

Pflichten, Standards, Transparenz

Das veränderte System der Qualitätsentwicklung im SGB XI

■ Roland Schmidt

Mit der Reform der Pflegeversicherung wurden zahlreiche neue Vorschriften für die Dienste und Einrichtungen der Altenpflege geschaffen. Die neuen Vorgaben sollen vor allem für eine bessere Qualität der ambulanten und stationären Pflege sorgen.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Pflege-WEG) wurde das bisherige System der Qualitätsentwicklung im SGB XI nochmals reformiert. Noch stehen nicht alle Details der Reform fest. Grund hierfür ist, dass der Gesetzgeber den Pflegevertragsparteien unter Hinzuziehungen weiterer Beteiligter mehrfach aufgibt, erforderliche Regelungen zu verhandeln und zu beschließen. Es wird also noch eine gewisse Zeitspanne verstreichen, ehe die Reform des Systems der Qualitätsentwicklung im SGB XI scharf gezeichnete Konturen erhält. Trotzdem sind zwei Impulse gesetzt und von besonderem Gewicht: die Implementierung eines Verfahrens zur Entwicklung und Verbindlichmachung von Expertenstandards in Pflege und Betreuung und die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen. Mit erstgenanntem wird die Evidenzbasierung in der Langzeitpflege forciert.

I. Qualitätssicherungsverpflichtungen

Voraussetzung der Zulassung zur Versorgung (§ 72 SGB XI) sind nun die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das neuerdings den Maßgaben der Vereinbarung nach § 113 SGB XI entsprechen muss, sowie die Verpflichtung, alle Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden. Gröbliche Verletzungen nach § 74 SGB XI stellen einen Grund zur Kündigung des Versorgungsvertrags dar. Neu ist, dass die Pflegekassen zur Vermeidung einer Kündigung Auflagen machen können; genannt werden: Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für verantwortliche Pflegefach-

kraft und leitende Mitarbeiter sowie ein Aufnahmestopp neuer Pflegebedürftiger bis Mängel abgestellt worden sind.

In Pflegesatzvereinbarungen sind Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen (§ 84 Abs. 5 SGB XI); der voraussichtlich zu versorgender Personenkreis sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, weiterhin die vorzuhaltende personelle Ausstattung (gegliedert nach Berufsgruppen) sowie Art und Umfang der Ausstattung mit Verbrauchsgütern. Diese Merkmale wurden zuvor in Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a SGB XI alt, nun gestrichen) und unabhängig von Entgeltverhandlungen festgelegt. Dies tangierte die Praktikabilität vor allem zulasten der Einrichtungsträger. Bei der Bemessung der Pflegesätze können zukünftig Pflegesätze von Einrichtungen berücksichtigt werden, die nach Art und Größe sowie nach Leistungs- und Qualitätsmerkmalen gleichartig sind. Der Träger ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung sicherzustellen und die personelle Ausstattung auf Verlangen einer Vertragspartei in einem Personalabgleich nachzuweisen.

Maßstäbe für die Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung sind neben diesen Leistungs- und Qualitätsmerkmalen auch die verbindlichen Anforderungen der »Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität« nach § 113 SGB XI. Die Vertragsparteien – das sind: der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene – vereinbarten unter Beteiligung weiterer benannter Organisationen bis um 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich die Maßstäbe und Grundsätze

- der Qualitätssicherung und
- für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist.

Prof. Dr. Roland Schmidt lehrt Gerontologie und Versorgungsstrukturen an der Fachhochschule Erfurt.
E-Mail roland.schmidt@fh-erfurt.de

Sie sind Bundesanzeiger zu veröffentlichen und unmittelbar verbindlich für Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen.

In diesem Kontext sind zudem Anforderungen an Pflegedokumentation, Sachverständige und Prüfinstitutionen sowie die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren zu definieren. Kommt die Vereinbarung bis zum genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei und das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI anrufen. Diese setzt dann mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt fest. Gegen diese Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Eine Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Die Kündigungsfrist beträgt ein Jahr. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt die alte weiter.

