



ZUKUNFT PFLEGE:

QUALITÄTSBERICHT STATT „PFLEGE-TÜV“

Konzept zur Messung und Darstellung der
Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis

Abschlussbericht der Bonato-Kommission

- Kurzfassung -

www.vdab.de

www.abvp.de

Mitglieder:

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Marcellus Bonato

Fachhochschule Münster
Fachbereich Pflege und Gesundheit

Lehrgebiete:
Evaluation und Forschungsmethoden,
Qualitätsmanagement und Psychologie

Moderation

Heiner Schülke, Pflegeexperte

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe

Petra Schülke, stellvertretende Bundesvorstandsvorsitzende
Thomas Knieling, Bundesgeschäftsführer
Wibke Eichhorn, Fachreferentin und Rechtsanwältin
Angelika Pietsch, VDAB-BSB, Pflegefachkraft, Auditorin
Christian Weidinger, Landesvorstand Sachsen-Anhalt

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege

Norbert Schultz , 1. stellvertretender Vorsitzender
Sascha Haltenhof, Referent Pflege und Qualitätsmanagement
Mario Heberer, Fachwirt in der Alten- und Krankenpflege und Pflegedienstleitung

IMPRESSUM

Herausgeber:

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)

Im Teelbruch 132
45219 Essen
Tel. 02054/ 95 78-0
Fax 02054/ 95 78-40
www.vdab.de

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)

Goseriede 13 A
30159 Hannover
Telefon: (05 11) 515 111 -0
Telefax: (05 11) 515 111 -8109
www.abvp.de

Stand: Juli 2011

Präambel

Pflege­transparenz ist ein wichtiges Anliegen, aber kein Selbstzweck. Die Bonato-Kommission hat sich deshalb zur Aufgabe gemacht, ein Konzept für eine aussagekräftige und faire Pflege­transparenz zu entwickeln.

Dieser Abschlussbericht ist das bisher einzige Papier, das die aktuellen Erkenntnisse aus der Methodenlehre, der Pflegewissenschaft und der Rechtsprechung bündelt, umfassend darstellt und konkrete Vorschläge zu deren Überführung in ein praktikables Gesamtkonzept macht.

Das Ergebnis der Kommissionsarbeit unterstreicht eine fundamentale Erkenntnis: Es ist Zeit für einen grundlegenden Perspektiv- und Systemwechsel!

Die Partner der Selbstverwaltung und der Gesetzgeber sind im Interesse der Pflegebranche und der Pflegebedürftigen nunmehr gefordert, ihrer Verantwortung für eine faire und aussagekräftige Pflege­transparenz gerecht zu werden.

Das Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität ist als ausdrücklich Einladung an alle zu verstehen, die für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige Verantwortung tragen, jetzt mit der Arbeit an dem überfälligen Perspektiv- und Systemwechsel zu beginnen. Die Kommission ist sich im Klaren darüber, dass der Perspektiv- und Systemwechsel außer in den Transparenzvereinbarungen auch in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI verankert werden muss.

Pflegebedürftige verdienen eine aussagekräftige Entscheidungshilfe und Pflegeeinrichtungen eine faire Darstellung ihrer Arbeit.

1 Ausgangslage: Ziele der PTV

Pflegebedürftige und deren Angehörige benötigen eine aussagekräftige Entscheidungshilfe bei der Auswahl eines Pflegeheimes oder eines ambulanten Pflegedienstes. Von dieser Grunderkenntnis geleitet, führte der Gesetzgeber im Jahr 2008 im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes in § 115 Abs. 1a SGB XI die sogenannte Pflege-transparenz ein. Die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sollten nach dem Willen des Gesetzgebers "insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden". Die Bewertungskriterien und –systematik dafür mussten innerhalb von nur 3 Monaten entwickelt und durch entsprechende Vereinbarungen zwischen den Partnern der Selbstverwaltung umgesetzt werden.

Im Dezember 2008 unterzeichneten die Vertragspartner die Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) und im Januar 2009 die Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA).

