



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PFLEGE

Bestens vorbereitet

+++ Instrumente, Konzepte, Ziele

SPEZIAL

Inhalt

STARTSCHUSS	REPORTAGE
Versicherte brauchen klare Informationen	»Wir wollen keinen Datenfriedhof«
von Peter Pick 3	von Silke Heller-Jung 12
ÜBERBLICK	AUSBLICK 1
Präzisionsarbeit für die Pflege	Neue Perspektiven für die Pflege
von Nadine-Michèle Szepan und Yvonne Ehmen 4	von Andreas Büscher und Klaus Wingenfeld 14
INTERVIEW	AUSBLICK 2
»Mehr Transparenz über die Ergebnisse«	Auf das Ergebnis kommt es an
im Gespräch mit Diana Delnoij 7	von Nicole Rusche und Franz Schumacher 15
INFORMATION	AUF EINEN BLICK
Wissen, was wirklich wichtig ist	Projekte und Studien 16
von Daniela Sulmann und Patrick Schnapp 8	
MODELLPROJEKT	AUSBLICK 3
Den Menschen im Blick	Indikatoren auf dem Prüfstand
von Nathalie Albert 10	von Kathrin Seibert, Mathias Fünfstück, Heinz Rothgang und Stefan Görres 17
PRÜFDIENSTE	INTERVIEW
Geschickt verknüpft	»Qualitätsentwicklung sollte ein Lernfeld sein«
von Frank Schlerfer 11	im Gespräch mit Thomas Klie 18

Lese- und Webtipps

Literatur

■ Bertelsmann Stiftung (Hrg.)
Reformkonzept Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege.
Gütersloh 2017; zum Download unter www.bertelsmann-stiftung.de → Publikationen → Bücher und Studien

■ Stefan Görres, Heinz Rothgang
Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). Bremen 2017; zum Download unter www.bagfw.de → Qualität → Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege → Projekte

■ Heidemarie Kelleter, Nadine-Michèle Szepan
Mehr Transparenz in der Pflege.
In: *Gesundheit und Gesellschaft* 11/2014, 28–33

■ Nadine-Michèle Szepan, Heidemarie Kelleter
Gute Chancen für Relaunch der Qualitätssicherung.
In: *Altenheim* 1/2015, 16–22

■ Klaus Wingenfeld et al.
Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht
Bielefeld 2011; zum Download unter www.bmfsfj.de → Service → Publikationen → Stichwortsuche „Ergebnisqualität“

Internet

■ www.bundesgesundheitsministerium.de
Einen Überblick über Status quo und Perspektiven der Qualitätsmessung und -darstellung in der Pflege bietet das Bundesgesundheitsministerium unter → Themen → Pflege → Online-Ratgeber Pflege → Qualität und Transparenz in der Pflege

■ www.gkv-spitzenverband.de
Den aktuellen Stand der Wissenschaft zum Thema „Qualität in der Pflege“ fasst ein Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes zusammen. Mehr dazu unter → Pflegeversicherung → Wissenschaftliches Qualitätsverständnis

■ www.pflege-navigator.de
Der Pflegenavigator der AOK hilft bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung; die aufgelisteten Angaben zu den einzelnen Einrichtungen umfassen auch die Pflegenoten und Auszüge aus den Transparenzberichten.

■ www.zqp.de
Informationen zur Umfrage „Qualitätskriterien aus Verbrauchersicht“ stellt das Zentrum für Qualität in der Pflege unter dem Stichpunkt „Projekte“ bereit.

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

Impressum: *Gesundheit und Gesellschaft*, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. G+G erscheint im KomPart-Verlag (www.kompart.de).

Redaktion: Dr. Silke Heller-Jung, Karola Schulte (verantwortlich) | Art Direction: Anja Stamer

Herausgeber: Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes, Abteilung Pflege | Stand: Oktober 2017

Versicherte brauchen klare Informationen

Auf dem Gebiet der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege ist einiges in Bewegung. Neue Verfahren werden erarbeitet, vorhandene weiterentwickelt. Nun kommt es darauf an, die verschiedenen Ansätze der Qualitätssicherung gut miteinander zu verknüpfen, meint Peter Pick.



Nach der erfolgreichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs steht aktuell die Qualitätssicherung in der Pflege auf der Umsetzungsagenda. Das Pflegestärkungsgesetz II sieht eine grundlegende Weiterentwicklung der internen Qualitätssicherung, der externen Qualitätsprüfung und der Pflegetransparenz vor.

Im Mittelpunkt der internen Qualitätssicherung steht für die stationäre Pflege die flächendeckende Umsetzung der Ergebnisindikatoren. Die Ergebnisindikatoren wurden auf wissenschaftlicher Grundlage erarbeitet und in regionalen Projekten vertiefend in der Praxis erprobt und weiterentwickelt. Sie sind geeignet, das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen zu stärken, weil der Versorgungsstatus der Pflegebedürftigen regelmäßig erhoben und ein Vergleich mit anderen Einrichtungen bereitgestellt wird.

Parallel dazu wird für die externe Qualitätssicherung ein neues Prüfverfahren erarbeitet. Die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung (PKV) werden auf eine neue Grundlage gestellt. Der Fokus soll dabei auf der Prüfung der bewohnerbezogenen Versorgungsqualität liegen; auf die standardmäßige Prüfung von Konzepten und Routinen soll verzichtet werden. Die Medizinischen Dienste schlagen vor, ein modulares Prüfsystem einzuführen, sodass die Prüfungsschwerpunkte variieren können. Darüber hinaus gilt es, die

externe Qualitätsprüfung mit den intern ermittelten Indikatoren zu verknüpfen. Die Indikatoren-Ergebnisse sollten als Informationsbasis zugrunde gelegt und auf ihre Plausibilität geprüft werden. Werden bei Indikatoren unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielt, dann sollten die Prozesse geprüft werden.

Aufbauend auf diesen Veränderungen werden die Pflegenoten durch ein neues System der Qualitätsdarstellung abgelöst. Klar ist, dass in Zukunft sowohl die einrichtungsbezogenen Ergebnisindikatoren als auch ausgewählte Prüfergebnisse veröffentlicht werden. Offen ist noch, welche Qualitätsinformationen der Einrichtungen und welche Personaldaten einbezogen werden. Offen ist auch, ob die Ergebnisse aus Befragungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen in die Qualitätsdarstellung einfließen werden.

Entscheidend wird sein, die verschiedenen Ansätze der Qualitätssicherung gut miteinander zu verknüpfen und Synergien zu schaffen. Denn es geht darum, einerseits die Einrichtungen bei der Entwicklung ihrer Pflegequalität zu unterstützen und andererseits den Verbrauchern verlässliche und verständliche Qualitätsinformationen zur Verfügung zu stellen.

Dr. Peter Pick ist Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Präzisionsarbeit für die Pflege

Die Debatte über die Qualität in der Pflege kreist derzeit vor allem um die Frage, welches Konzept die bisherigen Pflegenoten ablösen könnte. Warum das zu kurz greift und was darüber hinaus angepackt werden sollte, schildern **Nadine-Michèle Szezan** und **Yvonne Ehmén**.

Wenn man über Pflegequalität spricht, liegt das zentrale Augenmerk derzeit meist auf den veröffentlichten Ergebnissen aus Qualitätsprüfungen und den wenig differenzierten, viel gescholtenen „Pflegenoten“. Ihnen kommt in der Tat eine zentrale Bedeutung zu, da sie Ratsuchende bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung unterstützen sollen. Es ist aber politischer Konsens, dass sie diese Aufgabe nur unzureichend erfüllen und darum durch eine differenziertere Bewertung der Pflegequalität abgelöst werden sollen, die auf der Grundlage von Ergebnisindikatoren erfolgen soll. Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung darum mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz aufgegeben, eine neue Form der Qualitätsdarstellung zu vereinbaren: zunächst für den stationären und 2018 dann auch für den ambulanten Bereich.

Nicht weniger bedeutend, aber in der Fachöffentlichkeit bisher nicht in gleichem Umfang diskutiert ist der Kern der Qualitätssicherungsreform, nämlich die Forderung, die bereits implementierten Instrumente – das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, die externe Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den PKV-Prüfdienst sowie den damit verbundenen Beratungsauftrag – besser aufeinander abzustimmen und enger miteinander zu verknüpfen. Hierfür soll ein auf Indikatoren basierendes Gesamtverfahren eingeführt werden.

Der Grund dafür liegt auf der Hand: Das Kernziel der Qualitätssicherung erschöpft sich nicht darin, Qualitätsergebnisse zu veröffentlichen. Es geht vielmehr darum, die Pflegeeinrichtungen in ihrem Bemühen um eine stetige Verbesserung ihrer Pflegequalität bestmöglich zu unterstützen. Sowohl die Ergebnisindikatoren aus dem internen Qualitätsmanagement als auch die veröffentlichten Qualitätsdarstellungen fungieren als Benchmarks für Pflegeeinrichtungen. Doch derzeit greifen die vier Bausteine der Qualitätssicherung (siehe Kasten auf Seite 5) – das interne Qualitätsmanagement, die externe Qualitätssicherung, der Qualitätsdialog und die Qualitätsdarstellung – kaum ineinander.

