Das QM-Handbuch

Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege

Bearbeitet von
Simone Schmidt

3., aktualisierte und erweiterte Auflage 2016. Buch. X, 306 S. Softcover
ISBN 978 3 662 49867 5
Format (B x L): 16,8 x 24 cm

Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege > Pflegeforschung, Management

Zu Inhaltsverzeichnis

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Theoretische Grundlagen

Simone Schmidt

2.1 Was ist Qualität? – 10

2.2 Wie ist Qualität entstanden? – 10

2.3 Wie hat sich Qualität entwickelt? – 11

2.4 Wie kann man Qualität definieren? – 12

2.4.1 Wie definiert sich Dienstleistungsqualität? – 12

2.4.2 Wie kann man Dienstleistungsqualität beeinflussen? – 14

2.5 Was ist Pflegequalität? – 15

2.5.1 Was versteht man unter Strukturqualität? – 16

2.5.2 Was ist Prozessqualität? – 17

2.5.3 Wie misst man die Ergebnisqualität? – 18

2.6 Stufen der Pflegequalität – 19

2.7 Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz PfWG – 23

2.7.1 Qualitätsprüfungen durch den MDK – 23

S. Schmidt, *Das QM-Handbuch*,
DOI 10.1007/978-3-662-49868-2_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

» Wer neu anfangen will, soll es sofort tun, denn eine überwundene Schwierigkeit vermeidet hundert andere (Konfuzius).

Das Qualitätsmanagement basiert auf einer Vielzahl von theoretischen Konzepten, die insgesamt **schwer überschaubar** und zum Teil ohne detaillierte betriebswirtschaftliche Kenntnisse gar nicht verständlich sind.

Pflegekräfte, die sich für Qualitätsmanagement interessieren, haben meist Probleme, einen Einstieg in das Thema zu finden. Aus diesem Grund wird im **ersten Abschnitt** dieses Buchs zunächst das **theoretische Basiswissen** vermittelt, das als Grundvoraussetzung für eine praktische Umsetzung von Qualitätsmanagement am eigenen Arbeitsplatz betrachtet wird.

Zunächst sollte man sich intensiv mit der Frage beschäftigen, was unter dem Begriff »Qualität« eigentlich zu verstehen ist. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass der Begriff »**Qualität**« im Qualitätsmanagement prinzipiell wertfrei und neutral verwendet wird.

2.1 Was ist Qualität?

Definition von Qualität

Der Begriff **Qualität** wird mit zunehmender Häufigkeit verwendet, deshalb sollte zunächst die Bedeutung des Wortes Qualität an sich erläutert werden.

Ursprünglich stammt Qualität vom lateinischen Wort *qualitas* und bedeutet übersetzt die Art, Beschaffenheit, Brauchbarkeit, Sorte, Güte, Wertstufe, Eigenschaft oder Beschaffenheit einer Sache (Wahrig Deutsches Wörterbuch 2012).

2.2 Wie ist Qualität entstanden?

Historische Entwicklung

Schon im Altertum wurde der Begriff vom griechischen Philosophen **Aristoteles** (384–322 v. Chr.) verwendet, der in der »Ersten Philosophie« die Qualität als eine von zehn Kategorien beschreibt, die das »Seiende« bestimmen. Andere Kategorien sind z. B. die Substanz, die Quantität, der Ort, die Zeit oder die Relation.

Übung

Praktische Übung

Beschreiben Sie die Eigenschaften eines Apfels. Welche Qualitäten besitzt der Apfel?

Später unterschied der englische Philosoph **John Locke** (1632–1704) primäre und sekundäre Qualitäten, wobei die primären Qualitäten vom Objekt untrennbar sind, also z. B. die Gestalt oder die Festigkeit. Die sekundären Qualitäten eines Objekts sind laut Locke Kräfte, die Ideen hervorrufen.

Prinzipiell wurde das Wort Qualität in seiner ursprünglichen Bedeutung also vollkommen **neutral** verwendet.

Übung

Betrachtet man also die Qualitäten eines Apfels, könnte dieser z. B. süß, sauer, saftig, rund oder rot sein.

Ursprünglich diente die Qualität lediglich der Beschreibung von Eigenschaften einer Sache.

Dies entspricht auch der Bedeutung im angloamerikanischen Sprachgebrauch. In dieser Bedeutung sollte Qualität auch im Qualitätsmanagement betrachtet werden.

Auch schlechte Qualität ist Qualität.

Neutrale Bedeutung von Qualität

Gerade in der deutschen Sprache hat das Wort Qualität jedoch eine positive Färbung, so dass die neutrale Betrachtung der Eigenschaften erschwert wird. Beschäftigt man sich mit Qualitätsmanagement, sollte die **neutrale Grundbedeutung** des Begriffs Qualität immer im Hinterkopf bleiben.

Praxistipp

Dies gelingt leichter, wenn man sich die genaue Übersetzung des Wortes *qualitas* immer wieder vor Augen hält. Es ist einfacher, Qualität zu »managen«, wenn man weiß, dass es sich lediglich um die Beeinflussung von Eigenschaften handelt.

2.3 Wie hat sich Qualität entwickelt?

Bereits vor über 3.700 Jahren formulierte der babylonische König Hammurabi (1792–1750 v. Chr.) die ersten Gesetze, die sich u. a. auch mit Qualität im Gesundheitswesen befassen. So findet man im **Codex Hammurabi** etwa folgenden Paragrafen:

» Wenn ein Arzt jemandem eine schwere Wunde mit dem Operationsmesser macht und ihn tötet oder jemandem eine Höhlung mit dem Operationsmesser öffnet und ihm das Auge zerstört, so soll man ihm die Hände abhauen.

Der Codex Hammurabi kann im Louvre in Paris besichtigt werden

Auf dem Höhepunkt der chinesischen Zivilisation der Antike, also zur Zeit der **Chou-Dynastie** (1122–221 v. Chr.) wurden erstmals staatliche Examen für Ärzte verlangt.

Auch im **Mittelalter** wurden Regelungen getroffen, die die Qualität von Waren oder Dienstleistungen festlegten. So wurde in der deutschen Zunftordnung bereits im Jahre 1535 die Meisterpflicht einge-

führt. Ein Beispiel aus der Zeit des Zaren Peter I. zeigt ebenfalls, dass Qualität auch im 18. Jahrhundert eine wichtige Rolle spielte.

» Ich befehle, den Inhaber der Tulaer Fabrik, Kornil Belogkasow, auszupeitschen und zur Arbeit in ein Kloster zu verbannen, weil er, der Schurke, den Truppen des Staates unbrauchbare Gewehre zu verkaufen sich erdreistet hat, den Oberkontrolleur, Frol Fux, auszupeitschen und nach Asow zu verbannen, weil er auf die schlechten Gewehre das Prüf- und Gütezeichen gesetzt hat (Erlass des Zaren Peter I. vom 11. Januar 1723)

2.4 Wie kann man Qualität definieren?

Bei der **Definition von Qualität** bleibt vor allem zu berücksichtigen, dass immer der Blickpunkt des Betrachters eine entscheidende Rolle spielt. Gerade in der ambulanten Pflege muss die Sichtweise des Kunden genauso beachtet werden wie die Definition der Mitarbeiter. Aber auch der Standpunkt der Gesellschaft ist entscheidend. Daraus ergibt sich ein Dreieck, an dessen Ecken sich die jeweiligen Interessen der beteiligten Parteien befinden (◘ Abb. 2.1).

Qualität ist komplex

Trotzdem bleibt der Begriff Qualität zunächst komplex und schwer fassbar. Aus diesem Grund werden hier verschiedene Definitionen und Gliederungen von Qualität vorgestellt, um das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten. Eine allgemeine Definition der Qualität lieferte die **DIN ISO 55350**:

» Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.

Obwohl diese Beschreibung von Qualität auf den ersten Blick sehr allgemein klingt, beinhaltet sie die wesentlichen **Merkmale** von Qualität und dient gleichzeitig als Basis für viele andere Definitionen und Beschreibungen von Qualität.

2.4.1 Wie definiert sich Dienstleistungsqualität?

Kundenorientierte Definition

Da es sich bei der Definition der DIN ISO um einen **produktorientierten** Ansatz zur Betrachtung von Qualität handelt, der ingenieurwissenschaftlich geprägt ist, hat sich im Dienstleistungsbereich eine **kundenorientierte Definition** von Qualität etabliert. So beschreiben **Meffert u. Bruhn** (1997) die Dienstleistungsqualität als den Grad der Übereinstimmung zwischen der erbrachten Leistung und den bestehenden Kriterien für diese Dienstleistung. Dies entspricht im Wesentlichen der Definition:

Qualität ist das Erbringen erwartungsgerechter Leistungen.

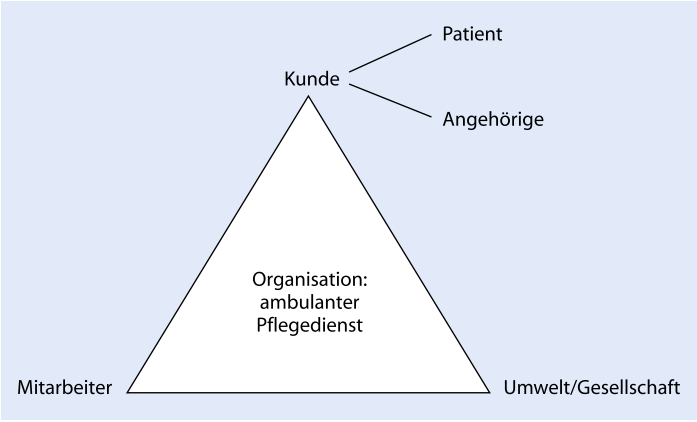

Abb. 2.1 Das Qualitätsdreieck zeigt die verschiedenen Interessenpartner der Organisation am Beispiel eines ambulanten Pflegedienstes. Durch die grafische Darstellung wird deutlich, dass die Dominanz eines Partners zu einer Verzerrung des Dreiecks führt

Selbstverständlich ist dabei Qualität in hohem Maße von der subjektiven Wahrnehmung des Kunden abhängig. Im **Eisbergmodell** wird die Wahrnehmung des Kunden relativiert. Dabei zeigt sich, dass der Kunde nur ein Siebtel eines Unternehmens wahrnimmt, die übrigen sechs Siebtel bleiben ihm verborgen. Die Beurteilung erfolgt also anhand der Betrachtung der »Eisberg-Spitze«, wobei es Unterschiede zwischen Industriebetrieben und Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt. Diese sind in Tab. 2.1 dargestellt. In dieser Tabelle wird ein Vergleich vorgenommen zwischen wahrnehmbaren Qualitätskriterien in einem Industriebetrieb nach dem Eisbergmodell und der Bewertung eines Dienstleistungsunternehmens. Interessanterweise wird das Betriebsklima in Dienstleistungsunternehmen von den Kunden zu 25% in der Bewertung der Qualität mitberücksichtigt, obwohl man eigentlich davon ausgeht, dass die Kunden dies gar nicht wahrnehmen können. Offensichtlich ist der Kunde aber in der Lage, das Betriebsklima aus dem Verhalten der Mitarbeiter zu eruieren.

