

Einführung

Pflege und deren Qualität sind zu bedeutenden gesellschaftlichen Themen geworden. Dabei kommt der vollstationären Langzeitversorgung innerhalb des deutschen Gesundheitssystems eine wichtige Rolle zu. Die fachgerechte Versorgung hochgradig abhängiger Klienten in stationären Pflegeeinrichtungen nimmt heute in der Öffentlichkeit einen breiten Raum ein und besetzt einen prominenten Platz in der politischen Diskussion. Diese Diskussion steht in Zusammenhang mit dem zunehmenden „Problemdruck“ aufgrund des wachsenden Anteils alter Menschen in der Bevölkerung bei sich gleichzeitig verknappenden öffentlichen Mitteln. Steigende Anforderungen ergeben sich zudem aus veränderten Rahmenbedingungen, u. a. durch die Entwicklung im Krankenhausbereich. Die Relevanz des Themas Qualität ist aber auch der zunehmenden Verbrauchersouveränität und der marktwirtschaftlichen Situation in der bundesdeutschen Pflege-landschaft geschuldet.

Zusätzlich zu diesen Veränderungen, die die Qualitätsbemühungen der Einrichtungen forcieren, stellen vielfältige gesetzliche Vorgaben eine Herausforderung für die Einrichtungen dar. Im Mittelpunkt dieser Bestimmungen steht die „Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Verbesserung der Qualität gerichtet ist“ (§ 80 SGB XI). Der Erfolg der Qualitätsaktivitäten wird u. a. durch die Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) überprüft.

Um all diesen Anforderungen gerecht zu werden, zeigen viele Pflegeeinrichtungen umfangreiche Qualitätsbemühungen: Zertifizierungen und Qualitätssiegel werden erworben oder angestrebt, Qualitätsordner werden angelegt, Qualitätszirkel tagen, Expertenstandards und Dokumentationsbestandteile zur ihrer Umsetzung werden eingeführt, Pflegevisiten werden durchgeführt und immer neue Standards und Handlungsrichtlinien erstellt.

Ungeachtet dessen zeigt aber auch der jüngst veröffentlichte Bericht des Spitzenverbandes der Krankenversicherungen zu den Qualitätskontrollen in stationären Einrichtungen (MDS 2007), dass die Qualitätserbringung und/oder -darlegung für viele Einrichtungen mit Schwierigkeiten verbunden ist. Dies betrifft insbesondere den Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität und damit den Nachweis einer qualitätsgerechten Berufsausübung.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie in diesen Bereichen eine dauerhafte Verbesserung der Pflegequalität und eine adäquate Darlegung der erzielten Ergebnisse erreicht werden kann. Notwendig scheinen Verfahren, die die Mitarbeiter als „Hauptakteure“ der Pflege in die Lage versetzen, Qualität zu erbringen und direkt an der pflegerischen Leistungserbringung – als Kernstück der Qualität in Pflegeeinrichtungen – anzusetzen. Ideal wäre ein internes Instrument, das im Pflegealltag zur Anwendung kommt und dessen Ergebnisse extern dargelegt und auch kontrolliert werden können.

Es muss jedoch konstatiert werden, dass die meisten derzeit in Deutschland zum Einsatz kommenden Instrumente diesen Forderungen nicht Rechnung tragen. Sie eignen sich vielmehr zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine gute Leistungserbringung,

bilden Teilbereiche der Prozessqualität ab oder verbessern das professionelle Handeln für einzelne pflegerische Aspekte. Verfahren, die die pflegerische Realität umfassend abbilden, im Pflegealltag gehandhabt werden können und die Mitarbeiter dazu anhalten, die Ergebnisse ihrer Arbeit genau darzustellen, zu hinterfragen und zu kontrollieren, finden derzeit kaum Anwendung. Einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke will dieses Buch leisten¹.

