

Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung

Andreas Büscher, Klaus Wingenfeld und Gerhard Igl

© Der/die Autor(en) 2018
K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2018*
https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_4

Zusammenfassung

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird intensiv zu Fragen der Qualitätssicherung der Pflege diskutiert und es hat vielfältige gesetzgeberische Aktivitäten gegeben, um Verfahren zu entwickeln, durch die ein Schutz pflegebedürftiger Menschen vor unsachgemäßer Pflege gewährleistet und eine Verbesserung der Pflegequalität erreicht werden kann. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über diese Aktivitäten und ihre Hintergründe. Im Fokus stehen dabei insbesondere die durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWEG) und die Pflege-stärkungsgesetze (PSG I und II) angestoßenen Entwicklungen.

The introduction of the German long-term care insurance system has initiated a broad debate on quality assurance in long-term care. Several legal efforts have been made to develop procedures that ensure protection of people in need of long-term care against inappropriate professional services on the one hand and contribute to the improvement of nursing care. This chapter provides an overview over these activities and backgrounds. Particularly, developments caused by the reform acts of 2008 and 2015 will be addressed.

4.1 Qualitätssicherung vor der Pflegeversicherung

Die Einführung der Pflegeversicherung in den 1990er Jahren kann als Ausgangspunkt einer intensiven Auseinandersetzung um Fragen der Qualität in der Pflege betrachtet werden. Allerdings gab es bereits vorher Regelungen zur Qualität, auch wenn der Begriff der Qualitätssicherung noch nicht eingeführt war. Mit dem 1974 verabschiedeten Heimgesetz und seinen Verordnungen wurde ein gesetzliches Regelwerk geschaffen, das den Schutz von in ihrer geistigen und körperlichen Beweglichkeit eingeschränkten und hilflosen alten Menschen zum Gegenstand hatte. Das Heimgesetz (HeimG) von 1974¹ war das erste Gesetz in der Bundesrepublik

Deutschland, das sich mit den Rechten pflegebedürftiger Menschen befasste. Die ersten Aussagen dazu finden sich in dem Gesetzentwurf des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz – HeimG) vom 14. Februar 1973², der sich dann in § 1 HeimG niedergeschlagen hat. Diese ersten gesetzgeberischen Äußerungen befassen sich mit der Situation von Bewohnern in Heimen. Von der häuslichen Pflege- und Betreuungssituation wurde nicht gesprochen. Von Rechten ist noch nicht ausdrücklich die Rede, sondern vom Schutz

1 Vom 7. August 1974, BGBl. I S. 1873.

2 Bundesrat, Drucksache 7/180, S. 7.

des leiblichen, geistigen und seelischen Wohls der Bewohner. Ebenso wenig wurde von Qualität und Qualitätssicherung gesprochen. Selbst im Jahr 1990, als der Gesetzeszweck des HeimG³ um die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung ergänzt wurde, und noch im Jahr 2001⁴, als der Gesetzeszweck um die Würde der Bewohner erweitert wurde (§ 2 Abs. 1 HeimG), waren Qualität und Qualitätssicherung kein Thema. Immerhin wurden später die Heimmindestbauverordnung (1978) und die Heimpersonalverordnung (1993) erlassen, in denen wesentliche Elemente der Strukturqualität erfasst worden sind, auch wenn das damals noch nicht so benannt worden ist (Bieback 2004, S. 63 ff.).

Pflegebedürftige Menschen waren auch vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung im Jahr 1994 nicht ohne Schutz. Jeder hatte Anspruch auf entsprechende Leistungen der Sozialhilfe, sei es durch häusliche Pflege, sei es in Form von pflegerischer Versorgung in stationären Einrichtungen. Von Qualität in der Pflege und von Qualitätssicherung war jedoch anfangs auch im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) nicht die Rede (Bieback 2004, S. 61 f.). Erst 1994 tauchte der Begriff »Qualität« zum ersten Mal im Sozialhilferecht auf. Die Vereinbarungen der Leistungserbringer mit den Sozialhilfeträgern sollten Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen beschreiben (§ 93 Abs. 2 BSHG, jetzt § 76 Abs. 1 SGB XII).