Der gesetzliche Auftrag war damit jedoch weder zeitlich noch inhaltlich erfüllt. Die Messung von Ergebnis- und Lebensqualität wurde durch die Vereinbarungen nicht erreicht. Dies lag vor allem an einem grundsätzlichen Webfehler im Gesetz: Die Transparenzkriterien sollten auf Basis der Qualitätsprüfrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes entstehen. Diese Vorgabe ging allerdings von einer falschen Grundannahme aus: Nämlich von der Annahme, dass in den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste Ergebnis- und Lebensqualität geprüft und in den Berichten dargestellt würde. Dies ist aber nachweislich nicht der Fall, so dass eine grundlegende Neuentwicklung eines Transparenzsystems notwendig gewesen wäre.

Auf Grund des immensen politischen Drucks zur Schaffung von Bewertungen für Anbieter von ambulanter und stationärer Pflege fand sich für eine geordnete Entwicklung der Pflege-transparenz jedoch keine Mehrheit. Stattdessen blieb nur die Möglichkeit, sowohl in der PTVA als auch in der PTVS in der Einleitung zur Anlage 3 festzustellen: „Derzeit gibt es keine pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland. (...) Diese Ausfüllanleitung wird zusammen mit der Pflege-Transparenzvereinbarung überarbeitet, sobald pflegewissenschaftliche Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen.“

Die Recherchearbeit der Kommission ergab, dass der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und die Kassenverbände schon damals durchaus wichtige Erkenntnisse über die Entwicklung eines Transparenzsystems gehabt haben müssen. Insbesondere dem MDS mussten auch die ausländischen Referenzmodelle bekannt gewesen sein. Im Hinblick auf Methodik und teilweise auch Inhalte hätten Kassen und MDS auch auf das Parallelverfahren der externen stationären Qualitätssicherung nach § 137 SGB V in Krankenhäusern verweisen müssen; hier sind insbesondere die Verfahren zur Sicherung der Qualität der Daten und der Indikatoren sowie der Strukturierte Dialog mit „auffälligen“ Krankenhäusern zu nennen. An dieser Qualitätsdarstellung in Zusammenarbeit mit der BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) seit 2001 und seit August 2009 mit dem AQUA-Institut hätten viele Anleihen genommen und damit viele Defizite verhindert werden können. Warum dies nicht geschah, ist schwer nachzuvollziehen. Fakt ist, dass in den genannten Systemen die Datenerfassung und die Prüfungen unabhängig und nicht durch die Medizinischen Dienste erfolgen.

Angesichts der so von Anfang an bestehenden Defizite vereinbarten die Vertragspartner eine wissenschaftliche Evaluation. Diese ergab grobe inhaltliche und systematische Mängel. Es folgte weitere grundsätzliche Kritik aus der Pflegewissenschaft, aus der Pflegepraxis sowie aus der Rechtsprechung.

Alle pflegewissenschaftlichen, methodischen und rechtlichen Erkenntnisse sowie nicht zuletzt der gesetzliche Auftrag sprechen dafür, die Systeme nunmehr auf Grund der aktuellen Erkenntnisse grundlegend neu zu entwickeln.

Unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Marcellus Bonato hat die Kommission ein Konzept erarbeitet, wie dies unter Berücksichtigung methodischer Erfordernisse und neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen kann. Dabei werden insbesondere die Erkenntnisse aus dem abgeschlossenen Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (gefördert vom BMG und BMFSFJ) zu Grunde gelegt.

2 Roadmap – Überlegungen zur Umsetzung

Die Bonato-Kommission empfiehlt die zeitnahe Umsetzung des vorliegenden Konzeptes. Dazu sind sowohl die Partner der Selbstverwaltung, als auch der Gesetzgeber gefordert. Die Grundsatzentscheidung zur Umsetzung des Konzeptes und die zentralen methodischen und inhaltlichen Vorgaben sind in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI zu vereinbaren. Nur so erhalten sie bundesweite Verbindlichkeit und können als Grundlage für ein neues Transparenzverfahren dienen. Diese Vorgehensweise gewährleistet gleichzeitig, die Systematik der gesetzlich vorgeschriebenen Vereinbarung im Bereich Qualität vom Kopf auf die Füße zu stellen. Rechtssystematisch wäre es von Anfang an richtig gewesen, zunächst die Maßstäbe und Grundsätze zu verhandeln und erst darauf aufbauend Vereinbarungen zur Pflegequalität zu treffen.

An den Gesetzgeber richtet die Bonato-Kommission den Appell, durch eine entsprechende Änderung der §§ 113, 114 und 115 I a SGB XI den Weg für ein neutrales Institut zur Qualitätssicherung in der Pflege frei zu machen.