Dazu erfolgt zuerst eine Annäherung an das Thema Pflegequalität aus verschiedenen Perspektiven. Betrachtet werden insbesondere:

- Die steigende Bedeutung der Pflegequalität (Kapitel 2). Erörtert wird zunächst der steigende Bedarf an stationären Pflegeleistungen als Folge der demographischen Entwicklung und der Veränderungen im Krankenhausbereich. In einem zweiten Schritt wird beleuchtet, wie diese Zunahme des Bedarfs mittelbar zu einem Bedeutungszuwachs des Themas „Qualität in der Pflege“ geführt hat. Als Antriebsmomente für die steigende Relevanz von Qualität in der Pflege wurden neben gesetzlichen Vorgaben die zunehmende Konkurrenz zwischen Pflegeeinrichtungen und eine wachsende Verbrauchersouveränität identifiziert.
- Die Merkmale von Dienstleistungen, insbesondere der Pflege als spezieller Dienstleistung (Kapitel 2). Die Betrachtung der Besonderheiten von Pflege erweist sich als bedeutsam für die Verwendung des Qualitätsbegriffes im pflegerischen Bereich sowie bei der Übertragung von Prinzipien aus Qualitätskonzepten anderer Bereiche.
- Die Anforderungen an die Qualität in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen (Kapitel 3). Ausgehend von den Prinzipien bewährter Qualitätskonzepte wurden Prämissen und Anhaltspunkte extrahiert, die für die Qualitätsverbesserung der pflegerischen Leistungserbringung bedeutsam sind.
- Die Situation der Qualitätssicherung in der Praxis (Kapitel 4). Anhand der Darstellung der Wirkungsweise der gebräuchlichsten Instrumente wird erörtert, inwieweit diese sich im Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung als angemessen erweisen bzw. welche Bereiche der Qualität in der Pflege mit diesen Verfahren abgedeckt werden können.

Ausgehend von diesen Überlegungen wird im Rahmen einer Evaluation (Kapitel 5) empirisch untersucht, inwieweit die Pflegequalität in Einrichtungen der vollstationären Langzeitversorgung mit der Einführung eines umfassenden, standardisierten und strukturierten Assessmentverfahrens verbessert werden kann (Kapitel 6 und 7).

Fokussiert werden insbesondere Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung, die auf einer verbesserten Befähigung der Mitarbeiter zur Qualitätserbringung auf der Grundlage einer genauen Zustandsfeststellung und damit eines veränderten Dokumentations- und Planungsverhaltens fußen.

Unter „Befähigung“ wird in diesem Buch aber weniger die formale Qualifikation der Mitarbeiter verstanden, auf die sich u. a. das SGB XI oder die Qualitätsgrundsätze der Leistungserbringer und Kostenträger beziehen. Vielmehr ist die tatsächliche Fähigkeit des Pflegepersonals gemeint, „professionelle“ Qualität zu erbringen, diese Qualität auf

1 In diesem Buch werden praxisrelevante Auszüge aus der Studie „Qualität in Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege“ (Engel 2006) dargestellt. Die Studie ist vollständig unter http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=983439169&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=983439169.pdf einzusehen.

der Grundlage von Ergebnissen, die sich auch nach außen darstellen lassen, eigenständig zu kontrollieren und so aktiv am Qualitätsprozess zu partizipieren.

Unter professioneller Qualitätserbringung durch das Pflegepersonal wird diagnostisches, geplantes, auf dem Stand der Kenntnis basierendes und auf die Erhaltung der Autonomie der Klienten gerichtetes Handeln verstanden (vgl. Kämmer/Sirsch 2005).

Im Rahmen einer Interventionsstudie unter den Bedingungen des pflegerischen Alltags wird aufgezeigt, inwieweit sich die Einführung des Resident Assessment Instrument RAI 2,0 auswirkt. Untersucht wurde insbesondere:

- Handlungs- und Prozessorientierung, Befähigung der Mitarbeiter:
 - Steigert das Instrument eine qualitätsgerechte Berufsausübung? Bewirkt es einen Wissenszuwachs hinsichtlich pflegerelevanter Kenntnisse?
 - Fördert das Instrument die Zusammenarbeit der an der Pflege Beteiligten?
 - Verbessert sich die Zustandsfeststellung als Voraussetzung der Qualitätserbringung?
 - Beeinflusst der Einsatz des RAI das Pflegeplanungsverhalten als weiteren qualitätsrelevanten Schritt des Pflegeprozesses?
- Bewohnerorientierung; Ergebnisdarstellung:
 - Eignen sich die Assessmentdaten für die Qualitätsdarstellung?
 - Können auf der Grundlage der genauen Zustandsfeststellung Hinweise für die weitere Qualitätsverbesserung gewonnen werden?
 - Erhalten die Mitarbeiter ein Feedback über ihre Tätigkeit und verfügen sie mit diesem Instrument über ein „Handwerkszeug“ zur Selbstkontrolle?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde das Instrument in vier Pflegeeinrichtungen im Verlauf eines Jahres implementiert und evaluiert.

1 Ausgangssituation

1.1 Steigender Bedarf an stationären Pflegeangeboten

Die Anzahl von Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig zugenommen. Sie stieg im Bundesmaßstab von Januar 1998 bis Oktober 2001 um ca. 9 %, das entspricht einer Zunahme um 681 Pflegeheime (BMFSFJ 2002, S. 259). Von 2001 bis 2006 ist eine erneute Zunahme um 11 % – das sind 929 Pflegeheime – zu verzeichnen (MDS 2007). Insgesamt existieren 2006 in der Bundesrepublik 10.129 nach SGB XI zugelassene Pflegeheime.

Die statistischen Daten von 2005 weisen für Deutschland ca. 2,08 Millionen Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI aus (Statistisches Bundesamt 2007). Von dieser Gruppe nahmen bundesweit etwa 700.000 Personen vollstationäre Leistungen in Anspruch – dies sind 32,5 % (BMG 2007).

Aller Voraussicht nach wird der Bedarf auch in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Auf der Grundlage von Modellrechnungen wird prognostiziert, dass jährlich etwa 10.000 zusätzliche Pflegeheimplätze benötigt werden (KDA 2003a). Bedingt ist diese Entwicklung in erster Linie durch die demographische Entwicklung und die Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Aber auch die Einführung der sog. Diagnosis Related Groups (DRGs) im Krankenhausbereich hat Auswirkungen auf den Bedarf an stationärer Pflege.

Freilich steht die Zunahme des Bedarfs an stationären pflegerischen Versorgungsleistungen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Bedeutungszuwachs des Themas „Qualität in der Pflege“, das Gegenstand dieses Buches ist. Mit steigendem Bedarf erhöht sich jedoch der Stellenwert der Pflege in der gesellschaftlichen Diskussion. Der so entstandene „Problemdruck“ ist eine wesentliche Ursache für weit reichende Gesetzesänderungen, mit denen Pflegeeinrichtungen direkt oder indirekt zu einer Verbesserung der Pflegequalität verpflichtet werden.

Mit der veränderten Gesetzgebung gehen weitere Entwicklungen einher – das Entstehen einer marktwirtschaftlichen Situation in der bundesdeutschen Pflegelandschaft und die zunehmende Verbrauchersouveränität forcieren ebenfalls die steigende Relevanz von Qualität in Pflegeeinrichtungen.

Nachfolgend werden zunächst die Auswirkungen der demographischen Entwicklung und der Entwicklungen im Krankenhausbereich auf die Zunahme des Pflegebedarfs und des Bedarfs an stationären Einrichtungen beleuchtet.

1.1.1 Steigender Bedarf als Folge der demographischen Entwicklung

Im Folgenden wird erörtert, warum eine Zunahme des Bedarfs an stationärer Pflege zu erwarten ist.

Die Anzahl und der Anteil alter Menschen in der Bevölkerung nehmen zu

Die demographische Entwicklung in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Zahl älterer und alter Menschen und durch eine Strukturverschiebung hinsichtlich des Alters der Bevölkerung zugunsten der höheren Altersgruppen (BMFSFJ 2002). Prognosen zeigen ein Anhalten dieser Tendenz auf; bis zum Jahr 2030 wird etwa jeder dritte Deutsche zu den 65-jährigen oder älteren gehören (Statistisches Bundesamt 2006). Insgesamt ist laut der Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2050 mit einer Zunahme der über 65-jährigen um etwa sieben Millionen Menschen – auf über 20 Millionen – zu rechnen. Der Anteil der über 80-jährigen Personen wird von derzeit ca. 4 % auf über 11 % ansteigen: Die Gruppe der 80 bis 90-jährigen wächst dann um etwa vier Millionen Personen (Statistisches Bundesamt 2006).

