

1 Grundlegende Begriffsklärungen

1.1 Annäherung an den Qualitätsbegriff

Seit Menschen untereinander Handel betreiben, wird die Handelsware bei der Annahme auf deren Beschaffenheit (Qualität) geprüft. Bei einem Überangebot einer Warengruppe konnte in der Regel der Käufer Waren der besten Qualität für einen vergleichsweise niedrigen Preis erwerben. Handelsvereinigungen, wie zum Beispiel der weitgehend an der Ostsee ansässige Handelsverbund freier Städte Hanse, legten bereits im späten Mittelalter Kriterien für die Qualität fest. In den 20er- und 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die Qualitätsprüfung durch wissenschaftliche Methoden spezifiziert. Qualität war bis dahin allerdings immer ein materielles Kriterium. Erst in den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts begann die Wissenschaft damit, auch die Qualität des Managements zu definieren. Diese Entwicklung galt als Grundlage für die heute gängigen Qualitätsmanagementsysteme (vgl. Ketting, 1999).

1.2 Indikatoren zur Qualitätsbestimmung

Die Festlegung von Qualität ist sehr komplex und im Gesundheitsbereich besonders schwierig. Deshalb werden Qualitätskriterien zur Beschreibung des Qualitätsniveaus verwendet (Donabedian, 2003). Die Beurteilung einer ganzen Organisation mit ihrer Vielfältigkeit, z. B. einer Pflegeeinrichtung, ist durch die einseitige Verwendung von Qualitätsindikation nicht möglich (Lloyd, 2004).

Wer aber Qualität bestimmen möchte, braucht ein entsprechendes Bewertungsraster. Dieses wird auch Indikator genannt.

»Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann,

die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten« (Sens/Fischer, 2003, S. 30).

»Indikatoren erlauben eine kurzfristige und punktuelle Qualitätssteuerung. Indikatoren sind also keine Instrumente, die geeignet sind, langfristig Qualität zu verbessern. Durch das ›Scannen‹ von Leistungsbereichen wird der Leistungsbereich nur beobachtet, nicht aber qualitativ verbessert. Zu einem effektiven Gebrauch von Indikatoren muss ein Analyse- und Handlungskonzept entwickelt werden, das ermöglicht, eine gezielte Fehlersuche und Leistungsanalyse durchzuführen, um darauf aufbauend geeignete Interventionen einzuleiten« (Elsbernd, 2007, S. 88).

2 Ansätze zur Beschreibung der Qualität

2.1 Begriffsdefinitionen der Qualität



In der Literatur herrschen verschiedene Definitionen von Qualität vor. Übersetzt aus dem lateinischen »qualitas« wird Qualität mit Beschaffenheit, Verhältnis und Eigenschaft beschrieben. Diese Definition geht mit der Fragestellung einher: »Ist das Produkt bzw. die Dienstleistung so beschaffen oder geeignet, gestellte Anforderungen unmittelbar und zukünftig zu erfüllen?« (vgl. Knon/Ibel, 2005). Crosby betont die relative Dimension der Qualität: »Qualität ist frei, aber niemand wird sie kennen lernen, wenn es nicht ein System der Bewertung gibt« (Crosby, 1989, S. 45). »Qualität ist, wenn der Kunde zurückkommt und nicht das Produkt.« Auf diese eindrucksvolle und prägnante Definition wird häufig bei Vorträgen und Artikeln in Fachzeitschriften verwiesen. Es ist insgesamt keine einheitliche Begriffsgrundlage in der Literatur festzustellen. Die uneinheitlichen Definitionen verstärkten jedoch das nationale und internationale Bemühen, eine gültige Normfestlegung zu finden. Es folgte eine allgemein anerkannte Qualitätsdefinition nach ISO (International Standard Organization).

2.2 Qualitätsdefinition nach DIN EN ISO



Die seit Dezember 2000 zurückgezogene und somit nicht mehr gültige DIN EN ISO 9004/8402 definierte den Qualitätsbegriff als »Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, welche sich auf die Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen« (DIN EN ISO 9004/8402, 1992, S. 12). Der Qualitätsbegriff wurde nachfolgend in der DIN EN ISO 9000:2005 neu definiert.

Diese Definition bildete den Qualitätsbegriff nahezu in seiner ganzen Komplexität und Vielschichtigkeit ab. Im Blickwinkel stand dabei nicht nur das reine Produkt, sondern auch die Dienstleistung. Die Definition verankerte gleichzeitig den wichtigen Evaluationsprozess. Durch einen Soll-Ist-Vergleich zwischen den gestellten Anforderungen

und der tatsächlich erbrachten Leistung wurde die erbrachte Qualität deutlich.