4.2 Qualitätssicherung als Thema der Pflegeversicherung

Die Auseinandersetzung um die Qualität der Pflege wurde nach Einführung der Pflegeversicherung zunächst nicht vorrangig fachlich-inhaltlich geführt, sondern war geprägt von der Notwendigkeit, rechtliche Normen zur Qualitätsentwicklung zu entwickeln. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass es zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung noch keine etablierte fachwissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Langzeitpflege gab, deren Erkenntnisse die Regelungen zur Qualität innerhalb der Pflegeversicherung hätten leiten kön-

nen. Viel entscheidender war jedoch der Umstand, dass die Einführung der Pflegeversicherung zwei Herausforderungen mit sich brachte, für die es bis zum damaligen Zeitpunkt keine Vorbilder gab: Zum einen war es erstmals erforderlich, unabhängig von der Medizin Regelungen zur Qualität der Pflege zu treffen und entsprechende Definitionen zu entwickeln. Pflege galt nunmehr als eigenständiger Bereich des Sozialversicherungssystems. Allerdings war der Sicherungsumfang eng begrenzt durch einen somatisch bestimmten Begriff der Pflegebedürftigkeit. Die Operationalisierung dieses Begriffs sollte unabhängig von ärztlicher Einflussnahme und Definitionsmacht stattfinden.

Zum zweiten wurde mit der Pflegeversicherung ein Pflege-Markt geschaffen. Erklärtes Ziel der Bundesregierung war es, eine tragfähige Pflegeinfrastruktur zu etablieren, mit Hilfe derer die pflegerische Versorgung der Bevölkerung flächendeckend sichergestellt werden sollte. Dazu wurden Möglichkeiten geschaffen, zum Betrieb von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge mit den Pflegekassen abzuschließen. Anders als in der Krankenhausplanung oder auch im Bereich der primärärztlichen Versorgung wurde auf eine spezifische Bedarfsplanung verzichtet und auf die Regulierung durch den Markt vertraut. Die Zahlen belegen einen enormen Zuwachs auf dem Pflege-Markt. So ist die Zahl der Pflegedienste von ca. 4.000 im Jahr 1992 auf rd. 11.700 im Jahr 1996 angestiegen. Im vollstationären Bereich standen rd. 8.000 zugelassene Pflegeheime im Jahr 1996 rd. 4.000 aus dem Jahr 1992 gegenüber. Bis 2015 sind diese Zahlen noch einmal auf 13.300 ambulante Pflegedienste und 13.600 Pflegeheime angestiegen (Deutscher Bundestag 1997; Statistisches Bundesamt 2017).

Angesichts der Vielzahl an Neugründungen waren Bestrebungen zur Sicherung der Pflegequalität seit Anbeginn der Pflegeversicherung und dann später wegen eines immer unübersichtlicher werdenden Pflege-Marktes von hoher Wichtigkeit. Sie wurden immer auch verstanden als Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen vor unsachgemäßer Pflege.

Die konkrete Ausgestaltung von Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Langzeitpflege wurde an die Selbstverwaltung aus Kostenträgern und

3 BGBl. I (1990) S. 758.

4 BGBl. I (2001) S. 2960.

4.2 · Qualitätssicherung als Thema der Pflegeversicherung

Leistungserbringern delegiert, die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität vereinbaren (Igl 2007). Diese wurden jeweils für die unterschiedlichen Settings der pflegerischen Versorgung (ambulante Pflege, vollstationäre, teilstationäre und Kurzzeitpflege) vereinbart und präzisiert. Gemeinsam war allen Vereinbarungen, die interner Maßnahmen des Qualitätsmanagements in den Pflegediensten und -einrichtungen zu betonen. Der Selbstverwaltung kommt auch in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI eine besondere Bedeutung zu. In diesen Verträgen werden verschiedene Aspekte mit Relevanz für die Qualitätssicherung vereinbart. Dazu gehören die Inhalte der Leistungen, Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, der personellen Ausstattung sowie der externen Qualitätssicherung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). Externe Qualitätsprüfungen sind daher – anders als in der Qualitätssicherung im Krankenhaus – im Rahmen der Pflegeversicherung fester Bestandteil des Versorgungsgeschehens. Entsprechend wurden der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und die Medizinischen Dienste wichtige Institutionen auf dem Gebiet der Qualität in der Langzeitpflege (Igl 2007), da ihnen die Verantwortung für die externen Qualitätsprüfungen zugeschrieben wurde. Inhalt und Ablauf der Prüfungen werden in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) des MDS und des GKV-Spitzenverbandes konkretisiert. Sie enthalten Angaben zu den Inhalten und zum Vorgehen bei der Qualitätsprüfung. In nicht unerheblicher Weise haben die Richtlinien für das Qualitätsmanagement der Pflegeheime und Pflegedienste (Pflegeeinrichtungen) eine steuernde Wirkung entfaltet, da diese sich im Rahmen der Vorbereitung auf die Qualitätsprüfungen an den QPR orientieren.