Zum besseren Überblick der notwendigen Umsetzungsschritte soll nachfolgendes Schaubild dienen.

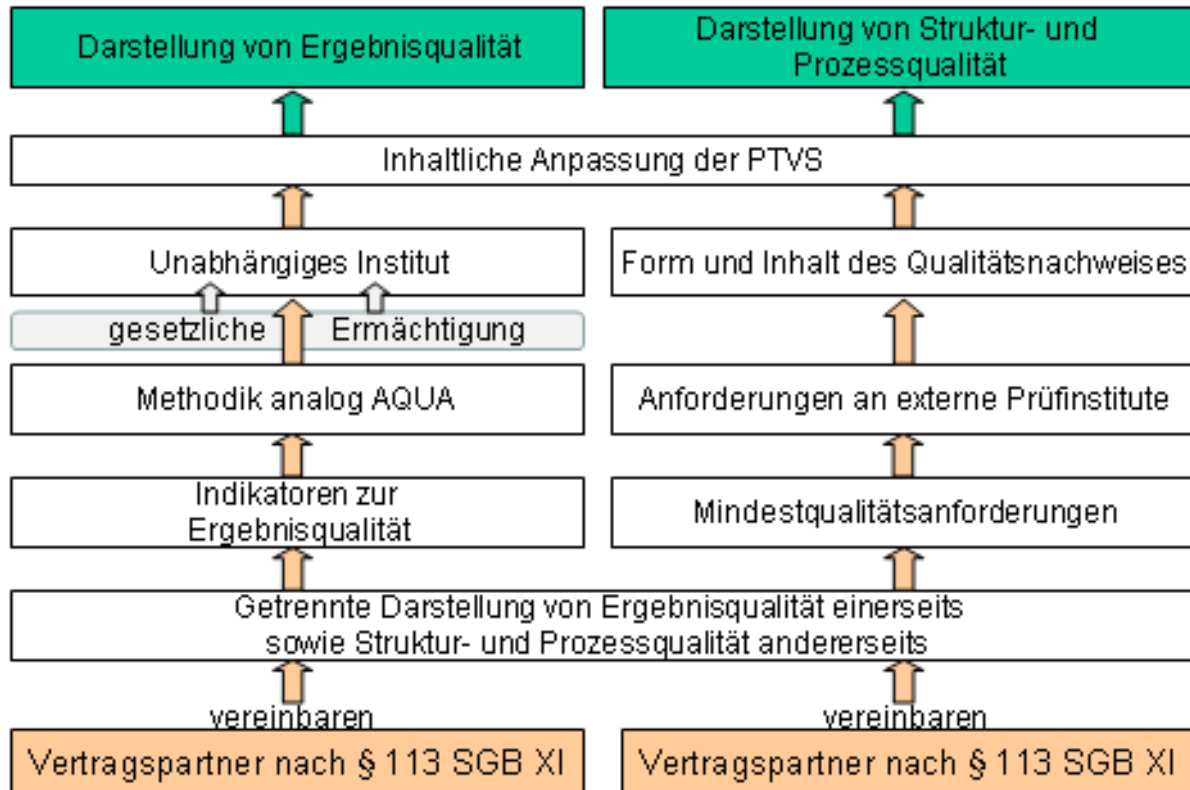


Abbildung Roadmap zur Umsetzung des Konzepts

3 Zusammenfassung

Die wissenschaftliche Kritik am bestehenden Transparenz-System ist grundsätzlicher Art. Sie stützt sich vor allem auf seine schweren methodischen Mängel. Sie sind innerhalb des Systems unreparierbar.

Für die Pflege gab es bisher keine Alternative - außer, die Prüfung nach diesem System auszusetzen. Die Aufgabe der Kommission war es, eine Alternative aufzuzeigen, die dem Auftrag des Gesetzgebers nach wissenschaftlichen Ansprüchen entspricht.

