

Zertifizierung und MDK-Qualitätsprüfungen

Aspekte prüffähiger und geprüfter Qualität am Beispiel der
Arbeiterwohlfahrt Frankfurt

Ein Aufsatz von Thomas Kaspar

Frankfurt, September 2005

1. Das Unternehmen: Der Kreisverband Frankfurt der Arbeiterwohlfahrt

Der Kreisverband Frankfurt ist ein „typisches“ Unternehmen für soziale Dienstleistungen unter dem Dach der Arbeiterwohlfahrt. Größer als die meisten Kreisverbände beschäftigt der Verband ca. 1200 Mitarbeiter¹ in den Sparten Kinder- und Jugendarbeit, Altenhilfe sowie Soziale Hilfe und Beratung in besonderen Lebenslagen. Schwerpunkt der Arbeit stellt die Altenhilfe dar. Neben einem ambulanten Dienst, mehreren betreuten Altenwohnanlagen, Essen-auf-Rädern-Diensten, einem Fort- und Weiterbildungsinstitut und unterschiedlichen offenen Beratungsangeboten betreibt der Kreisverband in zwei Tochterunternehmen sechs Altenpflegeheime mit insgesamt 900 stationären Plätzen im Großraum Frankfurt. Die Einrichtungen arbeiten überwiegend als Verbundsysteme, in denen unterschiedliche Dienste und Angebote systematisch miteinander kooperieren bzw. einheitlich koordiniert werden. Den Pflegeheimen sind Dienstleistungen wie Tagespflegeeinrichtungen, Essen-auf-Rädern-Dienste, Altenwohnanlagen oder Pflegeeinrichtungen für Wachkoma-Patienten räumlich und organisatorisch zugeordnet.

Der Kreisverband Frankfurt der Arbeiterwohlfahrt ist gleichzeitig ein Mitgliederverband mit zur Zeit rund 4100 Mitgliedern². Zum Gesamtbild gehört daher neben den professionellen Geschäftsfeldern, die sich über Pflegesätze, Entgeltvereinbarungen, Zuschüsse, Förder- und Spendenmittel finanzieren, eine Vielzahl kleinerer, häufig gemeinwesenorientierter Projekte und soziale Aktivitäten, die in erster Linie vom Engagement der Mitglieder getragen werden. Die Mitglieder sind in Ortsvereinen organisiert und nehmen über Delegierte Einfluss auf die Zusammensetzung und Kontrolle des ehrenamtlichen Vorstandes des Kreisverbandes. Das Unternehmen wird, wie in der Arbeiterwohlfahrt allgemein üblich, im Auftrag eines ehrenamtlichen Vorstands von einem Geschäftsführer geleitet.

2. Qualitätssicherung der neunziger Jahre

Seit Mitte der neunziger Jahre hatten sich die einzelnen Einrichtungen zunächst noch unkoordiniert auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen des SGB XI³ um Formen der Qualitätssicherung bemüht. Qualitätssicherung galt jedoch als Aufgabe der jeweiligen Einrichtung, auf eine zentrale Lenkung bzw. Steuerung wurde weitestgehend verzichtet. Das Management des Verbandes regte eine

¹ AWO Frankfurt: Geschäftsbericht 2001-2004, S.17.

² AWO Frankfurt: Geschäftsbericht 2001-2004, S.15.

³ In der Erst-Fassung des Pflegeversicherungsgesetzes vom 26.5.1994 bestanden eher allgemeine Regelungen im Sinne einer Aufforderung zur Qualitätssicherung, die durch die *Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung (...)* (1995/1996) und die Gesetzesergänzung durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vom 9. September 2001 erheblich präzisiert wurden.

einrichtungsübergreifende Datensammlung inhaltlicher und organisatorischer Aspekte an. Man wollte sich eine Übersicht über die Arbeit der Einrichtungen verschaffen und dabei Strukturen, Probleme und Lösungen vergleichen. Ziel - zu diesem Zeitpunkt eher unspezifisch bzw. unkonkret - sollte es sein, zentrale Arbeitsprozesse sukzessive anzugleichen. Jedoch wurde dazu kein einheitliches und valides Erhebungsinstrument zugrunde gelegt, so dass ein aussagefähiger Datenvergleich scheiterte. Das Ergebnis: ein „Ordnerfriedhof“ aus überwiegend ungerichteten Beobachtungen und daraus konstruierten Daten, die sich einer systematischen Vergleichbarkeit und Auswertung entzogen.

