

# Pflege-Report 2015

## „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /  
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 85-96



<b>6</b>	<b>Qualität und Qualitätsbeurteilung in der pflegerischen Langzeitversorgung</b> .....	<b>85</b>
	<i>Klaus Wingenfeld</i>	
6.1	Einleitung.....	85
6.2	Pflegequalität in Medienberichten.....	86
6.3	Qualitätsbeurteilung.....	87
6.4	Fachliche Grundlagen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.....	90
6.5	Öffentliche Qualitätsberichte als Anreiz zur Qualitätsentwicklung.....	91
6.6	Qualitätsmanagement.....	92
6.7	Settingspezifische Anforderungen am Beispiel der Beurteilung von Ergebnisqualität.....	93
6.8	Fazit.....	94

# 6 Qualität und Qualitätsbeurteilung in der pflegerischen Langzeitversorgung

Klaus Wingenfeld

## Abstract

Rund 20 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung liegen zahlreiche Erfahrungen mit der Durchsetzung von Qualitätsanforderungen in der pflegerischen Versorgung und externen Qualitätsprüfungen im Auftrag der Pflegekassen vor. Diese Erfahrungen verdeutlichen die Notwendigkeit, interne Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und externe Prüfungen auf eine neue konzeptionelle Basis zu stellen. Der vorliegende Beitrag nimmt eine Bestandaufnahme vor und gibt einen Überblick zu ausgewählten Qualitätsfragen, die heute im Mittelpunkt der Fachdiskussion stehen.

Some 20 years after the implementation of the long-term care insurance system in Germany, wide experience has been gained with different aspects of quality assurance and external quality inspections in the field of nursing care. This experience suggests laying the groundwork for new concepts of internal quality assurance, quality development and audits. This paper provides an overview of some important issues concerning quality and quality assessment in long-term nursing care.

## 6.1 Einleitung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung haben Bemühungen zur Qualitätssicherung in der pflegerischen Langzeitversorgung<sup>1</sup> in Deutschland eine erhebliche Veränderung erfahren. Mit der Schaffung dieses neuen sozialen Sicherungssystems wurden verschiedene Anforderungen und Formen der Qualitätssicherung festgelegt, die das Versorgungssystem maßgeblich prägen sollten. Unter anderem entstand eine neue Prüfinstanz: Neben den Heimaufsichtsbehörden sollten nunmehr

<sup>1</sup> Der Begriff *pflegerische Langzeitversorgung* wird im internationalen Sprachgebrauch („long term care“) für das breite Spektrum der verschiedenen Versorgungsformen verwendet, in denen Menschen, die dauerhaft auf personelle Hilfe bei der Bewältigung von Krankheit und funktionellen Einbußen angewiesen sind, durch Einrichtungen und Dienste unterstützt werden (vgl. OECD 2005). Der Fokus liegt im vorliegenden Beitrag auf Pflege und formelle Formen der Hilfe. Die internationale Diskussion ist breiter angelegt und nutzt den Begriff *long term care* auch für Bereiche der Versorgung, die in Deutschland der Behindertenhilfe zugeordnet werden. Außerdem wird häufig auch die informelle Pflege unter den Begriff subsumiert.

auch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) die Qualität der pflegerischen Versorgung prüfen. In der ambulanten Pflege entstanden mit den Prüfungen Anforderungen, die bis dahin unbekannt waren. Externe Qualitätsprüfungen bestimmen seitdem maßgeblich die Qualitätsdiskussion, aber auch den Alltag der internen Qualitätssicherung, die sich mehr und mehr an den Erwartungen der Prüfdienste orientierte.

Heute entsteht mitunter der Eindruck, dass die Entwicklung dieser Strukturen vor einem Umbruch steht. Einerseits wird in der öffentlichen Diskussion das Bild katastrophaler Zustände in der pflegerischen Versorgung gezeichnet, andererseits bescheinigen die sog. Pflegenoten den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten bis auf seltene Ausnahmen eine scheinbar gute oder vielfach sogar sehr gute Qualität. Nach rund 20 Jahren Erfahrung mit externen Prüfungen im Rahmen der Pflegeversicherung und dem wenig erfolgreichen Versuch, durch eine öffentliche Qualitätsberichterstattung mehr Transparenz auf dem Feld der Versorgungsqualität und der Qualitätsprüfungen zu schaffen, wird der Forderung nach innovativen, aussagekräftigen Formen der Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung immer mehr Nachdruck verliehen. Und schließlich entsteht auch durch neue Versorgungsangebote ein Bedarf an einer Weiterentwicklung von Qualitätskriterien und Prüfmethoden.