Das Qualitätsniveau wird durch die Gesamtheit von Merkmalen im Produkt oder in der Dienstleistung messbar. Von hoher Qualität wird gesprochen, wenn sie den vorher festgelegten Kriterien in hohem Maß entspricht. Die Festlegung, in welchen Fällen es sich um ein hohes bzw. niedriges Qualitätsniveau handelt, muss von legitimierten Autoritäten, wie zum Beispiel durch Institutionen, dem Gesetzgeber, von Experten oder durch den Produzenten, festgelegt werden. Wichtig dabei ist, dass das Qualitätsniveau schriftlich und nachvollziehbar für Dritte festgehalten wird (vgl. Baartmans/Geng, 2000, S. 17 f.).

Der Qualitätsbegriff wurde in der DIN EN ISO 9000:2015 gefasst als »Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt. Die Benennung ›Qualität‹ kann zusammen mit Adjektiven wie schlecht, gut oder ausgezeichnet verwendet werden. ›Inhärent‹ bedeutet im Gegensatz zu ›zugeordnet‹ ›einer Einheit innewohnend‹, insbesondere als ständiges Merkmal« (ISO, 2015).

2.3 Das Kategorienmodell nach Avedis Donabedian

Die seit den 1970er-Jahren allgemein anerkannte Qualitätskategorisierung nach Avedis Donabedian wird häufig in Konzepten, Standards und Publikationen zur Qualitätsmessung angewandt. In seinem Kategorienmodell wird zwischen den Qualitätsdimensionen »structure«, »process« und »outcome« unterschieden. Nach dem theoretischen Ansatz von Donabedian besteht eine positive bzw. negative Verbindung zwischen den drei Qualitätskategorien. Das bedeutet, dass die Prozessqualität von der Strukturqualität beeinflusst wird und diese Auswirkungen auf die Ergebnisqualität hat (Donabedian, 2003).

Zum Beispiel: Eine sehr gut geschulte Pflegekraft auf einem Wohnbereich leistet eine exzellente Pflege. In dem Theoriemodell würde diese Pflege dann automatisch in einer herausragenden Ergebnisqualität münden. Kritiker bemängeln, dass es trotz dem Einsatz von fachlich erfahrenen Pflegefachkräften zu einer schlechten Ergebnisqualität kommen kann. Als ein Grund wird beispielhaft die ineffiziente Ablauforganisation benannt (Kußmaul, 2014, S. 9).

Die Pflege wird von einzelnen Qualitätsdimensionen beeinflusst, denn strukturelle Rahmenbedingungen in der Pflege haben einen tendenziellen förderlichen oder hemmenden Einfluss auf die Qualität des Pflegeprozesses. In gleicher Weise hat die Veränderung des Pflegeprozesses

und der damit verbundenen Pflegequalität eine Auswirkung auf den Gesundheitszustand des Pflegeempfängers (vgl. Donabedian, 1980, S. 79 f.)

2.3.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität umfasst die Charakteristika einer Einrichtung, die zur Pflege und Betreuung notwendig sind. Diese reichen von den baulichen Voraussetzungen, z. B. Raumgrößen, technische Ausstattung und Lichtverhältnisse, bis zur Personalmenge und deren Qualifizierung. Die Arbeitsmittel werden ebenfalls der Strukturqualität zugerechnet, z. B. Nitrilhandschuhe. In den nationalen Expertenstandards in der Pflege werden Anforderungen an die Ausstattung gestellt sowie die geforderte Qualität genau beschrieben, z. B.: die Einrichtung gewährleistet geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie Hilfsmittel für eine sichere Mobilität. Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Identifikation des Sturzrisikos und über Beratungskompetenz bezüglich des Sturzrisikos sowie geeigneter Interventionen. Die Baustruktur einer Einrichtung wird bereits in vielen Fällen von Beginn an maßgeblich auf Bundesebene durch Gesetze und Verordnungen sowie Vereinbarungen auf Landesebene festgelegt, z. B. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach §113 SGB XI. Veränderungen in der Strukturqualität sind in der Praxis meist nur mit erheblichem Aufwand zu erreichen (vgl. Braun/Weiler, 2007, S. 14–15).