Trotz der verschiedenen, hier nur skizzierten Maßnahmen zur Regelung der Pflegequalität bestand seit Einführung der Pflegeversicherung ein kontinuierlicher und nach wie vor anhaltender Reformbedarf. Offenkundig ist es bislang nur unzureichend gelungen, einen Rahmen für die Qualitätssicherung zu schaffen, in dem einerseits ausreichende Mechanismen zum Schutz pflegebedürftiger Menschen vor Qualitätsmängeln etabliert werden

konnten und der andererseits ohne die Notwendigkeit eines immer größeren (und somit auch teureren) Prüfaufwands auskommt. Die bisherigen Reformideen legen dafür Zeugnis ab. Die erste Reform der gesetzlichen Regelungen zur Qualität der Pflege erfolgte durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) von 2002. Darin wurden Maßnahmen eingeführt, mit denen vorrangig drei Anliegen verfolgt wurden (Igl 2007): a) eine genauere Definition von Qualität der Pflege durch Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, b) eine stärkere Transparenz durch Leistungs- und Qualitätsnachweise sowie c) die Überwachung von Qualität durch die Prüftätigkeit von MDK und Heimaufsicht. Im Kern wurde dabei den Pflegeeinrichtungen eine größere Verantwortung für die Qualität zugesprochen und sie wurden zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet. Damit wollte der Gesetzgeber der Einschätzung Rechnung tragen, dass Qualität sich nur durch interne Qualitätsentwicklungsmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen herstellen lässt und nicht durch externe Instanzen in die Einrichtungen hineingeprüft werden kann (Hallensleben 2002). Zu einer Umsetzung der Anliegen des PQsG ist es jedoch aufgrund einer Gemengelage aus politischen Interessen, Verhalten der Pflegekassen in Pflegesatzverhandlungen sowie Befürchtungen und Desinteresse der Leistungserbringer nicht gekommen (Igl 2007).

Parallel zu diesen gesetzlichen Entwicklungen gab es eine Vielzahl weiterer politisch initiierten Bestrebungen, die Qualität in der Langzeitversorgung zu verbessern und zu einer größeren Versorgungssicherheit für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen beizutragen. Bei diesen Entwicklungen stand weniger die Normsetzung als die inhaltliche und konzeptionelle Entwicklung der Pflegequalität im Vordergrund. So wurde eine »Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen« (BMFSFJ/BMG 2010; Sulmann 2011; Igl und Sulmann 2017) entwickelt, durch die im Sinne einer Selbstverpflichtung grundlegende Rechte gewährleistet werden sollten. Mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden Expertenstandards für die professionelle Pflege zu zentralen Qualitätsrisiken durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DQNP, ► Kap. 8) sowie mit

4
finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) Qualitätsniveaus durch die Bundeskonferenz Qualitätssicherung (BUKO-QS) entwickelt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat darüber hinaus die Erarbeitung einer »Rahmenrichtlinie zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe« (BMG 2006) gefördert. Die Spitzenverbände der Pflegekassen entschlossen sich gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium und dem Land Nordrhein-Westfalen, Rahmenkonzepte für die Qualitätsentwicklung in der stationären Langzeitpflege in Form des Projekts »Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege« (MAGS NRW 2007) zu entwickeln. Zudem entstand ein Markt für Zertifikate und Gütesiegel, die es den Leistungserbringern auf freiwilliger Basis ermöglichte, die Qualität ihrer Leistungen weiterzuentwickeln und nach außen darzustellen.