## 6.2 Pflegequalität in Medienberichten

Die öffentliche Diskussion über die Qualität der pflegerischen Versorgung wird maßgeblich durch Medienberichte über die Heimversorgung geprägt. Regelmäßig thematisieren Medien in skandalisierender Form Gefährdungen und gesundheitliche Schädigungen von Heimbewohnern. Schlagzeilen wie „Tausende Schwerkranke werden unzureichend behandelt und versorgt“ (Bildzeitung vom 31.08.2007) sind in dieser Hinsicht zwar nicht unbedingt repräsentativ, dokumentieren aber eine wichtige Tendenz: Es wird der Eindruck erweckt, in der Heimversorgung seien problematische Zustände und akute Gefährdungen keine Ausnahme, sondern ein Massenphänomen.

Es gibt zwei Konstellationen, die dieser Berichterstattung in der Regel zugrunde liegen. Zum einen werden Einzelfälle aufgegriffen und als charakteristischer Ausdruck der Versorgungssituation insgesamt beschrieben. Sie beruhen meist auf Vorkommnissen, bei denen Heimbewohner tatsächlich infolge von Qualitätsdefiziten der pflegerischen oder ärztlichen Versorgung gesundheitlich geschädigt oder durch das Fehlverhalten einzelner Mitarbeiter in ihrer Würde verletzt werden. Zum anderen bietet die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen immer wieder Anlass für eine negativ überspitzte Berichterstattung. Solche Veröffentlichungen führen, auch im lokalen Rahmen, häufig zu Fehlinterpretationen. Zum Teil wird nicht unterschieden, ob tatsächlich eine gesundheitliche Schädigung des Bewohners vorliegt oder lediglich ein Dokumentationsmangel. Fehlt ein Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation, so wird vermutet, dass die Maßnahme unterlassen wurde. Zahlen über Mängel, die bei MDK-Prüfungen gefunden wurden, werden dann pauschal als Ausdruck tatsächlicher Vernachlässigung der Bewohner

interpretiert. Auch Versorgungsmängel und individuelle gesundheitliche Risiken werden in der Berichterstattung häufig verwechselt. Daten darüber, dass die Mehrheit der Heimbewohner krankheitsbedingt ein *erhöhtes Risiko* der Mangelernährung aufweist, werden als Hinweis auf eine weit verbreitete *faktische* Mangelernährung missinterpretiert.

Die ambulante Pflege und die informelle Pflege sind von dieser negativen Berichterstattung wenig betroffen. Hier dominiert eher das Bild der pflegenden Angehörigen, die eigene Bedürfnisse zurückstellen, um den Verbleib des pflegebedürftigen Menschen in der gewohnten Lebensumgebung zu ermöglichen. Ambulante Pflegedienste stützen diese Versorgungssituation, aber sie tragen nicht die Hauptverantwortung und können daher auch nicht als Verursacher von systematischer Vernachlässigung oder gesundheitlicher Schädigung dargestellt werden. Qualitätsmängel, die bei Qualitätsprüfungen ambulanter Dienste durch die MDK erfasst werden, sind hier zwar keineswegs selten, finden aber nicht annähernd das Medienecho wie Qualitätsdefizite in der Heimversorgung.

### 6.3 Qualitätsbeurteilung

Es existieren eher schlechte Voraussetzungen für eine treffsichere Beschreibung der Qualität in der pflegerischen Versorgung. Daten aus den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste stellen das umfangreichste Material dar, das hierzu genutzt werden kann. Doch obwohl seit mittlerweile zwei Jahrzehnten Qualitätsprüfungen durch die MDK stattfinden und die hierbei genutzten Kriterien stetig weiterentwickelt wurden, lassen sich aus den Prüfergebnissen nur sehr begrenzte Aussagen über die Versorgungsqualität ableiten. In den Berichten des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbands (MDS) erfolgt keine systematische Einordnung, wie schwerwiegend die identifizierten Qualitätsprobleme sind (vgl. MDS 2014, S. 54). Wird ein Qualitätsmangel festgestellt, ist damit im Regelfall die Aussage verbunden, es sei eine fachliche Vorgabe nicht eingehalten worden. Wenn beispielsweise im Bereich der Ernährung ein Qualitätsmangel festgestellt wird, so können damit sehr unterschiedliche Dinge angesprochen sein: ein fehlender Hinweis auf die Ernährungsgewohnheiten des Pflegebedürftigen in der Pflegedokumentation ebenso wie das Versäumnis, auf einen krankheitsbedingten Gewichtsverlust nicht adäquat zu reagieren. Bei einigen Themen (insbesondere bei den sog. Prophylaxen oder beim Thema Schmerzeinschätzung) wird darauf hingewiesen, dass bei einem relativ hohen Anteil der geprüften Fälle in stationären oder ambulanten Einrichtungen (z. B. 20% oder mehr) Mängel dieser Art festzustellen waren (ebd.).

Der tatsächliche Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen wird bei MDK-Prüfungen zwar ebenfalls erfasst, allerdings in Form von Einzelfallprüfungen und ohne Rückgriff auf standardisierte Kriterien bzw. Qualitätsmaße. Beurteilt wird, ob die gesundheitliche Situation und der „Pflegezustand“ des betreffenden Menschen dem entsprechen, was man bei einer fachgerechten Versorgung erwarten darf, und ob durch fachliche Versäumnisse eine Gefährdung oder gar Schädigung eingetreten ist. Es ist allgemein bekannt, dass bei externen Prüfungen immer wieder solche Situationen aufgedeckt werden. In welchem Umfang dies geschieht, ist allerdings unklar.