Besonders hervorzuheben ist der überproportionale Anstieg des Anteils der sog. Hochaltrigen, dies ist die Gruppe der über 90-jährigen. Für diese Gruppe ist eine Zunahme um eine Million Personen prognostiziert. Gleichzeitig liegt die Zahl der Geburten unterhalb des Bestandserhaltungsniveaus, es muss von einer relativen Alterung der Bevölkerung gesprochen werden (ebd.). Zusammenfassend kann von einer „dreifachen Alterung“ unserer Gesellschaft gesprochen werden: Die absolute Zahl älterer Menschen nimmt zu, der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt und das Phänomen der „Hochaltrigkeit“ weitet sich aus (vgl. Tews 1996).

Alte und hochaltrige Bevölkerungsgruppen haben einen erhöhten Versorgungsbedarf

Auch wenn die Morbidität der allgemeinen Bevölkerung und der „jüngeren Alten“² seit Jahren abnimmt (vgl. Schwartz/Walter 2000), ist die Zunahme der Lebenserwartung nicht mit einem gleichbleibenden Gesundheitszustand verbunden. Viele Krankheiten und Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen manifestieren sich erst im hohen und höchsten Alter (exempl. BMFSFJ 2002). Aufgrund dessen verbringt ein großer Teil der Alten und Hochbetagten die letzte Zeit des Lebens in nicht-gesundem Zustand und leidet an degenerativen Veränderungen, chronischen Erkrankungen sowie anderen Gesundheitseinschränkungen und Funktionsstörungen, die durch eine verminderte Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit gekennzeichnet sind und besondere Belastungen für den Einzelnen mit sich bringen (vgl. Garms-Homolová/Schaeffer 2000a). Dabei gehen gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter oft mit geistigen Beeinträchtigungen und gerontopsychiatrischen, „demenziellen“ Erkrankungen einher, die mit hohem Alter ebenfalls stark zunehmen – konkret ist bis zum Jahr 2050 eine Verdopplung der Anzahl demenziell Erkrankter auf über zwei Millionen Personen prognostiziert (BMFSFJ 2002).

Insgesamt muss festgehalten werden, dass sich in den hohen und höchsten Altersgruppen für viele Menschen eine akzeptable Lebensqualität und hinreichende Alltagskompetenz nur mit Hilfe von Dauermedikation, regelmäßiger Behandlung und gezielter pflegerischer Intervention erreichen lassen: Daraus resultiert zukünftig auch ein Mehrbedarf an pflegerischer Versorgung.

2 In der Soziodemographie üblich ist die Unterteilung zwischen „jüngeren Alten“ (65 bis 74 Jahre) und älteren Alten (älter als 75 Jahre), daneben wird von sehr Alten oder Hochbetagten gesprochen (älter als 80 Jahre) (Schwartz/Walter 2000, S. 125).

Die informellen Hilfenetze zeigen Grenzen

Parallel zur demographischen Entwicklung unterliegen die Familienstrukturen in der Bundesrepublik einem Wandel, dessen Auswirkungen zurückgehende Geburtenzahlen, sinkende Heiratsneigung sowie steigende Scheidungs- und Trennungszahlen sind. Das führt zu neuen Konstellationen im Verhältnis der Familienmitglieder untereinander sowie im Zusammenleben der Generationen: Ein zunehmender Bevölkerungsanteil erreicht das Alter bereits im Stadium des Alleinlebens (vgl. Schwartz/Walter 2000). Damit einhergehend nehmen die intrafamilialen Pflegemöglichkeiten für alte Menschen ab. Die hohe Beschäftigungsquote der Frauen und die steigende Mobilität verstärken dieses Problem noch. Das familiäre Pflegepotential, welches bislang als informelles Versorgungssystem einen großen Teil des Versorgungsbedarfs abdeckte, nimmt ab. Inwieweit künftige, veränderte Netze, in denen Zusammenschlüsse von Nichtverwandten und unkonventionelle Lebensgemeinschaften eine größere Rolle spielen werden, den Hilfebedarf abfangen können, lässt sich derzeit kaum prognostizieren. Bereits heute zeigt das informelle Hilfenetz aber Erschöpfungserscheinungen. Ältere Menschen werden damit künftig immer häufiger auf Hilfe von außen angewiesen sein.

Es kommt zu einem vermehrten Bedarf an vollstationären Pflegeeinrichtungen

Vor dem Hintergrund der geschilderten Entwicklung der Altersstrukturen, der Charakteristika des Gesundheitszustandes alter und hochbetagter Menschen und der Grenzen informeller Hilfenetze muss angenommen werden, dass – trotz eines vom Gesetzgeber initiierten Ausbaus ambulanter Strukturen – eine wachsende Zahl Pflegebedürftiger nicht mehr zu Hause versorgt werden kann (exempl. BMFSFJ 2002). Insbesondere aus der Komplexität der Beeinträchtigungen resultiert ein besonderer Versorgungsbedarf, der multiprofessionelle, komplexe und integrierte Versorgungsstrategien erfordert (Garms-Homolová/Schaeffer 2000a). Das heißt, die Relevanz der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wächst und spielt besonders bei der Gruppe der Hochbetagten eine entscheidende Rolle. Bereits heute kann bei 30 % der Pflegebedürftigen die Versorgung nur in einer vollstationären Einrichtung sichergestellt werden. Prognosen sagen für das Jahr 2050 voraus, dass ein Anteil von 60 % aller Pflegebedürftigen vollstationär versorgt werden muss (Klie 2002). Speziell bei demenziell Erkrankten erweist sich schon heute in zwei Dritteln der Fälle die Aufnahme in ein Pflegeheim als unumgänglich (ebd.). Daneben sprechen auch aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen für eine Zunahme des Bedarfs.

1.1.2 Steigender Bedarf als Folge der Entwicklung im Krankenhausbereich

Neben den o. g. Trends lassen auch die aktuellen Entwicklungen im Krankenhausbereich einen Mehrbedarf an stationärer Pflege erwarten. Im Jahr 2002 ist mit dem Gesundheitsreformgesetz ein neues Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Kraft getreten, nach dem Leistungen im Krankenhaus nun auf der Grundlage sog. Diagnosis Related Groups (DRGs) oder Fallpauschalen vergütet werden. Infolge dessen haben sich die Verweildauern deutlich verkürzt. Aus Aspekten der Wirtschaftlichkeit entlassen Krankenhäuser ihre Patienten, sobald deren Zustand die Versorgung in einer anderen Einrichtung zulässt. Krankenhäuser dienen damit in erster Linie der intensiven Behandlung, die endgültige Heilung bleibt jedoch der Phase nach der Entlassung vorbehalten.

Vor allem für ältere und alte Patienten, deren Gesamtzustand ohnehin beeinträchtigt sein kann, ergibt sich daraus eine verstärkte Nachsorge.

Auch wenn gegenwärtig noch abgewartet werden muss, inwieweit die Krankenhäuser selbst Nachsorgestrukturen aufrechterhalten, zeigt sich bereits, dass vollstationären Pflegeeinrichtungen diesbezüglich eine wichtige Rolle zukommt. Möglicherweise entwickeln sich Pflegeheime, ähnlich wie in anderen Ländern zu „Auffangstationen“ für Engpässe der Gesundheitsversorgung (Sangha 1999).

Neben der Pflege der bisherigen Klientel müssen sich die Heime dann auf die Versorgung einer neuen Klientengruppe einstellen und künftig vermehrt Anforderungen wie Selbstständigkeit, Reaktivierung und Rehabilitation berücksichtigen. In Zusammenhang mit einer neuen „Verbrauchersouveränität“ der Hilfebedürftigen und einer vermehrten Konkurrenz zwischen den Einrichtungen – beides ist durch die Gesetzgebung initiiert – heißt das für die Einrichtungen, sich als kunden- und qualitätsorientiert erweisen zu müssen.