4.3 Neuerungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWEG)

Erhebliche Neuerungen bei der gesetzlichen Qualitätssicherung brachte das zum 01.01.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWEG) mit sich (Igl 2008a). Ausgangspunkt dieser Reform war die kontroverse Diskussion um den 2. Bericht des MDS über die Qualitätsprüfungen (MDS 2007), der neben Verbesserungen gegenüber den Prüfergebnissen aus dem ersten MDS-Bericht von 2004 auch auf Probleme in der Qualitätssicherung aufmerksam machte, vor allem in den Bereichen Dekubitusprophylaxe, Ernährung, Inkontinenzversorgung und psychogeriatrische Versorgung. In einigen Medien wurden diese Ergebnisse zur Grundlage einer skandalisierenden Berichterstattung über eine unzureichende Pflegequalität und ein ungeeignetes Prüfverfahren. Der Gesetzgeber sah sich durch die Berichte von vermeintlich inakzeptablen Zuständen in der pflegerischen Versorgung in der Pflicht, zu reagieren. Das PflWEG enthielt hierzu im Wesentlichen vier Maßnahmen:

- a. die Qualitätsprüfungen durch die MDK sollten fortan einmal jährlich (und nicht in unregelmäßigen Abständen oder anlassbezogen) erfolgen (§ 114 und 114a SGB XI),
- b. die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sollten in einer für potenzielle Nutzer verständlichen Form aufbereitet und veröffentlicht werden – zu diesem Zweck wurden die Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) abgeschlossen (§ 115 SGB XI),
- c. Einrichtung einer Schiedsstelle Qualität (§ 113b SGB XI)
- d. die Anwendung von Expertenstandards sollte nunmehr gesetzlich verpflichtend erfolgen (§ 113a SGB XI).

Die Umstellung auf eine jährlich durchzuführende Prüfung stellte eine große Herausforderung für die Prüfinstanzen dar, die dazu zusätzliche Ressourcen benötigten. Faktisch wurde durch diese Regelung die ohnehin wichtige Rolle der MDK nochmals gestärkt. Mit der Pflicht zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen im Rahmen der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) und der Vergabe einer Schulnote für die Qualität der Pflegeleistungen veränderte sich jedoch der Charakter der Prüfungen. Die Intention, durch die Qualitätsberichterstattung der Bevölkerung Informationen zur eigenen Entscheidungsfindung bei der Inanspruchnahme professioneller Pflegeangebote an die Hand zu geben, führte zunächst zu einer intensiven Auseinandersetzung um Inhalt und Form der Transparenzberichte. Mittlerweile sind für die stationäre Versorgung 59 Kriterien zu den Bereichen »Pflege und medizinische Versorgung«, »Umgang mit demenzkranken Bewohnern«, »Betreuung und Alltagsgestaltung« sowie »Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene« festgelegt, anhand derer eine Note zur Qualität der Pflege in einem Pflegeheim errechnet wird. Für den ambulanten Bereich bilden 34 Kriterien zu den Bereichen »Pflegerische Leistungen«, »ärztlich verordnete pflegerische Leistungen« sowie »Dienstleistung und Organisation« die Grundlage der Notengebung. Ergänzt werden die Kriterien durch eine Bewohnerbefragung in stationären und eine Kundenbefragung im ambulanten Bereich. Durch dieses Verfahren stand die Notengebung im Fokus der Qualitätsprüfungen

und der beratungsorientierte Prüfauftrag der Medizinischen Dienste rückte in den Hintergrund.

Diese Entwicklung ist insbesondere deshalb bedeutsam, da es seit der Einführung der PTVen intensive Diskussionen um ihre Eignung zur Abbildung von Pflegequalität gab und dahingehend erhebliche Zweifel geäußert wurden (Wingensfeld 2010; Hasseler und Wolf-Ostermann 2010; Weidner et al. 2011; Theuerkauf 2011; Igl 2011; Weber 2015)). Neben einem bestehenden Konsens zur grundsätzlichen Legitimität externer Qualitätsprüfungen und ihrer Veröffentlichung bestehen erhebliche Kontroversen darüber,

- a. welche Kriterien zur Beurteilung von Pflegequalität, vor allem der Lebens- und Ergebnisqualität, herangezogen werden sollen,
- b. welche Kriterien geeignet sind, die Pflegequalität für die interessierte Öffentlichkeit verständlich auszudrücken,
- c. nach welchem Verfahren diese Kriterien sinnvollerweise zusammengeführt werden und
- d. ob und in welchem Ausmaß sich durch die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen tatsächlich Pflegequalität erzeugen lässt.

