

# Kommunale Koordinierungsstelle zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung\*

Helmer Otto, SHGT

Die Rolle von Gemeinden in der Altenhilfe hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt. In den sechziger Jahren waren Familie und soziales Umfeld noch die wichtigsten Säulen einer Versorgung von hilfebedürftigen Menschen. Die Gemeinden boten das erforderliche ortsnahe Umfeld und stellten im Rahmen der Daseinsvorsorge die notwendige Infrastruktur in Form von Alten- und Pflegeheimen und Gemeindegewerkschaften zur Verfügung. Häufig wurden diese Einrichtungen auch von Trägern der freien Wohlfahrtspflege betrieben, die von der Gemeinde maßgeblich finanziell unterstützt wurden. Mit dem zunehmenden Ausbau des Sozialstaates und damit der Möglichkeit einer Finanzierung über die sozialen Sicherungssysteme in den letzten Jahrzehnten wurde das gemeindliche Engagement immer mehr durch marktwirtschaftlich ausgerichtete Angebote ersetzt. Die Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 brachte dann die letzte einschneidende Veränderung in der Angebotsstruktur. Es kamen in großem Maße private Anbieter auf den Markt. Die kommunalen Einrichtungen mussten sich dem Markt stellen. Eine gemeindliche Förderung von Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege wurde weitestgehend zurück gefahren, weil sonst Wettbewerbsverzerrungen zu befürchten waren. Der Stellenwert von kommunaler Altenhilfe ging aus diesen Gründen deutlich zurück. Außerdem machte die wirtschaftliche Autonomie der Angebote auch ein vernetztes Denken schwierig, weil eine echte Bedarfssteuerung oder Anreize zur Schließung von Lücken kaum möglich waren.

Das war die Situation, in der sich sowohl das Land wie auch die kommunalen Landesverbände Gedanken machten, wie man unter Berücksichtigung der derzeitigen Rahmenbedingungen die vorhandene Infrastruktur erfassen und bewerten und auf dieser Basis die pflegerische Versorgung der Bevölkerung verbessern kann. Im Rahmen dieser Veranstaltung soll das aus Mitteln des § 7 LPflegeG geförderte Projekt vorgestellt werden.

An sich bräuchte ich den Teilnehmern dieser Veranstaltung nicht die Herausforderungen beschreiben, vor denen die Kommunen stehen. Es ist aber trotzdem gut, wenn man diese zusammengefasst darstellt. Jeder hat von den Auswirkungen des demografischen Wandels und den gesell-

schaftlichen Rahmenbedingungen einer immer stärkeren Individualisierung aber auch immer stärker werdenden Vereinzelung gehört. Veranstaltungen zu diesem Thema gibt es genug. Auch versucht man dieses Thema aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln – zumindest theoretisch – anzugehen. Deshalb glaube ich, dass es kein Erkenntnisdefizit gibt.

Wie kann es trotzdem dazu kommen, dass festgestellt werden muss, dass man sich derzeit einer Lösung dieser Probleme eher entfernt als ihr näher kommt.

1. Obwohl allen bewusst ist, dass unsere Gesellschaft immer älter wird, wird das Bild des Aktiven, des fitten Menschen – eines Menschen, der sein Leben selbst meistert – mehr denn je zur Maxime erhoben. Krankheit und Pflegebedürftigkeit werden so lange wie möglich ausgeblendet und spielen – wenn überhaupt – nur abstrakt eine Rolle. Dies erklärt auch, warum man sich nicht beizeiten informiert, wie und wo das Leben im Pflegefall organisiert wird.

2. Obwohl immer wieder betont wird, dass die Menschen ein möglichst eigenbestimmtes Leben führen wollen, ist dann im Ernstfall doch festzustellen, dass man sich doch nicht selbst entscheiden will. Diese Entscheidung sollen dann Verwandte, Berater oder Betreuer abnehmen.

3. Wenn schon das Individuum Probleme damit hat, frühzeitig sich auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit einzustellen, dann verwundert es nicht, dass auch die Politik sich schwer tut, sich konkret des Themas anzunehmen. Lippenbekenntnisse und Hochglanzbroschüren mögen zwar gut sein, lösen aber nicht eine konkrete Notlage.

4. Der erste Versuch, das Thema Pflege gesamtgesellschaftlich anzugehen – nämlich mit dem Pflegeversicherungsgesetz von 1995 – ist zumindest als ein Gesamtlösungsansatz gründlich misslungen. Dabei ist nicht zu kritisieren, dass die Pflegeversicherung sowohl organisatorische (Krankenkassen als Pflegekassen), finanzielle (nur Teilkaskomodell) und strukturelle (Pflegemarkt) Mängel hat. Mehr war wohl im ersten Anlauf als politischer Kompromiss nicht zu erreichen. Fatal war es allerdings, dass gewachsene kommunale Strukturen, die von den Gemeinden als Ausfluss ihrer Daseinsvorsorge aufgebaut

worden sind, innerhalb kürzester Zeit fast komplett wegbrachen. Es hat fast 10 Jahre gedauert, bis die Politik festgestellt hat, dass sich die Bedürfnisse unserer älter werdenden Gesellschaft ausschließlich über einen Pflegemarkt nicht abbilden lassen.