1999 entschieden Geschäftsführung und Einrichtungsleitungen im Konsens, das *Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe*⁴ als Arbeitsinstrument für eine einheitliche Bewertung der Dienstleistungen in den Einrichtungen des Verbandes zu nutzen. Zwar wurden die Bewertungsprozesse in einem einrichtungsübergreifenden Arbeitskreis beraten und abgesprochen. Zeitpläne, Vorgehensweisen und Evaluation blieben jedoch durch die Einrichtungsleitungen gesteuert und letztendlich ebenfalls unkoordiniert. Die Ergebnisse der Selbstbewertung wurden nicht selten durch die Durchführungsverantwortlichen angezweifelt und führten zu eher unsystematischen Verbesserungsmaßnahmen, die in der Folge auch nicht konsequent genug überprüft und ausgewertet wurden.

Die Ergebnisse der ersten Qualitätsprüfungen durch den MDK in einzelnen Einrichtungen während dieser Zeit wirkten genauso desillusionierend wie die unterschiedlichen Mängelberichte in Folge von Heimaufsichtskontrollen. Es wurde offensichtlich, dass die bisherigen Bemühungen um eine nachhaltige Qualitätssicherung noch nicht gegriffen hatten und die Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung wurde zur „Chefsache“.

3. Aufbau eines systematischen Qualitätsmanagements

Im Jahr 2000 nahm die Geschäftsführung an einem Seminar des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt teil, in dem das AWO-Tandemmodell⁵ als systematisches Qualitätsmanagementsystem präsentiert wurde. Im Februar 2001 wurde in einer zweitägigen Konferenz der Geschäftsführung mit den Leitungskräften aus den Einrichtungen und Diensten des Arbeitsfeldes Altenhilfe die Entscheidung für das AWO-Tandemmodell getroffen. Nach anfänglichen Vorbehalten einiger Vorstandsmitglieder wurde durch Beschlussfassung der zuständigen Gremien im

⁴ Es handelt sich um ein Instrument, das unter anderem vom Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation IAO in Stuttgart entwickelt wurde. www.iao.fraunhofer.de

⁵ Rainer Brückers (Hg): Tandem QM – Das integrierte QM-Konzept in der sozialen Arbeit. 2003. Kritisch hingegen zum Thema DIN ISO im Feld sozialer Arbeit mit durchaus berechtigten Argumenten vgl. Joachim Merchel: Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Münster 2001 (nachfolgend zitiert als: Merchel).

August 2001 eine *Stabsstelle Qualitätsmanagement* bei der Geschäftsführung eingerichtet. Zielsetzung dieser Stelle ist seitdem die Entwicklung, Umsetzung und Pflege eines Qualitätsmanagementsystems auf der Grundlage der definierten Qualitätspolitik der drei Unternehmen Kreisverband Frankfurt der Arbeiterwohlfahrt, Johanna-Kirchner-Stiftung und der Gemeinnützigen Gesellschaft für den Betrieb von Alten- und Pflegeheimen der Arbeiterwohlfahrt mbH ausschließlich für deren stationären und ambulanten Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe sowie für die Prozessschnittstellen im Bereich der Geschäftsstelle.

Der Aufbauprozess der nächsten Jahre wurde wesentlich durch die nachfolgend dargestellten inhaltlichen und strukturellen Entscheidungen bestimmt, die es zu würdigen gilt.

3.1. Werteorientierung am Leitbild der Arbeiterwohlfahrt

Spätestens seit den gesellschaftlichen Umwälzungen, die im Zusammenhang mit der Auflösung des „Ostblocks“ stehen, scheinen ethische Grundhaltungen in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft desavouiert. Der Kreisverband Frankfurt hat in den letzten Jahren aus Überzeugung einen anderen Akzent gesetzt. So wurde das Leitbild der Arbeiterwohlfahrt in einem mehrstufigen Entwicklungsprozess (1998/1999) auf die konkrete Situation des Kreisverbandes hin präzisiert und ergänzt. Es entstanden eigene Leitsätze, die zum Ausgangspunkt des Qualitätsmanagements wurden. Mit der bewussten Entscheidung für das Tandemkonzept der Arbeiterwohlfahrt wurde diese normative Grundhaltung fortgeführt und intensiviert. Überzeugend wirkte im Tandemkonzept der klare Bezug und die eindeutige Ausrichtung praktischer Qualitätsanforderungen auf die Normen und Werte in der sozialen bzw. sozialpolitischen Tradition der Arbeiterbewegung. Damit besitzen alle Bemühungen um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Fachlichkeit eine definierte sozial-ethische Ziellinie bzw. Ausrichtung und folglich eine justierte und konstante Orientierung in den Wirrnissen eines vielschichtigen Entwicklungsprozesses.