II. Expertenstandards

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI stellen die Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher (§ 113a SGB XI). Diese repräsentieren den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Beteiligt werden wiederum weitere, im Gesetz namentlich genannte Organisationen, die ein Vorschlagsrecht für zu bearbeitende Themen für Expertenstandards haben.

Der Auftrag zur (a) Entwicklung, (b) Aktualisierung und (c) Einführung von Expertenstandards erfolgt durch Beschluss der Vertragsparteien. Kommt dieser nicht zustande, können alle Parteien sowie das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI anrufen. Ein Beschluss der Schiedsstelle, dass ein Expertenstandard gemäß der Verfahrensordnung zustande gekommen ist, ersetzt den Einführungsbeschluss der Vertragsparteien. Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Implementierung ist durch die Vertragsparteien zu unterstützen.

Die Vertragsparteien beschließen eine Verfahrensordnung, die die methodische

und pflegefachliche Qualität und die Transparenz des Verfahrens sicherstellt. Herausgestellt werden im Gesetz die anerkannten methodischen Grundlagen der Evidenzbasierung (und hier v. a. die wissenschaftliche Fundierung) sowie die Unabhängigkeit. Diese Erfordernisse stellen zugleich zentrale Kriterien dar, an Hand derer die Qualität dieser zu vereinbarenden Verfahrensordnung zu bewerten ist. Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt sie bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird der Inhalt durch beide Ministerien festgelegt.

Die Kosten für Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sind Verwaltungskosten und werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich in einer im Gesetz bestimmten Höhe.

Die Vertragsparteien richten gemeinsam bis zum 30. September 2008 die Schiedsstelle Qualitätssicherung ein (§ 113b SGB XI). Diese setzt sich zusammen aus Vertretern des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen (darunter je ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände) und der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (darunter kann ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe sein) in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.

Kommt eine Einigung über die Besetzung der Schiedsstelle bis zum 31. Oktober 2008 nicht zustande, werden die unparteiischen Mitglieder durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Bestellen die Organisationen bis zum 30. September 2008 keine Mitglieder der Schiedsstelle, wird diese durch die drei vom Präsidenten des Bundessozialgerichts berufenen unparteiischen Mitgliedern gebildet.

Die Vertragsparteien vereinbaren in einer Geschäftsordnung das Nähere. Kommt diese bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle übt gleichfalls das Ministerium aus; sie kann vorübergehend

auf das Bundesversicherungsamt übertragen werden.

Entscheidungen der Schiedsstelle sind mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten zu treffen. Gegen Entscheidungen der Schiedsstelle kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden. Eine aufschiebende Wirkung hat das Einreichen einer Klage nicht.

III. Qualitätsprüfungen und Veröffentlichung der Prüfergebnisse

Es gibt nunmehr folgende Prüfungsarten: Regelprüfungen, Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen (§ 114 SGB XI). Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder durch von ihnen bestellte Sachverständige in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal eine Regelprüfung. Danach erfolgt die Regelprüfung in jährlichem Turnus. Sie erfasst insbesondere die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Die Regelprüfung kann aber auch auf Prozesse und Strukturen ausgedehnt werden. Gegenstände der Prüfung sind allgemeine Pflegeleistungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung (einschließlich zusätzlicher Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI) sowie die Empfehlungen nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes.

Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

- Erkenntnisse der Heimaufsicht oder anderer nach Landesrecht durchgeführter Prüfverfahren darüber vorliegen, dass die abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind, oder
- Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus Prüfungen vorliegen, die durch die Pflegeeinrichtung oder den Einrichtungsträger veranlasst wurden. Voraussetzung ist, dass

- (1) es sich um ein durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkanntes Verfahren handelt und die Messung durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen gemäß den Anforderungen nach § 113 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI durchgeführt wurde,

(2) die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt sowie

(3) die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI veröffentlicht werden.

Eine Prüfung der Ergebnisqualität ist stets durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen durchzuführen.

Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den Anlass hinaus. Er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. Von den Landesverbänden der Pflegekassen kann im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung auf Kosten der Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden.