Dabei ist positiv anzumerken, dass es durchaus Kommunen gegeben hat, die diesen Trend des Rückzuges aus der Altenhilfe nicht mitgemacht haben. An diese positiven Beispiele lässt sich anknüpfen. Hier liegen auch die Wurzeln unseres Projektes zur Schaffung einer kommunalen Koordinierungsstelle zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

Dieses Projekt hat die Basis in der Initiative „Pflege Plus“ des Landes Schleswig-Holstein und wird aus Mitteln des § 7 Landespflegegesetz finanziert. Damit bettet es sich in die Konzeption des Landes ein, das auch dieses Projekt unterstützt.

Allerdings hat das Projekt den Anspruch, dass der Ansatz konzeptionell und strategisch viel weiter gefasst ist, als die Pflegeoffensive des Landes. Im Fokus steht ein möglichst an der gesamten Lebenslage „Alter“ – also nicht begrenzt auf Pflege – ausgerichteter integrierter und damit umfassender Ansatz.

Ziel ist es, die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung solange wie möglich zu gewährleisten. Hierzu ist es erforderlich, die örtliche Gemeinschaft als Lebensraum für ältere Menschen so zu gestalten, dass damit das persönliche Umfeld unterstützt wird.

Ein solcher Ansatz erfordert:

- Partizipation, d. h. das weitgehende Einbringen des Einzelnen
- eigenverantwortliche Gestaltung der kommunalen Selbstverwaltung.

Angeichts der derzeit beherrschenden und wenig förderlichen bereits beschriebenen Randbedingungen, ist es das Anliegen dieses Projektes, derzeit bestehende Initiativen

- zu stärken
- diese zu beraten
- eine Informationsplattform aufzubauen
- Angebote zu koordinieren und zu vernetzen
- auf diesem Wege einen Erfahrungsaustausch anzustoßen
- interkommunale Zusammenarbeit zu fördern.

Die Träger des Projektes, die Kommunalen Landesverbände, bilden zu diesen Zwecken eine „Koordinierungsstelle zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung

\* Vortrag anlässlich einer Veranstaltung des Kommunalen Pflegeverbandes Schleswig-Holstein „Kommunale Altenhilfe als Dienstleister für Kommunen am 26.1.2007 in Schleswig

der Bevölkerung“. Die zentralen Aufgaben der Koordinierungsstelle werden dem kommunalen Pflegeverband Schleswig-Holstein übertragen.

Das Projekt besteht aus drei Modulen:

### **Modul 1**

#### **Regionalspezifische Pflegeplanung als Wegweiser im demographischen Wandel**

Mit der 1997 durch den Landespflegeausschuss eingeführten indikatorengestützten Pflegebedarfsplanung ist von 1997 bis 1999 durch das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund/Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) ein Modellprojekt durchgeführt worden. Damit steht den Kommunen in Schleswig-Holstein ein kennzahlenbasiertes Frühwarnsystem zur Verfügung, um die Bereitstellung, Organisation und Koordinierung von Einrichtungen, Diensten, Leistungen und personenbezogenen Hilfen sinnvoll zu planen und aufeinander abzustimmen.

Die Planung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur stellte sich für die beteiligten Akteure als schwierig dar. Eine Bedarfssteuerung für die Schaffung von Pflegediensten und stationären Einrichtungen durch Pflegekassen und/oder Kommunen ist gesetzlich ausgeschlossen. Die Beeinflussung dieses vom Gesetzgeber durchaus beabsichtigten „Pfleagemarktes“ durch einen „goldenen Zügel“ scheitert wegen der fehlenden Fördermittel von Land und Kommunen. Große Investoren interessieren sich zudem kaum für die ohnehin schmale Subventionierung ihrer Vorhaben, die sie nach eigenen betriebswirtschaftlichen Erwägungen unbeeinflusst am Markt verwirklichen wollen.

Bislang haben alle kreisfreien Städte und mit wenigen Ausnahmen auch die Kreise die geforderten Bedarfspläne verabschiedet. Eine gemeinsame Auswertung der nach § 3 LPflegeG festgelegten Beteiligten konnte allerdings noch nicht geleistet werden. Es fehlt insbesondere auch für die kommunale Ebene eine koordinierte und ggf. aufeinander abgestimmte Zusammenfassung der Ergebnisse, die bisher angesichts der ohnehin durch die Planungsaufgaben erheblich belasteten Akteure nicht leistbar war.

