

Qualität der Pflege: Fast am Ziel oder halbe Strecke?

PETER PICK,
JÜRGEN BRÜGGEMANN

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

Jürgen Brüggemann ist Senior-Berater im Team Pflege beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) in Essen

In keinem anderen Sozialversicherungszweig wurde die Qualitätssicherung von Anfang an so umfassend mitgedacht, wie in der Sozialen Pflegeversicherung. Die Qualitätsprüfung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen hat sich daher zu einem Hauptaufgabenfeld des Medizinischen Dienstes entwickelt. Mit den Qualitätsprüfungen ist es gelungen, Licht ins Dunkel der Qualität von Pflegeeinrichtungen zu bringen. Von externen Qualitätsprüfungen sind außerdem Impulse zur Qualitätsverbesserung in der Pflege ausgegangen. Mit dem PSG II ist ein Fahrplan für die Weiterentwicklung der internen und externen Qualitätssicherung in der Pflege festgelegt worden. Die Autoren stellen die bisherige Entwicklung dar und zeigen Perspektiven für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege auf.

1. Einführung

Schon mit Einführung der Pflegeversicherung wurde der Qualitätssicherung der Pflege ein hoher Stellenwert eingeräumt. Entsprechend wurden sowohl die ambulanten Pflegedienste wie die stationären Pflegeheime zur internen Qualitätssicherung verpflichtet. Parallel wurde eine externe Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) eingeführt. Beides war eine Antwort auf die öffentlichen Diskussionen über bestehende Missstände in der pflegerischen Versorgung. In dem Beitrag werden die Entwicklung der Qualitätsprüfungen und der Qualität in den Einrichtungen anhand ausgewählter Beispiele aus den MDK-Qualitätsprüfungen nachgezeichnet.

Seit 2009 werden die Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen auch als Pflegenoten im Internet veröffentlicht. Aufgrund der durchgängig positiven

Bewertungen der Einrichtungen durch die Pflegenoten hat sich eine kritische Diskussion zur Pflege-Transparenz entwickelt. Als Alternative zu den Pflegenoten werden häufig die Ergebnisindikatoren in der Pflege vorgeschlagen. Entsprechend werden in dem Beitrag die heutigen Erfahrungen mit der Pflege-Transparenz und das Konzept der Ergebnisindikatoren einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz sieht eine Weiterentwicklung der internen Qualitätssicherung, der externen Qualitätssicherung und der Pflege-Transparenz vor. Dieses wird in dem abschließenden Teil vorgestellt und Gedanken zu einer veränderten Vernetzung von interner und externer Qualitätssicherung sowie zur Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen und der Pflege-Transparenz vorgestellt. Fazit hierbei ist, dass auf externe Qualitätsprüfungen auch bei Einführung der Ergebnisindikatoren nicht verzichtet werden kann.

2. Qualitätsprüfungen und Prüfergebnisse

2.1 Die Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Seit 1998 führen die MDK Qualitätsprüfungen durch. Diese ergänzen die internen Qualitätssicherungsaktivitäten, zu denen die zugelassenen ambulanten Pflegedienste und die stationären Pflegeheime verpflichtet sind. Anfänglich

Durch die jährlichen Qualitätsprüfungen hat sich die Prüftätigkeit des MDK zu einer Kernaufgabe im Bereich der Pflegeversicherung entwickelt.

waren dies überwiegend anlassbezogene Prüfungen. Seit 2011 finden Prüfungen jährlich in allen Pflegeeinrichtungen statt. Durch die jährlichen Qualitätsprüfungen hat sich die anspruchsvolle Prüftätigkeit des MDK zu einer wichtigen Kernaufgabe im Bereich der Pflegeversicherung entwickelt.

Die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen für die Qualitätsprüfungen unterlagen im Laufe der Zeit einem kontinuierlichen Wandel und einer Weiterentwicklung. Es wurden durch mehrere SGB XI-Änderungsgesetze, insbesondere durch das Pflege-Qualitätssicherungs-Gesetz (PQsG) 2002, das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) 2008 und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) 2012 sowie durch die Neufassung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) eine kontinuierliche Weiterentwicklung vorgenommen. Waren die Prüfungen zu Beginn noch weitgehend auf Regelungen, Konzepte und Qualitätsmanagementaktivitäten ausgerichtet, wurde der Fokus der Qualitätsprüfungen in den letzten Jahren zunehmend auf die Versorgungsqualität gerichtet, also auf das, was bei den Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären Pflege ankommt.

Die Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes¹ erfolgen nach einem beratungsorientierten Prüfansatz. In der stationären Pflege finden die Prüfungen grundsätzlich unangemeldet

statt, in der ambulanten Pflege wird die Prüfung am Tag zuvor angekündigt. Zur Einschätzung der Ergebnis- und Prozessqualität wird bei den per Zufallsstichprobe ausgewählten Bewohnern² bzw. Pflegebedürftigen³ die Versorgungsqualität überprüft. Dies ist der Hauptfokus der Prüfung. Bei den einbezogenen Personen werden der Pflegezustand mittels Inaugenscheinnahme erhoben, Beobachtungen z. B. zur Hilfsmittelausstattung durchgeführt und der Pflegeprozess

analysiert. Ebenso werden Gespräche mit den Pflegebedürftigen sowie den Mitarbeitern geführt. In einem weiteren Teil der Prüfung werden auf Einrichtungsebene Aspekte der Struktur und Prozessqualität bewertet. Die Ergebnisse der Prüfung werden in einem Bericht zusammengefasst. Der

Bericht ist bei festgestellten Qualitätsdefiziten Grundlage für Auflagenbescheide der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber den Pflegeeinrichtungen. Ein Teil der Prüfergebnisse wird in einem Transparenzbericht veröffentlicht.