Die Hoffnung, mit den „Pflege-Transparenzvereinbarungen“ eine aussagekräftige Qualitätsberichterstattung zu etablieren, wurde enttäuscht. Es gelang bislang nicht, mit Hilfe des in diesen Vereinbarungen geregelten Benotungssystems Unterschiede der Versorgungsqualität zwischen den Pflegeeinrichtungen und -diensten darzustellen. Nach den Angaben der Daten-Clearing-Stelle (2014) lag der Bundesdurchschnitt der Pflegenoten im Bereich der stationären Pflege Ende des Jahres 2014 bei 1,3 – also nah bei einem glatten „Sehr gut“ (trotz verschärfter Bewertungsregeln beim Berechnen der Noten, die in diesem Jahr in Kraft getreten sind). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der ambulanten Pflege, wo die Note im Bundesdurchschnitt bei 1,2 lag (ebd.). Verantwortlich hierfür sind teilweise methodische Mängel, vor allem aber systematische Probleme. Die Kriterien, nach denen die Pflegenoten ermittelt werden, beziehen sich fast ausschließlich auf Aspekte der Struktur- oder Prozessqualität. In vielen Punkten lässt sich durch erhöhte Sorgfalt im Umgang mit der Pflegedokumentation eine gute Bewertung erzielen. Die Pflegeeinrichtungen haben entsprechende Handlungsstrategien entwickelt und ihre Dokumentationsroutinen angepasst. Während einzelne wissenschaftliche Gutachter eher Zurückhaltung bei der kritischen Beurteilung des Systems zeigten (z. B. Hasseler und Wolf-Ostermann 2010), gelten die Pflegenoten in der Fachdiskussion inzwischen als methodisch gescheitert.

Forschungsergebnisse, die eine verlässliche Beurteilung der Qualität in der Fläche der pflegerischen Versorgung ermöglichen würden, liegen bislang nur in Ansätzen vor. Einige pflegeepidemiologisch ausgerichtete Arbeiten geben Auskunft über die Verbreitung bestimmter qualitätsrelevanter Phänomene wie Dekubitalulcera oder Sturzhäufigkeit (Dassen 2007; Heinze 2009). Für eine Qualitätsbeurteilung reichen die von ihnen erfassten Daten jedoch nicht aus. Erst seit kurzem existieren Konzepte zur Beurteilung von Ergebnisqualität, mit denen auch Phänomene dieser Art bewertet werden können. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde in den Jahren 2009 und 2010 ein solches Konzept für die stationäre Langzeitpflege entwickelt (Wingenfeld et al. 2011). In Anlehnung an Konzepte aus den USA wird hier eine vergleichende Beurteilung der Ergebnisqualität vorgenommen. Die Erprobung des Konzepts ergab beispielsweise für Heimbewohner mit stark beeinträchtigter Mobilität, dass die Halbjahresinzidenz von Dekubitalulcera (Grad 2–4) im Durchschnitt bei rund 9% liegt. Spätere Studien bestätigten dieses Ergebnis. Damit liegt ein Referenzwert vor, mit dessen Hilfe Versorgungsqualität vergleichend beurteilt werden könnte. Vergleichbare Daten und Anhaltswerte liegen auch für andere Versorgungsergebnisse vor, beispielsweise für die Mobilität, gravierende Sturzverletzungen, verschiedene Bereiche der Selbständigkeit oder für Gurtfixierungen (ebd.).

Die verfügbaren Daten zeigen für den *Bereich der stationären Dauerpflege* ein sehr gemischtes Bild. Entgegen den Beurteilungen nach den Transparenz-Kriterien gibt es große Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Eigenen Erhebungen in rund 240 vollstationären Pflegeeinrichtungen zufolge schwankt beispielsweise – jeweils bezogen auf einen Zeitraum von sechs Monaten – die Rate des Mobilitäts-erhalts bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern zwischen 20 und 80%, die Dekubitusinzidenz bei Bewohnern mit hohem Risiko zwischen 0 und 40% sowie der Anteil kognitiv beeinträchtigter Bewohner mit ungewolltem Gewichtsverlust zwi-