Vergleicht man die 1999 aufgestellten Prognosen für die Entwicklung der stationären Pflegeplätze bis 2004 mit den tatsächlich vorhandenen Plätzen, kann man feststellen, dass eine erhebliche Zunahme der Bettenzahl im Umland der Kernstädte stattgefunden hat. Dies zeigt einerseits noch einmal das Dilemma von Pflegeplanung über einen Markt mit offenbar hoher Eigendynamik, andererseits aber ebenfalls einen unübersehbaren Handlungsbedarf

für interkommunale Zusammenarbeit im Bereich regionalspezifischer Pflegeplanung als eine praktische Entwicklungsaufgabe „vor Ort“, zugleich als ergänzendes Instrument für institutionalisierte Planungssysteme wie z.B. ländliche Struktur- und Entwicklungsplanung (LSE), Stadt-Umland-Konzepte bzw. Gebietsentwicklungsplanung.

Wesentliche Elemente dieses Moduls sind somit:

- 1.1 Erhebung, Vorhaltung und Pflege möglichst umfassender, verbindlicher und aktueller Datengrundlagen über die Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein, deren Lage, Größe, Beschaffenheit und Ausstattung, ihr pflegerisches Angebot sowie die Pflege-satzentwicklung in der jeweiligen Region und auf Landesebene.
- 1.2 Aufbereitung und Auswertung sowie Dokumentation der Datengrundlagen in einer jederzeit verfügbaren, aktuellen Form. Vermittlung des Datenmaterials, auch auf die Region bezogen, an kommunale Kooperations-Initiativen (z.B. auch für LSE, Stadt-Umland-Konzepte, Gebietsentwicklungsplanung), Pflegekonferenzen und anderen Trägern vor Ort.
- 1.3 Einstellen von Informationen und Daten auf einer neu einzurichtenden Internetseite in Zusammenarbeit mit dem Kommunalen Forum für Informationstechnik der Kommunalen Landesverbände in Schleswig-Holstein (KomFIT e.V.)

### **Modul 2**

#### **Entwicklung von Handlungsempfehlungen und Gestaltung von Prozessen zur Kommunalen Kooperation und Vernetzung**

Im Modul 2 geht es um die beispielhafte Umsetzung regionalspezifischer Pflegeplanung mit dem Ziel, über die Entwicklung von Verbundkonzepten mittel- und langfristig zu Kooperationsformen in einer Region zu kommen. Hierdurch sollen lösungsorientiert neue Wege beschritten werden, die zu einer umfassenderen Bearbeitung des Problems Pflegebedürftigkeit führen als bisher. Auswirkungen auf den Bürger können – je nach Kooperationsmöglichkeiten der Beteiligten – im Ausbau niederschwelliger, wohnortsnahe Versorgungsangeboten liegen, in Angeboten für besondere Bedarfsgruppen (Demenz-kranke, Personen mit Niedrigeinkommen, Migranten etc.), im integrierten Beratungs- und Case-Management, in qualitativen Heimvergleichen.

Angestrebt werden im Verlauf des Projektes Versuche in drei Regionen mit dem

Zentrum einer Gemeinde, einer kreisangehörigen Stadt und einer kreisfreien Stadt (voraussichtlich: Schleswig, Gettorf und Lübeck) und folgenden Zielstellungen:

- a) Entwicklung einer Gesamtstrategie (Bestandsaufnahme, demographierelevante Prognosen, Szenarien der Handlungsfelder, Indikatoren auswählen, Ziele definieren)
- b) Einbindung aller Akteure und Ressorts
- c) Beteiligung der Selbstverwaltungsgremien und des Kommunalen Seniorenbeirats
- d) Aufbau eines lokalen Verbundsystems der Leistungsanbieter
- e) Entwicklung eines Konzeptes zur Leistungsplanung und Steuerung im Verbund (Case Management, Assessmentverfahren, dokumentierte Überleitung)
- f) Verhandlung einer formalen Kooperationsvereinbarung bis zur Abschlussreife
- g) Dokumentation des Projektfortschritts und Öffentlichkeitsarbeit
- h) Evaluation und Feststellung des Korrekturbedarfs
- i) Entwicklung und Herausgabe übergreifender Handlungsempfehlungen

### **Modul 3**

#### **Informationsvermittlung und Bewusstseinsbildung für Verantwortliche der kommunalen (Selbst-) Verwaltung**

Konzeption und Durchführung von Seminaren für Verwaltung, Politik und Ehrenamt.

Es geht um die Konzeptionierung und Durchführung von standort- und projektbezogenen Seminaren der an den Einzelprojekten Beteiligten. Zeitlich können diese Maßnahmen sowohl am Beginn eines Projektes stehen als auch am Ende oder mitten drin. Inhaltlich sind alle Themenbereiche der Projekte (vgl. Modul 2: Bestandsaufnahme, demographierelevante Prognosen, Szenarien der Handlungsfelder, Indikatoren, Akteure und Ressorts, Seniorenbeiräte, Verbundlösungen Case Management, Assessmentverfahren, Überleitung etc.) zu erwarten.

Projektzeitraum: 3 Jahre  
Projektbeginn: 01.07.2007  
Projektende: 30.06.2010

### **Nachhaltigkeit**

Die durch das Projekt zu schaffenden Voraussetzungen sind geeignet, nachhaltige Wirkungen zu entfalten durch die am Ende des Projektzeitraumes vorliegenden Handlungsempfehlungen und Erfahrungen. Ein Anschlussprojekt wird nicht ausgeschlossen, sofern Teilbereiche der einzelnen Module es verlangen. Das Projekt soll sich grundsätzlich nach Zielerreichung mit den entwickelten modellhaften Instrumenten überflüssig machen.