Wenig aussagekräftig. Für Pflegeeinrichtungen ist die Außen- darstellung von zentraler Bedeutung, die Pflegenoten stehen darum im Zentrum der Aufmerksamkeit. Ihre Aussagekraft ist

jedoch nicht nur aus Verbrauchersicht gering. Auch für die Weiterentwicklung der Qualität in Pflegeeinrichtungen ist ihr Nutzen eher nachrangig. Die Ergebnisse der externen Qualitätsprüfungen, die auszugswise in die Transparenzvereinbarungen Eingang finden, sind für das interne Qualitätsmanagement und für die Steigerung der Pflegequalität ebenfalls nur eingeschränkt geeignet. Erkenntnisse darüber, ob eine Einrichtung an einem Stichtag bestimmte Mindestanforderungen erfüllt oder nicht, liefern nur unzureichende Hinweise darauf, wie es tatsächlich um die Pflegequalität bestellt ist.



Perfektion bis ins Detail – um dieses Ziel zu erreichen, muss eins ins andere greifen. Für die Qualitätsentwicklung in der Pflege heißt das: Die vorhandenen Instrumente zur Qualitätsmessung sollten bestmöglich miteinander verknüpft werden.

Bei der jetzigen Form der Qualitätsprüfungen steht die Beurteilung von Arbeitsabläufen, die Struktur- und Prozessqualität, im Mittelpunkt, weniger die Ergebnisse der Pflegequalität wie zum Beispiel die Häufigkeit von Stürzen. Ob durchgeführte Maßnahmen tatsächlich Erfolg haben und sich positiv auf die Lebensqualität der Gepflegten auswirken, lässt sich aber nur durch eine Betrachtung der Ergebnisqualität ermitteln.

Die vier Bausteine der Qualitätssicherung

Der Gesetzgeber sieht im Wesentlichen vier Elemente zur Sicherstellung einer qualifizierten Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung vor:

1. Einrichtung internes Qualitätsmanagement

Den Rahmen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (QM) bilden die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach Paragraph 113 SGB XI, die verbindlich für alle an der Versorgung beteiligten Pflegeeinrichtungen gelten. Die Umsetzung des QM liegt allein in der Verantwortung der Einrichtungen. Das interne Qualitätsmanagement ist auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Pflegequalität ausgerichtet. Dabei werden Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung (PDCA-Zyklus) bestimmt. Das einrichtungsinterne QM sollte so ausgerichtet sein, dass es den Pflegeeinrichtungen als Reflexionsinstrument dient und Verbesserungspotenziale aufzeigt.

2. Externe Qualitätsprüfung durch den MDK oder den PKV-Prüfdienst

In den Rahmenverträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und Verbänden der Pflegeeinrichtungen sind unter anderem die Inhalte von und Qualitätsanforderungen an Leistungen der Pflegeeinrichtungen vereinbart; diese sind für Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag verbindlich. Den Landesverbänden der Pflegekassen obliegt die Prüfung, ob die Pflegeeinrichtungen diese Vorgaben erfüllen. Gegenstand der Vertragsprüfungen sind allgemeine Pflegeleistungen, die medizinische Behandlungspflege sowie Leistungen der Unterkunft und Verpflegung. Seit dem Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes werden mit der Abrechnungsprüfung regelhaft auch die in Rechnung gestellten Leistungen der Pflegeeinrichtung geprüft. Mit der Überprüfung wird entweder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder der PKV-Prüfdienst betraut.

Grundlage der Qualitätsprüfungen sind bundesweit einheitliche Richtlinien, die von beiden externen Prüfdiensten verbindlich anzuwenden sind. Anhand dieser Richtlinien werden die in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität regelhaft oder anlassbezogen überprüft. Anlassbezogene Prüfungen erfolgen aufgrund von Auffälligkeiten, zum Beispiel Beschwerden, Regelprüfungen jährlich. Im Rahmen von Regelprüfungen wird immer geprüft, ob die definierten Mindestprüfinhalte und die notwendigen Transparenzkriterien erfüllt sind. Der Schwerpunkt liegt heute überwiegend auf Strukturen – beispielsweise Größe, Personal, Zimmer, Essensangebot – und auf den konzeptionellen Kriterien, etwa dokumentierte Pflegeprozesse und Betreuung.



3. Beratungsauftrag der Prüfdienste von MDK und PKV

Das Ziel des Beratungsauftrags von MDK und PKV-Prüfdienst besteht gemäß Paragraph 112 SGB XI darin, die Pflegeeinrichtungen bei der Weiterentwicklung ihrer Pflegequalität zu unterstützen. Grundsätzlich sind Qualitätsprüfungen beratungsorientiert ausgerichtet; der Beratungsauftrag der externen Prüfdienste ist ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung. Derzeit bespricht das Prüfteam im Anschluss an eine Qualitätsprüfung im Rahmen eines Abschlussgespräches mit Vertretern der Pflegeeinrichtung die Ergebnisse der Prüfung. Dabei werden erkennbare Qualitätsdefizite benannt und Maßnahmen zu deren Beseitigung gemeinsam erörtert.

4. Qualitätsdarstellungen als Verbraucherinformation

Bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung sind Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auf verlässliche Informationen über die in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität angewiesen. Transparenz und Vergleichbarkeit der Pflegequalität in den einzelnen Pflegeeinrichtungen soll die Qualitätstransparenzdarstellung sicherstellen, die auch Aspekte der Ergebnis- und Lebensqualität umfasst. Die Qualitätsdarstellung soll in verständlicher, umfassender, nachprüfbarer, übersichtlicher und zuverlässiger Form allen zugänglich sein. Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen derzeit einen Teil der Qualitätsprüfungskriterien in Form von Transparenzberichten mit „Pflegenoten“ im Internet. Verbraucher sollen sich so einen ersten Eindruck über die Qualität von Pflegeeinrichtungen verschaffen. Portale wie der AOK-Pflegenavigator (www.pflegenavigator.de) erleichtern die Suche.

Die Pflegenoten in ihrer heutigen Form dienen in erster Linie der Außendarstellung. Die meisten Pflegeeinrichtungen erhalten inzwischen ein „Sehr gut“ oder „Gut“. Für die Versicherten und auch für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen sind sie wenig aussagekräftig. Darum wird gefordert, sie weiterzuentwickeln. ■

Viele Pflegeeinrichtungen betrachten und nutzen ihr internes Qualitätsmanagement losgelöst von den externen Qualitätsprüfungen für die Weiterentwicklung ihrer Pflegequalität. Daneben gibt es auch Einrichtungen, deren internes Qualitätsmanagement vorrangig auf die Prüfungsanforderungen der externen Prüfdienste ausgerichtet sind. Auch bei der Beratung durch die Prüfdienste werden die Erkenntnisse aus dem internen Qualitätsmanagement weitgehend außer Acht gelassen. Auf diese Weise kann deren Beratungsauftrag nicht vollumfänglich greifen.

Konkrete Hinweise. Es bedarf eines umfassenden Bildes über die Pflegequalität von Einrichtungen, damit Pflegeeinrichtungen konkrete Hinweise für die Weiterentwicklung der Pflegequalität erhalten, die Prüfdienste im Rahmen des Qualitätsdialogs die Pflegeeinrichtungen bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität unterstützen können und die Sou-

veränität der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung gestärkt wird. Zu diesem Zweck ist es notwendig, alle Informationen aus der internen und externen Qualitätssicherung auch für den Qualitätsdialog zu nutzen.

Um das zu erreichen, ist es unumgänglich, die vier Bausteine „internes Qualitätsmanagement“, „externe Qualitätssicherung“, „Qualitätsdialog“ und „Qualitätsdarstellung“ miteinander zu verknüpfen. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass Leistungserbringer, Verbraucher und Kostenträger diese Notwendigkeit akzeptieren und mittragen. Dies stellt in mehrfacher Hinsicht eine große Herausforderung dar:

- Die Ergebnisse aus dem internen Qualitätsmanagement werden künftig eine Relevanz für die externe Qualitätsprüfung und den Beratungsauftrag der Prüfdienste haben.
- Deren Veröffentlichung setzt die Einrichtungen künftig untereinander in einen stärkeren Wettbewerb darum, bestimmte Benchmarks in der Pflegequalität zu erreichen.
- Die Rolle der Prüfer wird durch den weiterentwickelten Beratungsansatz, einen Qualitätsdialog auf Augenhöhe zu führen, neu ausgerichtet.

Gemeinsame Standards. Zur Weiterentwicklung der Qualität brauchen die Pflegeeinrichtungen einen verbindlichen Maßstab dafür, was unter einer guten Pflegequalität verstanden wird und wie sie zu erreichen ist. Nur auf der Grundlage eines allseits anerkannten, wissenschaftlich fundierten Qualitätsverständnisses können die vier Bausteine der Qualitätssicherung auf gewinnbringende Weise miteinander verknüpft werden.

Aussagen zur Qualität, die ausschließlich auf der Grundlage von Ergebnisindikatoren getroffen werden, bilden ebenfalls nicht den vollen Leistungs- und Qualitätsumfang einer Pflegeeinrichtung ab. Sowohl für Verbraucher als auch für die Einrichtungen

selbst sind Informationen zur Struktur- und Prozessqualität ebenfalls relevant. Ein schlüssiges Konzept zur Verbesserung und Überprüfung der Pflegequalität muss daher alle Qualitätsbereiche umfassen und sicherstellen, dass die vier Bausteine der Qualitätssicherung ineinandergreifen.

Veränderte Vorzeichen. Bisher lag der Fokus der Einrichtungen überwiegend bei der Struktur- und Prozessqualität, während der Aspekt der Ergebnisqualität im Hintergrund stand. Die künftige Ausrichtung der Qualitätssicherung sieht vor, dass die Erhebung der Ergebnisindikatoren im Rahmen des Verknüpfungsansatzes bei den Pflegeeinrichtungen liegt. Die Ergebnisindikatoren, die die Einrichtungen erheben, sollen anschließend durch ein unabhängiges Institut ausgewertet werden. Dabei werden die Daten auch auf Wahrhaftigkeit, Manipulations- und Fehlerresistenz überprüft.