3.2. Qualitätsmanagement als systematisches Wissensmanagement

Zukunftsfähig sind (soziale) Dienstleistungen perspektivisch nur dann, wenn die Expertisenfunktion schon Teil des eigentlichen Dienstleistungsprozesses ist bzw. wenn Organisationen durch den Einbau organisationalen Lernens in „ihren Strukturen, Prozessen und Regelsystemen intelligent werden.“⁶ Ziele der Expertisenfunktion sind dabei Lernfähigkeit und Innovationskompetenz. Die leitenden MitarbeiterInnen wurden mit den Hypothesen und Arbeitsergebnissen

⁶ Helmut Willke: Einführung in das systemische Wissensmanagement. Heidelberg 2004. Seite 60. Nachfolgend zitiert als: Willke

des Wissensmanagements bekannt gemacht und konnten einen Zusammenhang zwischen einem daten- und kennzahlengestützten Qualitätsmanagement und den Überlegungen zu einer integrierten, *spezifischen* und von Personen unabhängigen Expertisenfunktion erkennen. Die prozessbegleitende Diskussion über notwendiges, hinreichendes und auch überflüssiges Wissen bekam dadurch eine qualifiziertere Dimension. Außerdem wurde unmittelbar evident, dass ein funktionsfähiges, systematisches Qualitätsmanagement die Forderungen nach einer „institutionellen Regelstruktur, welche das Handeln der Mitglieder (einer Organisation, Anm. des Autors) mit einem hohen Grad an Erwartbarkeit anleitet“⁷ in hervorragender Weise unterstützt, wenn nicht sogar erfüllt.

3.3. Strategische Partnerschaft

Bereits im Rahmen der Selbstbewertungs-Aktivitäten pflegte der Kreisverband Frankfurt eine enge Zusammenarbeit mit dem Kreisverband Wiesbaden, die im Rahmen des systematischen Qualitätsmanagements zu einer strategischen Partnerschaft ausgebaut wurde. Diese Partnerschaft führte über eine gleichberechtigte Teilnahme und Teilhabe an allen Arbeits- und Entscheidungsprozessen zum Aufbau eines nahezu deckungsgleichen Qualitätsmanagementsystems für beide Unternehmen. Dabei wurden erhebliche Synergieeffekte genutzt: gegenseitige Vertretung der Qualitätsmanagementbeauftragten, Austausch von Auditoren, gemeinsame Schulungen, Wissenstransfer, Kostenreduzierung durch gemeinsame Nutzung von Beratungs-Ressourcen und Schwächen-Stärken-Austausch.

3.4. Beratung und Begleitung

Der Aufbauprozess wurde von Anfang an durch die Gesellschaft für Organisationsentwicklung und Sozialplanung (GOS)⁸ des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt beraten und unterstützt. Die Unterstützung sicherte von Beginn an eine fachliche Betreuung insbesondere in Bezug auf das Normengefüge der DIN ISO, die für alle Beteiligten absolutes Neuland war. Die Beraterin gab Orientierung im „Dickicht“ der gängigen strukturellen und begrifflichen Qualitätsmanagement-Konstruktionen und beteiligte sich insbesondere an der Entschlüsselung der szeneeigenen Codes. Sie leistete damit einen erheblichen Beitrag zum Abbau bisher sorgsam kultivierter Vorbehalte und trug damit wesentlich zum Gelingen bei.

3.5. Prozessorientiertes Vorgehen

Schließlich wurde entschieden, die Entwicklungs- und Aufbauarbeit ausgesprochen prozessorientiert zu gestalten. Dazu gehört zum einen, dass der Qualitätsmanagementbeauftragte nicht nur über die klassischen QM-

⁷ Willke, S.57.

⁸ Vgl.: www.awo.org/gos

Qualifikationen verfügt, sondern als ausgebildeter Supervisor ein ausgeprägtes Beratungsverständnis besitzt. Alle Entwicklungs- und Umsetzungsprozesse wurden daher nicht nur in den dafür vorgesehenen Gremien transparent diskutiert und entschieden, sondern auch im Rahmen der Einführung in den Einrichtungen durch entsprechende Beratung der Leitungskräfte und des Qualitätspersonals begleitet. Darüber hinaus wurden die Prozesse immer wieder auf der Metaebene ausgewertet und unter anderem in Open-Space-Konferenzen⁹ mit vielen MitarbeiterInnen des Unternehmens reflektiert. Alle Qualitätsmanagementanweisungen wurden sofort implementiert, zur praktischen Erprobung frei gegeben und ggf. korrigiert und verbessert. Die kontinuierliche Verbesserung wurde somit in den Aufbauprozess integriert und ist von Beginn an geübte Praxis. Auch die Betriebsräte wurden von Beginn an aktiv am Aufbauprozess beteiligt.