# Das Qualitätsprofil kommunaler Pflegeeinrichtungen

Holger Rohde, Kommunalen Pflegeverband Schleswig-Holstein e.V. (KoPf-SH)

## Pflegequalität – Anspruch und Wirklichkeit

Die Wirklichkeit in Pflegeeinrichtungen ist nach den bekannten Untersuchungen der letzten Jahre – vor allem im vollstationären Bereich – verheerend und – von Fachleuten inzwischen eingestanden, nur offenbar noch nicht von den zuständigen Organisationen erkannt, eigentlich ein Menschenrechtsproblem:

- Berichte über ausgetrocknete und ausgehungerte Menschen häufen sich.
- Eine Studie im Auftrag der Stadt München kommt zu dem Ergebnis, dass jeder zweite Heimbewohner mit Medikamenten ruhig gestellt wird und rund 40 Prozent in ihren Betten „fixiert“ werden.
- Pflegeheime gehen immer öfter dazu über, Magensonden zu legen, nur weil die Zeit fehlt, den Pflegebedürftigen das Essen mit dem Löffel einzugeben.
- Die Zeitproblematik als Folge der schlechten Personalschlüssel verhindert weitgehend die Ressourcenförderung der Pflegebedürftigen. Der im Einzelfall noch mögliche Toilettengang wird mit der Aufforderung zunichte gemacht: Machen Sie doch in die Windel, dafür haben Sie sie doch! (Kennen Sie diese Windeln? Eine solche Windel kann die unglaubliche Menge von 3,8 Litern Urin aufnehmen!)
- Das Berliner Institut für Gerichtliche und Soziale Medizin hat bei 16 Prozent der Verstorbenen aus Pflegeheimen Druckgeschwüre festgestellt. Ähnliche Ergebnisse enthält eine Hamburger Untersuchung. Die Dekubitusproblematik hat in Schleswig-Holstein nach Testaten von „gefährdender Pflege“ des MDK zum unfreiwilligen Abtreten einer Sozialdezernentin in der Landeshauptstadt geführt und in mehreren Sitzungen den Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages beschäftigt.
- Der MDK stellt im Wesentlichen strukturelle Gründe für die Vernachlässigungen fest. (Er kann im Prinzip auch nur die Strukturqualität prüfen). Nach Angaben des MDK behandeln nur 20 bis 30 Prozent der Pflegeheime in Deutschland ihre Patienten gut bis hervorragend.
- Es gibt in der Tat zu wenig Personal und von diesen wenigen zu wenig qualifiziertes Personal und von diesem qualifizierten Personal zu wenig menschlich qualifiziertes Personal. – Ist das der Pflege-notstand?

Pflegekritiker geben sehr einfache und überzeugende Antworten, wenn man sie fragt, was denn – jenseits aller Pflegesatzverhandlungen und Personalschlüssel-Feilschereien der Pflegeselbstverwaltung

sein müsse, um ein menschenwürdiges Leben im Pflegeheim zu gewährleisten. Sie scheinen mir als konkrete Forderungen von Grundbedürfnissen und damit als Anspruch gegenüber dieser schrecklichen Wirklichkeit durchaus erfüllbar:

- Jeder Pflegebedürftige muss täglich seine Mahlzeiten und ausreichend Flüssigkeit in dem Tempo erhalten, in dem er kauen und schlucken kann.
- Magensonden dürfen nur aus medizinischer Notwendigkeit gelegt werden.
- Jeder muss so oft zur Toilette gehen dürfen, wie er es wünscht.
- Tägliche Wäsche und Mundpflege, jeden Tag frische Luft auf Wunsch und die Möglichkeit, den Zimmerpartner auswählen zu dürfen.
- Außerdem braucht jeder pflegebedürftige Mensch die Sicherheit, in der Stunde des Todes nicht allein sein zu müssen. Selbstverständlich sind diese Standards erweiterungsbedürftig im Blick auf individuelle Einzelbedarfe, die Probleme der Altersdemenz usw. Nehmen Sie diesen Katalog bitte als Beispiele, die Ihnen ja auch nicht neu sein dürften, auf der Suche nach Antworten durch das Qualitätsmanagement unserer Einrichtungen und ihrer Verbände.

Wie steht es um die Qualität kommunaler Pflegeeinrichtungen?

