

**Bundeskonzferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und
Pflégewesen e.V.**

**Berliner Memorandum der Bundeskonzferenz zur
Qualitätssicherung im Gesundheits- und
Pflégewesen e.V.**

Berlin, den 14. Januar 2000

**Vorsitzender des Vorstands: Prof. Dr. Gerhard Igl
Güntherstr. 51, 22087 Hamburg**

Inhaltsverzeichnis ¹

- A. ANLÄSSE FÜR DIESES MEMORANDUM**
- B. INTEGRIERTES VERSTÄNDNIS VON QUALITÄT: ERWEITERUNG DER BLICKWINKEL
UND DER FELDER**
 - I. EINRICHTUNGEN UND DIENSTE - NEUE PFLEGEKONZEPTE
 - II. PERSONEN IN DER PFLEGE
 - III. SCHNITTSTELLEN
- C. ROLLEN DER AKTEURE IN DER QUALITÄTSENTWICKLUNG UND
QUALITÄTSSICHERUNG**
 - I. DIE ROLLE DER UNTERNEHMEN
 - II. MANAGEMENT UND PROFESSIONEN ALS GARANT DER
QUALITÄTSENTWICKLUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG
 - 1. Management: Vom Selbstkostendeckungsprinzip zur Leistungsorientierung
 - 2. Professionen: Qualifizierung des mittleren Managements und
Fachkraftpräsenz
 - III. HEIMAUFSICHT UND PFLEGEKASSEN/MDK; SOZIALHILFETRÄGER
 - 1. Unterschiedliche gesetzliche Aufträge
 - 2. Profil der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung
 - 3. Notwendige Weiterentwicklungen vor dem Hintergrund begrenzter
Ressourcen
 - 4. Klarstellung der Rollen und der Kooperationsweisen
 - IV. AKTEURE AUF DEM GEBIET DES SGB V; SONSTIGE ÖFFENTLICHE AKTEURE
- D. QUALITÄT UND IHRE FINANZIERUNG**
- E. ZU EINIGEN AKTUELLEN PRAXISFRAGEN**
 - I. PERSONALBEMESSUNG - PERSONALEINSATZ
 - II. TARIFFRAGEN UND ARBEITSRECHT
 - III. QUALITÄTSGEFÄHRDUNG UND REAKTIONEN
 - IV. BESONDERE ZIELGRUPPEN: MENSCHEN MIT DEMENZIELLEN
ERKRANKUNGEN UND BEHINDERTE PERSONEN
- F. DIE EINRICHTUNG EINES AKKREDITIERUNGSRATES IM PFLEGEWESEN ALS
PERSPEKTIVE DER QUALITÄTSENTWICKLUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG**

A. Anlässe für dieses Memorandum

Die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege steht im Jahr 2000 vor einer entscheidenden Wende: Verschiedene Gesetzentwürfe und Vorschläge befassen sich mit der weiteren gesetzlichen Ausgestaltung der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege. Diese Gesetzentwürfe und Vorschläge sind in einigen Bereichen zu sehr nur einem auf Kontrolle gerichteten Verständnis von

Qualitätsentwicklung und -sicherung verhaftet, das für die Zukunft als nicht tragfähig erscheint. Die weitere Entwicklung der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege erscheint dadurch gefährdet.

Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeversicherung hat die Qualitätsdiskussion in der Pflege wichtige Impulse seitens der pflegerischen Einrichtungen und Dienste und ihrer Verbände, durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Heimaufsichtsbehörden erfahren. Diese Impulse haben Prozesse der Qualitätsentwicklung ausgelöst und unterstützt. Dennoch kann die Situation der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege nicht als befriedigend bezeichnet werden. Hierfür sind unseres Erachtens insbesondere drei Gründe entscheidend:

- Auf der Ebene der Einrichtungen und Dienste und ihrer Verbände ist eine Vereinzelung in der Vorgehensweise insbesondere bei den Zertifizierungsbemühungen festzustellen. Diese ist für den Verbraucher nur von begrenztem Nutzen.
- Auf der Ebene des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zeichnet sich eine Vermehrung und Intensivierung von Tätigkeiten ab, die von dieser Institution personell und finanziell unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht bewältigt werden können.
- Schließlich ergeben sich im Aufgabenbereich der Qualitätsentwicklung und -sicherung rechtliche Koordinationsfragen und tatsächliche Kooperationsprobleme zwischen den Pflegekassen nach dem SGB XI und der Heimaufsicht nach dem Heimgesetz.

