



PEER REVIEW zu
SOZIALSCHUTZ UND
SOZIALER EINGLIEDERUNG
2010

QUALITÄTSSICHERUNG DER LANGZEITPFLEGE IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN

MURNAU/BAYERN , 18.-19. OKTOBER 2010

SYNTHEBERICHT



Im Auftrag von
Europäische Kommission
Beschäftigung, soziale
Angelegenheiten und
Integration



PEER REVIEW ZU
SOZIALSCHUTZ UND
SOZIALER EINGLIEDERUNG
2010

QUALITÄTSSICHERUNG DER LANGZEITPFLEGE IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN

KAI LEICHSENRING
EUROPÄISCHES ZENTRUM FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND
SOZIALFORSCHUNG
MURNAU/BAYERN , 18.-19. OKTOBER 2010

SYNTHEBERICHT



Im Auftrag von
Europäische Kommission
Beschäftigung, soziale
Angelegenheiten und
Integration



Diese Veröffentlichung wird im Rahmen des Gemeinschaftsprogramms für Beschäftigung und soziale Solidarität (2007–2013) unterstützt, das von der Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Integration der Europäischen Kommission verwaltet wird. Dieses Programm wurde eingerichtet, um die Verwirklichung der Ziele der Europäischen Union in den Bereichen Beschäftigung und Soziales — wie in der Sozialpolitischen Agenda ausgeführt — finanziell zu unterstützen und somit zum Erreichen der Vorgaben der Strategie von Lissabon in diesen Bereichen beizutragen.

Das auf sieben Jahre angelegte Programm richtet sich an alle maßgeblichen Akteure in der EU-27, den EFTA-/EWR-Ländern und den Beitritts- und Kandidatenländern, die einen Beitrag zur Gestaltung geeigneter und effektiver Rechtsvorschriften und Strategien im Bereich Beschäftigung und Soziales leisten können.

Mit PROGRESS wird das Ziel verfolgt, den EU-Beitrag zur Unterstützung der Mitgliedstaaten in ihrem Engagement und ihren Bemühungen um mehr und bessere Arbeitsplätze und größeren Zusammenhalt in der Gesellschaft auszubauen. Zu diesem Zweck trägt das Programm PROGRESS dazu bei,

- Analysen und Empfehlungen in den Politikbereichen des Programms PROGRESS bereitzustellen;
- die Umsetzung des Gemeinschaftsrechts und der Strategien der Gemeinschaft in den Politikbereichen des Programms PROGRESS zu überwachen und darüber Bericht zu erstatten;
- den Austausch von Strategien, das wechselseitige Lernen und die gegenseitige Unterstützung zwischen den Mitgliedstaaten in Bezug auf die Ziele und Prioritäten der Union zu fördern und
- die Auffassungen der beteiligten Akteure und der Gesellschaft insgesamt zu kanalisieren.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=de>

Mehr Informationen zu den Peer Reviews und der Politikbewertung sowie alle einschlägigen Dokumente sind abrufbar unter:

<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

Der Inhalt dieser Veröffentlichung gibt nicht unbedingt die Auffassung der Generaldirektion für Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Integration der Europäischen Kommission wieder. Weder die Europäische Kommission noch in deren Namen handelnde Personen haften für die Nutzung von Informationen aus dieser Veröffentlichung.

2011

PRINTED IN BELGIUM



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Einleitung	10
A. Politikkontext auf europäischer Ebene	12
B. Qualitätssicherungsmechanismen in Deutschland bzw. Bayern	15
C. Politikinstrumente und Erfahrungen in den Peer-Ländern	23
D. Diskussionen im Verlauf des Peer Review-Seminars	32
E. Schlussfolgerungen und zentrale Erkenntnisse	35
Literatur	39



Zusammenfassung

Im Mittelpunkt dieser Peer Review, die von 18.-19. Oktober 2010 in Murnau stattfand, standen in Deutschland angestrebte Reformen der sozialen Langzeitpflegeversicherung. Infolge dieser Neuerungen konnten Verbesserungen in der Qualitätssicherung erzielt werden, sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene.

Die Thematik dieser Peer Review ist hoch aktuell. Qualitätsaspekte im Zusammenhang mit Alten- und Pflegeheimen werden gegenwärtig in allen EU-Mitgliedstaaten und nicht zuletzt auch auf Unionsebene debattiert. Als Gastgeber fungierten das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und das Bundesministerium für Gesundheit. Insgesamt neun Peer-Länder waren anwesend: Estland, Finnland, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Schweden, Spanien, die Tschechische Republik und Zypern. Ebenfalls vertreten waren die Interessensvereinigungen „European Older People’s Platform (AGE)“ und das Europäische Soziale Netzwerk (ESN) sowie die Europäische Kommission (GD EMPL).

Hinter den deutschen Bemühungen, die Qualitätssicherung in der stationären Pflege zu festigen, stehen spezifische Erfordernisse auf dem Gebiet der Langzeitpflege. Die Pflegeversicherung des Bundes wurde 1994 als Teilbereich der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Sowohl die Bedarfsprüfung (Zugang) als auch die Qualitätssicherung (Kontrolle) wurde dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) übertragen. Die Bundesländer behielten ihre Verantwortung für die Sozialinfrastruktur, das Sozialhilfwesen und die allgemeine Überwachung von Dienstleistungen und Einrichtungen.

Im Zuge einer Neugestaltung der Pflegeversicherung im Jahr 2008 wurde (neben höheren Beitrags- und Leistungssätzen) ein Ausbau der Qualitätssicherung beschlossen, und zwar durch jährliche Überprüfungen und durch Transparenzabkommen mit den DienstleisterInnen. Die Überlegung ging dahin, dass VerbraucherInnen anhand eines Punktesystems über eine bessere Entscheidungsgrundlage für die Auswahl einer Einrichtung verfügen sollen. Der MDK ist nunmehr für die Durchführung von Kontrollen der Pflegequalität verantwortlich. Es kommen dafür neben herkömmlichen Leitlinien auch sog. „Transparenzkriterien“ zum Tragen, die sich auf die Qualität von Strukturen, Abläufen und Pflegeresultaten beziehen. Der Ablauf der MDK-Prüfungen in Alten- und Pflegeheimen sowie Hauspflegeorganisationen ist hochgradig strukturiert und beinhaltet eine Beratung im Anschluss an den Prüfbericht.

Die Transparenzfordernisse bestehen seit über einem Jahr; mehr als 10.000 Berichte sind bereits online verfügbar. Neben der Gesamtnote, die sämtliche Prüfbereiche umschließt, können Interessierte auch die Bewertung in allen zwölf Teilkriterien einsehen (u. a. Ernährung, Wundversorgung, Medikamentenversorgung). Diese Praxis ist mittlerweile jedoch umstritten; ein Einwand lautet, dass zentrale Pflegeaspekte in der Gesamtnote nicht ausreichend berücksichtigt sind. Von einigen HeimträgerInnen wird das System der „Pflegetoten“ rundweg in Frage gestellt — sie gehen rechtlich gegen ihre Bewertung vor. Ab 2011 werden alle Einrichtungen jährlich geprüft, bislang war dies nur für 20% der Alten- und Pflegeheime der Fall. Die Personalausstattung im MDK wurde aufgestockt, um mit dem neuen Prüfungsfahrplan Schritt halten zu können.

Parallel zu diesen gesetzlichen Vorschriften auf Bundesebene haben die Länder eigene Instrumentarien für die allgemeine Überwachung von Dienstleistungen und Einrichtungen entwickelt — mit jeweils unterschiedlichen Bestimmungen, Strukturen und Verfahrensweisen hinsichtlich der Überprüfungen. In Bayern haben die staatlichen Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen — Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) diese Funktion inne. Die FQA sind den Kreisverwaltungsbehörden eingegliedert und kontrollieren die Einhaltung der Qualitätsauflagen gemäß dem Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes. Fokussiert wird auf die erbrachten Dienstleistungen und die Qualitätssicherungskonzepte. Die Inspektionen von MDK und FQA erfolgen ohne Voranmeldung. Das deutsche Gesetz sieht eine Abstimmung zwischen der Qualitätsprüfung durch den Bund und die Fachstellen der Länder vor. Es gibt laufende Debatten über unterschiedliche Koordinationsmechanismen.

Der Erfahrungsbericht aus Deutschland regte eine lebhafte Debatte an. Die TeilnehmerInnen präsentierten Erfahrungen aus ihrem jeweiligen Land — diese reichen von einer weniger intensiven Prüfungshandhabung (z. B. Frankreich, Luxemburg) über Anlassprüfungen (Finnland, Schweden) bis hin zu Qualitätsprüfungen durch schwerpunktspezifische und hoch entwickelte Instrumente (z. B. interRAI-Programm in Finnland). Auch von auf Freiwilligkeit basierenden Anreizmodellen (z. B. Österreich) wurde berichtet. Die internationalen Interessensvertretungen verwiesen auf den allgemeinen Trend in Richtung Eigeneinschätzung und Selbstbewertung (mit noch ausstehendem Monitoring) und betonten, dass für die Langzeitpflegeorganisation auf allen Ebenen die Hinzuziehung von Interessenvertretungen eine wichtige Rolle spielt.

Nach einer Darstellung allgemeiner Tendenzen in der Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement in Europa wurden die Ergebnisse eines Forschungsprojekts zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnis-



qualität in der stationären Altenhilfe“¹ erörtert. Im weiteren Diskussionsverlauf der Peer Review wurde in folgenden Punkten eine übereinstimmende Bilanz gezogen:

- **Politische Debatten mit Beteiligung aller AkteurInnen** sind in jedem Land unumgänglich, um die Entscheidungsfindung zu einer optimalen, zukunfts-sicheren und hochwertigen Langzeitpflege zu untermauern. Es ist **notwendig, einen qualitätsbezogenen Dialog** zwischen KostenträgerInnen, DienstleisterInnen und sonstigen AkteurInnen sowie mit den HeimbewohnerInnen und den Angehörigen zu führen.
- Es wurde die übereinstimmende Feststellung gemacht, dass **Mindeststandards** eine unverzichtbare Voraussetzung für die langfristige Heimpflege darstellen, und dass eine **Überwachung der Einhaltung** stattfinden muss; gleichzeitig gilt es, Anreize für die Weiterentwicklung der Qualitätsinitiativen in Alten- und Pflegeheimen zu schaffen.
- Ein wesentlicher Aspekt in Sachen Qualität betrifft die Gewährleistung der **Menschenwürde** und der **Rechte** im Betreuungsalltag: Es geht darum, Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, die die Achtung des Individuums fördern und Schutz vor Misshandlungen bieten.
- **Qualitätsmanagement-Systeme (QM)** stehen in den verschiedenen Peer-Ländern im Entwicklungsstadium. Je weiter entwickelt der Mechanismus der Fremdbewertung, desto höhere Anforderungen stellen sich an das interne Qualitätsmanagement. Anderenfalls ist nicht auszuschließen, dass zwischen den Prüfergebnissen und der tatsächlichen Qualität im Pflegealltag eine große Kluft entsteht.
- Das Pflegepersonal ist mit dem Umgang mit **QM-Methoden und Qualitätskennzahlen** nicht vertraut. Deshalb erfordert die Einführung derartiger Mechanismen eine **auf Partizipation beruhende Führungsarbeit und Personalverwaltung**. Sowohl das Führungspersonal als auch die MitarbeiterInnen sind auf Schulungen in Qualitätsmanagement und damit zusammenhängenden Fragen angewiesen. Hier ist ein auf **lebensbegleitendes Lernen** ausgerichtetes Konzept notwendig, das vielfach über die gesetzlich vorgesehenen Schulungen hinausreicht.