Ich beginne mit einem Zitat: „Das Pflegeversicherungsgesetz berücksichtigt die Existenz gewachsener Strukturen der pflegerischen Versorgung auf örtlicher Ebene unzureichend. Es ist zu befürchten, dass dadurch zentrale Bestandteile der kommunalen Selbstverwaltung ausgehebelt werden. Dies betrifft vor allem die Planungshoheit und die Verantwortung für die Bereitstellung von sozialen Infrastrukturreinrichtungen.“

Diese von der Ersten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit bereits im Oktober 1993 – also vor 10 Jahren – aufgestellte These hat sich bis heute nicht nur bestätigt, sondern sogar verschärft. Seit Beginn der zweiten Stufe der Pflegeversicherung 1996 ziehen sich Kommunen kontinuierlich vor allem aus der Betriebsträgerschaft eigener Pflegeeinrichtungen zurück, um sich letztlich auf ihre Funktion als Kostenträger (der Sozialhilfe) zu beschränken. So erleben sich in letzter Zeit häufig Kolleginnen und Kollegen der Kommunalverwaltung, die sich bis vor kurzem noch am Schreibtisch gegenüber saßen, nun als Partei im Pflegesatzverfahren, das zwar immer noch kollegial aber auch häufig in beinharten Verhand-

lungen um jeden Cent abläuft.

Nach einer ersten Welle von Ausgründungen oder Übertragungen kommunaler Pflegeeinrichtungen auf freigemeinnützige oder auch privatgewerbliche Strukturen scheint sich jetzt, insbesondere durch die dramatische Entwicklung der kommunalen Finanzwirtschaft, ein weiterer „Ausverkauf“ der Einrichtungen fortzusetzen. Kommunale Finanzpolitiker freuen sich dabei hin und wieder, dass es ihnen gelungen ist, hierdurch ein paar Millionen zum notwendigen Ausgleich ihres Haushaltsplanes hereinzubekommen.

Entspricht das noch dem Grundgedanken kommunaler Selbstverwaltung? „Die Gemeinden sind nicht verpflichtet, öffentliche Aufgaben selbst zu erfüllen,“ sagt § 2 Abs. 1 der Schleswig-Holsteinischen Gemeindeordnung, „wenn diese ebenso gut auf andere Weise, insbesondere durch Private, erfüllt werden“... „...Bevor die Gemeinde eine öffentliche Aufgabe übernimmt, die zu erfüllen sie nicht gesetzlich verpflichtet ist, hat sie zu prüfen, ob die Aufgabe nicht ebenso gut auf andere Weise, insbesondere durch Private, erfüllt werden kann...“ Diese 1977 in die Gemeindeordnung aufgenommene Bestimmung verdrängt nicht die bundesverfassungsrechtliche Selbstverwaltungsgarantie des Art. 28 Abs. 2 Satz 1, das Recht, zu eigenverantwortlicher Regelung aller Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft, da sie die Beurteilung der „ebenso guten“ Aufgabenerfüllung „auf andere Weise, insbesondere durch Private“ der eigenverantwortlichen Entscheidung durch die Gemeinde überlässt.

Was bedeutet das für die kommunalen Pflegeeinrichtungen?

Für kommunale Pflegeeinrichtungen bedeutet das, dass sie natürlich besser sein müssen als alle anderen Anbieter, die sie in ihrem Einzugsbereich zum Wettbewerb herausfordern. Sie müssen in der Lage sein, diese nach der GO aufgestellte Anforderung der „ebenso guten Aufgabenerfüllung“ möglichst weit und ständig zu übertreffen. Sie sind grundsätzlich natürlich ohnehin gehalten, die Qualitätsanforderungen des Pflege-Versicherungsgesetzes und der daraus geschlossenen Vereinbarungen möglichst gut zu erfüllen. Kann das eine kommunale Pflegeeinrichtung leisten? Was sind ihre Stärken, was ihre Schwächen?

Was bedeutet diese Herausforderung im Hinblick auf die zu Anfang von mir nur in Ansätzen beschriebene Misere der Pflege schlechthin. Ich erinnere: Der MDK hat 70 bis 80 Prozent der Einrichtungen bescheinigt, dass sie eben nicht gut sind.

## Die Leitbild-Diskussion des Kommunalen Pflegeverbandes in Schleswig-Holstein

Die kommunalen Pflegeeinrichtungen haben sich seit 1995 nach und nach konti-

nuerlich dem bei der Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände gebildeten Pflegereferat angeschlossen und im Oktober 2001 – gemeinsam mit den Fachkliniken des Landes – einen eigenen Verband, den Kommunalen Pflegeverband Schleswig-Holstein e.V., „KoPf-SH“ abgekürzt, gegründet.

Im Zusammenhang mit der bereits eingesetzten Qualitätsentwicklung der kommunalen Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein, begann im KoPf sehr frühzeitig eine Strategiediskussion im Handlungsfeld Qualitätsmanagement auf Verbandsebene. Ziel war es und ist es dabei, auf Ebene des Pflegeverbandes mit möglichst verbindlichen Aussagen und Forderungen zur Qualität eine Art Garantieerklärung an die von den Einrichtungen des Verbandes betreuten Menschen zu geben, zugleich natürlich auch an die Kostenträger. Darüber hinaus sollte für Politik und Öffentlichkeit Transparenz, Verbindlichkeit und Überprüfbarkeit bis auf die Verbandsebene hoch geschaffen werden. Die Träger hofften sich davon eine Stärkung der Selbstverwaltungsfähigkeit im verbandsinternen Miteinander aber auch im außen eine Steigerung der allgemeinen Wertschätzung kommunaler Einrichtungen über das „Angemessene“ und im Einzelfall vielleicht sogar „Gute“ hinaus zum „Besseren“.