In der Öffentlichkeit und in den Medien wird das Thema der Pflegequalität in der Hauptsache unter dem Blickwinkel der in jüngerer Zeit bekannt gewordenen Pflegeskandale diskutiert. Diese Pflegeskandale sind mit ursächlich geworden für das bisherige Tätigwerden der gesetzsvorbereitenden Instanzen. Die vor diesem Hintergrund nachvollziehbaren eiligen politischen Reaktionen dürfen jedoch nicht dazu führen, dass die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege anhand neuer Vorschriften bürokratisiert wird. Vielmehr sollten diese Pflegeskandale und ihre Gründe zum Anlass genommen werden, mittelfristig für die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege eine stabile Grundlage herzustellen. Hierfür ist nicht nur auf die staatliche Intervention zu setzen. Die gesellschaftlichen Kräfte und die in der Pflege tätigen Berufsangehörigen und die Einrichtungen sowie ihre jeweiligen Verbände sind für die Belange der Qualität sehr viel stärker als bisher zu mobilisieren, damit die pflegerische Versorgung der Bevölkerung auch unter diesem Gesichtspunkt als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen wird (vgl. § 8 Abs. 1 SGB XI). Dabei erscheint eine Beschränkung der Thematik der Qualitätsfrage nur mehr auf den von der Pflegeversicherung erfassten Personenbereich nicht mehr als tunlich. Angesichts der beschränkten Pflegeleistungen im SGB XI erlangen die ergänzenden Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) für pflegebedürftige Personen faktisch und quantitativ eine besondere Bedeutung, so dass auch dieser Bereich mit einzubeziehen ist. Das gilt auch für die Perspektive des Verbraucherschutzes, in der die Position des Pflegebedürftigen als Kunde situationsabhängig und differenziert zu thematisieren ist.

Mit dem vorliegenden Memorandum wollen wir einen Beitrag leisten zur Förderung eines modernen und zukunftsweisenden Verständnisses von Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege. Gleichzeitig werden für einige besonders relevante Praxisfragen konkrete Lösungsvorschläge angeboten. Der zentrale Vorschlag mündet in der Forderung nach Einrichtung eines Akkreditierungsrates.

B. Integriertes Verständnis von Qualität: Erweiterung der Blickwinkel und der Felder

Die aktuelle Qualitätsdiskussion in der Pflege wird fragmentiert und segmentiert geführt, d. h. sie verläuft für Berufsgruppen und Arbeitsfelder getrennt und weitgehend isoliert. Eine vernetzte und integrierte Qualitätsdebatte könnte hier zur Einlösung einer gemeinschaftlich wahrgenommenen Systemverantwortung beitragen. Bestimmte Aufgabenfelder der Pflege und Orte, an denen Pflege stattfindet, werden in der Qualitätsdiskussion vernachlässigt. Überdies werden gerade moderne Versorgungsformen und -konzepte sowie innovative Wege in der Pflege durch stark reglementierte Qualitätssicherungsansätze behindert.

I. Einrichtungen und Dienste - neue Pflegekonzepte

Der Fokus der aktuellen Qualitätsdiskussion liegt auf dem Bereich der vollstationären Pflege. Hier sind die intensivsten Bemühungen um Qualitätssicherung zu verzeichnen und hier treffen unterschiedliche Regelungskonzepte und Steuerungsinstrumente am deutlichsten aufeinander. Die ambulante Pflege mit dem gesamten Spektrum der Leistungen der zugelassenen Pflegedienste sowie der auf dem freien Markt angebotenen Dienstleistungen in der Hauswirtschaft und schließlich der persönlichen Hilfen in den unterschiedlichen Erscheinungsformen verdient ebenso die Aufmerksamkeit der

Qualitätsdiskussion wie die Regulierung von neuen Angeboten, etwa des Betreuten Wohnens. Für die häusliche Pflege gilt, dass sie sich durch das Zusammentreffen von professionellen, familiären und ehrenamtlichen Hilfen auszeichnet. Die Wirksamkeit hoheitlicher Aufsichtsmaßnahmen kann in diesem Bereich daher nur sehr begrenzt sein.

Gerade im ambulanten Bereich können stark regulative Qualitätssicherungsansätze für neu entstehende Orte und Konzepte im Versorgungssystem, wie etwa Wohngruppen für Menschen mit Demenz und wohngemeinschaftsorientierte Einrichtungen und Dienste, behindernd wirken. Außerdem muss die Qualitätsdiskussion auf neue rechtliche Konstruktionen in Einrichtungen reagieren, wie etwa bei Wohneigentum der Bewohner. Gleiches gilt für neue Formen von gemischten Pflegearrangements und ihre Finanzierung über Pflegebudgets.

II. Personen in der Pflege

Am Prozess der Pflege sind nicht nur die professionellen und berufsmäßig tätigen Pflegekräfte beteiligt, sondern - wie im SGB XI gefordert und vorausgesetzt (vgl. § 4 Abs. 2 SGB XI) - Personen aus dem informellen Netzwerk der Pflegebedürftigen, insbesondere die Angehörigen, aber auch Ehrenamtliche und sonstige freiwillig in der Betreuung Pflegebedürftiger tätige Menschen. Der Pflegebedürftige selbst ist nicht passives Pflegeobjekt, sondern aktiver Koproduzent der Pflege: Von seiner Mitwirkung, von seiner Akzeptanz und von seiner subjektiven Gesundheitssicht hängt zentral der Erfolg der Pflege und ihrer Qualität ab. Die Pflege wird positiv wie negativ ganz wesentlich durch Angehörige und die Pflegebedürftigen selbst mitbestimmt. Eine Qualitätsdiskussion, die sich zu sehr auf Fragen der Strukturqualität und der professionellen Handlungsstandards i. S. von handwerklichen Vorgaben beschränkt, wird diesem in hohem Maße qualitätsrelevanten Merkmal von Pflegearrangements nicht gerecht.

Von daher gesehen hat die Qualitätsdiskussion die Pflegebedürftigen nicht nur als Kunden, sondern auch als Koproduzenten, die Angehörigen und Ehrenamtlichen nicht nur als zu schulende und zu qualifizierende Laienpfleger, sondern als Verantwortungsträger in der Pflege in den Blick zu nehmen. Diesem Aspekt ist bisher in der Qualitätsdiskussion zu wenig Aufmerksamkeit gezollt worden.