schen 0 und 25 %. Negative Extremwerte sind selten, sodass davon auszugehen ist, dass die Mehrheit der Pflegeheime zwar keine sehr gute Ergebnisqualität vorweisen kann, sich aber doch in einem akzeptablen Rahmen bewegt. Kritische Zustände, in denen es wiederholt zu schwerwiegenden Versorgungsdefiziten, zu einer vermeidbaren Gefährdung oder gar Schädigung der Bewohner kommt, treten nur bei einer Minderheit der Heime auf. Einrichtungen mit beeindruckend guten Versorgungsergebnissen gibt es ebenfalls, aber es kommt selten vor, dass es einem Heim gelingt, in *allen* Bereichen der Pflege sehr gute Ergebnisse zu erzielen. Häufiger sind Konstellationen, in denen Einrichtungen verschiedene Stärken zeigen, aber nicht in allen Bereichen gute Ergebnisse vorweisen können. Manchen Einrichtungen gelingt es beispielsweise in hervorragender Weise, gesundheitlichen Gefährdungen und Belastungen ihrer Bewohner entgegenzuwirken, während ihr Versuch, die Mobilität oder generell die Selbständigkeit der Bewohner im Alltag zu erhalten, zu wenig Erfolg führt.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass in den meisten Heimen heute überwiegend schwer- und schwerstkranken Menschen versorgt werden (bei einer knapp bemessenen Personalausstattung). Insofern ist es nicht verwunderlich, dass negative Entwicklungen oder Ereignisse wie Sturzverletzungen oder Ernährungsprobleme nicht immer vermieden werden können und es häufig schwierig ist, den sozialen Bedürfnissen der Bewohner gerecht zu werden. Eine Gesamtbeurteilung fällt aber schwer, da nicht nur wenig verlässliche Daten, sondern auch – wie schon angesprochen – kaum geeignete Beurteilungsmaßstäbe verfügbar sind. Ein internationaler Vergleich wäre hilfreich, scheitert aber ebenfalls aufgrund dieses Mangels. So können beispielsweise viele qualitätsrelevante Daten aus den USA ohne große Probleme verfügbar gemacht werden, doch finden sie in Deutschland keine analoge Datenbasis. Sie dokumentieren lediglich, dass es in den USA einen beachtlichen Anteil an Einrichtungen gibt, die bemerkenswert schlechte Versorgungsergebnisse aufweisen.

Vergleichbare Daten für andere Versorgungsformen (ambulante Pflege, Wohngemeinschaften, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege etc.) existieren nicht. Insgesamt ist wenig darüber bekannt, wie groß der Anteil pflegebedürftiger Menschen sein könnte, die tatsächlich gesundheitliche Probleme aufgrund von Qualitätsdefiziten erleben – ebensowenig wie über die Zahl der Menschen, deren Pflegebedürftigkeit aufgrund einer guten Versorgungsqualität verbessert oder zumindest am Fortschreiten gehindert wird. Zumindest über einige wichtige Teilbereiche von Versorgungsformen, bei denen schon seit vielen Jahren externe Prüfungen durchgeführt werden (also über stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Dienste), liegen jedoch Qualitätsinformationen vor. Im Vergleich dazu gibt es über Probleme und Defizite der informellen Pflege allenfalls punktuelle Informationen. Ähnliches gilt für die sog. alternativen Wohnformen, beispielsweise für ambulant betreute Wohngruppen oder heimverbundene Hausgemeinschaften. Zum Teil liegen über diese Angebote noch keine nennenswerten Erfahrungen aus dem Prüfeschehen vor, zum Teil werden Prüfergebnisse nicht gesondert ausgewertet (etwa wenn es sich um einen räumlich ausgegliederten, aber formal integrierten Versorgungsbereich einer stationären Pflegeeinrichtung handelt). Für die besonders wichtige Beurteilung der Ergebnisqualität existieren nicht einmal wissenschaftlich geprüfte Methoden.

## 6.4 Fachliche Grundlagen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Bei der Beantwortung der Frage, was eigentlich unter Qualität zu verstehen ist, wird häufig auf einen Grundgedanken Bezug genommen, den schon Donabedian, einer der wichtigsten Theoretiker der Qualitätsdiskussion, vor mehreren Jahrzehnten definiert hat. Danach ist Qualität der Grad der Übereinstimmung der Versorgung mit vorab definierten Kriterien, d. h. mit bestimmten Zielen oder Normen (Donabedian 1980).

Solche Kriterien finden sich vor allem in professionellen Standards (oder Leitlinien). Anders als in der Medizin ist in der Pflege in Deutschland erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit eine systematische, wissenschaftlich fundierte Entwicklung von globalen Standards zu verzeichnen. Es gibt schon seit langem *Standards für einzelne pflegerische Handlungen*, die u. a. in den Pflegeausbildungen eingesetzt werden oder Bestandteil von Qualitätshandbüchern in Pflegeeinrichtungen sind. Sie beschreiben idealtypisch, wie bestimmte Pflegehandlungen (wie beispielsweise Körperwaschungen) durchzuführen sind.

Hiervon zu unterscheiden sind *Nationale Expertenstandards in der Pflege*, die durch Forschungsergebnisse abgesichert sind (vgl. Schiemann und Moers 2011). Inzwischen existieren solche Expertenstandards zu den Arbeitsfeldern Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden und Ernährungsmanagement. Hinzu kommt ein Standard für das pflegerische Entlassungsmanagement, der etwas aus dem Rahmen fällt, weil er im Unterschied zu den anderen Standards nur für die Pflege im Krankenhaus vorgesehen ist. Außerdem ist auf den im Jahr 2014 entwickelten Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ hinzuweisen, der in seinen äußeren Merkmalen und im Hinblick auf methodische Anforderungen den bisherigen Standards entspricht, aber auf einer neuen rechtlichen Grundlage entwickelt wurde. Es handelt sich um den ersten Standard, der im gemeinsamen Auftrag der Vertragspartner nach § 113a SGB XI entwickelt worden ist.