Der Auftrag zur Qualitätsprüfung, den die Landesverbände der Pflegekassen an die Prüfdienste erteilen, wird erweitert. Er umfasst künftig neben der Prüfung von Strukturen und Prozessen, die nicht über die Indikatoren abgebildet werden, auch eine Plausibilitätsprüfung der Ergebnisindikatoren. Diese Verknüpfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird die Prüfdienste in die Lage versetzen, ihren Beratungsauftrag gezielter wahrzunehmen. Nach dem Abschluss der Prüfung soll zwischen den Prüfern und den Pflegeeinrichtungen ein Qualitätsdialog in der Art einer Fallkonferenz geführt werden. Ziel dieses Dialogs ist es, den Pflegeeinrichtungen eine Hilfestellung bei der Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu geben. Die Informationen aus dem Qualitätsdialog können so direkt in das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung fließen.

Voneinander lernen. Für das Erreichen von Qualitätszielen ist ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nicht ausreichend. Zusätzlich ist es notwendig, die Ergebnisse im Verhältnis zu anderen Einrichtungen zu vergleichen. Die Messung und Darstellung von Qualität umfasst daher zwei wesentliche Aspekte: zum einen das Erkennen des Verbesserungsbedarfs, zum anderen den Nachweis des erreichten Qualitätsniveaus gegenüber Dritten. Dabei geht es nicht allein darum, vorhandene „Schwächen“ aufzudecken. Auch die Orientierung an den „Besten“ im Benchmarking kann wichtige Impulse für eine kontinuierliche Optimierung der Qualität geben. Darüber hinaus lässt sich anhand einer nachvollziehbaren Qualitätsdarstellung auch ein direkter Nutzen für Verbraucher ableiten: Unterschiede in der Qualität werden so deutlich erkennbar. ■

Nadine-Michèle Szepan leitet die Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband; **Yvonne Ehmen** ist dort als Pflegereferentin tätig.



»Mehr Transparenz über die Ergebnisse«

In den Niederlanden kümmert sich seit 2014 das staatliche Zorginstitut um die Qualität in der Pflege. Bei der Festlegung, was gemessen und veröffentlicht wird, entscheiden Patientenorganisationen mit. Wie das funktioniert, erklärt **Diana Delnoij**.

Welche Informationen über die Qualität der Pflege wollen und brauchen Patienten?

Was ein Patient über die Pflegequalität wissen möchte oder muss, hängt von seiner Erkrankung und dem Krankheitsstadium ab, davon, was ihm wichtig ist, und davon, was er noch kann. Krebspatienten sind andere Aspekte der Pflegequalität wichtig als Menschen, die sich einer Knie- oder Hüftoperation unterziehen müssen, und diese haben andere Prioritäten als die Angehörigen eines an Demenz Erkrankten, der in einem Pflegeheim lebt.

Im niederländischen System sind Patientenorganisationen die Stimme der Patienten. Diese Organisationen haben eine gesetzlich verankerte Rolle bei der Entscheidung darüber, welche Qualitätsinformationen Leistungserbringer veröffentlichen müssen. Die Absprachen darüber werden trilateral, also von Leistungserbringern, Versicherungen und Patientenorganisationen gemeinsam getroffen. Für die unterschiedlichen Versorgungsformen gibt es Arbeitsgruppen, die sich darauf verständigen, was gemessen und veröffentlicht werden muss. Was die Patientenvertreter an Informationsbedürfnissen einbringen, ist je nach Versorgungsbereich unterschiedlich. Im Allgemeinen verlangen sie aber drei Arten von Angaben, nämlich zur Qualität der klinischen Versorgung, zu Service-Aspekten und zu den Erfahrungen anderer Patienten.

Wie wird die Qualität in der Pflege in den Niederlanden gemessen und sichtbar gemacht?

Die trilateralen Arbeitsgruppen legen jährlich fest, was gemessen und veröffent-

licht werden muss und mit welchen Instrumenten und Indikatoren diese Messungen durchgeführt werden sollen. Sie reichen diesen gemeinsamen Vorschlag beim Zorginstitut Nederland ein, einem unabhängigen Verwaltungsorgan der niederländischen Regierung. Das Zorginstitut legt diesen von allen drei Parteien getragenen Vorschlag verbindlich fest und veröffentlicht die Messinstrumente

»Gefragt sind Angaben zur Versorgungsqualität, zum Service und zu den Erfahrungen anderer Patienten.«

im sogenannten Transparenzkalender („Transparantiekalender“). Wenn sich die Parteien nicht einigen, kann das Zorginstitut die Entwicklung der Messinstrumente übernehmen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen. Nach einer technischen Überprüfung stellt das Institut diese Angaben in eine öffentlich zugängliche Datenbank ein. Jeder kann sie dort herunterladen und für Informationsmaterialien verwenden. Patientenorganisationen nutzen sie, um Patientenwegweiser zu erstellen. Das Zorginstitut selbst verwendet diese Angaben auf www.kiesBeter.nl („Besser wählen“), einem Infoportal für Verbraucher.

Was hat sich dabei besonders bewährt?

Die Mischung aus Versorgungsparametern, Service-Aspekten und Patienten-

erfahrungen findet sich ziemlich regelmäßig in den verschiedenen Indikatorensets für diverse Pflegeformen und Erkrankungen. Innerhalb der Kategorien gibt es aber Verschiebungen. Klinische Informationen bestehen derzeit noch zu einem großen Teil aus Prozessindikatoren. In den kommenden Jahren sollen die Akteure in der Pflege darauf hinarbeiten, mehr Transparenz über die Ergebnisqualität zu schaffen. Was die Erfahrungen von Patienten betrifft, gehen die Überlegungen dahin, statt wie bisher auf standardisierte Methoden wie den Consumer Quality Index zu setzen, künftig Ratings und Bewertungen auf Konsumentenseiten wie ZorgkaartNederland.nl deutlich mehr Gewicht zu geben.

Seit Anfang 2017 gilt ein neuer Qualitätsrahmen für Pflegeheime. Wie trägt dieser zu mehr Transparenz bei?

Mit dem neuen Qualitätsrahmen, dem „Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg“, sind auch die Messinstrumente festgelegt worden, mit deren Hilfe die Qualität transparent gemacht werden soll. Im Transparenzkalender sind sowohl Indikatoren aufgeführt, die sich auf die Versorgungsqualität in der Pflege beziehen, als auch ein Indikator für die Patientenzufriedenheit.

Was bleibt noch zu tun?

Das Jahr 2017 gilt im Hinblick auf die Transparenz in der Versorgung in Pflegeheimen als Übergangsjahr. Die Akteure erarbeiten derzeit gemeinsam neue Indikatoren zur Qualitätssicherung und eine neue Auswahl von Messinstrumenten, um Patientenerfahrungen abzubilden. Diese Instrumente sollen ab 2018 angewendet werden. ■



Wissen, was wirklich wichtig ist

Wer eine Pflegeeinrichtung für sich oder einen Angehörigen sucht, möchte eine möglichst gute auswählen. Was den Versicherten dabei besonders wichtig ist, haben Wissenschaftler jetzt untersucht. **Daniela Sulmann** und **Patrick Schnapp** stellen erste Ergebnisse vor.

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland steigt stetig. Ende 2015 waren es bereits 2,9 Millionen: ein Anstieg von neun Prozent gegenüber 2013. Gut ein Viertel von ihnen wird in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Viele Pflegebedürftige stehen vor der Frage: Welche vollstationäre Einrichtung ist die richtige für mich? Manche können sich umfassend informieren und in Ruhe eine Wahl treffen. Andere müssen schnell handeln, etwa weil sich ihre Gesundheit plötzlich verschlechtert. Dann sind fundierte Informationen wichtig, die sofort zur Verfügung stehen und die Fragen beantworten, die für Betroffene relevant sind.

Verlässlicher und verständlicher. Viele Menschen in Deutschland sind jedoch verunsichert, was die Qualität der Pflegeangebote betrifft. Dies geht unter anderem aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) im Jahr 2015 hervor (siehe Kasten auf Seite 9). Den meisten Befragten war es sehr wichtig, im Bedarfsfall verlässliche Informationen über die Qualität professioneller Pflegeangebote zu bekommen. Trotzdem würden sich derzeit nur sehr wenige bei der Auswahl einer ambulanten oder stationären Einrichtung auf offizielle Bewertungen stützen. Die derzeitige Form der Darstellung von Pflegequalität hat diverse Schwächen. Darum hat der Gesetzgeber mit der aktuellen Pflegereform festgelegt, dass hierbei künftig Verlässlichkeit, Verbraucherrelevanz und leichte Verständlichkeit maßgeblich sein müssen. Derzeit wird an einem neuen Konzept gearbeitet.

Doch was sind die wesentlichen Kriterien, auf die es den Verbrauchern in Deutschland bei der Auswahl von Pflegeheimen ankommt? Hierzu liegen bereits einige Befragungen vor, bei denen die Teilnehmer gebeten wurden, Angaben zur Wichtigkeit von Merkmalen der Einrichtungen zu machen. Diese richteten sich jedoch entweder an die Allgemeinbevölkerung – also nicht gezielt an Personen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind – oder arbeiteten mit nicht repräsentativen Stichproben von Angehörigen. Keine der Befragungen wendete sich direkt an Pflegebedürftige. Die meisten der Untersuchungen sind zudem schon etwas älter. Wie gut diese Arbeiten die Meinung der Betroffenen wiedergeben, ist deshalb unklar. Aus diesem Grund haben der AOK-Bundes-

verband und das ZQP gemeinsam eine große Studie in Auftrag gegeben, für die Betroffene dazu befragt wurden, welche Kriterien für sie bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung entscheidend sind. Mit der Durchführung der Studie wurde das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin betraut.