III. Schnittstellen

Weder Berufsgruppen noch Einrichtungen und Dienste sind je für sich allein in der Lage, Qualität zu produzieren. Die Sicherung der Qualität hängt von der qualitätsorientierten Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen und Institutionen ab. Die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Heimen dient einer aufeinander abgestimmten ärztlichen Heilbehandlung und zielorientierten Pflege. Die hinreichende gegenseitige Information zwischen Krankenhaus und den an der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger Beteiligten garantiert die Kontinuität im Behandlungs- und Pflegeprozess. Ein hierfür erforderliches qualitätsorientiertes Schnittstellenmanagement ist in der Pflege keineswegs selbstverständlich. Die Schnittstellenprobleme stellen vielmehr mit die größten Qualitätsprobleme in der Versorgung pflegeabhängiger Menschen dar. Damit müssen Ansätze der kooperativen Qualitätssicherung zu Bausteinen eines umfassenden qualitätsorientierten Versorgungssystems für pflegebedürftige Menschen werden.

C. Rollen der Akteure in der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

I. Die Rolle der Unternehmen

Die Unternehmen der pflegerischen Dienste und Einrichtungen sind zentral verantwortlich für die Qualität ihrer Leistungen. Zur Modernisierung der Dienstleistungen in der Pflege gehört auch, dass die Unternehmen Leitbilder entwerfen. Diese sollen die Ziele von Unternehmen und deren Philosophie beschreiben. Sie bieten den Kunden wie den Beschäftigten Orientierung, Identifikationsmöglichkeiten und sie beschreiben Zukunftsperspektiven. Daher ist die Förderung von Leitbildern ebenso zum Bestandteil von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Pflege zu machen wie die Sicherstellung von ausreichend qualifiziertem und motiviertem Personal.

II. Management und Professionen als Garant der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Entscheidend für Qualität auf der innerbetrieblichen Ebene ist die Positionierung der Träger als verantwortliche sozialwirtschaftliche Unternehmen. In diesem Zusammenhang kommt der Qualifikation des mittleren Managements und der Pflegedienstleitung zentrale Bedeutung zu.

1. Management: Vom Selbstkostendeckungsprinzip zur Leistungsorientierung

Seit Einführung der Pflegeversicherung und angesichts zahlreicher Unwägbarkeiten, wie sich die rechtlichen Rahmenbedingungen nach Ablauf der Übergangsbestimmungen neu gestalten werden, verharren Träger von Pflegeeinrichtungen vielfach immer noch in einer abwartenden Position gegenüber der notwendigen Entwicklung hin zu mehr Eigenverantwortung. Passivität gefährdet jedoch unternehmerisches Handeln unter Wettbewerbsbedingungen. Dies gilt vor allem für den Übergang vom Denken in Selbstkostenerstattung zum Denken in Preisen für Pflegeleistungen, die ausgehandelt werden müssen.

Pflegeeinrichtungen verfügen nicht allorts über die innerbetrieblichen Voraussetzungen, um unter diesen veränderten Bedingungen durchsetzungsfähig und erfolgreich agieren zu können. Will sich eine Einrichtung auf Dauer mit Erfolg am Markt positionieren, ist perspektivisch auf eine Orientierung an Leistungen umzustellen. Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich aus dem Umstand, dass hierzulande keine Expertenstandards existieren, die bedarfsgruppenbezogen differenziert verdeutlichen, was jeweils unter dem „Stand der Kunst in der Pflege“ pflegewissenschaftlich gesichert zu verstehen ist.

2. Professionen: Qualifizierung des mittleren Managements und Fachkraftpräsenz

Qualifikationsprobleme sind vornehmlich auf der Ebene des mittleren Managements angesiedelt. Das Pflegemanagement verfügt noch nicht hinreichend über betriebswirtschaftliches Wissen. Dies erschwert zwangsläufig den Übergang zu einer am Finanzrahmen orientierten Personalbemessung in Verantwortung des Trägers. Die aktuellen Schwierigkeiten resultieren aus einer Reihe von Faktoren:

- Personalmangel und Defizite in der Personalstruktur durch in der Vergangenheit versäumte interne Anpassungen an die sich ändernde Zusammensetzung der Bewohnerschaft.
- Formen eines „vorausseilenden“ weiteren Personalabbaus angesichts der Unsicherheiten nach Einführung der Pflegeversicherung und angesichts der Unsicherheiten in den Finanzierungsweisen.
- Die nicht jederzeit anwesende Pflegefachkraft und fehlende Sicherheit im Handeln von Fach- und Hilfskräften mit jeweils eindeutiger Definition der Aufgaben und Grenzen verstärken sich gegenseitig. Dies führt zu Defiziten in der Mitarbeiterbetreuung.
- Fehlende Beschreibungen und Abgrenzungen von Verantwortlichkeiten zwischen dem Pflegepersonal und der Ebene des mittleren Managements sind häufig indirekte Ursache für Qualitätsmängel.
- Unzureichende Investitionen in die Mitarbeiter, die die personale Dienstleistung herstellen, ziehen Motivationsprobleme und Qualitätseinbußen in den Leistungen nach sich.