3.6. Zertifizierung

Von Anfang an wurde mit der Entscheidung für das Tandemmodell auch die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems als strategisches Ziel definiert. Motive dafür waren zunächst zum einen die (irrig) Hoffnung, dadurch perspektivische MDK-Qualitätsprüfungen zu reduzieren. Zum anderen wünschte man sich einen – viel versprochenen aber wenig nachgewiesenen – positiven Effekt im zunehmenden Konkurrenzkampf auf dem stationären Altenhilfe-„Markt“. Mit der Zeit stellte sich jedoch ein ganz anderes Motiv als wesentlich für die Zertifizierungsentscheidung heraus. Wer lange und intensiv an einem Prozess arbeitet, möchte irgendwann von „neutraler“ und „fachlicher“ Instanz wissen, welchen Wert die Ergebnisse haben. „Wir wollen es jetzt wissen!“ wurde zum gemeinsamen Antrieb für Leitungskräfte und MitarbeiterInnen.

Auf der Grundlage des Tandemmodells wurden sowohl die Anforderungen der DIN ISO 9001 als auch die AWO-Qualitätsanforderungen systematisch in das Qualitätsmanagementsystem eingearbeitet. Die Zeitplanung für die Zertifizierung musste zweimal korrigiert werden. Die notwendigen Entwicklungs- und Implementierungsvorhaben und -arbeiten konnten nicht rechtzeitig abgeschlossen werden. Zunächst wurde der vergleichsweise hohe Diskussions- und Klärungsbedarf zwischen den Einrichtungen im Rahmen der Harmonisierung der Kernprozesse zu Beginn der Arbeit zwar gesehen und thematisiert, in der Konfliktrichtigkeit jedoch erheblich unterschätzt. Einigungsprozesse gestalteten sich teilweise zeit- und energieaufwendiger als gedacht. Auch der Aufwand zur Bearbeitung der Schnittstellenbereiche in der Geschäftsstelle (Controlling, Personalabteilung, Buchhaltung) wurde unterschätzt. Schließlich wurden vereinzelt auch Leitungs-

⁹ Zur Arbeitsweise und Dynamik von Open-Space-Konferenzen vgl.: Harrison Owen: Open Space Technology. Stuttgart 2001.

Führungs- und Kooperationsdefizite deutlich, die durch entsprechende personelle Maßnahmen behoben werden mussten. Im Juli 2005 fand die Zertifizierungsprüfung durch Auditoren der DQS und der Arbeiterwohlfahrt im Rahmen einer Matrix-Zertifizierung statt. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Die Auditoren zeigten sich erstaunt über die Reife des Systems und die Stringenz der meisten Prozesse. Bei der Zertifizierung konnten jedoch nur fünf der sechs Einrichtungen berücksichtigt werden, da der Implementierungsprozess in einer Einrichtung nicht ausreichend fortgeschritten war. Diese Einrichtung soll 2006 im Rahmen der Förder- bzw. Überwachungsaudits zertifiziert werden.

4. Allgemeine Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach SGB XI

Die Pflegekassen beauftragen gemäß gesetzlichem Auftrag (§ 112 SGB XI) ihren Medizinischen Dienst mit der Überprüfung der Qualität in Diensten und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Grundlage der Prüfungen sind laut § 80 SGB XI die jeweils gültigen gemeinsamen „Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung“, die für alle Bereiche, für die das SGB XI relevant ist, von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, den kommunalen Spitzenverbänden und den Trägern der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschlossen und in Kraft gesetzt wurden.

Über das Verhältnis der unterschiedlichen Kontrollen und Überprüfungen durch den MDK, die Heimaufsicht und das Gesundheitsamt ist bereits an anderer Stelle Kritisches gesagt worden. Zwar hat der Gesetzgeber inzwischen die Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen den Prüfungsinstanzen MDK und Heimaufsicht formuliert (§117 SGB XI)¹⁰ und tatsächlich gibt es inzwischen entsprechende gemeinsame Planungen bzw. Absprachen. Im günstigsten Fall ergänzen sich die Prüfungen inhaltlich bzw. thematisch, im Normalfall aber werden vor Ort die selben Sachverhalte geprüft. Manchmal werden dabei unterschiedliche Anforderungen formuliert – im Einzelfall auch gegenteilige bzw. sich widersprechende.