¹ Die abschließenden Ergebnisse des Projektes finden sich auf: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/ergebnisqualitaet.html>



- **Leistungsvergleiche zur Pflegequalität** bedeuten mehr als die bloße Gegenüberstellung aufbereiteter Daten. In einigen Mitgliedstaaten gibt es erste Benchmarking-Initiativen innerhalb von Trägerorganisationen oder auf regionaler Ebene. Diese Leistungsvergleiche erfordern indes umfangreiche Investitionen — allen voran für Schulungsmaßnahmen —, sodass die Praktikabilität nicht in allen Staaten gegeben ist.
- Es wurden Zweifel laut, was die **Nachhaltigkeit von parallel laufenden Kontrollsystemen auf nationaler (Bund) und regionaler Ebene (Länder)** anbelangt (wobei mitunter eine dritte Instanz hinzukommt: das eigene interne Qualitätsmanagement der DienstleisterInnen). Die allgemeine Tendenz führt eher **weg von einer ausschließlich auf Kontrolle beruhenden Vorgangsweise**. Vielmehr kommen zunehmend Konzepte zum Zug, die externe Qualitätsprüfung mit Handlungsempfehlungen und Selbstbewertungen mit einem wirksamen internen Qualitätsmanagement vereinen.
- Auf europäischer Ebene läuft eine Debatte über **Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse**. Die **EU-weiten Qualitätsrichtlinien für Sozialdienstleistungen**² stellen in manchen Staaten einen möglichen Ansatz für die nationale Debatte dar, wobei vorhandene Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementinstrumente weder ersetzt noch überlagert werden sollen.³
- **Pflegedienstleistungen** werden immer häufiger **länderübergreifend** angeboten, weil immer mehr DienstleisterInnen und auch immer mehr LeistungsnehmerInnen außerhalb ihres Herkunftslandes tätig sind bzw. leben. Daraus ergibt sich eine zusätzliche Herausforderung für die **Qualitätssicherung**.
- Die Nutzung des **Europäischen Sozialfonds (ESF)** zur Unterstützung von Qualitätsinitiativen, Schulungen und gegenseitigem Austausch auf dem Gebiet der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen wurde diskutiert.
- Die **Modernisierung** der stationären Altenbetreuung setzt die **Öffnung zu anderen Gliedern der Pflegekette** voraus. In Zukunft wird die Qualität von

2 Für weitere Einzelheiten: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=de>

3 Gegenseitiges Lernen auf diesem Gebiet wird zudem im Rahmen des PROGRESS Programms der GD Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit begünstigt. Vgl. beispielsweise die Projekte "Quality management by result-oriented indicators. Towards benchmarking in residential care for older people" (http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396) und "Benchmarking European standards in social services" (<http://www.josefshheim.net/josefshheim/progress.shtml>).



Pflegeeinrichtungen davon abhängen, inwieweit sie sich gegenüber der Gemeinschaft, Netzwerken, Freiwilligen und anderen Sozialdiensten zu öffnen imstande sind. Das **Verhältnis zwischen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen** erfordert weitere Diskussionen. In einigen Staaten ist die Langzeitpflege eher auf das medizinische Leistungsangebot ausgerichtet, während in anderen der Schwerpunkt auf Sozialen Dienstleistungen liegt.

- Auf lange Sicht könnte die **Transparenz des Qualitätsmanagement** einer Preisregulierung nach Maßgabe der Heimqualität Vorschub leisten. Der Schritt zur leistungsbasierten Finanzierung von Alten- und Pflegeheimen ist jedoch mit Vorsicht zu setzen und muss mit Anreizen für jene einhergehen, die im Leistungstest schlecht abschneiden.



Einleitung

Die Bedeutung von Langzeitpflegedienstleistungen sowie die Erwartungen der BürgerInnen in sie steigen. Gleichzeitig haben Governance-Strukturen eine Entwicklung in Richtung marktorientierter Mechanismen eingeschlagen. Vor diesem Hintergrund sind wirksame Instrumente für die Definition, Bewertung und Verbesserung von Qualität heute essenziell, zumal es sich um einen Sektor handelt, der trotz umfangreicher Selbstbeteiligungen seitens der NutzerInnen nach wie vor zum Großteil mit öffentlichen Mitteln finanziert wird.

Europaweit werden neue Konzepte für die Langzeitpflege erstellt, um den verschiedenen Bedürfnissen und Erwartungen der BürgerInnen gerecht zu werden. So wurden gemeindenahere Dienste ausgebaut und erste Schritte für eine verstärkte Koordination zwischen Gesundheitswesen und Sozialfürsorge gesetzt. Die Differenzierung der Pflegedienstleistungen wurde forciert, während eine Anpassung der Aufgaben der stationären Pflege stattgefunden hat (Billings/Leichsenring, 2005; Pavolini/Ranci, 2008).

Die Aufnahme in ein Heim wird immer weiter hinausgeschoben — die Pflegebedürftigen bevorzugen die Betreuung durch pflegende Angehörige oder formelle Hauspflegedienste. Daraus folgt, dass ihre Gebrechlichkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme in einer Langzeitpflegeeinrichtung weiter vorangeschritten ist. Traditionelle Altenheime müssen sich dieser veränderten Bedarfslage anpassen. Ihr Angebot besteht zunehmend in der stationären Altenpflege oder betreuten Unterkünften. Darüber hinaus müssen sie sich den steigenden Erwartungen der „KundInnen“ stellen, die in ihrem früheren Leben eine hohe Lebensqualität gewohnt waren.

Seit der Einführung von Systemen, in denen Pflegebedürftige selbst Dienstleistungen zukaufen können, wollen die Menschen wissen, was sie für ihr Geld bekommen (Glendinning, 2009). Politikverantwortliche und der Pflegeheimsektor haben sich daran gemacht, neue Standards für Strukturen und Abläufe zu definieren — wenngleich die Bemühungen innerhalb und zwischen den Mitgliedstaaten noch ungleich verteilt sind, sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht. So liegt der Anteil der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen (gemäß der jeweiligen nationalen Definition) in Estland bei 5%, in Schweden hingegen bei fast 36% (Europäische Kommission/GD Wirtschaft und Finanzen, 2009).

Qualitative Verbesserungen in der stationären Altenhilfe beinhalten die Ausarbeitung von Qualitätsrichtlinien, Mindeststandards und Zulassungsmechanismen, die traditionelle Instrumentarien wie das Standesethik oder Vertrauensverhältnisse zwischen



öffentlichen KostenträgerInnen und öffentlichen DienstleisterInnen bzw. gemeinnützigen AnbieterInnen vervollständigen. Es wurden Auswahlkriterien für AnbieterInnen (z. B. im Zusammenhang mit öffentlichen Ausschreibungen) und Kriterien für die Gewährleistung der Nachprüfbarkeit entwickelt, die zur Aufrechterhaltung der Standards beitragen und gleichzeitig ein System stützen, das in einem marktähnlichen Kontext mit weniger Auflagen, neuen AkteurInnen n usw. steht.

Im Mittelpunkt dieser Peer Review stand der Austausch von Erfahrungswerten aus Politikmaßnahmen und Initiativen in den teilnehmenden Staaten. Der vorliegende Bericht gliedert sich in vier Abschnitte. Nach einer Beschreibung der EU-Initiativen im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung bei Dienstleistungen der Daseinsvorsorge werden laufende Reformbestrebungen und Debatten im Gastgeberland Deutschland beleuchtet. In weiterer Folge soll die Zusammenfassung von Politikinstrumenten aus anderen Peer-Ländern einen Überblick über Trends und Herangehensweisen in Europa liefern. Abschließend sollen Tendenzen und potentielle Erkenntnispunkte angesprochen werden.

A. Politikkontext auf europäischer Ebene

Langzeitpflegeeinrichtungen als Baustein der Versorgung mit Gesundheits- und Sozialdienstleistungen waren ursprünglich nicht Gegenstand der Politik auf Gemeinschaftsebene. Im Zuge der Debatten über Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse und im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung im Bereich Sozialschutz und soziale Eingliederung (OKM Soziales) rücken sie in der europäischen Politikagenda indes immer mehr ins Blickfeld. Bei ersteren stehen unmittelbare Problemstellungen im Zusammenhang mit Grundsätzen des Gemeinschaftsrechts in Sachen Binnenmarkt, Wettbewerb und Freizügigkeit im Vordergrund; sie haben indirekt die Notwendigkeit einer verstärkten Koordination zwischen Mitgliedstaaten und EU-Institutionen auf dem Gebiet der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen mit sich gebracht. Diese sich immer weiter ausdehnende Interaktion wird zum Teil über die OKM Soziales organisiert, welche vom Ausschuss für Sozialschutz forciert wird. In diesem Zusammenhang sind zwei Mitteilungen der Kommission für die EU-Politik im Langzeitpflegebereich von Belang:

- Im Anschluss an die Mitteilung „Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen: ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der Eingliederungspolitik in der Europäischen Union“⁴ (Europäische Kommission, 2005) wurden die bestehenden OKM-Bereiche Eingliederung und Renten mit der Zusammenarbeit im Gesundheits- und Langzeitpflegebereich zusammengeführt. Neben einigen übergeordneten Zielsetzungen für die OKM Sozialschutz und Eingliederung wurden für die Langzeitpflege zwei spezifische Vorgaben herausgestellt, darunter die Sicherstellung des Zugangs, hoher Qualität und der Zukunftsfähigkeit.
- Als Folge der Debatten über Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse enthielt die Mitteilung „Dienstleistungen von allgemeinem Interesse unter Einschluss von Sozialdienstleistungen: Europas neues Engagement“⁵ (Europäische Kommission, 2007) den Vorschlag zu einer „Strategie zur EU-weiten Sicherung der Qualität von Sozialdienstleistungen“ im Rahmen der OKM. Die Kommission erklärte darin ferner, „im Rahmen des Ausschusses für Sozialschutz die Entwicklung eines freiwilligen EU-Qualitätsrahmens mit methodischen Leitlinien für die Festlegung, Überwachung und Bewertung

4 Verfügbar auf: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10140_de.htm

5 Verfügbar auf: http://ec.europa.eu/services_general_interest/interest_de.htm



von Qualitätsstandards [zu] unterstützen“, ebenso wie von der Basis ausgehende Programme im Rahmen von PROGRESS.⁶

In den vergangenen Jahren wurden wiederholt Peer Reviews zu Qualitätsaspekten auf dem Gebiet der Sozialdienstleistungen abgehalten. In Belgien wurde die Qualitätsbeurteilung und -verbesserung als zentrale Frage für die „Zukunft der Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse (2007)“⁷ erkannt. Das verstärkte Augenmerk auf den „sinnvollen“ Einsatz der Gelder macht eine aktive Qualitätssicherung und eine verstärkte Ausrichtung auf QM-Strategien erforderlich — selbst wenn die Komplexität der Regulierung damit weiter zunimmt.