1.2 Die steigende Bedeutung von Qualität

Wie schon erwähnt, bewirkt die Zunahme des Bedarfs eine verstärkte Wahrnehmung von Qualität und Qualitätssicherung in der Öffentlichkeit. Dabei ist die Pflegequalität und deren -sicherung eng mit Anforderungen und Erwartungen der Gesellschaft verknüpft. Die in der Öffentlichkeit und in der Fachliteratur geführte Diskussion zu Qualitätskriterien und Maßstäben zeitigt Auswirkungen auf politische Entscheidungen und die gesellschaftliche Kontrolle pflegerischer Leistungen (Deutscher Bundestag 2001, S. 146). Zentrale Antriebsmomente für die wachsende Bedeutung von Qualität in der (Alten-)Pflege sind insbesondere

- gesetzliche Anforderungen, mit denen die Einrichtungen verpflichtet werden, bestimmte Qualitätsanforderungen und Vorgaben umzusetzen. Der Staat versteht sich hier als Kontrollinstanz, dem gegenüber eine gesetzliche Nachweispflicht besteht.
- der durch die neue Gesetzgebung initiierte Wettbewerb zwischen den Anbietern von Pflege- und Versorgungsleistungen, der zu einer Marktsituation in der Pflegelandschaft führt und
- die daraus resultierende zunehmende „Verbrauchersouveränität“ der (potenziellen) Nutzer von pflegerischen Versorgungsleistungen.

Diese Auslöser für die Relevanz des Themas Pflegequalität werden im Folgenden näher beleuchtet.

1.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen zu Qualität in der Pflege

Der Gesetzgeber reagiert auf die veränderten Anforderungen im Pflegebereich mit Bestimmungen, die die vermehrte Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität forcieren und fortgeschrieben werden. Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 steht nun die zweite Novellierung dieses Gesetzes an, die Novellierung des Heimgesetzes erfolgte im Jahr 2001. Die Vermutung einer erneuten Überarbeitung liegt hier schon durch den Übergang dieser Gesetzgebung in Länderrecht nahe.

Nachfolgend werden die wichtigsten qualitätsrelevanten Bestimmungen aus dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und Heimgesetz genannt.³

Regelungen des Pflege-Versicherungsgesetzes (SGB XI 1994) und des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQSG 2001)

Die zentrale Vorschrift des SGB XI zur Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen stellt der § 80 SGB XI dar. Mit ihm werden die Spitzenverbände und Bundesvereinigungen der Pflegekassen, der Sozialhilfeträger sowie der Träger von Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung der MDK zur Vereinbarung gemeinsamer Grundsätze und Maßstäbe verpflichtet. Diese Vereinbarungen zielen auf die Qualität und Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen ab und fokussieren die Entwicklung einrichtungsinterner Qualitätsverbesserungsmaßnahmen und Qualitätsmanagementsysteme. Damit legt der Gesetzgeber den Schwerpunkt der Qualitätssicherung in die Eigenverantwortung der Leistungserbringer.

Mit dem 2001 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQSG) wurden die Regelungen des SGB XI neu geordnet und erweitert. Dies betrifft u. a. die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) als Voraussetzung zum Abschluss von Pflegesatzvereinbarungen.⁴ Auch dies verdeutlicht neben der Qualitätsintention die Absicht des Gesetzgebers, im Pflegeheimbereich Wettbewerbsstrukturen zu schaffen. Andere Vorschriften, die ebenfalls in diese Richtung gehen, wie die Verpflichtung der Einrichtung zur Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen und sog. Pflegeheimvergleiche traten wegen des Fehlens einer entsprechenden Umsetzungsverordnung nicht in Kraft.

Nach den Bestimmungen des SGB XI soll es grundlegendes Ziel aller qualitätssichernden Maßnahmen in den Einrichtungen sein, den „Pflegebedürftigen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 2 SGB XI), d. h. die Maßnahmen müssen auf die Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstverantwortung pflegebedürftiger Menschen gerichtet sein. Grundlegende Forderungen des Gesetzgebers betreffen

- die Erbringung der Pflege durch die Einrichtungen „am allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (§ 11 SGB XI),
- die Aktivierung des Pflegebedürftigen durch die „Erhaltung vorhandener und – soweit dies möglich ist – Zurückgewinnung verloren gegangener Fähigkeiten“ (§ 2 SGB XI),
- die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, speziell genannt sind das Bedürfnis nach Kommunikation (§ 28 SGB XI) und religiöse Bedürfnisse (§ 11 SGB XI),

3 Neben den genannten Normierungen enthält auch das Bundessozialhilfegesetz Passagen zur Qualitätssicherung. Da der Sozialhilfeträger aber nicht über originäre Kompetenzen zur Setzung von Qualitätsnormen oder für Qualitätsprüfungen verfügt, wurden diese Regelungen hier außer acht gelassen.

4 Mit der erneuten Novellierung des Pflegeversicherungsgesetzes zum sog. Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) ist nun die Abschaffung der LQVs als eigenständige Verträge geplant. Stattdessen sollen die Inhalte der LQVs Gegenstand der Vergütungsvereinbarungen werden.

- die Erbringung der Hilfeleistung, die aus der „Unterstützung bzw. teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen des täglichen Lebens bzw. der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen“ besteht (§ 14 SGB XI) – dabei soll stets ein sog. Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet werden (§ 29 SGB XI) –, und
- die Mitwirkung der Bewohner an rehabilitierenden und aktivierenden Maßnahmen „in der Weise, dass eine bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit überwunden, mindestens aber gemindert oder eine Verschlimmerung verhindert wird“ (§ 6 SGB XI).

Neben allgemeinen Verpflichtungen zur Qualität der Pflege implizieren die genannten Regelungen, dass der Pflegeprozess dargelegt und die Ergebnisse der Pflege gemessen werden. Die Prüfung der gesetzlichen Bestimmungen erfolgt durch den MDK als Prüfinstanz im Auftrag der Pflegekassen. Die MDK-Kontrollen finden auf der Grundlage eines „Erhebungsbogens zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung“ statt, daneben kommt ein „Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Bewohner“ zum Einsatz.

Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz wurden die Prüf- und Zutrittsrechte des MDK wesentlich umfassender formuliert. Unter anderem wurde zusätzlich zu bereits bestehenden Auflagen (Beseitigung der Mängel, Kündigung des Versorgungsvertrages in schwerwiegenden Fällen) mit der rückwirkenden Kürzung der vereinbarten Pflegevergütung eine neue Sanktionsmöglichkeit geschaffen.

Auch wenn dem MDK als Kontrollinstanz eine bedeutende Rolle zukommt, sollen die Regelungen bewirken, dass Qualitätssicherung nicht mehr nur ausschließlich über die Ausweitung von Prüfmöglichkeiten durchgesetzt, sondern zunehmend in die Eigenverantwortung der leistungserbringenden Träger und Einrichtungen gelegt wird. Hier wird eine Schwerpunktverlagerung von den bisher im Vordergrund stehenden externen Maßnahmen der Qualitätssicherung hin zu internen Maßnahmen anvisiert.

Dieser Ansatz wird mit der erneuten Novellierung der Pflegeversicherung weiter verfolgt. Als Schwerpunkte (Säulen) der Qualitätssicherung sind im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aufgeführt:

- die Qualitätsentwicklung durch Verankerung von Expertenstandards, dies umfasst die Entwicklung und Fortschreibung von Expertenstandards,
- die stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements und eine größere Transparenz der Ergebnisse,
- die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung durch den MDK sowie die Transparenz der Ergebnisse der MDK-Prüfungen und anderer methodisch zuverlässiger Zertifizierungen (BMG 2007, S. 91 ff.).

Mit Blick auf diese Bestimmungen müssten idealerweise interne Qualitätsmaßnahmen zur Anwendung kommen, die eine zuverlässige Qualitätsmessung ermöglichen, extern überprüft werden können und sich auch zur Außendarstellung eignen.