Zusammengefasst:

- 1) Es muss darum gehen, die Pflegewirklichkeit unter Qualitätsgesichtspunkten möglichst genau abzubilden. Der Vorrang von Ergebnis- und Lebensqualität verlangt, hierfür geeignete Indikatoren zu entwickeln. Die im Abschlussbericht von Wingefeld vorgestellten Überlegungen zur gesundheitsbezogenen Ergebnisqualität sind Schritte in die richtige Richtung. Sie sollen Grundlage für ein neues Messsystem sein.
- 2) Im Bereich der „Lebensqualität“ muss die Frage gestellt werden, ob die Forderung nach einem Vergleich von Einrichtungen bzgl. Lebensqualität aufrecht erhalten werden sollte. Hier wird die Empfehlung zu einer einrichtungsbezogenen individualisierten Messung von Lebensqualität gegeben; sie ist sicherlich zielführender zur Herleitung von Maßnahmen zur Erhöhung der Lebensqualität von Bewohnern in einer Einrichtung, zumal sie in die individuelle Pflegeplanung integriert werden könnte. Dies gilt für die ambulante wie für die stationäre Versorgung.
- 3) Grundsätzlich muss gelten, dass zukünftig nur solche Indikatoren zur Anwendung kommen, die pflegesensitiv sind. Denn wenn für die Verbraucher Transparenz hinsichtlich der Pflegequalität der Einrichtungen hergestellt werden soll, dürfen nur solche Indikatoren einbezogen werden, auf die die Einrichtung Einfluss hat.

- 4) Dieser Überlegung folgt die Feststellung, dass für die ambulante Pflege heute keine Indikatoren für Ergebnisqualität existieren, die eindeutig das Kriterium der Pflegesensitivität erfüllen. Denn der Pflegedienst ist nur während einer begrenzten Zeit beim Pflegebedürftigen.
- 5) Multimorbiditäten, die Schwere von Krankheiten, die Altersstruktur und andere Faktoren, auf die die Einrichtung keinen Einfluss hat, können das Pflegeergebnis nachhaltig beeinflussen. Die Kommission ist daher der Auffassung, dass eine Risikoadjustierung unverzichtbar ist, um einen aussagekräftigen Vergleich zwischen Einrichtungen zu ermöglichen.
- 6) Der Grundsatz „Was nicht aufgezeichnet wurde, gilt als nicht erbracht.“ ist im Hinblick auf den Vorrang von Ergebnis- und Lebensqualität unhaltbar. Er ist sogar ein Widerspruch in sich, wenn berücksichtigt wird, welchen Anforderungen die Pflegekräfte in der täglichen Praxis ausgesetzt sind. Die Kommission empfiehlt daher für die Ergebnisqualität in der stationären Versorgung ein Messsystem, das sich an dem erreichten Pflegeergebnis selbst orientiert. Grundlage soll die Datenerhebung aus dem internen Qualitäts-Management sein. Vereinbarte Daten werden an ein externes, unabhängiges Institut gesandt, das sie hinsichtlich der Datenqualität prüft, auswertet, klassifiziert und in einem Qualitätsbericht veröffentlicht.
- 7) Die Kommission ist nach Prüfung der Auffassung, dass bereits erprobte Verfahren in dem quantitativ viel größeren Bereich der Krankenhausversorgung (rund 17 Millionen Krankenhauspatienten jährlich) auch für die Ergebnisqualität in der stationären Pflege Anwendung finden sollen. Die BQS (in den Jahren 2001-2009) und danach ab 2009 das AQUA-Institut wurden u.a. damit beauftragt, Indikatoren und Instrumente zur Versorgungsqualität zu entwickeln, ihre Implementation im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durchzuführen und die Ergebnisse dieser Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu veröffentlichen. Dies soll für den Bereich der Pflege im Selbstverwaltungswege angepasst werden.