2.2 Entwicklung der Pflegequalität

Die Ergebnisse aller Qualitätsprüfungen werden im Abstand von drei Jahren vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS e.V.) zusammen getragen und in einem Bericht veröffentlicht. Der 4. Pflegequalitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI ist Anfang 2015 veröffentlicht worden⁴. Demnach ist die Versorgungsqualität in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten besser geworden. Für den vierten MDS-Pflegequalitätsbericht wurden Qualitätsprüfungen in 12.190 Pflegeheimen und in 11.021 ambulanten Pflegediensten des Jahres 2013 ausgewertet. Die MDK-Gutachter untersuchten dabei die Versorgungsqualität bei 146.000 pflegebedürftigen Menschen (rund 85.000 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, rund 61.000 von ambulanten Pflegediensten versorgte Pflegebedürftige). Bei einigen Kriterien, die für eine gute Versorgung entscheidend sind, zeigen sich Verbesserungen. Diese sind nicht zuletzt auf die jährlichen Qualitätsprüfungen des MDK, den beratungsorientierten Prüfansatz und die Veröffentlichung der Prüfergebnisse zurückzuführen.

Die Qualitätsentwicklung soll hier beispielhaft dargestellt werden:

- **Medikamentenmanagement:** Die überwiegende Mehrzahl der Heimbewohner (92,6 Prozent) braucht Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten. Bei 86,2 Prozent der Betroffenen war dieser sachgerecht. Die richtigen Medikamente waren gestellt und sie wurden bewohnerbezogen aufbewahrt. Bei 13,8 Prozent war dies nicht der Fall. So wurden falsche Medikamente gerichtet oder sie wurden nicht korrekt aufbewahrt. Im Vergleich zum dritten Pflegequalitätsbericht sind Verbesserungen erkennbar (2010: bei 81,8 Prozent der Bewohner war der Umgang mit Medikamenten sachgerecht). Aufgrund des hohen Risikopotentials kann der erreichte Stand aber nicht zufriedenstellen.
- **Schmerzmanagement:** Beim Schmerzmanagement handelt es sich um eine Schnittstellenaufgabe für Medizin und Pflege. Anhand der Schmerzeinschätzung wird beurteilt, ob eine Schmerzbehandlung erfolgreich ist oder ob Anpassungen erforderlich sind. Eine systematische Schmerzeinschätzung war bei 37,3 Prozent der Heimbewohner erforderlich. Bei 80,3 Prozent dieser Bewohner erfolgte die Schmerzeinschätzung (2010: 54,6 Prozent). Bei 19,7 Prozent der Betroffenen wurde die Schmerzeinschätzung jedoch nicht umgesetzt. Dadurch fehlten wichtige Informationen für eine mögliche Anpassung der Schmerzmedikation. Besonders relevant ist dies bei Bewohnern mit Demenz, weil sie ihr Schmerzempfinden nicht unmittelbar ausdrücken können. Hier ist das Pflegepersonal gefordert, aufgrund von Mimik, Ges-

1 Seit 2011 führt entsprechend dem Versichertenanteil der Privaten Pflegeversicherung 10 Prozent der Prüfungen der Prüfdienst der Privaten Pflegeversicherung (PKV-Prüfdienst) durch.

2 In der stationären Pflege werden unabhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung 3 Bewohner aus jeder Pflegestufe per Zufallsauswahl in die Prüfung einbezogen, insgesamt also 9 Bewohner

3 In der ambulanten Pflege werden derzeit in der Regel 10 Prozent der versorgten Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug (Grundpflege) in die Prüfung einbezogen, mindestens jedoch 5 und höchstens 15 Pflegebedürftige.

4 Download unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/MDS_Vierter_Pflege_Qualitaetsbericht.pdf

Tabelle 1: Beispiele bewohnerbezogene Kriterien – stationär

Beispiele bewohnerbezogene Kriterien – stationär Prüfergebnisse 2013	Kriterium relevant bei	Kriterium erfüllt bei
Sachgerechter Umgang mit Medikamenten	92,6 Prozent	86,2 Prozent
Systematische Schmerzeinschätzung	37,2 Prozent	80,3 Prozent
Versorgung chronischer Wunden nach aktuellem Wissenstand	6,1 Prozent	79,0 Prozent
Durchführung erforderlicher Dekubitusprophylaxen	43,3 Prozent	75,6 Prozent
Durchführung erforderlicher Maßnahmen zur Ernährung	64,4 Prozent	89,3 Prozent

Quelle: 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS, Dezember 2014.

tik und Verhalten darauf zu schließen, ob jemand Schmerzen hat.

- **Wundversorgung:** Von den untersuchten Bewohnern hatten 6,1 Prozent eine chronische Wunde oder einen Dekubitus. Bei 79 Prozent dieser Bewohner entsprachen die Maßnahmen zur Wundbehandlung dem aktuellen Wissensstand. Im Vergleich zum dritten Bericht (74,5 Prozent) ist eine Verbesserung erkennbar. Allerdings wurden bei 21 Prozent dieser Bewohner hygienische Standards nicht beachtet oder es wurden bei Bedarf keine feuchten Wundaufgaben benutzt.
- **Dekubitusprophylaxe:** Bei 43,3 Prozent der untersuchten Pflegebedürftigen bestand ein Dekubitusrisiko. Bei 75,6 Prozent dieser Bewohner wurden die erforderlichen Prophylaxen durchgeführt, bei 24,4 Prozent erfolgten diese nicht, beispielsweise wurden erforderliche Hilfsmittel zur Druckentlastung nicht eingesetzt, Bewegungsmaßnahmen oder Hautinspektionen nicht durchgeführt.
- **Ernährung:** 64,4 Prozent der untersuchten Bewohner brauchten Hilfe bei der Ernährung. Der bereits festgestellte Trend zur Verbesserung der Ernährung hat sich weiter fortgesetzt. Inzwischen stellen die Prüfer bei 89,3 Prozent der Betroffenen fest, dass sie die erforderliche Hilfe durch die Pflegemitarbeiter bekommen. Dieser Trend spiegelt sich auch darin wider, dass der Anteil der Personen mit einem ungewollten relevanten Gewichtsverlust von 9,1 auf 7,6 Prozent zurückgegangen ist. Aber 10,7 Prozent der Betroffenen bekamen nicht die erforderliche Unterstützung. So wurde bei Schluckstörungen die Nahrungskonsistenz nicht angepasst oder einem erhöhten Energiebedarf wurde nicht entsprochen. 41,8 Prozent dieser Betroffenen hatten deshalb einen relevanten Gewichtsverlust.

3. Transparenz in der Pflege

Der vielfach erhobenen Forderung nach mehr Transparenz der erbrachten Pflegeleistungen wurde durch die gesetzliche Verpflichtung, die MDK-Prüfergebnisse zur veröffentlichen, Rechnung getragen. Seit dem 1. Juli 2009 werden Noten für die Qualität von Pflegeleistungen vergeben und im Internet veröffentlicht. Grundlage der Veröffentlichung sind die Pflge-Transparenzvereinbarungen, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Trägervereinigungen der Pflegeeinrichtungen geschlossen werden. In den Transparenzvereinbarungen ist die Auswahl der Bewertungskriterien und deren Gewichtung, die Notenzuordnung und die Art und Weise der Veröffentlichung geregelt. Die Berechnung des Gesamtergebnisses der Pflegeheime erfolgt anhand von 59 Bewertungskriterien aus den folgenden Qualitätsbereichen:

- Pflege und medizinische Versorgung (32 Kriterien)
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern (9 Kriterien)
- soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (9 Kriterien)
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)

Daneben werden 18 Kriterien im Rahmen einer Zufriedenheitsbefragung der Bewohner erhoben.

Die Pflegenoten bewegen sich inzwischen durchgängig auf einem hohen Niveau. Die überwiegende Zahl der Pflegeeinrichtungen schneidet mit guten bzw. mit sehr guten Pflegenoten ab.

Die bundesweiten Durchschnitte der Pflegeheime liegen im Bereich „Pflege und medizinische Versorgung“ bei 1,5, die Gesamtnote liegt sogar bei 1,2.

Die Pflegenoten und damit die Transparenzvereinbarungen haben eine breite kritische Diskussion ausgelöst. Die Pflegenoten ermöglichen in der heutigen Veröffentlichungsform keine Differenzierung zwischen den Pflegeeinrichtungen. In den MDK-Prüfungen festgestellte Qualitätsdefizite werden in dem System der Pflegenoten nicht ausreichend deutlich. Als Kritikpunkte haben sich vor allem die gleiche Gewichtung aller Einzelkriterien bei der Notenberechnung, eine zu positive Notenskala, eine Dokumentationslastigkeit bestimmter Transparenzkriterien und die nicht ausreichende wissenschaftliche Fundierung der ausgewählten Kriterien und der Bewertungssystematik herauskristallisiert. Als zentrale Schwachstelle hat sich erwiesen, dass alle Einzelkriterien bei der Berechnung der Bereichsnoten und der Gesamtnote gleich gewichtet werden. Darüber hinaus enthält der Bewertungskatalog viele Kriterien, die von den Einrichtungen leicht zu erfüllen sind.

Eine grundlegende Überarbeitung der Pflge-Transparenzvereinbarung ist letzt-

Tabelle 2: Noten für stationäre Einrichtungen bundesweit

Bereiche	Bundesdurchschnitt*
Pflege und medizinische Versorgung	1,5
Umgang mit demenzkranken Bewohnern	1,1
Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	1,1
Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft Hygiene	1,1
Gesamtergebnis	1,2
Befragung der Bewohner	1,1

Quelle: Newsletter der Datenclearingstelle Pflege, Januar 2016 Abbildung 1

lich an den unterschiedlichen Interessen der Leistungserbringerverbände und der Pflegekassen gescheitert. Auch die Einschaltung der Schiedsstelle hat hier letztendlich keine durchgreifende Veränderung gebracht. Als zentrales Manko des Prozesses hat sich herausgestellt, dass die Leistungserbringerverbände ein gleichgewichtiges Mitentscheidungsrecht über die Pflegetransparenz haben und damit auch eine grundlegende Überarbeitung verhindern können. Bei aller berechtigten Kritik an den Pflegenoten ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dringend auf Informationen zur Qualität von Pflegeleistungen angewiesen sind und die Pflegenoten durchaus als Informationsquelle nutzen. Die vor dem Hintergrund der Kritik erhobene Forderung nach einer Aussetzung oder gar Abschaffung der Pflegenoten konnte sich daher nicht durchsetzen. Somit werden den Verbrauchern nach wie vor Information aus den Qualitätsprüfungen zur Verfügung gestellt. Es wird nun darauf ankommen, den Aussagegehalt dieser Informationen für die Verbraucher zu verbessern.

4. Ergebnisindikatoren für die Qualitätssicherung in der Pflege

Große Bedeutung in der Diskussion um die Qualität in der Pflege haben in den letzten Jahren Indikatoren zur Qualität der pflegerischen Versorgung gewonnen. In einem durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundes-

Welche Rolle Indikatoren für die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege spielen werden, ist derzeit noch unklar.

ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegebenen Forschungsprojekt⁵ wurden für die stationäre Pflege 15 gesundheitsbezogene Indikatoren und 14 Indikatoren zur Lebensqualität bzw. zur Zufriedenheit entwickelt und erprobt. Insbesondere die gesundheitsbezogenen Indikatoren werden in den nächsten Jahren eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements der stationären Pflegeeinrichtungen und die öffentliche Qualitätsdarstellung sein. Um

diesen Prozess zu unterstützen, hat der Gesetzgeber die Vereinbarungspartner nach § 113 SGB XI dazu verpflichtet, Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich festzulegen. Diese Anforderungen sind als Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität im Mai 2015 vereinbart und inzwischen auch veröffentlicht worden.

Bevor dieses Indikatorenverfahren umgesetzt werden kann, soll jedoch im Rahmen einer modellhaften Pilotierung der Indikatoren in der stationären Altenpflege (MoPIP) folgenden Fragen nachgegangen werden⁶:

- Welche Voraussetzungen müssen in den Pflegeeinrichtungen zur Übernahme des neuen Systems vorhanden sein?
- Welche Erkenntnisse ergeben sich für die Maßstäbe und Grundsätze?
- Wie kann eine Datenvalidierung/Plausibilitätskontrolle ausgestaltet werden?
- Können im Rahmen der externen Prüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI auch die Ergebnisse der Erhebungen der Indikatoren überprüft werden?
- Ist auf der Grundlage der Ergebnisse aus einrichtungsinternen Erhebungen im Rahmen des vereinbarten indikatorengestützten Verfahrens eine Bescheiderteilung nach § 115 SGB XI möglich?
- Wie sollte eine verbraucherfreundliche Darstellung der Ergebnisse ausgestaltet sein?

Das Projekt MoPIP wird unter der Leitung von Prof. Stefan Görres (Universität Bremen Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung) und Prof. Heinz Rothgang (Universität Bremen Zentrum für Sozialpolitik) in der Zeit von Juni

2015 bis Februar 2017 durchgeführt. Es ist außerordentlich sinnvoll, dass das Verfahren vor seiner flächendeckenden Umsetzung in dieser Form pilotiert wird, schließlich ist davon auszugehen, dass nach Abschluss der Pilotierung alle ca. 13.000 zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen dieses Verfahren mit erheblichem Aufwand umsetzen müssen.

Welche Rolle Indikatoren für die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege spielen werden, ist derzeit noch unklar. Es liegen für die ambulante Pflege noch keine

vergleichbaren wissenschaftlichen Empfehlungen für einsatzfähige Indikatoren vor. Das komplexe Versorgungssetting in der ambulanten Pflege erschwert die Entwicklung tragfähiger Indikatoren. Daher ist noch nicht erkennbar, ob Indikatoren in Deutschland auch für die ambulante Pflege eine Grundlage für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement oder für Verbraucherinformationen darstellen können.⁷

5. Die Pflegestärkungsgesetze und die Neuausrichtung der Qualitätssicherung

5.1 Der Qualitätsausschuss

Die derzeitige Bundesregierung hat sich eine umfassende Reform der Pflegeversicherung zum Ziel gesetzt. Hauptziel des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Darüber hinaus enthält das Gesetz jedoch auch fundamentale Änderungen zur Ausgestaltung des internen Qualitätsmanagements, der externen Qualitätsprüfungen sowie der öffentlichen Darstellung der Pflegequalität. Dabei wird deutlich, dass der Gesetzgeber externe Qualitätsprüfungen weiterhin für geboten hält. Es wird aber auch dem bestehenden Handlungsdruck zur Weiterentwicklung der Transparenz, des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowie der externen Prüfungen nachgegangen. Darüber hinaus werden die Strukturen, innerhalb derer Entscheidungen über die Weiterentwicklung der Qualität getroffen werden, reformiert. Die Änderungen des PSG II bezüglich der Qualitätsentwicklung sind am 01.01.2016 in Kraft getreten und geben der Selbstverwaltung einen ambitionierten Fahrplan zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung vor.

5 BMG, BMFSFJ (Hrsg.) (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Autoren Wingensfeld K, Engels D et al., Bielefeld, Köln.

6 <http://www.zes.uni-bremen.de/projekte/?proj=451>

7 Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) (2011): Indikatoren zur Messung von Gesundheit und Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung. Abschlussbericht zur „Systematischen Übersicht und Bewertung“. Berlin. Hasseler M et al. (2013): Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen. O.O.

Um die Entscheidungsstrukturen und–verfahren zu vereinfachen, wird zukünftig ein Qualitätsausschuss eingerichtet. Der Qualitätsausschuss wird jeweils bis zu 10 Plätze für die Kostenträgerseite (GKV-Spitzenverband, PKV-Verband, überörtliche Träger der Sozialhilfe, kommunale Spitzenverbände auf Bundesebene) und die Leistungserbringer (inklusive Pflegeberufe) umfassen. Die Verbände nach § 118 SGB XI (Verbraucherverbände, Selbsthilfe, Betroffenenverbände) sowie der MDS werden beratend am Qualitätsausschuss beteiligt. Dieser Ausschuss soll einheitlich abstimmen. Kommt ein einheitlicher Beschluss nicht zu Stande, wird der Qualitätsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Der erweiterte Qualitätsausschuss kann dann Mehrheitsbeschlüsse fassen. Ein zeitaufwändiges Schiedsstellenverfahren, wie es derzeit durchgeführt werden muss, ist nicht mehr erforderlich. Entscheidungen können dann schneller herbeigeführt werden. Aufgabe des Qualitätsausschusses sind Beschlussfassungen zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität nach § 113 SGB XI, zu Expertenstandards nach § 113a SGB XI sowie zu den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI. Der Qualitätsausschuss muss bis zum 31.03.2016 eingerichtet sein und sich eine Geschäftsordnung geben. Darüber hinaus ist, befristet auf fünf Jahre, eine qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses einzurichten. Diese qualifizierte Geschäftsstelle soll den Qualitätsausschuss bei seinen vielfältigen Aufgaben wissenschaftlich beraten und die Arbeiten unterstützen.

Um die Umsetzung der Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege sicherstellen zu können, ist eine Stelle erforderlich, die das Datenmanagement übernimmt. Die Selbstverwaltung wird mit dem PSG II verpflichtet, eine solche fachlich unabhängige Institution einzurichten, die die Daten zusammenführt, validiert, einrichtungs- und fallbezogen aufbereitet und die Daten für die weitere Nutzung durch Pflegeeinrichtungen, Landesverbände der Pflegekassen und Prüfinstitutionen bereit stellt.

5.2 Qualität in der stationären Pflege

Bevor der Qualitätsausschuss weitere Beschlüsse zur Weiterentwicklung der

Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI fasst, wird dieser zunächst beauftragt, verschiedene wissenschaftliche Projekte auf den Weg zu bringen und deren Ergebnisse zu berücksichtigen.

Für die stationäre Pflege sollen bis zum 31.03.2017 Instrumente für die Prüfung der Qualität der erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung entwickelt werden. Dabei ist das von Wingenfeld et al. entwickelte Indikatorenmodell ebenso zu berücksichtigen wie weitere wesentliche Aspekte der Prozess- und Strukturqualität. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Selbstverwaltungspartner wie bereits oben erwähnt einen Auftrag zur modellhaften Implementierung der Indikatoren erteilt haben.

Diese wissenschaftlich entwickelten Grundlagen und Verfahren sollen im Anschluss daran bei der Weiterentwicklung der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung Berücksichtigung finden. Hierzu ist in den Maßstäben und Grundsätzen insbesondere eine Verfahrensbeschreibung für das Indikatorenmodell einschließlich der Festlegung von Indikatoren, der Auswertung und Bewertung der Daten sowie der externen Plausibilitätsprüfung zu vereinbaren. Dabei sollen auch die Erkenntnisse aus dem Projekt zur Entbürokratisierung in der Pflege (Strukturmodell) berücksichtigt werden. Diese Vereinbarungen sollen bis zum 30.06.2017 getroffen werden.

In einem weiteren Schritt sind dann die Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI (QPR) als die zentrale Prüfgrundlage des MDK sowie des PKV-Prüfdienstes anzupassen. Dabei sind die Ergebnisse aus den Forschungsprojekten sowie die Festlegungen der Maßstäbe und Grundsätze zu berücksichtigen. Nach dem PSG II obliegt es dem GKV-Spitzenverband, in der QPR die Prüfungen verfahrenstechnisch zu konkretisieren.

Schließlich soll in einen abschließenden Schritt sowohl unter Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze als auch der QPR in einer Qualitätsdarstellungsvereinbarung neu festgelegt werden, was, wie und mit welcher Bewertung veröffentlicht werden soll. Die Veröffentlichung für die stationäre Pflege soll zukünftig sowohl Daten der selbsterhobenen Er-

gebnisindikatoren als auch Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen von MDK bzw. PKV-Prüfdienst umfassen. Diese Qualitätsdarstellungsvereinbarung soll bis zum 31.12.2017 vereinbart werden und zeitgleich mit der QPR in Kraft treten.

Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen sich darauf einstellen, künftig verpflichtende Indikatorendaten systematisch erfassen und weiterleiten zu müssen.

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass ab 2018 in der stationären Pflege ein neues Modell der internen Qualitätssicherung, der externen Qualitätsprüfungen und der Qualitätsberichterstattung umgesetzt wird. Die stationären Pflegeeinrichtungen werden sich hierfür darauf einstellen müssen, dass sie zukünftig verpflichtend Indikatorendaten systematisch erfassen und weiterleiten sowie ihr Qualitätsmanagement insbesondere auf die Indikatorenergebnisse ausrichten müssen.

5.3 Qualität in der ambulanten Pflege

Da für die ambulante Pflege noch keine Indikatoren entwickelt worden sind, wird hier mehr Zeit zur Weiterentwicklung der Qualitätsgrundlagen erforderlich sein. Daher sollen in einem um ein Jahr längeren Zeitraum auch für die ambulante Pflege die Grundlagen der Qualität weiterentwickelt werden.

Auch hier soll zunächst ein Forschungsauftrag zur Entwicklung von Instrumenten zur Prüfung der Qualität der erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung erteilt werden. Ob dabei auch Indikatoren eine Rolle spielen werden, oder ob es erforderlich ist, für die ambulante Pflege einen anderen Weg einzuschlagen, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch offen. Die Instrumentenentwicklung soll bis zum 30.06.2017 erreicht werden. Anschließend wird jedoch ein zusätzlicher Zwischenschritt erforderlich sein: Die Instrumente sollen pilotiert und es soll über die Pilotierung bis zum 31.03.2018 ein Abschlussbericht erstellt werden.

Wie in der stationären Pflege sollen anschließend die Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität, die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sowie die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für ambulante Pflege bis zum 31.12.2018 angepasst werden.

Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass ab 2019 in der ambulanten Pflege ein neues Modell der internen Qualitätssicherung, der externen Qualitätsprüfungen und der Qualitätsberichterstattung umgesetzt wird.

6. Zukünftige Ausgestaltung der Qualitätssicherung und Pflegetransparenz

Spätestens mit Inkrafttreten des PSG II ist klar, dass es zu einer grundlegenden Weiterentwicklung und Neugestaltung der internen Qualitätssicherung, der externen Qualitätsprüfung und der Pflegetransparenzdarstellung kommen wird. Aus der Vergangenheit wissen wir, dass Qualitätsverbesserungen nur erreicht werden können, wenn die Pflegeeinrichtungen diese Veränderungen aktiv einleiten und umsetzen. Ebenso wissen wir, dass externe Qualitätsprüfungen und die Transparenz Veränderungsprozesse in den Einrichtungen angestoßen und begleitet haben.

Grundlage der Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen ist das interne Qualitätsmanagement. Aufgabe der Leitung einer Pflegeeinrichtung ist es, ein solches Qualitätsmanagement zu implementieren. Basis hierfür bilden die gesetzlichen Anforderungen und die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI. Wesentliche Impulse für das interne Qualitätsmanagement werden zukünftig von den Ergebnisindikatoren ausgehen. Nach diesem Konzept sollen in regelmäßigen Abständen 15 gesundheitsbezogene Ergebnisindikatoren in der Einrichtung erhoben werden. Zu solchen gesundheitsbezogenen Indikatoren zählen u. a. der Erhalt bzw. die Verbesserung der Mobilität, die Dekubitusentstehung, Stürze mit gravierenden Folgen und ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust.

Die Einführung einer systematischen Erhebung dieser Ergebnisindikatoren wird Zeit erfordern und muss gut vorbereitet werden. Es fällt in die Verantwortung der Pflegeeinrichtungen, dass die entsprechenden Daten zu den festgelegten Zeitpunkten vollständig und methodisch sauber erhoben und an die auswertende Stelle weitergeleitet werden. Im nächsten

Schritt ist eine Datenvalidierung durchzuführen. Derzeit ist noch offen, in welcher Weise und durch welche Institution diese Datenvalidierung und Plausibilitätsprüfung durchgeführt werden soll. Die validierten Daten sind dann von der Pflegeeinrichtung für Zwecke des internen Qualitätsmanagements zu nutzen.

Beim Konzept der Ergebnisindikatoren handelt es sich um eine Selbstbewertung der Einrichtungen; die Güte wurde bisher nicht getestet.

Das Konzept der Ergebnisindikatoren wird häufig auch als Alternative zu den MDK-Qualitätsprüfungen und deren Abbildung als Pflegenoten ins Spiel gebracht. Hier ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Ergebnisindikatoren um eine Selbstbewertung der Einrichtung handelt und das Erhebungsverfahren bisher nicht auf seine Güte getestet ist.

Auch bei Einführung der Ergebnisindikatoren werden die Qualitätsprüfungen weiterhin einen eigenständigen Stellenwert haben. Die Qualitätsprüfungen nehmen folgende Funktionen wahr:

- Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen (Vertragsprüfung),
- Prüfung der fachlichen Anforderungen und der Vermeidung von negativen Pflegeereignissen (Verbraucherschutz),
- Entwicklung von Vorschlägen zu qualitätsverbessenden Maßnahmen (Beratung) und
- Bereitstellung verbraucherrelevanter Informationen zur Auswahl von Pflegeeinrichtungen (Transparenz).

Das Prüfinstrumentarium ist deshalb zu aktualisieren und wissenschaftsbasiert weiter zu entwickeln. Bei der Weiterentwicklung ist der personenbezogenen Ergebnis- und Prozessqualität Priorität einzuräumen. Eine Engführung auf die Ergebnisqualität ist nicht zielführend. Zum einen werden in den Ergebnisindikatoren wichtige Versorgungsbereiche wie der Umgang mit Medikamenten oder das herausfordernde Verhalten nicht abgebildet. Zum anderen gilt es zu ermitteln, wodurch negative Abweichungen bei den Ergebnisindikatoren verursacht sind. Des-

halb ist es erforderlich, die zugrundeliegenden Prozesse zu prüfen.

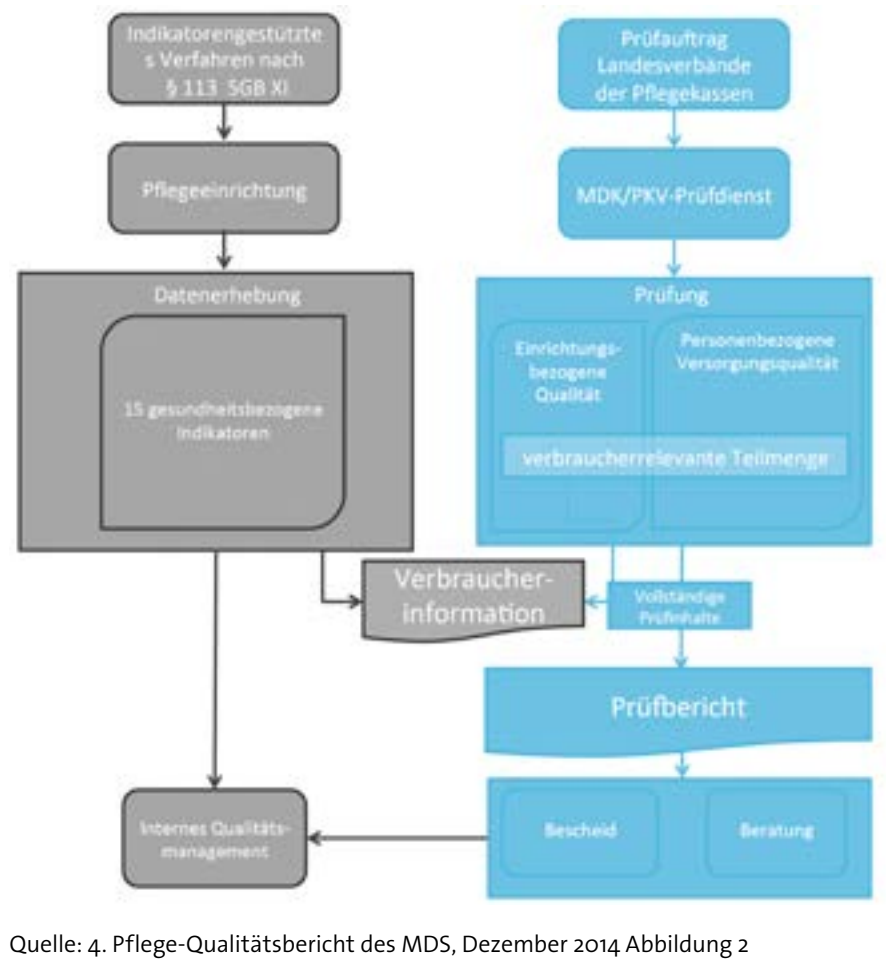
Bei MDK-Prüfungen gilt es, neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse, etwa in Form von neuen Expertenstandards in die Prüfung zu integrieren. Wichtige Themenfelder sind dabei Mobilität, freiheitsentziehende Maßnahme, Medikamentenmanagement, der Umgang mit herausforderndem Verhalten und die soziale Betreuung. Weiterhin können neue Instrumente zur Messung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen, z.B. bei Demenz und die Beobachtung von Pflegesituationen einbezogen werden. Dies wird dazu beitragen, den Stellenwert der Pflegedokumentation für die Qualitätsbewertung zurückzudrängen.

Generell ist eine Verknüpfung von internem Qualitätsmanagement und externer Qualitätsprüfung sicherzustellen. Die in den Pflegeeinrichtungen erhobenen Ergebnisindikatoren bilden eine zusätzliche Datengrundlage für die MDK-Qualitätsprüfungen. Auf der anderen Seite können MDK-Prüfergebnisse Hinweise auf eine notwendige Datenüberprüfung liefern. Außerdem sollten in den Prüfungen festgestellte Risikobereiche die Grundlage für die Weiterentwicklung der Ergebnisindikatoren sein. Sowohl für das interne Qualitätsmanagement wie für die externe Qualitätssicherung ist die neue Pflegedokumentation zu nutzen, die unter Federführung der Entbürokratisierungsbeauftragten erarbeitet wurde und derzeit im Entbürokratisierungsprojekt des Pflegebeauftragten der Bundesregierung eingeführt wird.

Für die Transparenzdarstellung sollen sowohl die Daten aus dem internen Qualitätsmanagement wie aus der externen Qualitätsprüfung genutzt werden. Ein in Zusammenarbeit von GKV-Spitzenverband, Verbänden der Pflegekassen und Medizinischen Diensten erarbeitetes Modell sieht folgende Verknüpfungen von Ergebnisindikatoren und externer Qualitätsprüfung vor.

Das Modell geht davon aus, dass stationären Pflegeeinrichtungen für das interne Qualitätsmanagement und die operative Umsetzung der Ergebnisindikatoren verantwortlich sind. Sie organisieren die Datenaufbereitung, Datenvalidierung und stellen die für die Veröffentlichung nötigen Daten bereit. Die externen Qualitätsprüfungen werden weiterhin durch

Abbildung 1: Modell zur Verknüpfung der externen Qualitätsprüfungen durch den MDK mit Ergebnisindikatoren in der stationären Pflege



Quelle: 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS, Dezember 2014 Abbildung 2

MDK und PKV-Prüfdienst durchgeführt. Auch für die Transparenzdarstellung ist eine Beschränkung auf die Ergebnisindikatoren nicht ausreichend. Im Interesse der Nutzer von Pflegedienstleistungen ist daher ein Teil der Ergebnisse externer Qualitätsprüfungen weiter transparent zu machen. Hierzu bedarf es einer aussagefähigeren Darstellung als mit dem heutigen Pflegenotensystem. Das System erfordert eine deutliche Straffung der abgebildeten Kriterien. Dabei ist auf versorgungsbezogene Prozess- und Ergebniskriterien von Pflege und Betreuung zu fokussieren, die vor allem aus der Bewertung der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen stammen.

Die zukünftige Pflegetransparenz würde damit auf mehreren Säulen aufbauen. Zum einen würden die in den Pflegeeinrichtungen erhobenen gesundheitsbezogenen Ergebnisindikatoren und zum anderen die in den Qualitätsprüfungen erhobenen Prozess- und Ergebniskriterien abgebildet werden. In weiteren Schritten könnten auch lebensqualitätsorientierte

Indikatoren und Personalindikatoren in die Darstellung integriert werden. Der Nutzer hätte damit die Chance, aus mehreren Informationsquellen seine Entscheidung für oder gegen eine Pflegeeinrichtung zu treffen.

7. Ausblick

Mit Einführung der Pflegeversicherung ist ein Qualitätsentwicklungsprozess in der Pflege angestoßen worden. Dieser hat im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts deutlich Fahrt aufgenommen. Er zeigt sich in einem Ausbau des internen Qualitätsmanagements, einer wachsenden Zahl von Expertenstandards, regelmäßigen externen Qualitätskontrollen und in der Pflegetransparenz.

Dieser Prozess geht einher mit einer positiven Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen. Dies zeigen die in regelmäßigen Abständen veröffentlichten Pflegequalitätsberichte der MDK-Gemeinschaft. In wichtigen Versorgungsbereichen wie der Vermeidung von De-

kubitalgeschwüren, der Ernährungs- und Flüssigkeitssituation und dem Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen zeigen sich deutliche Verbesserungen. Trotzdem bleiben nicht nur in diesen Bereichen noch Verbesserungsnotwendigkeiten. Die Anstrengungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung dürfen nicht nachlassen.

Die Qualitätsprüfungen des MDK unterlagen einem kontinuierlichen Wandel. So wurde der fachliche Fokus der Qualitätsprüfungen erweitert und neue pflegewissenschaftliche und pflegepraktische Erkenntnisse in die Qualitätsprüfung integriert. Ein zentraler Fokus der Qualitätsprüfung ist die Inaugenscheinnahme einer Stichprobe von Pflegebedürftigen und die Bewertung ihres Pflegezustandes. Dieser Fokus auf bewohnernahe Prozess- und Ergebniskriterien sollte weiterhin im Mittelpunkt der Qualitätsprüfungen stehen.

Das PSG II wird zu grundlegenden Änderungen bei der Ausgestaltung der internen Qualitätssicherung, der externen Qualitätsprüfung und der Qualitätsberichterstattung führen. Für die stationäre Pflege ist der Weg für diese Weiterentwicklung bereits gebahnt, da hier einerseits Indikatoren vorliegen und die Politik sich andererseits klar für eine Weiterführung der externen Qualitätsprüfungen ausgesprochen hat.

Auch in der ambulanten Pflege wird es zu einer Neuausrichtung der Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung kommen. Ob hier ebenfalls Indikatoren eine Rolle spielen werden oder ob andere Ansätze durch die Wissenschaft empfohlen werden, ist heute jedoch noch offen. Fest steht lediglich, dass der für die stationäre Pflege anvisierte Ansatz mit den vorgeschlagenen Indikatoren nicht auf die ambulante Pflege übertragbar ist.

Die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege wird sich zukünftig sowohl aus den Ergebnisindikatoren als auch aus den Qualitätsprüfungen speisen. Hier besteht die Herausforderung darin, ein laienverständliches Darstellungssystem zu finden, das gute Qualität klarer von schlechter und mittlerer Qualität trennt. Neben Verbesserungen in der Methodik wird es damit darauf ankommen, im Transparenzsystem klare Bewertungen vorzunehmen. Denn nach wie vor brauchen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Entscheidungshilfen bei der Auswahl von Pflegedienstleistern. ■