



Simone Schmidt

Das QM-Handbuch

Qualitätsmanagement
für die ambulante Pflege

3. Auflage

 Springer

Das QM-Handbuch

Simone Schmidt

Das QM-Handbuch

Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

Mit 51 Abbildungen

Simone Schmidt

Cronberggasse 10, 68526 Ladenburg, Deutschland

simone.m.schmidt@web.de

ISBN 978-3-662-49867-5 978-3-662-49868-2 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-49868-2

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005, 2010, 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © fotolia/Coloures-pic

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

Vorwort zur 3. Auflage

- » Der Adler kann nicht vom flachen Boden wegfliegen; er muss mühselig auf einen Fels oder Baumstumpf hüpfen: Von dort aber schwingt er sich zu den Sternen.
Hugo von Hofmannsthal (1874–1929)

Ambulante Pflegedienste müssen ihre Dienstleistung permanent an veränderte Anforderungen anpassen, was mit einem zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwand verbunden ist. Dadurch entstehen bei den Mitarbeitern immer wieder Frustration und das Gefühl, im gesellschaftlichen Kontext als unzureichend dargestellt zu werden. Jegliche Veränderung von Anforderungen wird dann skeptisch betrachtet.

Im Oktober 2015 wurde die überarbeitete deutsche Version der DIN ISO 9001:2015 veröffentlicht, am 15. September 2015 erschien die englische Version dieser Norm. Dieser Veröffentlichungstermin gilt als Stichtag für eine Zertifizierung nach der neuen Norm. Nach Ablauf von einem Jahr nach diesem Stichtag, also ab dem 14. September 2016, dürfen neue Zertifizierungen oder Re-Zertifizierungen nur noch nach der DIN ISO 9001:2015 durchgeführt werden. Eine bestehende Zertifizierung nach der alten Norm aus dem Jahr 2008 verliert spätestens drei Jahre nach dem Stichtag ihre Gültigkeit, also am 14. September 2018. Die DIN ISO 9004 ist noch unverändert in der Version von Dezember 2009 gültig.

Ambulante Pflegedienste, die mit großem Aufwand ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) nach der DIN:ISO 9001:2008 eingeführt haben, müssen nun bedenken, dass eine Umstellung auf die neue Norm ebenfalls relativ zeit- und arbeitsintensiv ist.

Eine Umstellung von der alten Norm DIN ISO 9001:2008 auf die neue, überarbeitete Version ist allerdings problemlos möglich, da die Überarbeitung sich oft auf Änderungen von Begriffen und Schwerpunkten beschränkt. Handlungsbedarf ergibt sich vor allem bei der neuen High Level Structure der Norm, die sich in einem leicht veränderten Aufbau der Abschnitte bzw. Kapitel zeigt. Prinzipiell ist die Anpassung eines QMS nach der alten Norm gut durchführbar.

Der einmalige Aufwand, der durch die Umstellung entsteht, zahlt sich hinterher dennoch aus durch:

- Klar strukturierte Abläufe
- Verbesserte Prozesse
- Verbesserte Kundenzufriedenheit
- Mitarbeiterorientierung etc.

Einrichtungen, die ein QMS nach DIN ISO 9001:2015 implementieren und in den Pflegealltag umsetzen möchten, müssen sich deshalb vor einer Veröffentlichung von Pflegenoten nicht fürchten. Dieses Buch möchte dazu beitragen, die Hürden des QM in der ambulanten Pflege besser zu überwinden und dadurch eine individuelle, qualitätsorientierte Pflege und Betreuung zu ermöglichen, die zur Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter beiträgt.

Mein Dank gilt an dieser Stelle Frau Sarah Busch und Frau Ulrike Niesel vom Springer-Verlag für die kompetente Betreuung und Unterstützung, Frau Bettina Arndt für die gründliche Überarbeitung im Lektorat und für wertvolle Hinweise, Frau Eva Schoeler vom Springer-Verlag für die gelungene Koordination sowie der Geduld meiner Familie.

Simone Schmidt

Ladenburg, im Frühling 2016

Inhaltsverzeichnis

Teil I Allgemeine Grundlagen des Qualitätsmanagements

1	Einführung	3
	<i>Simone Schmidt</i>	
1.1	Was bedeutet Qualität in der Pflege?	4
1.2	Die Einstellung zum Qualitätsmanagement	5
1.3	Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege	6
2	Theoretische Grundlagen	9
	<i>Simone Schmidt</i>	
2.1	Was ist Qualität?	10
2.2	Wie ist Qualität entstanden?	10
2.3	Wie hat sich Qualität entwickelt?	11
2.4	Wie kann man Qualität definieren?	12
2.5	Was ist Pflegequalität?	15
2.6	Stufen der Pflegequalität	19
2.7	Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz PFWG	23
3	Was ist Qualitätsmanagement?	27
	<i>Simone Schmidt</i>	
3.1	Wie hat sich das Qualitätsmanagement entwickelt?	28
4	Was ist ein Qualitätsmanagementsystem?	39
	<i>Simone Schmidt</i>	
4.1	»Total Quality Management«	40
4.2	Kaizen	43
4.3	DIN EN ISO 9000	46
4.4	»European Foundation for Quality Managements«	54
4.5	KTQ	56
5	Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	59
	<i>Simone Schmidt</i>	
5.1	Wie beginnt man mit Qualitätsmanagement?	60
5.2	Die Systematik der Verbesserung	62
6	Dokumentation des Qualitätsmanagementsystems	71
	<i>Simone Schmidt</i>	
6.1	Qualitätsmanagement-Handbuch	72
6.2	Welche Dokumente enthält das QMHB?	73
6.3	Erstellung des QMHB	78
7	Was bewirkt die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der ambulanten Pflege?	81
	<i>Simone Schmidt</i>	

Teil II Das Qualitätsmanagement-Handbuch

8	Registratur und Inhalt	87
	<i>Simone Schmidt</i>	
8.1	Inhaltsverzeichnis	88
8.2	Registratur	88
8.3	Benutzerhinweise und Abkürzungen	89
9	Mitgeltende Dokumente	93
	<i>Simone Schmidt</i>	
9.1	Dokumente	94
9.2	Gesetze und behördliche Anforderungen	95
10	Allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem	99
	<i>Simone Schmidt</i>	
10.1	Was wird von einem QMS erwartet?	100
10.2	Wie werden die Anforderungen erfüllt?	101
11	Die Organisationsstruktur	111
	<i>Simone Schmidt</i>	
11.1	Allgemeine Beschreibung der Organisation	112
11.2	Organigramm	114
11.3	Stellenbeschreibungen	115
12	Pflegeleitbild und Pflegekonzept	123
	<i>Simone Schmidt</i>	
12.1	Was ist ein Pflegeleitbild?	124
12.2	Wie wird ein Pflegeleitbild erstellt?	125
12.3	Was ist ein Pflegekonzept?	127
13	Kontext der Organisation	131
	<i>Simone Schmidt</i>	
14	Planung	135
	<i>Simone Schmidt</i>	
14.1	Was sind Qualitätsziele?	136
14.2	Wie werden Qualitätsziele und Indikatoren formuliert?	137
14.3	Qualitätspolitik	140
15	Managementbewertung	147
	<i>Simone Schmidt</i>	
15.1	Was ist Management?	148
15.2	Wie funktioniert eine Managementbewertung?	149
15.3	Was ist Controlling?	150
16	Marketing	153
	<i>Simone Schmidt</i>	
16.1	Was bedeutet Marketing?	154
16.2	Welche Leistungen können entwickelt werden?	156

17	Der kontinuierliche Verbesserungsprozess	161
	<i>Simone Schmidt</i>	
17.1	Was bedeutet KVP?	162
17.2	Qualitätsverantwortlicher	163
17.3	Audits	165
17.4	Qualitätszirkel	167
18	Dokumentierte Informationen	179
	<i>Simone Schmidt</i>	
18.1	Wie funktioniert Informationsmanagement?	180
18.2	Was ist bei der Dokumentation zu beachten?	181
18.3	Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen	183
18.4	Datenschutz	184
19	Pflegebezogene Prozesse	195
	<i>Simone Schmidt</i>	
19.1	Pflegemodell	196
19.2	Pflegeplanung und Dokumentation	197
19.3	Pflegestandards	205
19.4	Pflegevisite	208
19.5	Routenplanung	212
19.6	Einsatzplanung	214
19.7	Einarbeitungskonzept	215
19.8	Erstkontakt	216
19.9	Eigentum des Kunden	217
19.10	Case-Management oder Care-Management	218
19.11	Hauswirtschaft und Betreuung	220
20	Unterstützung	241
	<i>Simone Schmidt</i>	
20.1	Personalmanagement	242
20.2	Materialwirtschaft	245
20.3	Logistik	246
20.4	Investitionen und Finanzen	247
21	Bewertung der Leistung und Verbesserung	259
	<i>Simone Schmidt</i>	
21.1	Was bedeutet Evaluation?	260
21.2	Messmittel	260
21.3	Hygienemanagement	261
21.4	Fehlermanagement	261
21.5	Notfallmanagement	262
21.6	Evaluation der Dienstleistungsqualität	263
	Serviceteil	
	Anhang	274
	Literatur	302
	Stichwortverzeichnis	304

Abkürzungen

AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens	TQM	»Total Quality Management«
AP	Altenpflegerin/-pfleger	TÜ	teilweise Übernahme
APH	Altenpflegehelfer/in	VA	Verfahrensanweisung
APS	Altenpflegeschüler/in	VÜ	vollständige Übernahme
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens		
BT	Beschäftigungstherapie		
BTM	Betäubungsmittel		
DIN	Deutsches Institut für Normung		
DRG	Diagnosis Related Groups		
EFQM	»European Foundation for Quality Management«		
EN	Europäische Norm		
GF	Geschäftsführer		
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz		
HA	Hausarzt		
ISG	Infektionsschutzgesetz		
ISO	»International Standard of Organisation«		
KS	Krankenschwester/-pfleger		
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess		
MA	Mitarbeiter		
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen		
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände Bund der Krankenkassen		
MPG	Medizinproduktegesetz		
PDL	Pflegedienstleitung		
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz		
PQsG	Pflegequalitätssicherungsgesetz		
PTVA	Pflege Transparenzvereinbarung ambulant		
QM	Qualitätsmanagement		
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter		
QMHB	Qualitätsmanagementhandbuch		
QMS	Qualitätsmanagementsystem		
QPR	Qualitätsprüfungsrichtlinien		
SGB	Sozialgesetzbuch		
SozD	Sozialdienst		

Teil I

Allgemeine Grundlagen des Qualitätsmanagements

Kapitel 1	Einführung – 3 <i>Simone Schmidt</i>
Kapitel 2	Theoretische Grundlagen – 9 <i>Simone Schmidt</i>
Kapitel 3	Was ist Qualitätsmanagement? – 27 <i>Simone Schmidt</i>
Kapitel 4	Was ist ein Qualitätsmanagementsystem? – 39 <i>Simone Schmidt</i>
Kapitel 5	Einführung eines Qualitätsmanagementsystems – 59 <i>Simone Schmidt</i>
Kapitel 6	Dokumentation des Qualitätsmanagement- systems – 71 <i>Simone Schmidt</i>
Kapitel 7	Was bewirkt die Einführung eines Qualitäts- managementsystems in der ambulanten Pflege – 81 <i>Simone Schmidt</i>

Einführung

Simone Schmidt

- 1.1 Was bedeutet Qualität in der Pflege? – 4
- 1.2 Die Einstellung zum Qualitätsmanagement – 5
- 1.3 Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege – 6

» Wir neigen dazu, Erfolg eher nach der Höhe unserer Gehälter oder nach der Größe unserer Autos zu bestimmen als nach dem Grad unserer Hilfsbereitschaft und dem Maß unserer Menschlichkeit (Martin Luther King).

Der Begriff »Qualität« hat im Gesundheitswesen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Trotzdem bestehen fortwährend **Zweifel und Vorbehalte** am Sinn des Qualitätsmanagements, auch kurz QM genannt. Viele Pflegekräfte stehen dem Thema ablehnend oder skeptisch gegenüber, wobei als häufigste Begründung **Zeitmangel** und Überlastung genannt werden.

Pflegequalität im Alltag

1.1 Was bedeutet Qualität in der Pflege?

Eine qualitative Studie von **Frei-Rhein** und **Hantikainen** hatte sich bereits im Jahr 2001 mit der Frage der Bedeutung von Qualität in der Pflege im Alltag beschäftigt. Dabei wurde zunächst festgestellt, dass es sehr unterschiedliche und subjektive Auffassungen von Pflegequalität gibt. Allgemein wurde Qualität von den Pflegenden unterschiedlich gewichtet. An diesen Ergebnissen hat sich seither nichts verändert.

➤ **Qualität bedeutet, Ansprüche an sich selbst erfüllen zu können.**

Pflegekräfte lassen sich bei der Beschreibung von Qualität von ihren persönlichen **Werten und Normen** leiten, etwa das »Richtige und Wichtige tun« oder »das Optimum erreichen«.

Dabei ergaben sich verschiedene förderliche und hinderliche Faktoren, die anhand der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegliedert werden können.

Förderliche und hinderliche Faktoren

Strukturqualität

Förderliche Faktoren

- Fachwissen
- Pflegedokumentation als zentrales Instrument der Pflege
- Bezugspflege

Hinderliche Faktoren

- Personalmangel
- Fehlen der Privatsphäre
- Ungenügende Transparenz in der Qualitätspolitik

Prozessqualität

Förderliche Faktoren

- Übereinstimmung der Pflegeauffassung mit den erbrachten Leistungen

- Bewusste Wahrnehmung des Pflegeprozesses
- Zusammenarbeit im Team
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Hinderliche Faktoren

- Setzen von Prioritäten, was nicht immer qualitätsfördernd ist
- Fehlende Informationen in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Ergebnisqualität

- Arbeitszufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Pflegenden und Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Patienten, die in einen unmittelbaren kausalen Zusammenhang gebracht werden
- Verschiedene Methoden zur Überprüfung der Pflegequalität, die für unklare Anforderungen sorgen

All diese Faktoren sind sicher jedem Pflegenden aus seinem persönlichen Alltag mehr oder weniger bekannt und wichtig.

1.2 Die Einstellung zum Qualitätsmanagement

Obwohl die meisten Pflegekräfte die Bedeutung der Qualität und den Zusammenhang mit den erwähnten Faktoren bejahen können, besitzen sie teilweise eine neutrale oder desinteressierte, teilweise eine negative und nur selten eine positive Einstellung zum Qualitätsmanagement.

Skepsis

Die Hauptursache für diese eigentlich »unlogische« Auffassung liegt vermutlich in der mangelnden **Aufklärung** und Informationsweitergabe zu diesem Thema. Befragt man Pflegende, haben die wenigsten eine konkrete, fassbare Vorstellung oder sie empfinden Qualitätsmanagement als Zeitverschwendung.

Das bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen, die mit Qualitätsmanagement beginnen möchten, zunächst alle Mitarbeiter ausführlich **informieren und schulen** sollten. Schon allein durch diese Maßnahmen können Unsicherheiten abgebaut und das Interesse der Mitarbeiter geweckt werden.

Information der Mitarbeiter

- **Sobald ein Mitarbeiter feststellt, dass Qualitätsmanagement sich u. a. mit seiner ganz persönlichen Arbeitssituation befasst und seine Interessen in den Vordergrund stellt, können Ängste reduziert werden. Dies betrifft insbesondere die häufig geäußerte Befürchtung, dass Qualitätsmanagement nur dazu diene, Arbeitsplätze »wegzurationalisieren« und Stellen abzubauen.**

Beschäftigte in der Pflege vertreten immer wieder die Meinung, dass **pflegefremde Tätigkeiten**, also auch Tätigkeiten im Rahmen des

Qualitätsmanagements, sie »von ihrer eigentlichen Arbeit« abhalten. Dabei wird Qualitätsmanagement meistens mit administrativen Aufgaben gleichgesetzt.

➤ **»Dann bleibt ja noch weniger Zeit für unsere Patienten.«**

Zutreffend ist jedoch die Tatsache, dass klar strukturierte Abläufe dazu führen, dass für den einzelnen Patienten mehr Zeit zur Verfügung steht.

Anforderungen an die Pflege

Es ist wohl unbestritten, dass die **Leistungsanforderungen** an die Mitarbeiter und die Arbeitsbelastung von Pflegekräften in den letzten Jahren extrem zugenommen haben. Dies ist jedoch vor allem eine Folge der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung und der Gesundheitspolitik.

➤ **Eine optimale medizinische und pflegerische Versorgung wird in absehbarer Zukunft auch aufgrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung nicht mehr finanzierbar sein. Qualitätsmanagement wird also derzeit von Seiten der Politik auch dazu eingesetzt, ein Mindestmaß an medizinischer Versorgung zu gewährleisten.**

Genauso unbestritten ist die Tatsache, dass unter diesen Voraussetzungen die Qualität der Gesundheitsversorgung leidet. Um dem entgegenzuwirken, wurden die Leistungserbringer zum Qualitätsmanagement **verpflichtet**.

Das bedeutet, dass ein großer Teil der Einrichtungen Qualitätsmanagement nicht aus einer **Überzeugung** heraus betreibt, sondern aus dem **Zwang**, den sie von Seiten der Kostenträger auferlegt bekommen. In diesen Fällen sind die Bemühungen im Rahmen des Qualitätsmanagements oftmals ineffektiv oder gar nutzlos.

➤ **Qualitätsmanagement kann nur funktionieren, wenn alle Mitarbeiter dahinterstehen.**

Sobald Pflegende in der Lage sind, sich mit der Verbesserung der eigenen Arbeit zu identifizieren, kann Qualitätsmanagement sogar **Spaß** machen. Dann übernimmt Qualitätsmanagement eine motivierende Funktion.

1.3 Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege

GMG und DRG

Gerade in der ambulanten Pflege zeichneten sich durch die Verabschiedung des **Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)** und durch andere Gesetzesnovellen gravierende Veränderungen ab. Man spricht von einem Trend zur ambulanten Versorgung, wobei zu bedenken bleibt, dass sich die Klientel, etwa auch durch die Einführung von **DRG**, also der Diagnosis Related Groups, dadurch deutlich verändert.

Auch das **Pflegeweiterentwicklungsgesetz**, das im Juli 2008 in Kraft trat, und die Pflegestärkungsgesetze beinhalten konkrete Vorgaben für das Qualitätsmanagement beziehungsweise gravierende Veränderungen.

- **Von den bisher traditionell auf Grundpflege eingestellten Pflegeeinrichtungen wie Alten- und Pflegeheime, Kurzzeitpflege oder ambulante Dienste werden plötzlich behandlungspflegerische Leistungen verlangt, die diese gar nicht immer erbringen können. Allerdings kann man es sich aus Gründen der Positionierung am Markt und der zunehmenden Konkurrenz gar nicht leisten, entsprechende Patienten abzulehnen.**

Insbesondere für die ambulanten Dienste ergibt sich dadurch ein **Dilemma**, das man nur mit gezielten Mitteln lösen kann.

Sowohl Pflegekräfte als auch Patienten fühlen sich oftmals durch die Situation verunsichert und überfordert. Meistens fügt man sich jedoch in sein Schicksal und reagiert mit einer gewissen **Resignation** nach dem Motto »Wir können ja sowieso nichts daran ändern«.

Für kleinere Einrichtungen ist es durch die knappe Personaldecke nicht unbedingt möglich, die erforderlichen Fortbildungen und Schulungen der Mitarbeiter durchzuführen, um alle Leistungen der Behandlungspflege sach- und fachgerecht zu erbringen. Betreut man jedoch schwerkranke Patienten mit unzureichend qualifizierten Mitarbeitern, stellt dies u. a. ein **juristisches Risiko** dar. Auch der »goldene Mittelweg« ist in diesem Fall keine geeignete Lösung.

- **Die Einführung eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems, das von allen Mitarbeitern akzeptiert, verstanden und »gelebt« wird, kann eine Neuorientierung in dieser schwierigen Situation ermöglichen und unterstützen.**

Dabei lohnt es sich ruhig auch einmal über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen, da in vielen europäischen Ländern und natürlich auch in den USA diese Entwicklung schon vor Jahrzehnten begonnen hat. Gerade in Deutschland befindet sich die Pflege noch in einer Art »Dornröschenschlaf«, aus dem sie nur langsam erwacht. Ziel ist eine **Professionalisierung der Pflege**, die durch die Akademisierung in den letzten Jahren forciert wurde.

Dies soll nicht bedeuten, dass anderswo alles viel besser ist, vielmehr muss nach Lösungen gesucht werden, um den drohenden Zusammenbruch des Gesundheits- und Sozialsystems abzuwenden.

In diesem Zusammenhang ist auch die größte **Berufsgruppe** im Gesundheitswesen, die Pflegenden in der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege, gefordert. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass gerade diese Berufe keine gesellschaftliche Lobby besitzen, wobei in den letzten Jahren erste Schritte in dieser Richtung unternommen wurden.

Internationaler Vergleich

- **Einen weiteren Schritt auf diesem Weg stellt das Qualitätsmanagement dar.**

Theoretische Grundlagen

Simone Schmidt

- 2.1 Was ist Qualität? – 10**
- 2.2 Wie ist Qualität entstanden? – 10**
- 2.3 Wie hat sich Qualität entwickelt? – 11**
- 2.4 Wie kann man Qualität definieren? – 12**
 - 2.4.1 Wie definiert sich Dienstleistungsqualität? – 12
 - 2.4.2 Wie kann man Dienstleistungsqualität beeinflussen? – 14
- 2.5 Was ist Pflegequalität? – 15**
 - 2.5.1 Was versteht man unter Strukturqualität? – 16
 - 2.5.2 Was ist Prozessqualität? – 17
 - 2.5.3 Wie misst man die Ergebnisqualität? – 18
- 2.6 Stufen der Pflegequalität – 19**
- 2.7 Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz PFWG – 23**
 - 2.7.1 Qualitätsprüfungen durch den MDK – 23

» Wer neu anfangen will, soll es sofort tun, denn eine überwundene Schwierigkeit vermeidet hundert andere (Konfuzius).

Das Qualitätsmanagement basiert auf einer Vielzahl von theoretischen Konzepten, die insgesamt **schwer überschaubar** und zum Teil ohne detaillierte betriebswirtschaftliche Kenntnisse gar nicht verständlich sind.

Pflegekräfte, die sich für Qualitätsmanagement interessieren, haben meist Probleme, einen Einstieg in das Thema zu finden. Aus diesem Grund wird im **ersten Abschnitt** dieses Buchs zunächst das **theoretische Basiswissen** vermittelt, das als Grundvoraussetzung für eine praktische Umsetzung von Qualitätsmanagement am eigenen Arbeitsplatz betrachtet wird.

Zunächst sollte man sich intensiv mit der Frage beschäftigen, was unter dem Begriff »Qualität« eigentlich zu verstehen ist. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass der Begriff »**Qualität**« im Qualitätsmanagement prinzipiell wertfrei und neutral verwendet wird.

2.1 Was ist Qualität?

Definition von Qualität

Der Begriff **Qualität** wird mit zunehmender Häufigkeit verwendet, deshalb sollte zunächst die Bedeutung des Wortes Qualität an sich erläutert werden.

Ursprünglich stammt Qualität vom lateinischen Wort *qualitas* und bedeutet übersetzt die Art, Beschaffenheit, Brauchbarkeit, Sorte, Güte, Wertstufe, Eigenschaft oder Beschaffenheit einer Sache (Wahrig Deutsches Wörterbuch 2012).

2.2 Wie ist Qualität entstanden?

Historische Entwicklung

Schon im Altertum wurde der Begriff vom griechischen Philosophen **Aristoteles** (384–322 v. Chr.) verwendet, der in der »Ersten Philosophie« die Qualität als eine von zehn Kategorien beschreibt, die das »Seiende« bestimmen. Andere Kategorien sind z. B. die Substanz, die Quantität, der Ort, die Zeit oder die Relation.

Praktische Übung

Übung

Beschreiben Sie die Eigenschaften eines Apfels. Welche Qualitäten besitzt der Apfel?

Später unterschied der englische Philosoph **John Locke** (1632–1704) primäre und sekundäre Qualitäten, wobei die primären Qualitäten vom Objekt untrennbar sind, also z. B. die Gestalt oder die Festigkeit. Die sekundären Qualitäten eines Objekts sind laut Locke Kräfte, die Ideen hervorrufen.

2.3 · Wie hat sich Qualität entwickelt?

Prinzipiell wurde das Wort Qualität in seiner ursprünglichen Bedeutung also vollkommen **neutral** verwendet.

Übung

Betrachtet man also die Qualitäten eines Apfels, könnte dieser z. B. süß, sauer, saftig, rund oder rot sein.

➤ Ursprünglich diente die Qualität lediglich der Beschreibung von Eigenschaften einer Sache.

Dies entspricht auch der Bedeutung im angloamerikanischen Sprachgebrauch. In dieser Bedeutung sollte Qualität auch im Qualitätsmanagement betrachtet werden.

➤ Auch schlechte Qualität ist Qualität.

Gerade in der deutschen Sprache hat das Wort Qualität jedoch eine positive Färbung, so dass die neutrale Betrachtung der Eigenschaften erschwert wird. Beschäftigt man sich mit Qualitätsmanagement, sollte die **neutrale Grundbedeutung** des Begriffs Qualität immer im Hinterkopf bleiben.

Neutrale Bedeutung von Qualität

Praxistipp

Dies gelingt leichter, wenn man sich die genaue Übersetzung des Wortes *qualitas* immer wieder vor Augen hält. Es ist einfacher, Qualität zu »managen«, wenn man weiß, dass es sich lediglich um die Beeinflussung von Eigenschaften handelt.

2.3 Wie hat sich Qualität entwickelt?

Bereits vor über 3.700 Jahren formulierte der babylonische König Hammurabi (1792–1750 v. Chr.) die ersten Gesetze, die sich u. a. auch mit Qualität im Gesundheitswesen befassen. So findet man im **Codex Hammurabi** etwa folgenden Paragraphen:

» Wenn ein Arzt jemandem eine schwere Wunde mit dem Operationsmesser macht und ihn tötet oder jemandem eine Höhlung mit dem Operationsmesser öffnet und ihm das Auge zerstört, so soll man ihm die Hände abhauen.

Der Codex Hammurabi kann im Louvre in Paris besichtigt werden

Auf dem Höhepunkt der chinesischen Zivilisation der Antike, also zur Zeit der **Chou-Dynastie** (1122–221 v. Chr.) wurden erstmals staatliche Examen für Ärzte verlangt.

Auch im **Mittelalter** wurden Regelungen getroffen, die die Qualität von Waren oder Dienstleistungen festlegten. So wurde in der deutschen Zunftordnung bereits im Jahre 1535 die Meisterpflicht einge-

führt. Ein Beispiel aus der Zeit des Zaren Peter I. zeigt ebenfalls, dass Qualität auch im 18. Jahrhundert eine wichtige Rolle spielte.

» Ich befehle, den Inhaber der Tulaer Fabrik, Kornil Belogkasow, auszupeitschen und zur Arbeit in ein Kloster zu verbannen, weil er, der Schurke, den Truppen des Staates unbrauchbare Gewehre zu verkaufen sich erdreistet hat, den Oberkontrollleur, Frol Fux, auszupeitschen und nach Asow zu verbannen, weil er auf die schlechten Gewehre das Prüf- und Gütezeichen gesetzt hat (Erlass des Zaren Peter I. vom 11. Januar 1723)

2.4 Wie kann man Qualität definieren?

Bei der **Definition von Qualität** bleibt vor allem zu berücksichtigen, dass immer der Blickpunkt des Betrachters eine entscheidende Rolle spielt. Gerade in der ambulanten Pflege muss die Sichtweise des Kunden genauso beachtet werden wie die Definition der Mitarbeiter. Aber auch der Standpunkt der Gesellschaft ist entscheidend. Daraus ergibt sich ein Dreieck, an dessen Ecken sich die jeweiligen Interessen der beteiligten Parteien befinden (■ Abb. 2.1).

Qualität ist komplex

Trotzdem bleibt der Begriff Qualität zunächst komplex und schwer fassbar. Aus diesem Grund werden hier verschiedene Definitionen und Gliederungen von Qualität vorgestellt, um das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten. Eine allgemeine Definition der Qualität lieferte die **DIN ISO 55350**:

» Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.

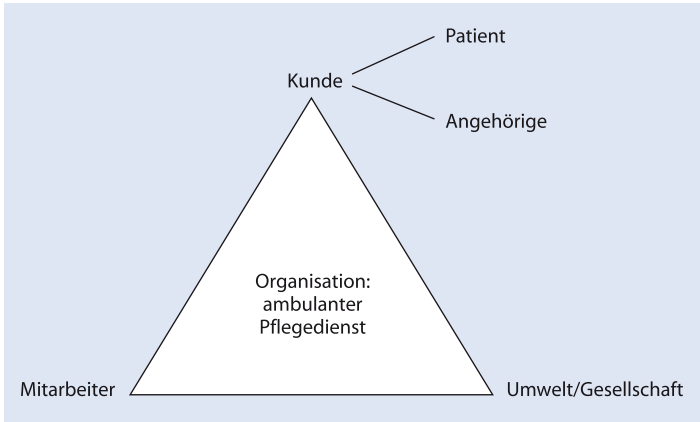
Obwohl diese Beschreibung von Qualität auf den ersten Blick sehr allgemein klingt, beinhaltet sie die wesentlichen **Merkmale** von Qualität und dient gleichzeitig als Basis für viele andere Definitionen und Beschreibungen von Qualität.

2.4.1 Wie definiert sich Dienstleistungsqualität?

Kundenorientierte Definition

Da es sich bei der Definition der DIN ISO um einen **produktorientierten** Ansatz zur Betrachtung von Qualität handelt, der ingenieurwissenschaftlich geprägt ist, hat sich im Dienstleistungsbereich eine **kundenorientierte Definition** von Qualität etabliert. So beschreiben **Meffert u. Bruhn** (1997) die Dienstleistungsqualität als den Grad der Übereinstimmung zwischen der erbrachten Leistung und den bestehenden Kriterien für diese Dienstleistung. Dies entspricht im Wesentlichen der Definition:

» Qualität ist das Erbringen erwartungsgerechter Leistungen.



■ **Abb. 2.1** Das Qualitätsdreieck zeigt die verschiedenen Interessenpartner der Organisation am Beispiel eines ambulanten Pflegedienstes. Durch die grafische Darstellung wird deutlich, dass die Dominanz eines Partners zu einer Verzerrung des Dreiecks führt

Selbstverständlich ist dabei Qualität in hohem Maße von der subjektiven Wahrnehmung des Kunden abhängig. Im **Eisbergmodell** wird die Wahrnehmung des Kunden relativiert. Dabei zeigt sich, dass der Kunde nur ein Siebtel eines Unternehmens wahrnimmt, die übrigen sechs Siebtel bleiben ihm verborgen. Die Beurteilung erfolgt also anhand der Betrachtung der »Eisberg-Spitze«, wobei es Unterschiede zwischen Industriebetrieben und Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt. Diese sind in ■ Tab. 2.1 dargestellt. In dieser Tabelle wird ein Vergleich vorgenommen zwischen wahrnehmbaren Qualitätskriterien in einem Industriebetrieb nach dem Eisbergmodell und der Bewertung eines Dienstleistungsunternehmens. Interessanterweise wird das Betriebsklima in Dienstleistungsunternehmen von den Kunden zu 25% in der Bewertung der Qualität mitberücksichtigt, obwohl man eigentlich davon ausgeht, dass die Kunden dies gar nicht wahrnehmen können. Offensichtlich ist der Kunde aber in der Lage, das Betriebsklima aus dem Verhalten der Mitarbeiter zu eruieren.

■ Tab. 2.1 Das Ansehen von Unternehmen	
Industriebetrieb	Dienstleistung
80% Produktqualität	50% Dienstleistungsqualität 25% Pflege und Betreuung
20% Service und Personal	25% Betriebsklima

■ **Tab. 2.2** Dimensionen der Qualität 1. Diese Tabelle zeigt die fünf Dimensionen der Qualität und belegt diese mit allgemeinen Beispielen

Dimension	Beispiel
Umfeld	Räumlichkeiten
Zuverlässigkeit	Pünktlichkeit
Einsatzbereitschaft	Motivation der Mitarbeiter
Leistungskompetenz	Qualifikation der Mitarbeiter
Einfühlungsvermögen	Kernkompetenz

2.4.2 Wie kann man Dienstleistungsqualität beeinflussen?

Dimensionen der Qualität

Untersuchungen haben gezeigt, dass bei der Wahrnehmung der Qualität von Dienstleistungen **fünf Dimensionen** eine wichtige Rolle spielen. Im Folgenden werden zunächst diese Faktoren dargestellt und anschließend durch praktische Beispiele aus dem Alltag und aus der ambulanten Pflege ergänzt. Dabei sollte immer bedacht werden, dass die Dimensionen in unterschiedlicher Weise von der Leitung und den Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes verändert werden können. Im Rahmen der **Organisationsentwicklung** können die Dimensionen der Qualität als Anhaltspunkt dienen, auf welchen Gebieten Veränderungen herbeigeführt werden können (■ Tab. 2.2).

Auch Mitarbeiter, die sich noch nie mit Qualitätsmanagement beschäftigt haben, können sich die Dimensionen der Qualität vor Augen führen, wenn man in einer Fortbildung oder in einem Qualitätszirkel folgende Aufgabe bearbeitet:

Übung			
Sie möchten sich einen Pullover kaufen. Welche Aspekte sind in diesem Zusammenhang wichtig für Sie?			

Praktische Übung

Mögliche Antworten sind in ■ Tab. 2.3 aufgeführt. In dieser Tabelle werden die Dimensionen der Qualität anhand eines praktischen Beispiels erläutert. Dabei können die Beispiele als mögliche Antworten für die praktische Übung betrachtet werden. Diese Übung kann mit allen Mitarbeitern in einer Teamsitzung erarbeitet werden, um anschließend mögliche Antworten in die entsprechende Dimension einzugruppieren.

Bei der Beantwortung der Frage kann man gleichzeitig überlegen, wie weit diese Dimensionen beeinflusst werden können. Die Ergebnisse können zum Teil direkt auf Einrichtungen der ambulanten Pflege übertragen werden. Dies wird in ■ Tab. 2.4 dargestellt. In dieser Tabelle

werden die Dimensionen der Qualität direkt auf die Besonderheiten der ambulanten Pflege übertragen. Dabei kann jeweils überlegt werden, in welchem Maß die einzelnen Dimensionen von den Mitarbeitern eines ambulanten Pflegedienstes gezielt beeinflusst werden können, um Qualitätsverbesserungen zu erreichen.

■ Tab. 2.3 Dimensionen der Qualität 2

Dimension	Beispiel
Umfeld	Einrichtung und Atmosphäre des Geschäfts
Zuverlässigkeit	Umtausch, Reklamation oder Garantie
Einsatzbereitschaft	Verkäufer ist bereit, den Kunden zu beraten
Leistungskompetenz	Verkäufer besitzt das nötige Fachwissen, um den Kunden zu beraten
Einfühlungsvermögen	Verkäufer »spürt«, ob der Kunde eine Beratung wünscht oder erkundigt sich höflich danach

■ Tab. 2.4 Dimensionen der Qualität 3

Dimension	Beispiel
Umfeld	Atmosphäre bei der Dienstleistungserbringung. Da es sich hierbei um die Wohnung des Patienten handelt, ist dieser Faktor kaum beeinflussbar
Zuverlässigkeit	Pünktlichkeit, Einhaltung von Absprachen, Sicherheit z. B. durch Schweigepflicht, Datenschutz etc.
Einsatzbereitschaft	Freundlichkeit, höflicher Umgang, aktivierende Pflege
Leistungskompetenz	Sach- und fachgerechte Durchführung der Pflege
Einfühlungsvermögen	Vertrauensverhältnis, Pflegebeziehung, Einbeziehung der Angehörigen

2.5 Was ist Pflegequalität?

Qualität hat sich bisher als ein sehr komplexes und schwer fassbares Thema gezeigt. Noch schwieriger stellt sich die Qualität im Sozialwesen und in Einrichtungen des Gesundheitswesens dar. Dies gilt insbesondere für die **Pflegequalität**.

Zum einen ist Pflegequalität kaum objektivierbar und nur bedingt messbar, zum anderen spielen zwischenmenschliche Aspekte wie Zuwendung oder Wohlbefinden eine bedeutende Rolle. Außerdem beinhaltet der Begriff Pflegequalität eine Vielzahl von Bereichen, so dass eine Beurteilung der Pflegequalität entweder sehr aufwändig ist oder immer nur einzelne Teilbereiche betrachtet werden können. Schon

Qualität in der Pflege

Ende der 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts hat **Avedis Donabedian** eine Unterteilung der Qualität in drei Bereiche vorgenommen:

Qualitätsraster nach Donabedian (1966)

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

2.5.1 Was versteht man unter Strukturqualität?

Strukturqualität

Die Rahmenbedingungen, unter denen eine Dienstleistung erbracht wird, entsprechen der **Strukturqualität**.

Strukturqualität

- Gebäude, Räumlichkeiten
- Geräte und Hilfsmittel
- Finanzielle Ressourcen
- Personalausstattung

Gesetzliche Vorgaben

Dabei ist zu beachten, dass diese Rahmenbedingungen oftmals nur schwer beeinflussbar sind, da sie durch interne, aber auch durch externe Vorgaben stark reglementiert werden. Zu den externen Vorgaben gehören z. B. gesetzliche Anforderungen vor allem bzgl. des Personals, die im SGB XI und SGB V festgelegt sind.

Vorgaben des Marktes

Aber auch die **finanzielle Struktur** kann nicht beliebig verändert werden, da gerade in der ambulanten Pflege ein »Markt der festen Preise« vorherrscht. Dadurch kann es erforderlich werden, zusätzliche Dienstleistungen als Einnahmequelle zu ermitteln. Das bedeutet auch, dass das Thema **Wirtschaftlichkeit** bei der Betrachtung von Qualität mitberücksichtigt werden muss.

Personalmanagement

Ein wichtiger Aspekt der Strukturqualität ist das **Personalmanagement**. Auch in modernen Industriebetrieben fallen immer häufiger Schlagwörter wie »Human Resources Management« oder »Wissensmanagement«. Die Bedeutung von qualifiziertem und motiviertem Personal darf nicht unterschätzt werden. Deshalb beinhaltet ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem auch Vorgaben zur Personalplanung, zur Mitarbeiterführung und zur Planung von Fortbildungen.

Praxistipp

Beim Personalmanagement herrscht in vielen ambulanten Pflegeeinrichtungen noch ein großer Handlungsbedarf. Neben der Stellenbesetzung an sich, sind auch die Mitarbeiterbindung und das Wissensmanagement entscheidend.

2.5.2 Was ist Prozessqualität?

Prozessqualität

➤ Als Prozess bezeichnet man jede Tätigkeit, die wiederholt oder regelmäßig ausgeführt wird.

Im Prinzip sind dies alle Maßnahmen der direkten Pflege. Diese patientenbezogenen Prozesse werden auch **Kernprozesse** genannt.

Der Aufgabenbereich einer Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege beinhaltet aber auch Tätigkeiten, die indirekt mit der Versorgung von Patienten zu tun haben, etwa

- administrative Aufgaben,
- Vor- und Nachbereitung von Pflegemaßnahmen oder
- Fahrten von einem Patienten zum nächsten.

Diese Tätigkeiten gehören zu den **Support- oder Unterstützungsprozessen**.

Zu den **Managementprozessen** zählen

- strategische Planung und
- Weiterentwicklung des Pflegedienstes.

Dabei handelt es sich üblicherweise um eine Führungsaufgabe, das heißt, der Geschäftsführer, der Eigentümer oder die Pflegedienstleitung ist für die Durchführung von Managementprozessen zuständig und verantwortlich.

All diese Tätigkeiten und Aufgaben werden unter dem Begriff **Prozessqualität** zusammengefasst. Dadurch erhält die Prozessqualität einen hohen Stellenwert bei der Betrachtung von Qualität im Allgemeinen.

Praxistipp

Wenn man Qualität verbessern möchte, sollte man mit der Bewertung von Prozessen beginnen.

Jeder weiß, dass in der Pflege, genau wie überall, viele Dinge getan werden, »weil sie schon immer so getan werden«. Deshalb ist es für Personen, die innerhalb einer Organisation stehen, schwierig zu hinterfragen, warum etwas auf eine bestimmte Art und Weise gemacht wird. Es hat sich als hilfreich erwiesen, die wichtigsten Prozesse aufzuschreiben oder grafisch darzustellen. Dadurch werden Schwachpunkte deutlich und können gezielt verändert werden.

Flussdiagramme sind für die grafische Darstellung von Prozessen besonders übersichtlich und geeignet.

Wenn man Prozesse gezielt beurteilen möchte, kann man mit Hilfe einer Checkliste einzelne Punkte bewerten. In QM-H 2.1 (▣ Abb. 2.2) wird eine Checkliste zur **Prozessbewertung** beispielhaft dargestellt.

Die Körperpflege ist ein Kernprozess

Der Mensch ist ein »Gewohnheitstier«

Ergebnisqualität

2.5.3 Wie misst man die Ergebnisqualität?

Die Feststellung des Ergebnisses der erbrachten Pflege ist wichtig, wird jedoch kaum durchgeführt. Da es sich um subjektive, individuelle Daten handelt, wird häufig die Meinung vertreten, dass die **Ergebnisqualität** der Pflege nicht messbar ist. Dies ist jedoch nicht zutreffend.

➤ **Auch mit optimalen strukturellen Vorgaben kann eine qualitativ schlechte oder »gefährliche Pflege« geleistet werden.**

Deshalb ist es unerlässlich, eine Datenerhebung bzgl. der Ergebnisqualität durchzuführen.

Um eine Messung der Ergebnisqualität durchzuführen, stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung:

Erhebung der Ergebnisqualität

- Auswertung der Veränderung des Gesundheitszustandes
- Kundenbefragung
- Auswertung der Pflegeplanung

Die Veränderung des Gesundheitszustandes

Diese Methode kann nur sehr wenige und sehr ungenaue Daten zur Ergebnisqualität liefern. Bei der Bewertung des Gesundheitszustandes unterscheidet man z. B.

- Patient gebessert,
- Patient geheilt oder
- Patient verstorben.

Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass sich der Zustand des Patienten verschlechtert hat oder dieser sogar gestorben ist, was jedoch nicht mit einer schlechten Pflegequalität gleichzusetzen ist. Umgekehrt können Patienten als deutlich gebessert oder geheilt beschrieben werden, die diesen Zustand aber trotz schlechter Betreuung erreicht haben.

Kundenbefragung

Kundenbefragung

Die Befragung der Kunden ist eine gute Methode, um die Zufriedenheit zu messen. Allerdings können verschiedene Faktoren das Ergebnis verändern. Zum einen besteht zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen möglicherweise ein **Abhängigkeitsverhältnis**, so dass der Patient sich fürchtet, offen Kritik zu äußern. Dann wird die Befragung ein falsch-positives Ergebnis liefern. Zum anderen sind die betreuten Patienten oftmals aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht in der Lage, eine realistische Einschätzung vorzunehmen oder diese mitzuteilen. Insbesondere Pflegedienste, die viele Patienten betreuen, die an einer **Demenz** erkrankt sind, können kaum verwertbare Befragungen durchführen.

Auch die Befragung von **Angehörigen** kann nur unzureichende Informationen ergeben, da Angehörige häufig andere Ansprüche an einen Pflegedienst stellen, als der Patient selbst. So kennt jeder die Situation, dass der Patient sich eigentlich gut versorgt fühlt, die Angehörigen jedoch mit der Pflege unzufrieden sind und umgekehrt.

Auswertung der Pflegeplanung

Deshalb ist es in vielen Fällen empfehlenswert, eine Bewertung der **Pflegeplanung** durchzuführen. Dazu wird stichprobenartig eine festgelegte Anzahl von Pflegedokumentationen ausgewählt und anhand definierter Kriterien beurteilt. Dabei überprüft man z. B. die Zahl der formulierten **Pflegeziele** und vergleicht sie mit der Anzahl der tatsächlich erreichten Ziele.

Zunächst wird man erkennen, dass es große Differenzen gibt zwischen festgelegten und erreichten Zielen. Dies liegt daran, dass häufig Ziele formuliert werden, die bei realistischer Betrachtung gar nicht erreichbar sind.

➤ **Mit der Zeit zeigt sich jedoch normalerweise, dass die Bewertung der Pflegeplanung auch dazu führt, dass effektiver und sinnvoller geplant wird.**

Die Planung mit Standardformulierungen wird in vielen Einrichtungen relativ unreflektiert praktiziert.

Praxistipp

Ambulante Dienste, die Bewertungen der Pflegeplanung durchführen, konnten durch diese Maßnahme eine Verbesserung der Pflegeplanung hin zu einer individuellen, patientenorientierten Planung erreichen.

Die Bewertung kann natürlich auch die Probleme, die Ressourcen und die Maßnahmen beinhalten. Eine umfassende **Checkliste** zur Bewertung der Pflegeplanung findet sich in ► Kap. 21.

2.6 Stufen der Pflegequalität

Bereits 1965 klassifizierte die Schweizer Kader Schule des Roten Kreuzes die Pflege von optimal über gut bzw. ausreichend bis hin zur mangelhaften oder gefährlichen Pflege.

Zuletzt erfolgte eine Überarbeitung der »**Stufen der Pflegequalität**« im Jahr 2004 durch ein Modellprojekt des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (■ Tab. 2.5).

Dieses Kapitel beinhaltet den ersten Abschnitt der sich mit der, für das Qualitätsmanagement besonders relevanten »Indirekten Pflege«

Messung der Pflegequalität

■ **Tab. 2.5** Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger BMGS/KDA (Hrsg.) (2004): Stufen der Pflegequalität

Indirekte Pflege	Angemessene Bedingungen	Unangemessene/Gefährliche Bedingungen
Leitbild	Der Pflegeanbieter verfügt über ein schriftliches Leitbild, das über einen langen Zeitraum gültig ist. Das Leitbild ist allen Mitarbeitern bekannt. Die Qualitätsentwicklung und der Arbeitsalltag orientieren sich an diesem Leitbild.	Der Pflegeanbieter trägt sich nicht mit dem Gedanken, ein Leitbild zu entwickeln oder es existiert ein Leitbild, das aber keinerlei Auswirkung auf den Arbeitsalltag in der Einrichtung hat.
Pflegekonzept	Der Pflegeanbieter verfügt über ein pflege-theoretisch fundiertes, schriftliches Pflegekonzept, das mit dem Leitbild vereinbar ist. Es wird vom Management zusammen mit den Pflegemitarbeitern laufend den Erfordernissen angepasst. Das Konzept ist den Pflegemitarbeitern vertraut und jederzeit leicht zugänglich. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, ihr Handeln an dem Konzept auszurichten und sich dafür schulen zu lassen.	Die Leitung des Pflegedienstes trägt sich nicht mit dem Gedanken, ein Pflegekonzept zu entwickeln oder es existiert ein Pflegekonzept, das aber im Arbeitsalltag keinerlei Bedeutung hat.
Management	Die leitenden Mitarbeiter verfügen über Managementqualifikationen. Sie qualifizieren sich durch Fort- und Weiterbildung, kollegiale Beratung und Supervision. Die Pflegedienstleitung nimmt Aufgaben in der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung wahr. Die leitenden Mitarbeiter fühlen sich dem Leitbild und dem Konzept verpflichtet. Das Management repräsentiert die Einrichtung und unterstützt (coach) die nachgeordneten Mitarbeiter.	Der Pflegeanbieter geht davon aus, dass Managementkompetenz durch »Learning-by-doing« erworben wird und die Leitungsaufgaben »nebenbei« erledigt werden können. Angebote zur Fort- und Weiterbildung fehlen bzw. werden nicht in Anspruch genommen.
Qualitätsentwicklung	Der Pflegeanbieter verfügt über ein schriftlich fixiertes Konzept zur Qualitätsentwicklung, auf das im Arbeitsalltag kontinuierlich Bezug genommen wird und in dem alle Arbeitsbereiche mit einbezogen sind. Qualitätsmängel und Beschwerden der Klienten und Angehörigen werden ernstgenommen und gewürdigt. Die Mitarbeiter können ihre Anregungen und Kritik einbringen, z. B. in Qualitätszirkeln.	Der Pflegeanbieter hat kein Konzept zur Qualitätsentwicklung bzw. hat eins, das aber nicht umgesetzt wird. Schwierigkeiten, Beschwerden, Krisen usw. werden als »Angriff« auf die Einrichtung und die eigene Arbeit gesehen, den es abzuwehren gilt.

■ Tab. 2.5 (Fortsetzung)

Indirekte Pflege	Angemessene Bedingungen	Unangemessene/Gefährliche Bedingungen
Pflegeorganisation	Die Pflegeorganisation ist auf die im Leitbild und im Pflegekonzept formulierten Ziele, z. B. Förderung der Selbstpflegekompetenz der Klienten oder Förderung der Pflegekompetenzen von Angehörigen (pflegerische Einzelfallkompetenz), ausgerichtet. Die Fachkompetenz der Pflegemitarbeiter wird mit einbezogen und hat Einfluss auf die Arbeitsabläufe. Aufbauorganisation: Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche werden kontinuierlich geklärt. Es existieren aktuelle Stellenbeschreibungen. Ablauforganisation: Einsatzplanung, Dienstplangestaltung und Tagesablauf stellen die Klienten und ihre Angehörigen in den Mittelpunkt. Die Organisatoren achten auf Kontinuität z. B. beim Einsatz der pflegerischen Bezugspersonen für die Klienten.	Die Pflegeorganisation orientiert sich nicht an den Interessen, Bedürfnissen und Kompetenzen von Klienten/Angehörigen. Sie fordert von Klienten/Angehörigen/Mitarbeitern Anpassung an die scheinbar notwendigen betrieblichen Abläufe. Aufbauorganisation: Zuordnung von Aufgaben und Zuständigkeiten erfolgt häufig zufällig und widerspricht sich zum Teil. Ablauforganisation: Einsatz- und Dienstplanung sind unsystematisch und kurzfristig. Der Tagesablauf ist nicht auf die Klienten/Angehörigen ausgerichtet. Die für die Ablauforganisation verantwortlichen Mitarbeiter achten nicht auf Kontinuität.
Praxisanleitung und Begleitung	Auszubildende werden als Lernende angesehen. Lernangebote werden mit Ausbildungsstätten und Auszubildenden abgestimmt, Lernerfolge überprüft. Praxisanleiter und Mentoren begleiten die Schüler. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt nach einem schriftlichen Konzept. Die Praxisbegleitung (Coaching) erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiter. Die (Weiter-)Qualifizierung aller Berufsgruppen folgt einem kurz-/mittel- und langfristigen Planungskonzept. Sie wird in verschiedenen Formen wie z. B. interne und externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Supervision, Praxisreflexion und -begleitung oder Hospitation angeboten. Fachinformationen, z. B. in Form von Zeitschriften, Büchern, Videos, sind gut zugänglich.	Auszubildende werden nur als Arbeitskräfte angesehen. Lernangebote und -ziele sind nicht abgestimmt, es gibt keine Praxisanleitung. Neue Mitarbeiter werden nicht in Arbeitsfelder und Arbeitsweisen bzw. die Arbeit nach Leitbild und Pflegekonzept eingeführt. Vertiefende Angebote zur (Weiter-)Qualifizierung bestehen nicht bzw. werden nicht in Anspruch genommen.

■ Tab. 2.5 (Fortsetzung)

Indirekte Pflege	Angemessene Bedingungen	Unangemessene/Gefährliche Bedingungen
Kooperation mit anderen Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen arbeiten ziel- und leitbildorientiert zusammen. Die Kooperation (z. B. Pflege/Hauswirtschaft/Sozialer Dienst/Ärzte) ist klientenorientiert und aufeinander abgestimmt. Überschneidungen zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen (Schnittstellen) werden im Sinne der Klienten geklärt. Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik (früher Behandlungspflege) Der Arzt delegiert Aufgaben an Pflegefachpersonen, die diese fachkundig ausführen. Zu der fachkundigen Ausführung gehört die Prüfung, – ob die nötigen rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (z. B. ärztliche Anordnung in schriftlicher Form) – ob die eigene Pflegefachlichkeit (»Weiß ich genug?«) gewährleistet ist. – ob die eigenen persönlichen Fähigkeiten ausreichen (»Kann ich es ausführen?«). – ob die sachlichen und strukturellen Voraussetzungen, z. B. steriles Material, gegeben sind. Die Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik wird in Zusammenarbeit mit dem Arzt dokumentiert, evaluiert und reflektiert.	Die einzelnen Berufsgruppen kooperieren nicht; sie arbeiten nicht klientenorientiert. Die Verteilung der Aufgaben erfolgt ohne Berücksichtigung der beruflichen Kompetenz. Es existieren keine Regelungen zum Umgang mit Überschneidungen zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (Schnittstellen). Mitwirkung bei ärztlicher Therapie und Diagnostik (früher Behandlungspflege) Delegation und Übernahme ärztlicher Tätigkeiten sind unsystematisch und unreflektiert. Die ärztlichen Eintragungen in der Pflegedokumentation fehlen bzw. sind unvollständig. Der Pflege- und Therapieverlauf ist in der Dokumentation nicht nachvollziehbar.
Schaffung fördernder Rahmenbedingungen für die Pflege	Der Pflegeanbieter ist täglich rund um die Uhr erreichbar und erbringt bedarfsgerechte Hilfeleistungen bzw. die Hilfeleistungen sind sichergestellt. Die Überleitung aus angrenzenden Versorgungsbereichen folgt einem Konzept, das die Kontinuität der Pflege und Begleitung sicherstellt (z. B. mit Hilfe von Überleitungsbögen). Es bestehen Kooperationsabsprachen mit anderen Dienstleistungserbringern (ambulant/teilstationär/stationär). Bei Erstsituationen in der Pflege, (Einzug in ein Altenheim/eine Haus-/Wohngemeinschaft/Krankenhauseinweisung), werden die Klienten und ihre Angehörigen intensiv begleitet. Bei Entlassung wird der Nationale Expertenstandard zum Entlassungsmanagement angewandt.	Die Pflegeeinrichtung ist häufig nur über Anrufbeantworter zu erreichen. Eine Überleitung aus anderen Versorgungsbereichen erfolgt mündlich. Die Kooperation mit angrenzenden Dienstleistern ist nicht geregelt. Bei Erstsituationen werden Klienten und ihrer Angehörigen alleine gelassen.