Regelungen des Heimgesetzes

Die Bestimmungen des Heimgesetzes (HeimG) haben in erster Linie eine aufsichtsrechtliche Funktion. Das Heimgesetz verpflichtet Altenhilfeeinrichtungen zum Schutz „der Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner und Bewerber für die Aufnahme in ein Heim vor Beeinträchtigungen“ (§ 2 HeimG) und zur Wahrung „der Selbständigkeit und Selbstverantwortung“ (§ 2 HeimG) dieser Personen. Diese grundlegende Intention wur-

de in der Neufassung erheblich erweitert. Neben der Stärkung der Mitwirkungsrechte der Heimbewohner wird die Rechtsstellung der Heimbewohner durch ein erhöhtes Transparenzgebot bei der Formulierung der Heimverträge verbessert.

Im Heimgesetz werden die Einrichtungen außerdem verpflichtet, eine nach dem „allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung“ (§ 2 HeimG) zu gewährleisten und ihre Qualitätsverantwortung durch die Einhaltung bestimmter Qualitätsmaßstäbe einzulösen. Hier zeigen sich deutliche Parallelen zu den Bestimmungen des SGB XI.

Die Qualitätsmaßstäbe des Heimgesetzes und der ihm zugeordneten Rechtsverordnungen umfassen verschiedene strukturelle Qualitätsparameter: so bauliche Mindestanforderungen oder Verpflichtungen zur personellen Ausstattung und Qualifikation des Personals. Weitere Qualitätsmaßstäbe des Heimgesetzes sind:

- Allgemeine Zielformulierungen wie die Verpflichtung der Einrichtungen „ein Qualitätsmanagement vorzuhalten“, die „Gewährleistung einer angemessenen Qualität der Betreuung“ durch die Pflegeheime und die „Förderung der Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner“ (§ 11 HeimG).
- Konkrete Vorschriften z. B. für den Umgang mit Arzneimitteln (§ 11 HeimG).
- Vorschriften zur Dokumentation, z. B. zu „Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnissen“ (§ 13 HeimG). Zu dokumentieren sind u. a. demographische Angaben zu den Bewohnern, die individuellen Pflegeplanungen und Pflegeverläufe der Klienten, die Umsetzung pflegerischer Interventionen, die Verabreichung von Medikamenten und die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen.

Um die gesetzlichen Forderungen durchzusetzen, wurden die Eingriffsmöglichkeiten der Heimaufsicht gestärkt und Heimaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Pflegekassen und Sozialhilfeträger zur Zusammenarbeit verpflichtet. Insgesamt wird an den überarbeiteten Inhalten des Heimgesetzes der gehobene Stellenwert der Qualität der Versorgung deutlich.

Vor allem aber haben die neuen gesetzlichen Regelungen eine Wettbewerbssituation auf dem Markt der Anbieter von Pflegeleistungen entstehen lassen.

1.2.2 Relevanz der Qualität als Folge marktwirtschaftlicher Entwicklungen

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde ein deutlicher Schritt in Richtung Marktwirtschaft vollzogen. Neben den „gewohnten“ öffentlichen und gemeinnützigen Trägern von Pflegeeinrichtungen gibt es eine zunehmende Anzahl privater Anbieter, die um die Klienten und Finanzierungsanteile konkurrieren. Parallel dazu verknappen sich die finanziellen Ressourcen (vgl. BMG 2007).

Die Qualität der erbrachten Leistungen bietet nun einerseits eine Möglichkeit für die Kostenträger, pflegerische Leistungen und die aufgewendeten Ressourcen zu kontrollieren – die Qualität der Dienstleistung Pflege rückt mehr und mehr in den Vordergrund. Auf der anderen Seite können sich Einrichtungen anhand der erbrachten Qualität gegenüber anderen Einrichtungen positionieren, um besser konkurrenzfähig zu bleiben. Die Darstellung der erreichten Qualität nach außen, beispielsweise die Veröffentlichung von Qualitätsberichten oder Pflegeergebnissen mittels Kennzahlen zeichnet sich –