Tab. 2.1 Das Ansehen von Unternehmen

Industriebetrieb	Dienstleistung
80% Produktqualität	50% Dienstleistungsqualität 25% Pflege und Betreuung
20% Service und Personal	25% Betriebsklima

Tab. 2.2 Dimensionen der Qualität 1. Diese Tabelle zeigt die fünf Dimensionen der Qualität und belegt diese mit allgemeinen Beispielen

Dimension	Beispiel
Umfeld	Räumlichkeiten
Zuverlässigkeit	Pünktlichkeit
Einsatzbereitschaft	Motivation der Mitarbeiter
Leistungskompetenz	Qualifikation der Mitarbeiter
Einfühlungsvermögen	Kernkompetenz

2.4.2 Wie kann man Dienstleistungsqualität beeinflussen?

Dimensionen der Qualität

Untersuchungen haben gezeigt, dass bei der Wahrnehmung der Qualität von Dienstleistungen **fünf Dimensionen** eine wichtige Rolle spielen. Im Folgenden werden zunächst diese Faktoren dargestellt und anschließend durch praktische Beispiele aus dem Alltag und aus der ambulanten Pflege ergänzt. Dabei sollte immer bedacht werden, dass die Dimensionen in unterschiedlicher Weise von der Leitung und den Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes verändert werden können. Im Rahmen der **Organisationsentwicklung** können die Dimensionen der Qualität als Anhaltspunkt dienen, auf welchen Gebieten Veränderungen herbeigeführt werden können (Tab. 2.2).

Auch Mitarbeiter, die sich noch nie mit Qualitätsmanagement beschäftigt haben, können sich die Dimensionen der Qualität vor Augen führen, wenn man in einer Fortbildung oder in einem Qualitätszirkel folgende Aufgabe bearbeitet:

Übung

Sie möchten sich einen Pullover kaufen. Welche Aspekte sind in diesem Zusammenhang wichtig für Sie?

Praktische Übung

Mögliche Antworten sind in Tab. 2.3 aufgeführt. In dieser Tabelle werden die Dimensionen der Qualität anhand eines praktischen Beispiels erläutert. Dabei können die Beispiele als mögliche Antworten für die praktische Übung betrachtet werden. Diese Übung kann mit allen Mitarbeitern in einer Teamsitzung erarbeitet werden, um anschließend mögliche Antworten in die entsprechende Dimension einzugruppieren.

Bei der Beantwortung der Frage kann man gleichzeitig überlegen, wie weit diese Dimensionen beeinflusst werden können. Die Ergebnisse können zum Teil direkt auf Einrichtungen der ambulanten Pflege übertragen werden. Dies wird in Tab. 2.4 dargestellt. In dieser Tabelle

werden die Dimensionen der Qualität direkt auf die Besonderheiten der ambulanten Pflege übertragen. Dabei kann jeweils überlegt werden, in welchem Maß die einzelnen Dimensionen von den Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes gezielt beeinflusst werden können, um Qualitätsverbesserungen zu erreichen.

Tab. 2.3 Dimensionen der Qualität 2

Dimension	Beispiel
Umfeld	Einrichtung und Atmosphäre des Geschäfts
Zuverlässigkeit	Umtausch, Reklamation oder Garantie
Einsatzbereitschaft	Verkäufer ist bereit, den Kunden zu beraten
Leistungskompetenz	Verkäufer besitzt das nötige Fachwissen, um den Kunden zu beraten
Einfühlungsvermögen	Verkäufer »spürt«, ob der Kunde eine Beratung wünscht oder erkundigt sich höflich danach

Tab. 2.4 Dimensionen der Qualität 3

Dimension	Beispiel
Umfeld	Atmosphäre bei der Dienstleistungserbringung. Da es sich hierbei um die Wohnung des Patienten handelt, ist dieser Faktor kaum beeinflussbar
Zuverlässigkeit	Pünktlichkeit, Einhaltung von Absprachen, Sicherheit z. B. durch Schweigepflicht, Datenschutz etc.
Einsatzbereitschaft	Freundlichkeit, höflicher Umgang, aktivierende Pflege
Leistungskompetenz	Sach- und fachgerechte Durchführung der Pflege
Einfühlungsvermögen	Vertrauensverhältnis, Pflegebeziehung, Einbeziehung der Angehörigen

2.5 Was ist Pflegequalität?

Qualität in der Pflege

Qualität hat sich bisher als ein sehr komplexes und schwer fassbares Thema gezeigt. Noch schwieriger stellt sich die Qualität im Sozialwesen und in Einrichtungen des Gesundheitswesens dar. Dies gilt insbesondere für die **Pflegequalität**.

Zum einen ist Pflegequalität kaum objektivierbar und nur bedingt messbar, zum anderen spielen zwischenmenschliche Aspekte wie Zuwendung oder Wohlbefinden eine bedeutende Rolle. Außerdem beinhaltet der Begriff Pflegequalität eine Vielzahl von Bereichen, so dass eine Beurteilung der Pflegequalität entweder sehr aufwändig ist oder immer nur einzelne Teilbereiche betrachtet werden können. Schon

Ende der 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts hat **Avedis Donabedian** eine Unterteilung der Qualität in drei Bereiche vorgenommen:

Qualitätsraster nach Donabedian (1966)
- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

2.5.1 Was versteht man unter Strukturqualität?

Strukturqualität

Die Rahmenbedingungen, unter denen eine Dienstleistung erbracht wird, entsprechen der **Strukturqualität**.

Strukturqualität
- Gebäude, Räumlichkeiten
- Geräte und Hilfsmittel
- Finanzielle Ressourcen
- Personalausstattung

Gesetzliche Vorgaben

Dabei ist zu beachten, dass diese Rahmenbedingungen oftmals nur schwer beeinflussbar sind, da sie durch interne, aber auch durch externe Vorgaben stark reglementiert werden. Zu den externen Vorgaben gehören z. B. gesetzliche Anforderungen vor allem bzgl. des Personals, die im SGB XI und SGB V festgelegt sind.

Vorgaben des Marktes

Aber auch die **finanzielle Struktur** kann nicht beliebig verändert werden, da gerade in der ambulanten Pflege ein »Markt der festen Preise« vorherrscht. Dadurch kann es erforderlich werden, zusätzliche Dienstleistungen als Einnahmequelle zu ermitteln. Das bedeutet auch, dass das Thema **Wirtschaftlichkeit** bei der Betrachtung von Qualität mitberücksichtigt werden muss.

Personalmanagement

Ein wichtiger Aspekt der Strukturqualität ist das **Personalmanagement**. Auch in modernen Industriebetrieben fallen immer häufiger Schlagwörter wie »Human Resources Management« oder »Wissensmanagement«. Die Bedeutung von qualifiziertem und motiviertem Personal darf nicht unterschätzt werden. Deshalb beinhaltet ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem auch Vorgaben zur Personalplanung, zur Mitarbeiterführung und zur Planung von Fortbildungen.

Praxistipp

Beim Personalmanagement herrscht in vielen ambulanten Pflegeeinrichtungen noch ein großer Handlungsbedarf. Neben der Stellenbesetzung an sich, sind auch die Mitarbeiterbindung und das Wissensmanagement entscheidend.

2.5.2 Was ist Prozessqualität?

Prozessqualität

Als Prozess bezeichnet man jede Tätigkeit, die wiederholt oder regelmäßig ausgeführt wird.

Im Prinzip sind dies alle Maßnahmen der direkten Pflege. Diese patientenbezogenen Prozesse werden auch **Kernprozesse** genannt.

Die Körperpflege ist ein Kernprozess

Der Aufgabenbereich einer Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege beinhaltet aber auch Tätigkeiten, die indirekt mit der Versorgung von Patienten zu tun haben, etwa

- administrative Aufgaben,
- Vor- und Nachbereitung von Pflegemaßnahmen oder
- Fahrten von einem Patienten zum nächsten.

Diese Tätigkeiten gehören zu den **Support- oder Unterstützungsprozessen**.

Zu den **Managementprozessen** zählen

- strategische Planung und
- Weiterentwicklung des Pflegedienstes.

Dabei handelt es sich üblicherweise um eine Führungsaufgabe, das heißt, der Geschäftsführer, der Eigentümer oder die Pflegedienstleitung ist für die Durchführung von Managementprozessen zuständig und verantwortlich.

All diese Tätigkeiten und Aufgaben werden unter dem Begriff **Prozessqualität** zusammengefasst. Dadurch erhält die Prozessqualität einen hohen Stellenwert bei der Betrachtung von Qualität im Allgemeinen.

Praxistipp

Wenn man Qualität verbessern möchte, sollte man mit der Bewertung von Prozessen beginnen.

Der Mensch ist ein »Gewohnheitstier«

Jeder weiß, dass in der Pflege, genau wie überall, viele Dinge getan werden, »weil sie schon immer so getan werden«. Deshalb ist es für Personen, die innerhalb einer Organisation stehen, schwierig zu hinterfragen, warum etwas auf eine bestimmte Art und Weise gemacht wird. Es hat sich als hilfreich erwiesen, die wichtigsten Prozesse aufzuschreiben oder grafisch darzustellen. Dadurch werden Schwachpunkte deutlich und können gezielt verändert werden.

Flussdiagramme sind für die grafische Darstellung von Prozessen besonders übersichtlich und geeignet.

Wenn man Prozesse gezielt beurteilen möchte, kann man mit Hilfe einer Checkliste einzelne Punkte bewerten. In QM-H 2.1 (▣ Abb. 2.2) wird eine Checkliste zur **Prozessbewertung** beispielhaft dargestellt.

2.5.3 Wie misst man die Ergebnisqualität?

Ergebnisqualität

Die Feststellung des Ergebnisses der erbrachten Pflege ist wichtig, wird jedoch kaum durchgeführt. Da es sich um subjektive, individuelle Daten handelt, wird häufig die Meinung vertreten, dass die **Ergebnisqualität** der Pflege nicht messbar ist. Dies ist jedoch nicht zutreffend.

Auch mit optimalen strukturellen Vorgaben kann eine qualitativ schlechte oder »gefährliche Pflege« geleistet werden.

Deshalb ist es unerlässlich, eine Datenerhebung bzgl. der Ergebnisqualität durchzuführen.

Um eine Messung der Ergebnisqualität durchzuführen, stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung:

Erhebung der Ergebnisqualität
- Auswertung der Veränderung des Gesundheitszustandes
- Kundenbefragung
- Auswertung der Pflegeplanung

Die Veränderung des Gesundheitszustandes

Diese Methode kann nur sehr wenige und sehr ungenaue Daten zur Ergebnisqualität liefern. Bei der Bewertung des Gesundheitszustandes unterscheidet man z. B.
- Patient gebessert,
- Patient geheilt oder
- Patient verstorben.

Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass sich der Zustand des Patienten verschlechtert hat oder dieser sogar gestorben ist, was jedoch nicht mit einer schlechten Pflegequalität gleichzusetzen ist. Umgekehrt können Patienten als deutlich gebessert oder geheilt beschrieben werden, die diesen Zustand aber trotz schlechter Betreuung erreicht haben.

Kundenbefragung

Kundenbefragung

Die Befragung der Kunden ist eine gute Methode, um die Zufriedenheit zu messen. Allerdings können verschiedene Faktoren das Ergebnis verändern. Zum einen besteht zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen möglicherweise ein **Abhängigkeitsverhältnis**, so dass der Patient sich fürchtet, offen Kritik zu äußern. Dann wird die Befragung ein falsch-positives Ergebnis liefern. Zum anderen sind die betreuten Patienten oftmals aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht in der Lage, eine realistische Einschätzung vorzunehmen oder diese mitzuteilen. Insbesondere Pflegedienste, die viele Patienten betreuen, die an einer **Demenz** erkrankt sind, können kaum verwertbare Befragungen durchführen.

Auch die Befragung von **Angehörigen** kann nur unzureichende Informationen ergeben, da Angehörige häufig andere Ansprüche an einen Pflegedienst stellen, als der Patient selbst. So kennt jeder die Situation, dass der Patient sich eigentlich gut versorgt fühlt, die Angehörigen jedoch mit der Pflege unzufrieden sind und umgekehrt.

Auswertung der Pflegeplanung

Deshalb ist es in vielen Fällen empfehlenswert, eine Bewertung der **Pflegeplanung** durchzuführen. Dazu wird stichprobenartig eine festgelegte Anzahl von Pflegedokumentationen ausgewählt und anhand definierter Kriterien beurteilt. Dabei überprüft man z. B. die Zahl der formulierten **Pflegeziele** und vergleicht sie mit der Anzahl der tatsächlich erreichten Ziele.

Zunächst wird man erkennen, dass es große Differenzen gibt zwischen festgelegten und erreichten Zielen. Dies liegt daran, dass häufig Ziele formuliert werden, die bei realistischer Betrachtung gar nicht erreichbar sind.

Mit der Zeit zeigt sich jedoch normalerweise, dass die Bewertung der Pflegeplanung auch dazu führt, dass effektiver und sinnvoller geplant wird.

Die Planung mit Standardformulierungen wird in vielen Einrichtungen relativ unreflektiert praktiziert.

Praxistipp

Ambulante Dienste, die Bewertungen der Pflegeplanung durchführen, konnten durch diese Maßnahme eine Verbesserung der Pflegeplanung hin zu einer individuellen, patientenorientierten Planung erreichen.

Die Bewertung kann natürlich auch die Probleme, die Ressourcen und die Maßnahmen beinhalten. Eine umfassende **Checkliste** zur Bewertung der Pflegeplanung findet sich in ▶ Kap. 21.

2.6 Stufen der Pflegequalität

Messung der Pflegequalität

Bereits 1965 klassifizierte die Schweizer Kader Schule des Roten Kreuzes die Pflege von optimal über gut bzw. ausreichend bis hin zur mangelhaften oder gefährlichen Pflege.

Zuletzt erfolgte eine Überarbeitung der »**Stufen der Pflegequalität**« im Jahr 2004 durch ein Modellprojekt des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (■ Tab. 2.5).

Dieses Kapitel beinhaltet den ersten Abschnitt der sich mit der, für das Qualitätsmanagement besonders relevanten »Indirekten Pflege«

Tab. 2.5 Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger BMGS/KDA (Hrsg.) (2004): Stufen der Pflegequalität

Indirekte Pflege	Angemessene Bedingungen	Unangemessene/Gefährliche Bedingungen
Leitbild	Der Pflegeanbieter verfügt über ein schriftliches Leitbild, das über einen langen Zeitraum gültig ist. Das Leitbild ist allen Mitarbeitern bekannt. Die Qualitätsentwicklung und der Arbeitsalltag orientieren sich an diesem Leitbild.	Der Pflegeanbieter trägt sich nicht mit dem Gedanken, ein Leitbild zu entwickeln oder es existiert ein Leitbild, das aber keinerlei Auswirkung auf den Arbeitsalltag in der Einrichtung hat.
Pflegekonzept	Der Pflegeanbieter verfügt über ein pflegetheoretisch fundiertes, schriftliches Pflegekonzept, das mit dem Leitbild vereinbar ist. Es wird vom Management zusammen mit den Pflegemitarbeitern laufend den Erfordernissen angepasst. Das Konzept ist den Pflegemitarbeitern vertraut und jederzeit leicht zugänglich. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, ihr Handeln an dem Konzept auszurichten und sich dafür schulen zu lassen.	Die Leitung des Pflegedienstes trägt sich nicht mit dem Gedanken, ein Pflegekonzept zu entwickeln oder es existiert ein Pflegekonzept, das aber im Arbeitsalltag keinerlei Bedeutung hat.
Management	Die leitenden Mitarbeiter verfügen über Managementqualifikationen. Sie qualifizieren sich durch Fort- und Weiterbildung, kollegiale Beratung und Supervision. Die Pflegedienstleitung nimmt Aufgaben in der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung wahr. Die leitenden Mitarbeiter fühlen sich dem Leitbild und dem Konzept verpflichtet. Das Management repräsentiert die Einrichtung und unterstützt (coacht) die nachgeordneten Mitarbeiter.	Der Pflegeanbieter geht davon aus, dass Managementkompetenz durch »Learning-by-doing« erworben wird und die Leitungsaufgaben »nebenbei« erledigt werden können. Angebote zur Fort- und Weiterbildung fehlen bzw. werden nicht in Anspruch genommen.
Qualitätsentwicklung	Der Pflegeanbieter verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Qualitätsentwicklung, auf das im Arbeitsalltag kontinuierlich Bezug genommen wird und in dem alle Arbeitsbereiche mit einbezogen sind. Qualitätsmängel und Beschwerden der Klienten und Angehörigen werden ernstgenommen und gewürdigt. Die Mitarbeiter können ihre Anregungen und Kritik einbringen, z. B. in Qualitätszirkeln.	Der Pflegeanbieter hat kein Konzept zur Qualitätsentwicklung bzw. hat eins, das aber nicht umgesetzt wird. Schwierigkeiten, Beschwerden, Krisen usw. werden als »Angriff« auf die Einrichtung und die eigene Arbeit gesehen, den es abzuwehren gilt.

Tab. 2.5 (Fortsetzung)

Indirekte Pflege	Angemessene Bedingungen	Unangemessene/Gefährliche Bedingungen
Pflege-organisation	Die Pflegeorganisation ist auf die im Leitbild und im Pflegekonzept formulierten Ziele, z. B. Förderung der Selbstpflegekompetenz der Klienten oder Förderung der Pflegekompetenzen von Angehörigen (pflegerische Einzelfallkompetenz), ausgerichtet. Die Fachkompetenz der Pflegemitarbeiter wird mit einbezogen und hat Einfluss auf die Arbeitsabläufe. **Aufbauorganisation:** Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche werden kontinuierlich geklärt. Es existieren aktuelle Stellenbeschreibungen. **Ablauforganisation:** Einsatzplanung, Dienstplangestaltung und Tagesablauf stellen die Klienten und ihre Angehörigen in den Mittelpunkt. Die Organisatoren achten auf Kontinuität z. B. beim Einsatz der pflegerischen Bezugspersonen für die Klienten.	Die Pflegeorganisation orientiert sich nicht an den Interessen, Bedürfnissen und Kompetenzen von Klienten/Angehörigen. Sie fordert von Klienten/Angehörigen/Mitarbeitern Anpassung an die scheinbar notwendigen betrieblichen Abläufe. **Aufbauorganisation:** Zuordnung von Aufgaben und Zuständigkeiten erfolgt häufig zufällig und widerspricht sich zum Teil. **Ablauforganisation:** Einsatz- und Dienstplanung sind unsystematisch und kurzfristig. Der Tagesablauf ist nicht auf die Klienten/Angehörigen ausgerichtet. Die für die Ablauforganisation verantwortlichen Mitarbeiter achten nicht auf Kontinuität.
Praxisanleitung und Begleitung	Auszubildende werden als Lernende angesehen. Lernangebote werden mit Ausbildungsstätten und Auszubildenden abgestimmt, Lernerfolge überprüft. Praxisanleiter und Mentoren begleiten die Schüler. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt nach einem schriftlichen Konzept. Die Praxisbegleitung (Coaching) erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiter. Die (Weiter-)Qualifizierung aller Berufsgruppen folgt einem kurz-/mittel- und langfristigen Planungskonzept. Sie wird in verschiedenen Formen wie z. B. interne und externe Fort-und Weiterbildungsmaßnahmen, Supervision, Praxisreflexion und -begleitung oder Hospitation angeboten. Fachinformationen, z. B. in Form von Zeitschriften, Büchern, Videos, sind gut zugänglich.	Auszubildende werden nur als Arbeitskräfte angesehen. Lernangebote und -ziele sind nicht abgestimmt, es gibt keine Praxisanleitung. Neue Mitarbeiter werden nicht in Arbeitsfelder und Arbeitsweisen bzw. die Arbeit nach Leitbild und Pflegekonzept eingeführt. Vertiefende Angebote zur (Weiter-)Qualifizierung bestehen nicht bzw. werden nicht in Anspruch genommen.

Tab. 2.5 (Fortsetzung)

Indirekte Pflege	Angemessene Bedingungen	Unangemessene/Gefährliche Bedingungen
Kooperation mit anderen Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen arbeiten ziel- und leitbildorientiert zusammen. Die Kooperation (z. B. Pflege/Hauswirtschaft/Sozialer Dienst/Ärzte) ist klientenorientiert und aufeinander abgestimmt. Überschneidungen zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen (Schnittstellen) werden im Sinne der Klienten geklärt. **Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik (früher Behandlungspflege)** Der Arzt delegiert Aufgaben an Pflegefachpersonen, die diese fachkundig ausführen. Zu der fachkundigen Ausführung gehört die Prüfung, – ob die nötigen rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (z. B. ärztliche Anordnung in schriftlicher Form) – ob die eigene Pflegefachlichkeit (»Weiß ich genug?«) gewährleistet ist. – ob die eigenen persönlichen Fähigkeiten ausreichen (»Kann ich es ausführen?«). – ob die sachlichen und strukturellen Voraussetzungen, z. B. steriles Material, gegeben sind. Die Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik wird in Zusammenarbeit mit dem Arzt dokumentiert, evaluiert und reflektiert.	Die einzelnen Berufsgruppen kooperieren nicht; sie arbeiten nicht klientenorientiert. Die Verteilung der Aufgaben erfolgt ohne Berücksichtigung der beruflichen Kompetenz. Es existieren keine Regelungen zum Umgang mit Überschneidungen zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (Schnittstellen). **Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik (früher Behandlungspflege)** Delegation und Übernahme ärztlicher Tätigkeiten sind unsystematisch und unreflektiert. Die ärztlichen Eintragungen in der Pflegedokumentation fehlen bzw. sind unvollständig. Der Pflege- und Therapieverlauf ist in der Dokumentation nicht nachvollziehbar.
Schaffung fördernder Rahmenbedingungen für die Pflege	Der Pflegeanbieter ist täglich rund um die Uhr erreichbar und erbringt bedarfsgerechte Hilfeleistungen bzw. die Hilfeleistungen sind sichergestellt. Die Überleitung aus angrenzenden Versorgungsbereichen folgt einem Konzept, das die Kontinuität der Pflege und Begleitung sicherstellt (z. B. mit Hilfe von Überleitungsbögen). Es bestehen Kooperationsabsprachen mit anderen Dienstleistungserbringern (ambulant/teilstationär/stationär). Bei Erstsituationen in der Pflege, (Einzug in ein Altenheim/eine Haus-/Wohngemeinschaft/Krankenhauseinweisung), werden die Klienten und ihre Angehörigen intensiv begleitet. Bei Entlassung wird der Nationale Expertenstandard zum Entlassungsmanagement angewandt.	Die Pflegeeinrichtung ist häufig nur über Anrufbeantworter zu erreichen. Eine Überleitung aus anderen Versorgungsbereichen erfolgt mündlich. Die Kooperation mit angrenzenden Dienstleistern ist nicht geregelt. Bei Erstsituationen werden Klienten und ihrer Angehörigen alleine gelassen.

Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln, Tel.: (0221) 931847-0, http://www.kda.de von Christine Sowinski, Klaus Besselmann, Heiko Fillibeck
Stufen der Pflegequalität bei direkter Pflege ► Anhang

beschäftigt. Im ▶ Anhang befindet sich der zweite Teil mit Bezug auf die »Direkte Pflege«.

Leider gibt es bisher noch keine einheitliche Bewertung, die konkrete und vergleichbare Ergebnisse liefert. Dies wird sich in naher Zukunft hoffentlich ändern.

2.7 Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz PfWG

Zum 1. Januar 2002 trat das **Pflegequalitätssicherungsgesetz PQsG** in Kraft, das durch das **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz PfWG** vom 1.07.2008 ergänzt wurde.

Der Gesetzgeber verpflichtet darin jedes Pflegeheim und jeden Pflegedienst zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und fordert gleichzeitig eine externe Qualitätssicherung, etwa durch Prüfungen.

Im stationären Bereich soll die Zusammenarbeit zwischen der staatlichen Heimaufsicht und dem MDK weiter verbessert werden.

SGB XI §112 wird wie folgt geändert:

» (2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken.

In § 115 wurde darüber hinaus festgelegt, dass die Ergebnisse der Prüfungen veröffentlicht werden.

2.7.1 Qualitätsprüfungen durch den MDK

Zur Veröffentlichung der Prüfergebnisse wurden die Kriterien in der »Pflegetransparenzvereinbarung ambulant« (PTVA) gemeinsam mit den Leistungserbringern definiert und überarbeitet. Die Prüfung orientiert sich inhaltlich an den Qualitätsprüfungs-Richtlinien QPR des MDS. Die Inhalte der QPR sind nach den Dimensionen der Qualität gegliedert:

- **Strukturqualität**
  - Struktureller Rahmen
  - Voraussetzungen für die Übernahme der Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft
  - Pflegekräfte
  - Kooperation mit anderen ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten

Auch für die Prozessqualität wurden Kriterien festgelegt, um eine Bewertung der Qualität der erbrachten Leistungen durchzuführen.

- **Prozessqualität**
  - Erstbesuch, Anamnese
  - Aktivierende Pflege unter Berücksichtigung von Ressourcen und Fähigkeiten
  - Gesellschaftliches Umfeld
  - Pflegeplanung und deren Aufbewahrung
  - Kontinuierliche Aktualisierung der Pflegeplanung
  - Informationsaustausch
  - Kontinuität bei der Personalplanung
  - Vernetzung mit anderen Institutionen, etwa behandelnder Arzt
  - Nach Möglichkeit Kooperation mit Selbsthilfegruppen

Die Effizienz der erbrachten Leistungen, also die Ergebnisqualität der Pflegemaßnahmen, wird durch die Beobachtung und Begutachtung von Pflegebedürftigen beurteilt. Dazu ist das Einverständnis des Pflegebedürftigen oder seines gesetzlich bestellten Betreuers erforderlich.

- **Ergebnisqualität**
  - Evaluation der Pflegeplanung
  - Bewertung der Pflegeleistung anhand der Kriterien der PTVA

In der »Pflegetransparenzvereinbarung ambulant« werden verschiedene Kriterien genannt, die die Grundlage der Pflegenote darstellen.

Aufgrund der massiven öffentlichen Diskussion und Kritik an den Bewertungskriterien der PTVA soll eine Überarbeitung stattfinden. Der dafür vorgesehene Zeitraum ist jedoch unklar, sodass an dieser Stelle lediglich eine Aufzählung der Qualitätsbereiche erfolgt.

- **Kriterien der PTVA**
  - Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)
  - Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (10 Kriterien)
  - Dienstleistung und Organisation (10 Kriterien)
  - Befragung der Kunden (12 Kriterien)

Wegen der anhaltenden Kritik am Nutzen und der Verständlichkeit der Pflegenoten für den Verbraucher wurde seit der Einführung immer wieder diskutiert, ob eine Überarbeitung stattfinden soll oder eine komplette Abschaffung der Pflegenoten notwendig ist. Aktuell ist eine Überarbeitung der Transparenzkriterien geplant. Außerdem wurde eine Aktualisierung vorgenommen für Pflegeeinrichtungen, die mit der entbürokratisierten Pflegedokumentation nach der Strukturierten Informationssammlung SIS arbeiten.

Praxistipp

Alle Kriterien finden sich detailliert in den Grundlagen der MDK Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Diese kann über

den MDS direkt bezogen oder auf der Homepage heruntergeladen werden. Es lohnt sich, diese Punkte in Form einer Selbstbewertung einmal für den eigenen Pflegedienst zu überprüfen, auch wenn die endgültige Version der PTVA noch nicht absehbar ist. Da diese Überprüfung sehr zeitaufwändig ist, profitiert man von der Erstellung einer Auditcheckliste.

Gerade bei der Prozessqualität zeigen sich immer wieder Auffälligkeiten oder gar Mängel. Die Ursache hierfür liegt unter anderem in der Akzeptanz der Mitarbeiter bzgl. der Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Da die Dokumentationsanforderungen kontinuierlich steigen, empfinden viele Mitarbeiter den Zeitaufwand als nicht gerechtfertigt. Deshalb sollten folgende Punkte bei der Planung und Überprüfung besonders beachtet werden:

Pflegeplanung

- Alle Mitarbeiter müssen den Zweck der Pflegeplanung begriffen haben.
- Die Pflegedokumentation wurde nicht »erfunden, um die Mitarbeiter zu quälen«.
- Eine gute Planung kann man nicht erstellen, wenn man eine innere Abwehr gegen die Pflegeplanung hat.
- In diesem Bereich müssen regelmäßig Fortbildungen stattfinden.
- Die Kontinuität der Pflegeplanung ist unerlässlich.
- Eine Pflegeplanung ist nur sinnvoll, wenn sie regelmäßig evaluiert wird.
- Es muss ein deutlicher und nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen Problem, Ziel und Maßnahme erkennbar sein.
- Der Zeitaufwand der Dokumentation muss in einem vertretbaren Rahmen liegen und bei der Dienstplanung berücksichtigt werden, etwa durch »Bürotage«.

Beispiel

Bei einer Patientin mit der Ressource »intakte Haut«, die kein Dekubitusrisiko aufweist, ist es verwunderlich, dass im Durchführungsnachweis die Applikation eines Hydrokolloidverbandes auf den Dekubitus II° über einen längeren Zeitraum dokumentiert wird, obwohl es sich dabei nicht um eine geplante Pflegemaßnahme handelt.

Im Rahmen der **Entbürokratisierung der Pflegeplanung** wurden bereits erheblich veränderte Vorgaben für die Dokumentation der Pflege erarbeitet. Dies bedeutet allerdings nicht, dass nicht mehr dokumentiert werden muss, sondern dass die Pflegedokumentation konkrete Anforderungen erfüllen muss. Diese Anforderungen werden in ► Kap. 19 detailliert beschrieben.

QMHB	Musterpflegedienst	Kap.	Seite
Doku-Typ QMHB	Doku-Typ Checkliste zur Prozessbewertung		Datum

1 Ablauf des Prozesses

1.1 Wodurch wird der Prozess ausgelöst und wodurch wird er beendet?
1.2 Welche Tätigkeiten finden während des Prozesses statt?
1.3 Ist der Ablauf der Tätigkeiten sinnvoll?
1.4 Sind die Entscheidungskriterien allen Benutzern des Prozesses bekannt, werden sie eingehalten und bieten sie ausreichend Entscheidungsfreiheit?
1.5 Sind die Bemerkungen verständlich formuliert und ausreichend?

2 Grundlagen des Prozesses

2.1 Wer ist für die Durchführung des Prozesses verantwortlich?
2.2 Wer kommt als Prozesseigentümer in Frage?
2.3 Welche rechtlichen Grundlagen sind für den Prozess von Bedeutung? Wer ist bei einer Änderung der Gesetzeslage für die Aktualisierung zuständig?
2.4 Ist bei regelmäßig stattfindenden Prozessen der Rhythmus festgelegt?

3 Schnittstellen des Prozesses

3.1 Welche Schnittstellen treten während des Prozesses auf?
3.2 Wie erfolgt die Information von bzw. zu Schnittstellen? Wird die Informationsweitergabe dokumentiert?

4 Kontrolle des Prozesses

4.1 Ist eine Kontrollfunktion vorgesehen? Wurde diese bisher durchgeführt oder muss sie noch in den Prozess integriert werden?

5 Dokumentation des Prozesses

5.1 Welche Dokumente werden benötigt, welche sind schon vorhanden und welche fehlen noch?
5.2 Sind die bestehenden Dokumente geeignet?
5.3 Werden sie ordnungsgemäß bzw. gemäß Verfahrensanweisung ausgefüllt?
5.4 Werden die Nachweisdokumente archiviert? Welche Vorschriften gelten bzgl. der Dauer, des Ortes und der Zuständigkeit der Archivierung?

erstellt:	Änderungsstatus 0	Freigabe:	Datum

Abb. 2.2 QM-H 2.1. Checkliste zur Prozessbewertung. In dieser Checkliste werden Aspekte der Bewertung von Prozessen dargestellt. Um die Bewertung von Prozessen mit Hilfe der Checkliste einzuüben ist es sinnvoll, mit alltäglichen Prozessen, z. B. der Pflegedokumentation, zu beginnen

http://www.springer.com/978-3-662-49867-5

Das QM-Handbuch
Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege
Schmidt, S.
2016, X, 306 S., Softcover
ISBN: 978-3-662-49867-5