Unabhängig von diesen grundsätzlichen Fragen hat sich in der Praxis gezeigt, dass sich die Noten für die Qualität in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (für die die Kriterien zum 01.01.2014 modifiziert wurden) bereits relativ kurz nach Einführung der Transparenzvereinbarungen auf einem sehr guten Niveau eingependelt haben. Sie lagen im Oktober 2017 für die stationäre Pflege im Bundesdurchschnitt bei der Note 1,2 und für die ambulante Pflege bei 1,3 (DCS 2017). Die Bewertung in der Bewohnerbefragung in der stationären Pflege lag bei einer 1,0 und die Kundenbefragung in der ambulanten Pflege bei einer 1,1. Diese guten Noten stehen in einem deutlichen Widerspruch zu anhaltenden Berichten über Probleme in der Pflege und hinsichtlich der Pflegequalität. Sie erhöhen zudem regelmäßig die Zweifel an der inhaltlichen und methodischen Basis der PTVen und ihrer Aussagekraft.

Als weitere Maßnahme zur Sicherung der Pflegequalität wurde in § 113a SGB XI die Entwicklung und verbindliche Anwendung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege geregelt (Igl 2008b). Die Be-

stimmung nahm ausdrücklich Bezug auf die Expertenstandardentwicklung durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), das mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit sieben Expertenstandards zu zentralen Qualitätsrisiken in der Pflege entwickelt hat (DNQP 2015). Durch das PflWEG wurde die Zuständigkeit für die Entwicklung gesetzlich verpflichtender Expertenstandards der Selbstverwaltung im SGB XI übertragen. Seit Inkrafttreten der gesetzlichen Bestimmung zum 01.07.2008 wurde bis Oktober 2017 lediglich ein Expertenstandard nach § 113 a SGB XI (zum Thema »Erhaltung und Förderung der Mobilität«) entwickelt, der bislang jedoch noch nicht veröffentlicht wurde. Vor diesem Hintergrund muss ernsthaft die Frage gestellt werden, ob die gesetzliche Norm ihrer Intention gerecht wird. Diese Frage wird vor allem dadurch relevant, dass die Übertragung der Zuständigkeit für die Entwicklung von Expertenstandards an die Selbstverwaltung mit einer Beendigung der Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit der Arbeit des DNQP einherging. Unabhängig davon hat das DNQP ohne weitere Förderung die Aktualisierung sämtlicher bestehender Expertenstandards sowie der Entwicklung neuerer Expertenstandards sichergestellt (Büscher und Blumenberg 2017).

4.4 Anforderungen durch die Pflegestärkungsgesetze

Unabhängig von den skizzierten Kritikpunkten an den Bestimmungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes waren die dort getroffenen Regelungen für etwa zehn Jahre maßgeblich für die Diskussionen um die Qualität der Pflege. Dies ist erstaunlich vor dem Hintergrund, dass bereits in der Präambel der Pflege-Transparenzvereinbarungen ein Hinweis auf die Vorläufigkeit der Vereinbarung erfolgte. Zudem wurde in enger zeitlicher Nähe zur Umsetzung der Transparenzvereinbarungen ein Projekt zur »Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe« in Auftrag gegeben (BMG/BMFSFJ 2011). In diesem Projekt entwickelten und erprobten das Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft

und das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Köln) ein Set von gesundheitsbezogenen Indikatoren zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege. Die Indikatoren lassen sich den Bereichen: »Erhalt und Förderung der Selbständigkeit«, »Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen« sowie »Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen« zuordnen.

Verbunden mit diesem Ansatz sind eine deutliche Aufwertung des internen Qualitätsmanagements der stationären Pflegeeinrichtungen und die Notwendigkeit einer Re-Organisation der externen Qualitätsprüfungen (Wingenfeld 2014). Der Gesetzgeber hat die Ansätze aus diesem Projekt im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) aufgenommen und festgelegt, dass die zukünftige Qualitätssicherung und -berichterstattung stationärer Pflegeeinrichtungen indikatorengestützt erfolgen soll. Versäumt wurde es im PNG jedoch, zeitliche Vorgaben zur Umsetzung dieses Auftrags zu formulieren.