### **Ein Verbandsleitbild als wertebezogener Orientierungsrahmen**

Die Diskussion begann mit einer Projektion möglicher Ziele:

- Die kommunalen Pflegeeinrichtungen sind von der Kommune getragen und damit Unternehmen von Rang. Ihre MitarbeiterInnen haben Raum für Eigeninitiative und Engagement.
- Ihre moderne Organisation steht im Mittelpunkt ihrer Gemeinde und im Dienste des Menschen. Das Streben nach Qualität und Innovation ist die treibende Kraft.
- Als Stärke wird das Vertrauen geachtet sein, mit dem der Pflegebedürftige sich in unsere Hand gibt.
- Angehörige und Freunde erfahren die Pflegeheime als Orte heilsamer Entlastung und unersetzbarer Begegnung in unmittelbarer gemeindlicher Nähe. Sie nehmen dadurch teil an der Erfüllung der Lebensgeschichte ihrer alten Menschen.
- Im Vordergrund stehen die Interessen eines lebendigen Alters mit einer Unternehmensphilosophie, die täglich und hautnah gelebt wird.

In der daraufhin einsetzenden Gruppenarbeit konnte aufgrund der bereits in den Einrichtungen geleisteten Qualitätsentwicklung sehr schnell ein Konsens gefunden werden zu den Fragen: Was ist gute Pflege? Wie setzen wir das um? Wie stellen wir uns dar?

Weitaus schwieriger war es, diese Aussa-

gen auf die Verbandsebene „hochzuziehen“, d. h., die Rolle und Funktion des KoPf in diesem Zusammenhang zu beschreiben.

Eine systemtheoretische Herangehensweise war hierbei hilfreich. Danach ist KoPf

- mehr als nur die Summe seiner Mitglieder,
- nämlich ein eigenes soziales System mit einer möglichst hohen Eigenkomplexität,
- somit eine beziehungsweise Adressen zu den Fragen aller, die unter dem „Codewort“ Kommunale Pflege Kontakt auf Landesebene aufnehmen wollen, die Landesregierung, der Landtag, die Ministerien, die Kommunalen Landesverbände, die Verbände der Kranken- und Pflegekassen, die Wohlfahrtsverbände, die Verbraucherorganisationen, der Sparkassen- und Giroverband, die Presse etc., etc.
- schließlich die Plattform seiner Träger und Einrichtungen, die deren gemeinsame Aussagen, Anliegen und Forderungen auf der Landesebene zusammenfasst, sie an die richtigen Stellen transportiert und die notwendige Diskussion und den gelegentlich erforderlichen Diskurs hierüber organisiert, durchführt und ihn auch aushält.

Nicht zuletzt durch diese Erkenntnisse kommt es in dem jetzt vorliegenden Leitbild von KoPf zu sehr harmonischen Grundaussagen, die vor allem die Verbandssituation beschreiben:

- Wir sind öffentlich-rechtliche Einrichtungsträger, die sich die Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Pflege zum Ziel gesetzt haben
- Wir haben einen „KoPf“, einen Verband mit einem Profil, das von außen wahrgenommen wird.
- Dieser KoPf ist sozialpolitisches Sprachrohr für uns mit eigenständigem Gewicht gegenüber Kostenträgern.
- KoPf nutzt für die Durchführung seiner Arbeit Formen der Selbstverwaltung.
- Nach innen tut sich bei KoPf ein hohes Maß an Gestaltungsspielraum auf durch die starke Steuerungsfähigkeit der gemeinsam entwickelten werte- und gemeinwohlorientierten Qualitätsansätze.
- Nach außen steht KoPf für einen eigenständig und neu definierten Begriff der Wettbewerbsfähigkeit. Das bedeutet für kommunale Pflegeeinrichtungen, sich einem Qualitätswettbewerb zu stellen, der in seiner Qualitätsentwicklung weit über den § 80 SGB XI hinausgeht. Es heißt jedoch nicht, in einen überwiegend von den Kostenträgern diktierten Preiswettbewerb nach unten einzutreten. Die Preis-Leistungsrelation ist vielmehr Beurteilungsmaßstab für die Leistungsqualität pflegerischer Angebote.

- Das verantwortungsbewusste, transparente und öffentlichkeitswirksame Eintreten von KoPf für die Lebensverhältnisse von Bürgerinnen und Bürgern in besonderen Betreuungssituationen erhöht die gesellschaftliche Akzeptanz und das Renommee des Verbandes.
- Dies stärkt wiederum die Handlungsfähigkeit im Bereich der politischen Interessenwahrnehmung.