- 8) Grundlage der Bewertung der von den Einrichtungen erhobenen Daten soll eine „relative“ Bewertung sein anstelle einer „absoluten“. Die Kommission spricht sich für erstere aus, weil sie eine realistische Rückmeldung zur erreichbaren Qualität beinhalten; sie wird zusätzlich in der AQUA-Systematik erfolgreich angewendet und trägt das Potential zur laufenden Weiterentwicklung in sich.
- 9) Das Prüfinstitut im Krankenhausbereich hat „unabhängig“ zu sein (§ 137a SGB V). Das muss auch für die Pflege gelten. Damit scheidet der MDK aus der Prüfung der Ergebnisqualität in der Pflege aus.
- 10) Der Nachweis der Prozess- und Strukturqualität soll in der ambulanten und stationären Pflege gleich sein. Die Kommission schlägt hierfür ein Verfahren vor, das 2009 zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern im Bereich der stationären Rehabilitation vereinbart wurde. Danach vereinbaren die Partner der Selbstverwaltung ein Mindestniveau für die Prozess- und Strukturqualität, das zugleich Zulassungsvoraussetzung ist. Die Partner vereinbaren zudem die Zulassung von Qualitätsmanagementsystemen, mit denen diese Mindestvoraussetzungen nachgewiesen werden können. Externe, unabhängige Institutionen können sich bei den Partnern der Selbstverwaltung bewerben, um diesen Standard in den Einrichtungen zu prüfen. Die Einrichtung entscheidet, wen sie beauftragt. Jede Pflegeeinrichtung ist frei, sich für höhere Standards als die auf Bundesebene vereinbarten zu entscheiden. Damit ist zugleich die Forderung nach Unabhängigkeit der Prüfinstitutionen erfüllt.
- 11) Die Kommission stellt nach Auswertung der aktuellen, einschlägigen Rechtsprechung fest, dass diejenigen Gerichte, die sich die Mühe machten, nach den methodischen Voraussetzungen der „Pflegenoten“ zu fragen, erstaunlich kritische Urteile fällten. Die Kommission ist mit diesen Gerichten der Auffassung, dass Rechtssicherheit und Rechtsklarheit für die Einrichtungen wesentliche Faktoren für die Akzeptanz eines Prüfsystems darstellen.
- 12) Die Kommission hat – vor allem aus Zeitgründen – darauf verzichtet, die konkreten Umsetzungsschritte für ein neues, dem gesetzlichen Auftrag

entsprechendes System aufzuzeigen. Dies ist Aufgabe der Selbstverwaltung. Sie stellt jedoch fest, dass die neuen Strukturen weitgehend (die wesentliche Ausnahme ist die unabhängige Prüfung) ohne gesetzliche Änderungen eingeführt werden können. Die Erfahrungen, die die Kostenträger und der MDS im Bereich der Krankenhausversorgung seit 2001 gesammelt haben, und die in 2009 geschlossene Vereinbarung in der stationären Rehabilitation lassen eine zügige Umsetzung dieser Vorschläge erwarten.

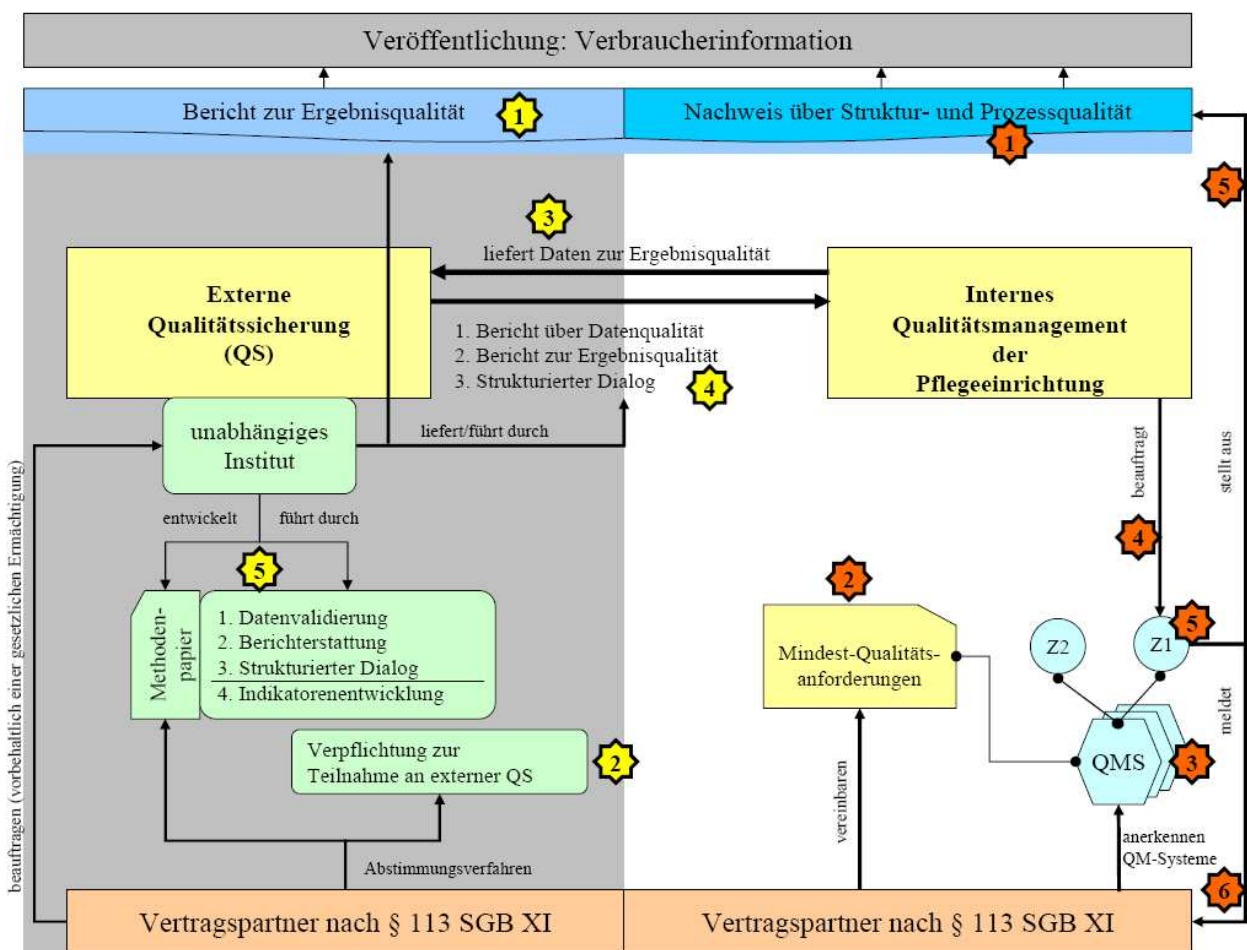


Abbildung : Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität (Bonato-Kommission)

Darstellung der Ergebnisqualität

- 1 Um die Öffentlichkeit über die vergleichende Bewertung zur Ergebnisqualität einer Einrichtung informieren zu können (Bericht zur Ergebnisqualität), sollen die Einrichtungen sich (über eine Vereinbarung der Vertragspartner) verpflichten, die Daten zur Ergebnisqualität selbst zu erheben und sie zur Auswertung an ein unabhängiges Institut weiterzuleiten.
- 2
- 3 Zu welchen Ergebnisindikatoren Daten in der Einrichtung erfasst werden, vereinbaren die Vertragsparteien.

Aufwand: Die Einrichtung muss den Prozess der Datenerfassung und Datenweiterleitung nach Vorgaben gewährleisten (hat damit aber auch gleichzeitig einen guten Überblick über Ergebnisindikatoren in der eigenen Einrichtung und kann diese zur Steuerung der Einrichtung einsetzen).

- 4 Das Institut überwacht mittels Stichprobenverfahren die Qualität der Daten, wertet die Daten aus, erstellt den Bericht zur Ergebnisqualität. Bei Hinweisen auf unzureichende Versorgungsqualität wird die Einrichtung besucht, um die Sachlage zu klären (*Strukturierter Dialog*).

Aufwand: Hat eine Einrichtung ihre Prozesse der Datenerfassung und der Datenweiterleitung nicht gut organisiert, kann dieses bei der Datenvalidierung durch das unabhängige Institut zu Nachfragen und der Verpflichtung zu entsprechenden Aufklärungen führen.

- 5 Die Neu- und Weiterentwicklung erfolgt nach festgelegten strengen methodischen Standards.

Aufwand: Hier ist die Einrichtung in der Regel nicht involviert.

Darstellung der Struktur- und Prozessqualität

- 1 Um grundsätzlich die Qualität der Datenerhebung und Datenlieferung sicherstellen zu können, wird von der Einrichtung ein *Nachweis über die Struktur- und Prozessqualität* gefordert. Dieser Nachweis soll zwischen den Vertragspartnern vereinbarte *Mindest-Qualitätsanforderungen* erfüllen.
- 2

- 3 Um den Nachweis der Erfüllung der *Mindest-Qualitätsanforderungen* zu erbringen, wird erwartet, dass die Einrichtung ihr internes Qualitätsmanagementsystem nach einem Verfahren, welches diese Mindest-Qualitätsanforderungen beinhaltet und von den Vereinbarungspartnern anerkannt ist, erfolgreich bewerten lässt.