Voraussetzung zur Sicherung von Fachlichkeit ist die jederzeit verfügbare Pflegefachkraft in kleinen Einheiten (Wohngruppe). Ziel der Vorhaltung von Pflegefachkräften sollte sein, die Handlungssicherheit des Personals insgesamt durch Kenntlichmachung von Anforderungsprofilen und Handlungsgrenzen zu erhöhen. Die Pflegefachkraft muss zusammen mit der Unternehmensleitung der Garant der Fachlichkeit und der Qualität vor Ort sein.

III. Heimaufsicht und Pflegekassen/MDK; Sozialhilfeträger

1. Unterschiedliche gesetzliche Aufträge

Die Notwendigkeit der Rollenbestimmung und -klärung zwischen den hoheitlich tätigen, ein Wächteramt des Staates ausübenden Instanzen und den im Vertragswege handelnden Sozialleistungsträgern wird am deutlichsten im Bereich der vollstationären Pflege. Hier treten die Probleme der Abgrenzung zwischen Heimaufsicht auf der einen Seite und der für die Pflegekassen tätigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung auf der anderen Seite besonders hervor. Der gesetzliche Auftrag der Heimaufsicht besteht in der repressiven und präventiven Gefahrenabwehr, aber auch in einer fakultativen Beratung der Einrichtungen sowie der Heimbewohner und anderer interessierter Bürger. Hinzu kommen verbraucherorientierte Aufgaben. Die Heimaufsichtsbehörden kommen diesen Aufgaben nicht überall in vollem Umfang nach. Dies beruht zum Teil auf unzureichender Personalausstattung und einer geringen öffentlichen und politischen Aufmerksamkeit und Unterstützung für die Qualitätssicherungsfunktion der Heimaufsicht. Weiter sind Gründe hierfür in den bekannten Grenzen der Effektivität und Leistungsfähigkeit einer einseitig auf hoheitliche Kontrolle angelegten Aufsichtskonzeption zu suchen.

Die Pflegekassen ihrerseits tragen Verantwortung dafür, dass ihre Vertragspartner in der Versorgung Pflegebedürftiger die vertraglich ausgehandelten Qualitätsniveaus einhalten. Sie sollen mit ihnen vertrauensvoll und kooperativ zusammenwirken: Qualitätssicherung im Sozialleistungsrecht setzt auf die Eigenverantwortung der Vertragspartner und ist vom Vertrauensgrundsatz geprägt. Wird die versprochene Qualität von den Vertragspartnern nicht eingehalten, so haben die Pflegekassen, aber auch die anderen Sozialleistungsträger, wie etwa Krankenkassen und Sozialhilfeträger, das Recht und die Pflicht zu Interventionen mit den üblichen Mechanismen der Mängelbeseitigung oder der Vertragskündigung.

Den Sozialleistungsträgern sind dabei unterschiedliche Rechte eingeräumt. Während im BSHG die Rechte vertraglich vereinbart werden, finden sich im SGB XI gesetzliche Ermächtigungen für Qualitätssicherungsaktivitäten und Prüfrechte, die in der Regel von der Sachverständigeninstanz des MDK als Dienstleister der Pflegekassen wahrgenommen werden. In der rechtlichen Ausgestaltung dieser Prüfrechte findet sich damit eine Mischung aus vertragsrechtlichen Rechtseinräumungen und hoheitlichen Handlungsformen, die einer Rollenklarheit im Wege stehen.

2. Profil der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hat ein Qualitätssicherungskonzept entwickelt, das zwischen den verschiedenen Aufgaben, die dem MDK optional übertragen werden können, nicht hinreichend unterscheidet. Das Konzept wird in höchst unterschiedlichem Umfang in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik umgesetzt. Auf die Einrichtungsträger wirken die Aktivitäten in ihrem umfassenden Ansatz einerseits wie Nachschautätigkeiten, die der Heimaufsicht nachgebildet sind, und andererseits wie eine externe Fachberatung für die Einrichtungen. Tatsächlich geben die MDKs in vielen Fällen wichtige qualitätsentwickelnde Impulse für die Einrichtungen. In anderen Fällen wirken die Qualitätssicherungsaktivitäten der MDKs stark normierend und reglementierend. In der Praxis tritt der MDK teilweise an die Stelle regional fehlender Aktivitäten der Heimaufsichtsbehörden. Deshalb erscheint in der Funktion des MDK eine Rollenklärung dringend erforderlich. Zu unterscheiden sind die anlassbezogenen Rechte zu Einzelprüfungen mit entsprechenden Maßnahmen, die der Abstellung der Qualitätsmängel dienen und ggf. auch die Kündigung des Versorgungsvertrages nach sich ziehen können, von den Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Kooperation mit den Einrichtungen und Diensten erfordern, wie etwa vergleichende Prüfungen und Stichproben. Schließlich wären die umfassenden Qualitätssicherungs- und -entwicklungsberatungen, wie sie dem neuen Qualitätssicherungskonzept des MDS zugrunde liegen, als ein fakultatives Angebot für Einrichtungen und Dienste gesondert zu beschreiben.