### **Kommunale Daseinsvorsorge durch eigene Dienstleistungen, Gemeinwesen- und Bürgerorientierung**

Ausgehend von der Frage: Wer sind wir? Kommen wir zurück auf die Frage: Was ist gute Pflege? Tue Gutes und rede darüber, heißt es. Was also ist das Besondere und besonders Gute kommunaler Pflegeeinrichtungen? Das Leitbild von KoPf stellt dazu im Wesentlichen den öffentlich-rechtlichen Status dieser Einrichtungen heraus. Dies ist tatsächlich doch ein Pfund, mit dem der öffentliche Dienst immer noch wuchern kann. Leider wird hiervon viel zu wenig Gebrauch gemacht. Dabei kann man doch von einer ganz einfachen und pragmatischen Überlegung bei den Pflegebedürftigen ausgehen. Bei der Entscheidung für eine Pflege, wenn sie nicht von heute auf morgen getroffen werden muss, steht der Pflegebedürftige vor drei Fragen:

- Gehe ich zu einem „privaten Krauter“, der gewinnorientiert arbeitet, bei kleinen Betrieben bis zur Selbstausbeutung des Betriebsinhabers? Die Qualität kann dabei durchaus noch in Ordnung sein.
- Gehe ich zu einem „Sozialkonzern“, privat oder freigemeinnützig und schließe mich damit der „Aldisierung“ und Standardisierung der Pflegelandschaft an?
- Oder gehe ich in eine öffentlich-rechtlich verbundene kommunale Einrichtung, die gemeinwohl-, ressourcen- und nutzenorientiert arbeitet, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit unterliegen, deren Bestand und Wirkungsweise in der Kommune in die kommunale Selbstverwaltung und – wie in Schleswig-Holstein – in einen Verband öffentlich-rechtlicher Träger relativ zuverlässig eingebunden ist?

Ich denke, dass nach dieser Fragestellung doch das eine oder andere für die kommunale Einrichtung spricht. Und unsere Einrichtungen in Schleswig-Holstein beweisen diese These durch die nachhaltige hohe Auslastung und lange Wartelisten. Ich füge allerdings hinzu, dass es sich überwiegend um Einrichtungen handelt, die bereits eine lange Tradition in der Gemeinde haben und auch in ihrer Struktur bereits vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung weit entwickelt sind. Das Leitbild von KoPf weist jedenfalls auf alle diese Vorteile besonders hin. Ich glaube, dass ich darauf nicht weiter eingehen muss.

## Personalentwicklung

Ein markantes Erkennungsmerkmal des öffentlichen Dienstes sind immer noch die besonderen und offensichtlich auch attraktiven Rahmenbedingungen, unter denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind, die Tarifbindung, die zusätzliche Altersversorgung, das Personalvertretungsrecht, die im Einzelfall möglichen besonderen sozialen Leistungen. Selbstverständlich verzichtet auch KoPf nicht darauf, mit diesen Errungenschaften zu prahlen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtigste Ressource herauszustellen. Sie werden jedoch auch feststellen, dass sich das Leitbild ausgesprochen vornehm herumdreht um eine Bestandsgarantie für die Beibehaltung des Bundes-Angestellten-Tarifvertrages. Hier gibt es innerhalb der KoPf-Mitglieder z. T. erheblichen Widerstand, am BAT festzuhalten. Tatsächlich ist der BAT nicht mehr für die Pflege geeignet, ob in der Pflegesatzverhandlung, im Wettbewerb des Pflegemarktes oder im Einzelfall der älteren Schwester mit hoher Vergütung, aber aufgrund schon kaputten Rückens – niedriger Effektivität. Das „Raus aus dem BAT“ ist deshalb schon länger die Parole, in der BAT-gebundene Einrichtungsträger ihr betriebswirtschaftliches Heil suchen, aber noch lange nicht gefunden haben. Auch für KoPf wird dieses Thema noch länger auf der gemeinsamen Agenda bleiben.

Als ein besonderes Entwicklungsfeld wird der Bereich der Altenpflegeausbildung angesehen. Es wird angestrebt, jede dem Verband angeschlossene Einrichtung auch zu einem Ausbildungsbetrieb zu machen. Probleme bestehen hier vor allem im ambulanten Bereich.

## Unternehmensphilosophie und Grundlagen der Leistungserbringung

Ganzheitliche Wertschätzung, Selbständigkeit der Person und die jeweilige Anpassung an den Hilfebedarf werden durch das Leitbild von KoPf als Extrakt der Einzelkonzeptionen seiner Träger zusammengefasst. Diese Konzepte stellen die pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt mit dem Hinweis, dass sie als Bewohner und Patienten angesprochen – und natürlich auch als Kunden verstanden werden, jedoch nicht, um mit ihnen Geschäfte zu machen. Stellvertretend für die Begriffe Kunde und Nutzer, Patient/in, Bewohner/in, Adressat/in und Ratsuchende nennt das Leitbild den Begriff Klient/in.

## Ökonomische Ziele, Wettbewerbsstrategien

Wichtigster Hinweis, den man nicht oft genug wiederholen kann, ist, dass die kommunalen Pflegeeinrichtungen gemeinnützig und nicht gewinnorientiert arbeiten. Erwirtschaftete Gewinne verbleiben in den Einrichtungen, kommen also ausschließlich den Klienten zu Gute und werden nicht an den Eigentümer ausgeschüttet. Der Haushalt einer kommunalen Einrichtung und ihr Jahresabschluss sind in der Regel im Rahmen der kommunalen Berichterstattung öffentlich.