Repräsentativ und umfangreich. Besonderer Wert wird bei dieser Studie auf die Qualität der erhobenen Daten gelegt. Hier ist zweierlei wichtig: ein geeigneter Fragebogen sowie eine repräsentative und hinreichend große Stichprobe. Der Fragebogen wurde im Rahmen einer Vorstudie optimiert, damit er inhaltlich umfassend und von der Zielgruppe gut zu bearbeiten ist. Für die Hauptstudie wurden über 20.000 Personen so ausgewählt, dass

die Stichprobe für die pflegebedürftigen AOK-Versicherten, die knapp die Hälfte der Pflegeleistungsempfänger in ganz Deutschland ausmachen, repräsentativ ist. Sie umfasst sowohl ambulant als auch stationär Versorgte. Die Angaben beider Gruppen sind wichtig: Von den ambulant Versorgten wird mancher in naher Zukunft eine Pflegeeinrichtung auswählen. Die stationär Versorgten haben

bereits Erfahrungen damit gesammelt, welche Aspekte beim täglichen Leben in einem Pflegeheim wirklich wichtig sind.

Die Forschungserfahrung zeigt: Wer Pflegebedürftige befragt, bekommt häufig Antworten von Angehörigen. Dies ist verständlich, weil viele Pflegebedürftige nicht oder kaum noch in der Lage sind, den Fragebogen selbstständig zu bearbeiten. Daher ist es sinnvoll, im Fragebogen zu erfassen, wer diesen ausgefüllt hat: die pflegebedürftige Person allein, der Angehörige oder beide gemeinsam? So wurde auch in der aktuellen Studie vorgefahren. Ein willkommener Nebeneffekt: Hierdurch sind Vergleiche zwischen den Antworten von Angehörigen und denen von Pflegebedürftigen möglich.

Qualität unter der Lupe. Kern des Befragungsinstrumentes sind aber die Fragen zur Wichtigkeit der konkreten Qualitätsaspekte. Sie decken die folgenden Themenbereiche ab, die sich in der bisherigen Forschung sowie in der Vorstudie als wesentlich herausgestellt haben:

Die Studienergebnisse sind erst nach Drucklegung, voraussichtlich ab November 2017, verfügbar unter www.zqp.de, www.aok.de, www.aok-gesundheitspartner.de

- Aspekte der Lebensführung, Selbstbestimmung und Privatsphäre
- Soziale Kontakte und Umgang unter den Bewohnern
- Lage und Erreichbarkeit der Einrichtung
- Merkmale der Wohnumgebung und materielle Ausstattung
- Finanzielle Aspekte
- Essensversorgung
- Pflegerische Versorgung
- Medizinische Versorgung
- Freizeitaktivitäten
- Reinigung und Wäsche

Jeder dieser Themenbereiche wird im Fragebogen durch zahlreiche konkrete Aspekte erfasst.

Erste Ergebnisse. Die Befragung ist bereits abgeschlossen. Mit über 5.000 Antworten übertraf der Rücklauf die Erwartungen deutlich. Bei der Aufbereitung für die Auswertung wird besonderes Augenmerk auf die Repräsentativität gelegt. Selbst bei einer repräsentativen Stichprobe können Abweichungen dadurch entstehen, dass Befragte aus unterschiedlichen Gruppen eine unterschiedliche Teilnahmebereitschaft zeigen. So entstandene Abweichungen werden durch ein Nachgewichtungsverfahren wieder ausgeglichen. Auf dieser Basis können Ergebnisse erarbeitet werden, die repräsentativ für die Gruppe der AOK-Versicherten in Deutschland sind.

Erste Auswertungen weisen darauf hin, dass für viele Befragte Aspekte aus den Bereichen Pflege und medizinische Versorgung entscheidend sind – also aus solchen Bereichen, bei denen es besonders auf die Qualität des Personals ankommt. Sobald die vollständigen Ergebnisse vorliegen, sind fundierte Aussagen darüber möglich, welche Kriterien bei der Pflegeberichterstattung beziehungsweise der Information der Verbraucher über Pflegeangebote in den Mittelpunkt gestellt werden sollten. Doch nicht nur für die Darstellung der Qualitätskriterien können die Ergebnisse genutzt werden: Betreiber von Pflegeeinrichtungen können sie für die bedürfnisorientierte Qualitätsentwicklung ihrer Angebote heranziehen. So wird es besser möglich, Pflege im Sinne der Menschen zu gestalten, für die sie da ist. ■

Daniela Sulmann leitet den Bereich Projekte beim Zentrum für Qualität in der Pflege, **Dr. Patrick Schnapp** ist dort Projektleiter.

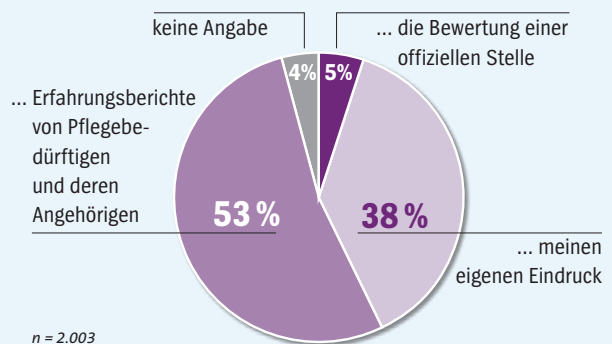
Hauptsache, gut versorgt

Der Bedarf an Informationen zur Qualität von Pflegeangeboten ist groß. Das war das Ergebnis einer repräsentativen Befragung von gut 2.000 volljährigen Bürgern, die das Zentrum für Qualität in der Pflege im Oktober und November 2015 vorgenommen hat. Die Erkenntnisse daraus flossen in die aktuelle Studie im Auftrag des AOK-Bundesverbandes und des ZQP ein, bei der erstmals gezielt die Informationswünsche Pflegebedürftiger erfragt wurden.

In der 2015 durchgeführten Befragung gaben die meisten Teilnehmer (**94 Prozent**) an, das Thema **Pflegequalität** sei ihnen **wichtig (36 Prozent)** oder sogar **sehr wichtig (58 Prozent)**. Gut zwei Drittel (**70 Prozent**) waren davon überzeugt, dass sich die Pflegequalität **von Einrichtung zu Einrichtung stark unterscheidet**. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass nahezu allen Befragten (**96 Prozent**) im Bedarfsfall **verlässliche Informationen** über die Qualität von Pflegeangeboten **wichtig oder sehr wichtig** waren.

Bei der Frage, auf welche Informationsquellen sie sich bei der Auswahl eines Pflegeangebotes am ehesten verlassen würden, zeigte sich, dass die vorhandenen Angebote an den Bedürfnissen der Versicherten vorbeigehen.

Ich würde mich verlassen auf ...



Bei der Befragung im Jahr 2015 zeichnete sich auch ab, welche Themen den Bundesbürgern bei der Auswahl eines Pflegeangebots am Herzen liegen.

Gewünscht werden Informationen über:

die fachliche Richtigkeit der Pflege, z. B. Hygiene, Wundversorgung, Ernährung oder Mobilisierung

77%

die Qualifikation des Pflegepersonals

51%

die personelle Ausstattung bzw. den Anteil des Pflegefachpersonals

46%

n = 2.003, max. drei Nennungen möglich

Quelle: ZQP



- Internes Qualitätsmanagement
- Qualitätsdialog

Den Menschen im Blick

Das zweite Pflegestärkungsgesetz sieht vor, dass ab 2018 die Ergebnisqualität in der stationären Pflege anhand von Indikatoren gemessen werden soll. Der Diözesan-Caritasverband Münster erprobt diesen neuen Qualitätsansatz bereits, berichtet [Natalie Albert](#).

Schon seit 2012 sammelt der Diözesan-Caritasverband Münster unter wissenschaftlicher Begleitung des Bielefelder Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) Erfahrungen mit dem „Ergebnisorientierten Qualitätsmodell Münster – EQMS“. Mittlerweile wird das Verfahren in 90 Einrichtungen erprobt.

Relevante Kennzahlen. Auch das Seniorenzentrum St.-Elisabeth-Haus im niederrheinischen Xanten nimmt seit vier Jahren an dem Projekt teil. Alle sechs Monate werden seitdem für die mehr als 60 Bewohner des Hauses bestimmte Indikatoren erhoben. Diese umfassen zum einen Module aus dem Neuen Begutachtungsinstrument (NBA), anhand dessen die Prüfdiens-te der Krankenversicherung seit Anfang dieses Jahres den Grad der Pflegebedürftigkeit einschätzen, zum anderen weitere pflegefachlich relevante Kennzahlen. Gab es Stürze mit gravierenden Folgen? Konnte die Mobilität der Bewohner erhalten werden? Solche und andere Daten erheben geschulte Mitarbeitende in allen teilnehmenden Einrichtungen für jeden einzelnen Bewohner.

Die Erfassung dauert etwa eine Viertelstunde pro Person. Eine Verknüpfung mit dem internen Qualitätsmanagement ist dabei sinnvoll und beabsichtigt. „Wir haben entschieden, dass die Pflegefachkräfte gemeinsam mit der Pflegedienstleitung die Daten erheben“, erklärt die Pflegedienstleiterin des St.-Elisabeth-Hauses, Sabine Graefenstein-Pontkees. „Die Erfassung dient gleichzeitig als Pflegevisite, zur Evaluation des Pflegeprozesses und als Grundlage für Fallbesprechungen.“

Wertvolle Synergien. Das IPW wertet die erhobenen Daten aus und bildet anhand klar definierter Risikogruppen und Ausschlusskriterien Durchschnittswerte, die eine Vergleichbarkeit der Einrichtungen ermöglichen. Die Wissenschaftler erstellen dann Berichte, aus denen die jeweilige Einrichtung erfährt, ob es in bestimmten Bereichen Veränderungen gab und wie sie im Vergleich zu anderen Projektteilnehmern dasteht. „Gemeinsam reflektieren wir die Ergebnisse, hinterfragen Prozesse und erarbeiten Lösungen“, sagt Sabine Graefenstein-Pontkees. „Die Erkenntnisse fließen in unser Qualitätsmanagement ein.“

» Wir profitieren von Synergieeffekten.«

Gut gerüstet. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum Jahresbeginn stellte für stationäre Altenpflegeeinrichtungen eine einschneidende Veränderung dar. Doch im St.-Elisabeth-Haus sei der Umstieg auf das neue System dank EQMS nicht schwergefallen, sagt die Pflegedienstleiterin: „Die Systeme passen gut zueinander und ergänzen sich in ihrem Informationsgehalt. Gerade nach Einführung des NBA profitieren wir von Synergieeffekten.“ Die Pflegekräfte erkennen bei der Erhebung der Indikatoren schnell, ob es zu pflegegradrelevanten Veränderungen gekommen ist oder ob Maßnahmen evaluiert werden müssen. Umgekehrt deuten Abweichungen in der Pflegedokumentation auf veränderte Unterstützungsbedarfe hin, die den Pflegegrad oder die Qualität beeinflussen.

Im EQMS-Projekt wurden nach Anleitung des IPW Prüfungen durchgeführt, die die interne Erhebung mit externen Qualitätsprüfungen verknüpfen. Auch das St.-Elisabeth-Haus nahm daran teil. Die eigens geschulten Qualitätsprüfer konnten gut erkennen, ob die Daten richtig erhoben waren und die jeweilige Situation des Bewohners widerspiegeln, ob Risiken richtig eingeschätzt und Maßnahmen bedarfsorientiert geplant wurden, ob die Pflegekräfte fachlich versiert arbeiteten und ob die Bewohner zufrieden waren. Bei dieser Vorgehensweise ist der Fokus verstärkt auf die Versorgung der Bewohner gerichtet. Die Pflegedokumentation ist eine Informationsquelle, für die Beurteilung der Versorgungsqualität ist aber nicht die dokumentierte Maßnahme, sondern das bewirkte Ergebnis ausschlaggebend.

Einrichtungen und Bildungsinstitute sind gut beraten, sich vor der Einführung der Indikatoren gründlich auf das neue System vorzubereiten. Eine große Herausforderung wird darin bestehen, die Prozesse in den Häusern für die Erhebungen anzupassen. Zudem müssen Inhalte zur Bewertung der Indikatoren und zur Interpretation der Ergebnisse in den Fachseminaren, in Fort- und Weiterbildungen sowie Studiengängen implementiert werden. Und nicht zuletzt muss für das gesamte Datenmanagement eine Infrastruktur aufgebaut werden, an der auch die Anbieter von Pflegedokumentation mitwirken sollten. ■

Natalie Albert leitet das Projekt EQMS beim Caritasverband für die Diözese Münster.



- Internes Qualitätsmanagement
- Externe Qualitätsprüfung
- Qualitätsdialog

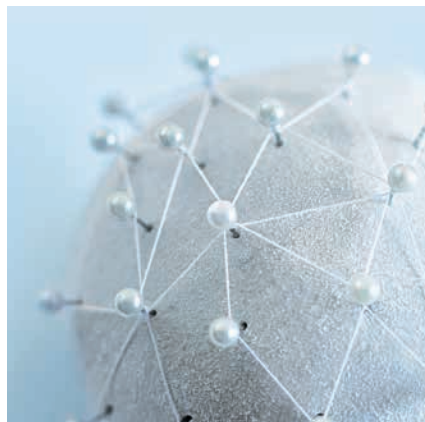
Geschickt verknüpft

Wie lassen sich interne Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Pflege und die Prüfungen durch externe Prüfdienste sinnvoll miteinander verknüpfen? Um diese Frage ging es im Projekt ExQualiBuR. **Frank Schlerfer** zieht eine erste Bilanz.

Hinter der Abkürzung ExQualiBuR verbirgt sich das Projekt „Externe Qualitätsbeurteilung und -beratung im Rahmen der indikatorengestützten Bewertung von Versorgungsergebnissen“. Schon jetzt führen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung jährliche Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durch. Im Rahmen des Projekts ExQualiBuR wurde nun im Jahr 2016 bei rund 40 Einrichtungen eine Verknüpfung von interner und externer Qualitätssicherung erprobt.

Mit vereinten Kräften. ExQualiBuR war ein Kooperationsvorhaben, bei dem der AOK-Bundesverband, zwei Wohlfahrtsverbände (Diözesan-Caritasverbände Köln und Münster), das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) sowie externe Prüfdienste (MDK und PKV-Prüfdienste) zusammenarbeiteten. Ziel war es, gemeinsam eine neue Form der externen Prüfung zu erproben, die auf dem 2009/2010 für das Bundesgesundheitsministerium erarbeiteten Indikatorenansatz zur Beurteilung von Ergebnisqualität basiert. Das Projekt sollte einen Beitrag zur Ausgestaltung zukünftiger externer Prüfungen leisten und die Bemühungen der Selbstverwaltung zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben unterstützen.

Die Prüfungen fanden in Einrichtungen statt, die sich bereits an den Projekten EQMS (siehe Seite 10) und EQisA („Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“) beteiligten. In Kooperation mit dem IPW wurde in diesen Einrichtungen



zwei Mal pro Jahr die Ergebnisqualität für alle Bewohner anhand bestimmter Indikatoren systematisch beurteilt.

Neuer Ansatz im Test. Im Projekt ExQualiBuR wurden neue Formen externer Prüfungen (weiter-)entwickelt und praktisch erprobt. Dabei sollte zunächst die Angemessenheit der indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung betrachtet werden. Ergab die Qualitätsbeurteilung Hinweise auf gravierende Qualitätsdefizite, so wurden diese unter Einbeziehung von Strukturen und Prozessen differenziert überprüft und Empfehlungen formuliert. Die externen Prüfdienste berieten auf dieser Grundlage betroffene Einrichtungen darüber, wie sie Qualitätsdefizite abstellen und Verbesserungen in Bereichen mit schlechter Ergebnisqualität erreichen könnten.

Der Prüfdienst der PKV beteiligte sich mit vier erfahrenen Auditoren an dem Projekt, die in 16 Einrichtungen eine externe Qualitätsbeurteilung durchführten. Dabei überprüften sie stichprobenartig die Plausibilität der Daten, die die

Einrichtungen anhand der Ergebnisindikatoren erhoben hatten. Daran schloss sich eine Beratung zu Verbesserungspotenzialen an.

Konstruktiver Dialog. Als Fazit ist festzuhalten: Die systemische Betrachtung von Abweichungen und Auffälligkeiten ist deutlich zielorientierter als das derzeit praktizierte Verfahren, bei dem einzelne Qualitätsaspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität isoliert bewertet werden. Der Dialog mit den Vertretern der Einrichtungen gestaltete sich kooperativer und konstruktiver. Die Möglichkeit, die Versorgungssituation des Pflegebedürftigen und die Strukturen der Einrichtung gemeinsam differenziert zu betrachten, eröffnete neue Perspektiven.

Dieses Vorgehen war mit einem höheren Aufwand verbunden. Auch die fachlichen Anforderungen an die Prüfer waren anspruchsvoller. Die Beratungen waren intensiver und gingen weit über das bisher übliche Maß hinaus. Die Prüfer waren aber hoch motiviert und begrüßten es, ihre Fachkompetenz und Berufserfahrung in die Beratungsgespräche einbringen zu können. Dies wurde auch von Einrichtungsvertretern geschätzt. Aus Sicht des PKV-Prüfdienstes kann bestätigt werden, dass eine externe Überprüfung der Ergebniserfassung prinzipiell möglich ist. Die Erfahrungen aus dem Projekt ExQualiBuR sind eine hilfreiche Ergänzung zu den Bemühungen der Selbstverwaltung um die Entwicklung neuer Prüfverfahren. ■

Frank Schlerfer leitet die Abteilung „Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen“ beim Verband der Privaten Krankenversicherung.



- Internes Qualitätsmanagement
- Qualitätsdialog



»Wir wollen keinen Datenfriede

Wie wirksam sind bestimmte Pflegemaßnahmen? Diese und andere wichtige Fragen beantwortet ein neues, auf einer Onlinedatenbank basierendes Konzept zur Qualitätssteuerung in Altenpflegeeinrichtungen. **Silke Heller-Jung** hat es sich angesehen.

Die Bewegungsstunde im St. Antonius Altenheim in Düsseldorf-Hassels steht an diesem Montagmorgen unter dem Motto „Urlaub an der Nordsee“. Zum Aufwärmen wird geschunkelt. Die Senioren zeigen auf imaginäre Möwen am Himmel, machen Schwimmbewegungen und rubbeln sich mit einem Handtuch ab. Dann breitet Übungsleiterin Marion Hayen ein buntes Schwungtuch aus, und die Teilnehmer lassen einen Wasserball auf den „Wellen“ tanzen. Die Sportstunde macht den Bewohnern Spaß; zugleich hilft das spielerische Training dabei, die Sturzgefahr zu verringern.