4.5 Neuordnung der Qualitätssicherung durch das zweite Pflegestärkungsgesetz

Im Zuge der umfassenden Reformen der Pflegeversicherung durch die Pflegestärkungsgesetze wurden auch die Weichen zu einer Neuordnung der Qualitätssicherung gestellt. Eine wichtige Veränderung ist in der Einrichtung eines Qualitätsausschusses zu sehen (§ 113b SGB XI). Dieser Qualitätsausschuss ist aus der Schiedsstelle Qualitätssicherung hervorgegangen. Die bisherigen normvertraglichen Regelungen und Beschlüsse durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI werden künftig von dem Qualitätsausschuss getroffen. Dazu gehören die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der häuslichen Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 5 SGB XI, die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI, die Expertenstandards nach § 113a SGB XI sowie die Qualitätsdarstellung nach § 115a Abs. 1 und 2 SGB XI (§ 113b Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Der Qualitätsausschuss existiert als einfacher (§ 113b Abs. 2 SGB XI) und als erweiterter Qualitätsausschuss

(§ 113b Abs. 3 SGB XI). Letzterer übernimmt die Funktion der bisherigen Schiedsstelle Qualitätssicherung, wobei die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses die gleiche Wirkung haben wie die des einfachen Qualitätsausschusses (§ 113b Abs. 3 Satz 8 SGB XI). Obwohl in der Pflegeversicherung noch keine gemeinsame Selbstverwaltung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung existiert, kann die Einrichtung des Qualitätsausschusses als ein Schritt hin zu Strukturen gesehen werden, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach dem SGB V nahe kommen (Axe 2016).

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI richten eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein, die auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahrnimmt. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, Auftragsverfahren koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten (§ 113b Abs. 6 Satz 1 bis 3 SGB XI). Damit sollen auch Aufgaben der bisherigen nach § 113 SGB XI eingerichteten Geschäftsstelle Expertenstandard wahrgenommen werden (Axe 2016). Die Geschäftsstelle hat sich als eingetragener Verein organisiert. Neben diesen organisationalen Veränderungen sind es vor allem die Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätsentwicklung, die dem Qualitätsausschuss zukommen und für die er unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen soll (§ 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 bis 6 SGB XI). In diesem Zusammenhang wurden Aufträge erteilt über:

- die Entwicklung der Instrumente für die Prüfung und Darstellung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen, bei denen die Ergebnisse des o. g. Projekts zur Ergebnisqualität (BMG/BMF/SFJ 2011) ebenso zu berücksichtigen sind wie Aspekte der Struktur- und Prozessqualität
- die Entwicklung der Instrumente für die Prüfung und Darstellung der Qualität in der ambulanten Pflege, die anschließend pilotiert werden sollen
- die Entwicklung und Erprobung eines Konzepts für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen.

Der Gesetzgeber hat vor dem Hintergrund der zögerlichen Umsetzung der Vorschriften aus dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 die einzelnen Entwicklungsarbeiten mit zeitlichen Fristen versehen. Diese Fristen sind zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Pflege-Reports bereits abgelaufen, ohne dass entsprechende Ergebnisse vorlagen. Die Auftragsvergabe für die Entwicklungsarbeiten erfolgte erst Anfang 2017, mehr als ein Jahr nach Verabschiedung des Gesetzes. Nunmehr entstand erneut großer Zeitdruck, was keine gute Voraussetzung für die Erarbeitung eines grundlegend neu ausgerichteten Systems zukünftiger Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung darstellt.

Notwendig wird es sein, die bisherigen Erfahrungen aufzugreifen und entsprechende Schlüsse daraus zu ziehen. Dazu gehört die Beendigung der durch die PTV etablierten Fehlsteuerung einer vorrangig dokumentationsgesteuerten Qualitätsprüfung, durch die ein erheblicher bürokratischer Formalismus ausgelöst wurde, der keine Impulse zur Verbesserung der Pflegequalität zu setzen vermochte. Demgegenüber wird es bei den zu entwickelnden Verfahren darauf ankommen, die Anforderungen des internen Qualitätsmanagements in den Pflegediensten und -einrichtungen mit denen der externen Qualitätsprüfung besser zu harmonisieren.

Aufgabe der Prüfung sollte es sein, die richtigen Anreize für die interne Qualitätsentwicklung zu setzen und diese nicht durch externe Anforderungen zu überfrachten. Inhaltlich sollten dabei wieder die Kernaufgaben der Pflege in den Mittelpunkt gestellt werden.

Abschließend sei angeführt, dass die vielfältigen gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätsentwicklung in der Pflegeversicherung Impulse für eine intensive Diskussion um die Qualität der Pflege gesetzt haben. Allerdings wurden dabei auch Fehlanreize gegeben und es war angesichts zum Teil widersprüchlicher Ansätze für die Verantwortlichen in den Pflegediensten und -einrichtungen nicht einfach, den wechselnden externen Anforderungen zu genügen und entsprechende interne Systeme zur Qualitätsentwicklung aufzubauen. Andererseits muss auch konstatiert werden, dass seitens der professionellen Pflegeanbieter eine zunehmend reaktive Rolle eingenommen wurde und eigene Weiterentwicklungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung auf breiter Ebene ausgeblieben sind. Es bleibt den durch das PSG II initiierten Entwicklungen zu wünschen, einen Beitrag zur substantiellen Weiterentwicklung der Verfahren der Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung zu leisten.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Literatur

- Axer P (2016) Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung – Insbesondere zum Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI. Sozialrecht aktuell. Sonderheft 2016, S 34–42
- Bieback K-J (2004) Qualitätssicherung der Pflege im Sozialrecht. C.F. Müller, Heidelberg
- BMFSFJ/BMG (Hrsg)(2010) Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. BMFSFJ/BMG, Berlin

- BMG/BMFSFJ (Hrsg) (2011) Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld/Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Bielefeld/Köln
- BMG (Hrsg)(2006) Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten
- Büscher A, Blumenberg P (2017) Nationale Expertenstandards in der Pflege – Standortbestimmung und künftige Herausforderungen. Witten

- forderungen. In: Hensen P, Stamer M (Hrsg) Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Springer, Wiesbaden, S 93–117
- Daten-Clearingstelle Pflege (2017) Newsletter der DCS-Pflege. Monat Oktober 2017. https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten/_jcr_content/par/download_97/file.res/DCSMonatlicheStatistik_2017-10-02.pdf. Zugegriffen: 26. Oktober 2017
- Deutscher Bundestag (1997) Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Deutscher Bundestag, Berlin, BT-Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)(Hrsg) (2015) Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Version Juni 2015. DNQP, Osnabrück
- Hallensleben J (2002) Pflegequalität auf dem Prüfstand. Neue Regelungen zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes im SGB XI und im Heimgesetz. Pflege & Gesellschaft; 7(1):1–20
- Hasseler M, Wolf-Ostermann K (2010) Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich
- Igl G (2007) Qualitätsanforderungen in der Langzeitpflege: Wie hat eine rechtliche Rahmenordnung auszusehen. Eine historische, rechtliche und rechtspolitische Analyse. Die Sozialgerichtsbarkeit 7:381–394
- Igl G (2008a) Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. NJW, 2214–2219
- Igl G (2008b) Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätsentwicklung nach § 113a und § 113b SGB XI. Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE), Bd. 67
- Igl G (2011) Intransparenter Wirrwarr bei den Transparenzberichten? Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE). Heft 73, S 47–63
- Igl G, Sulmann D (2017) 10 Jahre Pflege-Charta. Zeit, Bilanz zu ziehen. Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie (Z Gerontol Geriat) 50:287–293
- MAGS NRW – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (2007) Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept. Abschlussberichte der beteiligten Institute 2004–2006. Düsseldorf
- MDS (2007) Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. MDS, Essen
- Statistisches Bundesamt (2017) Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Sulmann D (2011) Ziele, Umsetzung und Wirkung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie (ZGerontolGeriat): 39–47
- Theuerkauf K (2011) Eine Note für die »Pflege-Noten« – Ein Zwischenzeugnis für die Transparenzberichterstattung. MedR 29:265–270
- Weber U (2015) Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Qualitätsberichterstattung über Pflegeeinrichtungen. Nomos, Baden-Baden, zugl. Univ. Diss., Regensburg 2014
- Weidner F, Laag U, Brühl A (2011) Evaluation der Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durch den MDK in Rheinland-Pfalz. dip/PTHV, Köln Vallendar
- Wingenfeld, K (2014) Neue Ansätze zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Langzeitpflege. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, Heine U (Hrsg) Die Pflegeversicherung – Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 3. Aufl. Walter de Gruyter, Berlin/Boston, S 337–346
- Wingenfeld K (2010) Expertise zu den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Auswertungen der Auswertungen im Rahmen der Evaluation der Transparenzvereinbarung für die ambulante und stationäre Pflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld