mitbringen eigener Möbel/Ausstattungsgegenstände, interne Umzüge in Einvernehmen mit dem Bewohner)
B3 Lenkung der geldwirtschaftlichen Ebene		
B3.1 Lenkung der Geldströme		
Existenz und Umsetzung von Anweisungen zu Zahlungsmittelbewegungen	§ 11 Entgelte (Ausweisung der individuellen Gesamtkosten inklusive Kostenanteile Unterkunft/Verpflegung, Pflege, Investitionskosten; monatliche Rechnungsstellung zwischen Bewohner und Einrichtung, Überweisungsangaben etc.), § 12 Entgeltregelung bei Abwesenheit (vorübergehende Abwesenheit: Vergütung von 100 % der Entgelte für Investitionskosten, 75 % der sonstigen vereinbarten Entgelte), § 13 Entgeltänderung (Vorgehen bei Änderungen, Information des Bewohners)	§ 8 Heimentgelt (Ausweisung der individuellen Gesamtkosten inklusive Kostenanteile Unterkunft/Verpflegung, Pflege, Investitionskosten; Definition des Aufnahme-/Ausscheidungsstages für Rechnungslegung, allgemeine Regelungen zur Abrechnung), § 9 Entgeltentwicklung (Vorgehen bei Änderungen, Information des Bewohners), § 10 Anpassung der Leistungen und des Pflegesatzes (Vorgehen bei Änderungen, Information des Bewohners), § 11 Fälligkeit (der Heimentgelte, Ablauf der Rechnungslegung, monatlich, 3. Werktag etc.), § 12 Heimentgelt bei Abwesenheit (vorübergehende Abwesenheit: Vergütung von 100 % der Entgelte für Investitionskosten, 75 % der sonstigen vereinbarten Entgelte), Anlage 7 Vereinbarung für die Übergangszeiten bis zum Vorliegen des Leistungsbescheides (Festlegung zur vorläufigen Einstufung des voraussichtlichen Entgelts)

Danksagung

Mit dem Abschluss dieser Dissertation bedanke ich mich ganz herzlich bei Herrn Prof. Dr. Dietmar Bräunig für die hervorragende Zusammenarbeit. Durch seine Bereitschaft diese Arbeit extern zu betreuen, hat er mir die Promotion ermöglicht. Zudem schenkte er mir durch seine konstruktiven Anregungen eine überaus lehrreiche und interessante Zeit.

Frau Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe danke ich für die Übernahme des Zweitgutachtens und die angenehme Zusammenarbeit.

Mein Dank gilt hier auch den Mitarbeitern des Instituts für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung Dr. Ulrike Berndt, Dr. Tanja Klink, Dorothee Körbl, Dr. Heide Preuße und Dr. Jens Wetterau, die während der letzten Jahre trotz der örtlichen Distanz immer ein offenes Ohr für mich hatten und mich stetig ermutigt haben.

Besonderen Dank möchte weiterhin ich den Trägern der Pflegeeinrichtungen aussprechen, die mir Vertragsbeispiele als Basis für die empirische Untersuchung zur Verfügung stellten.

Schließlich bedanke ich mich bei allen Freunden, die mich während der Erstellung dieser Dissertation immer wieder motiviert und zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Ein herzlicher Dank geht an Dr. Judith Bernhard, Dr. Carsten Bepler, Dr. Maria Deicke, Dr. Sonja Dreyman, Susanne Dreyman und Doris Franke.

Zudem möchte ich auf diesem Weg meinen Eltern dafür danken, dass sie mir das Studium der Ökotrophologie ermöglichten und meine gesamte Ausbildungszeit unterstützten.

Aber vor allem danke ich meinem Ehemann Michael Stache von ganzem Herzen. Ohne seine unendliche Geduld und Hilfe wäre diese Dissertation nie entstanden.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe.

Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Eva Stache

Giessen, 23. Juli 2008

Die Qualität der Pflege ist vor dem Hintergrund der vielfältigen Berichte über Missstände in Pflegeeinrichtungen und der Finanzkrise öffentlicher Haushalte seit Jahren ein brisantes Thema. Für die Gewährleistung, Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität kommt eine Vielzahl von Instrumenten zum Einsatz. Verträge sind eines dieser Instrumente.

Der Zusammenhang zwischen Verträgen und Pflegequalität ist wissenschaftlich bislang jedoch nur unzureichend erschlossen. Hier setzt die vorliegende Forschungsarbeit an. Sie untersucht den derzeitigen Einsatz von Verträgen als Steuerungsinstrument von Pflegequalität und diskutiert folgende Fragestellungen:

- Was ist Pflegequalität und wie kann sie gesteuert werden?
- Welche Verträge existieren in der Pflege und welchem Zweck dienen sie?
- Wie wird Pflegequalität mit Hilfe von Verträgen gesteuert?
- Welche Bedingungen sind notwendig, damit Verträge optimale Steuerungswirkung entfalten können?

Methodisch beruht die Dissertation auf einer Literaturanalyse und analytisch-theoretischen Überlegungen, die empirisch durch eine qualitative Inhaltsanalyse der Vertragslandschaft des vollstationären Pflegesystems gestützt werden.

édition scientifique
VVB LAUFERSWEILER VERLAG

VVB LAUFERSWEILER VERLAG
STAUFENBERGRING 15
D-35396 GIESSEN

Tel: 0641-5599888 Fax: -5599890
redaktion@doktorverlag.de
www.doktorverlag.de

ISBN 3-8359-5369-9



9 11783835 1933697 1