Bei der Überlegung, das bunte Freizeitprogramm des Hauses um dieses spezielle Bewegungsangebot zu ergänzen, verließ sich Qualitätsmanagerin Gabriele Heller nicht allein auf ihre langjährige Erfahrung. Sie konnte sich dabei auch auf Qualitätskennzahlen stützen, die auf der Basis sogenannter Ergebnisindikatoren den Gesundheitszustand der 67 Bewohner und dessen Entwicklung detailliert abbilden.

Qualität im Blick. Anfang 2017 startete im St. Antonius Altenheim und rund 150 weiteren katholischen Einrichtungen bundesweit das webbasierte Lernprojekt „inQS – indikatorengestützte Qualitätsförderung“ des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln. Während bei den Qualitätsprüfungen

durch die Prüfdienste der Krankenversicherung derzeit noch die Strukturen und Prozesse im Vordergrund stehen („Wird das individuelle Sturzrisiko der Bewohner erfasst?“), legt inQS den Fokus darauf, „was bei den Bewohnerinnen und Bewohnern tatsächlich ankommt“, erklärt Dr. Heidemarie Kelleter, Referentin für Qualitätsberatung beim Diözesan-Caritasverband Köln. Anhand wissenschaftlich fundierter Indikatoren wird in halbjährlichen Abständen für jeden einzelnen Bewohner, der der Erhebung zugestimmt hat, erfasst, zu welchen konkreten Ergebnissen die Pflege bei ihr oder ihm geführt hat. So lässt sich etwa nachvollziehen, ob es gelungen ist, die Mobilität der Bewohner zu erhalten oder zu verbessern.

Auf neuen Wegen. Das St. Antonius Altenheim, das zur katholischen Kplus-Gruppe gehört, geht auf dem Gebiet der Qualitätssicherung schon länger neue Wege. So beteiligte sich das Haus als eine von insgesamt 247 Einrichtungen bundesweit zwischen 2012 und 2016 an dem Modellprojekt „EQisA – Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. In diesem Projekt erprobten der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln und das Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld (IPW) gemeinsam ein Konzept zur indikatorengestützten Erfassung und Beurteilung der Ergebnisqualität in Altenhilfeeinrichtungen, das



Der stellvertretende Pflegedienstleiter David Geraedts ist mit inQS sehr zufrieden. Die Ergebnisse der Datenauswertungen werden übersichtlich nach dem Ampelsystem aufbereitet. Rot heißt: „Aufgepasst!“



Spiel, Spaß und Gesundheitsförderung: Um Stürzen vorzubeugen, hat das Düsseldorfer St. Antonius Altenheim sein Bewegungsangebot erweitert.



Gabriele Heller (links), die Qualitätsmanagerin der Senioreneinrichtungen der Kplus-Gruppe, diskutiert mit Projektleiterin Heidemarie Kelleter die Ergebnisse der aktuellen Auswertung.

hof«

von dem Bielefelder Pflegewissenschaftler Dr. Klaus Wingefeld und anderen 2011 erstellt und seitdem weiterentwickelt wurde.

Infos auf Knopfdruck. Als das Ende der Projektlaufzeit näher rückte, fragten die teilnehmenden Einrichtungen immer dringlicher, wie es denn anschließend weitergehe, erinnert sich Heidemarie Kelleter. „Kein Wunder“, lacht Qualitätsmanagerin Gabriele Heller. „Wenn man sich einmal daran gewöhnt hat, Zahlen zu bekommen, mit denen man etwas anfangen kann, möchte man das nicht mehr missen.“ Innerhalb weniger Monate hob der Diözesan-Caritasverband Köln daraufhin das Projekt inQS aus der Taufe, das an EQisA anknüpft, den Ansatz aber deutlich weiterentwickelt. So stand für Heidemarie Kelleter schnell fest: „Ohne Digitalisierung können wir solche Datenmengen auf Dauer nicht erfassen und auswerten.“ Wurden bei EQisA anfangs noch kartonweise Papierbögen zur Auswertung nach Köln und Bielefeld gekarrt, so werden die Daten bei inQs anonymisiert online in eine Datenbank eingespeist; sie können dann auf Knopfdruck ausgewertet und mit den Ergebnissen anderer Einrichtungen verglichen werden. Erfassungen und Auswertungen stehen den Einrichtungen zudem im Download zur Verfügung. „Wenn die Erhebung am 31. Mai um Mitternacht abgeschlossen ist, haben wir am 1. Juni die Auswertung und können sofort damit arbeiten“, sagt Heidemarie Kelleter.

» Daten, die keine Erkenntnisse bringen, erheben wir nicht.«

Grüne Zahlenfelder machen deutlich, wo die Einrichtung besonders gut dasteht, gelb bedeutet „durchschnittlich“. Rot hinterlegte Zahlen zeigen an, wo noch Verbesserungsbedarf besteht. „Bei uns lagen die Ergebnisse beim Stichpunkt ‚Sturz mit Folgen‘ unter dem Durchschnitt“, berichtet Gabriele Heller. „Jetzt haben wir einen Kooperationsvertrag mit einem Sportverein, um die Mobilität der Bewohner zu stärken, und hoffen, dass die Sturzquote sinkt.“ Ob sich Angebote wie der „Urlaub an der Nordsee“ dabei bewähren, wird sich in den nächsten Auswertungsrunden zeigen. Auch bei der Ursachenforschung bietet inQS Hilfestellung. So lässt sich etwa überprüfen, ob häufige Stürze mit bestimmten Erkrankungen oder Medikamenten korrelieren.

Konkreter Nutzen. Bei der Entwicklung achtete Heidemarie Kelleter besonders auf den praktischen Nutzwert: „Wir wollen keinen Datenfriedhof. Wir wollen, dass mit den Ergebnissen gearbeitet wird, um Abläufe zu verbessern, die Qualität zu steigern, Pflegekräfte optimal einzusetzen und auf diese Weise zu entlasten. Daten, die keine Erkenntnisse bringen, erheben wir erst gar nicht.“ Die bei EQisA erprobten Indikatoren wurden überarbeitet und um weitere ergänzt. Integriert wurden auch die sechs Module des Neuen Begutachtungsinstruments (NBA), anhand dessen die Prüfdienste der Krankenversicherung seit Jahresbeginn den Grad der Pflegebedürftigkeit einschätzen. Dabei ist nicht mehr der Hilfebedarf, sondern der Grad der Selbstständigkeit der Maßstab. Darauf fußt auch die Qualitätsmessung mit Ergebnisindikatoren; die Umstellung auf das NBA klappte in den teilnehmenden Einrichtungen daher reibungslos. „Die Mitarbeiter sind dafür sensibilisiert, Potenziale zu erkennen, die Selbstständigkeit zu fördern und in kleinen Schritten auszubauen“, erklärt Heidemarie Kelleter. „Von der Einschätzung der Selbstständigkeit hängen ihre pflegerischen Entscheidungen ab.“

Anerkannte Kompetenz. Ganz bewusst liegt bei inQS die Datenerhebung in den Händen der Pflegefachkräfte; aus möglichst vielen unterschiedlichen Einschätzungen soll so ein differenziertes Gesamtbild entstehen. Für die Datenerhebung haben sie jeweils einen Monat Zeit. Erst wenn alle relevanten Felder ausgefüllt sind, lässt sich die Eingabemaske schließen. Danach können Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagerin und Projektleitung mit den Daten arbeiten. „Dabei sieht jeder jeweils nur das, was er braucht“, fasst Heidemarie Kelleter zusammen.

Das Echo aus den Einrichtungen ist positiv, der Kreis der teilnehmenden Pflegeheime wächst. Auch bei den Pflegefachkräften stößt inQS auf Zustimmung. „Das klappt alles reibungslos“, lobt David Geraedts, der stellvertretende Pflegedienstleiter im St. Antonius Altenheim, und verweist auf einen weiteren positiven Nebeneffekt: „Die Kennzahlen weisen über die Pflegedokumentation hinaus Erfolge nach. Das motiviert.“ ■

Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen.

Neue Perspektiven für die Pflege

Bei der Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Pflege bahnt sich ein Kurswechsel an. Wohin die Reise im ambulanten Bereich geht und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen, loten **Andreas Büscher** und **Klaus Wingenfeld** aus.

Seit 2008 gibt es in Deutschland verstärkt Bemühungen, die Qualitätsbeurteilungen und Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege zu modernisieren. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz schrieb damals vor, bei Qualitätsbeurteilungen die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt zu stellen, also die Frage, was pflegerische Maßnahmen beim Adressaten bewirken. Damit griff man die langjährige Kritik an der einseitigen Ausrichtung von Qualitätsprüfungen an Strukturen und Prozessen auf.

Für die Umsetzung konnte jedoch keine überzeugende Lösung gefunden werden. Es entstanden die sogenannten Transparenzberichte mit dem umstrittenen System der „Pflegernoten“, die in naher Zukunft wieder abgeschafft werden sollen. Inzwischen hat das zweite Pflegestärkungsgesetz eine erhöhte Verbindlichkeit für die Umsetzung neuer Ansätze der Qualitätsbeurteilung geschaffen. Es schreibt die Entwicklung und Einführung eines neuen Konzepts für externe Qualitätsprüfungen für die verschiedenen Versorgungsformen vor, so auch für die ambulante Pflege. Außerdem soll es ein neues Konzept für öffentliche Qualitätsberichte geben, mit denen die Transparenzberichte und Pflegernoten ersetzt werden – und dies alles innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums.