Auf Antrag und Kosten der Pflegeeinrichtung ist eine Wiederholungsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen zu veranlassen, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Prüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen.

Prüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen

Dienstes der Krankenkassen »Richtlinien über die Prüfung nach § 114 SGB XI«. Die zuvor zur Stellungnahme aufzufordernden Organisationen werden im Gesetz namentlich aufgeführt. Die Richtlinie ist regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

Folgende Formen der Veröffentlichung von Prüfergebnissen sieht das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vor:

- Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität – insbesondere mit Blick auf Ergebnis- und Lebensqualität – in verständlicher, übersichtlicher und vergleichbarer Form sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden (§ 115 SGB XI). Zugrunde zu legen sind die Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und gleichwertige Prüfergebnisse (§ 114 Abs. 3 und 4 SGB XI). Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen.
- Eine Einordnung der Prüfergebnisse

nach einer Bewertungssystematik und eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind in jeder Pflegeeinrichtung an gut sichtbarer Stelle auszuhängen.

- Die Informationspflicht der Pflegekassen (§ 7 SGB XI) erstreckt sich neben anderen Themen auch auf Hinweise zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen.

Kriterien der Veröffentlichung (inkl. Bewertungssystematik) werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes vereinbart. Weitere im Gesetz genannte zu Beteiligende sind frühzeitig zu informieren und ihnen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommen diese Kriterien nicht fristgerecht zustande, werden sie auf Antrag eines Vereinbarungspartners oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI festgesetzt. ♦

Expertenstandards in der Pflege

Stand der internationalen Qualitätsdiskussion in den Pflegeberufen ist seit langem, dass neben betriebsinternen entwickelten Pflegestandards und Arbeitsablaufbeschreibungen auch von Pflegeexperten erarbeitete evidenzbasierte und von der Berufsgruppe konsentrierte Qualitätsinstrumente in die Pflegepraxis zu implementieren sind, um das Qualitätsniveau in Gesundheits- und Altenhilfeeinrichtungen für Patienten und Betroffene spürbar zu verbessern.

In Deutschland arbeitet das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) seit 1999 an der aufwendigen Entwicklung evidenzbasierter Expertenstandards in der Pflege, die für die professionelle Pflege insgesamt als richtungsweisend anzusehen sind.

Expertenstandards sind als ein Instrument zu verstehen, mit deren Hilfe die Qualität von Leistungen definiert, eingeführt und bewertet werden kann und das Auskunft darüber gibt, welche Verantwortung die Berufsgruppe gegenüber der Gesellschaft, den Pflegebedürftigen, dem Gesetzgeber wie auch gegenüber ihren einzelnen Mitgliedern übernimmt. Die zentralen Funktionen von Expertenstandards in der Pflege sind daher:

- berufliche Aufgaben und Verantwortungen zu definieren
- Innovationen in Gang zu setzen
- eine evidenzbasierte Berufspraxis, berufliche Identität und Beweglichkeit zu fördern und
- Grundlage für einen konstruktiven Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen zu sein.

Pflegestandards sind also – zusammenfassend gesagt – ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege einschließt. Standards geben die Zielsetzung komplexer pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsspielräume und Handlungsalternativen vor und eignen sich für Pflegeprobleme mit erheblichem Einschätzungsbedarf und Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil.

Bislang vorliegende Expertenstandards für die Pflege sind:

- Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Februar 2004. 137 Seiten. 17,- Euro. ISBN 3-00-009033-9.
- Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. April 2004. 148 Seiten. 17,50 Euro. ISBN 3-00-010559-X.
- Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Mai 2005. 160 Seiten. 19,- Euro. ISBN 3-00-012743-7.
- Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Februar 2006. 176 Seiten. 20,50 Euro. ISBN 3-00-015082-X.
- Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. April 2007. 181 Seiten. 21,50 Euro. ISBN-10: 3-00-017143-6.
- Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. März 2008. 169 Seiten. 19,50 Euro. ISBN 978-3-00-023708-9.

Quelle: Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Internet <http://www.dnqp.de>