Versucht man eine Analyse des Qualitätsverständnisses, das den „Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung“¹¹ zugrunde liegt, lassen sich aus dem Text fünf relevante Aspekte heraus filtern.

- Zunächst werden die *Ziele* einer qualifizierten vollstationären Pflege und Betreuung definiert. Diese Ziele sind von den Bewohnern her gedacht bzw.

¹⁰ Das Gesetz beschreibt eine Verpflichtung zu „gegenseitiger Information und Beratung“, „Terminabsprache für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung“ und „Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen“.

¹¹ In den nachfolgenden Ausführungen möchte ich mich auf vollstationäre Einrichtungen beschränken.

formuliert und greifen zentrale Themen und Forderungen einer zeitgemäßen Altenpflege auf.

- Danach werden die drei *Qualitätsebenen* Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert. Die Definition der Ebenen entspricht den gängigen Beschreibungen der Qualitätsliteratur. Die „Grundsätze und Maßstäbe...“ erläutern jedoch nicht, welchen Beitrag diese (gängige) Differenzierung für die Thematik leistet. Es fehlt ein sinnstiftender Bezug.¹²
- Im Anschluss werden die zentralen *Qualitätsmaßstäbe* aufgeführt und den jeweiligen Ebenen zugeordnet. Unter „Strukturqualität“ werden die Qualitätsmaßstäbe „Pflegeeinrichtung als Organisation“, Qualifikation und Tätigkeitsprofil der „Verantwortlichen Pflegefachkraft“, die „Fort- und Weiterbildung“, Qualifikation und Tätigkeitsprofil der „Pflegefachkraft“, sonstige personelle und räumliche Voraussetzungen sowie Einzelaspekte im Bereich Hauswirtschaft (Hygienestandards, Speisenanforderungen) und „Formen und Absicherung von Kooperationen mit anderen Leistungserbringern“ verstanden. Unter „Prozessqualität“ werden „schriftliche Darstellungen“ der Leistungen (z.B. Konzept, Pflegeleitbild etc.), die Beschreibung und Gestaltung des „Pflegeprozesses“ (incl. Vorbereitung des Einzugs), die „Pflegedokumentation“, die Gestaltung der „Pflegeteams“ und der „Dienstplangestaltung“ sowie die „Einbeziehung der Angehörigen“ und die „Vernetzung mit weiteren Institutionen“ verstanden. Bei der „Ergebnisqualität“ richtet sich der Blick auf die Überprüfung der Pflege und die Einbeziehung des Bewohners und seine Zufriedenheit. Die Qualitätsmaßstäbe werden im Rahmen der „Prüfempfehlung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“¹³ durch entsprechende Prüffragen umfangreich konkretisiert werden.
- Außerdem haben die Einrichtungen *Maßnahmen zur Qualitätssicherung* nachzuweisen, worunter insbesondere die „Einrichtung von Qualitätszirkeln“, die „Einsetzung von Qualitätsbeauftragten“, die „Mitwirkung an Qualitätskonferenzen“ und „Assessmentrunden“ sowie die „Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für Pflege und Versorgung“ verstanden werden. Auch diese bekommen im Rahmen der „Prüfempfehlung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ ein genaueres Profil. Hier werden im Abschnitt „Qualitätssicherung“ folgende „Kernfragen“¹⁴ gestellt: „Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagement geregelt?“

¹² Vgl. dazu die Diskussion der Qualitätsebenen bzw. Qualitätsdimensionen bei Merchel, S.39ff.

¹³ Dem Autor liegt ein Entwurf des MDKs vor. Diese Prüfempfehlungen sollen perspektivisch die derzeit genutzten Prüfanleitungen ersetzen.

¹⁴ Unter „Kernfragen“ versteht die Prüfempfehlung im Unterschied zu „einfachen Fragen“ Fragen, die zu 80 v H mit „Voll erfüllt“ bewertet sein müssen. Kurz gesagt, „Kernfragen sind die vergleichsweise relevanteren.“

„Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung durchgeführt und dokumentiert?“ „Gibt es in der Einrichtung Regelungen zum Umgang mit Beschwerden?“ „Wird die Meinung der Bewohner oder deren Angehörigen zur Situation in der Pflegeeinrichtung abgefragt und dokumentiert?“ „Können die Mitarbeiter ihre Kenntnisse und Meinungen zur Situation in der Einrichtung in festgelegten Verfahren (... , Kürzung durch Autor) einbringen bzw. werden diese abgefragt und dokumentiert?“

- Schließlich wird die Forderung nach Maßnahmen der *Qualitätssicherung* (in Verantwortung der Einrichtungen und Träger) mit der Verpflichtung zur *Qualitätsprüfung* durch die Pflegekassen verknüpft. Der Beratungsauftrag¹⁵ erscheint an dieser Stelle nicht mehr ausdrücklich.

Welches Konzept ergibt sich aus diesen Ausführungen? Zunächst fällt auf, dass ausschließlich der Begriff „Qualitätssicherung“ gebraucht wird, nicht jedoch der Begriff „Qualitätsmanagement“. Zwar meinen die unterschiedlichen Begriffe, wie Merchel zutreffend feststellt, in der Praxis häufig „keine voneinander abgegrenzten Sachverhalte, sondern betonen zielbezogene und prozedurale Nuancen“¹⁶. Dennoch ist zunächst davon auszugehen, dass die Bezeichnung Programm ist und das Qualitätskonzept des SGB XI nicht ein umfassendes Verständnis von Qualitätsmanagement meint: ein System von Prozessen, „bei denen es um die gezielte und strukturierte Bewertung und Weiterentwicklung der Güte sozialer Dienstleistungen geht.“¹⁷

Als nächstes wird deutlich, dass die Qualitätssicherung im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes auf ein ausdrückliches Ziel bezogen wird und damit eindeutig werteorientiert ist. Die Zielrichtung der gesamten Qualitätsbemühungen hat damit eine klare Zielvorgabe, die im Anschluss durch die Aufzählung von Qualitätsebenen und Qualitätsmaßstäben ergänzt wird. Diese jedoch werden eher eklektisch aufgezählt und erkennbar weder inhaltlich noch strukturell verknüpft oder aufeinander bezogen. Die Verantwortung für die Qualitätssicherung wird dann als Arbeitsauftrag der Einrichtungen und Dienste definiert. Sie sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zu beteiligen und müssen dieses auch nachweisen. Es werden Elemente bzw. Maßnahmen aufgezählt, ohne dass eine sinnvolle Synthese dieser Elemente deutlich wird. So wird z.B. die Prozesshaftigkeit im Sinne eines PDCA-Regelkreises¹⁸ im Rahmen des Pflegeprozesses als qualitatives Merkmal in den „Grundsätzen und Maßstäben“ wesentlich vorausgesetzt und durch die Prüfer des MDK in der Praxis auch gewissenhaft überprüft. In Bezug auf „Qualitätssicherung“ in einer Einrichtung wird dieses Motiv jedoch nicht benannt,

¹⁵ Z.B. unter anderem in § 112 Absatz 4 SGB XI

¹⁶ Merchel, S. 9.

¹⁷ Merchel, S.10.

¹⁸ PDCA: plan-do-check-act

obwohl der Begriff einer „kontinuierlichen Verbesserung“ in Anknüpfung an ein Regelkreismodell Mindestanforderung sein könnte. Schließlich wird unter Qualitätsprüfung nur die Prüfung durch die Pflegekasse verstanden. Dazu werden keine qualitativen Anforderungen benannt. Eine Anbindung an akkreditierte Prüfgesellschaften und -verfahren unterbleibt. Der gesetzlich gewünschte Beratungsauftrag der Pflegekassen bleibt als ergänzende Interventionsdynamik erkennbar hinter dem Prüfungsauftrag zurück. Qualität wird somit in erster Linie als *nachgeprüfte* Qualität nicht aber als *gemeinsam entwickelte* verstanden.

Welche Ergebnisse lassen sich aus der Analyse des Qualitätskonzeptes formulieren?

- Zuerst ist festzuhalten, dass das Qualitätskonzept des SGB XI eng begrenzt ist. Es bezieht sich in erster Linie auf den Kernprozess Pflege und beschränkt sich im Rahmen der Vereinbarung auf allgemeine, insgesamt unstrittige Vorgaben. Die Überlegungen bzw. Vorgaben auf der „Metaebene“ von Qualitätssicherung (z.B. KVP im Kontext von DIN ISO) bleiben damit hinter dem Stand der Erkenntnis zurück.
- Ein zweites Ergebnis ist, dass konkrete qualitative Anforderungen und das faktische Prüfverfahren in der Praxis alleine durch die Pflegekasse bzw. den MDK bestimmt werden und sich damit einem partizipativen fachlichen Diskurs entziehen. Die Chance einer substantiellen Beteiligung von Trägern und Einrichtungen, die dann in der Folge auch zu einer höheren Identifizierung und Beteiligung der Einrichtungen mit den qualitativen Anforderungen führen könnte, besteht nicht. Das Qualitätskonzept des SGB XI ist an dieser Stelle ausgesprochen eindimensional.

6. Erfahrungen mit MDK-Qualitätsprüfungen und Ergebnisse

Im Bundesland Hessen gibt der MDK an, dass von Beginn an ausschließlich anlassbezogene Qualitätsprüfungen durchgeführt wurden, wobei insbesondere nachhaltige oder gravierende Beschwerden als eindeutige Anlässe gelten. Im Zeitraum von 1999 bis 2005 wurden vier der sechs Altenpflegeheime der Arbeiterwohlfahrt Frankfurt durch den MDK geprüft. Der Beginn der Prüfungen lag bei drei Einrichtungen zeitlich vor bzw. zu Beginn des Aufbaus eines systematischen Qualitätsmanagements. Die Ergebnisse waren bei jeder Prüfung ernüchternd. Bei den Erstprüfungen wurden qualitativ und quantitativ erhebliche Mängel festgestellt. Es wurden jeweils Berichte mit 10 bis 35 Mängelpunkten unterschiedlicher Gewichtung verschickt. In den Nachschauen wurde durch den MDK die Aufarbeitung eines Teils der Mängel konstatiert, ein Teil der Mängel insbesondere im Bereich Handhabung und Dokumentation komplexer Pflegesituationen blieb bestehen. Vereinzelt wurden auch neue Mängel gefunden. Anfang 2003 wurde dann die vierte Einrichtung anlassbezogen überprüft. Es fanden sich in Umfang und Gehalt die bekannten Mängel.

Beim Aufbau des Qualitätsmanagements wurde von Beginn an darauf geachtet, die bekannten qualitativen Anforderungen der Prüf- und Kontrollorgane konsequent einzubauen. Auch die AWO-Anforderungen machen in dieser Hinsicht eindeutige Vorgaben. Beschreibung, Einführung, Umsetzung und regelmäßige Kontrolle dieser Anforderungen benötigten einen mehrmonatigen Zeitraum. Vergleicht man die Ergebnisse der internen Audits im Bereich Pflegeprozess und deren Dokumentation, reduzieren sich die aufgefundenen Mängel im Laufe des Jahres 2003 in fünf der sechs Einrichtungen erheblich. Parallel dazu veränderten sich auch die Ergebnisse der MDK-Prüfungen in drei der vier Einrichtungen. 2004 wurden zwei Einrichtungen mängelfrei aus der Überprüfungskette entlassen. Die Einrichtung, die 2003 zum ersten Mal mit einem 35 Punkte umfassenden Mängelkatalog geprüft wurde, konnte diesen Mängelbericht 2004 auf verbleibende drei Mängel reduzieren und wurde im Frühjahr 2005 ebenfalls mängelfrei aus der Prüfkette entlassen. Zwei Einrichtungen sind auch 2005 ungeprüft. In der Einrichtung, in der die mangelhafte Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems zu einer Verschiebung der Zertifizierung führte, stellte der MDK trotz erkennbarer Reduzierung weiterhin qualitative Mängel fest.

Es ist auffällig, dass die Prüfergebnisse im Rahmen der MDK-Prüfungen mit den Prüfungsergebnissen der Heimaufsicht korrespondieren, wobei die Heimaufsicht auch in den Einrichtungen kontrollierte, die bisher nicht durch den MDK überprüft wurden. Auch hier waren die Ergebnisse seit 2004 überaus positiv.

Welche Ergebnisse lassen sich mit Blick auf den Zusammenhang zwischen den MDK-Qualitätsprüfungen und dem Aufbau eines systematischen Qualitätsmanagements konstatieren?

- Als wesentliches Ergebnis ist fest zu halten, dass die Arbeiterwohlfahrt Frankfurt mit dem Aufbau eines systematischen und zertifizierungsfähigen Qualitätsmanagementsystems auf der Grundlage des AWO-Tandemmodells erkennbare positive Auswirkungen auf die Qualitätsprüfungen durch den MDK erzielt hat. In den Einrichtungen, in denen eine erfolgreiche Implementierung des QM-Systems gelungen ist, wurden in der Folge auch hervorragende und stabile Prüfergebnisse im Rahmen der Prüfungen erzielt.

Eine zweite Beobachtung hängt wesentlich mit der ersten zusammen, erscheint aber wert, gesondert beachtet zu werden. Den Prüfern vermittelte sich in den Einrichtungen zunehmend eine ernsthafte Lernbereitschaft sowohl auf der persönlichen als auch auf der strukturellen Ebene. Dies meldeten die Prüfer regelmäßig zurück. Gleichzeitig erschienen die Mitarbeiter mit jeder Prüfsituation, sei es im Rahmen der MDK-Prüfungen oder im Rahmen interner Qualitätsaudits, souveräner und kompetenter und wussten immer besser mit der Prüfdynamik an sich und den kleineren und größeren Unwägbarkeiten solcher Situationen

umzugehen. Mit der wachsenden Sicherheit in den Zielen, Prozessen und Instrumenten eines qualifizierten Pflegeprozesses, wuchs auch die Selbstverständlichkeit in der Auskunft- und Nachweisbereitschaft der Mitarbeiter. Zu beobachten war und ist ein Prozess *rückbezüglicher* fachlicher Qualifizierung, die sich aus einer konsequenten fachlichen Überprüfung und daraus resultierendem konstruktiven Feedback speist. Mitarbeiter, die einer solchen Selbst-Vergewisserung ausgesetzt sind, erleben – selbst wenn Fehler auftreten – eine Nachweis- und Kontrollsituation nicht mehr als blanke Zumutung bzw. Entmutigung.

- Als zweites Ergebnis ist daher festzuhalten, dass die Mitarbeiter der Arbeiterwohlfahrt Frankfurt im Rahmen des Qualitätsmanagements wesentlich an fachlichem Selbstvertrauen und Sicherheit gewonnen haben und damit in konstruktiver Weise – gerade auch bei MDK-Prüfungen – nachweisfähig geworden sind.

Der Fokus der Prüfungen durch den MDK ist wesentlich auf den Pflegeprozess und dessen konsequente Dokumentation gerichtet. Wobei insbesondere komplexe Pflegesituationen kritisch geprüft werden, da hier zurecht von einer besonderen Fehleranfälligkeit mit entsprechend gravierenden Folgen für die Bewohner ausgegangen werden kann. Die Prüfer interessierten sich im Rahmen der Prüfungen auch für die in den Prüfempfehlungen abgefragten Struktur- und Prozessdaten, die über den eigentlichen Pflegeprozess und dessen Dokumentation hinausgehen. Dies jedoch eher formal. In keiner Prüfung wurde erkennbar eine inhaltliche Prüfung z.B. des Pflegeleitbildes und der Pflegekonzeption und der stimmigen Verschränkung beider mit den dazugehörigen Instrumenten vorgenommen. Auch wurde zu keiner Zeit geprüft, wie schlüssig interne qualitative Erhebung im Sinne einer Qualitätssicherung weiter verarbeitet wurde. So wurde zwar immer das Vorhandensein von Pflegevisiten abgefragt und im Einzelfall wurde dann auch die bewohnerbezogene Auswertung und Bearbeitung einzelner Pflegevisiten überprüft. Zu keiner Zeit aber wurde das Informationspotential der Pflegevisiten insgesamt und die Bearbeitung dieser Informationen im Rahmen einer kontinuierlichen Verbesserung z.B. im prospektiven Fortbildungsplan oder in anderen Arbeitsplänen überprüft. Die Zertifizierungsprüfung hingegen erwies sich an dieser Stelle als wesentlich intensiver und forderte regelhaft den Nachweis über die Anbindung an die Auswertungs- und Verbesserungsmechanismen.

Mit der Fokussierung auf den Pflegeprozess und dessen Dokumentation blieb während der MDK-Prüfungen nur wenig Spielraum für andere Themen, Arbeitsfelder und Dienstleistungsprozesse (z.B. Aufnahmeprozess, Küche und Verpflegung, Hauswirtschaft, Haustechnik, Leistungsabrechnung, Barbetragsverwaltung, Abwicklung von Auszügen, Nachlassverwaltung), die jedoch für den Bewohner ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind. Auch hier wurde im

Rahmen der Zertifizierungsprüfung wesentlich umfassender und nachhaltiger kontrolliert.

- Als weiteres Ergebnis ist daher zu formulieren, dass die Prüfer des MDK bei der Arbeiterwohlfahrt Frankfurt genau so prüften, wie es dem Qualitätskonzept des SGB XI entspricht. Die Zertifizierungsprüfung erwies sich im Vergleich dazu als grundsätzlicher und prozessorientierter als jede MDK-Qualitätsprüfung. Das Qualitätsmanagement der Arbeiterwohlfahrt Frankfurt ist folglich wesentlich umfassender, intensiver und ergiebiger, als es im Rahmen des SGB XI erforderlich erscheint und geht im Sinne der betreuten alten Menschen erheblich über die gesetzlichen Anforderungen hinaus.