



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Gutachten

**zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung
der Qualitätssicherung und –berichterstattung in der häus-
lichen Pflege auf der Basis der gegenwärtigen Rahmenbe-
dingungen**

Osnabrück, 04. Mai 2015

Prof. Dr. Andreas Büscher
Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Postfach 1940
49009 Osnabrück
Tel.: 0541/969-3591
Fax.: 0541/969-2971
E-mail: A.buescher@hs-osnabrueck.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Einleitung und Aufgabenstellung	3
Charakteristika der ambulanten Pflege	4
Geschichte und Entwicklung der formellen ambulanten Pflege	5
Ausgangspunkt für die Qualität der häuslichen Pflege ist die Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen.....	6
Formelle und informelle Pflege im Rahmen gemischter Pflegearrangements	7
Mögliche Kriterien zur Einschätzung häuslicher Pflegearrangements.....	8
Rahmenbedingungen ambulanter Pflegedienste	8
Mögliche Alternativen in der Leistungsgestaltung	9
Weitere Leistungen der ambulanten Pflegedienste	11
Auswirkungen einer verstärkten Ökonomisierung	12
Qualität der ambulanten Pflege.....	14
Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und –berichterstattung in der häuslichen Pflege ...	17
Welche Anforderungen stellen sich an die Arbeit ambulanter Pflegedienste und welche Qualitätsfragen lassen sich daraus ableiten?	17
Leistungsspektrum.....	17
Verantwortung des ambulanten Pflegedienstes	18
Unterschiedliche Regelungen in SGB V und SGB XI.....	19
Ist Ergebnisqualität eine relevante Dimension bei der Einschätzung der Qualität häuslicher Pflege und Qualitätsberichterstattung?.....	20
Welche Indikatoren könnten ggf. verwendet werden bzw. müssten entwickelt werden?	22
Können die für die stationäre Pflege entwickelten Indikatoren auf die ambulante Pflege übertragen werden?	25
Wenn Ergebnisqualität keine relevante Dimension ist, was könnte dann eine Alternative für die Qualitätsberichterstattung sein?	26
Wie kann man die Dienste im diversifizierten Leistungsgeschehen und bei unterschiedlichem Klientel vergleichbar machen (Gruppenbildung/ Versorgungskonstellationen)?	28
Von den Mitarbeitenden wird als Erfolgskriterium benannt, dass die Pflege durchgeführt werden kann. Einen hohen Stellenwert hat die Beziehungsgestaltung. Kann dies im Rahmen der Qualitätsberichterstattung dargestellt werden und ggf. wie?	30
Soll es einen Systemwechsel analog dem stationären Bereich geben oder eher eine grundlegende Weiterentwicklung der PTVA?	30
Literatur:.....	31

Einleitung und Aufgabenstellung

Die Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Pflege ist ein spätestens seit der Einführung der Pflegeversicherung intensiv diskutiertes Thema. Darüber, wie Pflegequalität zu definieren, zu entwickeln und zu sichern ist, bestehen verschiedene Ansichten, die nicht immer miteinander in Einklang stehen. Seit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 ist zu der Auseinandersetzung um die Qualität der Pflege der Baustein der Qualitätsberichterstattung hinzugekommen, der seitdem in Form der Pflege-Transparenzvereinbarungen die Diskussionen vorrangig bestimmt. Die einzelnen Stränge der Diskussion sollen an dieser Stelle nicht nachgezeichnet werden, sondern es soll der Fokus stattdessen auf die Frage gelegt werden, wie die Qualitätsentwicklung, -sicherung und –berichterstattung in der ambulanten Pflege in Zukunft sinnvollerweise gestaltet werden kann. Die Konzentration auf die ambulante Pflege ist notwendig, weil in den letzten Jahren die Auseinandersetzung fast ausschließlich auf die stationäre Pflege ausgerichtet war. Auch die für die Zukunft vorgesehene und im Pflege-neu-ausrichtungsgesetz festgeschriebene Qualitätsberichterstattung auf Basis von Qualitätsindikatoren wird bislang fast ausschließlich mit Bezug auf die stationäre Pflege diskutiert.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege den Auftrag für dieses Gutachten erteilt. Es soll, dem Titel entsprechend, Hinweise zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und –berichterstattung in der häuslichen Pflege auf Basis der bestehenden Rahmenbedingungen geben und dabei insbesondere die Fragen berücksichtigen,

- welche Anforderungen sich an die Arbeit ambulanter Pflegedienste stellen und welche Qualitätsfragen auf der Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen zur professionellen ambulanten Pflege sich daraus ableiten lassen,
- ob die für die stationäre Pflege entwickelten Indikatoren auf die ambulante Pflege übertragen werden können,
- ob Ergebnisqualität eine relevante Dimension bei der Einschätzung der Qualität häuslicher Pflege und Qualitätsberichterstattung ist und welche Indikatoren ggf. verwendet werden könnten bzw. entwickelt werden müssten,
- was eine Alternative für die Qualitätsberichterstattung sein könnte, wenn Ergebnisqualität keine relevante Dimension ist,
- wie die ambulanten Pflegedienste im diversifizierten Leistungsgeschehen und bei unterschiedlichem Klientel vergleichbar gemacht werden können,
- ob die von den Mitarbeitenden als Erfolgskriterium benannten Aspekte der Beziehungsgestaltung und der Durchführbarkeit von Pflege durchgeführt im Rahmen der Qualitätsberichterstattung dargestellt werden können und falls ja, wie das geschehen kann,
- ob es einen Systemwechsel analog dem stationären Bereich geben soll oder eher eine grundlegende Weiterentwicklung der PTVA?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wird zu Beginn ein Überblick über die Entwicklung zur derzeitigen Situation der ambulanten Pflegedienste gegeben und es werden zentrale Problemstellungen dieser Situation für die Qualitätsentwicklung, -sicherung und –berichterstattung herausgearbeitet. Auf Basis dieser Ausführungen wird dann im zweiten Teil des Gutachtens abschließend zu den genannten Fragestellungen Stellung bezogen. In den

Ausführungen wird grundsätzlich von den bestehenden Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege in Deutschland im Jahr 2015 ausgegangen. Diese werden jedoch auch stark hinterfragt und es werden Hinweise zu einem bestehenden Reformbedarf gegeben.

Charakteristika der ambulanten Pflege

Ambulante Pflegedienste tragen dazu bei, dass Menschen, die wegen einer Krankheit, Beeinträchtigung oder Behinderung der Unterstützung durch andere Personen bedürfen, der Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglicht wird. Sie haben diesen Beitrag jedoch nicht exklusiv, sondern leisten ihn als Teil des Gesamtumfeldes der häuslichen Pflege, zu dem vor allem die familiäre oder informelle Pflege den größten Beitrag leistet, in dem aber auch weitere Akteure involviert sind.

Entsprechend erscheint es nicht angebracht, die Qualität der häuslichen Pflege vorrangig auf die Qualität der ambulanten Pflegedienste zu reduzieren oder diese allein für das Gelingen der häuslichen Pflege verantwortlich zu machen. Vielmehr sollte der Ort, also die Wohnung bzw. der Wohn- und Lebensort kranker und pflegebedürftiger Menschen zum Ausgangspunkt der Überlegungen zur Qualität in der häuslichen Pflege gemacht werden. Ein solches Verständnis spiegelt sich auch in einer Publikation der WHO Europa zu ‚Home Care in Europe‘ (WHO 2008) wieder, wonach die häusliche Pflege danach strebt, innerhalb eines ausbalancierten und leistbaren Kontinuums gesundheitliche und soziale Bedürfnisse von Menschen in ihrer häuslichen Umgebung durch angemessene und qualitativ hochwertige gesundheitliche und soziale Dienste durch formell und informell Pflegende unter Anwendung von Technologie zu befriedigen. Im weiteren Verlauf dieses Gutachtens wird zur begrifflichen Unterscheidung von häuslicher Pflege gesprochen, wenn das gesamte Pflegearrangement angesprochen ist und von ambulanter Pflege, wenn es um die Leistungen ambulanter Pflegedienste geht.

In dieser einleitenden Passage sind zwei wichtige Aspekte der ambulanten pflegerischen Versorgung bereits angesprochen: Zum Einen ist sie hinsichtlich ihrer politischen Einordnung weder eindeutig dem Gesundheitswesen noch dem Sozialwesen zuzuordnen, sondern sieht sich der Herausforderung ausgesetzt, sowohl zur gesundheitlichen wie auch zur sozialen Versorgung beizutragen. Zum anderen erfolgt häusliche Pflege sowohl auf formeller wie auf informeller Basis. Die informelle Pflege wird im Wesentlichen von pflegenden Familienangehörigen erbracht, darüber hinaus jedoch auch von anderen Personen im Rahmen freundschaftlicher oder nachbarschaftlicher Beziehungen. Dem informellen Sektor gegenüber steht der formelle Pflegesektor, in dem pflegerische Versorgung im Rahmen bezahlter Arbeitsverhältnisse erbracht wird und zu dem vor allem die ambulanten Pflegedienste zählen. Daneben gibt es noch eine zunehmende Anzahl anderer Anbieter, z.B. von pflegebegleitenden oder haushaltsnahen Dienstleistungen, die ebenfalls dem formellen Sektor zuzurechnen sind und in häusliche Pflegearrangements eingebunden sind. Nicht zu ignorieren sind darüber hinaus die Hilfen, die eher einer Grauzone zuzurechnen sind, aber in der Diskussion um die ambulante pflegerische Versorgung nicht ignoriert werden können: die Hilfen, die von Frauen aus vorwiegend osteuropäischen Ländern in deutschen Pflegehaushalten erbracht werden (Larsen et al. 2009).

Aus der problematischen Zuordnung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen sowie dem Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege erwachsen einige Herausforderungen und Spannungsfelder, die in der Diskussion um die Qualität der ambulanten Pflege bislang nur unzureichend Berücksichtigung gefunden haben. So stellt das gemeinsame Agieren des formellen und informellen Pflegesystems in einem gemeinsamen Haushalt hohe fachliche und organisatorische Anforderungen. Spannungsfelder bestehen dabei z.B.

- hinsichtlich der Frage der familialen gegenüber der öffentlichen Verantwortung (ausgeübt durch die Pflegedienste),
- der Abgrenzung und Zuständigkeit zwischen formeller und informeller Pflege,
- der Entscheidung, ob es eine lokale oder nationale Verantwortung gibt und ob diese durch die Regierung, den Markt oder Verbände im Rahmen von Selbstverwaltung wahrgenommen wird und
- hinsichtlich der Wahl- und Wunschrechte der Menschen im Sinne der individuellen Selbstbestimmung gegenüber einem professionellen Diktat (Burau et al. 2007).

Geschichte und Entwicklung der formellen ambulanten Pflege

Die problematische Zuordnung der ambulanten Pflege zum Gesundheits- oder Sozialwesen ist kein deutsches Phänomen, sondern auch in anderen Ländern sehr präsent (Burau et al. 2007). Sie zieht sich auch durch die historische Entwicklung der ambulanten Pflege, in der mal die lebensweltliche Alltagsbegleitung, mal die Unterstützung und Sicherstellung von Diagnostik und Therapie die wesentlichen gesundheits- und sozialpolitischen Zielsetzungen bildeten.

So zeigte sich im Zeitraum von vor dem Zweiten Weltkrieg bis zum Ende der 1960er-Jahre ein stark konfessionell geprägtes Gemeindegewerkschaftsmodell, welches durch die Nationalsozialisten politisch funktionalisiert wurde, jedoch im Kern darauf ausgerichtet war, dass Krankenschwestern im Rahmen kirchengemeindlicher Strukturen Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen (Moers 1997, Hackmann 2001). Erst als die Zahl der Gemeindepflegestationen soweit zurückging, dass die ambulante Versorgung kaum noch sicherzustellen war, führte dies auch auf politischer Ebene zu Konsequenzen und es wurde das Modell der Sozialstationen entwickelt (Moers 1997), welches vor allem bedeutsam war, weil damit ein deutliches Zeichen gegen die Institutionalisierung und Hospitalisierung sozialer und gesundheitlicher Problemlagen gesetzt wurde. Stattdessen wurde in klassischer Weise versucht, das Subsidiaritätsprinzip umzusetzen, in dem informellen Hilfen durch pflegende Angehörige eine formalisierte Pflegeinfrastruktur an die Seite gestellt wurde. Das Leistungsspektrum der Sozialstationen umfasste Kranken- und Altenpflege ebenso wie hauswirtschaftliche Dienste, Mahlzeitendienste, Transportdienste und gesundheitliche Dienste wie Massagen und Fußpflege.

Wurden die Sozialstationen anfangs noch als Erfolgsmodell bezeichnet, so stießen sie jedoch relativ schnell an ihre Kapazitätsgrenzen und konnten den vielfältigen Anfragen der Nutzer und den ebenso vielfältigen übertragenen Aufgaben nicht mehr gerecht werden. Vor allem den komplexen Problemlagen schwer und schwerst pflegebedürftiger Menschen, die mehrmalige Einsätze am Tag sowie des Nachts oder an Wochenenden erforderten, konnten die Sozialstationen nur unzureichend entsprechen. Fehlende personale Ressourcen, ungesicherte Finanzierungen, Kooperationsprobleme, fragile soziale Netze, problematische Wohnbedingungen, psychische Belastungen der Pflegekräfte sowie generelle Qualifikationsmän-

gel und Probleme bei der Konzipierung neuer Aufgaben wurden für diese Entwicklung verantwortlich gemacht (Schaeffer 1992). Auseinandersetzungen um eine stärkere konfessionelle Ausrichtung auf der einen und Vorbehalte der Ärzteschaft auf der anderen stellten weitere Probleme dar. Die Etablierung der ersten privaten ambulanten Pflegedienste erfolgte Ende der 1970er vor allem durch die stärkere Formalisierung und Festlegung eines Anspruchs auf krankenhausesvermeidende oder –ersetzende Pflege durch die Krankenkassen (Moers 1997).

Dies änderte sich durch die Einführung der Pflegeversicherung, durch die ein Pflegemarkt geschaffen wurde, auf dem freigemeinnützige, private und auch öffentliche Träger Pflegeleistungen anbieten können, sofern sie einen Versorgungsvertrag mit einer Pflegekasse abgeschlossen haben. Verbunden war mit dieser Öffnung des Marktes auch die Erwartung, dass die Nutzer ambulanter Pflegedienste größere Wahlfreiheit bei der Auswahl ihres Pflegedienstes haben und dass die Konkurrenz der Anbieter untereinander einen Beitrag zur Sicherstellung der Qualität der ambulanten Pflege leisten sollte. Während die erstgenannte Zielsetzung weitgehend erreicht worden ist, besteht hinsichtlich der zweiten weiterhin erheblicher Diskussionsbedarf (Büscher 2011).

Ausgangspunkt für die Qualität der häuslichen Pflege ist die Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen

Wie bereits ausgeführt, übernehmen die ambulanten Pflegedienste nur einen Teil der häuslichen pflegerischen Versorgung. Die Situation in den Pflegehaushalten, der Zeitpunkt und der Grund der Inanspruchnahme, die Wünsche der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen, ihr Kenntnisstand zur Pflegesituation und die Lebenssituation sind in hohem Maße heterogen. Bevor daher etwas zu den regulativen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege gesagt wird, soll ein Blick in die inhaltlichen Ausgangsbedingungen geworfen werden, die für die Arbeit der ambulanten Pflegedienste entscheidend sind.

Dies erfordert einen Einblick in die Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen und schließt damit an eine Diskussion an, die bereits in den 1990er Jahren intensiv geführt wurde (Braun/Schmidt 1997), dann jedoch wieder in Vergessenheit geraten ist. Lebensweltorientierung bedeutet, den Alltag, die alltägliche Wohn- und Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen und ihres sozialen Umfelds zum Ausgangspunkt zu machen. Bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verändert sich die Lebenswelt der beteiligten Personen erheblich in Bezug auf Raum und Zeit (d.h. die Möglichkeiten, sich im Raum zu bewegen und Zeit zu gestalten), soziale Beziehungen (d.h. Veränderungen in Rollen und Aufgaben), kulturelle Traditionen (d.h. Vorstellungen darüber, wie Alltag organisiert und bewältigt wird) sowie ökonomische Ressourcen (die einerseits durch die Pflegebedürftigkeit verbraucht werden und deren Beschaffung ebenfalls durch Pflegebedürftigkeit eingeschränkt sein kann) (Schaeffer 2009; Schaeffer/Moers 2011; Jansen 1997).

In einem lebensweltlichen Verständnis wäre ein gelingender Alltag der, in dem Möglichkeiten des freien und angstlosen Zusammenspiels und Ineinandergreifens der dort handelnden Akteure bestehen. Im Fall von „Pflegebedürftigkeit“ ist die Konstruktion des gelingenden Alltags jedoch dadurch beeinträchtigt, dass Krankheit und Angewiesensein auf Pflege mit einer Einschränkung der Freiheit und Angstlosigkeit einhergehen. Diese sollte durch die Art der pflegerischen Hilfe und Assistenz zumindest abgemildert werden, um damit eine Re- und

Neuorganisation des vormals bestehenden Alltags zu ermöglichen, der an die Anforderungen der Situation angepasst ist (Büscher/Klie 2012).

Verantwortlich für das Gelingen des Alltags sind jedoch nicht primär einzelne Akteure, sondern das gesamte Setting, die gesamte Lebenswelt, die den Alltag darstellt. Dazu gehören die informellen Helfer ebenso wie die formellen Dienstleister. Den Anteil des informellen Hilfesystems an der Herstellung des Alltags, an der Bewältigung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit sichtbar zu machen und sie dazu zu qualifizieren, sollte eine der wesentlichen Aufgaben sein, mit denen sich professionelle Helfer aber seit jeher schwer tun. Sei es, dass sie sich in Konkurrenz sehen oder den Beitrag der informellen Pflege für selbstverständlich halten (Zeman 1997; Büscher 2007). Wünschenswert wäre demgegenüber eine familienorientierte Unterstützung, durch die die gesamte Familie bzw. das gesamte Pflegearrangement stabilisiert und bestärkt wird.

Formelle und informelle Pflege im Rahmen gemischter Pflegearrangements

Durch die Einschaltung eines ambulanten Pflegedienstes wird aus einem vormals informellen ein gemischtes Pflegearrangement, in dem formelle und informelle Helfer eingebunden sind. Die Bedeutung dieser gemischten Pflegearrangements wird vermutlich in der Zukunft steigen. So weist die Entwicklung in der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2013) zur steigenden Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen in der ambulanten Pflege darauf hin, dass sich die Zahl der Haushalte vergrößert, in denen neben pflegenden Angehörigen auch ambulante Pflegedienste Leistungen erbringen. Verschiedene Studien zeigen, dass das Verhältnis von formeller und informeller Pflege keineswegs spannungsfrei ist und die Einschaltung professioneller Pflege nicht immer eine Stabilisierung des Gesamtarrangements oder Verbesserung der Pflegesituation mit sich bringt (Ward-Griffin/McKeever 2000).

Vergessen wird zudem häufig, dass der Einschaltung eines Pflegedienstes eine lebensweltlich geprägte Vergangenheit der Haushaltsmitglieder vorausgeht. Sie haben eine gemeinsame Geschichte, die durch den Eintritt von Krankheit und Pflegebedürftigkeit eine intensive Wendung erfahren hat. Für die Angehörigen bedeutet das, mit neuen Lebensumständen konfrontiert und konkurrierenden Anforderungen ausgesetzt zu sein. Ihre Anforderung besteht darin, ein passendes Arrangement zu finden, die Alltagsanforderungen zu bewältigen und insgesamt die Pflege zu ermöglichen (Büscher 2007). Angesichts dieser Aufgaben ist die Entscheidung zur Inanspruchnahme eines Pflegedienstes in hohem Maße lebensweltlich begründet und geschieht mit der Erwartung, dass die Aktivitäten des Pflegedienstes sich hilfreich auf das fragile Arrangement auswirken.

In der alltäglichen Realität häuslicher Pflegearrangements stellen unterschiedliche Perspektiven und Herangehensweisen formeller und informeller Pflege eine kontinuierliche Herausforderung dar. Das Gelingen der Beziehung und des Pflegeprozesses haben in hohem Maße eine kommunikative und interaktive Dimension, in der Art, Umfang und Zuständigkeit von Handlungen zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegekräften auszuhandeln sind. Diese Dimension wird auch in Studien bestätigt, in denen der interaktive Charakter im Verhältnis formeller und informeller Pflege bei der Gestaltung tragfähiger Beziehungen (Jeon 2004) und der Verständigung über situationsangemessene und hilfreiche Handlungen hervorgehoben wird (Büscher 2007). Bislang gibt es nur wenige Hinweise, dass die ambulante Pflege qualitativ, konzeptionell und auch vor dem Hintergrund der bestehenden Rahmenbedingun-

gen ausreichend auf die Herausforderung vorbereitet ist, diese Aushandlungsprozesse zu gestalten und dadurch zum Gelingen häuslicher Pflegesituationen beizutragen.

Mögliche Kriterien zur Einschätzung häuslicher Pflegearrangements

Nicht vergessen werden darf in der Betrachtung des Verhältnisses von formeller und informeller Pflege die Perspektive des pflegebedürftigen Menschen, der den Ausgangspunkt der Begegnung von formeller und informeller Pflege als Pflegeempfänger bildet. Es gibt bislang nur sehr wenige Arbeiten, die zum Verständnis der komplexen Beziehungen in häuslichen Pflegearrangements beitragen. Eine davon ist der Ansatz der „Six senses“ nach Nolan et al. (2001, 175), in dem der Versuch unternommen wird, wesentliche Kriterien zur Gestaltung eines häuslichen Pflegearrangements aus der Perspektive des pflegebedürftigen Menschen, der informell Pflegenden (bei denen es sich in der Regel um Familienangehörige handelt) und den Mitarbeitern formeller Dienste zu beschreiben. Die „six senses“ lassen sich am besten als sechs Kriterien in die deutsche Sprache übersetzen und umfassen:

- Sicherheit hinsichtlich der essenziellen, physiologischen und psychologischen Bedürfnisse sowie vor Bedrohung, Schaden oder Schmerz,
- Kontinuität in der persönlichen Biografie und eine konsistente und reibungslose Versorgung innerhalb etablierter Pflegebeziehungen durch bekannte Pflegepersonen,
- Zugehörigkeit durch die Bildung und/oder Aufrechterhaltung bedeutsamer und gegenseitiger Beziehungen,
- Zielgerichtetheit hinsichtlich der Fähigkeit, Ziele und Herausforderungen zu identifizieren sowie Ermessensspielraum für eigene Entscheidungen zu haben,
- Etwas erreichen können im Hinblick auf bedeutsame Ziele und wertgeschätzte Beiträge sowie
- Bedeutsamkeit im Sinne der Anerkennung und Wertschätzung als Person und des Gefühls der Wichtigkeit der eigenen Existenz und Handlungen.

Rahmenbedingungen ambulanter Pflegedienste

Der Beitrag ambulanter Pflegedienste zur Bewältigung der kurz skizzierten komplexen Problemlagen erfolgt vor dem Hintergrund festgelegter gesetzlicher Rahmenbedingungen. Nach § 71 SGB XI sind ambulante Pflegedienste selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer verantwortlichen Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Um ihre Leistungen mit den Pflegekasernen abrechnen zu können, benötigen sie einen Versorgungsvertrag, dessen Abschluss an die Bedingungen gekoppelt ist, dass die Dienste eine Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten, ihren Beschäftigten eine ortsübliche Vergütung zahlen und sich verpflichten, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Ambulante Pflegedienste haben zusätzlich bei Abschluss des Versorgungsvertrages ihren Einzugsbereich festzulegen.

Die Leistungen ambulanter Pflegedienste im Rahmen der Pflegeversicherung orientieren sich am Begriff der Pflegebedürftigkeit und sind im Wesentlichen auf den Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Körperpflege, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet. Sie sind niedergelegt in einem System von Leistungskomplexen, die mit dem pflegebedürftigen Menschen vertraglich vereinbart und im An-

schluss im Rahmen der für die jeweilige Pflegestufe verfügbaren Leistungshöhe mit den Pflegekassen abgerechnet werden können.

Die aus ökonomischen Gesichtspunkten effizient gestaltete Leistungserbringung ist eine unverzichtbare Rahmenbedingung für eine dauerhaft erfolgreiche Positionierung des ambulanten Pflegedienstes am Pflegemarkt und verlangt nach betriebswirtschaftlichen Weichenstellungen, die im Wesentlichen darauf hinauslaufen, die im Rahmen der Leistungskomplexe erbrachten pflegerischen Maßnahmen über einen hinterlegten Zeitwert adäquat finanziert zu bekommen (Sießegger 1997). Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanten Pflegedienste ergibt sich daraus die schwierige Situation, einerseits die Ertragssituation durch eine betriebswirtschaftlich begründete Vorgehensweise zu verbessern, auf der anderen Seite für die partnerschaftliche und professionelle Gestaltung der individuellen Pflegesituation nur geringe Gestaltungsspielräume zu haben. Dem System fehlt die notwendige Flexibilität zur Ausgestaltung pflegerisch komplexer Situationen, was in der Regel dazu führt, dass der „Wirtschaftlichkeit“ Vorrang vor der Fachlichkeit eingeräumt wird (Büscher et al. 2005).

Ein wichtiges Prinzip der Pflegeversicherung, welches mitverantwortlich für die Entwicklung des Leistungskomplexsystems war, ist die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen. Als Voraussetzung für die individuelle Zusammenstellung erwünschter Pflegeleistungen wird eine größtmögliche Transparenz des Leistungsspektrums und Vergütungssystems als unabdingbar angesehen (VdAK 2002). Diese Transparenz wird zwar durch die Beschreibung der möglichen pflegerischen Leistungen in Leistungskomplexen formal hergestellt, stößt jedoch angesichts komplexer und sich wandelnder Bedarfslagen in häuslichen Pflegearrangements schnell an Grenzen. Zwar schaffen die zwischen ambulanten Pflegedienst und Pflegehaushalt abgeschlossenen Verträge für beide Seiten Transparenz und Handlungssicherheit, sie blenden jedoch die in hohem Maße interaktive Natur der Arbeit in häuslichen Pflegearrangements aus. Die bereits kurz nach Einführung der Pflegeversicherung erhobene Forderung, den kommunikativen, beratenden und begleitenden Kompetenzen von Pflegefachkräften, die über die Instrumentalität reiner Verrichtungen hinausgehen (Zeman 1997), ausreichend Zeit für Interaktionsprozesse einzuräumen, ist bislang weitgehend unbeachtet geblieben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Abrechnung von Pflegeleistungen in Form von Leistungskomplexen zu einer systembedingten Einengung des professionellen pflegerischen Spielraums durch die Unterteilung pflegerischer Handlungen in Tätigkeitszusammenhänge führt. Hierdurch wird den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vermittelt, dass es sich bei der „Dienstleistung Pflege“ um ein Produkt handelt, welches individuell, einem Baukastenprinzip ähnlich, zusammengestellt werden kann (Büscher et al. 2005).

Mögliche Alternativen in der Leistungsgestaltung

Zur Frage, wie sich das Leistungsgeschehen gestalten würde, wenn es die Vorgaben des Leistungskomplexsystems nicht gäbe, liegen nur wenige empirische Erkenntnisse vor. In einem Projekt, an dem der Gutachter beteiligt war (Büscher et al. 2007), wurden die Auswirkungen eines zeitorientierten Vergütungssystems untersucht. Anders als in der durch das Pflegeneuaustrichtungsgesetz eingeführten zeitorientierten Vergütung (Paritätischer Berlin 2013), oblag es in diesem Projekt den Pflegefachkräften, die notwendigen und erwünschten Pflegeleistungen (die in dem Projekt als erweiterte Kernleistungen bezeichnet wurden) mit

dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörige im Rahmen der Pflegeplanung zu vereinbaren. Um einen entsprechenden Ansatz erproben zu können, wurde ein Vertragsentwurf mit den Pflegekassen entwickelt, der für vier beteiligte Pflegedienste im Projektzeitraum eine zeitorientierte Vergütung in insgesamt 13 Pflegehaushalten ermöglichte.

Während die Änderung in den Rahmenbedingungen aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen nur geringfügige Veränderungen mit sich gebracht hat, waren die Auswirkungen der zeitorientierten Vergütung aus der Sicht der Pflegefachkräfte deutlich greifbarer. Die Gestaltung der ambulanten Pflege auf der Grundlage von Zeiteinheiten anstelle von klar definierten Leistungskomplexen brachte für die Pflegekräfte die Anforderung mit sich, sich intensiver auf Aushandlungsprozesse mit den Pflegebedürftigen einzulassen. Mit der Möglichkeit der freien Leistungsvereinbarung war es erforderlich, den Pflegebedürftigen aktiv in die Gestaltung der Pflegeeinsätze einzubeziehen. Mitunter wurde die Inanspruchnahme der Leistungen durch einzelne Patienten als konflikträchtig angesehen, da es Unterschiede in der Prioritätensetzung zwischen den Pflegefachkräften und den pflegebedürftigen Menschen gab.

Auch wenn nur wenige häusliche Pflegearrangements in das Projekt einbezogen waren, so zeigte sich, dass der flexible Ansatz für bestimmte Konstellationen – allein lebende Pflegebedürftige, Pflege bei Menschen mit Demenz sowie Pflege bei Schwerstkranken in der Endphase des Lebens – als besonders sinnvoll erachtet wurde, da hier der Bedarf in der Pflegesituation komplexer und durch die Leistungskomplexe nur unzureichend abzubilden ist. Der zentrale Aspekt für die Pflegekräfte bestand in der ‚Legalisierung der Realität‘, die der Projektansatz mit sich brachte. Es wurde vielfach betont, dass bedarfsgerechte Leistungen immer schon erbracht, allerdings nicht entsprechend dokumentiert wurden, da sie nicht abrechenbar waren.

Aus der Perspektive der Pflegedienstleitungen gab es unterschiedliche Einschätzungen zu den organisatorischen Fragen, die mit einer zeitorientierten Vergütung verbunden wären, und zu den Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich der Aushandlung des Leistungsgeschehens mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Eine Gefahr wurde in einer zu starken Betonung kommunikativer gegenüber den bisher vorherrschenden verrichtungsbezogenen Aspekten in der Pflege gesehen.

In diesem Projekt wurden die Leistungen als ‚erweiterte Kernleistungen‘ bezeichnet, die zwischen den Pflegebedürftigen und Pflegefachkräften vereinbart wurden und die nicht Gegenstand des gültigen Leistungskomplekxkataloges waren. Es konnten insgesamt sechs Handlungsbereiche in der ambulanten Pflege identifiziert werden, die diesem Kriterium entsprachen. Dazu gehörten:

- Aushandlungsprozesse gestalten: Schaffung einer gemeinsamen Ausgangsbasis, Vertrauensbildung, Akzeptanz von Hilfen ermöglichen, Kompromisse finden, Entscheidungshilfen geben, Koordination und Steuerung;
- Alltag organisieren: Regelung geschäftlicher Angelegenheiten, Haustiere versorgen, Kümern um Alltagsbelange, Organisation von Medikamenten;
- Soziale Kontaktperson sein: sich unterhalten, menschliche Wärme, Trost und Zuwendung geben, soziale Kontakte ermöglichen;
- Ressourcen und Fähigkeiten fördern: Alltagshandlungen üben und lenken, Tagesstrukturierung, kognitives Training, Unterstützung der Mobilität;

- Sicherheit vermitteln: Sturzprophylaxe, Vermeidung von Unfällen, Unterstützung des Selbständigkeit;
- Kontinuierliche Situationsevaluation: Erkennen der Tagesform und Wahrnehmung aktueller Schwankungen, Erkennen von Wissensdefiziten und Vermittlung von Informationen

Als zentral für alle beteiligten Pflegesituationen wurden die Gestaltung von Aushandlungsprozessen und die kontinuierliche Situationsevaluation identifiziert. Sie konnten in jeder Pflegesituation beobachtet werden und bestimmte einen Großteil der täglichen Pflege. Die Organisation des Alltags, die Funktion als Kontaktperson, das Fördern von Ressourcen und Fähigkeiten sowie die Vermittlung von Sicherheit wurden in einigen, aber nicht allen der beteiligten häuslichen Pflegearrangements identifiziert.

Die Gestaltung von Aushandlungsprozessen umfasste auch die professionelle Koordination und Steuerung der Pflegesituation bzw. des Pflegeprozesses. Dabei interagieren die Pflegekräfte nicht nur mit den pflegebedürftigen Menschen, sondern auch mit anderen an der Pflegesituation Beteiligten, seien es andere informelle Helfer wie Freunde und Bekannte oder professionelle Akteure wie die Hausärzte der Pflegebedürftigen: „Wir müssen vielen Stellen gerecht werden, um dann ein vernünftiges und einigermaßen tragbares Ergebnis raus zu kriegen, das ist halt das, womit wir uns viel beschäftigen.“ (Originalzitat aus einem ambulanten Pflegedienst).

Weitere Leistungen der ambulanten Pflegedienste

Die meisten ambulanten Pflegedienste erbringen neben Leistungen der Pflegeversicherung auch Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Diese müssen ärztlich verordnet werden. Eine Verordnung kann erfolgen, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden oder die ärztliche Behandlung sicherzustellen. Die Verordnung geschieht auf der Grundlage von Richtlinien, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 SGB V beschlossen werden. Verordnungsfähig sind Leistungen aus fünf Bereichen der Grundpflege (Anleitung bei der Grundpflege, Ausscheidung, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) und 26 Bereichen der Behandlungspflege (u.a. Leistungen im Zusammenhang mit Beatmungstherapien, Vitalzeichenkontrolle, Versorgung von Sonden und Kathetern, Verabreichung von Medikamenten, Injektionen, Wundversorgung und psychiatrische Krankenpflege) (G-BA 2014).

Insgesamt kann das Leistungsspektrum als quantitativ ausreichend, jedoch qualitativ wenig ausdifferenziert bezeichnet werden. Eine größere Differenzierung wäre angesichts der sich immer weiter ausdifferenzierenden Bedarfslagen zu erwarten und wünschenswert und war nach Einführung der Pflegeversicherung auch erwartet worden. Aufgrund der doch sehr voneinander differierenden Steuerungs- und Regelungslogiken innerhalb der Kranken- und Pflegeversicherung wurde vermutet, dass sich die ambulanten Pflegedienste nicht den Entwicklungen beider Sozialversicherungszweige aussetzen, sondern sich ausdifferenzieren würden. Mittlerweile ist bekannt, dass diese vermutete Entwicklung nicht stattgefunden hat, sondern stattdessen fast alle ambulanten Pflegedienste sowohl Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung als auch der Krankenversicherung erbringen. Lt. MDS-Qualitätsbericht (MDS 2014) beziehen nur 15,8% der von den ambulanten Pflegediensten versorgten Personen Leistungen lediglich aus dem SGB XI. Der Anteil derjenigen, die ausschließlich Leistungen aus dem SGB V erhalten ist mit 35,5 % mehr als doppelt so hoch und immer noch größer als

die Zahl der Personen, die sowohl Leistungen nach SGB V und SGB XI (29,3%) erhalten. Auch der Anteil der Personen mit sonstigen Leistungen ist mit 19,4% immer noch höher als derjenigen mit SGB XI-Leistungen.

Statt Ausdifferenzierung des Angebots kann also eher von einer Vereinheitlichung des Leistungsspektrums gesprochen werden. Im Nachhinein verwundert es nicht, dass angesichts der doch sehr kleinteiligen Rahmenbedingungen der ambulanten pflegerischen Versorgung die Entwicklung in erster Linie den sozialpolitisch vorgegebenen Refinanzierungsbedingungen gefolgt ist und Bedarfsgesichtspunkte nur sekundär berücksichtigt wurden.

Auswirkungen einer verstärkten Ökonomisierung

Zu dieser Schlussfolgerung kommt auch Slotala (2011), der sich mit der Ökonomisierung der ambulanten Pflege befasst hat. Er konstatiert eine enorme Relevanz einer ökonomischen Handlungsrationalität in der Versorgungspraxis, v.a. auf Leitungsebene, die sich mehr für ökonomische Fragen im Gegensatz zu fachlichen Fragen verantwortlich fühlt. In dieser Logik ist die Frage, wie etwas finanziert werden kann, vorrangig gegenüber der Überlegung, was in einer gegebenen Situation gut oder angemessen wäre. Entsprechend werden in erster Linie Maßnahmen zur Effizienzsteigerung wie z. B. die effiziente Organisation der Einsatzwege, die Gestaltung der Pflegezeiten und der Personaleinsatz in den Blick genommen. Überlegungen zur Qualitätsentwicklung befinden sich somit in einem dauerhaften Zielkonflikt mit Wirtschaftlichkeitserwägungen und der Zeitdruck wird zum Indikator für Qualitätsverluste. Diese Entwicklungen sind weitgehend den bestehenden Anreizstrukturen geschuldet, über die mehr oder weniger direkt die fachliche Ausrichtung der Pflege und somit auch der Diskussionsrahmen der Pflegequalität bestimmt wird.

Um die sich aus der verstärkten Ökonomisierung ergebenden Fragen jedoch nicht allein den ambulanten Pflegediensten anzulasten, sei kurz auf eine Bestandsaufnahme zur ambulanten Pflege hingewiesen, die sich der derzeitigen Situation aus der Perspektive der Verbände der ambulanten Pflege zugewandt hat (Büscher/Horn 2010). Die darin erarbeiteten Ergebnisse illustrieren den Problemdruck, unter dem die ambulante Pflege bereits seit einiger Zeit steht und der sich vor allem auf die Aspekte Wirtschaftlichkeit und Marktentwicklung, Personalsituation sowie Strukturen und Spektrum der Leistungserbringung bezieht.

Angesichts der Bedeutung, die eine wirtschaftliche Leistungserbringung für ambulante Pflegedienste hat, ist es erstaunlich, wie wenig dieser Bereich bisher konzeptionell bearbeitet wurde. Trotz vorhandenen Problembewusstseins ist es bislang kaum gelungen, die Anforderungen, die sich aus dem Wandel des Krankheitsspektrums und den Bedürfnissen der Nutzergruppen in der ambulanten Pflege ergeben, so in ein Konzept für die ambulante Pflege zu integrieren, dass die Balance zwischen wirtschaftlicher Leistungserbringung und Bedarfs- und Nutzerorientierung in einer Weise gelingt, die eine nachhaltige Basis für die zukünftige ambulante pflegerische Versorgung bietet. Stattdessen bleibt vielen Pflegediensten neben den alltäglichen, oftmals extern formulierten Anforderungen kaum Spielraum, an der Entwicklung solcher Konzepte zu arbeiten. Verschärft wird diese Situation durch eine zunehmend angespannte Personalsituation.

Wie bereits in anderen Beiträgen (Schaeffer et al. 2008; Büscher et al. 2007; Schaeffer/Ewers 2002) drängt sich auch hier die Frage auf, warum trotz der breiten Übereinstim-

mung über die Notwendigkeit eines erweiterten Leistungsspektrums bislang kaum Erfolge dabei erzielt werden konnten, die entgegenstehenden administrativen und qualifikatorischen Hürden zu überwinden. Es dürfte nur wenige Bereiche in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung geben, in denen die professionellen Akteure so stark von sozialpolitischen Rahmenbedingungen und so wenig von fachlich-inhaltlichen Erwägungen determiniert sind, wie in der ambulanten Pflege. Fachlich notwendige Diskussionen zur Entwicklung adäquater und komplexer Interventionen zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements sind vor diesem Hintergrund kaum zu führen und drohen bereits im Planungsstadium zu scheitern.

Entsprechend sind die bestehenden Vereinbarungen zur Qualität der ambulanten Pflege ebenfalls auf einen kleinen Teil der häuslichen Pflege beschränkt. Spezialisierungen in der ambulanten Pflege, z. B. die Intensivpflege, die ambulante psychiatrische Pflege oder die Kinderkrankenpflege, die mit hohen Anforderungen verbunden sind, finden keinerlei Berücksichtigung. Auch Fragen der Personalausstattung und -bemessung werden mehr oder weniger dem Markt überlassen, ohne dass vertiefend darüber nachgedacht wird, welche Qualifikationen in welcher Anzahl für welche Problemlagen wünschenswert wären.

All diese Befunde sind nicht neu, sondern es wurde bereits vor längerer Zeit beschrieben, „(...) dass die ambulante Pflege sich derzeit aufgrund epidemiologischer, demographischer und ökonomischer Veränderungen in einer massiven Umbruchsituation befindet. Finanzielle, betriebliche und personelle Turbulenzen stellen die ambulanten Pflegedienste zusätzlich vor schwierige Zielkonflikte und lassen zugleich Qualifikationsschwächen deutlich zu Tage treten. Das Ungleichgewicht zwischen äußeren Anforderungen und zur Verfügung stehenden Ressourcen verunsichert die Pflegedienste und bewirkt, dass sie sich vielfach stärker auf ihre Überlebenssicherung als auf durchaus vorhandene Innovationspotenziale konzentrieren. Längst überfällige Anpassungsmaßnahmen an den veränderten Bedarf in der ambulanten Pflege, aber auch wichtige Innovationen zur Zukunftssicherung dieses Arbeitsbereiches drohen auf diese Weise zu unterbleiben“ (Ewers/Schaeffer 1999, 86). Diese Einschätzung kann auch für die Situation in der ambulanten Pflege im Jahr 2015 herangezogen werden, da sich insgesamt nur wenige Veränderungen gezeigt haben. Ob dieser offensichtliche Stillstand in der Weiterentwicklung als Zeichen mangelnder Innovations- und Professionalisierungsfähigkeit oder als Widerstandsfähigkeit der ambulanten Pflegedienste angesichts widriger Umstände zu bewerten ist, kann nicht klar beantwortet werden. Die Konzentration auf die Überlebensmöglichkeit prägt weiterhin die Alltagsrealität in der ambulanten Pflege, so dass die weiterhin vorhandenen Innovationspotenziale nur vereinzelt zum Tragen kommen. Anders als vor 15 Jahren sind die bestehenden Bedingungen jedoch mittlerweile manifestiert und es dürfte nunmehr ungleich schwerer sein, bestehende Routinen und Gewohnheiten zu überwinden. Dennoch ist die Anpassung an veränderte Problem- und Bedarfslagen dringend erforderlich, wenn die ambulanten Pflegedienste weiterhin einen wichtigen Beitrag zur häuslichen Pflege leisten sollen und wollen.

Dies umso mehr, als das unzureichende Leistungsspektrum der ambulanten Pflege den Bedarfslagen neuer Nutzergruppen nicht gerecht zu werden vermag. Dazu gehören Menschen mit demenziellen oder anderen psychischen Erkrankungen, Menschen in den Spät- und Endphasen chronischer Erkrankung, ältere Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit einem komplexen, oftmals auch technikintensiven Unterstützungsbedarf (Hasseler/Görres 2005;

Schaeffer et al. 2008). Auszugehen ist auch davon, dass sich weitere gesellschaftliche Entwicklungen in der ambulanten Pflege auswirken werden. Zu denken ist dabei an den steigenden Anteil allein lebender älterer Menschen (Hasseler/Görres 2005) sowie die zunehmende soziale Ungleichheit (Bauer/Büscher 2008).

Für die derzeitigen Nutzer der ambulanten Pflege gilt, dass sie unter den geltenden, am engen Begriff der Pflegebedürftigkeit orientierten Rahmenbedingungen der Leistungserbringung kaum eine Möglichkeit haben, pflegerische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, die in beratenden oder edukativen Interventionen (Schaeffer/Schmidt-Kähler 2006), Care und Case Management Aufgaben (Ewers/Schaeffer 2005) oder der Selbstmanagementförderung besteht (Haslbeck/Schaeffer 2007; Haslbeck 2009). All diese Aufgaben können unter den derzeitigen Bedingungen nicht abgerechnet werden und finden entsprechend kaum statt.

Allerdings sind es nicht nur die Rahmenbedingungen, die die Weiterentwicklung in diesem Bereich hemmen. Bezweifelt werden darf auch, dass die qualifikatorischen Grundlagen vorhanden sind, die die Pflegekräfte in die Lage versetzen, adäquate Unterstützung zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements zu leisten. Dazu gehört ein breites, differenziertes Spektrum an Pflegestrategien, das präventive Maßnahmen ebenso einschließt wie auf unterschiedliche Patientenproblematiken zielende kurative, rehabilitative und palliative Strategien und Konzepte.

Qualität der ambulanten Pflege

Was bedeuten die Orientierung an der Lebenswelt, die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege und die Charakteristiken der ambulanten Pflege nun für die Diskussion um die Qualität der ambulanten Pflege?

Sie zeigen vor allem einen weiteren Diskussionsbedarf, der jedoch keinesfalls neu ist. Überlegungen zur Qualität in der ambulanten Pflege im Zuge der Pflegeversicherung wurden bereits vor längerer Zeit in einer vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen Studie angestellt (Roth 2001). Er fasste in seiner auf Basis von Experteninterviews durchgeführten, qualitativen Untersuchung verschiedene Aspekte zusammen, die als Qualitätsmängel in der ambulanten Pflege wahrgenommen wurden. Dazu gehörten einige grundsätzliche Aspekte wie die Pflegedokumentation und Pflegeplanung, die Organisation und Einsatzplanung, die Koordination und Kommunikation, die Beratung sowie personalbezogene Aspekte im Sinne der Qualifikation, Arbeitsbelastung und des Personalmangels. In der Untersuchung wurden auch Probleme aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen identifiziert, zu denen die Vertragsgestaltung, der Zeitmangel, die Unpünktlichkeit sowie die Kundenfreundlichkeit in Bezug auf Flexibilität, Bürokratie, Erreichbarkeit, Verständlichkeit der Abrechnung, Geschlecht und Alter der Pflegekraft gehörten.

Zu den aus den Ergebnissen abgeleiteten Schlussfolgerungen gehörten u.a. die Forderung nach einer Qualitätsberichterstattung durch laufende Erhebung relevanter Daten, die Veröffentlichung von Daten und Preisvergleichen sowie die stärkere Einbeziehung der Klienten in die Pflegeplanung und die Qualitätssicherung. Diese Schlussfolgerungen können grundsätz-

lich nach wie vor als sinnvolle Ansatzpunkte bezeichnet werden, zu einigen Aspekten liegen mittlerweile auch weitere Erfahrungen vor. Eine Konkretisierung ist bislang jedoch nicht erfolgt.

Im Rahmen einer Perspektivenwerkstatt des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) wurde eine neue Ordnung für die Qualitätsdiskussion anhand getrennt zu betrachtender und zu diskutierender Bereiche vorgeschlagen (ZQP 2013; Büscher/Klie 2013). Von den vorgeschlagenen fünf Bereichen enthalten die ersten drei Hinweise für die in diesem Gutachten zu beantwortenden Fragestellungen:

1. Qualität professionellen Pflegehandelns
2. Partizipative Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen in Hilfeplänen
3. Individuelle Pflegebedürftigkeit und Teilhabe als Ausgangspunkt zur Einschätzung von Pflegequalität
4. Objektive und subjektive Parameter der Lebensqualität
5. Lokale Infrastruktur

Zu 1) Das professionelle Pflegehandeln zur Unterstützung häuslicher Pflegearrangements leistet einen wichtigen Beitrag zu ihrer Aufrechterhaltung und Gestaltung und bedarf transparenter Leitlinien und Standards, über die sich die jeweiligen Berufsgruppen zu verständigen haben. Neben der Entwicklung von Qualitätsinstrumenten bedarf es einer Schärfung des fachlichen Profils in der ambulanten Pflege. Vor allem die für die Berufsgruppe der Pflege immer noch geltende Einteilung von Maßnahmen in Grund- und Behandlungspflege gilt es zu überwinden, da diese mit der fachlich gebotenen Steuerung des Pflegeprozesses nicht zu vereinbaren ist. Die Überlegungen zum neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit (BMG 2009; Wingenfeld et al. 2008) weisen die Richtung zur Konkretisierung der Bereiche und Aktivitäten, auf die sich die Steuerung des Pflegeprozesses beziehen sollte. Sie sind zudem die notwendige Voraussetzung zur Erweiterung des bislang zu eng gefassten Leistungsspektrums der ambulanten Pflege.

Zu 2) Wie gezeigt werden konnte, wird die Qualität der Pflege nicht unerheblich bestimmt durch das Aushandlungsgeschehen über das, was gute Pflege für den einzelnen Menschen bedeutet. Die Notwendigkeit des Aushandlungsgeschehens leitet sich daraus ab, dass sich vielfach unterschiedliche Vorstellungen und Interessen zwischen den Angehörigen eines Pflegehaushalts und ihren professionellen Helfern ergeben. Ihnen gilt es, Raum zu geben und zu einer Verständigung über das tatsächliche Geschehen zu kommen. Die letztliche Entscheidung liegt beim pflegebedürftigen Menschen, jedoch ist es Aufgabe der professionellen Dienste, die aus fachlicher Sicht wichtigen Aspekte der Situation aufzuzeigen, ein entsprechendes Unterstützungsangebot zu unterbreiten und somit die Entscheidung zu unterstützen. Aushandlungsprozesse gilt es in den Aus-, Fort- und Weiterbildung professioneller Akteure ebenso zu thematisieren wie im Rahmen des Leistungsrechts und bei der Zuteilung von Ressourcen.

Zu 3) Die Frage der Qualität in der Pflege wird in der Pflegeversicherung vorrangig institutionell, d.h. mit Blick auf die Leistungen der professionellen Akteure diskutiert. Für die Zukunft erscheint es angezeigt, den pflegebedürftigen Menschen und damit die individuelle Perspektive stärker zu betonen. Mit Hilfe geeigneter Verfahren wie z.B. dem Neuen Begutachtungsassessment zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit (NBA) kann Pflegebedürftigkeit als per-

sonenbezogenes Merkmal individuell festgestellt und ihre Entwicklung durch nachfolgende Einschätzungen auf Basis der gleichen Parameter verfolgt werden. Somit wäre es möglich, Veränderungen im individuellen Zustand abzubilden und anschließend zu prüfen, ob Veränderungen die Konsequenz fortschreitender Krankheitsprozesse, individueller Entscheidungen oder unzureichender professioneller Versorgung sind. Diesem Ansatz folgt bereits das Projekt zur Entwicklung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (BMG/BFSFJ 2011).

Zu 4) Den Ausgangspunkt für Überlegungen zur Qualität in der häuslichen Pflege bilden das individuelle Wohlbefinden und das Gefühl der Sicherheit des auf Hilfe angewiesenen Menschen. Im eingangs dargestellten Ansatz von Nolan et al. (2001) umfassen diese die Kontinuität in der persönlichen Biografie, die Bildung und Aufrechterhaltung bedeutsamer Beziehungen sowie die Anerkennung und Wertschätzung als Person. Darüber hinaus werden Wohlbefinden und Sicherheit erlebt durch die Möglichkeit, eigene Entscheidungen zum Umgang mit der eigenen Pflegebedürftigkeit treffen zu können. Dafür sind sowohl objektive wie auch subjektive Parameter von Bedeutung. Zu diskutieren ist, ob die Frage der individuellen Lebensqualität in der häuslichen Pflege nicht besser aus staatlich organisierter oder initiiertes Observation und Kontrolle ausgespart werden sollte, da es sich dabei um in hohem Maße private Vorstellungen handelt.

Zu 5) Die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen kann nicht losgelöst von ihrer lokalen Umwelt betrachtet werden und ist in hohem Maße von dieser bestimmt. Entsprechend sollten Fragen des Lebens mit Pflegebedürftigkeit und der Qualität häuslicher Versorgung Themen auf der lokalen und kommunalpolitischen Agenda sein. Ein gelingendes Ineinandergreifen professioneller, familiärer, nachbarschaftlicher und bürgerschaftlicher Hilfen ist Voraussetzung für eine verlässliche häusliche Versorgung

In ihrer Gesamtheit bilden die hier dargestellten Bereiche der Qualität der häuslichen Versorgung einen guten Rahmen für die Ausrichtung der zukünftigen Diskussion. Weiterentwicklungen in allen Bereichen sind wünschenswert, jedoch nicht zwingend voneinander abhängig. Da für die einzelnen Bereiche unterschiedliche Akteure die Verantwortung tragen, können die Ansätze auch unabhängig voneinander angegangen werden.

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und –berichterstattung in der häuslichen Pflege

Nach dieser eher breit angelegten Übersicht über verschiedene Fragen der häuslichen Pflege und der Situation ambulanter Pflegedienste sollen in diesem abschließenden Teil des Gutachtens Antworten auf die zugrunde liegenden Fragestellungen gegeben werden.

Welche Anforderungen stellen sich an die Arbeit ambulanter Pflegedienste und welche Qualitätsfragen lassen sich daraus ableiten?

Leistungsspektrum

Es konnte aufgezeigt werden, dass die Anforderungen an die Arbeit ambulanter Pflegedienste sehr umfangreich sind und die derzeitigen Rahmenbedingungen, vor allem das eingeschränkte Leistungsspektrum, kaum geeignet erscheinen, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Insbesondere die interaktiven und kommunikativen Anteile der Leistungen ambulanter Pflegedienste finden keine leistungsrechtliche Entsprechung. Dennoch gibt es Hinweise, dass diese Leistungen kontinuierlich erbracht werden und dass vor allem Leistungen aus dem Bereich Information, Anleitung, Beratung und Edukation einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegesituationen leisten können.

Daraus ergibt sich die Forderung nach einer Erweiterung und/oder Flexibilisierung des Leistungsspektrums der ambulanten Pflegedienste. Wünschenswert wäre es für die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, dass die Leistungen auch zur Unterstützung der informellen Pflege erbracht werden können. Dies würde Beratungs- und Edukationsleistungen ebenso einschließen wie Maßnahmen zum Wissens- und Kompetenzerwerb für Angehörige in der häuslichen Pflege. Überlegungen zur Stärkung der familialen Pflege durch Beratung werden derzeit in einer Perspektivenwerkstatt des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) erarbeitet. Die Veröffentlichung eines entsprechenden Qualitätsrahmens ist für Anfang 2016 vorgesehen.

Wie bereits angedeutet implizieren die Vorschläge zum neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die bisherigen verrichtungsbezogenen Leistungen hinaus. Ob diese Erweiterung des Leistungsspektrums über neue Leistungskomplexe, über zeitorientierte Vergütungssätze, innerhalb derer die notwendigen Leistungen vereinbart und dokumentiert werden können, oder über Budgetansätze erfolgt, die den Nutzern ambulanter Pflegeleistungen eine höhere Autonomie und Entscheidungsgewalt zusprechen, ist eine nicht unwichtige, jedoch nicht die prioritäre Frage. Insbesondere ist vor unüberlegten Festlegungen zu warnen, die nicht erwünschte Wirkungen nach sich ziehen können, wie an der Einführung der Zeitvergütung und des Preisvergleichs durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz zu sehen ist (Paritätischer Berlin 2013). Entscheidend ist, dass es zu einer Ausweitung des Leistungsspektrums und einer damit verbundenen Ausweitung des Aus handlungsrahmens der ambulanten Pflegedienste kommt. Sollte eine Erweiterung des Leistungsspektrums nicht umgesetzt werden, würde das mittelfristig darauf hinauslaufen, dass der Beitrag ambulanter Pflegedienste zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements an Bedeutung verlieren würde.

Verantwortung des ambulanten Pflegedienstes

Hinsichtlich möglicher Qualitätsfragen stellen sich vor dem Hintergrund der bestehenden Rahmenbedingungen Fragen zur Verantwortung und Reichweite des Pflegegeschehens der Dienste und zu den unterschiedlichen Regelungen in SGB XI und SGB V.

Es wurde einleitend bereits darauf hingewiesen, dass die ambulanten Pflegedienste einen unbestreitbaren Beitrag zu häuslichen Pflegearrangements leisten, jedoch keinesfalls allein die Versorgung bestimmen und gestalten. Daraus lässt sich ableiten, dass sie lediglich für den Bereich der Qualität zuständig und verantwortlich sind und gemacht werden können, für den ein entsprechender Auftrag in Form eines Vertrages mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. den Angehörigen besteht. Es kann auf Dauer nicht funktionieren, die große Heterogenität der häuslichen Pflegearrangements mit ihren vielfältigen Ausprägungen und Anforderungen allein zu einem Konfliktfeld der Pflegefachkräfte zu machen, die sich mit verschiedenen Realitäten konfrontiert sehen, darauf jedoch durch das verfügbare Leistungsspektrum nur in sehr eingeschränkter Weise reagieren können.

Der Rückbezug auf den bestehenden Vertrag ist also einerseits nachvollziehbar, andererseits verbirgt sich dahinter eine sehr heterogene Situation. In einigen Fällen reicht die vertraglich vereinbarte Präsenz ambulanter Pflegedienste in häuslichen Pflegearrangements von einer Dauerpräsenz (z.B. bei der Versorgung intensivpflichtiger Personen) bis hin zu sehr kurzen und auf einen oder wenige Wochentage beschränkte Einsätze, in denen tatsächlich nur geringfügige Einflussmöglichkeiten auf die Gesamtsituation bestehen. Die Frage der Reichweite und Verantwortung der ambulanten Pflegedienste kann entsprechend nur bedingt pauschal beantwortet werden, sondern ist in Beziehung zum Grad und der Intensität der Eingebundenheit in häusliche Pflegearrangements zu setzen.

Zum Anderen konnte deutlich gemacht werden, dass häusliche Pflegearrangements keinesfalls statisch, sondern in hohem Maße dynamisch sind und der kontinuierlichen Aushandlung zwischen den beteiligten Akteuren bedürfen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste kommt dabei die Rolle einer pflegefachlichen Bewertung des häuslichen Pflegearrangements zu. Auf Basis einer breit angelegten pflegerischen Einschätzung (z.B. auf Basis des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation oder anderer Ansätze), die zu Beginn der Einbeziehung in eine häusliche Pflegesituation erfolgen sollten, kann eine Bewertung möglicher Problemlagen und bestehender Risiken vorgenommen und dem pflegebedürftigen Menschen und den Angehörigen aufgezeigt werden. Eine solche Einschätzung sollte in jedem Fall angeboten und/oder durchgeführt werden und auch leistungrechtlich abgebildet werden. Sofern seitens der Nutzer des ambulanten Pflegedienstes keine entsprechende Einschätzung gewollt ist, sollte dies vermerkt werden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die meisten Personen, die einen ambulanten Pflegedienst um Unterstützung bitten, auch tatsächlich ein Interesse daran haben, eine situationsangemessene Unterstützung zu erhalten. Angesichts der Tatsache, dass der überwiegende Teil der häuslichen Versorgung nach wie vor ohne formelle Hilfe durchgeführt wird, erscheint es zumindest dort, wo ein Pflegedienst eingeschaltet ist, sinnvoll, dass dieser Pflegedienst problemangemessen agieren kann, wenn die Situation es erfordert und diese Leistungen selbstverständlich auch abrechenbar sind. Seitens der ambulanten Pflegedienste wäre sicherzustellen, dass innerhalb des Dienstes die Kompetenz zur Durchführung entsprechender Ein-

schätzungen und der sich oftmals daraus ergebenden Kommunikations- und Aushandlungsprozesse vorhanden ist.

Zusammenfassend ergibt sich daraus hinsichtlich der Verantwortung ambulanter Pflegedienste, dass diese vorrangig durch die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Pflegedienst und Pflegehaushalt bestimmt wird. Es kann jedoch aus fachlichen Erwägungen erwartet werden, dass insbesondere zu Beginn einer Pflegesituation eine umfassende Einschätzung der Situation und eine entsprechende Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen stattfindet. Sollte es im Verlauf der Pflegesituation Veränderungen geben, die eine fachliche Bewertung erfordern (wie z. B. Verschlechterungen der Gesamtsituation, Neuauftreten von Risiken o.ä.), so sollte seitens des Pflegedienstes darauf eingegangen werden. Leistungsrechtlich sollten Möglichkeiten geschaffen werden, begründete, über die vereinbarten Leistungen hinausgehende Maßnahmen mit den Kostenträgern abrechnen zu können.

Unterschiedliche Regelungen in SGB V und SGB XI

Die Frage der Verantwortung bezieht sich darüber hinaus auch auf die unterschiedlichen Regelungen in SGB V und SGB XI. Während die Verantwortung für die Einschätzung der Situation im SGB XI weitgehend dem ambulanten Pflegedienst obliegt, erfolgt die Einschätzung für Leistungen im SGB V im Vorfeld durch den verordnenden Arzt. Diese Situation ist solange unter Qualitätsgesichtspunkten unproblematisch, wie es zwischen Pflegedienst, Pflegehaushalt und behandelndem Arzt eine weitgehende Übereinstimmung in der Einschätzung der anzugehenden Problemlagen gibt. Ist dies nicht der Fall, sind Konflikte vorprogrammiert. Formal lassen sich diese Auseinandersetzungen damit lösen, dass die ambulanten Pflegedienste verdeutlichen müssen, dass sie den Arzt auf bestimmte Beobachtungen und Einschätzungen hingewiesen haben und damit nicht weiter verantwortlich gemacht werden können. Dadurch läge die Verantwortung für die Versorgungsqualität beim behandelnden Arzt. Im schlechtesten Fall kann das jedoch bedeuten, dass der kranke oder pflegebedürftige Mensch keine Leistungen erhält. Die ins Stocken geratene Diskussion um die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege (G-BA 2011) zeigt einen möglichen Weg auf, andere Regelungen zu vorrangig pflegespezifischen Fragen zu treffen. Ob die Auseinandersetzung um die Frage der Übertragung von Tätigkeiten zukünftig beruferechtlich oder leistungsrechtlich geführt werden wird, lässt sich nur bedingt prognostizieren. Für ambulante Pflegedienste können daraus jedoch in beiden Fällen Handlungsoptionen oder Handlungsdruck entstehen.

Bedeutsam ist zudem ein weiterer Aspekt. Die Qualitätsmaßgaben für die ambulanten Pflegedienste werden innerhalb des SGB XI und des SGB V durch unterschiedliche Gremien der Selbstverwaltung bestimmt. Zeichnen im SGB XI die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI für die Maßstäbe und Grundsätze verantwortlich, so ist es innerhalb des SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss, der die maßgeblichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung erlässt und in dem keine Vertreter der ambulanten Pflege sitzen. Angesichts der Größenordnung, in der ambulante Pflegedienste Leistungen nach SGB V erbringen, erscheint es zumindest bemerkenswert, dass die maßgeblichen Qualitätsbestimmungen vorrangig innerhalb der Gremien des SGB XI diskutiert und vereinbart werden. Hier besteht eine strukturelle Schieflage, über die es sich vertiefend nachzudenken lohnt.

Realistisch betrachtet wird die Arbeit der ambulanten Pflegedienste voraussichtlich nicht die allgemeinen Fragen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung im SGB V beantworten können. Es bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass eine Besonderheit in der ambulanten Pflege darin liegt, dass die Unterschiede in den Sozialversicherungssystemen beim Zusammentreffen von Pflegehaushalt und ambulantem Pflegedienst konkret werden. Oftmals werden Leistungen aus SGB XI und SGB V während eines Einsatzes erbracht und es ruft Unverständnis hervor, das für diese Leistungen sehr unterschiedliche Zuständigkeiten und Modalitäten gelten. Für Fragen der Qualitätsentwicklung gilt es festzuhalten, dass es im SGB V neben dem Generalindikator Dekubitusprophylaxe in der Krankenhausversorgung keinerlei Qualitätsindikatoren oder anderweitige Maßstäbe zur Pflegequalität gibt. Angesichts des hohen Anteils von Personen, die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erhalten, ergeben sich daraus Fragestellungen an die Qualitätsberichterstattung, die weit über den Bereich des SGB XI und der Pflege-transparenz-Vereinbarung hinausgehen.

Da die qualitätsrelevanten Pflegeprobleme der Nutzer ambulanter Pflegedienste oftmals sektorübergreifenden Charakter tragen, ist es angezeigt, bei Fragen der Qualitätsentwicklung die unterschiedlichen Ansätze aus dem Gesundheitswesen und der pflegerischen Versorgung zu berücksichtigen. Für die gesundheits- und pflegepolitischen Auseinandersetzungen bedeutet das, nicht nur im Rahmen der ärztlichen Versorgung, sondern auch in der Pflege sektorübergreifende Verfahren der Qualitätssicherung zu entwickeln. Zudem handelt es sich bei der Häuslichen Krankenpflege strukturell um eine interdisziplinäre Struktur, deren Qualitätssicherung entsprechend interdisziplinär zu gestalten wäre. Da es derzeit weder in der sektorübergreifenden noch in der interdisziplinären Qualitätssicherung Ansatzpunkte gibt, auf denen sich in diesem Zusammenhang aufbauen ließe, wird empfohlen, im Zuge der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege die Diskussion mit hausärztlichen Vertretern und den Akteuren der Selbstverwaltung im SGB V zu suchen.

Ist Ergebnisqualität eine relevante Dimension bei der Einschätzung der Qualität häuslicher Pflege und Qualitätsberichterstattung?

Grundsätzlich kommt der Ergebnisqualität auch im Rahmen der ambulanten Pflege eine hohe Bedeutung zu, wobei zwischen Einschätzung der Qualität und vergleichender Qualitätsberichterstattung zu differenzieren ist. Jeglicher Qualitätsentwicklungsprozess im Sinne des Deming'schen Qualitätszyklus von Planung, Durchführung, Überprüfung und veränderter Handlung (Plan, Do, Check, Act – PDCA) macht es erforderlich, Ziele in Form von Standards, Leitlinien, Handlungsempfehlungen o.ä. festzulegen. Die Differenzierung nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien hat sich dabei bewährt. Entsprechend sollte es auch für ambulante Pflegedienste selbstverständlich sein, sich mit den Ergebnissen des eigenen Handelns auseinanderzusetzen, diese zu erheben, sie zu bewerten und auf Basis der Ergebnisse das eigene Handeln ggf. neu auszurichten. Eine mögliche Bewertung der Qualität eines ambulanten Pflegedienstes würde entsprechend darin bestehen, die innerhalb des Dienstes erhobenen Daten zu ausgewählten Qualitätsaspekten zu betrachten. Welche Aspekte das sein können, hängt in hohem Maße vom Leistungsspektrum ab, zu dem bereits ausführlich Stellung genommen wurde.

Unabhängig vom Leistungsspektrum gibt es ein Vielzahl von Gesichtspunkten in der Arbeit ambulanter Pflegedienste, zu denen Hinweise auf die Ergebnisqualität im Rahmen des inter-

nen Qualitätsmanagements wünschenswert wären. Zu nennen wären zuerst die zentralen Qualitätsrisiken, die in den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) angesprochen sind: Dekubitus, Sturz, akute und chronische Schmerzen, Harnkontinenz, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden sowie das Ernährungsmanagement. Die Expertenstandards geben Hinweise zum Umgang mit diesen aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen bedeutsamen Aspekten der pflegerischen Versorgung. Neben den Expertenstandards des DNQP liegt der Entwurf eines Expertenstandards nach § 113a SGB XI zum Thema „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ vor, mit dem ein weiterer wichtiger Bereich der pflegerischen Versorgung angesprochen ist.

Zu den genannten Themen ist die Frage der Ergebnisqualität von hoher Wichtigkeit. Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sollte es Hinweise zur Anzahl der durch den ambulanten Pflegedienst versorgten Personen geben, die vom jeweiligen Problem betroffen sind, es sollte Hinweise auf die entsprechenden Maßnahmen geben und es sollten Hinweise auf die Auswirkungen der Maßnahmen geben. Ohne entsprechende Hinweise wird es für das interne Qualitätsmanagement nur schwer möglich sein, seinen Aufgaben nachzukommen. Ein möglicher Ansatz zur Weiterentwicklung besteht entsprechend in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien auf der Basis bestehender Qualitätsinstrumente wie z.B. den Expertenstandards des DNQP (DNQP 2011), die innerhalb des internen Qualitätsmanagements genutzt werden könnten und mit denen Aussagen zum Umgang mit zentralen Qualitätsrisiken getroffen werden können.

Neben den Themen der Expertenstandards gibt es noch eine Reihe weiterer Themenbereiche, zu denen das Vorhandensein von Informationen und Ergebnissen wünschenswert erscheint. Zu denken wäre an den Bereich der Kontrakturen, die Pflege der Haut, den Umgang mit herausforderndem Verhalten oder mit freiheitsentziehenden Maßnahmen u.a. Vor diesem Hintergrund stellt die Ergebnisqualität einen wichtigen Bereich der Qualität der ambulanten Pflege dar, vor allem im Hinblick auf das interne Qualitätsmanagement.

Die Qualität in der Pflege ist das Ergebnis von Prozessen zwischen Leistungserbringer und Adressat der pflegerischen Handlungen. Aus diesem Grund kommt den internen Prozessen und dem internen Qualitätsmanagement des ambulanten Pflegedienstes eine vorrangige Bedeutung zu. Für die Nutzer der Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes ist es zudem vorrangig, wie sie die Qualität in ihrer jeweiligen Situation wahrnehmen. Es ist eine der Grundannahmen der Qualitätslehre, dass Qualität nicht von außen in eine Organisation hineingeprüft werden kann, sondern dass diese intern hergestellt werden muss. Entsprechend sollten Leistungserbringer darum bemüht sein, ihre Prozesse so zu gestalten, dass formulierte Qualitätsziele erreicht werden können. Dies bedarf der sorgfältigen Planung und regelmäßigen Evaluation (PDCA-Zyklus).

Der externen Qualitätssicherung und/oder –kontrolle kommt eine andere Funktion zu. Die Kriterien externer Qualitätssicherung setzen Impulse für die internen Prozesse, Qualitätsprüfungen sind retrospektiv auf bereits durchgeführte Prozesse der Leistungserbringung ausgerichtet und die externen Maßnahmen können beratenden oder korrigierenden Einfluss auf die internen Prozesse nehmen. Nicht zuletzt dient die externe Qualitätskontrolle der Sicherstellung der Einhaltung von Mindestanforderungen und dem Schutz der Nutzer von Pflegeleistungen. Die Qualitätsberichterstattung sollte sinnvollerweise Ansätze des internen Qualitäts-

managements und der externen Qualitätssicherung zu ausgewählten Aspekten zusammenführen. Der Anspruch der Vergleichbarkeit kann nur eingelöst werden, wenn es tatsächlich vergleichbare Konstellationen gibt, wovon, wie bereits ausgeführt wurde, bei den Nutzern ambulanter Pflegedienste in einer bundesweiten Perspektive nicht ausgegangen werden kann.

Entsprechend ist die Frage der Eignung der Ergebnisqualität für die Qualitätsberichterstattung nicht ebenso eindeutig zu beantworten wie für das interne Qualitätsmanagement. Dies ist vor allem auf die bereits genannten Aspekte der Reichweite der Verantwortung der ambulanten Pflegedienste und der sehr großen Heterogenität häuslicher Pflegearrangements zurückzuführen. Empfehlenswert ist daher eine Vorgehensweise in kleineren Schritten, die mit der Entwicklung von Kriterien für das interne Qualitätsmanagement beginnt. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies auch bereits in vielen ambulanten Pflegediensten erfolgt. Die Antwort auf die Frage, ob und falls ja, welche der Kriterien für eine übergreifende Berichterstattung oder einen Vergleich zwischen Pflegediensten geeignet wären, bedarf einer umfassenderen konzeptionellen und empirischen Vorarbeit, in der neben möglichen Themenbereichen der Ergebnisqualität mögliche Versorgungskonstellationen hinsichtlich der Häufigkeit, Intensität und Form der Eingebundenheit (und damit der Einflussmöglichkeiten ambulanter Pflegedienste) einzubeziehen wären. Eine zu starke Fokussierung auf die Ergebnisqualität in der externen Qualitätsprüfung oder der Qualitätsberichterstattung ohne Berücksichtigung der Einflussmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes oder des begrenzten Leistungsspektrums ist nicht zu empfehlen, weil damit wesentliche Kenngrößen für den Vergleich unberücksichtigt blieben.

Welche Indikatoren könnten ggf. verwendet werden bzw. müssten entwickelt werden?

Angesichts der durch die Pflege-Transparenzvereinbarung vorrangig auf die externe Qualitätssicherung konzentrierten Diskussion erscheint es ratsam, vor der Überlegung nach geeigneten Indikatoren für die Qualitätsberichterstattung die Voraussetzungen für die interne Qualitätsentwicklung zu schaffen und entsprechende Anreize zu setzen.

Zudem ist es ratsam, sich kurz der Frage zuzuwenden, was Indikatoren sind und wozu sie genutzt werden können. Hilfreich ist dazu die folgende Definition: *„Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß für Qualität. Er ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen.“* (BQS 2008, S. 12).

Ausgehend von diesem Verständnis der BQS wird deutlich, dass ein Indikator für sich allein genommen keine Aussagen zur Qualität machen kann. Die angesprochene Aufmerksamkeit auf Problembereiche ist ein Auftrag an das interne Qualitätsmanagement, auf Basis eines Indikators eine Bewertung vorzunehmen, ob ein Ergebnis das Resultat individueller Entscheidungen des pflegebedürftigen Menschen, unabwendbarer Entwicklungen der individuellen Funktionsfähigkeit bzw. des individuellen Krankheitsverlaufs oder der geleisteten Pflege ist. Um eine Bewertung vornehmen zu können, bedarf es eines Bezugsrahmens, der dazu

eine Hilfestellung bietet. Indikatoren sind im o.g. Verständnis quantitative Qualitätsinstrumente, die mit anderen Qualitätsinstrumenten verbunden sein sollten. Entsprechend sind Indikatoren Evaluationsinstrumente, die am besten dann einsetzbar sind, wenn durch andere Instrumente das Qualitäts-Soll bzw. -niveau festgelegt wurde. Instrumente, die eine entsprechende Festlegung treffen, liegen in Form von Leitlinien und Expertenstandards vor (Elsbernd 2014; Büscher/Kabore 2014).

Den Indikatoren zur Bestimmung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe liegt demgegenüber ein relationales Qualitätsverständnis zugrunde (BMG/BMFSFJ 2011). Das bedeutet, dass auf die Formulierung eines Qualitäts-Solls verzichtet wurde und stattdessen eine vergleichende Qualitätsbeurteilung auf der Basis von Durchschnittswerten aus allen am Verfahren beteiligten Einrichtungen zum jeweiligen Qualitätsindikator erfolgt. Auch internationale Ansätze wie das US-amerikanische Outcome and Assessment Information Set (OASIS) verzichten auf die Festlegung von Soll-Niveaus und nutzen Qualitätsindikatoren eher in einer relationalen Form.

Angesichts der kurz ausgeführten Überlegungen kann die Frage nach geeigneten Indikatoren allgemein nicht beantwortet werden, sondern es bedarf zuerst der Antwort auf die Frage, zu welchem Zweck die Indikatoren genutzt werden sollen. Dieser Aspekt wurde in den beiden jüngst veröffentlichten Arbeiten zu Indikatoren für die ambulante Pflege (ZQP 2011; Hasseler et al. 2013) weitgehend ausgeblendet, so dass es nicht verwundert, dass aus diesen Zusammenstellungen einer Vielzahl in der Literatur genannter Indikatoren nur wenige Impulse für die Situation in Deutschland abgeleitet werden konnten. In beiden Arbeiten spielen Indikatoren aus dem US-amerikanischen OASIS eine zentrale Rolle. Daher erfolgt an dieser Stelle ein kurzer Exkurs zur Nutzung von Indikatoren im Rahmen des US-amerikanischen Systems. Das Ziel von OASIS besteht darin, auf der Basis regelmäßig zu erhebender Daten Prozesse des internen Qualitätsmanagements anzustoßen. Die Leistungen werden somit immer wieder auf den Prüfstand gestellt und stehen für das interne Qualitätsmanagement zur Verfügung. Dieser Ansatz ist tatsächlich anders ausgerichtet als die in Deutschland praktizierte Fokussierung auf die reine Qualitätsberichterstattung. Er ähnelt eher dem Ansatz in der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser in Deutschland nach § 137 SGB V. Allerdings werden die OASIS-Indikatoren auch für die öffentliche Darstellung genutzt, damit sich die potenziellen Nutzer ein Bild des Leistungsspektrums und der Versorgungsqualität machen können.

OASIS ist eingebunden in die Regelungen im Rahmen der durch Medicare und Medicaid refinanzierten Dienstleistungen. Die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) haben die folgenden Ziele für die häusliche Versorgung formuliert¹: Effektivität, Effizienz, Gleichheit, Patientenzentrierung, Sicherheit und Rechtzeitigkeit. Unter der Maßgabe dieser übergeordneten Zielsetzung wurden 27 Qualitätsmaßstäbe bzw. -indikatoren entwickelt, die sich drei Bereichen zuordnen lassen:

- „Verbesserungskriterien“ (improvement measures), mit denen Veränderungen in den Fähigkeiten des Patienten oder mit Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand erhoben werden;

¹ Die folgenden Ausführungen basieren auf den Angaben der Internetseite der Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS.gov) zur Home Health Quality Initiative vom Februar 2015

- „Kriterien zu potenziell vermeidbaren Ereignissen“ (measures of potentially avoidable events), bei denen es sich um schwerwiegende, potenzielle Probleme in der Pflege handelt, die nicht allzu häufig auftreten (z.B. Verletzungen durch Stürze, Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen oder substantielle Verschlechterungen in drei oder mehr Lebensaktivitäten) sowie
- „Kriterien zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ (Utilization of care measures), wie z.B. die Inanspruchnahme von Notfalldiensten oder Krankenhausaufenthalte. Sämtliche Kriterien sind auf Basis eines hoch komplexen Systems risikoadjustiert.

Die Datensammlung erfolgt im Rahmen eines ebenfalls sehr komplexen Systems und ist an vollständige Pflegeperioden („episodes of care“) von 30 oder 60 Tagen gebunden. Diese Perioden bilden die Grundlage des prospektiven Vergütungssystems in den USA, welches grundsätzlich andere wirtschaftliche Anreize setzt als die in Deutschland üblichen Regelungen. Die Datenerhebungen finden zu Beginn („start of care“) oder nach Wiederbeginn („resumption of care“) einer Pflegeperiode und zum Ende („discharge from care“) statt.

Die Nutzung der Indikatoren zur Berichterstattung erfolgt im Rahmen des frei zugänglichen „Home Health Compare“ Systems, mit dem es über eine Internetseite für alle Interessierten möglich ist, generelle Informationen, Angaben zur Versorgungsqualität und die Ergebnisse von Patientenbefragungen einzusehen. Es können jeweils drei Anbieter ambulanter Pflegeleistungen („Home Health Agencies“) in den Vergleich einbezogen werden. Deren Daten werden in Beziehung zu den Durchschnittswerten des jeweiligen Bundesstaates sowie des nationalen Durchschnitts gesetzt. Zur Illustration zeigt das nachfolgende Bildschirmfoto einige der Angaben zur Versorgungsqualität, die über „Home Health Compare“ angezeigt werden können. Die Auswahl der Stadt Eau Claire im Bundesstaat Wisconsin sowie der drei Agencies ist rein zufällig.

Managing daily activities

- Find out why these measures are important.
- Get more information about the data.
- Get the current data collection period.

Show Graphs

	x ST JOSEPHS HOSPITAL HHA (715) 726-3485 Add to my Favorites	x MAYO CLINIC HEALTH SYSTEM HOME HEALTH & HOSPICE (715) 831-0100 Add to my Favorites	x INTERIM HEALTHCARE OF WESTERN WISCONSIN (715) 377-9617 Add to my Favorites	WISCONSIN AVERAGE	NATIONAL AVERAGE
How often patients got better at walking or moving around	49%	47%	64%	62%	63%
How often patients got better at getting in and out of bed	57%	48%	65%	60%	58%
How often patients got better at bathing	58%	59%	70%	64%	68%

Für die Zukunft ist in den USA ein Sterne-Rating in Vorbereitung, bei dem 10 der 27 Qualitätsmaßstäbe zur Berichterstattung herangezogen werden sollen. Gedacht ist bislang an die Prozesskriterien:

- rechtzeitiger Versorgungsbeginn (timely initiation of care)
- Vermittlung von Wissen zu verfügbaren Medikamenten (drug education on all medications provided to patient/caregiver)
- Grippeimpfung für die aktuelle Grippewelle (influenza immunization received for current flu season)
- Pneumokokkenimpfung (pneumococcal vaccine ever received)

sowie die Ergebniskriterien:

- Verbesserung der Mobilität (improvement in ambulation)
- Verbesserung beim Transfer in das und aus dem Bett (improvement in bed transferring)
- Verbesserung beim Baden (improvement in bathing)
- Verbesserung der Schmerzsymptomatik bei der Durchführung von Aktivitäten (improvement in pain interfering with activity)
- Verbesserung der Kurzatmigkeit (improvement in shortness of breath)
- Krankenhauseinweisung aufgrund einer Akutsituation (acute care hospitalization)

Dieser kurze Überblick mag genügen, um zu verdeutlichen, dass eine einfache Übertragung dieses Ansatzes weder sinnvoll noch möglich erscheint und die in Deutschland diskutierten Fragen nicht ohne weiteres lösen kann. Empfehlenswert erscheint also auch vor diesem Hintergrund zunächst die Entwicklung und Nutzung von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement. Mittelfristig wird sich auf dieser Basis ggf. die Frage beantworten lassen, ob und welche dieser Indikatoren auch zu einem anderen Verwendungszweck, wie z.B. der externen Qualitätssicherung oder der Berichterstattung, genutzt werden können. Im Zuge einer schrittweisen Entwicklung sollte dabei auch entschieden werden, ob und zu welchem Qualitätsaspekt eher relationale und zu welchem auf Soll-Vorgaben durch Standards und Leitlinien basierende Indikatoren sinnvoll erscheinen.

Der Verwendung von Indikatoren sollte immer eine Prüfung auf der Basis wissenschaftlicher Kriterien vorausgehen, unabhängig davon, ob sie sich auf Standards oder Leitlinien oder ein relationales Modell beziehen. Eine Auswahl aus der Vielzahl international auch für die ambulante Pflege verfügbarer Indikatoren ohne eine entsprechende empirische Prüfung zu treffen, stellt kein tragfähiges Verfahren für den Einsatz von Indikatoren dar.

Können die für die stationäre Pflege entwickelten Indikatoren auf die ambulante Pflege übertragen werden?

Vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Überlegungen zur Nutzung von Indikatoren und zum Verantwortungsbereich ambulanter Pflegedienste erscheint die Nutzung der für die stationäre Pflege entwickelten Indikatoren nicht sinnvoll, wobei ausdrücklich darauf hinzuweisen ist, dass die erarbeiteten Bereiche der Ergebnisqualität (Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit; Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen; Unterstützung bei

spezifischen Bedarfslagen; Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung sowie Tagesgestaltung, Kommunikation und soziale Beziehungen) auch für die ambulante Pflege hohe Bedeutung haben.

Wenn Ergebnisqualität keine relevante Dimension ist, was könnte dann eine Alternative für die Qualitätsberichterstattung sein?

Es konnte verdeutlicht werden, dass Ergebnisqualität durchaus eine relevante Dimension der Qualität der ambulanten Pflege ist, sie ist jedoch auf Basis der derzeitigen Rahmenbedingungen nicht für die Qualitätsberichterstattung geeignet. Ergebnisqualität ist jedoch nicht die einzige Dimension, sondern die Aufmerksamkeit sollte ebenso auf Struktur- und Prozessaspekte gerichtet werden. Zudem wären sämtliche genannten Aspekte zur Interaktion und zur Gestaltung von Aushandlungsprozessen zwischen ambulantom Pflegedienst und den Mitgliedern der versorgten Pflegehaushalte zu berücksichtigen.

Ein Blick in die nationale und internationale Literatur verweist auf eine Vielzahl möglicher Qualitätsdimensionen und –kriterien, z.B.

- die Kriterien Sicherheit, Kontinuität, Zugehörigkeit, Zielgerichtetheit, etwas erreichen können und Bedeutsamkeit nach Nolan et al. (2001), die bereits erwähnt wurden
- die Dimensionen Zugang/Zugänglichkeit, Verfügbarkeit von Leistungen, Effektivität, Koordination, Effizienz, Sicherheit, Angemessenheit, Kontinuität und Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit und Nachhaltigkeit, die Hasseler et al. (2013) aus verschiedenen Quellen zusammengestellt haben
- die Qualitätsdomänen nach Leff et al. (2015):
 - Assessment – verstanden als umfangreiches Assessment der physischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Symptome; der physischen, ausführenden und kognitiven Funktionen; der Health Literacy; der Ziele und Ressourcen; des Bedarfs an Koordination der Versorgung; der Belastung des Patienten und/oder Angehörigen, sowie von Stressfaktoren, sozialer Unterstützung und Sicherheitsaspekten;
 - Versorgungskoordination – Übergabe zwischen den Settings, Kommunikation zwischen Zielen und Präferenzen, insbesondere bei unerwünschten Ereignissen, Nutzung lokaler Angebote;
 - Sicherheit (Medikamentenverträglichkeit, Vermeidung von Sturz und Verletzung, Sicherheit bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen; Missbrauch und Vernachlässigung)
 - Lebensqualität (Optimierung von Komfort und Sicherheit sowie des Symptommanagements, Reduzierung der Behandlungsbelastung, Einschaltung präventiver Dienste);
 - Kompetenz professioneller Dienstleister (Wissen um das Management medizinischer Probleme in der häuslichen Umgebung; Fähigkeit zur interpersonellen Kommunikation);
 - Zielerreichung – Zusammenführung der Ziele von Patienten und Angehörigen; Gewährleistung von Kommunikation über und Erreichung von realistischen Versorgungszielen;
 - Patientenedukation – im Sinne einer Förderung des Selbstmanagements und Förderung der Kompetenz von Patienten und Angehörigen;

- Zugang – rechtzeitiger Beginn der Versorgung; Zugang zur Versorgung an sieben Tagen in der Woche für jeweils 24 Stunden, Sicherstellung und Koordination des Zugangs zu spezialisierten oder Hilfsdiensten;
- Erfahrung von Patienten und Angehörigen – Gewährleistung von Vertrauen zwischen Patienten, Angehörigen und Team, Umgang mit den Stressoren von Patienten und Angehörigen, Minimierung von Wartezeiten;
- Kosten bzw. bezahlbare Versorgung; Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Berücksichtigung finanzieller Sorgen der Patienten und Angehörigen.
- Themenbereiche, die von Hasseler et al. (2013) bei der Recherche nach Indikatoren für die ambulante Pflege verwendet wurden:
 - Häusliche Pflegearrangements unterstützen und stabilisieren
 - Beratung und Edukation von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen
 - Koordination häuslicher Pflegearrangements und Kooperation mit Schnittstellen
 - Verhinderungspflege
 - Umsetzung der relevanten Expertenstandards
 - Lebensqualität
- Zielsetzungen, die in den „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ zwischen den Vertragsparteien 2011 vereinbart wurden.
 - Verbleib in der Häuslichkeit
 - Zufriedenheit und Lebensqualität
 - Wiedergewinnung körperlicher, geistiger und seelischer Kräfte
 - Berücksichtigung des anerkannten Stands der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse
 - Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit
 - Abstimmung mit den Wünschen der Pflegebedürftigen und situationsangepasste Versorgung
 - Berücksichtigung religiöser und kultursensibler Bedürfnisse sowie Wünschen nach gleichgeschlechtlicher Pflege
 - Partnerschaftliche Zusammenarbeit der Beteiligten einschließlich Informations- und Erfahrungsaustausch

Es fehlt also nicht an möglichen Bereichen, Dimensionen und Kriterien, anhand derer Qualitätsfragen der häuslichen Pflege insgesamt und der Qualität der ambulanten Pflegedienste im Besonderen diskutiert und konkretisiert werden könnten. Die einzelnen Bereiche, Dimensionen und Zielsetzungen zur Qualität in der ambulanten Pflege liegen jedoch auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen vor und richten sich auch nicht nur an ambulante Pflegedienste. Trotz aller Unterschiedlichkeit gibt es jedoch auch Gemeinsamkeiten. So fällt auf, dass der Aspekt der Sicherheit der pflegebedürftigen Menschen eine zentrale Bedeutung hat. Auch die Bereiche der Koordination und Kontinuität finden sich mehrfach. Nicht zu übersehen ist zudem der Bezug zu den Ergebnisbereichen aus dem Projekt zur stationären Altenhilfe (BMG/BMFSFJ 2011).

Eine Rangfolge der verschiedenen Ergebnisbereiche dürfte nur schwerlich zu begründen sein, da die Wichtigkeit der einzelnen Bereiche in hohem Maße von der individuellen Situation des pflegebedürftigen Menschen abhängt. Es spricht jedoch nichts dagegen, innerhalb

eines ambulanten Pflegedienstes oder eines Verbandes einzelne Bereiche, wie z. B. die Sicherheit pflegebedürftiger Menschen vor physischer oder psychischer Bedrohung und Gefährdung herauszugreifen und ihnen verstärkte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Ohne redundant werden zu wollen, sei darauf hingewiesen, dass sich natürlich auch die Bereiche anbieten, zu denen bereits Qualitätsinstrumente vorliegen. Entsprechend bietet die Konzentration auf eine bestimmte Qualitätsdimension die Möglichkeit, die Aufmerksamkeit auf diesen Bereich zu lenken, die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen und die leistungsrechtliche Verankerung voranzutreiben.

Wie kann man die Dienste im diversifizierten Leistungsgeschehen und bei unterschiedlichem Klientel vergleichbar machen (Gruppenbildung/ Versorgungskonstellationen)?

Es wurde bereits dargelegt, dass Spezialisierungen innerhalb der ambulanten Pflegedienste nur in begrenztem Ausmaß stattgefunden haben. Zwar gibt es Hinweise darauf, dass vor allem die häusliche Intensivpflege einen Zuwachs verzeichnet, aber die Mehrheit der ambulanten Pflegedienste erbringt auf Basis unterschiedlicher Ausgangsvoraussetzungen ein weitgehend ähnliches Leistungsspektrum.

Es wäre daher zuerst zu fragen, welchem Zweck die Vergleichbarkeit dienen soll. Aus Nutzersicht dürften grundlegende Aspekte, von denen einige bereits genannt wurden, von prioritärer Bedeutung sein, z. B. Fragen des Leistungsspektrums, der Kosten, der Passung in das eigene häusliche Pflegearrangement, der Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um nur einige zu nennen. Wenn die Vergleichbarkeit der Nutzerinformation dienen soll, dann wäre ein Portal mit den genannten Informationen hilfreich, das jedoch in Form des „Pflegeplaners“ im Rahmen der Weißen Liste bereits existiert (s. www.pflegeplaner.weisse-liste.de). Für die Auswahl eines Pflegedienstes aus Nutzersicht gibt es darüber hinaus weitere Hilfestellungen durch die Pflegekassen, die Verbraucherverbände und verschiedene Beratungsstellen. Für besondere Problemlagen wie z.B. die ambulante Kinderkrankenpflege, die häusliche Intensivpflege oder die ambulante psychiatrische Pflege dürfte aus Nutzersicht die Verfügbarkeit und der Zugang zu entsprechenden Angeboten vorrangig sein, da der Bedarf zur Inanspruchnahme solcher Pflegedienste eine hohe Pflegeintensität vermuten lässt, der Familien, Bekannte und Freunde allein nur selten gerecht werden können. Zudem gestaltet sich die Verfügbarkeit entsprechender Angebote im Bundesgebiet unterschiedlich.

Die Vergleichbarkeit auf einer übergeordneten Ebene im Sinne eines Benchmarking ist unter den derzeitigen Gegebenheiten nicht möglich und es wäre auch dabei zu fragen, welchem Zweck eine solche Darstellung dienen sollte. Eine Verknüpfung von Qualität und Vergütung im Sinne des „pay for performance“ wird im Rahmen eines Gutachtens zur Qualität 2030 für das SGB V angeregt und diskutiert (Schrappe 2015). Für die ambulanten Pflegedienste kommt diese Diskussion deutlich zu früh, da es keinerlei Anknüpfungspunkte dafür gibt.

Eine Vergleichbarkeit auf Basis der Nutzerstruktur anhand der Eingruppierung in Pflegestufen erscheint derzeit aus verschiedenen Gründen nur bedingt sinnvoll zu sein. So wurde bereits mehrfach verdeutlicht, dass die Zahl derjenigen, die nur nach dem SGB XI Leistungen

erhalten, insgesamt überschaubar ist. Zudem sagt die Eingruppierung in eine Pflegestufe nur bedingt etwas über Ausmaß und Intensität der Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes. So ist es denkbar, dass der ambulante Pflegedienst bei einem pflegebedürftigen Menschen in der Pflegestufe I, der allein zu Hause lebt und über nur eine geringe Rente verfügt, deutlich mehr gefordert ist, als bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, der durch verschiedene Angehörige und unter Verfügbarkeit ausreichender finanzieller Mittel seine Versorgung organisiert.

Weitgehend unbeachtet sind bislang auch weitere Fragen wie z.B. die Größe des ambulanten Pflegedienstes oder die Auswirkung der örtlichen Ansiedlung geblieben. Die Ansiedlung in sozialen Brennpunkten stellt für ambulante Pflegedienste sicher andere Herausforderungen wie die Ansiedlung im gut situierten Vorort einer Großstadt. Insgesamt sind diese Zusammenhänge bislang nur unzureichend bis gar nicht untersucht worden.

Vor dem Hintergrund der hier nur kurz skizzierten Überlegungen wird empfohlen, den Aspekt der Vergleichbarkeit ambulanter Pflegedienste vor allem im Hinblick auf die Information potenzieller Nutzer zu diskutieren und darauf auszurichten. Die Notengebung im Rahmen der Pflege-Transparenzvereinbarung hat den Eindruck erweckt, dass es analog der Bewertung schulischer Leistungen möglich ist, ambulante Pflegedienste hinsichtlich ihrer Leistungen mit einer Note zu bewerten. Dass dieser Ansatz methodisch problematisch ist, wird bereits seit langem angemerkt. Problematisch ist zudem, dass die Differenzierung nach Leistung nunmehr auch für die Nutzerinformation das entscheidende Kriterium sein soll. Damit ist faktisch in den letzten Jahren eine Desinformation betrieben worden, da Leistung (also Qualität) und Note nicht immer in einer ursächlichen Beziehung zu einander standen. Daher sollte in naher Zukunft dieser Aspekt zurückhaltend betrachtet werden.

Da eine grundlegende Verständigung auf ein tragfähiges System zur Berichterstattung der Ergebnisse externer Qualitätsprüfungen Zeit in Anspruch nehmen wird, stellt sich die Frage, wie bis zu einer Verständigung mit der gesetzlichen Anforderung der Veröffentlichung der Prüfergebnisse umzugehen ist. Ein erster Schritt könnte darin bestehen, statt der Notengebung zu den relevanten Veröffentlichungsbereichen zu einer zusammenfassenden Beschreibung der Bereiche „Pflegerische Leistungen“, „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ sowie „Dienstleistung und Organisation“ zu kommen. In einem zweiten Schritt ließen sich gezieltere Aussagen zum internen Qualitätsmanagement in die Berichterstattung integrieren, z.B. zu welchen Aktivitäten bzw. Leistungen des ambulanten Pflegedienstes regelmäßige Audits oder Evaluationen durchgeführt werden – diese Information würde aufzeigen, welche Aspekte dem Pflegedienst besonders wichtig erscheinen. Der dritte Schritt könnte in der Nutzung von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement bestehen.

Der kurze Einblick in die vielfältigen Qualitätsdimensionen und –kriterien bietet Anhaltspunkte für weitere Angaben, die zum Bestandteil der Veröffentlichung werden könnten. Ambulante Pflegedienste könnten sie nutzen, um sich über die Qualität ihrer Arbeit zu verständigen. Für eine übergreifende Berichterstattung bedarf es, wie bereits erwähnt, der konzeptionellen und empirischen Vorarbeit, um entscheiden zu können, ob und welche der Bereiche sich für die Qualitätsberichterstattung eignen.

Von den Mitarbeitenden wird als Erfolgskriterium benannt, dass die Pflege durchgeführt werden kann. Einen hohen Stellenwert hat die Beziehungsgestaltung. Kann dies im Rahmen der Qualitätsberichterstattung dargestellt werden und ggf. wie?

Die Beziehungsgestaltung gehört zu den bereits angesprochenen kommunikativen und interaktiven Aspekten der ambulanten Pflege, die sehr zeitintensiv sind. Auch die Frage der Durchführbarkeit von Pflege verweist auf die alltäglichen Auseinandersetzungen, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste zu führen haben.

Für das interne Qualitätsmanagement erscheint es ratsam, einen Überblick über gehäuft in diesem Zusammenhang auftretende Probleme sowie gelungene und weniger gelungene Lösungsansätze zu haben. Intern können Qualitätszirkel, Fallbesprechungen oder gemeinsame Pflegevisiten mögliche Ansatzpunkte zur Bearbeitung entsprechender Fragestellungen leisten. Über den Umgang des internen Qualitätsmanagements mit den genannten Anforderungen ließe sich sicher berichten, wobei es schwer fällt, sich adäquate Indikatoren dafür vorzustellen, die der Komplexität gerecht werden und dennoch übergeordnete Aussagekraft besitzen. Insgesamt erscheint es daher sinnvoller, wie bereits angedeutet, den interaktiven und kommunikativen Aspekten auf der leistungsrechtlichen Ebene besser zu begegnen und sie im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu bearbeiten.

Der Aspekt, dass die Pflege durchgeführt werden kann, ist sicher in vielen häuslichen Pflegearrangements als ein Erfolg zu werten. Ihn isoliert für die Qualitätssicherung und –berichterstattung herauszustellen erscheint nicht zielführend. Die Durchführbarkeit der Pflege in schwierigen Pflegearrangements wäre eher als das Ergebnis von gut verlaufenden Aushandlungs- und Vereinbarungsprozessen zu verstehen, zu denen bereits Stellung bezogen wurde.

Soll es einen Systemwechsel analog dem stationären Bereich geben oder eher eine grundlegende Weiterentwicklung der PTVA?

Eine grundlegende Weiterentwicklung der PTVA erscheint vor dem Hintergrund der Ausführungen in diesem Gutachten nicht angezeigt. Die PTVA weist ähnliche grundsätzliche Probleme auf wie die PTVS, die an anderen Stellen verdeutlicht sind und daher hier nicht vertieft werden sollen, und lässt entsprechend nur geringes Potenzial für eine zielführende Weiterentwicklung vermuten. Die ambulanten Pflegedienste stehen vor einer Vielzahl von inhaltlichen Herausforderungen, für die leistungsrechtlich nur unzureichende Voraussetzungen bestehen. Der Fokus sollte daher darauf gelegt werden, wie ambulante Pflegedienste wirksam zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen können und welche Anreize zur internen Qualitätsentwicklung in diesem Zusammenhang gegeben werden können. Dies erscheint vielversprechender als die Weiterentwicklung eines insgesamt sehr umstrittenen Systems dessen Potenzial zur Verbesserung der Pflegequalität in hohem Maße fragwürdig ist.

Literatur:

- Bauer, U./Büscher, A. (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS
- BMG (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG
- BMG/BMFSFJ (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Berlin: BMG/BMFSFJ
- Braun, U./Schmidt, R. (Hg.) (1997): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer-Verlag
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2008): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Düsseldorf: BQS (verfügbar unter: <http://www.bqs-institut.de/images/stories/doc/106-qualify-down.pdf>, letzter Zugriff: 10.07.2013)
- Burau, V.; Theobald, H.; Blank, R.H. (2007): Governing Home Care. A Cross-National Comparison. Cheltenham (UK): Edward Elgar
- Büscher, A./Boes, C./Budroni, H./Hartenstein, A./Holle, B. (2005): Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Abschlussbericht. Witten: Private Universität Witten/Herdecke
- Büscher A. (2007): Negotiating helpful action. A substantive theory of the relationship between formal and informal care. Acta Universitatis Tamperensis 1206. Tampere: Tampere University Press
- Büscher, A./Budroni, H./Hartenstein, A./Holle, B./Vosseler, B. (2007): Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege. Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets. In: Pflege & Gesellschaft 12 (4), 343-359
- Büscher, A./Horn, A. (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. P10-145. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld: IPW
- Büscher, A. (2011): Ambulante Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 491-512
- Büscher, A./Klie, T. (2012): Qualität und Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 43 (3): 70-80
- Büscher, A./Klie, T. (2013): Perspektivenwerkstatt 2013. Qualitätsentwicklung und Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege. Abschlussbericht für das ZQP. Verfügbar unter: <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00327/attachment01.pdf> (letzter Zugriff: 04.08.2014)
- Büscher, A./Kabore, A. (2014): Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis von Expertenstandards. In: Schiemann, D./Moers, M./Büscher, A. (Hg.)(2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer, 191-201
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2011): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertestandards in der Pflege. Osnabrück: DNQP. Verfügbar unter: <http://www.dnqp.de>
- Elsbernd, A. (2014): Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Altenpflege auf der Basis von Expertenstandards. In: Schiemann, D./Moers, M./Büscher, A. (Hg.)(2014): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer, 202-215
- Ewers, M./Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. P99-107. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld: IPW
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber
- Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2011): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V
- G-BA (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Juli 2014. Veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 06.10.2014 B2
- Hackmann, M. (2001): Zur Geschichte der Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege. In: Gehring, M./Kean, S./Hackmann, M./Büscher, A. (2001): Familienbezogene Pflege. Bern: Huber, 209-219
- Haslbeck, J. (2009): Medikamente und chronische Krankheit. Selbstmanagementanforderungen im Krankheitsverlauf aus Sicht der Erkrankten
- Haslbeck, J./Schaeffer, D. (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. Pflege 20 (2): 82-92
- Hasseler, M./Görres, S. (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen. Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Hannover: Schlütersche

- Hasseler, M./Görres, S./Fünfstück, M. (2013): Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes
- Jansen, B. (1997): Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, U./Schmidt, R. (Hg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer-Verlag, 77-95
- Jeon, Y.H. (2004): Shaping mutuality: Nurse – family caregiver interactions in caring for older people with depression. *International Journal of Mental Health Nursing* 13: 126-134
- Larsen, C./Joost, A./Heid, S. (Hg.) (2009): Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München: Rainer Hampp Verlag
- Leff, B.; Carlson, C.M.; Saliba, D.; Ritchie, C. (2015): The invisible Homebound: Setting quality-of-care standards for home-based primary and palliative care. In: *Health Affairs* 34 (1): 21-29
- MDS (2014): 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a, Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. MDS: Essen
- Moers, M. (1997): Ambulante Pflege in Deutschland – auf dem Weg zur Gemeinwesenorientierung? *Pflege* 10 (2): 101-112
- Nolan, M./Davies, S./Grant, G. (Hg.) (2001): Working with older people and their families. Key issues in policy and practice. Buckingham: Open University Press
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e.V. (Hg.) (2013): Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes. Berlin: Paritätischer
- Roth, G. (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Forschungsergebnisse, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 226. Stuttgart: Kohlhammer
- Schaeffer, D. (1992): Grenzen ambulanter Pflege. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P92-210. Berlin: WZB
- Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.) (2002): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Schmidt-Kähler, S. (Hg.) (2006): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 352-369
- Schaeffer, D. (Hg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, 329-364
- Schrappé, M. (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sießegger, T. (1997): Wieviel Zeit ist möglich? Vergütungsorientierte Einsatzplanung in ambulanten Diensten. In: *Häusliche Pflege* 9: 29-33
- Slotala, L. (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- VdAK (2002): Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI. Siegburg: VdAK
- Ward-Griffin, C./McKeever, P. (2000): Relationships between nurses and family caregivers: Partners in Care? *Advances in Nursing Science* 22(3): 89-103
- WHO Regional Office for Europe (2008): The solid facts. Home Care in Europe. Edited by R. Tarricone & A. D. Tsouros. Kopenhagen: WHO Europe
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld
- Zeman, P. (1997): Häusliche Pflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Hilfesystemen. In: Braun, U./Schmidt, R. (Hg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer-Verlag, 97-112
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2011): Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung. Berlin: ZQP. Verfügbar unter: <http://www.zqp.de/index.php?pn=project&id=35> (letzter Zugriff: 05.03.2015)
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2013): Perspektivenwerkstatt 2013. ZQP-Fokus: Qualität in der häuslichen Pflege. Berlin: ZQP. Verfügbar unter: <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00327/attachment00.pdf> (letzter Zugriff: 04.08.2014)