

David Klemperer/Sabine Vogt/Maria Biehl/Gabriele Becker/
Martina Roes
**Entwicklung eines Zertifizierungsverfahrens für
ambulante Pflegedienste – ein Bericht aus der Praxis**

1. Auf einen Blick

Die Qualität ambulanter (und heimstationärer) Pflege ist ein Dauerthema in den Medien. Das Gesundheitsamt Bremen hat sich des Problems angenommen und in enger Zusammenarbeit mit Experten aus der Pflegepraxis, den Pflegewissenschaften und dem Pflegemanagement Qualitätskriterien und ein Zertifizierungsverfahren für ambulante Pflegedienste entwickelt. Damit soll auf kommunaler Ebene die Patientensicherheit erhöht und die Markttransparenz verbessert werden. Die Philosophie der ständigen Qualitätsverbesserung soll gefördert werden.

2. Gesundheitsamt und ambulante Pflege

Auf den ersten Blick mag es verwundern, dass sich ein Gesundheitsamt mit ambulanter Pflege auseinandersetzt und gar ein Verfahren zur Zertifizierung ambulanter Pflegedienste entwickelt. Die Erklärung dafür findet sich auf zwei Ebenen. Zum Einen führt das Gesundheitsamt Bremen die Aufsicht über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe. Zum Anderen befasst es sich mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung aus einer Public-Health-Perspektive. Public-Health-Perspektive bezeichnet hier die Analyse und Bewertung von Systemaspekten der gesundheitlichen Versorgung in der Kommune.

Staatlich anerkannte Berufe stehen unter der Aufsicht des Staates. Einige anspruchsvolle und angesehene Berufe wie Rechtsanwälte, Apotheker und Ärzte haben das Privileg, sich im Rahmen staatlicher Vorschriften über ihre Berufskammern selbst beaufsichtigen zu dürfen. Die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe (z. B. Pflege, Physiotherapie) unterliegen hingegen der direkten staatlichen Aufsicht, die im Bundesland Bremen von den Gesundheitsämtern wahrgenommen wird. Das 1995 in Kraft getretene neue Gesundheitsdienstgesetz schaffte dafür eine neue Grundlage und bildete den Anlass, jenseits der traditionellen »Medizinalaufsicht« neue pro-aktive Konzepte zu entwickeln.

Die Pflege stellt einen Bereich im System der gesundheitlichen Versorgung dar, der erheblich an Bedeutung gewonnen hat. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste hat sich in Bremen wie auch an anderen Orten vervielfacht; im Bundesland Bremen hatte 1998 allein die AOK 18.000 Leistungsemp-

David Klempere/Sabine Vogt/Maria Biehl/Gabriele Becker/
Martina Roes
**Entwicklung eines Zertifizierungsverfahrens für
ambulante Pflegedienste – ein Bericht aus der Praxis**

1. Auf einen Blick

Die Qualität ambulanter (und heimstationärer) Pflege ist ein Dauerthema in den Medien. Das Gesundheitsamt Bremen hat sich des Problems angenommen und in enger Zusammenarbeit mit Experten aus der Pflegepraxis, den Pflegewissenschaften und dem Pflegemanagement Qualitätskriterien und ein Zertifizierungsverfahren für ambulante Pflegedienste entwickelt. Damit soll auf kommunaler Ebene die Patientensicherheit erhöht und die Markttransparenz verbessert werden. Die Philosophie der ständigen Qualitätsverbesserung soll gefördert werden.

2. Gesundheitsamt und ambulante Pflege

Auf den ersten Blick mag es verwundern, dass sich ein Gesundheitsamt mit ambulanter Pflege auseinandersetzt und gar ein Verfahren zur Zertifizierung ambulanter Pflegedienste entwickelt. Die Erklärung dafür findet sich auf zwei Ebenen. Zum Einen führt das Gesundheitsamt Bremen die Aufsicht über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe. Zum Anderen befasst es sich mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung aus einer Public-Health-Perspektive. Public-Health-Perspektive bezeichnet hier die Analyse und Bewertung von Systemaspekten der gesundheitlichen Versorgung in der Kommune.

Staatlich anerkannte Berufe stehen unter der Aufsicht des Staates. Einige anspruchsvolle und angesehene Berufe wie Rechtsanwälte, Apotheker und Ärzte haben das Privileg, sich im Rahmen staatlicher Vorschriften über ihre Berufskammern selbst beaufsichtigen zu dürfen. Die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe (z. B. Pflege, Physiotherapie) unterliegen hingegen der direkten staatlichen Aufsicht, die im Bundesland Bremen von den Gesundheitsämtern wahrgenommen wird. Das 1995 in Kraft getretene neue Gesundheitsdienstgesetz schaffte dafür eine neue Grundlage und bildete den Anlass, jenseits der traditionellen »Medizinalaufsicht« neue pro-aktive Konzepte zu entwickeln.

Die Pflege stellt einen Bereich im System der gesundheitlichen Versorgung dar, der erheblich an Bedeutung gewonnen hat. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste hat sich in Bremen wie auch an anderen Orten vervielfacht; im Bundesland Bremen hatte 1998 allein die AOK 18.000 Leistungsemp-

fänger für ambulante Pflege nach dem 11. Sozialgesetzbuch, für die sie 87.434.000 DM ausgab. Einschließlich der heilstationären Pflege gibt die AOK im Land Bremen jährlich z. Z. etwa 300 Millionen DM für Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz aus.

Die Qualität insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege gibt in mehrfacher Hinsicht Anlass zur Sorge. Allein der sprunghafte Anstieg der Zahl der Pflegedienste lässt befürchten, dass sich darunter unzuverlässige Anbieter befinden. Zeitungsmeldungen über Pflegeskandale (von denen Bremen bisher verschont wurde) nähren diese Befürchtung. Darüber hinaus besteht für Pflegebedürftige wegen ihrer Schwäche und Abhängigkeit und den damit verminderten Chancen, Interessen zu äußern und durchzusetzen ein besonderes Schutzbedürfnis. Sie sind darauf angewiesen, dass Qualität der Pflege von vornherein sichergestellt ist, was aber nicht zutrifft.

Aus Sicht des Gesundheitsamtes bestand daher Handlungsbedarf. Einerseits waren die Vorgaben des Gesundheitsdienstgesetzes zu erfüllen, andererseits ging es darum, die Sicherheit in einem Bereich des Versorgungssystems zu erhöhen.

3. Projekt Qualitätssicherung ambulanter Pflege – die Akteure zum Handeln bringen

Grundidee des Gesundheitsamtes war es im Übrigen, seine Position als neutrale – also von Leistungserbringern und Kostenträgern unabhängige – Instanz dafür zu nutzen, Prozesse zur Erfassung, Sicherstellung und Verbesserung der Qualität auf kommunaler Ebene zu initiieren und zu moderieren. Alle Akteure der ambulanten Pflege sollten zur Beteiligung gewonnen werden, die Transparenz und die Qualität der ambulanten Pflege in Bremen systematisch und kontinuierlich zu verbessern. Letztlich handelte es sich um ein Angebot, gemeinsam proaktive Strategien zur Qualitätssicherung ambulanter Pflege zu entwickeln, die reaktives hoheitliches Handeln so weit wie möglich erübrigen sollten.

Nach Vorgesprächen mit allen wesentlichen Akteuren der ambulanten Pflege in Bremen fanden im Juli und Oktober 1997 auf Einladung des Gesundheitsamtes zwei Treffen statt mit Vertretern

- der Kostenträger
- der Leistungsanbieter
- des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung
- der Nutzer
- der Berufsverbände der Pflege
- der Ärztekammer

- der Kassenärztliche Vereinigung
- der Pflegestudiengänge an Hochschule und Universität.

Die Reaktionen der Akteure waren geteilt. Es zeichnete sich frühzeitig ab, dass die Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nicht für das Vorhaben zu gewinnen waren. Beide stellten die Berechtigung des Gesundheitsamtes in Frage, sich mit Fragen der Qualität ambulanter Pflege zu befassen und betrachten es als eine Einmischung in Angelegenheiten, die ihnen vorbehalten sind. Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung nahmen eine neutrale bis wohlwollende Haltung ein. Patientenvertreter, Berufsverbände und die Vertreter der beiden Pflegestudiengänge erklärten ihre Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit. Die beiden Pflegedienste, welche die Leistungsanbieter vertraten und zu den Meinungsführern unter den frei-gemeinnützigen bzw. den privaten Trägern in Bremen zählen, verhielten sich anfangs ablehnend, im zweiten Schritt schlossen sie sich aber der Initiative vorbehaltlos an.

Im Frühjahr 1998 bildet das Gesundheitsamt eine Arbeitsgruppe. Die Einladung richtete sich ausdrücklich an einen kleinen Kreis ausgewählter Personen (nicht an Institutionen) und zwar an diejenigen Personen, die aus unterschiedlicher Sicht in Fragen von Pflege, Qualitätssicherung, Patientenperspektive und Methodologie fachlich für kompetent erachtet wurden. Die eingeladenen Vertreter der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung verzichteten erwartungsgemäß wegen ihrer prinzipiellen Bedenken auf die Mitarbeit. Vertreter der Patienten und der Senioren folgten der Einladung nicht, weil sie – nach ihren Angaben – überlastet seien. Letztlich gewährleisteten die Mitglieder der Arbeitsgruppe Expertise in Pflegepraxis, Pflegemanagement und Pflegewissenschaften.

Die Zusammensetzung (Personen mit Kenntnissen des Problems) und die Arbeitsweise (moderierte Gruppendiskussionen) gaben der Gruppe den Charakter einer Focus-Gruppe. Focus-Gruppen stellen eine Form der Gruppenarbeit dar, die sich als qualitatives Instrument zur Klärung komplexer Fragestellungen im Qualitätsmanagement als gut geeignet erwiesen haben (Slaughter, Pinfold et al. 1999). Die Gruppe verständigte sich auf die folgenden drei allgemein gehaltene Ziele:

- Erhöhung der Transparenz des Bremer Pflegemarktes
- Nutzerschutz
- Weiterentwicklung des Niveaus der ambulanten Pflege in Bremen

Weiterhin machte sie sich die folgende Aussage der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Leitlinie ihrer Arbeit:

»Unter den gewandelten sozial- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen entwickeln sich ambulante pflegerische Versorgungseinrich-

tungen zunehmend zu modernen Dienstleistungsbetrieben mit verstärkter Marktorientierung. Im Unterschied zu anderen Dienstleistungseinrichtungen haben sie aber einen humanitären Auftrag zu erfüllen, der sie verpflichtet, den berechtigten Interessen der Patienten, Klienten, Nutzer und Kunden Priorität einzuräumen. Damit erhalten Qualitätssicherung, Verbraucherschutz und Transparenz eine besondere Bedeutung.« (Gesundheitsministerkonferenz der Länder 1997)

4. Qualität praxisnah definieren, erfassen und beurteilen – das »Bremer Qualitätssiegel für ambulante Pflegedienste«

Im Folgenden ging es darum, die programmatischen Aussagen in Handeln umzusetzen. Transparenz, Nutzerschutz und Qualitätsentwicklung erfordern die Definition von Qualitätsanforderungen und die Entwicklung von Methoden zur Erfassung und Bewertung der konkret definierten Qualität. Schon im Vorfeld hatten sich die Vertreter des Gesundheitsamtes mit der Theorie und Praxis von Prüfverfahren beschäftigt. Praktische Erfahrungen bestanden aus der Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht bei der »Begehung« von stationären Pflegeeinrichtungen. Das Studium der Literatur hatte gezeigt, dass insbesondere in England umfangreiche Erfahrungen mit externen Prüfungen vorliegen (Audits), die wichtige Hinweise für die sinnvolle Gestaltung von Prüfverfahren geben (Burke und Lugon 1999).

Zu den Vorarbeiten zählte auch die Untersuchung mehrerer in Deutschland angebotener Prüfverfahren für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Aus folgenden Gründen erschienen sie ungeeignet dafür, die genannten Ziele zu erreichen.

Die analysierten Prüfverfahren

- arbeiten weitgehend mit geschlossenen Fragen und geben somit keine ausreichenden Antwortmöglichkeiten,
- ermöglichen es dem Pflegedienst nicht, komplexe Sachverhalte darzustellen bzw. ermuntern nicht dazu,
- provozieren erwünschte Antworten,
- identifizieren nicht die Verbesserungsbereiche,
- erfassen nicht die Entwicklungsprozesse,
- erscheinen nicht »selbstkritisch«.

Daher hatte das Gesundheitsamt schon damit begonnen, ein eigenes Prüfverfahren zu entwickeln und hatte im März 1998 bereits eine Pilotprüfung durchgeführt. Das Verfahren sollte dazu geeignet sein, die Qualität eines ambulanten Pflegedienstes wahrheitsgemäß zu erfassen und zu beurteilen,

len, sie sozusagen mit geringst möglicher Verzerrung widerzuspiegeln. Um dieses Ziel erreichen zu können – dies ist die Lehre insbesondere der englischen Erfahrungen mit Audits – müssen eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein. Diese Voraussetzungen können auch als Qualitätsanforderungen an ein Prüfverfahren verstanden werden.

- Das Prüfverfahren muss dazu geeignet sein, den Prüfern alle für wesentlich erachteten Informationen zu verschaffen. Ziel ist es, ein möglichst wenig verzerrtes Spiegelbild des Pflegedienstes zu erhalten.
- Es müssen Anreize dafür gesetzt werden, dass der Geprüfte die notwendigen Informationen mitteilt. Defizitorientierte Prüfverfahren bewirken eine defensive Kommunikation vonseiten des Geprüften.
- Für gelingende Kommunikation im Prüfverfahren ist Angstfreiheit zwingende Voraussetzung. Eine Prüfung, die Sanktionen zur Folge haben kann, ist nicht angstfrei.
- Zwischen dem Geprüften und dem Prüfer muss Einigkeit über die Relevanz der Inhalte der Prüfung bestehen. Andernfalls wird sich der Geprüfte defensiv verhalten und Verbesserungsvorschläge des Prüfers nicht umsetzen.
- Der Geprüfte muss sich in dem Prüfverfahren in seiner konkreten Situation, mit seinen Vorstellungen, mit seiner Kompetenz und mit den Themen, die ihn bewegen wieder finden.
- Das Prüfverfahren muss von der aktiven Neugierde der Betroffenen ausgehen und ihnen ein ausreichendes Maß an Kontrolle über den Prozess der Prüfung geben. Herkömmliche Prüfverfahren, wie z. B. die »Begehung« einer Einrichtung durch die Heimaufsicht halten den »Prüfling« in einer eher passiven und defensiven Rolle.
- Freiwilligkeit, Kooperationswille und Kooperationsfähigkeit sind auf beiden Seiten erforderlich.
- Pflege prüft Pflege. Die Prüfung wird ausschließlich von besonders qualifizierten und geschulten Pflegefachkräften durchgeführt.
- Das Prüfverfahren selbst und seine Handhabung muss den Grundsätzen der ständigen Qualitätsverbesserung genügen; d. h.: die Qualität des Prüfverfahrens ist mit geeigneten Methoden fortlaufend zu überprüfen und zu verbessern.
- Der Anbieter des Prüfverfahrens muss neutral sein, also weder in einem Interessenskonflikt gegenüber den Anbietern oder den Kostenträgern stehen.
- Mit dem Prüfverfahren dürfen keine kommerziellen Interessen verfolgt werden.

Die Ziele und Voraussetzungen waren damit hinreichend definiert. In einer Serie von Sitzungen, die sich über etwa sechs Monate erstreckte, entwickelte die Arbeitsgruppe die Qualitätskriterien für ambulante Pflegedienste. Die Moderation der Sitzungen sowie die Vor- und Nachbereitung lag im Wesentlichen in den Händen des Gesundheitsamtes. Im November 1998 wurden das Verfahren an zwei Pflegediensten erprobt und überarbeitet. In diese Überarbeitung gingen erstmals die Ergebnisse der Auseinandersetzung mit dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) ein. Das Prüfverfahren erhielt dadurch ein neues Gesicht. Die im Verfahren schon enthaltene Philosophie der ständigen Qualitätsverbesserung bzw. des Total Quality Management (Deming 1986) erhielt mehr Gewicht. Befruchtend wirkte weiterhin das dynamische, auf fortlaufende Verbesserung gerichtete Verständnis von Qualität, das konsequente Denken in Zusammenhängen und Prozessen, die Bewertung mit einer Gewichtung mehr auf den Prozessen und Ergebnissen als auf der Struktur sowie die Orientierung am Kunden bzw. Nutzer einer Dienstleistung.

Die neun Kriterien des EFQM-Modells mit ihren Teilkriterien und Orientierungspunkten eignen sich zwar in hervorragender Weise dazu, alle relevanten Informationen über die Qualität einer Organisation zu erfassen, zu kategorisieren und miteinander zu verbinden. Da es sich aber um ein generisches, für alle Dienstleistungsbereiche anwendbares Modell handelt, ist es nicht intuitiv verständlich. Von vergleichsweise kleinen Organisationen, wie sie ambulante Pflegedienste darstellen, kann nicht erwartet werden, dass sie sich den teuren Schulungen unterziehen. Wir haben daher die bereits entwickelten Kriterien unseres Prüfverfahrens beibehalten, diese aber um Teilkriterien und Orientierungspunkte erweitert. Die Kriterien und Teilkriterien sind in Abb. 1 dargestellt.

1. Führung	6. Personalmanagement
1.1 Leitbild	6.1 Stellenbeschreibung
1.2 Qualitätsmanagement	6.2 Einarbeitung
2. Pflegemodell/Pflegekonzept	6.3 Vergütung
3. Pflegeprozess	6.4 Fachaufsicht
3.1 Erstbesuch/Anamnese	6.5 Fort- und Weiterbildung
3.2 Pflegeplanung	7. Arbeitssicherheit/Arbeitsschutz
3.3 Pflegebericht	8. Kommunikation und Information
3.4 Dokumentationssystem	8.1 Kommunikation und Information: Mitarbeiterinnen
4. Pflegestandards und Richtlinien	8.2 Kommunikation und Information: Pflegebedürftige und andere Beteiligte
5. Organisation der Pflege	8.3 Kommunikation und Information: eigene und andere Berufsgruppen
5.1 Dienstplan	9. Feedback und Beschwerden
5.2 Tourenplan/Einsatzplan	
5.3 Erreichbarkeit	
5.4 Pflegevertrag	

Abb. 1: Kriterien und Teilkriterien des BQS-Konzeptes

Im März 1999 wurden mit der erneuerten Version zwei weitere Pilotprüfungen durchgeführt, die zu weiteren Überarbeitungen führten. Seit August 1999 wird das Prüfverfahren als »Bremer Qualitätssiegel für ambulante Pflegedienste« (BQS) allen Bremer Pflegediensten angeboten. Das BQS ist freiwillig und kostenpflichtig. Die Prüfung eines Pflegedienstes mit bis zu 15 Vollzeitstellen kostet 4.800 DM, mit 16 oder mehr Vollzeitstellen 6.000 DM. Es handelt sich um kostendeckende Preise, die den zeitlichen Aufwand berücksichtigen.

5. Ablauf der Prüfung

Jede Prüfung wird von zwei besonders geschulten Pflegefachkräften durchgeführt. Die Prüfung besteht aus der Analyse von Dokumenten und Unterlagen, aus der Selbstauskunft und aus Interviews. Die Selbstauskunft stellt einen umfassenden, in sich geschlossenen schriftlichen Qualitätsbericht dar, den die Führungskräfte des Pflegedienstes nach einer entlang der neun Kriterien detailliert vorgegebenen Struktur erstellen. Hier legt der Pflegedienst alle Sachverhalte, Entwicklungen und Lernprozesse offen. Da es gerade die Vorgehensweisen zur Erkennung von Defiziten und deren Abhilfe sind, die zu einer positiven Bewertung führen, besteht ein hoher Anreiz zur Offenheit. Pflegedienste, die anhand von Beispielen darlegen können, wie sie ihre Verbesserungsbereiche identifizieren und wie sie ihre Qualitätsentwicklung gestalten, können eine gute Bewertung erwarten. Als Beispiel für die zu erfüllenden Anforderungen findet sich in Abb. 2 das Kriterium »Pflegestandards/Richtlinien«.

Pflegestandard und Richtlinien

Wie die Führungskräfte dafür Sorge tragen, dass alle Mitarbeiterinnen ihre pflegerischen Tätigkeiten in einer vereinheitlichten Weise ausführen.

Ansatzpunkte:

- Die pflegerischen Tätigkeiten werden in einer vereinheitlichten Weise ausgeführt, die dem allgemeinen anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entspricht.
- Standards bzw. Richtlinien liegen in schriftlicher Form vor.
- Sie sind inhaltlich auf das Pflegeleitbild und das Pflegemodell abgestimmt.
- Die Führungskräfte stellen die Einhaltung der Standards bzw. Richtlinien sicher.
- Die Standards bzw. Richtlinien werden in regelmäßigen Abständen überprüft und gegebenenfalls überarbeitet.

Abb. 2: Formulierung von Anforderungen »Pflegestandards und Richtlinien«

Abbildung 3 stellt die Struktur für die Selbstauskunft des Pflegedienstes dar.

Pflegestandards und Richtlinien

Für die Begriffe Standard und Richtlinie existieren keine einheitlichen oder verbindlichen Definitionen. Für die Zwecke dieses Berichtes schlagen wir vor: Pflegestandards beschreiben das gewünschte und erreichbare Niveau einer pflegerischen Leistung. Sie dienen zur Vereinheitlichung der pflegerischen Leistung, zur Vereinfachung der Pflegeplanung und -dokumentation und zur Qualitätssicherung. Richtlinien beschreiben ganz konkret Handlungsabläufe.

Wenn Sie für diese Begriffe für Ihre Zwecke ein anderes Verständnis gewonnen haben, erläutern Sie uns dieses bitte.

Bitte teilen Sie mit bzw. legen Sie dar

- ob der Pflegedienst sich mit dem Thema Standards bzw. Richtlinien befasst, und wenn ja, seit wann und in welcher Form
- ob der Pflegedienst bereits nach Standards bzw. Richtlinien arbeitet und wenn ja, in welchem Umfang

wenn nein gehen Sie weiter zu Punkt 5
wenn ja

- ob es sich um selbst erarbeitete Standards bzw. Richtlinien handelt oder ob sie gekauft wurden
 - für selbst erarbeitete Standards bzw. Richtlinien: wie, von wem und für welche Pflegetätigkeiten sie entwickelt wurden
 - für gekaufte Standards bzw. Richtlinien:
 - von wem sie stammen (z. B. Firma)
 - um welche Pflegetätigkeit es sich handelt
 - ob sie modifiziert wurden
- wenn ja
- warum, wie und von wem
 - wie die Standards bzw. Richtlinien eingeführt wurden
 - wie Sie die Einhaltung sicherstellen
 - ob es schon Überarbeitungen gegeben hat
 - welche Erfahrungen Sie mit Pflegestandards bzw. Richtlinien gemacht haben
 - ob sie Handlungsbedarf sehen und wenn ja, für welche Bereiche

Abb. 3: Struktur für die Selbstauskunft Kriterium »Pflegestandards und Richtlinien«

Abb. 2 und Abb. 3 zeigen, dass der Pflegedienst darzulegen hat, wie und auf welcher Grundlage und mit welcher Zielsetzung er seine Pflegestandards entwickelt, wie er dafür sorgt, dass sie auch »lebendig« sind, wie er deren Anwendung evaluiert und wie er sie ggf. weiterentwickelt. An diesem Beispiel soll deutlich werden, dass der Pflegedienst die Anforderungen nicht erfüllt, wenn er – wie es nicht unüblich ist – Pflegestandards »einkauft«. Mit formalen und oberflächlichen Vorgehensweisen sind die

Anforderungen des BQS nicht zu erfüllen. Allein das Verfassen des Berichts fordert von den Führungskräften, sich intensiv mit den einzelnen Leistungsprozessen, dem eigenen Führungsverhalten und dem Mitarbeiterverhalten, sowie mit den Strukturen des Pflegedienstes auseinander zusetzen. Für das Verfassen des Berichts hat der Pflegedienst vier Wochen Zeit. Die Informationen sind so weit wie möglich mit Unterlagen zu belegen. Die Selbstauskunft als Methode der Informationsgewinnung ersetzt weitgehend das in anderen Prüfverfahren übliche Instrument der »Begehung« und stellt ein völlig anderes Setting dar. Es geht nicht mehr darum, in einer zumeist angespannten Situation die Fragen eines Prüfers spontan zu beantworten. Vielmehr ist der Pflegedienst in der Pflicht, in einem umfassenden Bericht anhand pflegefachlich definierter Kriterien dem Prüfer plausibel und nachvollziehbar deutlich zu machen, wie er seine Arbeit gestaltet. Dadurch erhält der Pflegedienst innerhalb des Prüfprozesses ein hohes Maß an Souveränität und Verantwortung. Die pflegefachliche Ausrichtung und der Anreiz zur Offenheit in Verbindung mit einer entspannten, angstfreien Prüfsituation stellen wichtige Voraussetzungen dafür dar, dass der Prüfer umfassende und zutreffende Informationen erhält.

Den zweiten Teil der Prüfung stellt das Interview mit den Führungskräften dar. Diesem Interview liegt die Auswertung der Selbstauskunft zu Grunde. Der Prüfer verfügt somit bereits über umfangreiche Informationen und kann sich auf die Klärung offener Fragen, auf Ergänzung und auf Vertiefung konzentrieren. Der dritte Teil der Prüfung besteht aus dem Interview mit Mitarbeitern des Pflegedienstes. Diese werden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Dabei geht es in erster Linie um die Validierung der bereits vorhandenen Informationen.

In einem weiteren Schritt werden eine festgelegte Zahl von Pflegedokumentationen und Pflegeverträgen analysiert und nach vorgegebenen Kriterien bewertet.

Die Gesamtheit der so erhaltenen Informationen bildet die Grundlage des Prüfberichts, den die Prüferinnen verfassen. Der Prüfbericht stellt eine umfassende Bestandsaufnahme und Analyse des Pflegedienstes dar und dient als Grundlage der Bewertung und Vergabe des Zertifikats. Auch der Bericht orientiert sich an den Kriterien der Qualitätsanforderungen und ist – in Anlehnung an das EFQM-Modell – in »Stärken« und »Verbesserungsbereiche« unterteilt. Die Stärken und Verbesserungsbereiche werden konkret beschriebenen und bilden den Ausgangspunkt für die Planung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung.

Die punktmäßige Bewertung wird in Anlehnung an die EFQM - Bewertungsmatrix durchgeführt. Da es nicht möglich ist, bei der Erstprüfung »umfassende Nachweise« bzw. »nachhaltig exzellente Leistungen« im EFQM-Sinne zu erbringen, können hier maximal 800 Punkte und erst in späteren Prüfungen 1000 Punkte erzielt werden. Die Bestehensgrenze liegt

daher bei der Erstprüfung bei 400 Punkten, bei den Folgeprüfungen bei 500 Punkten. Wesentlich ist dabei, dass sich die Bestehensschwelle bei Folgeprüfungen erhöht, weil der Pflegedienst ja darzulegen hat, dass er seine Qualität ständig verbessert. Neben der Punktzahl ist eine Reihe von Anforderungen obligat zu erfüllen, um das Zertifikat zu erhalten. Bei diesen »Knock-out-Kriterien« handelt es sich im Wesentlichen um Anforderungen, die sich aus der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI für die ambulante Pflege ableiten. Das Qualitätssiegel hat eine Gültigkeit von zwei Jahren.

Den Abschluss der Prüfung bildet ein Gespräch der Prüferinnen mit den Führungskräften des Pflegedienstes. Hierbei stehen der Prüfbericht, die Bewertung und die Entscheidung über Vergabe des Zertifikats im Vordergrund. Ziel des Abschlussgesprächs ist es, eventuell aufgetretene Unstimmigkeiten und Akzeptanzprobleme zu beseitigen. Der Pflegedienst wird gebeten, die Prioritäten für die Qualitätsentwicklung bis zur Nachprüfung zu setzen.

Nach Abschluss der Prüfung erhält der Pflegedienst einen Feedback-Fragebogen. Anhand von 24 offenen und geschlossenen Fragen soll er die Prüfmethode, den Ablauf der Prüfung und die Prüferinnen bewerten und mitteilen, in welchem Maß ihm die Prüfung hilfreich war zur Weiterentwicklung der Qualität. Auf diese Weise erhalten die Prüferinnen Informationen über die Stärken und Verbesserungsbereiche des Prüfverfahrens und ihres eigenen Verhaltens in der Prüfung.

6. Erfahrungen

Bis zum Juni 2000 haben sich fünf Bremer Pflegedienste der Prüfung unterzogen. Vier haben das Qualitätssiegel erhalten. Ein Pflegedienst wird das Siegel erhalten, sobald er einem bisher nicht erfüllten Ausschlusskriterium abgeholfen hat.

Die Nachfrage ist somit gering.

Dafür gibt es mehrere Gründe.

- Den Bremer Pflegediensten mangelt es zurzeit nicht an Patienten; vielmehr müssen Pflegedienste die Aufnahme neuer Patienten ablehnen, weil es ihnen an qualifiziertem Personal fehlt. Somit besteht kein Druck, ein Zertifikat aus Marketing-Gründen zu erwerben.
- Einige Pflegedienste haben Vorbehalte gegenüber dem Gesundheitsamt, weil sie es eher als Kontrollbehörde und Gesundheitspolizei betrachten.

- Manche Pflegedienste bevorzugen herkömmliche Qualitätssiegel auf Grundlage herkömmlicher Prüfverfahren, die auch weniger Geld kosten.
- Einige Pflegedienste befürchten, die Qualitätsanforderungen (noch) nicht zu erfüllen. Es liegen allerdings einige Anfragen vor für Prüfungen zu einem späteren Zeitpunkt. Diese Pflegedienste teilten uns mit, dass sie die Zertifizierung längerfristig planen und anhand der Qualitätskriterien darauf hin arbeiten. Sicherlich liegt es auch an dem erheblichen Zeitaufwand, der mit der Prüfung verbunden ist, dass einige Pflegedienste sich noch nicht angemeldet haben.
- Grundsätzlich gilt, dass die Darlegung von Qualität bisher von den Kostenträgern nicht honoriert wird.
- Im deutschen Gesundheitssystem mit seiner sich erst in Ansätzen entwickelnden Qualitätskultur erscheint es noch schwer, Verständnis für die Prinzipien der ständigen Qualitätsverbesserung zu finden.

Diesen Schwierigkeiten stehen die bisher gewonnenen positiven Erfahrungen gegenüber. So sind die geprüften Pflegedienste der Meinung dass,

- die Themen der Prüfung für die Verbesserung der Patientenversorgung wichtig sind,
- die Prüfung dazu geeignet ist, gute Pflegedienste von schlechten zu unterscheiden,
- bereits das Verfassen der Selbstauskunft hilfreich ist für die Verbesserung der Qualitätsentwicklung,
- die Selbstauskunft dazu geeignet ist, die Besonderheiten eines Pflegedienstes deutlich zu machen,
- der abschließende Prüfbericht ein realistisches Bild des Pflegedienstes ergibt.

Einer der Pflegedienste hat uns berichtet, dass er sich auf Grundlage des Prüfberichtes konkrete Qualitätsziele gesetzt hat, die er mithilfe einer Arbeitsgruppe zu verwirklichen sucht.

7. Zusammenfassung, Fazit und Ausblick

Im System der gesundheitlichen Versorgung spielt die ambulante Pflege eine wichtige Rolle. Das Gesundheitsamt Bremen hat die Aufgabe, die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe zu überwachen, in ein neuartiges, hoheitsreduziertes Konzept umgesetzt.

Ziel war es, den Schutz der Patienten zu verbessern, den Pflegemarkt transparenter zu machen und der ambulante Pflege Impulse zur Qualitätsver-

besserung zu geben. Die Betroffenen wurden in die Problemlösung einbezogen und konnten sich – soweit sie willens und in der Lage waren – aktiv beteiligen. Auf dieser Grundlage wurden Qualitätskriterien sowie ein Prüf- und Zertifizierungsverfahren für ambulante Pflegedienste entwickelt, das auf modernen Managementkonzepten beruht und die Sichtweise derjenigen, die damit geprüft werden, einbezieht. Die Pflegedienste sind darin keine passiven Prüflinge mehr, deren Einrichtung »begangen« wird, vielmehr spielen sie einen aktiven Part dabei, ihren Pflegedienst widerzuspiegeln um ihn zu verbessern. Das Prinzip der ständigen Qualitätsverbesserung erhält im BQS-Verfahren eine konkrete Gestalt.

Grundsätzlich zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass das Prüfverfahren dazu geeignet ist, die genannten Ziele zu erreichen. Allerdings ist die Nachfrage in Bremen aus verschiedenen Gründen noch gering. Es ist aber damit zu rechnen, dass die Nachfrage nach Prüfverfahren dieser Art mittelfristig zunehmen wird. Die Anforderungen der Politik an das Qualitätsmanagement der Leistungserbringer im Gesundheitswesen und an die Qualität gesundheitlicher Dienstleistungen sind in den letzten Jahren gestiegen und werden weiter steigen. Die künftige Entwicklung ist somit absehbar und auch notwendig, wenn das deutsche Gesundheitswesen nicht zunehmend in Rückstand zu anderen Ländern mit sehr viel weiter entwickelter Qualitätskultur geraten will. Die Entwicklungstendenzen werden sowohl in der Gesundheitsreform 2000 als auch in den Stellungnahmen der Gesundheitsminister der Länder zur Qualitätssicherung deutlich. Zu den Zielen zählen Qualitätssicherungsgebot für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens, konsequente Patientenorientierung, Entwicklung und Einführung von beweisgestützten Leitlinien und Standards, Pflicht zur Darlegung von Qualität in Form von Qualitätsberichten sowie Koppelung von Planungen, Zulassungen, Kündigungen von Versorgungsverträgen und/oder Vergütungen so weit wie möglich auch an Qualitätskriterien.

Zum Erreichen dieser Ziele bedarf es Methoden, an denen es jedoch derzeit noch mangelt. Konsensfähige Qualitätsanforderungen in Verbindung mit objektiven, validen und reliablen Methoden zur Erfassung der Qualität stellen eine unabdingbare Voraussetzung dar für die systematische und kontinuierliche Verbesserung der Qualität von Bereichen und Institutionen des Gesundheitswesens. In einer so beschaffenen gesundheitspolitischen Landschaft werden Methoden, wie das BQS eine wichtige Rolle spielen.

8. Literatur

Gesundheitsministerkonferenz der Länder: Qualitätssicherung in der Pflege. 70. GMK vom 20./21. 11. 1997 in Saarbrücken

- Burke, C., Ligon M.: Clinical Audit and Clinical Governance. in: Ligon M., Secker-Walker J. (Hrsg.): Clinical Governance – Making it happen. London: Royal Society of Medicine Press 1999
- Deming ED.: Out of the Crisis. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology 1986
- Slaughter, P., Pinfold P., Flintoft V., et al.: Focus Groups in Health Services Research at the Institute for Clinical Evaluative Sciences. Ontario: The Institute for Clinical Evaluative Sciences 1999. Download: URL <http://www.ices.on.ca/docs/focus.pdf> (Zugang 22. 6. 2000)