Theoretisch liefern Expertenstandards eine nützliche Arbeitshilfe für die Praxis. Dennoch stoßen sie zum Teil auf Akzeptanzprobleme, da die meisten von ihnen für *alle* Bereiche der pflegerischen Versorgung Geltung beanspruchen, allerdings nicht auf alle Bereiche gleich gut zugeschnitten sind. Wenn es beispielsweise (wie im Falle des Schmerzmanagements) um die Kooperation zwischen Pflege und Medizin geht, bestehen im Krankenhaus ganz andere Voraussetzungen als in der ambulanten Pflege. Die unterschiedlichen Handlungsbedingungen finden in den Standards wenig Berücksichtigung.

Die Nationalen Expertenstandards sind inzwischen wichtige Bezugspunkte bei externen Qualitätsprüfungen durch die MDK geworden. Stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste müssen bei externen Prüfungen nachweisen, dass sie die dort definierten fachlichen Anforderungen an die Durchführung der Pflege (Prozessqualität) bei den individuellen Fällen beachten. Die in den Standards enthaltenen fachlichen Vorgaben ziehen damit zahlreiche Dokumentationspflichten nach sich. Insofern wird die Verknüpfung von Standardanforderungen und externen Prüfungen kontrovers diskutiert.

Ein weiteres wichtiges Instrument zur Qualitätsentwicklung bilden *Rahmenkonzepte für spezifische Aufgabenfelder*, beispielsweise Rahmenkonzepte für die Angehörigenarbeit, für die Begleitung Sterbender oder für die Gestaltung des Überleitungsverfahrens bei Heimbewohnern, die in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen (vgl. Korte-Pötters et al. 2007). Rahmenkonzepte unterscheiden sich von den Expertenstandards u. a. dadurch, dass sie nicht auf der Ebene der individuellen Pflege angesiedelt sind, sondern auf der Ebene der Organisation und damit auf die Gestaltung komplexer Strukturen und Abläufe ausgerichtet sind.

*Leistungsbeschreibungen* sind eine weitere wesentliche Grundlage für Versorgungsqualität, da sie das Profil der Hilfen definieren, die zur Deckung des Bedarfs pflegebedürftiger Menschen verfügbar sind. In Deutschland finden sich Leistungsbeschreibungen allerdings eher in den Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern. Welche Konsequenzen unzureichende Leistungsbeschreibungen nach sich ziehen, lässt sich am Beispiel der Pflegeversicherung illustrieren. Die gesetzlichen Vorschriften zur Pflegeversicherung haben das Profil der ambulanten Pflege, soweit sie im Rahmen des SGB XI stattfindet, über lange Jahre auf Hilfen im Bereich der Alltagsverrichtungen und die hauswirtschaftliche Unterstützung beschränkt (vgl. § 36 Abs. 1 und 2). Die seit Jahren geforderte Weiterentwicklung der Fachlichkeit ambulanter Pflege (z. B. SVR 2014) ist derzeit noch nicht in Sicht. Erst wenn das enge Verständniss von Pflege und Pflegebedürftigkeit, das mit der Einführung der Pflegeversicherung vorläufig festgeschrieben wurde, durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (BMG 2009) aufgehoben wird, ist eine solche Weiterentwicklung zu erwarten.

Von Leistungsbeschreibungen zu unterscheiden sind konkrete *Interventionskonzepte*, die auf ein definiertes Pflegeproblem bzw. auf eine bestimmte Patientengruppe zugeschnitten sind, einen bestimmten Handlungsablauf vorsehen und die Methoden und Instrumente, die für die Durchführung benötigt werden, meist ebenfalls umfassen. Beispiele hierfür sind die Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensproblemen oder die Unterstützung von Patienten mit somatischen Störungen im Umgang mit einer komplexen Medikation. In den letzten Jahren wurden solche Interventionskonzepte zunehmend erforscht (Schaeffer et al. 2008).

## 6.5 Öffentliche Qualitätsberichte als Anreiz zur Qualitätsentwicklung

Seit einigen Jahren lässt sich in verschiedenen Ländern die Tendenz beobachten, dass ein System zur öffentlichen Qualitätsberichterstattung aufgebaut wird. Systeme dieser Art sind als Informationsangebot für Nutzer oder potenzielle Nutzer von Pflegeeinrichtungen angelegt. Die Grundidee besteht darin, Pflegebedürftige und Angehörige dabei zu unterstützen, informierte Entscheidungen treffen zu können – beispielsweise bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung bzw. eines Pflegedienstes.

Das wohl älteste System dieser Art findet sich in den USA (Mukamel et al. 2009). Dort kann mit Hilfe des Internets anhand von bestimmten Kennziffern die Qualität einer Einrichtung mit dem nationalen Durchschnitt oder dem Durchschnitt

in den Bundesstaaten verglichen werden. Die öffentliche Qualitätsberichterstattung in Deutschland wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 geschaffen (Verfahren gemäß Pflege-Transparenzvereinbarungen, s. o.). Ob diese öffentliche Qualitätsberichterstattung tatsächlich die Nutzer und potenziellen Nutzer von pflegerischen Leistungen erreicht, ist unsicher und noch nicht ausreichend erforscht. Fest steht allerdings, dass sie in einem durch Wettbewerb gekennzeichneten Versorgungssystem wie in Deutschland eine starke Motivation der Einrichtungen nach sich ziehen, gute Bewertungen zu erhalten. Einrichtungen, deren Qualität in der Öffentlichkeit als mangelhaft oder unterdurchschnittlich bewertet wird, müssen befürchten, dass die Nachfrage zurückgeht.

## 6.6 Qualitätsmanagement

Eine unverzichtbare Voraussetzung für Qualität ist ein funktionierendes internes Qualitätsmanagement (QM). Damit sind die kontinuierliche, systematische Überwachung von Prozessen und Ergebnissen, die ständige Arbeit an den strukturellen Grundlagen (Personalressourcen, Qualifikation, Methoden etc.) und die Durchführung planvoller Veränderungen im Versorgungsalltag gemeint.

Es existieren verschiedene konzeptionelle Ansätze für das interne Qualitätsmanagement. Eine Zeit lang gewann man in der Qualitätsdiskussion den Eindruck, dass Einrichtungen ohne komplexe Systeme wie das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) oder den Anforderungskatalog der DIN EN ISO-Normen 9000ff nicht auskommen könnten. Solche Systeme definieren, welche Handlungsfelder in den Blick genommen werden müssen und welche Prozesse das QM ausmachen. QM-Systeme tendieren manchmal zu Formalismus und führen besonders in großen Organisationen zuweilen dazu, dass die Verbindung zu den Kernprozessen der Pflege verloren geht. In kleinen Einrichtungen, beispielsweise in ambulanten Pflegediensten, erweisen sich die Systeme hingegen als zu komplex. Auch in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft wären komplexe QM-Systeme dieser Art kein geeigneter Rahmen, wenn sie nicht einer größeren Institution mit zentralem Qualitätsmanagement angeschlossen sind.

In engem Zusammenhang mit dem Thema QM-Systeme stehen Qualitätssiegel bzw. Zertifizierungen. Dabei handelt es sich um externe Überprüfungen, ob das QM einer Einrichtung mit vorab definierten Kriterien – z. B. mit den ISO-Normen – übereinstimmt. So bezieht sich eine ISO-Zertifizierung lediglich auf die Beurteilung des QM selbst. Eine Einrichtung kann jedoch gleichzeitig eine schlechte Versorgungsqualität aufweisen. Ist ein Qualitätssiegel vorhanden, so die häufige irrtümliche Annahme, dann wird die Einrichtung auch eine gute Qualität vorweisen können (vgl. Geraedts und Selbmann 2011).

## 6.7 Settingspezifische Anforderungen am Beispiel der Beurteilung von Ergebnisqualität

Mit der Ausdifferenzierung des pflegerischen Versorgungsangebots stellt sich zunehmend die Frage, ob die verschiedenen Angebote im Grundsatz nach gleichen Kriterien beurteilt werden können oder ob je nach Versorgungsbereich eigenständige Kriterien und Methoden zum Einsatz kommen müssen. Stellen sich an die ambulante Pflege andere fachliche Anforderungen als an die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen? Müsste Pflege in heimverbundenen Hausgemeinschaften oder ambulanten Wohngruppen anders beurteilt werden als ein ambulanter Pflegedienst?

Solange man eine enge pflegfachliche Perspektive einnimmt und sich auf der Ebene der individuellen Versorgung bewegt, sind die angesprochenen Fragen scheinbar leicht zu beantworten. Eine Operationswunde oder ein ausgeprägtes agitiertes Verhalten des Pflegebedürftigen erfordert unter fachlichen Gesichtspunkten immer das gleiche Vorgehen, unabhängig davon, ob die Aufgabe in der häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung übernommen wird. Ein großer Unterschied liegt aber darin, dass je nach Versorgungssetting unterschiedliche Akteure mitwirken. Die Versorgung in der häuslichen Umgebung wird zu einem erheblichen Teil von den pflegenden Angehörigen übernommen. Hier entstehen aus der pflegfachlichen Perspektive Aufgaben im Bereich der Information, Beratung und Anleitung von Angehörigen, die in der vollstationären Pflege in dieser Form nicht anfallen. Auch bezüglich der Einbettung in die Kooperation mit anderen Berufsgruppen zeigen sich erhebliche Unterschiede.

Auch wenn es sich im Grundsatz um die gleiche fachliche Aufgabe handelt, kann der Auftrag der Pflege also je nach Versorgungskonstellation und -bereich erheblich voneinander abweichende Teilaufgaben umfassen. Wenn Organisationen bzw. Einrichtungen beurteilt werden sollen, so sind damit zwei Fragen entscheidend: Wie weit reicht der Auftrag der Pflege und welche Rolle übernehmen die beruflich Pflegenden in der Kooperation mit anderen Akteuren (einschließlich der Angehörigen)?

Dies sei kurz am Beispiel der ambulanten Pflege verdeutlicht. Bis auf wenige Ausnahmesituationen findet sich überall dort, wo ambulante Pflege tätig wird, eine geteilte Versorgungsverantwortung. Das bedeutet, dass nicht ohne Weiteres unterstellt werden kann, die Mitarbeiter des betreffenden Pflegedienstes hätten maßgeblichen Einfluss darauf, welche Ergebnisse mit der pflegerischen Unterstützung erreicht werden können. Dies kann bei bestimmten Versorgungsaufgaben für die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen unterstellt werden, nicht aber in der häuslichen Umgebung, denn ambulante Dienste haben in der Regel einen sachlich und zeitlich eng begrenzten Auftrag. Sie sind nur während eines relativ kurzen Abschnitts des Tages, zum Teil nur an wenigen Tagen pro Woche vor Ort. Unter diesen Umständen kann ein maßgeblicher Einfluss auf die gesundheitliche Situation des Pflegebedürftigen oft nicht unterstellt werden. In vielen Fällen muss davon ausgegangen werden, dass der Einfluss der pflegenden Angehörigen die Wirkung professioneller Pflege überlagert. Einem Pflegedienst kann man keinen maßgeblichen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus zuschreiben, wenn die Lagerung eines immobilen Pflegebedürftigen durch die pflegenden Angehörigen erfolgt. Hier wäre allenfalls zu fragen, welche Auswirkungen eine Beratung und Anleitung auf die

Pflegekompetenz der Angehörigen hätte. Und schließlich ist der Wirkungsbereich ambulanter Dienste sogar rechtlich stark eingegrenzt. Mit § 36 SGB XI sind sie weitgehend auf Hilfen bei Alltagsverrichtungen und hauswirtschaftliche Unterstützung festgelegt, sodass sich die Frage stellt, ob andere Sachverhalte nicht prinzipiell von der Beurteilung ausgeschlossen werden müssten. Damit aber würde ein fachlich extrem verengtes Qualitätsverständnis zugrunde gelegt.

Diese Begrenzungen gelten im Grundsatz auch für andere Versorgungssettings, beispielsweise für selbstorganisierte Wohngemeinschaften oder betreute Wohngruppen. Außerhalb stationärer Versorgungsformen findet man in der Regel unterschiedlichste Variationen geteilter Versorgungsverantwortung. Bei der Erfassung von *Ergebnisqualität* müssen insofern die Besonderheiten der verschiedenen Settings berücksichtigt werden. Auch bei der Beurteilung der Fachlichkeit von *Prozessen* muss danach gefragt werden, wie weit der Auftrag der beruflichen Pflege reicht und welche Prozesse eigentlich zu bewerten sind.

## 6.8 Fazit

Im Rahmen des vorliegenden Beitrags konnte nur ein Ausschnitt der für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung relevanten Fragen aufgegriffen werden. Deutlich wird, wie komplex das Thema ist und wie sehr diese Komplexität im Verlauf der Diversifikation von Versorgungsangeboten zunimmt. Aufgrund dieser Entwicklungstendenzen, aber auch bedingt durch den wachsenden Druck zur Einführung neuer Methoden der Qualitätsbeurteilung entsteht auf dem Feld der Qualitätssicherung zunehmend Handlungsbedarf.

Die Gesetzgebung hat in den letzten Jahren wichtige Impulse in diesem Prozess gegeben. Nach dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) aus dem Jahr 2012 beispielsweise soll – zunächst nur für die Versorgung in Pflegeheimen – ein „indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität“ eingeführt werden, auf dem die Qualitätsberichterstattung aufbauen kann (§ 113 Abs. 1 SGB XI). Für die Heimversorgung liegt seit Anfang 2011 auch ein entsprechendes Konzept vor, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und des Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erarbeitet wurde (Wingenfeld et al. 2011). In anderen Versorgungsfeldern besteht hingegen noch grundlegender Entwicklungsbedarf.

Die Versorgungsqualität selbst zeigt ein sehr gemischtes Bild. Entgegen dem Eindruck der einheitlich guten Qualität, der durch Beurteilungen nach den Pflege-Transparenzkriterien erweckt wird, existieren sehr große Qualitätsunterschiede, was wissenschaftlich allerdings nur für die vollstationäre Pflege hinreichend belegt ist. Für andere Formen der pflegerischen Langzeitversorgung – ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und die sog. neuen Wohnformen – liegen wenig Erkenntnisse vor. In der Regel muss auf Ergebnisse der externen Qualitätsprüfungen zurückgegriffen werden, bei denen die Frage im Vordergrund steht, ob fachliche Standards eingehalten, strukturellen Anforderungen genügt und grundlegende Erfordernisse zur Vermeidung von gesundheitlichen Schädigungen pflegebedürftiger Menschen befolgt werden.

Unbestritten ist allerdings, dass die Anforderungen an die pflegerische Versorgung, die die demografische Entwicklung mit sich bringt, im Rahmen der qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung noch zu wenig berücksichtigt werden (SVR 2014). Wichtige konzeptionelle Anforderungen bestehen beispielsweise bei der Unterstützung von Pflegebedürftigen mit herausforderndem Verhalten, der Unterstützung pflegender Angehöriger oder der Einbindung von niedrigschwelligen Leistungen und informellem Hilfepotenzial, insbesondere auch im Rahmen der neuen Wohnformen. In allen Versorgungsbereichen stellt sich außerdem die Frage nach innovativen Konzepten der Steuerung von Pflegeprozessen und der Koordination der Versorgung durch qualifizierte Pflegefachkräfte. Hier besteht ein dringender Entwicklungsbedarf, unabhängig davon, dass dem allgegenwärtigen Fachkräftemangel entgegengewirkt, das Qualifikationsniveau der Pflegenden angehoben und die vielfach sehr angespannte Personalsituation verbessert werden muss. Weiterer Handlungsbedarf betrifft das Qualitätsmanagement: Wenn gleich in Deutschland bereits – wie die vorangegangenen Ausführungen gezeigt haben – vielfältige Grundlagen und Ansätze für ein systematisches Qualitätsmanagement entwickelt und diskutiert wurden, stehen in den meisten Einrichtungen und Diensten auch an diesem Punkt nachhaltige Entwicklungsschritte noch aus. Nach wie vor ist das interne Qualitätsmanagement zu einseitig auf die Erwartungen der externen Prüfinstanzen ausgerichtet und zu wenig auf die Gestaltung der Kernprozesse im Versorgungsalltag. Nach wie vor richtet sich die Aufmerksamkeit zu sehr auf eine gute Pflegedokumentation und zu wenig auf die systematische Weiterentwicklung der individuellen Pflege. Dies sind besonders wichtige, aber keineswegs alle Anforderungen an die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, die in den nächsten Jahren berücksichtigt werden müssen.

Ausgeklammert wurde in diesem Beitrag die Frage, wie es um die Qualität der Pflege durch Angehörige bestellt ist. Diese Frage bedarf einer gesonderten Behandlung – es wäre verfehlt, sie im Kontext von professionellen Methoden und Kriterien zur Qualitätsbeurteilung oder gar im Zusammenhang mit externen Qualitätsprüfungen zu diskutieren. Qualitätsprobleme in der häuslichen Versorgung werden vor allem vermieden, indem die Pflegekompetenz der Angehörigen gefördert, geeignete Beratungsangebote bereitgestellt und schließlich auch ausreichende Möglichkeiten zur Entlastung geboten werden.

## Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin 2009.
- Dassen T. Prävalenzerhebung 2007: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Berlin: Charité - Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft 2007.
- Daten-Clearing-Stelle. Monatliche DCS-Statistik, März 2014. [www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter\\_Pflegenoten/\\_jcr\\_content/par/download\\_64/file.res/DCSMonatlicheStatistik\\_2014-12-01.pdf](http://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten/_jcr_content/par/download_64/file.res/DCSMonatlicheStatistik_2014-12-01.pdf) (07. Dezember 2014).
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press 1980.

- Geraedts M, Selbmann H-K. Konzepte des Qualitätsmanagements. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft (Neuausgabe)*. Weinheim/München: Juventa 2011; 599–616.
- Hasseler M, Wolf-Ostermann K. Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Bericht 2010.
- Heinze C, Sturz. In: Dassen T (Hrsg). *Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern*. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft 2009.
- Korte-Pötters U, Wingenfeld K, Heitmann D. Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Einrichtungen. In: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hrsg). *Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege - Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts*. Düsseldorf: MAGS 2007.
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund). 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege 2014. [www.mds-ev.de/media/pdf/MDS\\_Dritter\\_Pflege\\_Qualitaetsbericht\\_Endfassung.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf) (02. April 2014).
- Mukamel DB, Ladd H, Weimer DL, Spector WD, Zinn JS. Is There Evidence of Cream Skimming Among Nursing Homes Following the Publication of the Nursing Home Compare Report Card? *Gerontologist* 2009; 49 (6): 793–802.
- OECD – Organization for economic cooperation and development. *The OECD Health Project. Long-term care for older people*. Paris: OECD 2005.
- Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*. Weinheim/München: Juventa 2008.
- Schiemann D, Moers M. Qualitätsentwicklung und -standards in der Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg). *Handbuch Pflegewissenschaft (Neuausgabe)*. Weinheim/München: Juventa 2011; 617–42.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/1940. Berlin 2014.
- Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H. *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*. Berlin: BMG 2011.