Eine Einordnung in das Marktgeschehen, soweit man davon sprechen kann oder will, geschieht durch das Leitbild – und dies vielleicht zur Beruhigung aller –, indem KoPf für die kommunalen Pflegeeinrichtungen erklärt, dass im Rahmen der Trägervielfalt im Grundsatz keine expansiven Marktstrategien verfolgt werden. Es werden nur Marktanteile angestrebt, die

der Rolle kommunaler Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Daseinsvorsorge entsprechen und Kostendeckung wie Entwicklungsfinanzierung ermöglichen. Bei vollständiger Umsetzung dieser Zusatzerklärung wäre allerdings der Markt dann sowieso auch erschöpft.

## Zusammenfassung

Die Schaffung und der Betrieb von Pflegeeinrichtungen im Rahmen kommunaler Daseinsvorsorge können erfolgreich von Kommunen – auch als Antwort auf die Pflegemisere dieser Tage – übernommen werden, wenn

- es gelingt, die Einrichtung in das Geschehen kommunaler Selbstverwaltung vor Ort einzubinden durch ggf. schon vorhandene oder noch zu entwickelnde Tradition dieser Einrichtung oder auch durch Schaffung von kommunalpolitischem öffentlichem Bewusstsein in der Kommune.
- die kommunalen Pflegeeinrichtungen nachhaltig Qualitätsentwicklung und –sicherung betreiben mit jeweils lokal/regional geeigneten Differenzierungen und Profilerungen.
- eine hohe Kompetenz und Qualität, ein angemessenes Preis-/Leistungsverhältnis, sonstige Wettbewerbsvorteile und das Qualitätsprofil kommunaler Einrichtungen zu praktizieren, zu kommunizieren und in einem positiven Image zu stabilisieren.

Letzteres soll wesentlich mit Hilfe des KoPf in Schleswig-Holstein geschehen und KoPf wird hierzu seine Strategie fortsetzen.

# Die Umgebungslärmrichtlinie – Last oder Chance für Gemeinden?

Johannes Grützner / Ludger Giesmann, Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume

Die EG-Umgebungslärmrichtlinie ist in der öffentlichen Diskussion nicht unumstritten und wird vielfach als Beispiel überzogener Regelungsdichte seitens der Europäischen Union herangezogen. Gerade daher kommt es darauf an, die rechtlich verbindliche Umsetzung in Schleswig-Holstein so mit Leben zu füllen, dass die wesentliche Zielsetzung der Richtlinie, u.a. ein verbesserter Lärmschutz, erfüllt und mit dem hierfür erforderlichen und angemessenen Aufwand erreicht wird. In diesem Sinne sollen mit diesem Beitrag zur Umsetzung der Umgebungslärmrichtlinie in Schleswig-Holstein kurz gefasst einige Informationen und Anregungen gegeben werden.

## Ausgangslage

In Deutschland sehen sich über 60 Pro-

zent der Menschen durch Lärm, insbesondere durch Verkehrslärm belästigt. Davon sogar mehr als 10 Prozent stark oder äußerst stark. Europaweit liegen vergleichbare Zahlen vor. Mit der Richtlinie 2002/49/EG über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm hat die Europäische Union ein Konzept vorgegeben, in zwei Stufen und Quellen bezogen Lärmauswirkungen zu erfassen und ihnen entgegen zu wirken. Die wesentlichen Aufgaben sind

- die Ermittlung der Belastung durch strategische Lärmkarten sowie
  - Bewertung und soweit erforderlich Vermeidung oder Verminderung von Belastungen durch Aktionspläne. (s. Tabelle 1)
- Der Information der Öffentlichkeit über vorhandene Lärmbelastungen und der Mitwirkung der Öffentlichkeit bei der Akti-

onsplanung kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Die geforderte Umsetzung dieser so genannten Umgebungslärmrichtlinie in Deutsches Recht erfolgte in den §§ 47 a-f Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG).

## Umsetzungsbedarf in Schleswig-Holstein

Konkret sind in der ersten Stufe in Schleswig-Holstein bis zum 30. Juni 2007 Lärmkarten für etwa 620 km Hauptverkehrsstraßen (Abbildung 1) und die Ballungsräume Kiel und Hamburg (Abbildung 2 und 3) auszuarbeiten. Für Haupteisenbahnstrecken (ca. 40 km) erfolgt dies vom Eisenbahnbundesamt, für den Flughafen Hamburg-Fuhlsbüttel von der Hansestadt Hamburg. Im Anschluss sind bis zum 18. Juli 2008 Aktionspläne für Orte in der Nähe dieser Hauptlärmquellen aufzustellen. Die von dieser Aufgabenstellung betroffenen Städte und Gemeinden wurden vom Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume bereits informiert (s. auch Tabelle 2).