3. Notwendige Weiterentwicklungen vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen

Bei der Weiterentwicklung des Aufgabenkonzeptes von MDK und Heimaufsicht muss dabei in Rechnung gestellt werden, dass weder die Heimaufsicht noch der MDK in der Lage sein können, Qualitätsverantwortung flächendeckend auf administrative Weise wahrzunehmen. Hierfür fehlen sowohl dem MDK als auch den örtlichen Heimaufsichtsbehörden die Ressourcen, obwohl eine staatliche Verantwortung für die Gefahrenabwehr besteht. Angesichts dieser Situation sind zur wirksamen Aufgabenwahrnehmung Kooperationen und Synergien zwischen den Aktivitäten der Einrichtungen und Dienste auf der einen Seite und den öffentlichen Qualitätssicherungsinstanzen auf der anderen Seite geboten. Diese Erfordernisse gelten auch für die ambulante Pflege.

4. Klarstellung der Rollen und der Kooperationsweisen

Auf der praktischen Ebene vor Ort ist dringend Koordination und Kooperation gefragt. Diese wird regional auch praktiziert. Es muss aber sichergestellt werden, dass für die Einrichtungen die Belastung mit Doppelprüfungen minimiert wird, dass die Rollen von MDK und Heimaufsicht nach außen hin klar erkennbar bleiben und praktiziert werden und dass ein wirkungsvolles Ineinandergreifen von Aktivitäten der Pflegekassen und der MDKs auf der einen Seite und der Heimaufsicht auf der anderen Seite bei Leistungsstörungen und Qualitätsmängeln gewährleistet wird. Vordringlich sind jetzt klare Rollenbeschreibungen für die beteiligten Akteure und eine Optimierung der Kooperation dieser Akteure.

IV. Akteure auf dem Gebiet des SGB V; sonstige öffentliche Akteure

Qualitätssicherung in der Pflege wird zur Zeit vor allem als Aufgabe im Rahmen des SGB XI und des Heimgesetzes verstanden. Es ergeben sich jedoch notwendige Koordinationen und Kooperationen besonders in folgender Hinsicht:

- Die Ärzte spielen für den Bereich der Pflege und der Pflegequalität im Rahmen der krankenbehandelnden Tätigkeit nach dem SGB V eine nach wie vor herausragende Rolle, obwohl ihnen in der Pflegeversicherung außerhalb des MDK keine zentrale Steuerungsfunktion zugewiesen ist. Eine besondere Rolle kommt den niedergelassenen Ärzten aber in der krankenversorgenden Tätigkeit in Pflegeheimen ebenso wie in der häuslichen Krankenversorgung Pflegebedürftiger zu. Häufig ist der Arzt dort wichtiger, wenn nicht alleiniger Ansprechpartner für Pflegeprobleme. Der Arzt kann in diesem Zusammenhang dann zum Problemfaktor werden, wenn er sich den qualitativen Anforderungen der Pflege im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit nicht stellt.
- Pflegebedürftige Personen erhalten wegen der beschränkten Pflegeleistungen nach dem SGB XI häufig ergänzende und aufstockende Pflegeleistungen nach dem BSHG. Obwohl diese Leistungen von den Pflegeeinrichtungen und Diensten in der Regel aus einer Hand erbracht werden, findet eine Koordination der Qualitätsentwicklung und -sicherung und der Beschreibung der Qualitätsstandards nach dem SGB XI und dem BSHG nicht statt. Da auf dem Gebiet der Sozialhilfe anders als auf dem Gebiet der Pflegeversicherung eine für die Qualitätsentwicklung und -sicherung zuständige Institution nicht existiert, besteht die Gefahr einer rein fiskalisch motivierten Standardbildung.

- Eine Koordination und Kooperation in Hinblick auf die Intervention anderer öffentlicher Akteure, z. B. auf dem Gebiet des Brandschutzes oder des Arbeitsschutzes, ist nicht gegeben. Hier werden insbesondere strukturqualitative Anforderungen gestellt, die für die weitere Qualitätsentwicklung und -sicherung in einer Einrichtung wesentlich mitentscheidend sein können.
- Vor allem die kommunale Ebene trägt die Verantwortung für das Case-Managements.
- Für die Unterstützung der Entwicklung des Verbraucherschutzes und der Patientenrechte besteht eine öffentliche Verantwortung.

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen stellen für diese Aufgaben und Koordinations- und Kooperationsprobleme ebenso wenig wie die angestrebten Gesetzesänderungen Lösungen bereit. In einem ersten Zugriff auf diese Probleme könnten hier Verfahrensnormen hilfreich sein, die die jeweiligen Beteiligten zu einem frühzeitigen abgestimmten Vorgehen verpflichten.

V. Pflege in gemeinschaftlicher Verantwortung

In einem traditionellen Pflegeverständnis ist der professionelle Blick vorrangig auf die pflegebedürftige Person und weniger auf ihr Umfeld gerichtet. Dies gilt insbesondere für die pflegenden Angehörigen, die von den Professionellen primär als „Laien“ und weniger als aktiv Beteiligte am Pflegeprozess wahrgenommen werden. Es gilt somit, die professionelle Beurteilung durch eine lebensweltliche Sichtweise der gesamten Pflegesituation zu ergänzen, d.h. die spezifische Struktur und Qualität eines informellen Pflegesystems anzuerkennen, zu nutzen und zu unterstützen. Hierbei können auch Ansätze aus der Hauswirtschaft und der Sozialen Arbeit wirksam werden. Notwendig ist daher ein Prozess der Verständigung zwischen allen an der Pflege Beteiligten, der die spezifischen Möglichkeiten und Grenzen zum Ausgangspunkt einer gemeinsamen Gestaltung der Pflege hat. In der Pflege ist die Ressource „soziales Engagement“ noch weitgehend ungenutzt. Vor allem auf örtlicher Ebene kommt es darauf an, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass vorhandene Potentiale für ehrenamtliches Engagement auch für ein erweitertes Verständnis von Pflege im häuslichen wie im vollstationären Bereich genutzt werden.

D. Qualität und ihre Finanzierung

Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung sind selbstverständlicher betrieblicher Kostenfaktor. Sie können aber auch zu effizienteren und damit kostensparenden betrieblichen Abläufen führen. Aus diesem Grund kann nicht pauschalierend davon gesprochen werden, dass jede Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege „mehr Geld kostet“ und demgemäß entsprechend zu vergüten sei.

Nach wie vor gilt für die Situation in der Bundesrepublik, dass häufig keine Entsprechung von Preis der Pflegeleistung und Qualität der Pflegeleistung gegeben ist. Ebenso gilt, dass sich die besondere Qualität von Pflegeleistungen einer Einrichtung eher selten in der ausgehandelten oder festgesetzten Vergütung abbildet. Besonderes Augenmerk ist auf folgende Punkte zu richten:

- Die Pflegeeinrichtungen haben aus gesetzlichen und aus verfassungsrechtlichen Gründen Anspruch auf ein angemessenes und leistungsgerechtes Entgelt für ihre Leistungen. Voraussetzung für ein auch unter qualitativen Maßstäben angemessenes Entgelt ist die Beschreibung der Leistungen und die Qualität der Leistungen. Aus diesem Grund sollte auch für das Vergütungssystem des SGB XI wie im BSHG (§ 93 Abs. 2) eine Leistungsvereinbarung zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegekassen bzw. ihren Landesverbänden eingeführt werden, in der Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen beschrieben werden.
- Die pflegebedürftigen Personen haben einen Anspruch darauf, dass eine angemessene Entsprechung von Leistung und Entgelt gegeben ist. Letzteres gilt für die Leistungen der Pflegeversicherung deswegen besonders, als wegen der festen Höchstbeträge für die Leistungen die pflegebedürftigen Personen selbst oder aber die Sozialhilfe zur Finanzierung herangezogen werden. Die Höhe des Leistungsentgelts wird aber unter Ausschluss der pflegebedürftigen Personen ausgehandelt bzw. festgesetzt. Hier wäre für die Zukunft an eine mitwirkende Beteiligung der pflegebedürftigen Personen oder ihrer Vertretungen bei den Vergütungsverhandlungen zu denken.
- Die vergütungsrechtlich zu entgeltende Leistung kann nur die qualitätsgesicherte Leistung sein. Die nicht den Qualitätsstandards entsprechenden Leistungen dürfen von den Sozialleistungsträgern nicht vergütet werden. Aus diesem Grund sind gesetzliche Rückforderungsansprüche der Sozialleistungsträger ebenso wie der pflegebedürftigen Personen gegenüber solchen Einrichtungsträgern vorzusehen, die anders als vereinbart keine qualitätsgesicherten Leistungen erbracht haben.

- Kosten für erforderliche externe Qualitätssicherungsmaßnahmen sind dem Grunde nach vergütungsrechtlich relevant.

E. Zu einigen aktuellen Praxisfragen

I. Personalbemessung - Personaleinsatz

Fragen der Personalbemessung und des Personaleinsatzes werden wegen der Existenz der Heimpersonalverordnung in der Regel nur für den stationären Bereich diskutiert. Angesichts der besonders hohen Anteils von Personalkosten in der betrieblichen Gesamtkostenstruktur von Pflegeeinrichtungen und -diensten sind diese Fragen jedoch auch für den ambulanten Bereich von Bedeutung.

In den beteiligten Fachkreisen ist anerkannt, dass die Zahl des Personals eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für die Produktion von qualitätsgesicherten Leistungen ist. Umstritten sind jedoch teilweise die Grundsätze, nach denen der Einsatz insbesondere von Fachpersonal zu bemessen ist. Auf der einen Seite wird für die Einhaltung einer strengen Fachkraftquote plädiert; auf der anderen Seite sollen Flexibilisierungen möglich sein, die zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern ausgehandelt werden. Kurzfristig kann für die Durchführung des einen oder des anderen Grundsatzes derzeit keine befriedigende Lösung vorgeschlagen werden. Mittelfristig sollte der Flexibilisierungslösung der Vorzug gegeben werden. Dies setzt neben einer funktionierenden Heimaufsicht voraus,

- dass taugliche analytische Instrumente der Personalbemessung vorhanden sind (solche befinden sich zur Zeit in der Erprobung),
- dass die Einrichtungen in der Lage sind, aussagekräftige und differenzierte Leistungsbeschreibungen vorzunehmen, und
- dass die über die Personalbemessung befindenden Vertragspartner haftungsrechtlich verantwortlich sind für Folgen unzureichender Personalausstattung.

Nur bei Wahrung dieser Voraussetzungen könnten - im Sinne der Herstellung von mehr Flexibilität - vertragliche Festlegungen zwischen Sozialeistungsträgern und Einrichtungsträgern die durch Gesetz oder Verordnung bestimmten Personalerfordernisse ablösen. Selbstverständlich ist auch hier die Lege-
artis-Regel einzuhalten, wonach Pflege nach dem anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu leisten ist (vgl. § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Die erneute Befristung der Geltung der Fachkraftquote nach der Heimpersonalverordnung muss genutzt werden, um möglichst bald die Voraussetzungen für eine mögliche Flexibilisierung zu schaffen.

II. Tariffragen und Arbeitsrecht

Die gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen sowie die wachsenden Belastungen der öffentlichen Haushalte stellen auch das Personal der Pflegeeinrichtungen vor neue Herausforderungen. Diese können nur unter aktiver Beteiligung und Mitwirkung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich bewältigt werden. Auch auf der Seite der Nutzer von Pflegeeinrichtungen vollziehen sich Veränderungen, auf die das Personal von Pflegeeinrichtungen in seinen Verhaltens- und Arbeitsweisen reagieren muss. Hierzu zählt vor allem der Zuwachs von mehr Autonomie der Nutzer, verbunden mit veränderten Ansprüchen an die individuelle Lebensplanung. Ziel muss es sein, bei gegebenen Ressourcen ökonomische Zwänge und veränderte Nutzerinteressen und -präferenzen in Einklang zu bringen. Diejenigen Träger und Einrichtungen werden künftig erfolgreich sein, denen es gelingt, die objektiven Eigenschaften der Dienstleistung Pflege mit dem individuellen Nutzen für den einzelnen Kunden in ein vernünftiges Verhältnis zu bringen. Dies darf nicht zwangsläufig zu Lasten des beschäftigten Personals gehen. Im Personalwesen der pflegerischen Einrichtungen muss jedoch auf die veränderten Nutzersituationen angepasst und nicht im Sinne einer Dequalifikation des einzusetzenden Personals reagiert werden.

Die Arbeitsverhältnisse auf dem Pflegemarkt unterliegen zur Zeit ähnlichen Einflüssen der Aufsplitterung von Arbeits- und Tarifrecht sowie Ansätzen zur Deregulierung von Arbeitsverhältnissen wie die Arbeitsverhältnisse auf dem sonstigen Arbeitsmarkt. Dadurch ergeben sich unterschiedliche Wettbewerbslagen zwischen tarifgebundenen und tarifungebundenen Einrichtungen.

Die Tarifpartner müssen in der Lage sein, diesen veränderten Situationen Rechnung tragen. Deshalb sind Formen leistungsorientierter Vergütung zu finden und Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung einzuführen. Speziell für das pflegerische Personal gilt, dass eine vernünftig praktizierte und sozial abgesicherte Arbeitszeitflexibilisierung über den Lebenslauf hinweg auch Chancen zur Reduzierung des Burn-out-Problems in der professionellen Pflege bietet.

III. Qualitätsgefährdung und Reaktionen

Qualitätsgefährdung und -mängel im Pflegebereich sollten wirksame Reaktionen auf verschiedenen Stufen nach sich ziehen. Gegenwärtig ist die Situation häufig davon geprägt, dass keine Klarheit darüber besteht, welche Sanktionen bei Verstößen zu ergreifen sind. Aus diesem Grund ist ein abgestuftes Sanktionskonzept zu entwickeln. Für den Fall der Beteiligung mehrerer Stellen (insbesondere Sozialleistungsträger und Heimaufsicht, ggf. auch der Verbände der Einrichtungsträger) muss dieses Konzept - auch im Sinne der Gewährleistung von Rechtssicherheit für alle Beteiligten - ein taugliches Verfahren der Abstimmung zwischen diesen Stellen enthalten. Dieses Konzept muss dem rechtsstaatlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen. Nach diesem Grundsatz sind die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Interessen der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen, die Interessen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung sowie die Interessen der Einrichtung ausgewogen zu berücksichtigen. Eine vorrangige Berücksichtigung der unternehmerischen Interessen des Einrichtungsträgers ist dabei unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht geboten.

In einem abgestuften Sanktionskonzept sollte an erster Stelle bei Verstößen grundsätzlich ein gezielter Beratungseinsatz auf Kosten des Einrichtungsträgers stehen, wenn die Bereitschaft des Einrichtungsträgers erkennbar ist, den Qualitätsmängeln abzuweichen. Bei einem notwendig werdenden Entzug von Erlaubnissen, Betriebsuntersagungen oder bei Kündigung des Versorgungsvertrages ist darauf zu achten, dass die Interessen der pflegebedürftigen Personen und des Personals der Einrichtung so weit wie möglich gewahrt werden: Vor einer Schließung einer Einrichtung sollte deshalb die Möglichkeit bestehen, einen guten und erfahrenen Träger vor Ort mit der Weiterführung der Einrichtung zu betreiben. Der Verband, dem der von der Schließung bedrohte Einrichtungsträger angehört, sollte hierbei ein Vorschlagsrecht haben. Eine vorübergehende kommissarische Betreuung durch einen öffentlich Bediensteten sollte nur ausnahmsweise in Betracht kommen.

IV. Besondere Zielgruppen: Menschen mit demenziellen Erkrankungen und behinderte Personen

Probleme der Qualitätssicherung sind dort auszumachen, wo unterschiedliche Systeme der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Hilfen zusammentreffen, die sich nicht zu einem abgestimmten und bedarfsadäquaten Versorgungsablauf fügen lassen. Rationalisierungen im Krankenhaussektor, die auf eine weitere Verkürzung der Krankenhausverweildauer ausgerichtet sind, stehen vielfach konträr zu den Erfordernissen der Behandlung chronisch kranker Patienten. Es sind vor allem die Übergänge zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung und weiter zwischen Krankenhaus und privater Häuslichkeit oder Pflegeeinrichtung, die sich in Ermangelung eines integrierten Qualitätsdenkens als Bruchstellen in den Versorgungsabläufen erweisen. Damit gehen Kommunikationsdefizite im Zusammenwirken der Professionen einher.

Spezifische Anforderungen an integrierte Qualitätsentwicklung und -sicherung stellen sich bei Pflegebedürftigen, deren Betreuung kontinuierlich eine abgestimmte Kombination von Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen erfordert. Dies gilt in besonderer Weise für die Betreuung Demenzkranker, die fachlich angemessen nicht allein über pflegerische Leistungen hergestellt werden kann. Im wachsenden Maße rückt auch die Situation älter werdender Behinderter mit Pflegebedarf ins fachliche Blickfeld. Die Kombinationsfähigkeit von Leistungen der Eingliederungshilfe, deren Bezug nicht an Altersgrenzen festzumachen ist, mit Leistungen nach SGB XI setzt neben der rechtlichen Abstimmung auch die Überwindung der fachlichen Konfrontation zwischen Fachkräften der Behindertenarbeit und des Pflegewesens voraus.

F. Die Einrichtung eines Akkreditierungsrates im Pflegewesen als Perspektive der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Angesichts der im Vorstehenden geschilderten Probleme der Qualitätssicherung im Pflegewesen ergibt sich für die Bundesrepublik Deutschland das Erfordernis einer integrierten und umfassenden nationalen Qualitätssicherungsstrategie. Mit Blick auf Vorbilder aus dem Ausland empfiehlt sich unabhängig von einrichtungsträgerspezifischen Entwicklungen der Aufbau einer neuen Institution. Sie sollte darauf ausgerichtet sein,

- auf nationaler und regionaler Ebene die Integration der unterschiedlichen Qualitätsanforderungen von den Pflegestandards bis zu den Erwartungen der Brandnachschaue, von der Lebensmittelüberwachung bis zu den Verbraucherschutzperspektiven, zu leisten und weiter zu entwickeln;
- einen nationalen Konsens über zentrale Standards in der Versorgung pflegeabhängiger Menschen und ihrer Familien herzustellen, und
- die Qualitätsfähigkeit der Einrichtungen und Dienste befördern und überprüfen helfen.

Weder die Heimaufsichtsbehörden noch der MDK sind darauf ausgerichtet, eine solche nationale Aufgabe der integrativen Qualitätssicherung wahrzunehmen. So wird dringend empfohlen, einen Akkreditierungsrat zu gründen, dem Aufgaben

- der Konsensentwicklung in Standardfragen,
- der Herstellung von Transparenz und Vergleichbarkeit verschiedener Qualitätssicherungsinstrumente,
- der standardisierten Durchführung von Akkreditierungen und
- der Schulung obliegen.

Im Sinne einer Entstaatlichung von Aufgaben im Feld der Qualitätsentwicklung und -sicherung sollte die Trägerschaft eines Akkreditierungsrates gebildet werden von Einrichtungsträgern, Berufsverbänden, fachwissenschaftlichen Vereinigungen, Verbraucherschutzverbänden, Betroffenenorganisationen und assoziierten Ministerien sowie von Kostenträgern. Dabei könnte auch an die Rechtsfigur eines mit hoheitlichen Aufgaben beliehenen Unternehmers („TÜV-Modell“) gedacht werden.

Zur Vorbereitung der Einrichtung eines Akkreditierungsrates und für eine begrenzte Anfangsphase ist eine öffentliche Förderung notwendig. Anschließend sollte sich der Akkreditierungsrat selbst finanzieren und tragen.

Ein Akkreditierungsrat im Pflegewesen wäre in der Lage, die notwendige Integrationsleistung in der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung auf der nationalen Ebene zu übernehmen. Verbandseigene, professionsinterne und staatliche Aktivitäten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung würden weder überflüssig noch entwertet, aber in einen Gesamtrahmen gestellt, der Wirksamkeit und Konsistenz verspricht.

Berlin, den 14. Januar 2000

Elisabeth Beikirch, Berlin

Dr. Helmut Braun, München

Ute Braun, München

Klaus Ingo Giercke, Köln

Prof. Dr. Gerhard Igl, Kiel/Hamburg

Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg

Prof. Dr. Sabine Kühnert, Bochum/Essen

Prof. Dr. Gerd Naegele, Dortmund/Köln

Dr. Roland Schmidt, Erfurt/Berlin

Helmut Wallrafen-Dreisow, Mönchengladbach

¹ Die vorhergehenden Memoranden sind abgedruckt in: Igl/Kühnert/Naegele (Hrsg.), SGB XI als Herausforderung für die Kommunen, Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Band 4, Hannover 1995, S. 251 ff. Zur Thematik des vorliegenden Memorandums: Hoffmann/Klie, Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Langzeitpflege, „thema 146“, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1999. 4 ([zurück zum Inhaltsverzeichnis](#))