Einflussfaktor Familie. Was dies für die ambulante Pflege letztlich bedeutet, ist im Unterschied zur stationären Langzeitpflege noch nicht ganz absehbar. Dort liegt seit 2011 ein Ansatz zur indikatoren-gestützten Beurteilung von Ergebnisqua-



Auch für die ambulante Pflege wird derzeit ein neues Konzept zur Qualitätsprüfung entwickelt – und bereits mit Spannung erwartet.

lität vor, der im Auftrag der Bundesministerien für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entwickelt und erprobt wurde. Mit diesem Ansatz sind eine Aufwertung des internen Qualitätsmanagements und eine Reorganisation der externen Qualitätsprüfungen verbunden. Er wird die Art der Qualitätsbeurteilung in diesem Versorgungsbereich erheblich verändern.

Für die ambulante Pflege gab es bislang keine analogen Entwicklungen. Hier stellt die Erfassung und Bewertung von Versorgungsergebnissen eine größere Herausforderung dar. Klassische Ergebnisindikatoren aus der stationären Versorgung, etwa Dekubitusentstehung oder Mobilitätserhalt, sind im ambulanten Bereich nicht ohne Weiteres nutzbar. Denn dort gibt es häufig eine geteilte Versorgungsverantwortung, in der der Einfluss eines ambulanten Pflegedienstes insbesondere durch den starken Einfluss der pflegenden Angehörigen auf das Versorgungsergebnis überdeckt wird. Ambulante Dienste haben außerdem meist einen sachlich und zeitlich eng begrenzten Auftrag. Sie sind nur während eines relativ kurzen Ab-

schnitts des Tages und oft auch nicht an jedem Tag der Woche präsent. Das bedeutet: Ein maßgeblicher Einfluss der Mitarbeiter des Pflegedienstes darauf, welche Ergebnisse mit der pflegerischen Unterstützung erreicht werden können, kann nur in bestimmten Bereichen unterstellt werden.

Vor neuen Aufgaben. Eine weitere Herausforderung ergibt sich gegenwärtig durch die Parallelität mit der Umstellung der Versorgung, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angestoßen wurde. Durch diese Umstellung erweitert sich der Aktionsspielraum der ambulanten Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung erheblich. Damit stellt sich auch die Frage, welche neuen Aufgabenbereiche der Pflege bei zukünftigen externen Prüfungen zu berücksichtigen sind.

Die wichtigste Herausforderung besteht jedoch darin, den übermäßigen Formalismus bei der Qualitätsbeurteilung, der mit den Pflegernoten entstanden ist, zurückzudrängen und bei Qualitätsbewertungen wieder die Kernaufgaben der Pflege in den Mittelpunkt zu stellen. Mit hohen Erwartungen wird daher der Veröffentlichung eines neuen Verfahrens entgegengesehen, mit dem – so steht zu hoffen – eine bessere Harmonisierung interner Qualitätsentwicklung und externer Qualitätsprüfung zur Steigerung der Versorgungsqualität einhergehen wird. ■

Dr. Klaus Wingenfeld ist Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld. **Prof. Andreas Büscher** lehrt Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück.



Auf das Ergebnis kommt es an

Wie misst man die Qualität in der ambulanten Pflege? Und wie können pflegebedürftige Menschen davon profitieren? Antworten auf diese Fragen soll ein Projekt in Nordrhein-Westfalen geben. **Nicole Rusche** und **Franz Schumacher** stellen es vor.

Die Beurteilung von Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege ist grundsätzlich möglich, die praktische Umsetzung bedarf jedoch noch vertiefender Forschungen. Das war das Fazit der „Voruntersuchungen zur Ausgestaltung von Rahmenbedingungen und Inhalten zur Messbarkeit der Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege“, die das Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft (IPW) und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012 gemeinsam vornahmen.

Bei diesen Voruntersuchungen wurde deutlich, dass die Ergebnisorientierung und -qualität aufgrund fehlender Rahmenbedingungen bislang zu wenig berücksichtigt wurde. Darüber hinaus zeigte sich die Notwendigkeit, die individuellen Problem- und Bedarfslagen der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen stärker in den Fokus zu stellen, um so deren (Selbst-)Pflegekompetenz gezielt fördern, häusliche Versorgungssituationen stabilisieren und somit zunehmend ergebnisorientiert handeln zu können. Dazu gehören auch Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Lösungen für komplexe Problemlagen.

Kennzahlen für die Pflege. Vor diesem Hintergrund führt das IPW Bielefeld seit dem 1. Januar 2016 das Projekt „Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege“ durch. Projektpartner sind der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband NRW, der Caritasverband für die Diözese Münster und der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln. Das Vorhaben wird von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW im Rahmen des Programmschwerpunktes „Pflege inklusiv“ gefördert.

Das Ziel dieses Projekts ist es, die im Vorgängerprojekt gemachten Erfahrungen zu vertiefen, vor allem unter der Fragestellung: „Gibt es Indikatoren der Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege?“ Außerdem wird untersucht, inwiefern die Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege nach den Pflegestärkungsgesetzen I, II und III in der Praxis umgesetzt werden kann. Zusätzlich soll das Projekt Erkenntnisse darüber liefern, inwieweit Kriterien und Kennzahlen für die Erfassung von Versorgungsergebnissen in der ambulanten Pflege ange-

wendet werden können, die gleichzeitig auch den Nutzen pflegerischer Unterstützung für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen fördern. Daher nimmt die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Konzepts zur Stärkung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege einen zentralen Anteil ein.

Vier zentrale Themenfelder. In einer ersten Projektphase legten das IPW, die drei Kooperationspartner und insgesamt neun ambulante Pflegedienste vier zentrale zu überprüfende Themen fest: „Mobilitätsförderung“, „Förderung der Pflegekompetenz von Angehörigen“, „Unterstützung bei herausforderndem Verhalten“ und „Prävention bei Pflegebedürftigkeit“. Hierzu erarbeiteten sie themenspezifische Konzeptbausteine und Arbeitshilfen. Zusätzlich wurden Instrumente zur Ergebniserfassung und -beurteilung entwickelt und – nach ersten Vortestungen –

nochmals überarbeitet. Seit Juni 2017 werden diese Instrumente nun in der Praxis erprobt. Der Erprobungsrahmen wurde um weitere ambulante Pflegedienste erweitert und, verteilt über weitere Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW, erhöht. Alle teilnehmenden Pflegedienste überprüfen zurzeit die bisher entwickelten Instrumente auf ihre Praxistauglichkeit.

Frühestens zu Beginn des Jahres 2018 können nach der Evaluation erste Aussagen über eine relevante Ergebnisorientierung und auch über Indikatoren der Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege geliefert werden. Als erstes Resümee wird allerdings deutlich: Die Suche nach messbaren und praxistauglichen Indikatoren zur Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege stellt eine große Herausforderung dar, da komplexe und sehr unterschiedliche spezifische Versorgungssituationen in den Haushalten vorliegen und die bundesweit oft angewandten starren Leistungskomplexsysteme einer Ergebnisorientierung ambulanter Pflege im Wege stehen. ■

Nicole Rusche leitet beim Caritasverband für die Diözese Münster das Projekt EQambulant. Franz Schumacher ist Fachreferent beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband NRW.

Die Suche nach praxistauglichen Indikatoren für die ambulante Pflege stellt eine Herausforderung dar.

Internes
Qualitätsmanagement
Externe
Qualitätsprüfung
Qualitätsdialog
Qualitätsdarstellung

Beitrag
Seite 8–9

Studie Qualitätskriterien Verbraucher (ZQP-Studie)

Zentrum für Qualität in der Pflege • AOK-Bundesverband • Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité
Zeitraum: Juni 2016–Juli 2017 · Stand Oktober 2017: abgeschlossen
Mehr Infos: www.zqp.de > Projekte

Beitrag
Seite 10

EQMS – Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster

Diözesan-Caritasverband Münster • Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
Zeitraum: seit 9/2011 · Stand Oktober 2017: laufend
Mehr Infos: www.caritas-muenster.de > Aktuelles > Projekte > EQMS

Beitrag
Seite 11

ExQualiBuR – Verknüpfung externer Prüfungen und interner Qualitätssicherung zur Beurteilung von Ergebnisqualität

IPW • Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) • Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung • Diözesan-Caritasverband Münster • Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln
Zeitraum: 1/2016–9/2016 · Stand Oktober 2017: abgeschlossen

Beitrag
Seite 12–13

inQS – Indikatorengestützte Qualitätsförderung

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln
Zeitraum: seit 1/2017, Laufzeit mind. vier Jahre · Stand Oktober 2017: laufend
Mehr Infos: caritas.erzbistum-koeln.de > Hilfe und Beratung > Pflege & Leben im Alter > Qualitätssicherung > Projekt inQS

Beitrag
Seite 17

MoPIP – Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege

Zentren für Alterns- und Pflegeforschung und für Sozialpolitik sowie Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen • Fakultät Gesundheitswesen der Ostfalia Hochschule Wolfsburg
Zeitraum: 6/2015–2/2017 · Stand Oktober 2017: abgeschlossen
Mehr Infos: www.socium.uni-bremen.de > Abteilungen > Gesundheit, Pflege und Alterssicherung > Projekte

Beitrag
Seite 15

EQ ambulant – Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege

IPW • Paritätischer Wohlfahrtsverband NRW • Diözesan-Caritasverband Münster und Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln
Zeitraum: seit 1/2016 · Stand Oktober 2017: laufend
Mehr Infos: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/projekte/eq_ambulant.html

Interview
Seite 18

Ambulant betreute Wohngruppen.

Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen

AGP Sozialforschung im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg, HWA Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt
Zeitraum: 10/2014–10/2016 · Stand Oktober 2017: abgeschlossen
Mehr Infos: Abschlussbericht zum Download unter www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Publikationen > Pflege

stationär

ambulant

alternative
Wohnformen



- Internes Qualitätsmanagement
- Qualitätsdialog
- Qualitätsdarstellung

Indikatoren auf dem Prüfstand

Die bisherigen Pflegenoten sollen durch eine Bewertung mittels Ergebnisindikatoren abgelöst werden. Wie das in der Praxis aussehen könnte, haben **Kathrin Seibert**, **Mathias Fünfstück**, **Heinz Rothgang** und **Stefan Görres** untersucht.

Im Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurden die Vertragspartner nach Paragraph 113 SGB XI aufgefordert, Anforderungen „an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich“ zu entwickeln. Im zweiten Pflegestärkungsgesetz wird der Übergang von Pflegenoten auf ein Bewertungssystem mit Ergebnisindikatoren angekündigt, das die Indikatoren aus dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ von Wingenfeld und Engels sowie die dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einbezieht.

Ein solches Umsetzungsprojekt zur modellhaften Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (kurz MoPIP genannt) führte die Universität Bremen von Juni 2015 bis Februar 2017 durch. Im Mittelpunkt stand die Frage, inwiefern die 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren aus dem von Wingenfeld und anderen entwickelten Indikatorenset für ein bundesweit einheitliches, indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität geeignet sind. In dieser prospektiven Beobachtungsstudie im Längsschnittdesign wurden in 62 Pflegeheimen aus fünf Bundesländern Daten von insgesamt 3.246 Pflegebedürftigen erhoben und auf dieser Basis die Eignung der Indikatoren in Bezug auf eine regelhafte, bundesweite Einführung in allen stationären Pflegeeinrichtungen untersucht.

Die Bewertungssystematik sollte vereinheitlicht werden.

Konkrete Empfehlungen. Die Ergebnisse: Bei fünf Indikatoren („Erhalt oder Verbesserung der Mobilität“, „Selbstständigkeitserhalt bei Alltagsverrichtungen“, „Dekubitusentstehung“, „Integrationsgespräch nach Heimeinzug“ und „Schmerzmanagement“) kann das Grundkonzept beibehalten werden. Drei Indikatoren („Stürze mit gravierenden Folgen“, „Unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ und „Gurtfixierungen“) sollten durch Änderungen von Items für die Erhebung modifiziert werden. Drei Indikatoren wurden neu entwickelt und zur Einführung vorgeschlagen (Schmerz, Blasenkontinenz, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung); bei zwei der

Originalindikatoren (Selbstständigkeitserhalt bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, Einschätzung von Verhaltensweisen) wird von einer Verwendung abgeraten. Bei neun Indikatoren sollte eine Risikoadjustierung mittels logistischer Regression durchgeführt, also der Einfluss von patientenindividuellen Risiken bei der Bewertung der Ergebnisse systematisch berücksichtigt werden. Die Bewertungssystematik sollte – bei Beibehaltung der Grundidee – entsprechend der vorgelegten Vorschläge vereinheitlicht werden.

Ein Goldstandard fehlt. Das vorgeschlagene Indikatorenset umfasst elf Indikatoren, von denen acht einen ergebnisbezogenen und drei einen prozessbezogenen Endpunkt messen. Acht der elf Indikatoren basieren auf den bisherigen Wingenfeld-Indikatoren. Bei einem bundesweiten Einsatz der Indika-

toren ist nicht auszuschließen, dass eine objektive Dateneingabe durch die Bestrebung der Einrichtungen nach guten Ergebnissen beeinflusst wird. Hier können EDV-gestützte Validitäts- und Vollständigkeitsprüfungen bei der Eingabe,

statistische Plausibilitätskontrollen oder externe Kontrollen die Qualität der Daten erhöhen. Sichergestellt wurde, dass nur Indikatoren einbezogen werden, die durch die Pflege beziehungsweise die Organisation der Pflegeeinrichtung beeinflusst werden können. Eine Überprüfung der Indikatoren auf Validität konnte nicht durchgeführt werden, es fehlt ein Goldstandard. Weitere Untersuchungen sollten klären, in welchem Maße die Indikatoren geeignet sind, tatsächlich „Qualität“ und damit auch Veränderungen in der Qualität aufzuzeigen. ■

Prof. Dr. Stefan Görres gehört dem Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen an, an dem **Kathrin Seibert** als Wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig ist.

Prof. Dr. Heinz Rothgang leitet die Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen, **Mathias Fünfstück** ist dort Wissenschaftlicher Mitarbeiter.



- Internes Qualitätsmanagement
- Externe Qualitätsprüfung



Prof. Dr. Thomas Klie ist Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaft an der Evangelischen Hochschule Freiburg.

»Qualitätsentwicklung sollte ein Lernfeld sein«

Immer mehr Senioren möchten gern so lange wie möglich weitgehend selbstbestimmt leben. Alternative Wohnformen tragen diesem Wunsch Rechnung. Wo die Stärken solcher Wohnangebote liegen und wie sich diese fördern lassen, weiß **Thomas Klie**.

Nicht ins Heim, nicht zu Hause – welche Alternativen haben Pflegebedürftige?

Ambulant betreute Wohngemeinschaften haben sich in Deutschland inzwischen recht breit etabliert. Die besondere Qualität dieser Mischform zwischen häuslicher und kollektiver Versorgung liegt in dem sich ergänzenden Miteinander von Professionellen, die für hohe Fachlichkeit geradestehen, beruflich Tätigen, die die Verlässlichkeit von Assistenzleistungen gewährleisten, An- und Zugehörigen, die aufgrund ihrer affektiven Bindung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern eine besondere Beziehungsqualität einbringen, und Freiwilligen, die insbesondere alltagsbegleitende Aufgaben wahrnehmen. In diesem Miteinander wird auch in besonderer Weise Qualitätssicherung praktiziert, indem sich die unterschiedlichen Akteure gegenseitig ergänzen, aber auch kontrollieren.

Passen die klassischen Instrumente zur Qualitätssicherung in der Altenpflege auf diese neuen Wohnformen?

Diese Instrumente der Qualitätssicherung gehen auf den industriellen Sektor zurück. Sie setzen Großorganisationen voraus, die in der Lage sind, die anspruchsvollen bürokratischen Anforderungen an die Logik der Qualitätssicherung zu erfüllen. Kleine Einrichtungen, insbesondere solche, die bürgerschaftlich mitverantwortet werden, stoßen da an Leistungsgrenzen. Es besteht die Gefahr, dass selbstverantwortete und -organisierte Wohngemeinschaften durch eine Perfektionierung von formalen Qualitätssicherungsansätzen eher behindert als befördert werden. Die

besondere Qualität geteilter Verantwortungskonzepte erfordert spezifische Qualitätsstrategien. Sie verdienen wesentlich mehr Unterstützung.

Was sollte alternativ oder zusätzlich berücksichtigt werden?

Im Bericht zur Untersuchung der ambulant betreuten Wohngemeinschaften des Bundesgesundheitsministeriums wird

» Eine von Misstrauen geprägte Qualitätskontrolle sendet falsche Signale. «

empfohlen, die besondere Qualität, die in dem beschriebenen personellen Miteinander liegt, zu unterstützen. Dies könnte geschehen, indem man die Voraussetzungen für die Gewährung des Wohngruppenzuschlages ändert oder im Heimrecht die Einbeziehung von An- und Zugehörigen sowie Freiwilligen als zentralen Qualitätsmaßstab stärker akzentuiert. Auch eine Flexibilisierung der Leistungserbringung in stationären Einrichtungen, die die Einbeziehung von An- und Zugehörigen ermöglicht, wäre sinnvoll. Eine von Misstrauen geprägte Qualitätskontrolle sendet falsche Signale in der auf Innovation angewiesenen Landschaft der Altenpflege. Die Instanzen der Qualitätssicherung sollten Einrichtungen und Dienste auf dem Weg zu neuen innovativen Versorgungsformen begleiten, sei es nun auf ordnungs- oder sozialleistungsrechtlicher Basis.

Worin liegen die größten Herausforderungen?

Die liegen meines Erachtens in der ambulanten, in der häuslichen Pflege. Hier übersehen wir systematische Überforderungssituationen. Insofern sind subjektorientierte Ansätze der Qualitätssicherung in besonderer Weise gefragt, wenn nicht nur Einrichtungen und Dienste, sondern die Pflegesituation insgesamt in den Blick genommen werden soll. Für ambulant betreute Wohngemeinschaften besteht die Herausforderung darin, den Ansatz der Hybridität, den Hilfe-Mix, in die Vorstellung von Qualität und Qualitätssicherung zu integrieren.

Wie kann eine Qualitätssicherung für alternative Wohnformen aussehen?

Die Qualitätsentwicklung sollte ein Lernfeld für alle Beteiligten, auch für die Aufsichtsbehörden, sein. Die Qualitätssicherung in diesem Bereich erfordert eine verteilte Qualitätsverantwortung: Die Professionellen müssen in der Leistungserbringung die Einhaltung fachlicher Standards gewährleisten und dabei ihre eigenen Qualitätsstandards zugrunde legen. Gleichzeitig müssen sie im Rahmen der individuellen Hilfe und Pflegeplanung sicherstellen, dass auch bei Beteiligung von Nichtprofessionellen der fachliche „State of the Art“ beachtet wird. Peergroup-Reviews und kollegiale Beratung bewähren sich in Bezug auf ambulant betreute Wohngemeinschaften weit mehr als ordnungsbehördliche Ansätze, bei denen die Gefahr besteht, die Innovation einem bestimmten Qualitätskorsett zu unterwerfen. Hybride Formen bedürfen eher der Unterstützung und der kritischen Begleitung. ■