In den Niederlanden (2009) kam die Debatte „Langzeitpflege — Wie finanziell tragfähige, nachhaltige Langzeitpflege organisiert werden kann angesichts der Einschränkungen kollektiver und individueller Abkommen und Verantwortlichkeiten“⁸ ebenfalls zum Schluss, dass es für die Weiterentwicklung von Langzeitpflege von zentraler Bedeutung ist, „Grenzen, die einer ganzheitlichen Pflege entgegenstehen“, aufzuweichen und die Herausforderung der Personalverknappung anzugehen (Rothgang, 2007: 31). In Rumänien (2010) wurde die Verwendung spezifischer QM-Werkzeuge im Verlauf der Peer Review „Gesamtqualitätssicherung in der Erbringung von Sozialdienstleistungen“⁹ behandelt.

Wichtige Aspekte der Qualitätssicherung kamen auch bei einer dänischen Peer Review im Jahr 2009 zur Sprache („Sozialdienstleistungen: Wahlfreiheit, Qualität und Gleichberechtigung“)¹⁰. Dabei wurde argumentiert, dass in Ländern mit andauernder Unterversorgung die Sorge besteht, dass eine „rigorose Durchsetzung der Qualitätsstandards“ bedeuten würde, dass „einige AnbieterInnen ihre Zulassung verlieren würden, was Versorgungslücken für ältere Menschen zur Folge hätte.“. Es ergibt sich ein Spannungsfeld zu anderen Prioritäten in der gesamten Dienstleistungsversorgung und zur Frage, „welche Kosten die Erfüllung neuer Qualitätsmaßstäbe mit

6 Vgl. beispielsweise die Projekte „Quality management by result-oriented indicators. Towards benchmarking in residential care for older people“ (http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396) und „Benchmarking European standards in social services transnationally“ (<http://www.josefsheim.net/josefsheim/progress.shtml>).

7 Siehe unter: <http://www.peer-review-social-inclusion.net/peer-reviews/2007/the-future-of-social-services-of-general-interest>

8 Siehe unter: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities>

9 Siehe unter: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2010/achieving-excellence-in-social-service-provision>

10 Siehe unter: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2009/combining-choice-quality-and-equity-in-social-services>

sich bringen“ (Glendinning, 2009: 47). Auch die mangelnde NutzerInneneinbindung in die Qualitätssicherung wurde angesprochen.

Die vom Ausschuss für Sozialschutz erarbeiteten „EU-weiten Qualitätsrichtlinien für Sozialdienstleitungen“ waren wenige Wochen vor der Peer Review veröffentlicht worden; die in diesem Rahmenwerk festgehaltenen Qualitätsgrundsätze und -kriterien wurden als wertvoller Hintergrund für die Debatte über Qualitätssicherung und -management in der stationären Altenhilfe angesehen. TeilnehmerInnen betonten, dass der Rahmen für Staaten, deren Sozialdienstleistungen — insbesondere die Langzeitpflegeeinrichtungen — den Standards noch nicht gerecht werden, noch mehr Bedeutung haben wird.



B. Qualitätssicherungsmechanismen in Deutschland bzw. Bayern

In Deutschland brachte die Öffnung des „Pfleagemarktes“ infolge der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1994 die Notwendigkeit einer verstärkten externen Qualitätssicherung mit sich. Damit wurde das Verhältnis zwischen den Kassen, die nun den Großteil des Beschaffungswesens und der Regulierung übernahmen, und den lokalen Gebietskörperschaften, die heute v. a. Kofinanzierungen wahrnehmen, sowie mit den Pflegeeinrichtungen auf eine völlig neue Basis gestellt. In erster Linie wurden neue Versorgungsverträge eingesetzt:

- „Provisorische Verträge“ zwischen Pflegeeinrichtungen und Kassen: Zulassung anhand einer Reihe grundlegender struktureller Voraussetzungen.
- „Rahmenverträge“ auf Länderebene zwischen dem Verband der Pflegeeinrichtungen und den Kassen: Inhalte der Dienstleistungen, Finanzregelungen (Berichterstattung, Rechnungswesen), Personalausstattung und Kontrollmechanismen.
- Vereinbarungen über die Dienstleistungsfinanzierung durch die Pflegeversicherung werden zwischen den einzelnen Pflegeeinrichtungen und der Regulierungsinstanz des jeweiligen Bundeslandes getroffen. Diese sog. „Pflegetherpakete“ umfassen eine Reihe mit Punkten bewerteter Dienstleistungen und Einzelvereinbarungen.

15

Diese Abkommen sehen aufgrund des Pflegegesetzes (SGB XI, § 80) zudem vor, dass zugelassene Pflegeeinrichtungen QM-Systeme verwenden sollen, ohne jedoch eine Auswahl in Frage kommender Systeme vorzugeben. Folglich gelangten unterschiedliche Konzepte zur Anwendung. Großorganisationen haben Abwandlungen der klassischen ISO- (Internationale Organisation für Normung) und EFQM-Mechanismen (Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement) eingeführt. In der Praxis streben Pflegeeinrichtungen nach der Einhaltung der erforderlichen Mindeststandards und strengen keine aktiven Qualitätsverbesserungen oder Wettbewerbsvorteile an (Blonski, 1999).

Die Rolle des MDK

Ein Schlüsselement in der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung war die Schaffung des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Kranken-



kassen) bzw. seiner Fachstellen in den Bundesländern (Medizinische Dienste der Krankenversicherung — MDK). Die MDK tragen die Verantwortung für die Ausbildung und die Verwaltung der Ärztinnen/Ärzte sowie des Fachpflegepersonals, das die Bedarfslage der einzelnen LeistungsanwärterInnen aus der Pflegeversicherung begutachtet. Darüber hinaus nehmen die MDK Qualitätskontrollen vor und erteilen DienstleisterInnen Ratschläge über allfällige Verbesserungsmöglichkeiten. Die MDK können beschließen, Zahlungen zu kürzen oder Einrichtungen vollständig auszuschießen, wenn festgestellte Qualitätsmängel nicht binnen einer bestimmten Frist behoben werden. Dieser Schritt erweist sich indes in den seltensten Fällen als notwendig.

In den Berichten des MDS (der letzte stammt aus 2007) und damit verbundenen Studien (Garms-Homolova und Roth, 2004) werden Probleme in verschiedenen Bereichen festgehalten — allen voran hinsichtlich der Strukturen, Abläufe und Ergebnisse.

Die Berichte des MDS über die Qualität der Pflegeeinrichtungen, in denen letztere nicht per Namen genannt werden, haben Änderungen in der Pflege bewirkt. Zwischen 2003 und 2006 weisen aggregierte Daten eine allgemeine Tendenz zu Verbesserungen aus, was die Einhaltung der Kriterien anbelangt. Dies verdeutlicht, dass Verantwortliche in den Pflegeeinrichtungen die nötigen Anpassungen eingeleitet haben, ohne dass Zwangsmaßnahmen erforderlich waren. Wobei sich noch erweisen muss, ob tatsächlich ein systematisches Qualitätsmanagement eingeführt wurde oder ob die Pflegeeinrichtungen lediglich gelernt haben, Nachweise für die Einhaltung vorgeschriebener Standards zu liefern.

Eine Novelle der gesetzlichen Pflegeversicherung brachte neue Kontrollrichtlinien mit Transparenzernfordernissen; überdies wurde in fünf Qualitätsbereichen eine externe Bewertung festgeschrieben: Pflege und medizinische Versorgung; Umgang mit demenzkranken BewohnerInnen; soziale Betreuung und Alltagsgestaltung; Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene; BewohnerInnenzufriedenheit (mittels Befragungen). Anhand dieser Kriterien sollen (potentielle) NutzerInnen über qualitätsrelevante Daten zu einzelnen Alten- und Pflegeheimen verfügen. Das Abschneiden in den Einzelbereichen und das Gesamtergebnis werden in Form von Schulnoten öffentlich zugänglich gemacht (MDS, 2009).

Die Qualitätsberichte des MDS haben eine heftige Debatte über die Qualität der Langzeitpflege entfacht, insbesondere zwischen Pflegeeinrichtungen und MDS. Es kam sogar zu einzelnen Klagen vor dem Sozialgericht. Streitpunkte sind die Gültigkeit der Prüfergebnisse und das Benotungssystem. Infolge dessen wurde eine



Evaluierung der Transparenzberichte durchgeführt (Hasseler et al, 2010). Gegenwärtig findet eine Überarbeitung dieser Berichte statt, im Hinblick auf die ab 2011 für sämtliche Heime verpflichtende jährliche Überprüfung (MDS, 2010). NutzerInnenverbände sind weniger involviert — mit Ausnahme einer kleinen vom Ministerium für VerbraucherInnenenschutz unterstützten Initiative (www.heimverzeichnis.de), bei der mit der — freiwilligen — Überprüfung von Alten- und Pflegeheimen anhand von 120 Kriterien in drei Bereichen der VerbraucherInnenfreundlichkeit begonnen wurde: Autonomie, Teilhabe und Menschenwürde. Die Überprüfung wird von ausgebildeten GutachterInnen durchgeführt, die den Pflegeeinrichtungen einen ganztägigen Besuch abstatten. Auf der Website werden nur Pflegeheime aufgeführt, die zumindest 80% der Kriterien erfüllen.

Ein neues Konzept zur Qualitätsmessung und -beurteilung in Alten- und Pflegeheimen

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben, um einen Indikatorensatz für die Beurteilung der Pflegeergebnisse in Langzeitpflegeeinrichtungen zu erarbeiten. Die ersten Resultate dieser Studie wurden von Klaus Wingenfeld von der Universität Bielefeld präsentiert.

Die Indikatoren müssen auf Fakten gestützt und in der täglichen Praxis anwendbar sein. Sie müssen mit dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement vereinbar und in Kontrollen nachprüfbar sein. Soweit möglich gilt es, spezifische Ansprüche, die keinen Vergleich zwischen Heimen zulassen, zu vermeiden. Angesichts der wissenschaftlichen, methodologischen und praktischen Schwierigkeiten wurden aus einer Reihe relevanter Teilbereiche sechs wichtige ausgewählt und zwischen Januar und Oktober 2010 in 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen erprobt.

- Funktionale Ergebnisqualität: Erhalt und Förderung der Selbständigkeit;
- Sicherheit der/des Einzelnen: Schutz vor Risiken, gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen;
- Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung;
- Tagesgestaltung und soziale Beziehungen (v. a. der wahrgenommene Grad der Bedürfniserfüllung im Bereich Kommunikation);



- Unterstützung bei besonderen Bedarfslagen (z. B. BewohnerInnen mit psychologischen Problemen);
- Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen (Befragungen und sonstige Methoden).

Zur Überprüfung der Ergebnisqualität wurden im genannten Zeitraum drei Datenerhebungen durchgeführt. Die Qualitätsbewertung soll beispielhaft an einem Bereich erläutert werden. Hinsichtlich der Selbständigkeit kamen drei Indikatoren zur Anwendung: Erhalt und Förderung der Mobilität, der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen und der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens.

Die anhand dieser Kriterien erzielten Ergebnisse können in weiterer Folge über einen Zeitraum von sechs Monaten verglichen werden. Am Beispiel der Entwicklungen bei der Mobilität ließ sich nachvollziehen, dass sich bei 66,3% der BewohnerInnen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, die Mobilität in den sechs Monaten nicht verschlechterte; bei BewohnerInnen mit erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen traf dies auf 39,7% zu. Dies veranschaulicht, dass die gesonderte Betrachtung unterschiedlicher BewohnerInnengruppen für die Indikatoren von Bedeutung ist, insbesondere was Personen mit/ohne Demenzerkrankungen anbelangt. Mit der Zugrundelegung differenzierter Ausgangslagen können Vergleiche zwischen Alten- und Pflegeheimen aufschlussreiche Erkenntnisse zu Tage fördern. So zeigte eine Gegenüberstellung von zehn Einrichtungen, dass in den besten über 80% und in den schlechtesten weniger als 50% der PatientInnen ohne oder mit geringen kognitiven Beeinträchtigungen keine Verschlechterung ihrer Mobilität zu verzeichnen hatten. Solche Ergebnisse gestatten einen Leistungsvergleich nach Teilbereichen.

Weitere Teilindikatoren bilden folgende Betrachtungsfelder ab: sicherheitsrelevante Ergebnisse wie Wundversorgung (Dekubitusentstehung), Ernährung, Stürze mit gravierenden Folgen, Gelenksversteifungen, Schmerzmanagement und Medikamentenversorgung; hinsichtlich der Tagesgestaltung und sozialen Beziehung sind dies u. a. Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten bei wesentlichen Aspekten der Pflege und des sozialen Lebens, das Ausmaß bedürfnisgerechter Beschäftigung und Unterstützung, das Beschwerdemanagement, die Haltung des Personals, der respektvolle Umgang seitens des Personals und die Privatheit. Bei sämtlichen Indikatoren wird danach gestrebt, die BewohnerInnen und Angehörigen in die Evaluierung einzubinden, wengleich sich dies oftmals schwierig verwirklichen lässt.



Erste Schlussfolgerungen aus den Probereihen ergeben, dass das Konzept funktioniert, wenngleich noch einige Herausforderungen zu bewältigen sind. Diese sind im Einzelnen:

- Bei einigen Indikatoren (z. B. Wundversorgung bei BewohnerInnen mit geringem Dekubitusrisiko) stehen für Vergleiche zwischen Einrichtungen nur wenige statistische Daten zur Verfügung; bei anderen (u. a. Gelenksversteifungen) fehlen wiederum exakte wissenschaftliche Messmethoden. Dies ist bei Entscheidungen darüber, welche Indikatoren zur Anwendung kommen sollen, zu berücksichtigen.
- Qualitätsbeurteilungen erfordern eine Kombination aus einrichtungseigenem Qualitätsmanagement und Fremdüberprüfungen. Die Ergebnismessung muss sich auf eine Stichprobenhäufigkeit von 100% stützen, was nur mit einem internen Qualitätsmanagement erreichbar ist. Einzelne Stichproben vor Ort sind unzureichend. Andererseits ist auch ein ausschließlich internes Monitoring nicht zuverlässig; es muss durch externe Qualitätskontrollen abgesichert werden, wobei hier eine weitaus geringere Stichprobengröße angesetzt werden kann. Es ist erforderlich, die Methoden des Qualitätsmanagements in den Einrichtungen zu verbessern: Viele unter ihnen wären gegenwärtig nicht in der Lage, das vorgeschlagene System umzusetzen. Das Verhältnis zwischen einrichtungsinterner Qualitätssicherung und Kontrollen muss neu definiert werden.
- Zu den verbleibenden Herausforderungen gehören Pflegekomponenten, die sich nicht nach herkömmlichen Ergebniskriterien beurteilen lassen — so zum Beispiel die Sterbebegleitung oder die Lebensqualität. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass bei einer ausschließlichen Ergebnisorientierung die wichtige Begutachtung der Strukturen und Abläufe vernachlässigt wird.

Die Einsetzung dieses Mechanismus soll das interne Qualitätsmanagement antreiben und einen Anreiz zur wirksameren Nutzung der Ressourcen für die Qualitätssicherung bilden. Gleichzeitig sollen in der Öffentlichkeit objektivere Debatten über die Pflegequalität angestoßen und aussagekräftige Qualitätsauskünfte für (potentielle) NutzerInnen bereitgestellt werden.

Die TeilnehmerInnen bewerteten verschiedene Aspekte des Instrumentariums als interessant, insbesondere die Gewichtung der einzelnen Pflegebedürfnisse. Parallel dazu machten sie jedoch auch schwerwiegende Bedenken in punkto Praktikabilität und Kosten geltend.



Die Rolle der Bundesländer: das Bayerische Pflege- und Wohnqualitätsgesetz

Die Länderregierungen und lokalen Gebietskörperschaften haben zwar einen Gutteil ihrer Lenkungs Kompetenzen auf dem Gebiet der Langzeitpflege eingebüßt, zweitens beteiligen sich jedoch weiterhin an einer geteilten öffentlichen Verantwortung für die Pflegeversorgung, z. B. im Rahmen der kommunalen Dienstleitungen von allgemeinem Interesse („kommunale Daseinsvorsorge“). Die Länderregierungen führen die Überprüfungen in Pflegeheimen durch. Hinsichtlich der Kontrollagenten hat die Bayerische Regierung die frühere „Heimaufsicht“ in einen „Fachbereich Qualität und Aufsicht“ (FQA) umgewandelt. Dieser erstellte auf der Grundlage des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (2009) einen Prüflitfadens für die Qualitätsbeurteilung in Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe. Die Prüfkriterien konzentrieren sich auf die Wohnqualität in Alten- und Pflegeheimen, wofür sog. „Schlüsselsituationen“ mit verschiedenen Kriterien und Indikatoren herangezogen werden. Es kommen verschiedene Methoden zum Zug, um die Selbstbewertung zu fördern: Wahrnehmung, Befragungen und ein Konsensdialog zwischen den externen GutachterInnen. In weiterer Folge soll ein Bericht erstellt werden, mit dem sich (potentielle) NutzerInnen ein Bild von der Qualität der Pflegeeinrichtungen machen können (Bayerisches Staatsministerium, 2009).

20

Das Bayerische Pflege- und Wohnqualitätsgesetz nennt Qualitätserfordernisse wie die Achtung der Würde, Interessen und Bedürfnisse der BewohnerInnen, die Förderung ihrer Unabhängigkeit und Selbstbestimmung und die Erbringung von Dienstleistungen auf der Grundlage anerkannten Fachwissens. Insofern stehen die Würde und Wohnqualität, die Beziehungen und nicht zuletzt die Unterstützung der Einrichtungen bei der Qualitätsentwicklung im Mittelpunkt des Leitfadens.

Die Prüfmethode tragen diesen Werten Rechnung und sind so transparent wie möglich angelegt, was die Kontrolle harter und weicher Faktoren betrifft. Neben der abschließenden Bewertung werden auch Verbesserungsvorschläge vorgelegt. Die 480 GutachterInnen erhalten dafür eine 12tägige Schulung, bevor sie den Prüflitfadens der FQA anwenden und Kontrollen in Altenheimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung durchführen können. Die Begutachtung soll dem Tagesablauf der Einrichtung folgen und findet unangemeldet statt. Die GutachterInnen lesen vor der Begehung die früheren Prüfberichte (auch jene des MDK) und nehmen Einblick in die Unterlagen der Einrichtung.



Die Begutachtungsmethoden zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- Kulturwissenschaftlich orientierte Methoden (Verstehen, Beobachten);
- Wahrnehmung und dynamische Urteilsbildung;
- Rechenschaftspflicht von GutachterInnen, Begutachtungsteams und HeimträgerInnen;
- Achtung vor Selbstbestimmung und Individualität der BewohnerInnen;
- Bereichsübergreifendes Team, Kontinuität der Begutachtungsteams;
- Hauptaugenmerk auf Qualitätsentwicklung und nicht auf Kritik an der Einrichtung;
- Begutachtung als „Augenblick der Wahrheit“, um Werte und Verfahrensweisen offenzulegen;
- Qualitätsbezogene Herangehensweise, um weiche Faktoren freizulegen und auf transparente Weise zu dokumentieren.

Die Begutachtung beruht auf Dialog, gegenseitigem Verständnis und einer langfristigen Beziehung, die über den Tag der Einrichtungsbegehung hinausreicht. Der erste Schritt besteht darin zu ermitteln, wie die Einrichtung vorgeht, um die gesetzlichen Auflagen zu erfüllen. Anschließend werden über einen bestimmten Zeitraum „Schlüsselsituationen“ beobachtet, um sich ein Urteil darüber zu bilden, ob das Managementsystem sich im Pflegealltag bewährt. Die Zeiteinteilung sieht vor, dass 20% der Dauer der Begutachtung für die Überprüfung der Unterlagen, 30% für Gespräche mit MitarbeiterInnen und 50% für die Teilnahme an Situationen mit BewohnerInnen aufgewendet wird (50/30/20-Quote). Das Begutachtungsteam setzt sich aus 3–4 Mitgliedern aus verschiedenen Fachbereichen zusammen; für gewöhnlich handelt es sich um eineN Ärztin/Arzt, eine Verwaltungsfachkraft, eineN Sozialpädagogin/-pädagogen und eine Pflegefachkraft. Am Vormittag beschäftigen sich die GutachterInnen in einer Abfolge vorbereiteter Fragen mit verschiedenen Qualitätskriterien. Anschließend erhalten die Leitungskräfte der Einrichtung und — falls möglich — weitere Beteiligte eine Einschätzung, bei der Positives vorangestellt werden soll, aber auch negative Ergebnisse nicht unerwähnt bleiben. Nach weiteren Beobachtungen am Nachmittag spricht sich das Begutachtungsteam ab; im An-



schluss daran findet ein Abschlussgespräch mit Verantwortlichen und Personal der Einrichtung und gelegentlich auch mit Mitgliedern des BewohnerInnenrates statt.¹¹

Die TeilnehmerInnen würdigten die Vorteile dieses Konzepts in Gegenüberstellung zu einer rein externen Qualitätssicherung. Sie meldeten jedoch Zweifel an der Nachhaltigkeit eines personal- und zeitaufwändigen Doppelsystems an. Es wurde eingeräumt, dass sich der FQA mehr auf qualitative Verbesserungen konzentrieren könnten, während die Transparenzkriterien des MDK vor allem auf die Informationsbereitstellung für die Öffentlichkeit abzielen.

Weitere Initiativen

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sind in Deutschland seit mehreren Jahren wichtige Politikagenden. Nicht nur von den Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bzw. für Gesundheit, sondern auch von den Länderregierungen gingen zahlreiche Initiativen zur Aufwertung des Rahmenwerks für das Qualitätsmanagement in der stationären Pflege aus. Ein Beispiel ist der „Runde Tisch Pflege“, an dem alle relevanten AkteurInnen beteiligt waren und bei dem neben einer „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ Empfehlungen für verbesserte Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege erarbeitet wurden, mit dem Ziel, die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Bevölkerungsalterung – u. a. Qualitätssicherung und -verbesserung – zu bewältigen (DZA et al, 2005). Weitere Institutionen, die die Qualitätsdebatte vorantreiben, sind die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS) und das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP); beide haben Fachstandards für das Pflegewesen ausgearbeitet.

¹¹ Der Leitfaden kann online eingesehen werden: www.stmas.bayern.de/pflege/pruefung. Die Fassung 6.0 erscheint 2011



C. Politikinstrumente und Erfahrungen in den Peer-Ländern

Österreich

Die neun Bundesländer Österreichs haben eigene Zuständigkeiten in der Langzeitpflege. Die Definition von Qualitätskriterien und die Qualitätssicherung sind ebenfalls Ländersache. Die Kriterien in den Rahmenbestimmungen der neun Bundesländer beziehen sich v. a. auf strukturelle und prozessbezogene Gegebenheiten (u. a. Personalschlüssel, strukturelle Voraussetzungen). In einigen Ländern wurde die Implementierung eines QM-Systems als verpflichtende Voraussetzung für eine Zulassung eingeleitet. Im Zuge der Einsetzung eines neuen europäischen Qualitätsmanagementsystems für Pflegeeinrichtungen (E-Qalin), welches gemeinsam mit Partnerinstitutionen aus Deutschland, Italien, Luxemburg und Slowenien entwickelt wurde, ist die Zahl der österreichischen Einrichtungen mit einem QM-System binnen sechs Jahren von 20 auf 200 gestiegen (entspricht ca. 1/4 aller österreichischen Pflegeheime). Dieses System vereint herkömmliche QM-Instrumente mit Organisationsentwicklung und geeigneten Lern- und Schulungsmethoden. Es handelt sich um einen möglichen Ansatzpunkt für die Befähigung und Einbeziehung des Personals und anderer AkteurlInnen in die Verbesserung der Prozesse und Dienstleistungsergebnisse.

Parallel zu den Überprüfungen wurde auf Betreiben der Bundesländer ein Nationales Qualitätszertifikat (NQZ) ins Leben gerufen, das eine freiwillige Zertifizierung (externe Prüfung) zugelassener Qualitätsmanagementsysteme (ISO, QaP¹² und E-Qalin) zum Gegenstand hat. An der Ausgestaltung des Zertifikats wirkten neben dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und KonsumentInnenschutz auch der Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs sowie die neun Länderregierungen mit. Die NQZ-Begutachtung berücksichtigt vor allem Qualitätsaspekte aus BewohnerInnensicht, die Qualifikation des Personals, das Finanz- und Personalmanagement und die Einbeziehung der Angehörigen, der Behörden, der Öffentlichkeit und der Medien. Ebenfalls ins Gewicht fallen die Punkte Nachhaltigkeit und generationenübergreifendes Lernen.

Das NQZ genießt eine breite Unterstützung durch die politischen EntscheidungsträgerInnen sowohl auf Bundes- als auch Länderebene — ausgehend von dem Kon-

12 „Qualität als Prozess“ — Evaluierung von Managementsystemen auf der Grundlage des EFQM-Modells



sens, dass der Mechanismus freiwillig bleiben muss. Es herrscht die Überzeugung vor, dass Instrumente mit Zwangscharakter dazu führen könnten, dass Standards abgebaut werden und Organisationen lediglich formales Qualitätsmanagement betreiben.

Zypern

In Zypern trägt das Amt für Sozialwohlfahrt, eine Abteilung des Ministeriums für Arbeit und Sozialversicherung, die alleinige Verantwortung für Fragen der Qualitätssicherung in den ungefähr 120 Pflegeeinrichtungen des Landes. Die Zulassung von Alten- und Pflegeheimen ist an alle sechs Monate wiederholte Überprüfungen durch die Bezirksstellen des genannten Amtes gebunden. Es besteht für Pflegeeinrichtungen keine Verpflichtung zur Einsetzung eines internen QM-Systems. Weder öffentliche noch private DienstleisterInnen haben sich mit besonderen Methoden für die interne Qualitätssicherung ausgestattet.

Die Überprüfungen berücksichtigen die gesetzlichen Auflagen, die Qualifikation der MitarbeiterInnen, den Umfang der Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge, die strukturellen Einrichtungen (Komfort, Sicherheit, Hygiene), die Qualität der Mahlzeiten, die Nahrungsversorgung, den Umgang mit den BewohnerInnen und Angehörigen, die Infrastruktur, das Freizeitangebot und Beschäftigungstherapien, die Kommunikation mit Angehörigen und der Gemeinschaft sowie die allgemeine Atmosphäre in den Einrichtungen.

Werden ein oder mehrere Kriterien nicht erfüllt, erhält die Heimleitung eine Verständigung und es wird eine Frist für die Behebung kritischer Mängel anberaumt. Bei Fortbestehen von Mängeln nach einer weiteren Kontrolle kann die Schließung einer Einrichtung verhängt werden.

Tschechische Republik

Infolge verschiedener Reformen sind die Zuständigkeiten in der Tschechischen Republik gestreut. Zulassungsbestimmungen und Verpflichtungen der SozialdienstleisterInnen sind im Sozialdienstleistungsgesetz von 2006 festgeschrieben, das u. a. eine stärkere Berücksichtigung der Rechte von BewohnerInnen und KlientInnen vorsah. Konkret gibt es 15 Qualitätsmaßstäbe für Sozialdienstleistungen, bei denen strukturelle und technische Aspekte wie die Personalbesetzung den Schwerpunkt bilden. Das Ministerium für Arbeit und soziale Angelegenheiten nimmt die Überprüfung von Dienstleistungen wahr, die von Regionen erbracht werden; die Regionen



wiederum kontrollieren die Dienstleistungsversorgung durch NRO und Kommunen. In den kommenden sieben Jahren soll die Gesamtheit der Sozialdienstleistungen überprüft werden.

Es wurden mehrere Qualitätsprojekte für Versorgungsorganisationen auf den Weg gebracht (mit Unterstützung des Europäischen Sozialfonds); so ist die Einführung von E-Qalin in der Tschechischen Republik in Gang, und an ISO und EFQM anknüpfende Qualitätsinstrumente stehen bereits in 20–30 Heimen im Einsatz. 2011 wird der sog. „Einheitliche Beurteilungsrahmen“, der ansonsten in öffentlichen Verwaltungen und Schulen zur Anwendung kommt, auch für Pflegeeinrichtungen verfügbar gemacht (Zeithorizont: zwei Jahre). Der tschechische Verband der HeimträgerInnen betreibt mit dem „Qualitätszeichen“ ein weiteres Vorhaben, an dem auch andere Interessengruppen und die NutzerInnen beteiligt sind.

Estland

Nach dem estnischen Sozialhilfegesetz liegt die Verantwortung für die Überwachung der Dienstleistungsqualität bei den Sozialabteilungen der Provinzverwaltungen. Die Qualitätsbeurteilung erfolgt gemäß den gesetzlichen Auflagen für DienstleistungserInnen, Personal und Einrichtungen. Doch während das Sozialhilfegesetz detaillierte Anforderungen für Dienstleistungen der öffentlichen Wohlfahrt beinhaltet (z. B. Kinderbetreuung und Dienstleistungen für Personen mit psychischen Problemen), gibt es keine landesweite Regelung für sonstige Sozialdienstleistungen. Gemäß dem Grundsatz der Lokalautonomie obliegt es den lokalen Gebietskörperschaften, Auflagen für Dienstleistungen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu erlassen. Dies gilt nicht zuletzt für die Altenbetreuung — doch bislang nehmen die wenigsten Kommunen diese Verantwortung wahr. Es mangelt ferner an Bestimmungen für die Überwachung und Kontrolle, und dies obwohl die Provinzregierungen der Zentralregierung einen jährlichen Prüfbericht übermitteln sollten und es vorgesehen ist, dass bei Feststellung von Mängeln Zwangsmaßnahmen von der Provinzregierung zu setzen sind (Aussetzung oder Aufhebung der Zulassung, Vertragsabbruch, Pönalen).

Aus diesem Grund wurden ausführlichere Regelungen für die Erbringung von Langzeitpflege-Dienstleistungen für Personen mit psychischen Problemen erlassen. Juristische Personen, Einrichtungen von Lokalregierungen oder Regierungsstellen unterstehende Körperschaften müssen für die Zulassung zur Dienstleistungsversorgung beim Sozialversicherungsrat eine für fünf Jahre gültige Lizenz beantragen. Der Sozialversicherungsrat trägt außerdem die Verantwortung für Monitoring und Überwachung sowie für allfällige Zwangsmaßnahmen (ähnlich denen der Provinz-

regierung). Die Direktion des Sozialversicherungsrats schließt die Verträge mit den DienstleisterInnen ab und kann einen Antrag ablehnen, wenn die geltenden Auflagen nicht erfüllt sind.

Im Rahmen einer Reform des Sozialhilfegesetzes soll die Ausgestaltung der Qualitätserfordernisse für DienstleisterInnen optimiert werden, um für einen wirksameren Überwachungsprozess zu sorgen.

Finnland

Finnland, dessen Anteil nicht öffentlicher DienstleisterInnen nach wie vor niedrig ist, hat seinen „Nationalen Rahmen für hochwertige Dienstleistungen in der Altenbetreuung“ aus 2001 im Jahr 2008 neu aufgelegt. Dabei wurden Regierungsstrategien, nationale Zielvorgaben der Altenpolitik, Erkenntnisse aus Evaluierungen des Rahmenwerks, neue wissenschaftliche Daten und Neuentwicklungen in den operativen Bedingungen berücksichtigt. Dieser nationale Rahmen zielt auf den Ausbau der Dienstleistungen für den Verbleib älterer Menschen im eigenen Wohnumfeld ab, wodurch die Nachfrage nach stationärer Pflege abnehmen soll. Darüber hinaus sollen die Zugänglichkeit, die Sicherheit und der Komfort in Alten- und Pflegeheimen verbessert werden.

26

Finnische Kommunen und Pflegeorganisationen können selbst einen bevorzugten Mechanismus zur Qualitätsleitung wählen. Besonders häufig kommen auf TQM (Total Quality Management) und Balanced Score Card Modellen beruhende Systeme zur Anwendung, bei denen in einem von oben nach unten angelegten Vorgehen die Organisation in ihrer Gesamtheit abgebildet wird. Knapp ein Drittel aller Kommunen, die nach wie vor die wichtigsten Versorgungsinstanzen darstellen, verwendet für die Entwicklung ihrer Dienstleistungen und die Aufstellung von Leistungsvergleichen Indikatoren, die aus einem Instrument zur Einrichtungsbewertung namens „interRAI“ abgeleitet sind. Organisationen ziehen Indikatoren für Benchmarking-Zwecke heran, um direkt auf die Pflegequalität und die KlientInnenfreundlichkeit Einfluss zu nehmen. Die RAI-Daten gestatten zudem eine Preisberechnung der Dienstleistungen, basierend auf so genannten „Ressourcenverbrauchsgruppen“ (RUGs).

Datenerfassung und -auswertung sowie laufende Weiterbildungen zu diesen Themenbereichen werden vom Nationalen Institut für Gesundheit und Wohlfahrt (THL) unterstützt. Zweimal jährlich werden Personalschulungen im Umgang mit diesen Instrumenten und deren Ergebnissen abgehalten. Auch Leitungspersonen nehmen



an Weiterbildungen zur Nutzung der Ergebnisberichte teil, und ein Fachbeirat führt eine regelmäßige Analyse und Überarbeitung der Kriterien durch.

Dieses Herangehen an Qualitätssicherung und -entwicklung hat beachtliche Verbesserungsprozesse ausgelöst und gibt den überwachenden Regionalbehörden die Möglichkeit, Überprüfungen vor Ort nur im Anlassfall — bei einer Beschwerde gegen eine bestimmte Einrichtung — vorzunehmen. Dessen ungeachtet beklagen die Aufsichtsorgane einen Mangel an Ressourcen, um jeder Beschwerde gründlich nachgehen zu können.

Frankreich

In Frankreich ist die Zuständigkeit für Qualitätskontrollen in Alten- und Pflegeheimen auf mehrere Organe verteilt; eine zentrale Rolle spielt die Nationale Aufsichtsbehörde für Sozialfragen (IGAS), daneben haben aber auch lokale Behörden und die Krankenkassen diverse Kontrollfunktionen. Verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Pflege wurden erstmals 1997 eingeführt, und zwar in Form von Dreiparteien-Abkommen zwischen den Krankenkassen, den lokalen Gebietskörperschaften (*Départements*) und den Pflegeeinrichtungen. Auf dieser Grundlage wurde eine Reihe von Maßnahmen initiiert, um einrichtungsinterne Qualitätsbemühungen voranzubringen. Diese sind u. a.:

- In Alten- und Pflegeheimen wurde die neue Funktion der/des „koordinierenden Ärztin/Arztes“ geschaffen, um den Einsatz der besten gerontologischen Verfahrensweisen zu garantieren und die Pflegeplanung sowie die laufende Bewertung der Pflegequalität zu begünstigen.
- Schaffung eines — bis heute weit verbreiteten — Werkzeugs zur Eigenbewertung („ANGELIQUE“).
- Manche Einrichtungen haben sich für den Zukauf von Zertifizierungslösungen unabhängiger PrivatanbieterInnen (AFNOR, SGC-Qualicert) entschieden, obwohl diese keinen Ersatz für die gesetzlichen externen Bewertungen darstellen.

Externe Überprüfungen finden alle fünf bis sieben Jahre statt. Seit 2002 muss binnen sieben Jahren nach Erstzulassung einer Pflegeeinrichtung eine Fremdbewertung durch ein befugtes Organ erfolgen. Das Prüfergebnis muss spätestens zwei Jahre vor Ablauf einer Zulassung (d. h. binnen fünf Jahren) vorliegen, um eine rechtzeitige Entscheidung über die Zulassungsverlängerung zu gestatten.



2007 wurde das Nationale Amt für die Beurteilung von Dienstleistungen der stationären und häuslichen Altenhilfe (ANESM) ins Leben gerufen; seine Aufgabe ist die Evaluierung und Anpassung von Leitlinien und Empfehlungen für eine hochwertige Gesundheits- und Sozialfürsorge auf der Grundlage bewährter Verfahrensweisen, mit dem Ziel, DienstleisterInnen bei den Abläufen interner und externer Qualitätsbeurteilungen zu unterstützen. Darüber hinaus nimmt das Amt die Zulassung von Drittinstanzen wahr (Beratungs-, Zertifizierungs- und Weiterbildungsstellen), die die erwähnten Fremdbegutachtungen durchführen dürfen.

Zwar finden auch regelmäßige Kontrollen der Struktur-, Sicherheits- und Hygieneanforderungen durch regionale/lokale Gebietskörperschaften (*Département, Conseil Général*) statt, doch der Schwerpunkt der französischen Qualitätsbestrebungen liegt derzeit auf der Schaffung von Anreizinstrumenten für DienstleisterInnen und auf Verbesserungsmöglichkeiten anhand von Beispielen für bewährte Verfahrensweisen.

Luxemburg

28

In Luxemburg liegen die Zuständigkeiten für Pflegeagenden beim Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit (hauptsächlich Pflegeversicherung) und beim Ministerium für Familie und Integration. Letzteres hat Mindestanforderungen für die gesetzliche Zulassung von Altenpflegeeinrichtungen festgesetzt, und innerhalb des Ministeriums für soziale Sicherheit wurde eine „Qualitätskommission“ eingerichtet, die Vorschriften für die Dienstleistungserbringung im Zusammenhang mit der gesetzlichen Pflegeversicherung ausgibt. Die Kommission, der alle Interessensvertretungen angehören, hat Zulassungsnormen ausgearbeitet. Darüber hinaus gibt sie fachliche Standards und Leitlinien für „bewährte Verfahrensweisen“ in einer Vielzahl von Bereichen aus (z. B. Hygiene in der stationären Langzeitpflege).

Beide Überwachungsorgane nehmen Aufgaben der Qualitätssicherung wahr. Das Ministerium für Familie und Integration führt im Rahmen der Zulassungsbestimmungen für DienstleisterInnen laufende Prüfbesuche durch. Zumindest ein Mal jährlich wird die Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen kontrolliert, um die Übereinstimmung mit den Mindestanforderungen an die Struktur- und Organisationsqualität sicherzustellen. Bei diesen angekündigten Prüfungen findet ein Erfahrungsaustausch statt, in manchen Fällen werden Verbesserungsmaßnahmen angeregt. Die „Abteilung für Evaluierung und Orientierung“ führt ihrerseits Einrichtungsbegehungen durch, um die Einhaltung der für die Pflegeversicherung vorgesehenen Verfahren zu kontrollieren.



Es gibt keine gesetzliche Verpflichtung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement, doch die meisten Pflegeeinrichtungen haben sich freiwillig für entsprechende Methoden (E-Qalin, EFQM oder ISO) entschieden.

Für die Zukunft ist ein Dialog zwischen Regulierungsinstanzen und DienstleisterInnen geplant, um vorhandene Rechtsstandards und Qualitätskriterien anzupassen, einen „Demenzplan“ umzusetzen und ein neues Regelwerk mit neuen Typen von Pflegestrukturen einzuführen, mit dem Ziel, bedarfsgerechte Pflegedienstleistungen zu garantieren.

Spanien

In Spanien ist eine vollständige Umgestaltung des der Langzeitpflege in Gang („Gesetz zur Förderung der persönlichen Selbständigkeit und Betreuung Pflegebedürftiger“). Es werden Normen und weitere Qualitätsaspekte bearbeitet, die in Zukunft für zugelassene DienstleisterInnen verpflichtend geltend sollen. Anforderungen u. a. in folgenden Punkten werden weiter präzisiert: a) Materialressourcen und Ausstattungen; b) Personalressourcen — Personalschlüssel und Schulungen; c) diverse administrative Unterlagen; d) Zugänglichkeit von Gebäuden und Heimumgebung; e) Arbeitsplatzqualität; f) kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Das Gesetz und die entsprechenden Ausführungsbestimmungen sehen erstmals vor, dass jede Betreuungseinrichtung ein System zur Qualitätsleitung einzuführen hat. Auf der Ebene der autonomen Regionen — den wichtigsten kostentragenden Instanzen von Pflegedienstleistungen — stehen ausführliche Zulassungs- und Vertragsvergaberichtlinien in der Beschlussphase. Infolgedessen ist mit starken regionalen Abweichungen hinsichtlich der Voraussetzungen für die Gründung und den Betrieb von Pflegeeinrichtungen zu rechnen. Zu den Zuständigkeiten der autonomen Regionen zählen zudem die Schaffung und Wartung von Zentren und Dienstleistungen, die eine Unterstützung beim Zulassungsverfahren anbieten, um die Einhaltung der Qualitätserfordernisse zu gewährleisten; sie sind zudem für die Kontrolle und die Durchsetzung allfälliger Sanktionen verantwortlich. Die Kontrollen beruhen auf den Zulassungskriterien, bei denen der Personalschlüssel und sonstige Strukturkriterien sowie Hygiene und pflegespezifische Programme im Mittelpunkt stehen.

Obwohl Zertifizierungen nicht verpflichtend sind, streben die meisten DienstleisterInnen, die an Ausschreibungen teilnehmen, eine Qualitätszertifizierung an (i. A. auf der Basis von UNE ISO 9001 oder EFQM). Vor diesem Hintergrund haben die DienstleisterInnen ein Interesse daran, die Zertifizierungserfahrungen in die komplexen



Verhandlungen einzuflechten, die gegenwärtig im Territorialrat im Gange sind: Dort streben die Comunidades Autónomas (Regionen) einen Konsens über die Umsetzung des Gesetzes, die detaillierten Erfordernisse und Qualitätsstandards an.

Schweden

Die Zuständigkeit für die Altenbetreuung ist in Schweden auf drei Behördeninstanzen verteilt. Das schwedische Parlament, die Regierung und die ihr untergeordneten Behörden legen auf gesamtstaatlicher Ebene Politikziele und übergeordnete Richtlinien fest. Beispielsweise kümmert sich der Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsrat um die Überwachung, laufende Beobachtung und Evaluierung der Dienstleistungen der Kommunen und Provinzversammlungen. Auf regionaler Ebene haben 20 Provinzversammlungen die Verantwortung für Gesundheitswesen und medizinische Versorgung inne. Lokal sind die 290 Kommunen des Landes verpflichtet, den Bedarf der älteren BürgerInnen an Sozial- und Wohndienstleistungen zu erfüllen. Die lokalen Gebietskörperschaften sind unabhängige Organe, die in der Auslegung der nationalen Gesetzgebung — des Sozialdienstleistungsgesetzes und des Gesetzes über Gesundheit und Gesundheitsdienstleistungen — einen Spielraum haben.

30

Die externe Qualitätssicherung in Alten- und Pflegeheimen, die zu 85% von lokalen Gebietskörperschaften geführt werden, wird im Allgemeinen nur bei Beschwerden oder bei gemeldeten Misshandlungsfällen in Gang gesetzt, und zwar durch eine Beobachtung seitens des Nationalen Gesundheits- und Wohlfahrtsrats.

Ein weiteres Transparenzinstrument hinsichtlich der Qualität von Altenheimen und Pflegedienstleistungen ist der sog. „Leitfaden für SeniorInnen“; es handelt sich um eine Website für ältere Menschen und deren Angehörige, die sich über die Pflegequalität in den Kommunen informieren möchten. Der Leitfaden enthält von den Kommunen auf der Grundlage jährlicher Befragungen ermittelte Angaben zu 36 Indikatoren zu einzelnen Elementen von Wohnungen für besondere Bedürfnisse, Hausbetreuungsdienste und Tagesbetreuungseinrichtungen. Im Leitfaden kommen zahlreiche Qualitätsaspekte zum Zug: Zugänglichkeit, NutzerInneneinbeziehung, Personalausstattung, Schulung und Kontinuität des Pflegepersonals, Unabhängigkeit der NutzerInnen, Ernährung, Unterstützung für betreuende Angehörige, Einbindung der/des betreuenden Ärztin/Arztes, Präventivbetreuung und -dienstleistungen, Management, Nachbeobachtung und Informationsbereitstellung. Die Ergebnisse können auf unterschiedliche Weise dargestellt werden (Übersichtstabellen, Diagramme oder allgemeine Berichte); für Vergleichszwecke bietet die Website ferner eine Suchfunk-



tion nach Kommunen oder Pflegeeinheiten (Schwedisches Ministerium für Gesundheit und Soziales, 2007).

Es laufen weitere Bemühungen, um die Koordination der Gesetzgebung zu Gesundheits- und Sozialen Dienstleistungen zu verbessern. Geplant ist ein systematischeres QM-Konzept, das Selbstbewertungsabläufe, Nachbetreuungen und Rückmeldungen über Erfahrungen vereint. Der allgemeine Trend geht indes dahin, das Hauptaugenmerk von Monitoring nicht auf Struktur und Organisation, sondern auf ergebnisbezogene Indikatoren zu legen, die der Qualität aus Sicht der Betroffenen Rechnung tragen. Diese Herangehensweise fußt auf NutzerInnenbefragungen, die seit 2008 durchgeführt werden und auch in der jüngsten Gesetzesnovelle ihren Niederschlag finden: Ab 1. Januar 2011 müssen in der Altenbetreuung ethische Werte und die Menschenwürde garantiert sein. Zukünftige Herausforderungen für Kommunen — und den Nationalen Gesundheits- und Wohlfahrtsrat — betreffen einerseits die Weiterentwicklung von Indikatoren für die Messung von „Menschenwürde“ und ethischen Werten und andererseits „veränderte Erwartungshaltungen“.