2.3.2 Prozessqualität

Ein Prozess ist ein sich wiederholender Ablauf von einzelnen Teilschritten, z. B. der Pflegeprozess. Dieser hat eine Eingabe, z. B. die Ressourcen, Probleme und Ziele des Pflegeempfängers, und eine Ausgabe, z. B. die Pflegeprozessplanung. Die DIN EN ISO 9000:2015 definiert einen Prozess als »Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt«. Demnach wird ein Prozess aus verschiedenen einzelnen Tätigkeiten gebildet. Die Anordnung findet in einer logischen Reihenfolge statt, z. B. erster Schritt: das Risikoassessment Sturz erheben, zweiter Schritt: den Pflegeprozess planen, dritter Schritt: die Maßnahmen ausführen und vierter Schritt: die Evaluation durchführen (Kußmaul, 2014, S. 9).

Die angebotenen Dienstleistungen einer Einrichtung setzen sich aus unterschiedlichsten Teilprozessen zusammen. Alle Teilprozesse tragen zum Gesamterfolg bei. Sie müssen deshalb möglichst effizient gestaltet und regelmäßig überprüft werden. Unterschieden werden kann zwischen den Führungsprozessen (z. B. Festlegung der Qualitätspolitik), den Kernprozessen (z. B. der Pflegeprozess, welcher direkt dem Einrichtungszweck dient) oder den Unterstützungsprozessen, welche die Kern-

prozesse unterstützen (z. B. die Verwaltung, Küche oder Hausmeisterei) (vgl. Weidlich, 2004).

Prozessqualität lässt sich nur definieren, wenn in der Pflegeeinrichtung die notwendigen Prozesse messbar beschrieben sind. Der Prozessgestaltung kommt eine wichtige Rolle im internen Qualitätsmanagement zu (vgl. Jaster, 1997).

2.3.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität bildet die wichtigste Grundlage für die Evaluation der erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen in einer Pflegeeinrichtung. Sie definiert das vorliegende Leistungsergebnis anhand objektiver Kriterien, zum Beispiel anhand der Anzahl aufgenommener neuer Kunden, oder durch subjektive Kriterien wie Kundenzufriedenheit im Bereich hauswirtschaftlicher Versorgung (vgl. Weidlich, 2004).

Für die Pflegeempfänger kommt es auf die Ergebnisqualität an. Um dies zu erreichen setzt Donabedian in seinem Kategorienmodell die gute Struktur- und Prozessqualität voraus. Die Ergebnisqualität ist exemplarisch dann erreicht, wenn objektive vereinbarte Kriterien (z. B. tägliche Mobilisation aus dem Bett um 7.00 Uhr) oder die subjektiven Kundenerwartungen (z. B. ein vertrauensvolles Gespräch finden bei Bedarf unmittelbar statt) erfüllt sind. Die genaue Beurteilung der Ergebnisqualität hängt von den zuvor vereinbarten Ergebniskriterien und deren Erreichung ab.

Im Gesundheitswesen werden an das Pflegeheim hohe Kundenerwartungen gestellt, z. B. von Pflegeempfängern, Angehörigen, Ärzten, Therapeuten, der Heimaufsicht oder dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Die subjektive und sogar die objektive Messung der geforderten Ergebnisqualitäten stellt häufig ein Problem dar. In vielen Fällen fehlt ein allgemein anerkanntes Qualitätsniveau. Die Messinstrumente für die Bewertung sind oftmals nicht ausgereift bzw. fehlen.

Durch die Beschreibung von allgemein anerkannten Qualitätskriterien in der Pflege, z. B. durch die Expertenstandards in der Pflege, wurde in den letzten Jahren ein Schritt in Richtung der objektiven Ergebnisqualität gegangen. Zu verschiedenen pflegerelevanten Themen, z. B. Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe usw., sind Kriterien der Ergebnisqualität definiert.

Oftmals können der Pflegeempfänger und die Angehörigen die objektive Qualität aufgrund von Laienwissen bzw. der subjektiven Einschätzung nicht entsprechend wahrnehmen und beurteilen. Die Pflegebezugskraft sollte diese Lücke in der Kommunikation mit dem Pflegeempfänger schließen. Im persönlichen Gespräch mit dem Pflegeempfänger und den Angehörigen werden die objektiven Qualitätsmerkmale in der Pflege erklärt (Kußmaul, 2014, S. 9).

3 Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagementsystem setzt sich aus einzelnen Elementen zusammen. Das heutige Verständnis von Management beinhaltet Maßnahmen des Gestaltens (z. B. selbstbestimmte Entscheidungsfreiräume für Pflegekräfte ermöglichen), des Lenkens (z. B. Entscheidungen gemeinsam mit Pflegekräften fällen) sowie des Entwickelns (z. B. Implementation nationaler Expertenstandards in der Pflege). Ein System ist mit einem Mobile zu vergleichen: Es besteht ebenfalls aus mehreren Elementen. Diese sind untereinander verbunden und wirken aufeinander im Positiven – z. B. die gute Teamstimmung kann zu einer niedrigen Krankheitsquote führen – oder im Negativen – z. B. Einsparungen bei den Inkontinenzmaterialien führen zu höheren Kosten in der Wäscherei. Alle Elemente bilden ein Ganzes und haben eine Systemgrenze, z. B. spezielle Betreuungsstandards sind nur in der Tagespflege und nicht im ganzen Pflegeheim gültig.

Die DIN EN ISO 9000:2015 definiert das Qualitätsmanagementsystem als aufeinander abgestimmte Tätigkeiten »zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich der Qualität«. Dazu gehört zwingend die wirksame Vernetzung der einzelnen Elemente, z. B. stimmt die Pflegebezugskraft die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe mit der Ergotherapeutin ab oder die Beschwerden werden analysiert und Verbesserungsmaßnahmen beschlossen. Der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems wird in den Normkapiteln der DIN EN ISO 9001:2015 beschrieben. Ein wichtiger Bereich ist beispielsweise die Verantwortung der Leitung in einer Pflegeeinrichtung. Die Vernetzung der Elemente findet durch die Umsetzung der Qualitätspolitik, das Erreichen der Qualitätsziele, die Zusammenführung von qualitätsbezogenen Daten, z. B. der Sturzstatistik und Qualitätsergebnissen, sowie durch die kontinuierliche Verbesserung statt. Der Aufbau des Systems kann in einem Qualitätsmanagementhandbuch dargestellt werden.

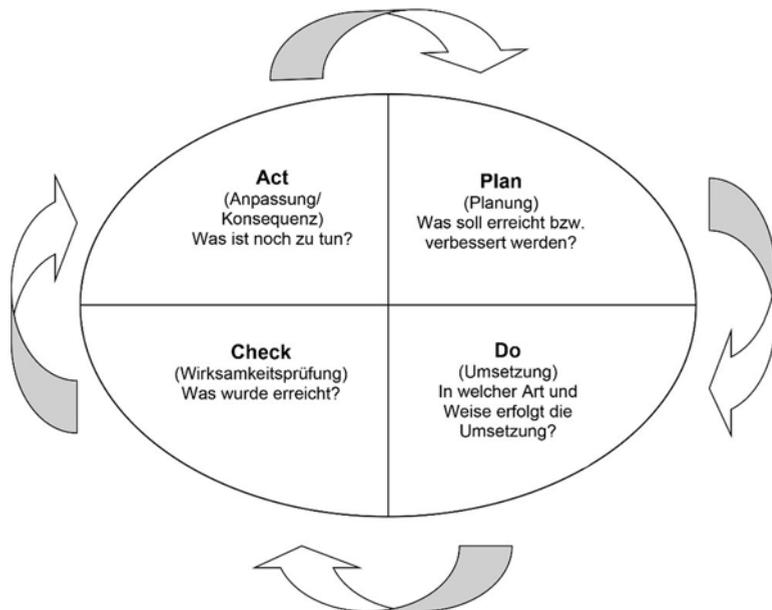
3.1 PDCA-Zyklus

Der Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA) ist ein internationales, häufig angewendetes Modell für kontinuierliche Qualitätsverbesserungen (So-

kovic et al., 2010). Die neue ISO 9001:2015 für Qualitätsmanagementsysteme basiert ebenfalls auf dem vom Shewhart entwickelten theoretischen Ansatz. Der Plan-Do-Check-Act-Zyklus wurde erstmals in den 1950er-Jahren in japanischen Fabriken durch seinen Schüler Deming umgesetzt (Deming, 1986; Walton, 1991; Johnson, 2002, ISO, 2015).

Im ersten Schritt »Plan« wird die Qualitätsverbesserung mit Qualitätszielen festgelegt. Als Auslöser kann eine Beschwerde, ein festgestellter Fehler oder die intrinsisch bestrebte Erhöhung der Qualität dienen. Die hierfür notwendigen Maßnahmen werden mit Messkriterien beschrieben. Im nächsten Schritt »Do« erfolgt die Umsetzung der Maßnahmen. Anschließend erfolgt der »Check«, ob die geplante Qualitätsverbesserung anhand der vorher festgelegten Messkriterien tatsächlich erreicht wurde. Im vierten Schritt »Act« wird bei Bedarf nachjustiert und dann die Qualitätsverbesserung dauerhaft implementiert. Damit die kontinuierliche Qualitätsverbesserung erreicht wird, beginnt der PDCA-Kreislauf immer wieder von vorn (► Abb. 3.1).