Aufwand: Suche und Entscheidung für ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem

- 4 Die Einrichtung beauftragt eine der geeigneten Zertifizierungsstellen, die Bewertung nach dem Qualitätsmanagementverfahren, für welches sie sich entschieden hat, durchzuführen.
- 5

Aufwand: Beauftragung und Vorbereitung sowie Erbringung der Nachweisleistungen

- 6 Die Zertifizierungsstelle führt das Verfahren durch, erteilt bei Erfolg den Nachweis über Struktur- und Prozessqualität und meldet die erfolgreiche Zertifizierung an die Vertragspartner.
- 7

Aufwand: Hier ist die Einrichtung in der Regel nicht involviert. Sie wird bei nicht erfolgreicher Bewertung allerdings einen nicht pauschal zu benennenden Aufwand haben.

4 Fazit

Die Vorschläge der Kommission zielen darauf ab, dem vom Gesetzgeber in § 115 Abs. 1a SGB XI formulierten Auftrag zu entsprechen. Die wissenschaftlichen Grundlagen dafür wurden offen gelegt. Damit ist das Angebot verbunden, die Pflegetransparenzvereinbarungen auf ein wissenschaftlich tragfähiges Fundament zu stellen. Im Folgenden werden die wesentlichen Punkte in Kurzform dargestellt.

Relevanz

In dem vorgestellten Konzept werden nur solche Qualitätsindikatoren zur Anwendung kommen, die einen Bezug zur tatsächlichen Versorgungssituation haben. Damit ist ihr Nutzen sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Pflegeeinrichtungen sichergestellt. Zugleich werden unakzeptable Nebenwirkungen für beide Parteien vermieden.

Wissenschaftlichkeit

Die Bedeutung der Veröffentlichung von Pflegeergebnissen auf die Stellung der Pflegeeinrichtungen am Markt ist hoch einzuschätzen. Deshalb müssen beispielsweise die Indikatoren pflegesensitiv sein und genau das messen, was sie messen sollen - nämlich Ergebnisqualität. Ihre Definitionen müssen uneindeutig sein. Zudem ist die unterschiedliche Versorgungsstruktur durch eine Risikoadjustierung zu berücksichtigen – um nur einige Beispiele zu nennen. Nur so wird eine Irreführung aller Beteiligten vermieden.

Praktikabilität

Die darunter fallenden Gütekriterien wie zum Beispiel die Verständlichkeit und Interpretierbarkeit haben eine besondere enge Verbindung zum gesetzlichen Auftrag. Das vorgestellte Konzept entspricht diesem Auftrag. Zugleich ist es in der Lage, den von den Einrichtungen betriebenen Aufwand zur Erhebung von Daten für das interne QM in Bezug auf die Ergebnisqualität nutzbar zu machen. Das vorgestellte Konzept ist damit praktikabel nach innen und außen.

Ergebnisorientierung

Der gesetzgeberische Auftrag, „insbesondere“ die Ergebnis- und Lebensqualität darzustellen, die die Pflegeeinrichtungen erbringen, ist richtig.

Entscheidend muss also sein, was beim Pflegebedürftigen ankommt. Jedes Prüfungssystem muss sich diesem Anspruch unterordnen. Das vorliegende Konzept bietet dies ohne Einschränkung. Indem die Ergebnisorientierung den Mitarbeitern der Einrichtung die notwendigen Freiräume gibt, den Pflegeprozess kreativ zu gestalten, schließt sich der Kreis zu Gunsten der Pflegebedürftigen.

Lernorientierung

Das vorgestellte Konzept stellt sicher, dass aus der Versorgung die Daten gewonnen werden, auf deren Basis die Versorgung – das Pflegeergebnis – besser wird. Der Aufwand der Einrichtungen ist somit eine Investition in bessere Ergebnisse. Dem geht der notwendige Fokuswechsel in der Lernrichtung der Einrichtungen voraus.

Qualitätswettbewerb

Es ist inzwischen Allgemeingut, dass „Qualität“ nicht in die Einrichtungen hinein geprüft werden kann. Dafür sorgen neben der Notwendigkeit der eindeutigen Definition von Pflegequalität auch die Variabilität der Ansprüche der Pflegebedürftigen und die Weiterentwicklung des „state of the art“. Es sind die Pflegeeinrichtungen, die die notwendige Flexibilität und Entscheidungsfreiheit für Entwicklungen haben müssen. Nur ein lernendes System ist daher in der Lage, einen Qualitätswettbewerb zu induzieren, der seinen Namen verdient. Voraussetzung ist auch (siehe oben), dass Daten erhoben, aggregiert und dargestellt werden, die für Entscheidungsprozesse relevant sind. Das vorgestellte Konzept leistet das.