D. Diskussionen im Verlauf des Peer Review-Seminars

In den Vorträgen im Verlauf der Peer Review wurden drei große Problemfelder freigelegt: die Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit der dargelegten externen Qualitätssicherungswerkzeuge, die Angemessenheit der Methoden und Instrumente zur Qualitätssicherung, und allgemeine Problempunkte im Zusammenhang mit der Entwicklung von Langzeitpflegesystemen.

Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

Angesichts der breiten Aufgabenpalette im deutschen Modell der Qualitätssicherung meldeten die TeilnehmerInnen Vorbehalte an, was die Vereinbarkeit der verschiedenen Initiativen auf Bundes- und Länderebene sowie im Forschungsbereich mit dem Pflegealltag in den Heimen anbelangt. Die hohen Kosten der Überprüfungen (MDK) und externen Gutachten (FQA) wurden als Hürde für die Übertragung auf andere Staaten erachtet, welche mehrheitlich bereits andere Methoden und Konzepte in Gebrauch haben.

32

Tatsächlich sind die Kosten (durchschnittlich etwa € 4.500 pro Pflegeheim) und die Zahl der qualifizierten Kontrollpersonen, die die jährliche Überprüfung des MDK durchführen (ca. 11.000 Heime plus 12.000 HauspflegeanbieterInnen) beträchtlich. Derzeit erfolgt die Finanzierung im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung; für die Zukunftsfähigkeit des Konzepts muss die Zahl der Überprüfungen jedoch reduziert werden — z. B. in Einrichtungen mit guten Leistungsergebnissen. Die Kontrollen der FQA erfordern pro Pflegeeinrichtung vier GutachterInnen; für die insgesamt ca. 450 GutachterInnen sind Schulungen von jeweils 12 Tagen nötig. Es wird u. U. notwendig sein, eine bessere Vereinbarkeit der Verfahrensweisen herzustellen, wengleich ihre Zielsetzungen sich unterscheiden: Während die Transparenzberichte der MDK auf die Informationsversorgung der Öffentlichkeit abzielen, dienen die Gutachten der FQA in erster Linie dazu, die Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen voranzutreiben und deren Wirksamkeit zu beurteilen.

Um die Gespräche zwischen MDK und FQA, den Bayerischen Behörden und dem Bundesministerium für Gesundheit zu ergänzen, könnte eine Kosten-Nutzen-Analyse der Qualitätssicherung in Deutschlands Langzeitpflege in Auftrag gegeben werden, mit dem Ziel, mittelfristige Perspektiven abzustecken.



Methoden und Instrumente zur Qualitätssicherung

Die Systeme der Langzeitpflege stecken in Europa noch in den Kinderschuhen. Insofern ist es nicht außergewöhnlich, dass die Methoden zur Definition, Bewertung und Entwicklung dieser Systeme noch einer Feinabstimmung bedürfen. Dass eine Vielfalt von Konzepten zum Zug kommt, wird sich auf lange Sicht als vorteilhaft erweisen, wenn für Evaluationszwecke eine große Zahl von Vorgehensweisen zur Verfügung steht. Die Diskussionen sind noch weit entfernt von einer „europäischen“ Dimension. Die einzelnen Staaten arbeiten an eigenen Konzepten, die ihren Bedürfnissen und Traditionen entsprechen. Bislang wurden allgemeine Instrumente des Qualitätsmanagements (ISO, EFQM) an einzelstaatliche und organisatorische Kontexte angepasst; nur wenige spezifische Modelle (Qualitätsmanagement: E-Qalin; Qualitätsbewertung: interRAI) finden über Landesgrenzen hinaus Verwendung.

Vergleiche und Benchmarking stellen weiterhin eine große Herausforderung dar, insofern als die Instrumente den differenzierten Bedürfnissen von Leistungsnehmern der Pflegeversicherung und BewohnerInnen gerecht werden müssen.

Geeignete Methoden zur Erfassung von Rückmeldungen von BewohnerInnen, Angehörigen, FreundInnen, MitarbeiterInnen und sonstigen AkteurInnen werden in der Entwicklung von Transparenz und ergebnisorientierten Beurteilungen noch stärker als bisher den Angelpunkt bilden. Wie betont wurde, ist unabhängig von den eingesetzten Werkzeugen und Methoden darauf zu achten, dass die verschiedenen AkteurInnen eingebunden sind und eine Vertrauensbasis zwischen ihnen besteht. Solange Qualitätsmanagement als reine Pflichtübung verstanden wird, um die Kontrollrinnen und Kontrolleure zufriedenzustellen, lässt sich keine echte Transparenz herstellen. Bekräftigt wird dies durch den Umstand, dass Zwangsmaßnahmen in diesem Sektor kaum greifen. Die Schließung einer Pflegeeinrichtung aufgrund der Missachtung von Qualitätsauflagen ist die äußerste Maßnahme, die öffentliche Behörden setzen können — 2007/08 wurde in Bayern die Schließung von lediglich vier der insgesamt ca. 2.000 Heime angeordnet.

Eine abschließende Feststellung lautete, dass Unterschiede in der Personalausstattung, in den Arbeitsbedingungen sowie in der Schulung von Führungskräften und MitarbeiterInnen problematisch sind. Die Basisausbildung und Weiterbildungen haben in den meisten Staaten an Qualität gewonnen; in Zukunft müssen Politikmaßnahmen indes dem bevorstehenden Arbeitskräftemangel begegnen und dafür attraktive Arbeitsbedingungen und Schulungsangebote schaffen.

Finanzierung der Weiterentwicklung

Qualitätsentwicklungen und Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung erfordern selbstredend zusätzliche Investitionen und eine Finanzierungsstabilität. Es wurde die Frage aufgeworfen, in welchem Umfang als Ergänzung zu nationalen Mitteln der Europäische Sozialfonds (ESF) herangezogen werden könnte, um zusätzliche Ausbildungsmaßnahmen und innovative Initiativen zu finanzieren. In der nächsten Programmperiode des ESF ist auch eine Förderung der Ziele der Strategie „EU 2020“ vorgesehen, u. a. für den Kampf gegen soziale Ausgrenzung. Projekte zur Förderung der Teilhabe älterer Menschen könnten durchaus in Frage kommen, insbesondere in neuen Mitgliedstaaten.



E. Schlussfolgerungen und zentrale Erkenntnisse

Politische Debatten unter Beteiligung aller AkteurInnen sind notwendig, um die Entscheidungsfindung zu einer optimalen, zukunftssicheren und hochwertigen Langzeitpflege zu untermauern.

Manche Staaten haben die gesellschaftliche und politische Diskussion anhand greifbarer Resultate verstärkt, während andere zur Erkenntnis gelangen, dass sich Probleme im Langzeitpflegebereich stellen. Deutschland hat mit der Verabschiedung der sozialen Pflegeversicherung die Grundlagen für eine Weiterentwicklung geschaffen. Damit wurden am „Runden Tisch Pflege“ weitere Debatten angestoßen, bis es 2008 zu einer Reform und neuen Ansätzen für die Qualitätsüberwachung in der stationären Altenhilfe und bei Pflegedienstleistungen kam. In Finnland waren die Debatten rund um das Nationale Programm für hochwertige Dienstleistungen der Anstoß zu beträchtlichen Investitionen in die Qualitätsentwicklung. Interessanterweise setzen die nordischen Staaten auf Konzepte, die nicht allein auf Kontrollen, sondern v. a. auch auf Anreizen, Schulungsmaßnahmen und Transparenz basieren. Die allgemeine Tendenz zur Überwachung der Ergebnisqualität und der Qualität aus Sicht der BewohnerInnen/KlientInnen (z. B. Schweden, England und teilweise Deutschland) führt zu neuen Herausforderungen hinsichtlich der Methoden und Arbeitsweisen der Qualitätssicherung, die in der Peer Review teilweise angesprochen wurden.

Ein Problempunkt, der für alle Staaten nach wie vor von Belang ist, liegt im Wechselspiel zwischen Gesundheitswesen und Sozialfürsorge und der Koordination einer zersplitterten Dienstleistungsversorgung. Während die Langzeitpflegekonzepte einiger Staaten auf das medizinische Leistungsangebot abgestellt sind, steht die Sozialbetreuung anderswo im Mittelpunkt. Das allgemeine Politikziel liegt darin, Betreuungsbedürftige aus der Pflegeversicherung dabei zu unterstützen, möglichst lange im eigenen Lebensumfeld zu bleiben; allerdings mangelt es in den meisten Staaten noch an den nötigen Dienstleistungen und Unterstützungsmechanismen.

Auf europäischer Ebene ist die laufende Diskussion auf dem Gebiet der Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse mit der Übereinkunft zu den freiwilligen EU-weiten Qualitätsrichtlinien ein Stück vorwärts gekommen. Diese könnten als Grundlage für einzelstaatliche Debatten dienen, insbesondere in Staaten mit einer Unterversorgung an Pflegedienstleistungen.

Für die Sicherstellung des auflagengerechten Betriebs sind Mindeststandards und Überprüfungen notwendig — sie reichen jedoch nicht aus, um das Qualitätsdenken in Pflegeeinrichtungen voranzubringen.

Die Peer Review bekräftigte, dass die allgemeine Entwicklung der Qualitätssicherung darauf beruht, dass Mindeststandards festgesetzt werden und eine Qualitätsprüfung der Strukturen und Abläufe stattfindet — mit der Perspektive, Indikatoren für die Ergebnisleistung zu erarbeiten. Es bedarf ferner ausgereifter Monitoringprozesse, die Methoden des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mit externen Gutachten (Zertifizierungen) und Anreizen für kontinuierliche Verbesserungen zu verbinden. Das deutsche bzw. bayerische Beispiel hat den Erfolg dieser Strategie unter Beweis gestellt, wenngleich noch nicht absehbar scheint, ob die Aufrechterhaltung und Abstimmung der beiden nebeneinander bestehenden Konzepte auf Dauer möglich ist.

Auch andere Strategien haben ihre Wirksamkeit bewiesen. So verdeutlicht das spanische Beispiel, dass Zertifizierungen und internes Qualitätsmanagement auf Ebene der DienstleisterInnen auch zum Ausbau der Wissensbasis für die lokalen öffentlichen Behörden beitragen und Anhaltspunkte für die nationale Politikdebatte zu Tage fördern können. Das österreichische Fallbeispiel beruht auf einer interessanten Kombination aus Top-down- und Bottom-up-Strategien, bei denen Pflegeeinrichtungen ein internes Qualitätsmanagement entwickeln und umsetzen (E-Qalin, QAP, ISO) und gleichzeitig Bewertungen durch Dritte stattfinden, die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und VerbraucherInnenschutz anerkannt sind (Beispiel: „Nationales Qualitätszertifikat“).

Es gilt den Dialog, der zwischen öffentlichen KostenträgerInnen, Pflegeeinrichtungen und sonstigen Interessenvertretungen — einschließlich den BewohnerInnen und ihren Angehörigen — zu Qualitätskriterien, Indikatoren und Methoden geführt wird, voranzubringen, um diese Systeme zukunftssicher zu machen. Es wurde jedoch in Frage gestellt, ob parallel funktionierende Kontrollabläufe — Bund und Länder — und Zertifizierungen durch Dritte langfristig praktikabel sind. Bei den Vorarbeiten zu Reformen auf diesem Gebiet ist es überdies geboten, ein besonderes Augenmerk auf folgende Aspekte zu legen (für Unterstützung und weitere Informationen stehen die Peer-Länder zur Verfügung):

- Häufigkeit von Überprüfungen und externen Gutachten: Unter welchen Umständen sollen sie jährlich (Deutschland, Luxemburg, Zypern), alle fünf Jahre (Frankreich) oder nur im Beschwerdefall (Finnland, Schweden) stattfinden?



