

Mehr Transparenz



Heime in Deutschland pflegen Menschen durchweg mit bester Qualität – das besagen zumindest die Noten, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen vergibt. Doch wenn fast alle eine Eins oder Zwei bekommen, ist Skepsis angebracht. [Heidemarie Kelleter](#) und [Nadine-Michèle Szepan](#) beschreiben ein neues Bewertungssystem für die stationäre Pflege, das Pflegebedürftigen, Pflegekassen und Einrichtungen mehr Durchblick bringt.

in der Pflege

Das Prinzip wirkt zunächst überzeugend: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bewertet die Qualität von Pflegeeinrichtungen (siehe Kasten „Pflege nach Noten“ auf dieser Seite). Das soll Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Wahl eines Heimes erleichtern und die Einrichtungen motivieren, die Qualität zu verbessern. Doch die Pflegenoten stehen seit ihrer Einführung durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2009 in der Kritik. Das Problem: Fast alle stationären Einrichtungen erhalten beste Noten – im Jahr 2013 im bundesweiten Durchschnitt eine 1,2. In Baden-Württemberg und Sachsen liegt die Durchschnittsnote gar bei einer glatten Eins. 95,4 Prozent der Heime haben beim „Pflege-TÜV“ mit 2,0 oder besser abgeschnitten (siehe Tabelle „Pflegenoten zeigen kaum Unterschiede“ auf Seite 32). In seiner heutigen Fassung bietet das Bewertungssystem keine Orientierungshilfe – weder für die Pflegebedürftigen noch für die Heime. Aber auch für die Prüfinstanzen – MDK und Prüfdienst der privaten Krankenversicherung – und die Pflegekassen wie für die Politik hat das aktuelle Notensystem Grenzen. Das Pflege-neu-ausrichtungsgesetz, im Oktober 2012 in Kraft getreten, hat deshalb die Weichen für eine Reform gestellt. Umgesetzt ist bislang allerdings nichts.

Medizinischer Dienst bewertet Strukturen. Die Pflegenoten in ihrer heutigen Fassung dienen in erster Linie der Außendarstellung. Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Qualität lassen sich daraus nur begrenzt gewinnen. Informationen beispielsweise über die Zahl der Stürze von Bewohnern und Sturzfolgen erhalten die Heime nicht über die MDK-Prüfung. Vielmehr prüft der MDK, ob die Einrichtung ein individuelles Sturzrisiko erfasst hat. Die Prüfungen beziehen sich heute überwiegend auf die Struktur einer Einrichtung – beispielsweise Größe, Personal, Zimmer, Essensangebot – und auf dokumentierte Prozesse der Pflege und Betreuung wie eben beispielsweise die Sturzerfassung. Um Ergebnisse der Pflege, wie den Erhalt oder die Förderung von Selbstständigkeit, geht es im Pflege-TÜV dagegen nicht. Die Ergebnisse sind jedoch die entscheidende Kenngröße für das Heim, um die Qualität reflektieren zu können. Dass der MDK nach dem gegenwärtig gültigen Konzept vorwiegend Strukturen und Prozesse von Heimen prüft, widerspricht zugleich der Absicht des Gesetzgebers, Ergebnisindikatoren bei der Qualitätsbeurteilung gegenüber Struktur- und Prozessinformationen stärker zu berücksichtigen.

Aussagen zur Ergebnisqualität fehlen. Im internen Qualitätsmanagement der Heime ist das Vorgehen zur Erfassung von Risiken beschrieben. Danach richtet sich das Handeln der Mitarbeiter. Die nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege weisen explizit auf das prozesshafte Vorgehen hin. Welche Methoden und Materialien eine Einrichtung wählt, bleibt ihr überlassen. Interne Vorgaben sorgen dafür, dass die Mitarbeiter für jeden Heimbewohner zum Beispiel das Risiko für einen Sturz erfassen und dokumentieren. In der externen Prüfung durch den MDK ist das Transparenzkriterium 18 des Bereichs „Pflege und medizinische Versorgung“ (Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?) und 19 (Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?) unabhängig von der Zahl der Stürze erfüllt, wenn das Heim mit der Pflegedokumentation die Risikoeinschätzung und eine individuelle Sturzprophylaxe nachweist. Verlässliche Aussagen zur Ergebnisqualität liefert die so erfasste und bewertete Qualität weder für Pflegebedürftige auf der Suche nach einem Heimplatz noch für das interne Qualitätsmanagement. Eine stichtagbezogene Prüfung der Pflegedokumentation für einzelne Bewohner gibt keinen Aufschluss darüber, ob tatsächlich ein hohes Sturzrisiko besteht oder die geplante Prophylaxe einen Sturz wirklich verhindert.

Pflege nach Noten

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist von den Landesverbänden der Pflegekassen damit beauftragt, alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste auf deren Qualität hin zu prüfen. **Die Prüfer kommen unangemeldet und bewerten die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** der Einrichtungen nach einem einheitlichen Muster, der Qualitätsprüfungs-Richtlinie. Seit der Pflegereform 2008 werden die Ergebnisse anhand von Pflegenoten dargestellt – auch im Internet. Dies soll für mehr Transparenz im Pflegebereich sorgen und Pflegebedürftigen die Suche nach einem Pflegedienst oder Heim erleichtern. Umgangssprachlich hat sich dafür der Begriff „Pflege-TÜV“ eingebürgert.

Die AOK unterstützt ihre Versicherten bei der Suche nach einer passenden Pflegeeinrichtung mit einer eigenen Pflegeheim- beziehungsweise Pflegedienst-Suche im Internet. Die Pflege-Navigatoren informieren neben den Kontaktmöglichkeiten über das Leistungsspektrum sowie die pflegefachlichen Schwerpunkte der Einrichtungen. Zudem werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK und des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung angezeigt.

Quelle: AOK-Bundesverband

Wirksamkeit der Prophylaxe prüfen. Für die Ergebnisqualität ist es bedeutsamer, die Wirksamkeit der Risikoprophylaxe herauszustellen. Sie zeigt sich zum Beispiel nicht daran, wie häufig ein Heimbewohner stürzt, denn Stürze lassen sich bei erheblich kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen nicht immer vermeiden. Entscheidend ist vielmehr, inwieweit präventive Ansätze Stürze mit gravierenden Folgen wie behandlungsbedürftigen Wunden oder Knochenbrüchen verhindern. Hierzu sollte das Heim alle Sturzerfassungen im Zeitverlauf auswerten und für interne Reflexionen nutzen. Qualitätsverbesserungen werden erst über die Ergebnismessung für das Heim erkennbar.

Dass sich stationäre Pflegeeinrichtungen trotz einheitlich guter Pflegenoten in der Ergebnisqualität deutlich unterscheiden können, zeigt das Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (EQisA)“ (siehe Kasten „Caritas und Uni Bielefeld messen Pflegeergebnisse“ auf dieser Seite). Seit 2012 erproben die Caritas Köln und die Universität Bielefeld in 145 Pflegeeinrichtungen dieses Konzept, das die Pflegequalität anhand von spezifischen Indikatoren misst und zudem den Ansatz bietet, internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätsprüfungen miteinander zu verknüpfen. Vor allem aber macht EQisA – anders als die Pflegenoten – Unterschiede deutlich. Beim Indikator

Caritas und Uni Bielefeld messen Pflegeergebnisse

Im Projekt EQisA „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ kooperieren der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln mit dem Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld und Pflegeeinrichtungen. Seit Januar 2012 setzen die Beteiligten ein Konzept zur Beurteilung von Ergebnisqualität um. Das IPW hat das Konzept 2010 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums wissenschaftlich entwickelt. Das Pflegeeneuaustrichtungsgesetz nimmt Bezug auf das Modell.

Ergebnisindikatoren wie die in EQisA geben über die Versorgungsqualität zuverlässiger Auskunft als Kriterien zur Beurteilung von Prozessqualität. Für den Vergleich der Pflegequalität kommen 15 Gesundheitsindikatoren der Bereiche Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen, sowie Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen in Betracht. Zu diesen Gesundheitsindikatoren gehören beispielsweise der Erhalt und die Förderung der Mobilität, die Vermeidung von Druckgeschwüren und die Vermeidung von Stürzen mit gravierenden Folgen. Beim EQisA-Projekt registrieren die Beteiligten die Aktivitäten von Heimbewohnern. Zusätzlich gibt eine Angehörigenbefragung Aufschluss über die gelungene Zusammenarbeit mit der Einrichtung. Die Daten werden in den Heimen alle sechs Monate erfasst, vom IPW ausgewertet und Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Externe Experten stellen zudem in den Einrichtungen fest, ob die Ergebnisse richtig erhoben sowie nachvollziehbar sind und ob eine Beratung zur Verbesserung der Qualität sinnvoll ist. EQisA verknüpft somit die intern erhobene Ergebnisqualität mit einer externen Plausibilitätsüberprüfung. **So erhalten die geprüften Einrichtungen Feedback.**

Derzeit beteiligen sich bundesweit 145 stationäre Einrichtungen unterschiedlicher Träger mit 13.600 Bewohnern. Ein Beirat, in dem neben drei Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der privaten Krankenversicherung auch Ministeriumsvertreter aus zwei Ländern und zwei Kassenvertreter der Bundesebene sitzen, begleitet das Projekt.

Heidmarie Kelleter

„Stürze mit gravierenden Folgen in sechs Monaten bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen“ lag in 120 der beteiligten Heime der Anteil der Bewohner, die einen solchen Sturz erlitten haben, zwischen null und 44 Prozent.

Gemeinsames Qualitätsverständnis als Basis. Eine punktuelle Weiterentwicklung des gegenwärtigen Pflege-TÜVs verbessert die Qualitätstransparenz kaum. Das zeigen aktuelle kasseninterne Auswertungen zu den Wirkungen der seit Beginn des Jahres 2014 neu aufgelegten Pflegenotensystematik für Heime. Nach wie vor beruht die Bewertung der Qualität auf Prozessen, sodass weiterhin 95 Prozent der Einrichtungen gute bis sehr gute Noten erhalten. Um die Qualität von Pflegeheimen vorwiegend anhand von Ergebnissen zu bewerten und die Einrichtungen miteinander vergleichen zu können, müssen neue Möglichkeiten der Qualitätsmessung in den Blick genommen und die Voraussetzungen dafür geschaffen werden.

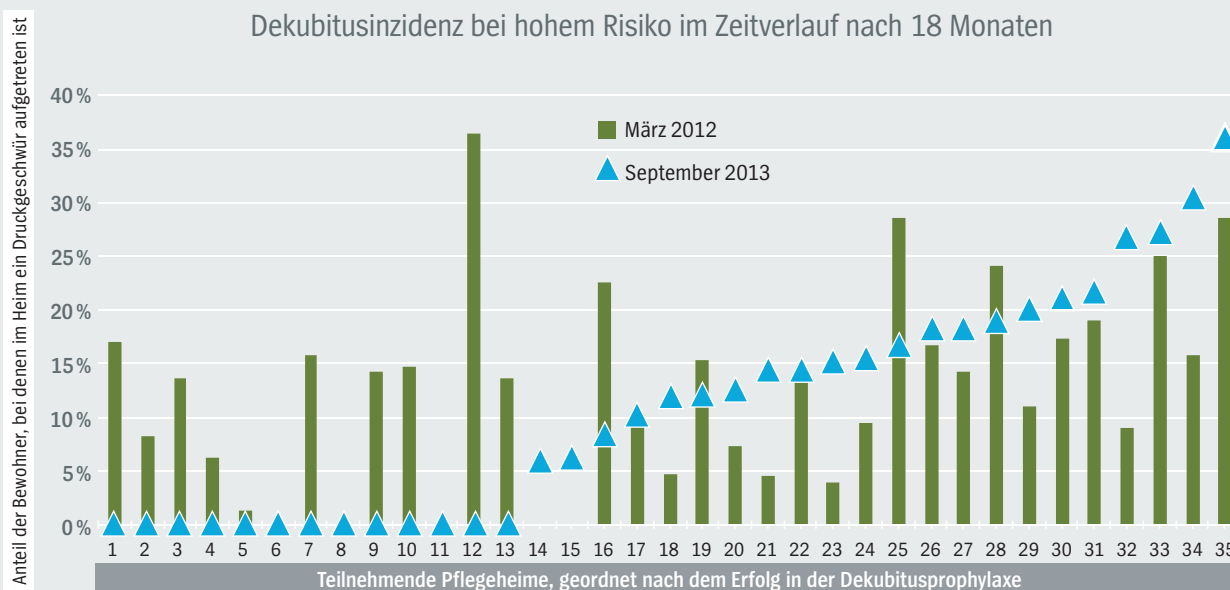
Bisher gibt es keinen Konsens darüber, was genau unter guter Pflege zu verstehen ist. Deshalb laufen in der Praxis internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätsprüfungen parallel oder die Heime richten ihr internes Qualitätsmanagement auf die MDK-Prüfungen aus. Grundlage der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Pflegeheimen muss ein von allen Seiten anerkanntes, wissenschaftlich fundiertes Qualitätsverständnis sein, dass sowohl im internen Qualitätsmanagement als auch in der externen Qualitätssicherung zur Anwendung kommt. Die vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und vom Kölner Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik erarbeiteten und in den Projekten „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (EQisA)“ und „Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster (EQMS)“ weiterentwickelten Indikatoren eignen sich grundsätzlich für einen solchen Neuanfang in der Qualitätssicherung (siehe Web- und Lesetipps, Wingensfeld et. al. 2011).

Mit der Einführung von Ergebnisindikatoren muss das Ziel verbunden sein, den Heimen einen Maßstab zur Verfügung zu stellen, an dem sie ihre Bemühungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität ausrichten und stets aufs Neue reflektieren können. Zu flankieren wäre dieses Instrument mit einer externen Prüfung. Damit bekommen zum einen die Heime eine verlässliche Grundlage für ihre Evaluation des Pflegeprozesses an die Hand. Zum anderen vermindern sich die Akzeptanzprobleme der Kostenträger und Prüfinstanzen für die in den Einrichtungen erhobenen Informationen. Die damit gewonnene realistische Abbildung der vom Heim verantworteten Pflegequalität kann Grundlage für eine Beratung durch MDK-Prüfer sein.

Ansätze für Verbesserungen kommen von innen. Nur wenn alle Bewohner einbezogen werden, lässt sich die tatsächliche Qualität der Pflege eines Heimes ermitteln. Solche intern erhobenen Daten liefern viele Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung. So können die Einrichtungen beispielsweise mit Angehörigen und Ärzten in einen Dialog über ethische Fragen treten: Wenn Menschen mit einem Gurt im Stuhl fixiert werden, damit sie nicht aufstehen und stürzen können – was wiegt höher, ihre Sicherheit oder ihre Autonomie?

EQisA macht Qualitätsunterschiede sichtbar

Dekubitusinzidenz bei hohem Risiko im Zeitverlauf nach 18 Monaten



Wenn Heime Feedback zu ihren Ergebnissen erhalten, können sie die Qualität ihrer Pflege verbessern. Im Projekt EQisA wird das Neuaufreten eines Druckgeschwürs im Abstand von sechs Monaten bei jedem Be-

wohner erfasst. Bis zum letzten Erhebungszeitpunkt haben 13 von 35 Heimen über einen Zeitraum von 18 Monaten den Anteil ihrer Bewohner mit Dekubitus (Grad II) auf Null gesenkt. *Quelle: EQisA*

Ansätze zur Qualitätsverbesserung können nur aus dem Heim selbst kommen und unterscheiden sich von Einrichtung zu Einrichtung. Selbstbewertete interne Pflegequalität ist kein Selbstzweck, sondern sollte der Wirklichkeit entsprechen. Die Daten sollten zudem plausibel sein. Deswegen sollten die intern gewonnenen Ergebnisse mit externer Plausibilitätsüberprüfung verknüpft und reflektiert werden, wie im Modellprojekt EQisA erprobt. Ein Ergebnis der Selbstbewertung wird daraufhin geprüft, ob es glaubwürdig und nachvollziehbar ist oder nicht. Den Prüfinstanzen käme damit eine neue, beratende Rolle zu, die jedoch zusätzliche Kompetenzen voraussetzt. Ein solcher Qualitätsdialog auf Augenhöhe wird weitere Qualitätsverbesserungen in den Heimen anregen. Zudem können Pflegende gezielt ihre Fachlichkeit einbringen.

Mehr Fachlichkeit und Wertschätzung. Ergebnisqualität wird durch kontinuierliche Verbesserung zum Konzept erfolgreicher Pflege und fördert nachhaltig die Lebensqualität von Heimbewohnern. Die Arbeit mit wissenschaftlichen Instrumenten motiviert die Pflegenden, weil sie deren fachliche Kompetenz erfordern und so das Selbstbewusstsein stärken. Wenn Pflegenden in ihrer Berufsrolle und ihrem Wissen ernst genommen werden, fühlen sie sich wertgeschätzt. Pflegeeinrichtungen sollten die Anwendung der wissenschaftlichen Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität gut vorbereiten und ihre Mitarbeiter entsprechend schulen, denn das Konzept ist bisher kein Bestandteil der Pflegeausbildung. In dem hier skizzierten Modell der Qualitätssicherung anhand von Ergebnissen hat die Förderung vorhandener Fähigkeiten bei Heimbewohnern hohe Be-

deutung. Das setzt eine Veränderung von Denk- und Handlungsmustern bei Pflegekräften und Prüfern voraus. Basis einer qualitätsgeleiteten Pflege ist die Abkehr von einer fast ausschließlich verrichtungsbezogenen Pflege (zum Beispiel die vollständige Übernahme von Waschen, Kämmen, Ankleiden durch die Pflege) hin zu einer personenzentrierten Pflege. Pflegekräfte sollten reflektieren, welche Fähigkeiten ein Pflegebedürftiger hat, wie sie diese fördern und erhalten können, damit er sich beispielsweise selbst das Gesicht waschen oder alleine essen kann. Dies gilt umso mehr bei kognitiv eingeschränkten Menschen.

Externe Prüfung stützt sich auf Qualitätsmanagement. Ergebnisindikatoren machen die Beurteilung von Prozessen und Strukturen der Heime nicht überflüssig. Für die Neuausrichtung der Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen bedarf es daher auch eines Konzeptes, das dafür sorgt, dass die Bewertung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in zentralen Versorgungsfeldern ineinandergreifen. Um solch ein Konzept erfolgreich umzusetzen, muss die Einführung von Ergebnisindikatoren für das interne Qualitätsmanagement begleitet werden durch eine Überarbeitung der Grundlagen für die externe Qualitätsprüfung. Sie sollte künftig neben den Ergebnissen die Prozesse prüfen.

Nimmt man die gegenwärtigen Erkenntnisse aus der Qualitätssicherung und die daraus resultierenden Anforderungen für Veränderungen als Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung, müssen internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung so verknüpft sein, dass sie die Pflegequalität in den Heimen voranbringen. Dabei profitieren alle Beteiligten: Verbraucher, Heime, Prüforganisationen und Pflegekassen.

Wie könnte das Zusammenspiel im Regelbetrieb gestaltet werden? Ausgangspunkt im Verknüpfungsmodell ist das interne Qualitätsmanagement eines Heimes (siehe Abbildung „Intern messen – extern prüfen“ auf Seite 33).

Unabhängig davon, wie das interne Qualitätsmanagement aufgestellt ist, erfasst das Heim halbjährlich die Informationen für die Indikatorenerhebung aus der Routinedokumentation vollständig und methodisch richtig. Die verantwortlichen Mitarbeiter sind verpflichtet, dass die Daten regelgerecht aufbereitet werden und fristgerecht in einem festgelegten Standard an eine externe Stelle übermittelt werden.

Stichprobe gibt Aufschluss über Unstimmigkeiten. Diese externe Stelle – dabei könnte es sich zum Beispiel um die bereits genutzte Datenannahmestelle des Pflege-TÜVs handeln – ist für die statistische Prüfung der Daten verantwortlich. Sie prüft die vom Heim gelieferten Daten auf ihre Qualität und darauf, ob sie nachvollziehbar die Ergebnisse dieses Heimes abbilden. Wie das in der Praxis ablaufen kann, zeigt sich im Rahmen von EQisA. In diesem Projekt werden nach einer Datenerfassung durch bestimmte statistische Auswertungen die Angaben zu den Bewohnern auf ihre Stimmigkeit geprüft (Zuordnung, Auffälligkeiten, Fehler). Eine inhaltliche Prüfung erfolgt im Heim. Dazu

zieht das Institut für Pflegewissenschaften (IPW) an der Universität Bielefeld nach bestimmten Kriterien eine Stichprobe von sechs bis zehn Bewohnern (anonymisiert) aus der Gesamtheit. Experten prüfen die Daten dieser Stichprobe in der Einrichtung gemeinsam mit den Pflegekräften anhand der Routinedokumentation nach mehreren Methoden und reflektieren sie. Die Fragen lauten etwa: Hat ein mehrfach gestürzter Bewohner im fraglichen Zeitraum tatsächlich keine gravierende Folgen wie beispielsweise eine behandlungsbedürftige Wunde oder einen Knochenbruch erlitten? Dabei können die Prüfer die Bewohner einbeziehen, zum Beispiel um herauszufinden, wie mobil diese aktuell sind. Allerdings lassen sich zwischenzeitlich abgeheilte, früher erfasste Hautschäden oder Sturzfolgen nicht mehr beim Bewohner selbst prüfen, sondern müssen in der Dokumentation fachlich nachvollziehbar sein. Die Ergebnisse der Überprüfung der Stichprobe werden in einem Bericht dokumentiert und dem IPW sowie der Einrichtung übermittelt. Dieser kann mit dem für die Einrichtung vorliegenden Ergebnisqualitätsbericht abgeglichen werden.

Feedback an die Heime. Für den Fall, dass ein Heim nicht in der Lage ist, nach einer Prüfung plausible Datensätze für die Berechnung der Ergebnisindikatoren zu liefern, müssen rechtliche Grundlagen geschaffen werden. Die berechneten, als plausibel eingestuften Ergebnisindikatoren werden den Heimen halbjährlich übermittelt. Damit verfügen die Einrichtungen über eine Handlungsorientierung für das interne Qualitätsmanagement. Auch die Landesverbände der Pflegekassen erhalten die Ergebnisberichte halbjährlich. Beide Partner, sowohl das Heim als auch die Landesverbände der Pflegekassen, können die Ergebnisse nutzen, um Beratungsprozesse zwischen Heim und Prüfinstitution anzustoßen.

Die Pflegeergebnisse können Einfluss auf die Beauftragung der Prüfdienste für die externe Qualitätsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen haben. Erzielen Heime über einen längeren Zeitraum kontinuierlich gute Ergebnisse, könnte der Rhythmus für die Regelprüfung von jährlich auf beispielsweise alle zwei Jahre hochgesetzt werden. Umgekehrt könnten aber auch schlechte Ergebnisse in einzelnen Versorgungsbereichen Anlass sein, im Rahmen der externen Qualitätsprüfung einen Fokus auf das Prüftema zu legen, tiefer zu prüfen oder eine andere Prüfmethode (Anlassprüfung) zu wählen. Das Ziel muss dabei sein, das Heim bei der Analyse der Ursachen von Qualitätsmängeln zu unterstützen.

Medizinischer Dienst startet Qualitätsdialog. Im Rahmen des hier skizzierten neuen Konzeptes der Qualitätssicherung sollte grundsätzlich jährlich, wenn die internen Qualitätsergebnisse aus den Heimen vorliegen, eine Regelprüfung des MDK im Auftrag der Pflegekassen stattfinden. Die Werte für die Qualitätsindikatoren können ergänzende Hinweise für die externe Prüfung liefern. Im Fokus der externen Qualitätsprüfung stehen zum einen die Prozesse in den Bereichen, aus denen Ergebnisindikatoren vorliegen, um diese Erkenntnisse in der anschließenden Beratung des Heimes nutzen zu können. Zum anderen bildet die Qualitätsprüfung Versorgungsbereiche ab, die nicht

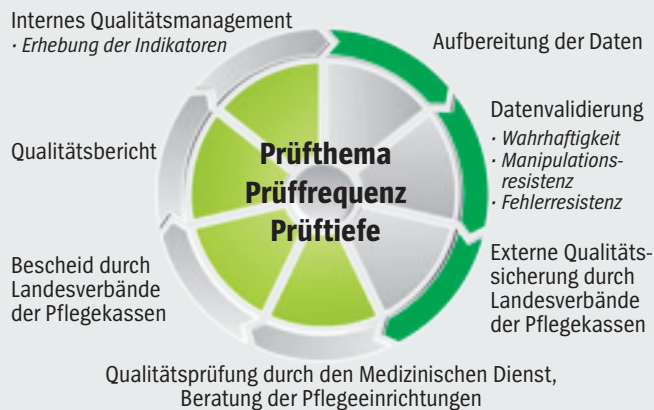
Pflegenoten zeigen kaum Unterschiede

	Anteil der Einrichtungen mit Note 2,0 oder besser	Durchschnittsnote
Baden-Württemberg	99,3%	1,0
Bayern	94,3%	1,1
Berlin	96,3%	1,2
Brandenburg	98,1%	1,2
Bremen	84,7%	1,4
Hamburg	94,7%	1,2
Hessen	96,6%	1,1
Mecklenburg-Vorpommern	96,3%	1,2
Niedersachsen	96,2%	1,1
Nordrhein-Westfalen	95,9%	1,1
Rheinland-Pfalz	87,7%	1,4
Saarland	96,7%	1,2
Sachsen	96,4%	1,0
Sachsen-Anhalt	95,5%	1,1
Schleswig-Holstein	88,7%	1,3
Thüringen	88,0%	1,3

Bewertung ohne Wert? Mehr als 95 Prozent aller stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erhielten 2013 in den Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen die Note Zwei oder besser. In Baden-Württemberg und Sachsen lag die Durchschnittsnote sogar bei 1,0. Das macht die Suche nach einem geeigneten Heim für Pflegebedürftige und deren Angehörige schwer und hilft Heimen nicht bei der Weiterentwicklung der Qualität.

Quelle: AOK-Pflegeheimnavigator

Intern messen – extern prüfen



Wenn sich internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung ergänzen, erhöhen sich Qualität und Transparenz. Dazu erfasst die Pflegeeinrichtung zunächst für jeden Bewohner bestimmte Qualitätsindikatoren. Diese Daten fließen in die externe Qualitätssicherung der Pflegekassen ein. Je nach Ergebnis können Schwerpunkte, Häufigkeit und Tiefe der MDK-Prüfungen variieren. Darauf fußt die Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst (MDK). Im Qualitätsbericht informieren Heim, MDK und Pflegekassen gemeinsam über die Pflegequalität einer Einrichtung.

Quelle: AOK-Bundesverband

über die Ergebnisindikatoren erfasst sind (zum Beispiel Medikamentenmanagement, freiheitsentziehende Maßnahmen wie geschlossene Bettseitenteile, Hygienemanagement).

Im Anschluss an die Qualitätsprüfung vor Ort eröffnen Heim und MDK einen Qualitätsdialog in Form von Fallkonferenzen (beispielsweise wenn die Anzahl neu entstandener Druckgeschwüre in der Einrichtung hoch bleibt oder sich weiter verschlechtert). Ziel des Qualitätsdialogs ist es, dem Heim Hilfestellung bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität zu geben. Die Erkenntnisse aus der externen Qualitätssicherung und aus dem Qualitätsdialog münden in den Prüfbericht, der Maßnahmen und Empfehlungen formuliert und damit als Basis für die Bescheide der Landesverbände der Pflegekassen genutzt wird. Wie im heutigen System erhält das Heim anschließend die Möglichkeit, Stellung zum Prüfbericht zu nehmen, bevor die Landesverbände der Pflegekassen gegebenenfalls einen Maßnahmenbescheid erlassen.

Der Qualitätsbericht fasst letztlich die Erkenntnisse aus dem internen Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung unter Ausweis der Quelle zusammen (wer hat was, wann und wo und mit welchen Instrumenten erfasst).

Konzept trägt neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff Rechnung. Die Große Koalition hat die Qualitätssicherung in der Pflege auf ihre Agenda gesetzt. Im Koalitionsvertrag hat sie angekündigt, die Qualitätssicherungsverfahren mit wissenschaftlichen Standards zu untermauern und sie dahingehend weiterzuentwickeln, dass die Qualitätsunterschiede der Pflegeeinrichtungen für die

Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in Zukunft deutlicher werden.

Mit der Implementierung des skizzierten Konzeptes würde die Qualitätssicherung auf pflegewissenschaftlich-fundierte fachliche Grundlagen gestellt. Es trägt dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit in vollem Umfang Rechnung. Die Erkenntnisse aus dem EQisA-Projekt zeigen, dass die Pflegequalität in den Heimen heterogener ist, als es die derzeitigen Pflegenoten vermuten lassen. Mit dem neuen Konzept ließen sich die vom Gesetzgeber definierten Anforderungen an die Darstellung von Qualitätsunterschieden füllen.

Was ist gute Qualität? Offen bleibt jedoch die Frage, nach welchem Maßstab gute Qualität zu definieren ist. Auch die Entwickler der hier beschriebenen Qualitätsindikatoren beantworten nicht die Frage, wie es beispielsweise zu bewerten ist, wenn fünf Prozent der Bewohner eines Heimes in den vergangenen sechs Monaten einen Sturz mit gravierenden Folgen erlitten haben. Bisher fehlen Orientierungswerte, anhand derer entschieden werden könnte, was ein gutes und was ein schlechtes Ergebnis ist. Solche Grenzwerte sind aber notwendig, um die Pflegequalität nach innen in die Pflegeeinrichtungen zu spiegeln wie auch nach außen darzustellen, um Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bei der Auswahl eines Heims eine verlässliche Entscheidungsgrundlage zu geben. Die Qualitätsergebnisse müssen nicht nur vergleichbar sein, sondern zudem verständlich und übersichtlich dargestellt werden. Gerade die für das interne Qualitätsmanagement sinnvollen Indikatoren zur Ergebnisqualität, wie beispielsweise die Entstehung von Druckgeschwüren bei hochgefährdeten Heimbewohnern (*siehe Abbildung „EQisA macht Qualitätsunterschiede sichtbar“ auf Seite 31*), müssen für Laien in ihrer Bedeutung nachvollziehbar sein.

Chance für neuen Umgang miteinander. Neue Konzepte der Qualitätssicherung können die Chance für einen Neuanfang im Umgang der Beteiligten untereinander sein. Heime, MDK und Pflegekassen sollten die bisher häufig vorherrschende Misstrauenskultur beenden. Nur in einem partnerschaftlichen Verhältnis werden Heime, Prüfer und Kassen die Pflegequalität in Deutschland voranbringen. ■

Dr. Heidemarie Kelleter ist Referentin für Qualitätsberatung beim Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln.

Kontakt: Heidemarie.Kelleter@caritasnet.de

Nadine-Michèle Szepan leitet die Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband.

Kontakt: Nadine-Michele.Szepan@bv.aok.de

Lese- und Webtipps

- Wingenfeld et al. (2011): *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*, www.bmfsfj.de > Service > Publikationen
- www.aok-gesundheitsnavi.de > Pflege: Internetangebot der AOK zur Unterstützung der Suche nach einem Pflegeheim oder Pflegedienst
- Informationen des Medizinischen Dienstes: www.mds-ev.de > Themenfelder > Pflegenoten