Abb. 3.1:
PDCA-Zyklus (modifiziert nach Deming, 1986)



Die Pflegeeinrichtung, welche die Normkonformität nach DIN EN ISO 9001:2015 mit dem internen Qualitätsmanagementsystem belegen will, muss Dritten erklären, welche organisatorischen Maßnahmen festgelegt wurden, um eine kontinuierliche und regelmäßige Verbesserung zu erzielen. Dabei gilt es, die Maßnahmen bei der Durchführung zu überwachen und Ergebnisse zu dokumentieren. Weiterhin muss nachvollzieh-

bar belegt sein, wie eine Pflegeeinrichtung Sorge trägt, dass Mängel bzw. Qualitätsdefizite sich nicht wiederholen (Ausschluss/Minimierung von systematischen Fehlern) (vgl. Gietl/Lobinger, 2009).

3.2 Definition von Qualitätssicherung



Die Qualitätssicherung ist ein Teil des Qualitätsmanagementsystems. Es definiert sich nach DIN EN ISO 9000:2015 als »Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden« (ISO, 2015). Ziel der Qualitätssicherung ist es, zu messen, ob der Output der beschriebenen Prozesse einer Pflegeeinrichtung mit dem festgelegten Qualitätsniveau übereinstimmt. Im zeitlichen Verlauf werden positive oder negative Qualitätsentwicklungen dargestellt und das Management erhält die Möglichkeit, entsprechend darauf zu reagieren. Anforderungen an die Qualitätssicherung werden nicht nur unternehmensintern, sondern auch extern definiert, z. B. durch den Gesetzgeber:

Gesetzliche Krankenversicherung (vgl. SGB V § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung)

Die gesetzliche Krankenversicherung schreibt vor, dass alle Berufsgruppen einer Organisation an Qualitätssicherungsprozessen beteiligt werden müssen. Der Träger der Organisation steht in der direkten Verantwortung, dass die Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Soziale Pflegeversicherung (vgl. SGB XI § 112 Qualitätsverantwortung)

Die zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tragen die Verantwortung für die erbrachten Leistungen und sind zur Qualitätssicherung sowie -verbesserung verpflichtet. Weiterhin müssen Pflegeeinrichtungen der Anforderung zum regelmäßigen Qualitätsnachweis der erbrachten Leistungen bei externen Kontrollen nachkommen.

Soziale Pflegeversicherung (vgl. § 113a SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität)

Das Sozialgesetzbuch legt fest, dass ambulante und stationäre Einrichtungen in der Pflege ein strukturiertes und umfassendes Qualitätsmanagementsystem einführen müssen. Einzelne qualitätssichernde Maßnahmen, zum Beispiel das Beschwerdemanagement, reichen nicht aus. Ebenfalls werden Vorgaben für die Qualitätsverbesserung in den Pflegeeinrichtungen vorgegeben, z. B. die verpflichtende Einführung von nationalen Expertenstandards in der Pflege.

Gesetze für Pflegeeinrichtungen auf Landesebene (vgl. § 10 Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz-WTPG in Baden-Württemberg)

Die Gesetze für Pflegeeinrichtungen auf Landesebene besagen überwiegend, dass eine Pflegeeinrichtung nur betrieben werden darf, wenn ein Qualitätsmanagement und Beschwerdemanagement existiert. Kritisch betrachtet werden muss, dass keine konkreten Mindeststandards mit Messkriterien für ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem benannt werden, z. B. auf Grundlage der DIN ISO 9001:2015.

3.3 Instrumente der Qualitätssicherung

Zur Sicherung der Pflege- und Betreuungsqualität können verschiedene Instrumente eingesetzt werden. Sie reichen von Qualitätszirkelarbeit, internen oder externen Audits, Zertifizierungsaudits, Kundenbefragungen bis hin zur Pflegevisite (vgl. Brauer, 2007). Im weiteren Verlauf wird speziell auf das Instrument der modularen Pflegevisite eingegangen werden.

3.4 Interne und externe Qualitätssicherung

Es wird zwischen der internen und der externen Qualitätssicherung unterschieden. Die Kombination von internen und externen Instrumenten der Qualitätssicherung garantiert die Messgenauigkeit für das Qualitätsniveau.

Die interne Qualitätssicherung ist die Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung einer Pflegeeinrichtung. Durch die Wirksamkeitskon-