- Schulungen für Prüfpersonen und GutachterInnen: Welche Art von Schulung? Welche und wie viele Teilnehmende? Zwölf Tage wie in Bayern? Zehn Tage wie in Österreich (NQZ)? Soll die Überprüfung durch eine Person (Spanien), zwei Personen (MDK) oder multiprofessionelle Teams mit bis zu vier Mitgliedern (Bayern) ausgeführt werden?
- Wie soll das Gespräch zwischen KontrolleurlInnen/GutachterInnen und Versorgungseinrichtungen gestaltet werden (FQA in Bayern, NQZ in Österreich, MDK in Deutschland)? Welche Anreize sollen für Versorgungseinrichtungen vorgesehen werden, um das interne Qualitätsmanagement an die Prüfmethoden anzugleichen (Spanien, Frankreich)?
- Wie können verschiedene Ansätze im Qualitätsmanagement mit den von öffentlichen Behörden aufgestellten Kriterien kombiniert werden (Spanien)?

Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement ist als Grundlage für externe Qualitätsgutachten notwendig und setzt voraus, dass Management und Personal in Alten- und Pflegeheimen befähigt werden, entsprechende Mechanismen vorgesehen werden.

Die Vorträge und Diskussionen im Verlauf der Peer Review ließen eine beeindruckende Fülle von Initiativen und Systemen erkennen, die in den Peer-Ländern auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements ausgearbeitet werden. Eine eindeutige Botschaft lautete, dass externe Begutachtungssysteme umso dringender ein geeignetes internes Qualitätsmanagement erforderlich machen, je weiter fortgeschritten sie sind. Anderenfalls sind auch noch so gut entwickelte Prüfsysteme, die auf Partnerschaft und Qualitätsmanagement basieren, nicht in der Lage, eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu bewirken.

Die Einführung von Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen erfordert eine entsprechende Führungsarbeit und Personalverwaltung, da sowohl MitarbeiterInnen als auch Leitungspersonen vielfach mit Qualitätsinitiativen noch nicht vertraut sind. Dafür müssen beide Gruppen Schulungen nicht nur im Qualitätsmanagement, sondern auch für Projektmanagement, Gruppenmoderation, Kommunikation sowie für die Beziehungsgestaltung unter MitarbeiterInnen bzw. mit BewohnerInnen und anderen Interessengruppen erhalten. Hier ist vielfach ein auf lebensbegleitendes Lernen ausgerichteter Konzept notwendig, das über die gesetzlich vorgesehenen Schulungen hinausgeht.

Benchmarking-Konzepte für Pflegequalität werden die Ausnahme bleiben, solange kein internes Qualitätsmanagement stattfindet und wenn Investitionen in erheblichem Umfang ausbleiben. In Deutschland und Finnland stehen verschiedene Leistungsvergleichsmodelle in Erprobung; in beiden Fällen sind beträchtliche Investitionen — wiederum hauptsächlich in Schulungen — erforderlich, die nicht in allen Staaten realisierbar sein werden.

Die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement hängt von der Bereitschaft der Beteiligten ab, sich für die Professionalisierung des gesamten Sektors einzusetzen. Fließende Investitionen ausschließlich in externe Qualitätssicherung, können Transparenz und kontinuierliche Verbesserungen nicht garantiert werden.



Literatur

Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S. und S. Widmaier (2007), *The German Social Long-Term Care Insurance — Structure and Reform Options*. Mannheim: IZA Discussion Paper No. 2625; ZEW Discussion Paper.

Barthel, P. (2009), *Qualitätssicherung in der Altenpflege*. Hamburg: Igel Verlag.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen (2009), *Prüfleitfaden für Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe in Bayern*. München: BSASFF.

Berschneider, J. und Schulte, T. (2009), *Gesundheits- und Seniorenimmobilien: Versorgungsstrukturen im Umbruch — Pflegeheime zwischen Versorgungsqualität und Investmentprodukt*. Hamburg: HafenCity Universität Hamburg.

Bertin, G. und Leichsenring, K. (2003): „*La regolazione delle politiche sociali nei Paesi dell'Unione Europea a partire dai sistemi locali*“ in: Messina, P. (a cura di) *Sistemi locali e spazio europeo*. Roma: Carocci: 188–204.

Bieback, K.-J. (Hg.) (2009), *Die Reform der Pflegeversicherung 2008*. Berlin: LitVerlag.

Billings, J. und Leichsenring, K. (eds) (2005), *Integrating health and social care services for older persons. Evidence from 9 European countries*. Aldershot: Ashgate.

Blonski, H. (Hg.) (1999), *Qualitätsmanagement in der Altenpflege — Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (2008), *Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Berlin: BMG.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006), *Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*. Berlin: BMFSFJ.

Care Quality Commission/CQC (2010), *Essential standards of quality and safety. Guidance about compliance*. London: CQC.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005), *Zusammenarbeiten, zusammen mehr erreichen: ein neuer Rahmen für die offene Koordinierung der Sozialschutzpolitik und der Eingliederungspolitik in der Europäischen Union*. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften [KOM(2005) 706 endgültig, 12/2005].

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007), *Dienstleistungen von allgemeinem Interesse unter Einschluss von Sozialdienstleistungen: Europas neues Engagement*. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften [KOM(2007) 725 endgültig, 11/2007].

Döhner, H., Lüdecke, D. und Eickhoff, V. (2008), 'Migrant Workers in Home Care for Older People in Germany: The Use and Problems of Legal and Irregular Care'. In: *GeroBilim — Journal on Social & Psychological Gerontology* 01/08: 2–13.

European Centre for Social Welfare Policy and Research (Co-ordinator) (2010), *Measuring Progress: Indicators for Care Homes*. Wien: www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1396.

Europäische Kommission, Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen (2009), *2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060)*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (European Economy 2/2009).

Deutsches Zentrum für Altersfragen/Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005), *Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe II: Verbesserung der Qualität in der Stationären Betreuung und Pflege, Anhang Empfehlungen für die Praxis*. Berlin: DZA (www.dza.de).

Di Santo, P. und Ceruzzi, F. (2010), *Migrant care workers in Italy. A case study*. Rom/Wien: European Centre (INTERLINKS Project Report #4).

Garms-Homolová, V. und Roth, G. (2004), *Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln: Forschungsbericht*. Düsseldorf: Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen.

Gebert, A.J. und Kneubühler, H.-U. (2003), *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Alters- und Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen*. Bern etc.: Huber.

Glendinning, C. (2009), *Combining choice, quality and equity in social services provision*. Synthesebericht zur Peer Review zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung, Dänemark.

Hasseler, M., Wolf-Ostermann, K., Nagel, M. und S. Indefrey (2010), *Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege – Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich*. Hamburg/Berlin: HAW/ASH.

Huber, M., Maucher, M. und B. Sak (2008), *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*. Wien/Brüssel: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, ISS, IFIG.

Igl, G., Naegele, G. und S. Hamdorf (Hg.) (2007), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*. Münster: LIT-Verlag.

Marin, B., Leichsenring, K., Rodrigues, R. und M. Huber (2009), *Who Cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union. Background Paper to the Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15–16 September 2009*. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (2007), *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI*. Essen: MDS.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (2009), *Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege*. Essen: MDS.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (2010), *Evaluation der Transparenzvereinbarungen. Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenz-ergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege*. Essen:



MDS — verfügbar auf: http://www.mds-ev.de/media/pdf/100216_Abschlussbericht_Transparenz_FINAL.pdf.

Nakrem, S., Guttormsen Vinsnes, A., Harkless, G.E., Paulsen, E. und A. Seim (2008), „Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice“. In: International Journal of Nursing Studies, Vol. 46: 848–857.

Nies, H., Leichsenring, K., Van der Veen, R., Rodrigues, R., Gobet, P., Holdsworth, L., Mak, S., Durrett, E. H., Repetti, M., Naiditch, M., Hammar, T., Mikkola, H., Finne-Soveri, H., Hujanen, T., Carretero, S., Cordero, L., Ferrando, M., Emilsson, T., Ljunggren, G., Di Santo, P., Ceruzzi, F. und E. Turk (2010), *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care — European Overview Paper*. Utrecht/Wien: Stichting Vilans/Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (INTERLINKS Project Report #2).

Pavolini, E. und Ranci, C. (2008), „Restructuring the welfare state: reforms in longterm care in Western European countries.“ In: Journal of European Social Policy, Vol. 18(3): 246–259.

Peters, A. (2006), „Strategische Ziele finden und umsetzen — Was können Führungssysteme wie die Balanced Scorecard leisten?“. In: Blonski, H. (Hg.) Strategisches Management in Pflegeorganisationen. Hannover: Schlütersche: 131–150.

Rothgang, H. und Engelke, K. (2009), *Long-Term Care: How to Organise Affordable, Sustainable Long-Term Care given the Constraints of Collective versus Individual Arrangements and Responsibilities*. Synthesebericht zur Peer Review zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung, Niederlande.

Sorenson, C. (2007), „The US experience in long-term care quality measurement.“ In: Euro Observer, Vol. 9(2): 5–6.

Wiener, J.M., Tilly, J., Howe, A., Doyle, C., Evans Cuellar, A., Campbell, J. und N. Ikegami (2007), *Quality Assurance for Long-Term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan*. Washington: AARP.



<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

Qualitätssicherung der Langzeitpflege in Alten- und Pflegeheimen

Gastgeberland : **Deutschland**

Peer-Länder : **Estland, Finnland, Frankreich, Luxemburg, Schweden, Spanien, Tschechische Republik, Zypern, Österreich**

Prognosen zufolge steigt der Bevölkerungsanteil der Über-65-Jährigen zwischen 2004 und 2050 europaweit um ca. 77 %. Vor diesem Hintergrund ist mit einer deutlichen Zunahme der Langzeitpflegebedürftigen zu rechnen. Um den damit einhergehenden Bedürfnissen gerecht zu werden, ist eine breite Palette an Langzeitpflegedienstleistungen entstanden, von Pflegeheimen bis hin zu alternativen Einrichtungen. Die Qualitätssicherung der Anstaltspflege ist indes nicht immer ein leichtes Unterfangen.

In ganz Europa wurde eine Fülle von Initiativen ergriffen, um die Qualität der Langzeitpflege für Ältere zu beurteilen und zu regulieren. Die Peer Review in Deutschland soll einen Austausch über die Erfahrungswerte in den verschiedenen Mitgliedstaaten ermöglichen.

Das Hauptaugenmerk der Peer Review wird auf der Sicherstellung einer für alle BewohnerInnen von Einrichtungen objektiv hohen Lebensqualität liegen. Die bayrische Landesregierung hat beispielsweise Maßnahmen zur Ausbildungsförderung am oder abseits des Arbeitsplatzes gesetzt (jährliches Budget von ca. € 1 Mio.).

Wie ist die Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen in den Mitgliedstaaten tatsächlich definiert? Welche Mittel werden eingesetzt, um diese Qualität zu bewerten? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der Peer Review.