

Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen

von Bettina Gerste und Antje Schwinger*

ABSTRACT

Bisher haben zehn Prozent der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ein freiwilliges externes Qualitätssiegel oder Zertifikat von unterschiedlichen Anbietern erworben. In einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK wurden 14 dieser Produkte untersucht, indem Materialien wie Prüfkataloge und Handbücher analysiert sowie Leitfadeninterviews mit den Anbietern geführt wurden. Neben technischen Details (wie z.B. Dauer der Gültigkeit, Preis) wurden Leistungsumfang und Instrumente der Vor-Ort-Prüfung, aber auch die Charakteristika der zugrunde liegenden Qualitätsansätze systematisch aufbereitet. Je nach Themenbereich werden unterschiedliche Schwerpunkte der Anbieter deutlich. Qualitätssiegel können zur Zeit nicht pauschal als Garant für gleichbleibend hohe Qualität angesehen werden. Diskutiert werden auch die methodischen Grenzen eines deskriptiven Vorgehens und die Probleme, die sich bei dem Versuch einer Bewertung ergeben.

Schlüsselworte: Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung, Pflegeeinrichtung, Zertifizierung, Pflegedokumentation, Kundenbefragung, Mitarbeiterorientierung

So far, 10 percent of nursing homes and community care services in Germany have acquired quality certificates on a voluntary basis. 14 such certificates have been the subject of a study by the AOK Research Institute (WIdO). Within the scope of this study information materials such as handbooks and audit checklists were analysed and interviews were conducted with key personnel of the organisations awarding the certificates. Technical aspects (duration, period of validity and price), the content of the audit and the underlying quality strategy used are described in detail. It is shown that the certificates cover different aspects in different depth. Their impact to safeguard continuously high standards of nursing care should not be overestimated. Furthermore, the methodological shortcomings of the chosen descriptive approach with regard to rating the certificates are discussed.

Keywords: quality management, quality development, long term nursing care facilities, quality certificates, documentation of nursing care, customer survey, staff orientation

■ 1. Einleitung

In den vergangenen Jahren sind viele Qualitätssiegel und Zertifikate zur Auszeichnung von Pflegeeinrichtungen entstanden. Bisher steht eine eingehende und systematische Beschreibung noch aus,

etwa um ihren Leistungsumfang und ihre Charakteristika transparent zu machen und Verbrauchern, interessierten Pflegeeinrichtungen und den darüber hinaus betroffenen Institutionen des Pflege-sektors Orientierungs- und Entscheidungshilfen an die Hand zu geben. Mit einer im August 2004 publizierten Studie gibt das WIdO

*Bettina Gerste, M.A., und Antje Schwinger
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn · Tel.: (0228) 84 33 93 ·
Fax: (0228) 84 31 44 · E-Mail: wido@wido.bu.aok.de

einen Marktüberblick, in dem 14 Qualitätssiegel beschrieben und miteinander verglichen werden (siehe Abbildung 1).

Da das Feld der Bewertung von Dienstleistungsqualität in Einrichtungen der Langzeitpflege aus verschiedenen Gründen (noch) recht diffus ist, werden zunächst einige Überlegungen zur Herangehensweise vorangestellt. Es folgt die Beschreibung eingesetzter Methoden, daran schließen sich die Darstellung der wichtigsten Ergebnisse und ein Fazit an.

■ 2. Ziele und Grenzen der Untersuchung

Theoretisch sollte die Qualität einer Pflegeeinrichtung während des Prüfprozesses zur Erlangung eines Qualitätssiegels möglichst gut und realitätsnah abgebildet werden und die Auszeichnung dem Verbraucher signalisieren, dass er der betreffenden Einrichtung vertrauen kann. Hierfür sollten idealerweise sämtliche Kriterien, die die Qualität der Einrichtung abbilden, in die Bewertung der Einrichtung und in die Vergabe des Siegels einfließen. Ein gutes, empfehlenswertes Siegel wäre folglich dadurch gekennzeichnet, dass es wissenschaftlich valide und reliable Datenerhebungs- und Beurteilungsinstrumente anwendet und somit die Qualität einzelner zu prüfender Pflegeeinrichtungen in möglichst vielen Dimensionen objektiv und realitätsnah abbildet.

Ein derartiges Vorgehen war für die Studie aus verschiedenen Gründen nicht realisierbar. So ist pflegewissenschaftlich noch nicht hinreichend evaluiert und konsentiert, was gute Pflege und damit hohe Pflegequalität ausmacht. Damit fehlt – abgesehen von den Vorgaben des § 80 SGB XI – ein einheitlicher Bewertungsmaßstab für einen maßgeblichen Teil der Prüfung. Der Tatbestand einer aus-

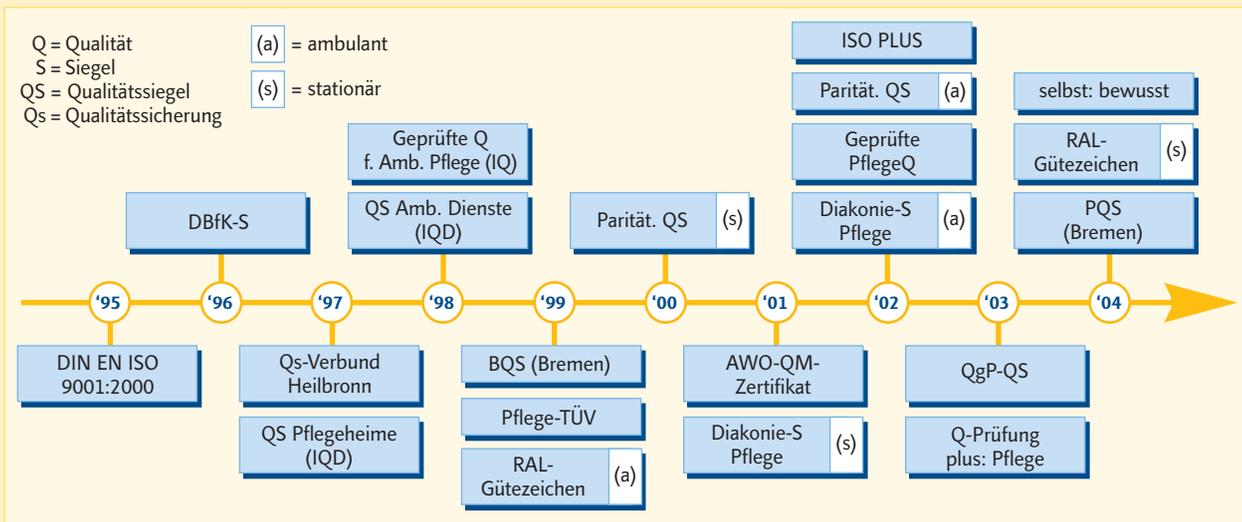
stehenden Definition erschwert auch die Entwicklung und die Auswahl geeigneter Messinstrumente, die in einem Prüfverfahren Anwendung finden können. Der Studie sind somit Grenzen gesetzt, eine Bewertung von Qualitätssiegeln hinsichtlich einer realitätsnahen Abbildung des Qualitätsgeschehens in Pflegeeinrichtungen ist zum jetzigen Zeitpunkt schwer möglich. Denn letztendlich fehlen normative Prämissen, anhand derer man die Dienstleistungsqualität der Pflegeeinrichtungen, aber auch die Qualität einzelner Siegel sowie deren Effekte auf die Dienstleistungsqualität von Einrichtungen vergleichen und evaluieren könnte.

Trotz der bestehenden methodologischen Beschränkungen musste ein zielführender Umgang mit dem Thema gefunden werden. Grundsätzlich lassen sich zwei mögliche Perspektiven einer Analyse unterscheiden. Die Erste ist zeitraumbezogen und weist einen dynamischen Charakter auf, denn sie hebt auf den Prozess der Implementierung eines Qualitätsmanagementverfahrens ab. Sie fragt: Was leistet das Verfahren des Anbieters insgesamt in der anwendenden Einrichtung und damit für die Praxis der Qualitätsentwicklung? Die andere Perspektive ist im Gegensatz dazu eher zeitpunktbezogen, sie fragt nach dem Gegenstand der Prüfung / des Prüfverfahrens und hebt damit eher auf die Beantwortung der Frage ab, ob die Instrumente des Qualitätsmanagements (QM) Anwendung finden und die Implementierung als erfolgreich bezeichnet werden kann.

Auf Grund der zur Verfügung stehenden Mittel und dem gesetzten Projektrahmen wurde in dieser Arbeit die zeitpunktbezogene Perspektive eingenommen. Das vorrangige Ziel ist – aus den oben diskutierten Gründen – deskriptiver Art. Sie liefert eine vergleichende Darstellung verschiedener zur Zeit am Markt befindlicher

ABBILDUNG 1

Analysierte Produkte und deren Markteintritt



Quelle: WIdO 2004

Qualitätssiegel für Pflegeeinrichtungen und leistet damit die Vorarbeit für nachfolgend benötigte differenziertere Evaluationsstudien zur Beurteilung der Effekte von Qualitätssiegeleinführungen auf die Qualität in Pflegeeinrichtungen.

Für die Evaluation müssten auch andere als die hier gewählten Methoden zum Einsatz kommen. Begreift man Pflegequalität als Ergebnis komplexer, situativer und dynamischer Prozesse, als Aushandlungsgeschehen zwischen Pflegekräften und Patienten, dann ist ein methodisch anspruchsvolles Erhebungs- und Analysedesign notwendig. Ein evaluierendes Verfahren müsste zwangsläufig langfristig angelegt sein und sollte die in den Pflegeeinrichtungen stattfindenden Prozesse u. a. auch teilnehmend beobachten.

■ 3. Vorgehen

Die Datenerhebung der vorliegenden Studie erfolgte in drei Phasen, in einer anschließenden Systematisierung wurden die gewonnenen Produktinformationen in 18 Dimensionen dargestellt und miteinander verglichen. Das Vorgehen im Einzelnen:

In der ersten Phase (Vorstudie, Jahreswende 2002/2003) wurden alle Anbieter von Qualitätssiegeln sowie die sonstigen am Produkt beteiligten Institutionen für den ambulanten und stationären Pflegebereich identifiziert (z.B. Internetrecherche), ein kurzer Fragebogen versendet (n=54) und Informationsmaterial über die Siegel angefragt.

Mit Hilfe des erhaltenen z. T. sehr umfangreichen Materials – Informationsbroschüren, Prüfkataloge, Handbücher etc. – wurden in der zweiten Phase die einzelnen Qualitätsprüfungsverfahren analysiert. In der dritten Studienphase (Jahreswende 2003/2004) wurden nochmals i. d. R. telefonische Leitfaden-Interviews durchgeführt. Hierdurch konnten einerseits dort, wo die Materialinformationen nicht ausreichten, die Analyseraster komplettiert werden. Andererseits wurden die Anbieter anhand eines Leitfadeninterviews über weitere Kriterien ihres Qualitätssiegels befragt (n=16) (siehe Kasten 1).

Der abschließende Produktvergleich setzt Schwerpunkte auf den Anbietermarkt, die inhaltliche Ausrichtung der Produkte und die Prüfung. Er betrachtet außerdem die Ergebnis- und Mitarbeiterorientierung, ausgewählte Aspekte des Qualitätsmanagement sowie die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben. Dabei wird eine Analyse von Einzelfragen aus den Prüfkatalogen vorgenommen.

■ 4. Ergebnisse

4.1 Fokus Markt

Insgesamt waren Anfang 2004 rund 1.900 Pflegeeinrichtungen mit einem Siegel ausgezeichnet, das entspricht einem Anteil von 9,6 Prozent aller ambulanten Dienste und Pflegeheime. Die Tendenz ist steigend: Für 13 Produkte bzw. Produktgruppen wurde die Anzahl geprüfter Einrichtungen zu zwei Zeitpunkten erhoben. Deren

KASTEN 1

Die Basisinformationen zum Qualitätssiegel sind in sechs Dimensionen zusammengefasst, sie enthalten Angaben über:

- den Sektor, in dem das Siegel eingesetzt werden kann (ambulant/stationär),
- die Anbieter bzw. Kooperationspartner (alle beteiligten Institutionen),
- das Jahr der ersten Auszeichnung,
- die Gültigkeitsdauer,
- eventuelle Zugangsbeschränkungen, sowie
- die Anzahl der bereits ausgezeichneten Einrichtungen.

Die Informationen zum Inhalt und Vorgehen einzelner Qualitätssiegel sind anhand von zwölf Dimensionen dargestellt:

- Welche Anforderung/Norm liegt zugrunde?
- Wer war an der Konzeption beteiligt?
- Welche Materialien oder Serviceangebote werden zur Verfügung gestellt?
- Welche Institutionen führen die Prüfung durch?
- Wie viele Personen prüfen?
- Welche Qualifikation hat das Prüfpersonal?
- Wie lange dauert die Hauptprüfung vor Ort in der Einrichtung?
- Wie lang ist die gesamte Dauer des Verfahrens (von der Vertragsunterzeichnung bis zur Testatverleihung)?
- Wie ist der Weg bis zur Auszeichnung (die einzelnen Schritte der Prüfungsvorbereitung)?
- Werden Befragungen zur Zufriedenheit (bei Kunden, Mitarbeitern) durchgeführt?
- Werden Beobachtungen am zu Pflegenden/Kunden durchgeführt?
- Wie ist die grafische Darstellung der Inhalte von Anbieter-Fragenkatalogen?

Zuwachs für diesen Zeitraum von etwa einem Jahr betrug 32 Prozent. Der Anteil zertifizierter Einrichtungen erhöhte sich um knapp drei Prozentpunkte, der Markt zeigt damit eine erhebliche Dynamik. Dabei dürfte u.a. auch die Hoffnung auf Wettbewerbsvorteile und Imagegewinn eine Rolle spielen¹.

An der Entstehung eines Siegels sind unterschiedliche Unternehmen beteiligt. Verbandliche Institutionen kooperieren i. d. R. mit „freien“ akkreditierten Prüfunternehmen. Es ist zu vermuten, dass die Verbände durch die Wahl eines renommierten Prüfunternehmens „auf der sicheren Seite“ stehen wollen, wenn es um die Anerkennung ihres Produktes im Hinblick auf die Leistungs- und Qualitätsnachweise geht. Die Wahl spiegelt ebenfalls die Orientierung der Produkte an den Normen der International Organization for Standardization (ISO) wider. Des Weiteren zeigt sich, dass nicht-verbandlich organisierte Anbieter eher eigene Prüfinstitutionen ge-

gründet haben oder die Prüffunktion auf bereits existierende, mit anderen Aufgaben betraute Institutionen übertragen wurde. Diesen Institutionen kommen zum Teil auch beratende Funktionen zu. Kooperationen mit Hochschulen, Beratungsfirmen, Behörden oder Pflegekassen sind hingegen weniger häufig anzutreffen.

Im Markt der Qualitätssiegelanbieter ist eine Vielzahl von Aktivitäten zu beobachten: Hier sind sowohl Firmengründungen (z. B. zwecks Trennung von Prüfung und Beratung) und Produktneuentwicklungen als auch wechselnde Anbieterkooperationen oder das Aussetzen von Prüfverfahren und damit die Herausnahme von Siegeln aus dem Markt zu nennen. Bei diesen Aktivitäten dürfte der Unsicherheit bezüglich weiterer gesetzlicher Maßnahmen eine maßgebliche Bedeutung zukommen. Am häufigsten nachgefragt wurde bisher das Siegel „Pflege-TÜV“ (siehe Abbildung 2).

Nicht bei allen Anbietern schätzt man die Zukunft für die Produkte optimistisch ein, denn mit hohem Aufwand entwickelte Konzepte müssen zunächst auf breite Resonanz der Einrichtungen treffen, um sich zu amortisieren².

4.2 Fokus Inhalt

Grundorientierung und Erfüllung gesetzlicher Vorgaben

Die Mehrzahl der Produkte orientiert sich unter Einbeziehung eigener Qualitätsstandards und Maßstäbe (die ihrerseits aus den gesetzlichen Forderungen abgeleitet sein oder spezifische Wertorientierungen und Schwerpunkte betreffen können) an den Forderungen der DIN EN ISO 9001:2000. Ein Drittel der Produkte sind am EFQM-Modell³ für Excellence orientiert, der Marktanteil damit ausgezeichnete Einrichtungen ist mit einem Prozent jedoch bisher sehr gering. Andere wiederum haben Aspekte beider Verfahren

berücksichtigt oder sind auf keines der beiden hin ausgerichtet. Die Anbieter haben entweder ein anderes Vorbild gewählt oder sich beinahe ausschließlich an den gesetzlichen Vorgaben orientiert.

Alle untersuchten Anbieter geben an, dass ihr Produkt gesetzliche Vorgaben erfüllt, insbesondere die für Pflegeeinrichtungen spezifischen Auflagen des SGB V und XI sowie die der Heimaufsicht. Ein hoher Grad an Übereinstimmung mit gesetzlichen Kriterien indiziert interessierten Einrichtungen, dass die Auszeichnung mit einem freiwilligen Qualitätssiegel auch ein Bestehen der Prüfung durch den MDK erleichtern kann. In einem vorgenommenen Abgleich der MDK-Prüfanleitung mit den Anbieterprüfkatalogen lassen sich die Übereinstimmungen quantifizieren: besonders in den Bereichen Qualitätsmanagement und Pflegedokumentation sind weitgehend Kongruenzen zu finden.

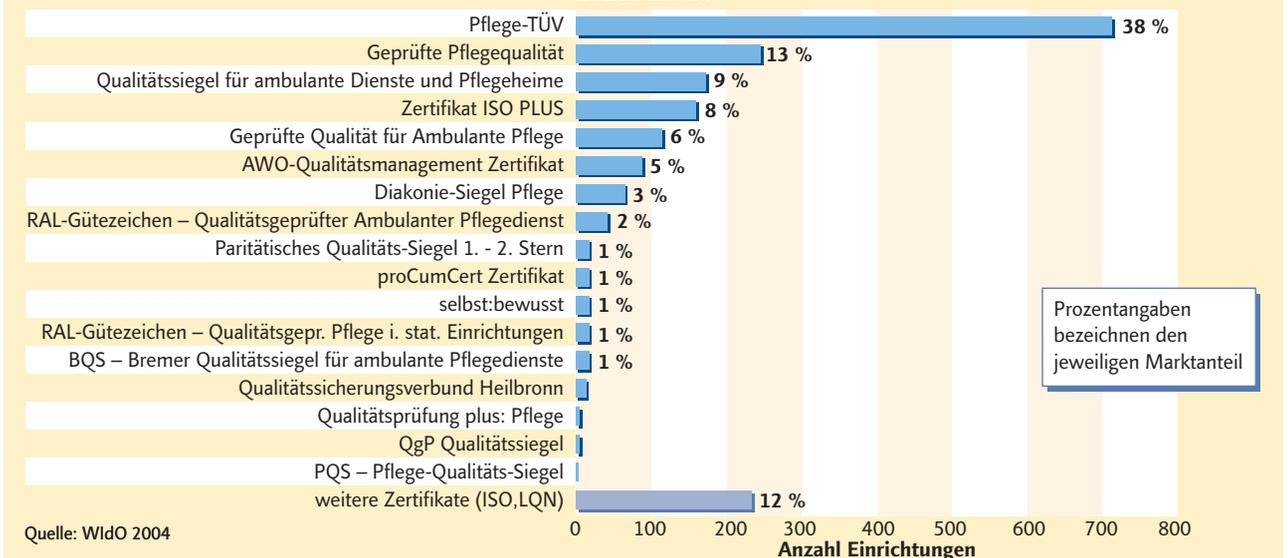
Die wenigsten Anbieter verstehen ihr Siegel rein als Instrument zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben. Sie gehen, zumindest was die Menge ihrer Fragen anbelangt, z.T. weit über das hinaus, was der MDK in Erfüllung hoheitlicher Aufgaben in den Pflegeeinrichtungen abprüft.

Inhaltliche Schwerpunkte

Bei der inhaltlichen Ausrichtung sind deutliche Unterschiede zwischen den Produkten erkennbar. So macht der Bereich Pflege und Betreuung zwischen 25 und 45 Prozent aller Prüffragen aus. Dem Thema externer Kooperationen mit anderen Institutionen des Gesundheitssektors zwecks Schnittstellenoptimierung – einer häufigen Schwachstelle – wird nur von wenigen Anbietern ein größeres Gewicht beigemessen. Einige Siegel thematisieren ökonomische Gesichtspunkte und legen auf das Abfragen betriebswirtschaftlicher Aspekte in der Prüfung besonderen Wert.

ABBILDUNG 2

Marktanteile



Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen

ABBILDUNG 3

Ergebnisorientierung

Name des Produktes	Kundenbefragung			Prüfung beim zu Pflegenden		
	Kunden werden befragt	durch Einrichtung	durch Prüfinstitut	keine	nein, nur im Einzelfall	ja
AWO-Qualitätsmanagement Zertifikat	●	●	●	●		
BQS – Bremer Qualitätssiegel für ambul. Pflegedienste	●	●		●		
Diakonie-Siegel Pflege	●	●	●		● (stat.)	● (amb.)
Geprüfte Pflegequalität	●	●	●			●
Geprüfte Qualität für Ambulante Pflege	●		●			●
Paritätisches Qualitäts-Siegel	●	●		●		
Pflege-TÜV	●	●	●			●
PQS – Pflege-Qualitäts-Siegel	●	●	●	●		
QgP Qualitätssiegel	●	●	●			●
Qualitätsprüfung plus: Pflege	●		●			●
Qualitätssicherungsverbund Heilbronn	●	●	●			●
Qualitätssiegel für ambul. Dienste und Pflegeheime	●		●			●
RAL-Gütezeichen – Qualitätsgepr. Ambul. Pflegedienst	●		●			●
RAL-Gütezeichen – Qualitätsgepr. Pflege i. stat. Einrichtungen	●		●			●
selbst:bewusst	●		●	●		
Zertifikat ISO PLUS	●	●	●		●	

Quelle: WlD0 2004

4.3 Fokus Prüfung

Rahmenbedingungen der Prüfung

Die Anzahl der Prüfer schwankt zwischen einer und vier Personen. Die Hälfte der Anbieter schickt zwei oder mindestens zwei Prüfer in die Vor-Ort-Prüfung, was einen nicht näher bestimmbar Grad an Objektivität indizieren dürfte. Die Dauer der Prüfung variiert zwischen einem und maximal fünf Tagen.

Hinsichtlich der Prüferqualifikation lassen sich drei unterschiedliche Anbieterstrategien differenzieren, die zugleich auch den Formalisierungsgrad der Qualifikation widerspiegeln. Einige setzen ausschließlich auf die Fachlichkeit, die ein Prüfer aufgrund seiner beruflichen Vorerfahrung mitbringt. Andere erarbeiten selbst ein spezifisches Schulungsprogramm, ohne einen Auditorenabschluss vorzuschreiben. Die dritte Gruppe (gekennzeichnet durch die ISO-Orientierung) setzt einen international anerkannten Auditorenabschluss voraus.

Qualifizierung von Pflegeeinrichtungen

Einrichtungen, die prüfungsvorbereitend Unterstützung suchen, können bei den meisten Siegelanbietern Schulungen oder Beratungen erhalten bzw. werden auf Nachfrage an entsprechende Institutionen weitervermittelt. Jeder dritte Anbieter regt die regionale Vernetzung der ausgezeichneten Einrichtungen bzw. der Prüf-

kandidaten untereinander an. Erfahrungen sollen ausgetauscht und die Diskussion unter den Kollegen verstärkt werden, auch können gegenseitige interne Audits stattfinden, um vermehrt voneinander zu lernen. Hinzu kommen bei einem Drittel der Anbieter Tagungen, überregionale Treffen oder Qualitätskonferenzen, die – je nach Siegel – ein oder mehrmals jährlich veranstaltet werden. Zwei Anbieter setzen auch auf das Medium Internet: Verbreitung von Wissen, E-learning-Plattformen, Diskussionsforen oder Best-Practise-Vergleiche lassen sich so schnell und gezielt den relevanten Kundengruppen zuleiten.

4.4 Fokus Ergebnisorientierung

Einzelne Aspekte zur Ergebnisqualität werden von den Anbietern ebenfalls einbezogen. Kundenzufriedenheitsmessungen und Prüfungen „am Pflegebedürftigen“ sind die häufigsten der eingesetzten Instrumente.

Kundenbefragungen

Alle Anbieter legen auf die Erhebung der Ergebnisqualität in Form von Zufriedenheitsbefragungen beim Kunden Wert (siehe Abbildung 3). Allerdings in unterschiedlicher Tiefe, denn beispielsweise Stichprobengröße oder Durchführungsrahmen weichen z. T. erheblich voneinander ab.

Die Mehrzahl der Siegelanbieter prüft, ob die Einrichtung selbst Kundenbefragungen durchführt (oder diese veranlasst) und ob die Ergebnisse in den QM-Prozess einfließen. Bei Befragungen dieser Art ist dem WIdO über die Art der Durchführung wenig bekannt. Zwar kann man davon ausgehen, dass alle Kunden einer Einrichtung einheitlich befragt werden, aber welche Instrumente verwendet werden, inwieweit diese auf Validität geprüft wurden oder ob es sich um Vollerhebungen handelt, bleibt zum größten Teil unbekannt, da der Anbieter hierzu keine Vorgaben macht. Die Möglichkeit einer kritischen Sichtung der Befragungsinstrumente durch Unabhängige ist folglich erschwert. Es gibt jedoch einige Anbieter, die in ihren Hilfsmaterialien/Handbüchern einen entsprechenden Fragebogen zur Anwendung vorschlagen. Wiederum bleibt offen, ob dieser tatsächlich eingesetzt wird.

Auf der anderen Seite führen viele Siegelanbieter im Zuge der Prüfung selbst Befragungen durch oder setzen den Rahmen für deren Durchführung. Allerdings sind die häufig angeführten „Gespräche“ des Prüfers mit den zu Pflegenden als weniger systematisch oder umfangreich einzuschätzen als andere Formen. So bleibt hier für die meisten Anbieter unklar, ob allen zu Pflegenden dieselben Fragen gestellt werden und damit ein einheitlicher Fragebogen oder Leitfaden zum Einsatz kommt. Eine Quantifizierung der Zufriedenheit ist damit erschwert. Andererseits muss dies auch nicht als primäres Ziel einer Befragung angesehen werden. Unzufriedenheiten und damit Hinweise auf Schwachstellen können ebenfalls in unstrukturierten Gesprächen gewonnen werden.

Generell bestehen aus Sicht der empirischen Sozialforschung erhebliche Bedenken zum Thema Befragungen bei Heimbewohnern/Kunden häuslicher Pflegedienste. Wichtig ist nicht nur, dass valide und reliable Instrumente eingesetzt werden, auch auf Repräsentativität sowie Anonymität sollte geachtet werden. Kritisch ist ebenfalls einzuwenden, dass eine Befragung durch diejenige Institution, deren Qualität beurteilt werden soll, die Äußerung von negativen Einschätzungen eher erschwert. In diesem Fall dürften auch bereits bei der Entwicklung der Fragebögen Interessenskonflikte bestehen. Zudem ist die Zufriedenheit bei Befragungen im Gesundheitssektor generell sehr hoch.

Solange die Ergebnisse einer Befragung nicht methodisch einwandfrei gewonnen werden, dürfte auch die Einspeisung dieser Ergebnisse in den Qualitätsverbesserungsprozess lediglich als erster Schritt in die richtige Richtung gewertet werden.

Prüfung „beim Pflegebedürftigen“

Grundsätzlich gibt es zwei unterschiedliche Standpunkte, die die Anbieter zum Thema Prüfung „beim Pflegebedürftigen“ in den Interviews vertraten und die sich auch in den Konzeptionen der Produkte widerspiegeln:

Einerseits geht man davon aus, dass die Optimierung der Abläufe letztlich zu besserer Ergebnisqualität führt; der Aufbau eines QM-Systems trägt somit zur Qualitätsverbesserung des Endprodukts

bei. Mit Hilfe des QM schaffe es eine Pflegeeinrichtung, die z. B. in Kundenbefragungen gesammelten Beschwerden und Fehler immer wieder in den Verbesserungsprozess einzuspeisen. Wenn sichergestellt sei, dass dieser Prozess gut laufe, dann steige automatisch auch das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen – und damit die Ergebnisqualität. Eine Prüfung am Patienten erübrige sich, wenn die Einrichtung lerne, ihre Dienstleistungsqualität anhand geeigneter Parameter selbst zu messen und zu interpretieren.

Der zweite Standpunkt stellt dies in Frage – ein perfektes QM verbessere nicht zwangsläufig das Ergebnis. Alle im QM geforderten Unterlagen könnten gut geführt sein, die Zufriedenheit und der Zustand der zu Pflegenden aber trotzdem zu wünschen übrig lassen. Es sei folglich Aufgabe der Prüfinstitution die Ergebnisqualität zu messen.

Die Studie zeigt aber, dass die Mehrzahl der Anbieter Prüfungen beim zu Pflegenden durchführt (siehe *Abbildung 3*). Dies geschieht nicht nur in Gesprächen, sondern ebenfalls anhand von Beobachtungen. Insgesamt sind Umfang und Tiefe dieser aus den vorliegenden Unterlagen schwer einzuschätzen. Die meisten Anbieter geben zwar an, man prüfe, ob das in der Pflegedokumentation Festgehaltene am zu Pflegenden selbst erkennbar und nachvollziehbar ist, nähmen jedoch i. d. R. keine Prüfung analog der des MDK („unter der Bettdecke“) vor. Einige Anbieter legen zudem Wert auf die Beobachtung der pflegerischen Handlungen der Pflegekraft am Kunden und geben dieser nach der Hospitation ein pflegefachliches Feedback.

Eine Einschränkung ergibt sich aus der Einholung einer Einverständniserklärung beim Kunden. Hierdurch wird – methodisch gesehen – bereits eine Vorauswahl getroffen, das Kriterium der Repräsentativität ist somit hier unerfüllt und dürfte aufgrund der besonderen Umstände auch schwer erfüllbar bleiben.

Theoretisch ist anzunehmen, dass sich der Aufwand für eine Prüfung beim zu Pflegenden in der gesamten Prüfdauer vor Ort niederschlägt. Damit, so ist zu vermuten, müssten sich die Prüfzeiten derjenigen Anbieter, die eine Inaugenscheinnahme vornehmen, von denen ohne eine solche abheben. Eine entsprechende Auszählung bestätigt diese Hypothese jedoch nicht. Im Mittel liegen beide Gruppen bei ca. zwei Tagen, die die Prüfer durchschnittlich vor Ort in der Einrichtung verbringen. Grundsätzlich ist zu erwägen, ob zukünftig ein Parameter wie Prüftiefe oder Prüfinintensität zu bilden wäre, der die Vergleichbarkeit hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Prüfung erhöhen könnte.

4.5 Fokus Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement bietet zahlreiche Instrumente, anhand derer eine Pflegeeinrichtung ihre Dienstleistungsqualität verbessern kann. Meist lassen die Anbieter von Qualitätssiegeln den Anwärtern auf eine Auszeichnung freie Hand, mit welchen Mit-

teln sie Qualitätsprozesse in Gang setzen und Qualitätsentwicklung leisten.

Prozess kontinuierlicher Verbesserung

Langfristig ist die Nachhaltigkeit einer Veränderung davon abhängig, wie sehr Modifikationen in den Betriebsabläufen im Alltag von den Mitarbeitern akzeptiert und umgesetzt werden. Wie schafft es ein Anbieter, dass Qualitätsentwicklung nicht nur punktuell vor der Prüfung, sondern kontinuierlich im gesamten Gültigkeitszeitraum des Siegels stattfindet?

Mit der vorliegenden Untersuchung konnte anhand von Anbieterinterviews eine Einschätzung zu Motivationsfaktoren, Lerneffekten und Implementierungshilfen eingeholt werden. Die häufigsten sind im Folgenden zusammengefasst. Wie sich ein Siegel oder das an ein Siegel geknüpfte Qualitätssystem in der Praxis langfristig tatsächlich bewährt, dürfte sich jedoch erst nach entsprechenden Evaluationsstudien zeigen.

Motivation und Lernen

Die Motivation zur Qualitätsentwicklung, ein offener Umgang mit Fehlern und die Bereitschaft der Leitung, Verantwortung im Qualitätsprozess zu übernehmen sind essentiell für den Erfolg einer freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahme und werden bei der Anmeldung zur Prüfung vorausgesetzt.

Den Stand der Qualitätsentwicklung in der eigenen Einrichtung zu reflektieren liefert weitere Motivation. Der erste Selbstlerneffekt tritt daher im Vorfeld der Prüfung beim Ausfüllen von Fragebögen zur Selbstauskunft/Selbstbewertung, beim Verfassen eines Berichts zur Qualitätssituation oder, bei ISO-Anbietern, beim Anlegen eines QM-Handbuches auf.

Vernetzungen von Prüfkandidaten oder Auszeichnungsträgern zwecks Informationsaustausch oder gegenseitiger interner Audits werden teilweise durch Anbieter angeregt und können helfen, sich selbst mit anderen zu vergleichen, Neues zu lernen, sich gegenseitig Hilfestellung zu geben und somit die Motivation zu erhalten.

Langfristiges Ziel ist die Installierung eines selbstlernenden Systems, das Fehler und Schwachstellen kontinuierlich eigenständig identifiziert und Lösungswege zu ihrer Beseitigung beschreitet. Es fehlt jedoch in den Einrichtungen z. T. noch der Blick für die Zusammenhänge und das Verständnis, dass viele Aktivitäten miteinander verknüpft sind.

Instrumente/Implementierungshilfen

Es kommen unterschiedliche QM-Instrumente zum Einsatz, Beschwerdemanagement oder Pflegevisiten beispielsweise werden i. d. R. von den Anbietern beleuchtet, um sich ein Bild über Rückkopplungsprozesse zu verschaffen. Bei den ISO-Anbietern sind interne Audits sowie das Erstellen eines QM-Handbuchs verbindlich festgelegt. Teilweise werden jährliche Überwachungsprüfungen durchgeführt.

Wenn die Prüfung absolviert ist, erhält die Einrichtung einen Prüfbericht, in dem Verbesserungspotenziale, Stärken oder Empfehlungen für weiteres Handeln, aber auch Maßnahmenpläne mit Terminierung und Festlegung von Verantwortlichkeiten enthalten sein können. Deren Umsetzung wird überwacht.

In der (nächsten) Prüfung müssen die Einrichtungen u. a. schriftliche Nachweise der Umsetzung empfohlener Maßnahmen erbringen (z. B. Protokolle regelmäßiger Besprechungen, Durchführung von Befragungen). Offen bleibt, wie der Anbieter prüft, dass der Prozess ständiger Verbesserung tatsächlich funktioniert und nicht nur schriftlich nachgewiesen wird. Häufig wird an dieser Stelle das „Gefühl“ der Prüfer zitiert, welches, genährt aus dessen Erfahrung, darauf hinweist, dass „etwas nicht stimmt“, oder aber auf den umfangreichen Prüfkatalog verwiesen, bei dessen Anwendung kein Mangel unentdeckt bleibe.

Letztlich könne nur in der fachlichen Diskussion während der Einrichtungsbegehung festgestellt werden, ob eine kontinuierliche Umsetzung der Qualitätsziele erfolge und der Qualitätsprozess „gelebt“ werde, so ein Interviewpartner. Was zwischen den Prüfterminen passiere, sei durch den Anbieter nicht steuerbar. Ein anderer Gesprächspartner betont, dass aktive Mitarbeit – wie z. B. die fachliche Diskussion in regionalen Arbeitsgruppen – für das Leben des Qualitätsprozesses wichtig sei.

Dass, wie auch berichtet wurde, schon binnen eines Jahres der Qualitätsprozess ins Stocken kam und die gestellten Mindestanforderungen nicht mehr erfüllt waren oder dass in Einrichtungen alle Unterlagen gut geführt waren, die Mobilisierung von Bewohnern aber zu wünschen übrig ließ, macht deutlich, dass entweder Einrichtungen zu wenig Erläuterung und Unterstützung erhalten und die Motivation verloren haben oder aber Qualitätsentwicklung für sie kein ernstzunehmendes Ziel darstellt. Wenn ein Siegel als Garant für Qualität verstanden werden soll, dann sollten auch korrigierende/motivierende Kontakte zwischen Prüfern und Einrichtungen während des Gültigkeitszeitraumes eines Zertifikats stattfinden.

Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation und der damit eng verknüpfte Pflegeprozess spielt als Mittel der Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen eine wichtige Rolle. Trotzdem standen Mängel bei der Umsetzung der Pflegedokumentation/des Pflegeprozesses in den vergangenen Jahren in der Rangfolge der Qualitätsbeanstandungen durch den MDK an erster Stelle (*Brüggemann 2002*).

Diese Problematik wurde von allen Siegelanbietern aufgegriffen. Eine Einzelfragenanalyse von Qualitätsanforderungs- und Prüfkatalogen (n=10) ergab, dass strukturelle Aspekte zur Pflegedokumentation überwiegend analog zur MDK-Prüfanleitung abgefragt werden. Daneben werden in allen analysierten Katalogen

Fragen zur Dokumentationshandhabung abgefragt, z.B. inwieweit die zeitnahe Dokumentation sichergestellt ist oder ob Mitarbeiter in das Führen der Dokumentation eingewiesen werden (siehe Abbildung 4).

Um zu verdeutlichen, wie stark die Betonung dynamischer Aspekte des Pflegeprozesses ausfällt, wurden beispielhaft die Fragen zur Überprüfung bzw. Evaluation der Pflege(planung) analysiert. Dabei zeigt sich, dass fast alle Kataloge die interne Überprüfung und Qualitätssicherung von Pflegedokumentation oder Pflegeprozess thematisieren. Jedoch fragen lediglich vier der zehn Anbieter nach der Überprüfung der Pflegeergebnisse. Zieht man die Frage nach regelmäßigen Pflege- bzw. Dienstleistungsvisiten als ein Instrument der Ergebnisüberprüfung mit hinzu, erhöht sich die Anzahl der Anbieter, die sich mit diesem Aspekt beschäftigen, auf sieben. Allerdings bleibt aufgrund der inhaltlichen Kongruenz von Pflegedokumentation und Pflegeprozess unklar, ob die Überprüfung eher verfahrenstechnisch gemeint ist (z. B.: Wird richtig ausgefüllt?) oder pflegefachlich verstanden wird (z. B.: Werden Pflegeziele und deren Erreichung überprüft?).

Generell bestehen bei der Erschließung von Qualitätskriterien der Anbieter über Einzelfragenanalysen aus Prüfkatalogen zwei Probleme. Zwar kann anhand dieser Herangehensweise aufgezeigt werden, was der Anbieter potenziell verlangt; ob und in welcher Tiefe, mit welchem Blickwinkel und in welchem Zusammenhang der Prüfer vor Ort allerdings die Frage behandelt, bleibt verborgen. Zum anderen sind je nach Länge des Fragenkatalogs die Einzelfragen entweder sehr detailliert oder aber als allgemeine, übergeordnete Fragen formuliert. Im zweiten Fall sind die Kriterien, wann eine Frage mit „Ja“ zu beantworten ist, in den

dieser Studie zugrunde liegenden Dokumenten nicht offen gelegt. Möglicherweise füllt jeder der Prüfer den Fragenkatalog auf Basis seiner individuellen prüf- und pflegefachlichen Erfahrungen aus; die „Tiefe“ der Prüfung wäre so unter anderem prüferabhängig.

■ 5. Ausblick

Die vorliegende Bestandsaufnahme über Qualitätssiegel und Zertifikate für Einrichtungen der Langzeitpflege in Deutschland zeigt unterschiedliche Schwerpunkte und Strategien einzelner Anbieter, aber auch viele Übereinstimmungen zwischen den Produkten auf. Darüber hinaus stellt sie einen ersten Schritt dar, um Qualitätsniveaus von Prüfverfahren sichtbar zu machen.

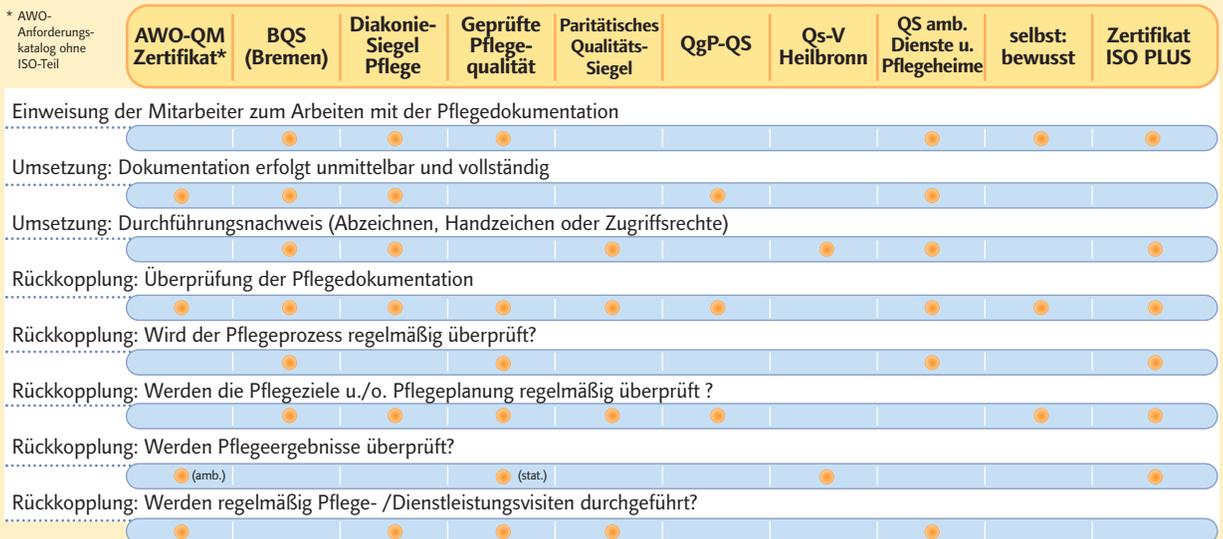
Selbstkritisch ist jedoch einzuräumen, dass auch dieser Untersuchung eine gewisse „Strukturlosigkeit“ anhaftet, viele der beschriebenen Parameter beziehen sich auf Merkmale der Strukturqualität (z. B. Anzahl und Qualifikation Prüfer, Dauer Prüfung, Art der Informationserhebung im Prüfverfahren). Für andere eher auf Inhalte und Prozesse bezogene Indikatoren (Anbieterstrategien zur Einrichtungsqualifizierung, Befragungen, Beobachtungen) war lediglich eine Dichotomisierung (vorhanden/nicht vorhanden) möglich. Die verwendeten Maßzahlen, die auf einer Auszählung der Prüfkataloge beruhen (Anteile von Fragen zu bestimmten Themen) sind in ihrer Aussagekraft sicher begrenzt. Trotzdem stellen diese Instrumente, die nicht theoriegeleitet, sondern aus dem, was mit den zugänglichen Informationen im gesetzten Rahmen machbar war, einen Anfang dar.

Eine Bewertung (im Sinne eines Ranking) der Siegel war nicht möglich. Schon bei der Beurteilung der strukturellen Merkmale

ABBILDUNG 4

Einzelfragenanalysen: Pflegedokumentation/Pflegeprozess

* AWO-Anforderungskatalog ohne ISO-Teil



Quelle: WIDO 2004

konnte nicht auf allgemein anerkannte Bewertungsmaßstäbe zurückgegriffen werden. Zwar liegt für einige Zusammenhänge die Erarbeitung einfacher Maßstäbe nahe. So etwa ist einleuchtend, dass eine Begutachtung durch zwei Personen zu mehr Objektivität des Verfahrens beitragen kann; auch erscheint es grundsätzlich solider, wenn die Prüfung von Personen mit pflegefachlichem Hintergrund abgenommen wird. Ob aber ein ISO-Auditor Mängel besser aufdecken kann als eine berufserfahrene Pflegefachkraft ohne formalisierten Prüferabschluss, ist ungeklärt. Ob die hohe Dauer der Prüfung (oder der große Umfang des Prüfkatalogs) eine „bessere“ Prüfung indizieren, ist ebenfalls ungeklärt und bleibt mangels Evidenz der Interpretation jedes Einzelnen überlassen. Auch die Frage, was eine hohe Übereinstimmung mit gesetzlichen Vorgaben in Form der MDK-Prüfanleitung bedeutet, ist schwer zu beurteilen – scheiden sich doch bereits bei der Operationalisierung von Qualität die Geister (z. B. Dangel/Korporal 2002).

Noch schwieriger gestaltete sich der Umgang mit Umsetzungsaspekten, etwa inwieweit Qualitätssiegel bewirken, dass Qualität in der Einrichtung „gelebt“ wird. Wie ist in diesem Zusammenhang z. B. der Umfang von Informationshandbüchern, die Vernetzung von Einrichtungen zwecks Erfahrungsaustausch, der Einsatz von Kundenbefragungen, die Mitarbeiterorientierung oder eine

kontinuierliche externe Überwachung der Qualitätsbemühungen zu bewerten? In allen Fragen ist zur Beurteilung der Qualitätssiegel nicht ausschlaggebend, dass die Items vorhanden sind (obwohl lediglich gerade dies in der Studie betrachtet werden konnte), sondern wie sie im Einzelnen ausgestaltet sind und auch, ob ihr Einsatz grundsätzlich eine messbare Verbesserung bewirkt. Hier besteht also weiterer Transparenz- und Forschungsbedarf zur Beurteilung eingesetzter Instrumente und Verfahren.

Bevor also die Vorgehensweisen der Anbieter beurteilt werden können, müssten zumindest für einige der formulierten Fragen Antworten gefunden werden. Diese sollten durch eine breite wissenschaftliche, aber auch anwendungsorientierte Diskussion sowie durch weitere Studien (z. B. Evaluationsstudien in den Pflegeeinrichtungen vor Ort) geklärt werden. Darüber hinaus wären mehr konsentrierte Kriterien darüber, was „gute“ Pflegequalität ausmacht, sowie reliable und valide Instrumente, um diese zu messen, ebenfalls hilfreich.

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Verfahren der Qualitätssiegel offen zu legen und so dem interessierten Leser zu ermöglichen, sich selbst ein Bild zu machen. Dies kann natürlich nur ein erster Schritt sein, denn Verbraucher, Pflegeeinrichtungen und andere Akteure brauchen mehr Sicherheit im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit und Aussagekraft von Qualitätssiegeln. ♦

Fußnote

- 1 76 Prozent befragter Einrichtungen sehen in der Präsentation eines Zertifikats einen Wettbewerbsvorteil (Knittel 2003). Eine Einrichtungsbefragung durch Vespermann et. al (2001) zeigt, dass Erwartungen in Bezug auf Wettbewerbsvorteile nur bei der Hälfte der Einrichtungen erfüllt werden.
- 2 Die Nachfrage nach Qualitätssiegeln wird laut Vorstudie von einem Viertel der befragten Anbieter als gering eingeschätzt.
- 3 European Foundation of Quality Management (EFQM)

Literatur

Brüggemann J (2002): Der Pflegeprozess in der Altenpflege – eine umfassende Herausforderung für das Pflegemanagement. In: Qualität in der Pflege. Igl G/Schiemann D/Gerste B/Klose J (Hrsg.) Stuttgart; 337-348.

Dangel B/Korporal J (2002): Konzept und Verfahren der Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Igl G, Schiemann D, Gerste B, Klose J (Hrsg.) Qualität in der Pflege; Stuttgart; 35-61.

Knittel J (2003): Positiver Zwang zur Qualität: Was auf dem Weg zur Zertifizierung zu beachten ist; in: doppel.punkt, 2.

Krummenauer F/Georgi Y/Weibler-Villalobos U (2003): Versuch einer Quantifizierung möglicher Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Altenpflege; in: Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, 8, 42-48.

Roth G (2002): Qualität in Pflegeheimen - Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Dortmund.

Vespermann S/Thielsch S/Karg H (2001): Ein erfolgreicher Qualitäts-Sprung – Ergebnisse einer Befragung zertifizierter Alten- und Pflegeheime nach DIN EN ISO 9000ff. In: Altenheim, 11, 14-19.

DIE AUTORINNEN



Bettina Gerste

Geboren 1959. Soziologin und Ethnologin (M.A.). Studium an der Universität Köln. Währenddessen Tätigkeit am Forschungsinstitut für Soziologie in Köln. Seit 1992 im WIdO tätig, zunächst im Projekt „Wissenschaftliche Begleitforschung Krankenversichertenkar-



Antje Schwinger

(Jg. 1976). Exam. Krankenschwester, schließt in diesem Jahr den Studiengang Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln ab. Seit 2002 Mitarbeiterin im

te“ und im Bereich „Krankenhausforschung und -entwicklung“. Seit 1996 auch empirische Arbeiten zur Altenpflege/Pflegeversicherung: Transparenzstudien zum Pflegemarkt, Betriebsvergleich Pflege, Qualität in der Pflege. Autorin der Studie „Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen“.

WIdO im Forschungsbereich Ambulante Versorgung/Pflege und Mitarbeiterin der Studie „Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen“.