Unabhängigkeit der Prüfinstitutionen

Zwei Punkte sind unzweifelhaft:

- 1) Die Versicherten/Pflegebedürftigen und die Öffentlichkeit haben ein Recht auf Transparenz über die Pflegequalität einer Einrichtung.
- 2) Der Nachweis, welche Qualität eine Einrichtung bietet, muss von unabhängigen Institutionen erhoben werden.

Die Kommission stellt fest, dass sowohl im Krankenhausbereich als auch in der stationären Rehabilitation und in Teilen der ärztlichen Versorgung die zweite

Forderung erfüllt wird. Sie unterstreicht das Recht der professionellen Pflege auf Gleichbehandlung. Sie formuliert ihr Unverständnis, dass Vertreter der privaten und gesetzlichen Kassen sowie der Medizinischen Dienste in entsprechenden Gremien tätig sind, ohne dies in die Arbeit an den PTVen und den „Maßstäben und Grundsätzen“ nach § 113 SGB XI einzubringen.

Rechtssicherheit für die Einrichtungen

Die Kommission geht davon aus, dass es einen verbrieften Anspruch der Einrichtungen auf Schutz ihrer Grundrechte gibt. Ein Prüfsystem muss daher sicherstellen, dass seine Ergebnisse materiell zweifellos sind. Denn ein „falsches“ Prüfergebnis (Transparenznote) kann sich unmittelbar zu Lasten der Beschäftigten und des Trägers der Einrichtung auswirken.

Die Kommission stellt daher in ihrem Konzept hohe Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Datenerhebung, ihrer Aggregation sowie der Darstellung der Indikatoren zur Ergebnisqualität und an den Weg zur Definition von Indikatoren.

Rechtsklarheit für die Einrichtungen

Das vorgestellte Konzept stellt sicher, dass jede Berichterstattung unabhängig vom Prüfer gleich ausfällt. Damit können sich die Einrichtungen auf das System als solches verlassen.

Vertrauen in die Einrichtungen

Nur wenn den Einrichtungen und ihren Mitarbeitern Vertrauen entgegen gebracht wird, können sie auch einer Qualitätsdarstellung vertrauen. Daher wird ein Konzept vorgeschlagen, das für die Ergebnisqualität auf selbst erhobenen Daten basiert. Diese werden an ein unabhängiges Institut gemeldet. Die Aggregation der Daten und ihre Bewertung werden vom Institut vorgenommen und veröffentlicht. Für die Prozess- und Strukturqualität sollen Nachweise auf der Grundlage von auf Bundesebene zu vereinbarenden Mindeststandards eingeführt werden. Diese Nachweise/ Zertifikate erteilen ebenfalls unabhängige Einrichtungen.

Trennung der Prüfsysteme

Die Kommission geht davon aus, dass folgende Unterstellung falsch ist: Orientieren sich die Einrichtungen an einem umfassenden Prüfsystem wie heute zur Struktur-

und Prozessqualität, stimmt auch die Ergebnisqualität. Erstere sind vielmehr nur in Grenzen Voraussetzungen für ein gutes Pflegeergebnis. Daher schlägt die Kommission vor, beide Qualitätsbereiche getrennt voneinander zu betrachten.

Die Ergebnisqualität soll analog des Systems wie im Krankenhaussektor nachgewiesen werden und die Struktur- und Prozessqualität wie im Bereich der stationären Rehabilitation. Hierfür spricht auch, dass Kassen und andere Kostenträger damit bereits jahrelange Erfahrung haben.

Motivation von Pflegekräften

Das vorgestellte Konzept setzt seinen Schwerpunkt an der Stelle, die für die Pflegebedürftigen und Pflegenden am wichtigsten ist: am Pflegeergebnis.

Der Systemwechsel hin zu einem lernenden System der Qualitätsberichterstattung trägt zur Wertschätzung der Pflegenden bei. Dies ist ein positiver Impuls zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs.