

IKK-Qualitätsgemeinschaft

- Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung -

Werner Göpfert-Divivier, iSPO-Institut

- Saarbrücken und Hannover, im Oktober 2004 -

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Das Modell zum Modell: Zielsetzung und Ausgangslage | 3 |
| 1.1 | Ergänzende Vereinbarung nach § 132a Absatz 2 SGB V | 5 |
| 1.2 | IKK-Qualitätsgemeinschaft und ihre zehn Pflegedienste | 7 |
| 2 | 20 Qualitätskriterien als Kernpunkte des Modells und ihre Anwendung | 8 |
| 2.1 | Das Verfahren zur Berechnung der Bonusstufen | 8 |
| 2.2 | Zusätzliche Vergütung für zusätzliche Leistungen | 10 |
| 2.3 | Profil zu Beginn der Erprobungsphase | 11 |
| 2.4 | Profil nach den Internen Audits zum Ende des Modells | 12 |
| 2.5 | Übersicht über die Bonuseinstufung: Auswirkungen des Modells auf die Struktur- und Prozessqualität | 16 |
| 3 | Interne Audits | 18 |
| 3.1 | Ablauf nach einem festgelegten Verfahren | 19 |
| 3.2 | Materialien und Instrumente: im Modellverlauf bewährt und praxistauglich | 20 |
| 4 | Schulung der Internen Auditoren | 21 |
| 5 | Die IKK-Qualitätsgemeinschaft: Realisierte Idee einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit | 23 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6 | Auswirkungen des Modellvorhabens auf die Ergebnisqualität | 24 |
| 7 | Kunden-/Versicherten- und Mitarbeiterbefragung | 26 |
| 7.1 | Kunden-/Versichertenbefragung | 26 |
| 7.2 | Mitarbeiterbefragung | 36 |
| 8 | Zusammenfassung der Ergebnisse und Perspektiven für die Weiterführung | 53 |

A N L A G E N

1 Das Modell zum Modell: Zielsetzung und Ausgangslage

Im Januar 2001 hat der IKK-Landesverband Niedersachsen die vom iSPO-Institut erarbeitete Studie „Untersuchung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege“¹ veröffentlicht. Eines der zentralen Ergebnisse war die Erkenntnis, dass es nach wie vor möglich ist, häusliche Pflege unter den gegebenen Bedingungen in guter Qualität zu erbringen, dass die Spielräume aber wahrnehmbar enger geworden sind. Des Weiteren: Zwischen den einzelnen Qualitätsaspekten häuslicher Pflege und der wirtschaftlichen Leistungserbringung besteht eine unauflösbare Wechselwirkung, die insbesondere Aspekte der Leistungsvorbereitung im Pflegedienst („Inhouse-Gegebenheiten“; Struktur- und Prozessqualität) betrifft. Qualität muss genau beschrieben werden und ist ihren Preis wert (in der o. a. Studie aus 2001 ist dazu ein Berechnungsschema enthalten). Ein Problem besteht darin, dass nach den aktuellen vertraglichen Vereinbarungen ehrgeizige Pflegedienste für besondere Qualitätsanstrengungen nicht belohnt werden und Pflegedienste mit (unter-)durchschnittlicher Qualität von den verhandelten Preisen profitieren.

Das damalige Modellvorhaben zur Qualität und Wirtschaftlichkeit bezog sich auf SGB V- und XI-Leistungen. In der Praxisreflexion und der Auswertung der Kunden-/Versichertenbefragung zeigt sich die Schwierigkeit, komplexe Hilfebedarfe in einzelne Finanzierungskategorien unterteilen zu müssen (neben Krankenversicherung und Pflegeversicherung kommt als dritte Komponente innerhalb einer Leistungserbringung ein Eigenanteil des Kunden/Versicherten oder auch ein über die Sozialhilfe zu finanzierender Teil hinzu).

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Studie hat der IKK-Landesverband Niedersachsen unmittelbar im Anschluss an das skizzierte Modell im Rahmen einer Projektgruppe (an der neben Vertretern der IKK und des iSPO-Instituts Vertreter von drei der vier Pflegedienste des bisherigen Modells teilnahmen) und nach den Modalitäten der Qualitätszirkelarbeit das Konzept des anschließend dargestellten Folge-Modellvorhabens entwickelt.

Bonuszahlungen für ein Mehr an Qualität

Bei dem im Folgenden näher beleuchteten Modell geht es im Kern darum, ein Mehr an Qualität durch eine Bonuszahlung auf die verhandelten Leistungsentgelte zu belohnen. Das hierzu entwickelte Verfahren mit den nötigen Qualitätsüberprüfungen beruht auf der Überzeugung, dass es zwischen Pflegediensten als den Leistungserbringern und den Krankenkassen als den Kostenträgern eine partnerschaftliche Zusammenarbeit - oberhalb bisher praktizierter Regelungen - geben kann. Das dazu zwischen April 2003 und Oktober 2004 modellhaft durchgeführte Verfahren wurde folgerichtig gemeinsam entwickelt, beschlossen und erprobt. Ohne wechselseitigen Vertrauensvorschuss wäre es nicht realisierbar gewesen. Insofern ist bereits die Tatsache als Erfolg zu bewerten, dass es zu Stande gekommen ist. Dass es auch zum En-

¹ Werner Göpfert-Divivier, Heike Lauer: Untersuchung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege; IKK-Landesverband Niedersachsen (Hg.); Saarbrücken und Hannover, Januar 2001

de der Modellphase als erfolgreich eingestuft werden kann, veranschaulichen die nachfolgenden Darlegungen.

Weil sich vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten einer einzelnen Kasse lediglich auf den Leistungsbereich der Krankenversicherung (SGB V) beziehen, beinhaltet das hier dargestellte Nachfolge-Modellvorhaben im Kern diesen Bereich. In einzelnen Punkten geht es jedoch aus inhaltlichen Erwägungen über die allgemeinen vertraglich vereinbarten Regelungen zum SGB V hinaus und tangiert insbesondere auch Aspekte der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI).

Nachdem die entsprechenden Beschlüsse der IKK-Gremien vorlagen und weitere interessierte Pflegedienste gefunden waren, wurde das Nachfolge-Modellvorhaben zum 1. April 2003 mit zunächst sieben Pflegediensten begonnen. Ab Oktober 2003 kamen weitere drei Dienste hinzu.

Die Zielsetzung des Nachfolge-Modellvorhabens

Neben den vorher skizzierten Rahmenkonstellationen lässt sich die Zielsetzung des Modells wie folgt zusammenfassen:

- Verbesserung für die Versicherten bzw. Kunden durch eine noch konsequenterere Umsetzung der vertraglich gemeinsam definierten Qualitätselemente für die häusliche Krankenpflege.
- Vertiefung und Handhabung eines vertrauensvollen und partnerschaftlichen Umgangs zwischen dem IKK-Landesverband Niedersachsen und den die Leistungen erbringenden Pflegediensten.
- Entwickeln eines Verfahrens, das Pflegedienste belohnt, die auf die hohe Qualität ihrer Leistungen (in Vorbereitung, Durchführung und Auswertung) besonderen Wert legen und sich einem kontinuierlichen Entwicklungs- und Überprüfungsprozess stellen.
- Erproben der dazu erarbeiteten Instrumente und des Gesamtkonzeptes mit dem Ziel, die Modellmodalitäten in Regelvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu überführen.

Zur Realisierung dieser Zielsetzung wurden partnerschaftlich und in einem von der wissenschaftlichen Begleitung moderierten Prozess folgende Modellstrukturen bzw. Instrumente entwickelt, in der Praxis erprobt und teilweise als Ergebnis der Erprobung modifiziert, sodass jetzt zum Ende der Erprobungsphase ein praxistaugliches Gesamtsystem zur Verfügung steht, das in den Regelbetrieb zwischen Krankenkasse und zu beteiligenden Pflegediensten überführt werden kann:

- Etablierung einer *IKK-Qualitätsgemeinschaft in der häuslichen Pflege*, in der ausgewählte Pflegedienste auf Basis einer *Ergänzenden Vereinbarung* nach § 132a Abs. 2 zu § 37 Abs. 1 und 2 Satz 1 SGB V mit der IKK zusammenarbeiten (vgl. Fußnote S. 8).
- Konstituierung einer *Steuerungsgruppe* zur inhaltlichen Begleitung des Vorhabens, bestehend aus IKK-Vertretern, Vertretern der beteiligten Träger (freige-

meinnützige und private), der geschulten Internen Auditorinnen und Auditoren sowie des iSPO-Instituts.

- Arbeit nach *20 Qualitätskriterien* und deren Weiterentwicklung im Verlauf der Erprobung.
- *Schulung von Internen Auditorinnen und Auditoren* aller 10 Pflegedienste und ihr Einsatz im Rahmen der Internen Audits der Qualitätsgemeinschaft.
- *Durchführung von 14 Internen Audits* zur Überprüfung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der vereinbarten Qualität in den 10 beteiligten Pflegediensten.
- *Befragung der Kunden/IKK-Versicherten*, die von den zehn am Modell beteiligten Pflegediensten zum Befragungszeitpunkt versorgt werden sowie
- *Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* der beteiligten zehn Pflegedienste zum Ende der Modelllaufzeit.

Nachfolgend werden zum Modellende mit Stand Mitte September 2004 die bisherigen Entwicklungen skizziert, die Ergebnisse dargelegt und weiterführende Perspektiven für die Zeit nach Modellende aufgezeigt.

1.1 Ergänzende Vereinbarung nach § 132a Absatz 2 SGB V ²

Die Ergänzende Vereinbarung enthält in § 1 den Hinweis auf § 132a Abs. 2 SGB V in der in Niedersachsen allgemein gültigen Fassung. In § 2 Abs. 1 sind die 20 Qualitätskriterien als Vertragsbestandteil aufgeführt. In Abs. 2 sind zwei Regelungen benannt, die das Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten unterstreichen: Zum einen wird betont, dass die IKK jederzeit das Recht hat, bei den IKK-Versicherten des beteiligten Pflegedienstes eine Abfrage der Kundenzufriedenheit vorzunehmen und zum Zweiten, dass Mitarbeiter/innen der IKK jederzeit - nach vorheriger Ankündigung und Erteilung des Einverständnisses des Versicherten - die Möglichkeit erhalten, an der Leistungserbringung beim Kunden/Versicherten teilzunehmen.

§ 3 beschreibt den Umgang mit den 20 Qualitätskriterien. Danach nehmen die beteiligten Pflegedienste mit Vertragsabschluss eine Selbstbewertung/-einschätzung zu jedem der 20 Elemente nach einem näher beschriebenen Verfahren vor (vgl. Kapitel 2) und stellen der IKK dazu entsprechende Unterlagen zur Verfügung. Die Selbstbewertung mündet in die - ebenfalls zunächst selbst vorzunehmende - Zuordnung zu einer von drei möglichen und vergütungsrelevanten Bonusstufen. Beides wird in der Folge regelmäßig im Rahmen eines Internen Audits überprüft.

Interne Audits werden in jedem Pflegedienst mindestens einmal jährlich von Internen Auditoren/Auditorinnen der Qualitätsgemeinschaft durchgeführt (vgl. § 3 Abs. 2), die nicht dem zu auditierenden Dienst angehören. In der Modellphase kann dies unter Beteiligung von externen Auditoren/-rinnen der Fachberatung erfolgen. Weiterhin werden in Abs. 3 das Verfahren und die jeweils anzuwendenden Instrumente bzw.

² Vgl. die vollständige Ergänzende Vereinbarung im Anhang.

Formulare ebenso beschrieben wie die hierbei dem zu auditierenden Dienst entstehenden Kosten. Die Absätze 4 und 5 beschreiben das Vorgehen zur Vergabe der für jedes Qualitätskriterium maximal möglichen fünf Punkte. Die Addition der Punktwerte ergibt die „Einstufung“ in eine der drei möglichen Bonusstufen. Die Abs. 6 und 7 regeln die Berücksichtigung der anderen allgemein gültigen Qualitätsüberprüfungen nach SGB XI.

In § 4 erfolgt die Darlegung der zusätzlichen Vergütungsregelung für die Pflegedienste der Qualitätsgemeinschaft und ihre Abwicklung. Dabei ist von Interesse, dass - je nach Bonusstufe - 5, 10 oder 15 Cent je Einsatz zusätzlich zu den geltenden Vergütungsvereinbarungen gezahlt werden und der hierbei für den Pflegedienst erzielte zusätzliche Umsatz mit den einzelnen IKK seitens des IKK-Landesverbandes im Rahmen der Projektförderung auf eine jährliche Mindestsumme aufgestockt wird. Darüber hinaus zahlt der IKK-Landesverband für die Anwendung der Qualitätskriterien, die bisher in den allgemeinen Vereinbarungen zum SGB V nicht enthalten sind (schriftliche Pflegeverträge, Erstbesuch und Pflegevisite), einen einmaligen Betrag von 300 EUR, wenn diese Qualitätskriterien mindestens in durchschnittlicher Güte erfüllt werden.

§ 5 beschreibt die IKK-Qualitätsgemeinschaft und den Umgang mit den in ihr zusammengeschlossenen Pflegediensten.

Anlagen zu dieser Ergänzenden Vereinbarung sind eine Reihe von Instrumenten, deren Erprobung zum Inhalt des Modellvorhabens gehört:³

- Beschreibung der 20 Qualitätskriterien (Anlage 1 der Ergänzenden Vereinbarung)
- Detaillierte Unterlagen zur Durchführung der Internen Audits in Form einer „Verfahrensanleitung zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung Interner Audits innerhalb der IKK-Qualitätsgemeinschaft“ mit:
 - Flussdiagramm
 - Jahresplan der Internen Audits
 - Checkliste für den IKK-Landesverband Niedersachsen zur Organisation und Vorbereitung Interner Audits
 - Checklisten für die Internen Auditoren/-rinnen zur Vor- und Nachbereitung der Internen Audits
 - Ablaufplan für die Durchführung des Internen Audits als Formularvorlage
 - Auditbericht als Formularvorlage
 - Übersicht zu Bonuswerten der Qualitätskriterien
 - Formular zur Anwendungskontrolle der Qualitätskriterien inkl. einer Legende mit den Bewertungskriterien zur Vergabe der Punktwerte

³ Vgl. die einzelnen Materialien / Instrumente im Anhang

- Audit-Fragelisten zu den 20 Qualitätskriterien
- Leitfaden für das Eröffnungs- und Abschlussgespräch sowie zum Ablauf eines Internen Audits
- Auditorenbewertungsbogen durch die Einrichtung und gegenseitig per Ankreuzverfahren

1.2 IKK-Qualitätsgemeinschaft und ihre zehn Pflegedienste

Mit Beginn des Modellvorhabens zum 1. April 2003 hatten sieben Pflegedienste per Vertrag ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit bekundet. Davon waren zwei Pflegedienste bereits am vorherigen Modellvorhaben zur Qualität und Wirtschaftlichkeit beteiligt (sie sind mit „*“ gekennzeichnet). Zum 1. Oktober 2003 kamen drei weitere Pflegedienste hinzu, sodass der IKK-Qualitätsgemeinschaft letztlich zehn Pflegedienste angehören.

Im Einzelnen handelt es sich um⁴:

- Ambulante Krankenpflege Bettina Harms, Hankensbüttel (seit 1. April 2003)
- Caritas-Sozialstation Geeste/Twist, Twist (seit 1. April 2003)
- DRK-Sozialstation Braunschweig, Braunschweig (seit 1. Oktober 2003)
- DRK-Sozialstation Salzgitter, Salzgitter (seit 1. Oktober 2003)
- DRK-Sozialstation Wennigsen, Wennigsen (seit 1. April 2003)
- medidom - der Gesundheitsdienst, Hannover* (seit 1. April 2003)
- Pflegeteam Sehnde / Ambulante Kranken- und Altenpflege, Sehnde (seit 1. Oktober 2003)
- Soziale Dienste Handwerk, Osnabrück* (seit 1. April 2003)
- Sozialstation Nordkreis Vechta, Vechta (seit 1. April 2003)
- Sozialstation Südkreis Vechta, Damme (seit 1. April 2003)

Vier Pflegedienste befinden sich in privater und sechs in freigemeinnütziger Trägerschaft. Alle Pflegedienste haben Rahmenverträge mit den Kranken- und Pflegekasernen, die Qualitätsanforderungen des § 80 SGB XI werden erfüllt. Die Dienste arbeiten in der häuslichen Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen. Zu diesem Zweck beschäftigen sie Personal in der Bandbreite der bekannten Qualifikationen und in unterschiedlichen Anstellungsverhältnissen.

n. Zum Teil handelt es sich um Pflegedienste mit Qualitätszertifikat bzw. mit ausgewiesenem Qualitätsmanagementsystem. Alle versorgen, wenn auch z.T. im Verhältnis zu ihrer Gesamtkundenzahl nur wenige, IKK-Versicherte.

⁴ Die hier gewählte Reihenfolge entspricht aus Datenschutzgründen bewusst nicht der Nummerierung der 10 Pflegedienste in den folgenden Schaubildern.

2 20 Qualitätskriterien als Kernpunkte des Modells und ihre Anwendung⁵

Kernpunkt des Modellvorhabens sind die aus den Ergebnissen des Vorläufer-Modellvorhabens abgeleiteten 20 Qualitätskriterien (QK). Sie wurden in der Projektgruppe nach den Prinzipien der Qualitätszirkelarbeit entwickelt (iSPO hat die Vorlagen erarbeitet; sie wurden in der Steuerungsgruppe erörtert, ergänzt, ggf. modifiziert und schließlich verabschiedet) und sind Vertragselement für die am Modell Beteiligten.

Übersicht über die 20 Qualitätskriterien (QK)

| | | | |
|----|--|----|-----------------------------|
| 1 | Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen | 11 | Schriftliche Pflegeverträge |
| 2 | Arbeit mit Stellenbeschreibungen | 12 | Erstbesuch |
| 3 | Fortbildungsplan | 13 | Pflegeplanung |
| 4 | Bereitstellen von und Umgang mit Fachliteratur | 14 | Pflegevisite |
| 5 | Durchführen von Dienstbesprechungen | 15 | Beschwerdemanagement |
| 6 | Bezugspflege | 16 | Kundenbefragung |
| 7 | Bedarfsorientierte Tourenplanung | 17 | Telefonische Erreichbarkeit |
| 8 | Dienst- und Arbeitszeitgestaltung | 18 | Umgang mit Hygieneplänen |
| 9 | Arbeit mit Pflegeteams | 19 | Sächliche Ausstattung |
| 10 | Umgang mit der Pflegedokumentation | 20 | Räumliche Ausstattung |

Zu Beginn der Zusammenarbeit im Modell haben die zehn Pflegedienste eine Selbstbewertung vorgenommen, wonach jede der 20 QK maximal fünf Punkte⁶ erhalten konnte. Je nach Einschätzung des Umsetzungsstands und der damals herrschenden Praxis im Dienst haben die Pflegedienste sich selbst eingestuft und aus der Punkteverteilung ihre Bonusstufe (sie wurde dann Bestandteil der Ergänzenden Vereinbarung) errechnet.

2.1 Das Verfahren zur Berechnung der Bonusstufen

Grundlage war folgendes Verfahren: Je QK konnten maximal fünf Punkte vergeben werden. Bei 20 QK (multipliziert mit maximal fünf Punkten) kann ein Pflegedienst demnach maximal 100 Punkte erreichen.

⁵ Vgl. die genaue Beschreibung der 20 Qualitätskriterien im Anhang

⁶ Legende für die Zuordnung der maximal fünf Punkte:

- 1 Punkt: Standard/Ablaufbeschreibung noch nicht vorhanden; Erarbeitung vorgesehen, aber noch nicht begonnen
- 2 Punkte: Standard/Ablaufbeschreibung in konkreter Bearbeitung
- 3 Punkte: Standard/Ablaufbeschreibung weit entwickelt; praktische Anwendung erfolgt bereits in Ansätzen
- 4 Punkte: Standard/Ablaufbeschreibung vorhanden; praktische Anwendung erfolgt seit einiger Zeit
- 5 Punkte: Standard/Ablaufbeschreibung detailliert vorhanden; praktische Anwendung und regelmäßige Reflexion erfolgen systematisch

Verteilung der Bonusstufen zum Modellbeginn und zum Modellende:⁷

| | <i>Modellbeginn:</i> | <i>Modellende:</i> |
|------------------------|----------------------|--------------------|
| <i>Bonusstufe III:</i> | 1 Dienst | 1 Dienst |
| <i>Bonusstufe II:</i> | 4 Dienste | 9 Dienste |
| <i>Bonusstufe I:</i> | 4 Dienste | 0 Dienste |
| <i>Bonusstufe 0:</i> | 1 Dienst | 0 Dienste |

Den für die Steuerung Verantwortlichen war bei Verabschiedung der 20 QK klar, dass eine lineare Zuordnung von maximal fünf Punkten pro QK nicht der Gewichtung in der Praxis entspricht. Zum Modellende wurde deshalb eine Neubewertung der 20 QK vorgenommen. Danach erhalten jetzt einzelne QK lediglich maximal 3 Punkte, während andere bis zu 7 Punkte erhalten können. Der maximal zu erreichende Punktwert liegt nach wie vor bei 100 Punkten. Die Gewichtungskriterien (vgl. Fußnote 6, Seite 8) gelten weiterhin.

Neubewertung der 20 Qualitätskriterien als Ergebnis der Erprobung

| Nr. | Qualitätskriterien | Punktbewertung |
|------------|--|-----------------------|
| 1 | Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen | 7 |
| 2 | Arbeit mit Stellenbeschreibungen | 7 |
| 3 | Fortbildungsplan | 7 |
| 4 | Bereitstellen von und Umgang mit Fachliteratur | 3 |
| 5 | Durchführen von Dienstbesprechungen | 7 |
| 6 | Bezugspflege | 5 |
| 7 | Bedarfsorientierte Tourenplanung | 7 |
| 8 | Dienst- und Arbeitszeitgestaltung | 5 |
| 9 | Arbeit mit Pflegeteams | 5 |
| 10 | Umgang mit der Pflegedokumentation | 5 |
| 11 | Schriftliche Pflegeverträge | 3 |
| 12 | Erstbesuch | 3 |
| 13 | Pflegeplanung | 5 |
| 14 | Pflegevisite | 3 |
| 15 | Beschwerdemanagement | 7 |
| 16 | Kundenbefragung | 7 |
| 17 | Telefonische Erreichbarkeit | 3 |
| 18 | Umgang mit Hygieneplänen | 5 |
| 19 | Sächliche Ausstattung | 3 |
| 20 | Räumliche Ausstattung | 3 |

⁷ Punktwerte zur Zuteilung einer der drei möglichen Bonusstufen:
 Gesamtpunktwert unter 60: keine Bonusstufe
 Gesamtpunktwert 60 bis 70: Bonusstufe I; Bonuszahlung 0,05 EUR je Einsatz HKP
 Gesamtpunktwert 71 bis 85: Bonusstufe II; Bonuszahlung 0,10 EUR je Einsatz HKP
 Gesamtpunktwert 86 bis 100: Bonusstufe III; Bonuszahlung 0,15 EUR je Einsatz HKP

Bestandteil der Modellvereinbarungen: Drei Qualitätskriterien aus dem SGB XI

Bereits in den frühen Erörterungen der Qualitätskriterien kamen die Modellbeteiligten zum Ergebnis, dass trotz Orientierung an den SGB V-Regelungen drei QK aus den Modalitäten des SGB XI in die Modellregelungen aufgenommen werden sollen. Im Einzelnen handelt es sich um

- *Erstbesuch,*
- *schriftlicher Pflegevertrag* und
- *Pflegevisite.*

Übereinstimmend war man der Überzeugung, dass diese drei QK wichtig sind, wenn es für die Kunden/Versicherte darum geht, häusliche Pflege auch dann systematisch und nach den Prinzipien Prävention bzw. Rehabilitation zu organisieren, wenn es sich ausschließlich um ärztlich verordnete SGB V-Leistungen handelt.

Der schriftliche Pflegevertrag schließlich, so die Überzeugung, unterstreicht die Rechte und Pflichten von Kunde/Versichertem und Pflegedienst in Ausdifferenzierung des über die genehmigte ärztliche Verordnung gegebenen Kontrakts.

2.2 Zusätzliche Vergütung für zusätzliche Leistungen

Um zu verhindern, dass die Intentionen des Modellvorhabens von Leistungserbringern oder Kostenträgern funktionalisiert werden, haben die Beteiligten nach längeren Beratungen eine Vereinbarung erzielt, wonach den am Modell beteiligten Pflegediensten von der IKK einmalig zusätzlich eine Pauschale von 300 Euro bei Umsetzung dieser drei weitergehenden Elemente im SGB V-Bereich gezahlt wird.

2.3 Profil zu Beginn der Erprobungsphase

Nach Vorlage der vertragszugehörigen Unterlagen zur Selbsteinschätzung ergab sich in den 10 beteiligten Pflegediensten folgendes Profil hinsichtlich der 20 QK:

Die 20 Qualitätskriterien: Übersicht nach der Selbsteinschätzung zum Modellbeginn (genannt ist jeweils die Anzahl der Dienste)

| QK / Punkte | 0 Punkte | 1 Punkt | 2 Punkte | 3 Punkte | 4 Punkte | 5 Punkte | Gesamtwert = Punktwert x Anzahl Dienste |
|-------------|----------|---------|----------|----------|----------|----------|--|
| QK 1 | | | | 2 | 3 | 5 | 43 |
| QK 2 | | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | 37 |
| QK 3 | | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 37 |
| QK 4 | | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 34 |
| QK 5 | | | 1 | 1 | 3 | 5 | 42 |
| QK 6 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 27 |
| QK 7 | | | 1 | 3 | 2 | 4 | 39 |
| QK 8 | | | 1 | 3 | 5 | 1 | 36 |
| QK 9 | 3 | 1 | | 1 | 4 | 1 | 25 |
| QK 10 | | | 1 | | 4 | 5 | 43 |
| QK 11 | | 1 | | 3 | 3 | 3 | 37 |
| QK 12 | | | 1 | 4 | 2 | 3 | 37 |
| QK 13 | | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 30 |
| QK 14 | | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 30 |
| QK 15 | | | 4 | 2 | 1 | 3 | 33 |
| QK 16 | | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 20 |
| QK 17 | | | | 2 | 4 | 4 | 42 |
| QK 18 | | 1 | 2 | 3 | 4 | | 30 |
| QK 19 | | | 1 | 5 | 3 | 1 | 34 |
| QK 20 | | | 1 | 1 | 4 | 4 | 41 |

Nach der *Selbsteinschätzung zu Beginn des Modellvorhabens* liegen demnach die besten Werte für die folgenden sechs Qualitätskriterien vor:

- „Einarbeitung neuer MA“ (QK 1)
- „Umgang mit der Pflegedokumentation“ (QK 10)
- „Dienstbesprechungen“ (QK 5)
- „Telefonische Erreichbarkeit“ (QK 17)
- „Räumliche Ausstattung“ (QK 20) und
- „Bedarfsorientierte Tourenplanung“ (QK 7)

Dies kann als Beleg dafür gewertet werden, dass die Pflegedienste die Zeichen der Zeit erkannt haben: Alle sechs QK haben zum Ziel, durch gute Organisation und fach-

liches Niveau sowohl die Kunden/Versicherten zufrieden zu stellen als auch die Mitarbeitenden in die Lage zu versetzen, gute Arbeit zu leisten und zufrieden mit sich und ihrem Anstellungsträger zu sein.

Niedrigere Werte lagen hingegen bei diesen sechs Qualitätskriterien vor:

- „Bezugspflege“ (QK 6)
- „Arbeit mit Pflegeteams“ (QK 9)
- „Pflegeplanung“ (QK 13)
- „Pflegevisite“ (QK 14)
- „Kundenbefragung“ (QK 16) und
- „Vorhandensein von Hygieneplänen“ (QK 18).

Dies zeigt zum Zeitpunkt des Modellbeginns im Januar 2003 den in der Fachdiskussion bekannten Handlungsbedarf und auch die Schwierigkeit auf, als sinnvoll erkannte Dinge in Alltagspraxis umzusetzen und Qualitätsaspekte ´nahe am Kunden` zu optimieren.

2.4 Profil nach den Internen Audits zum Ende des Modells

Übersicht: Die 20 QK - Bewertung nach den Internen Audits

| QK / Punkte | 0 Punkte | 1 Punkt | 2 Punkte | 3 Punkte | 4 Punkte | 5 Punkte | Ranking |
|-------------|----------|---------|----------|----------|----------|----------|---------|
| QK 1 | | | | 1 | 3 | 6 | 45 |
| QK 2 | | | 1 | 2 | 1 | 6 | 42 |
| QK 3 | | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 37 |
| QK 4 | | | 3 | | 3 | 4 | 39 |
| QK 5 | | | | 1 | 3 | 6 | 45 |
| QK 6 | | 1 | | 2 | 6 | 1 | 36 |
| QK 7 | | | | 1 | 2 | 7 | 46 |
| QK 8 | | | | 2 | 7 | 1 | 39 |
| QK 9 | | | | 3 | 5 | 2 | 39 |
| QK 10 | | | | 2 | 3 | 5 | 43 |
| QK 11 | | 1 | | | 6 | 3 | 40 |
| QK 12 | | | | 3 | 2 | 5 | 42 |
| QK 13 | | 1 | 1 | 1 | 6 | 1 | 35 |
| QK 14 | | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 36 |
| QK 15 | | | 3 | 2 | 2 | 3 | 35 |
| QK 16 | | 3 | 3 | 3 | | 1 | 23 |
| QK 17 | | | | | 3 | 7 | 47 |
| QK 18 | | | | 6 | 4 | | 34 |
| QK 19 | | | | 2 | 7 | 1 | 39 |
| QK 20 | | | | 1 | 2 | 7 | 46 |

Die nachfolgende Übersicht veranschaulicht die Entwicklung zwischen der Selbsteinschätzung zu Modellbeginn und zum Ende des Modells nach Durchführung der Internen Audits.

Die 20 QK: Vergleich zwischen den Ergebnissen der Selbsteinschätzung und der Internen Audits

| Nr. | Qualitätskriterium | Rangfolge als Ergebnis der Selbsteinschätzung ⁸ | | | Rangfolge als Ergebnis der Internen Audits ⁹ | | |
|-----|--|--|------------|--------------|---|------------|--------------|
| | | Rangfolge | Punkte Ø | Zehn Dienste | Rangfolge | Punkte Ø | Zehn Dienste |
| 01 | Einarbeitung neuer MA | 1 | 4,3 Punkte | 43 Punkte | 1 | 4,5 Punkte | 45 Punkte |
| 02 | Arbeit mit Stellenbeschreibungen | 5 | 3,7 Punkte | 37 Punkte | 5 | 4,2 Punkte | 42 Punkte |
| 03 | Fortbildungsplanung | 5 | 3,7 Punkte | 37 Punkte | 8 | 3,7 Punkte | 37 Punkte |
| 04 | Bereitstellen von und Umgang mit Fachliteratur | 7 | 3,4 Punkte | 34 Punkte | 7 | 3,9 Punkte | 39 Punkte |
| 05 | Durchführen von Dienstbesprechungen | 2 | 4,2 Punkte | 42 Punkte | 3 | 4,5 Punkte | 45 Punkte |
| 06 | Bezugspflege | 10 | 2,7 Punkte | 27 Punkte | 9 | 3,6 Punkte | 36 Punkte |
| 07 | Bedarfsorientierte Tourenplanung | 4 | 3,9 Punkte | 39 Punkte | 2 | 4,6 Punkte | 46 Punkte |
| 08 | Dienst- und Arbeitszeitgestaltung | 6 | 3,6 Punkte | 36 Punkte | 7 | 3,9 Punkte | 39 Punkte |
| 09 | Arbeit mit Pflegeteams | 11 | 2,5 Punkte | 25 Punkte | 7 | 3,9 Punkte | 39 Punkte |
| 10 | Umgang mit der Pflegedokumentation | 1 | 4,3 Punkte | 43 Punkte | 4 | 4,3 Punkte | 43 Punkte |
| 11 | Schriftliche Pflegeverträge | 5 | 3,7 Punkte | 37 Punkte | 6 | 4,0 Punkte | 40 Punkte |
| 12 | Erstbesuch | 5 | 3,7 Punkte | 37 Punkte | 5 | 4,2 Punkte | 42 Punkte |
| 13 | Pflegeplanung | 9 | 3,0 Punkte | 30 Punkte | 10 | 3,5 Punkte | 35 Punkte |
| 14 | Pflegevisite | 9 | 3,0 Punkte | 30 Punkte | 9 | 3,6 Punkte | 36 Punkte |
| 15 | Beschwerdemanagement | 8 | 3,3 Punkte | 33 Punkte | 10 | 3,5 Punkte | 35 Punkte |
| 16 | Kundenbefragung | 12 | 2,0 Punkte | 20 Punkte | 12 | 2,3 Punkte | 23 Punkte |
| 17 | Telefonische Erreichbarkeit | 2 | 4,2 Punkte | 42 Punkte | 1 | 4,7 Punkte | 47 Punkte |
| 18 | Umgang mit Hygieneplänen | 9 | 3,0 Punkte | 30 Punkte | 11 | 3,4 Punkte | 34 Punkte |
| 19 | Sächliche Ausstattung | 7 | 3,4 Punkte | 34 Punkte | 7 | 3,9 Punkte | 39 Punkte |
| 20 | Räumliche Ausstattung | 3 | 4,1 Punkte | 41 Punkte | 2 | 4,6 Punkte | 46 Punkte |

⁸ Nach Auszählen der Bewertungspunkte ergibt sich bei den 20 QK eine Skala von Platz 1 bis Platz 12, weil mehrere Qualitätskriterien die gleiche Punktzahl erzielten.

⁹ Nach Auszählen der Bewertungspunkte ergibt sich bei den 20 QK eine Skala von Platz 1 bis Platz 12, da verschiedene Qualitätskriterien die gleiche Punktzahl erzielten.

Der Vergleich der beiden Messpunkte zeigt, dass in allen 20 Qualitätskriterien eine Verbesserung der Werte eingetreten ist. Dies ist als Beleg für die Qualitätssteigerung in allen Bereichen zu werten.

Vor allem die schlechter bewerteten Qualitätskriterien geben Hinweise auf Dinge, die derzeit in Pflegediensten generell noch nicht hinreichend umgesetzt sind (Kundenbefragung, Beschwerdemanagement und Arbeit mit Pflgeteams), aber auch auf generell in der Fachdiskussion als Schwachpunkte identifizierte Aspekte (Umgang mit Hygieneplänen, Pflegeplanung und Bezugspflege).

Bei Weiterführung des Modells in einer „IKK-Qualitätsgemeinschaft im Regelbetrieb“ könnte z.B. auf diese Aspekte besonderer Wert gelegt werden.

2.5 Übersicht über die Bonuseinstufung: Auswirkungen des Modells auf die Struktur- und Prozessqualität

Auch hinsichtlich der Einstufung in eine der drei Bonusstufen zeigt sich zum Ende des Modells, dass sich die beteiligten Pflegedienste bis auf eine Ausnahme in den Dimensionen des Modells mit seinen differenzierten Bewertungskriterien verbessert haben.

Entwicklung der Bonusstufen in den zehn Diensten¹⁰

| Dienst / Bonusstufe – Punktwert | Keine Bonusstufe (unter 60 Punkte) | Bonusstufe I (60 bis 70 Punkte) | Bonusstufe II (71 bis 85 Punkte) | Bonusstufe III (86 bis 100 Punkte) |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dienst 1 | | | 84 => | 87 |
| Dienst 2 | | 67 => | 79 | |
| Dienst 3 | | | 75 => 77 | |
| Dienst 4 | | 67 => | 72 | |
| Dienst 5 | | | 76 <= | 88 |
| Dienst 6 | | | 75 <= 76 | |
| Dienst 7 | | 63 => | 75 | |
| Dienst 8 | 36 => | | 76 | |
| Dienst 9 | | | 72 => 76 | |
| Dienst 10 | | 69 => | 76 | |

Die Übersicht zeigt die Entwicklung zum Modellende im Hinblick auf die Punktwerte in den 20 Qualitätskriterien und hinsichtlich der kontraktrelevanten Veränderungen in den Bonusstufen, auf deren Grundlage nach den Modellregelungen die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt.

An den Werten wird deutlich, dass die Topp-Einstufungen (Bonusstufe III) nicht leicht zu halten sind. Gerade im Bereich der Arbeit Häuslicher Pflegedienste ist ein Res-

¹⁰ Normalschrift = Selbstbewertung zum Modellbeginn; Fettschrift = Bewertung zum Modellende nach den Internen Audits

sourcenverlust leicht möglich. Durch Personalfluktuaton, Änderungen in den Rahmenbedingungen und auch, weil es in Menge und qualitativer Zusammensetzung der Kunden-/Pflegebedürftigengruppe laufend und z. T. deutliche Verschiebungen gibt, fällt es Pflegediensten nicht leicht, ein einmal „errungenes“ Niveau zu halten.

Die Übersicht ist aber auch ein Hinweis darauf, dass das im Modell entwickelte System funktioniert und die beteiligten Dienste zum einen die eigenen Leistungen selbstkritisch sehen und zum anderen das mitentwickelte Einstufungsverfahren verantwortungsvoll umgesetzt haben. Nicht zuletzt die später dargestellten Ergebnisse der Kunden-/Versicherten- und der Mitarbeiterbefragung werden zeigen, dass die Qualitätskriterien für die Dienste Herausforderung und Ansporn darstellen. Allen Beteiligten ist bewusst, dass das Streben nach noch besserer Qualität und die dauerhafte Sicherung derselben ein immer wahrender, stetiger Prozess sind.

3 Interne Audits

Das andere wesentliche Element des Modellkonzepts sind die Internen Audits. Im Sinne des positiven Denkens im Qualitätsmanagement sind Interne Audits ein preiswertes und trotzdem effizientes Instrument, im einzelnen Pflegedienst und zwischen den Vertragspartnern Qualitätsaspekte laufend im Blick und entsprechende Entwicklungen im Fluss zu halten.

Die dazu benötigten Unterlagen hat iSPO in enger Zusammenarbeit mit den Modellbeteiligten zunächst entwickelt. Sie wurden im nächsten Schritt in der Steuerungsgruppe beraten und ergänzt und schließlich als Vertragsbestandteil des Modells in Kraft gesetzt.¹¹

Interne Auditoren organisieren Qualitätsprüfungen innerhalb eines Pflegedienstes bzw. hier einer Qualitätsgemeinschaft auf der Basis der in den vorhandenen Strukturen verfügbaren bzw. entwickelten Ressourcen. Im vorliegenden Fall wurde im Modellverlauf aus jedem Pflegedienst mindestens ein/e Interne/r Auditor/in ausgebildet (insgesamt 13 Personen). Interne Audits wurden gemäß Modellvertrag in jedem beteiligten Pflegedienst mindestens einmal innerhalb der 18monatigen Modelllaufzeit durchgeführt.¹²

Wenn in diesem Zeitraum eine andere Qualitätsprüfung im Pflegedienst stattgefunden hätte (etwa: MDK-Überprüfung nach § 112 SGB XI), wäre diese, so die Vertragsmodalitäten, in Übereinstimmung zwischen Pflegedienst und IKK-Landesverband Niedersachsen an Stelle eines Internen Audits anerkannt worden. Im Modellzeitraum ist es zu solch einer Konstellation nicht gekommen, sodass eine Beurteilung dieser Regelung nur bedingt erfolgen kann. Es hat sich allerdings gezeigt, dass es in den DIN ISO zertifizierten Diensten zu einigem Diskussionsbedarf gekommen ist, weil im Rahmen der dortigen Qualitätsprüfungsverfahren erfolgte Einschätzungen und Beurteilungen innerhalb der Internen Audits nicht ohne weiteres übereingestimmt haben. Während des Modells wurde letztendlich immer eine Übereinstimmung erzielt. Im Hinblick auf die Übertragung des Modells in den Regelbetrieb sollte zu diesem Punkt nochmals eine Überprüfung erfolgen.

Im Modell sollte mit der vorausgehend erörterten Regelung zum Ausdruck gebracht werden, dass ein Überfrachten interner Qualitätsentwicklung zu Ungunsten der Arbeit beim Kunden/Versicherten zu vermeiden ist. Trotzdem gilt es nach Übereinstimmung aller Beteiligten sicherzustellen, dass jährlich und in einem kontinuierlichen Prozess (im Sinne einer lernenden Organisation) die dargelegte (und vergütungsrelevante) Qualität einem Controlling unterzogen wird. Dies sollte allerdings so erfolgen, dass dabei unverhältnismäßig hohe zeitliche und personelle Aufwändungen vermieden werden.

Als zentral wichtig hat sich erwiesen, dass die - immerhin für die Einstufung relevanten - Internen Audits jeweils von zwei ausgebildeten Internen Auditoren/Auditorinnen anderer, am Modell beteiligter Pflegedienste durchgeführt werden. Die Internen Audits

¹¹ Vgl. hierzu die Unterlagen im Anhang

¹² Vgl. hierzu die Unterlagen im Anhang

der IKK-Qualitätsgemeinschaft beinhalten immer auch ein kollegiales Feedback zu der im auditierten Pflegedienst herrschenden Praxis, das fundierter von zwei externen Kolleginnen bzw. Kollegen zu geben ist. Zudem ist bei dieser Verfahrensweise die Anwendung objektiver und kritischer Maßstäbe in der Beurteilung der 20 QK besser zu gewährleisten. Im Sinne des Partnerschaftsgedankens und des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen den Beteiligten ist schließlich der Tatbestand nochmals zu betonen, dass sich der IKK-Landesverband Niedersachsen im Modellverlauf stets an die Ergebnisse der Internen Audits als Grundlage für die Bonuszahlung gehalten hat.

3.1 Ablauf nach einem festgelegten Verfahren

Die nach einem definierten Verfahren durchgeführte Überprüfung und Reflexion der Alltagspraxis der Pflegedienste erfolgte zu einem jeweils rechtzeitig im Voraus verabredeten Zeitpunkt und nach dem vereinbarten Ablaufschema gemäß Verfahrensanleitung (vgl. die Materialien im Anhang).

Dabei wurde Rücksicht genommen sowohl auf die betrieblichen Belange des zu überprüfenden Pflegedienstes als auch auf die Personaleinsatzplanung der beiden Internen Auditoren abstellenden Pflegedienste. Weiterhin wurde vereinbarungsgemäß immer sichergestellt, dass sich weder benachbarte, in unmittelbarer Konkurrenz zueinander tätige Pflegedienste begutachtet haben noch „Überkreuz-Auditierungen“ stattfanden.

Im Einzelnen legen nach dem Modellverfahren die jeweils drei beteiligten Pflegedienste - unter Prozessmoderation des IKK-Landesverbandes Niedersachsen - den Termin für das Interne Audit fest und verabreden entsprechende Rücksprachen im Prozess (etwa: die beiden Internen Auditoren erhalten die 20 QK des zu auditierenden Pflegedienstes - mit dessen Selbstbewertung und Einordnung in die Bonusstufe - sowie ggf. weitere grundlegende Unterlagen wie Flyer, Preisliste, Veröffentlichungen über den Dienst und z.B. - wenn vorhanden - einen Jahresbericht, wie er hin und wieder für Träger angefertigt wird).

Das jeweilige Interne Audit hat in der Regel zwischen sieben und neun Zeitstunden und - je nach Detailabsprache - über einen oder zwei Arbeitstage verteilt gedauert. Als Äquivalent für die entstehenden Kosten wurde immer das vereinbarte Honorar für die beiden Internen Auditoren/-rinnen gezahlt, sodass der eine/n Interne/n Auditor/in abstellende Pflegedienst keine zusätzlichen Kosten zu verkraften hatte.¹³

Im Internen Audit werden jeweils alle 20 QK auf der Grundlage der im Pflegedienst vorhandenen Unterlagen geprüft. Dazu erfolgen gezielte, nach festgelegter Methode durchgeführte und von den Internen Auditoren in der Schulung erlernte Reflexionsgespräche (vgl. die im Anhang zu findenden Fragenlisten zu den 20 QK) mit den zuständigen Leitungsverantwortlichen, aber auch mit Mitarbeitenden aus der Pflegear-

¹³ Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung erfolgte bei einigen Internen Audits der Einsatz einer qualifizierten Auditorin von iSPO. Neben der Erkenntnisdimension für die Evaluation des Modells erhielten damit die (neu) ausgebildeten Internen Auditoren eine zusätzliche Anleitung und die auditierten Pflegedienste noch hochwertigere Ergebnisse.

beit des überprüften Dienstes. Die Ergebnisse fließen - dokumentiert nach ebenfalls festgelegtem Verfahren - zum Ende des Internen Audits in die Schlussbewertung ein. Sie erfolgt nach den vorher skizzierten Kriterien (Vergabe von einem bis fünf Punkten pro QK; aus der Addition der 20 Punktwerte resultiert die Zuordnung zu einer der drei Bonusstufen) und ermöglicht einen Vergleich zwischen der Selbsteinschätzung des Pflegedienstes und der Beurteilung durch die Internen Auditoren/-rinnen.

Die Ergebnisse eines Internen Audits sollen nach dem Konzept - und sie wurden es in der Praxis - im Konsens der Beteiligten erzielt werden. Im Dissensfalle, so die Regelungen, würde die Steuerungsgruppe des Modellversuchs über strittige Punkte beraten und eine Entscheidung treffen. Dies war im Modellverlauf nicht nötig. Das Ergebnis des Internen Audits wird schließlich dem IKK-Landesverband Niedersachsen mitgeteilt. Auf seiner Grundlage erfolgt die Bonuszahlung. Nach den geltenden Regelungen kann es als Ergebnis eines Internen Audits sowohl zu einer Hoch- als auch zu einer Abstufung kommen. Beide Möglichkeiten sind im Modellverlauf vorgekommen.

Zum Modellende kann festgestellt werden: Nicht nur die ursprünglich vorgesehenen zehn Internen Audits wurden planmäßig durchgeführt, sondern darüber hinaus auf Wunsch der Pflegedienste vier zusätzliche, freiwillige Interne Audits.

3.2 Materialien und Instrumente: im Modellverlauf bewährt und praxistauglich

Es ist festzuhalten, dass sich die für das Modell entwickelten und in den zurückliegenden 18 Monaten erprobten Materialien und Instrumente (vgl. den Anhang) bei geringfügigen Modifikationen bewährt haben.

Im Verlauf neu hinzugekommen ist eine Regelung, wonach sich zum Ende eines Internen Audits die beiden Internen Auditoren/Auditorinnen untereinander eine Rückmeldung bzw. eine kollegiale Beurteilung geben und darüber hinaus auch der auditierte Pflegedienst die Möglichkeit einer Rückmeldung zu den Internen Auditoren/-rinnen erhält. iSPO hat dazu ein eigenes Formular entwickelt, das inzwischen ebenfalls erprobt ist und sich bewährt hat.

Damit stehen zum Ende der Modellphase in der Praxis von zehn Pflegediensten erprobte und bewährte Instrumente zur Umsetzung des Modells in den Regelbetrieb zur Verfügung. Es ist erfreulich, dass der IKK-Landesverband Niedersachsen das Modell in Regelvereinbarungen mit interessierten Pflegediensten überführen will.

4 Schulung der Internen Auditoren

Zur Schulung von Internen Auditorinnen und Auditoren hat iSPO als Fachberatung und wissenschaftliche Begleitung auf der Grundlage geltender Standards der Dt. Gesellschaft für Qualität (DQS) ein eigenes Curriculum entwickelt. Auf seiner Grundlage haben im Modellverlauf zwei Schulungen von Internen Auditoren stattgefunden, an denen aus den 10 beteiligten Pflegediensten und aus den Reihen der IKK insgesamt 13 Mitarbeiter/innen erfolgreich teilgenommen haben.¹⁴

Die Schulungen wurden in den Räumen des IKK-Landesverbandes Niedersachsen von einer iSPO-Mitarbeiterin (ausgebildete Auditorin und Qualitätsmanagerin) durchgeführt und umfassten folgende Inhalte:

- *Kennen lernen der Methode „Interne Audits“*
Verortung im Qualitätsmanagement und Einführung in die Begrifflichkeiten; Darlegung der Ziele, Möglichkeiten und Grenzen (mit Praxisbeispielen).
- *Operationalisieren der Methode „Interne Audits“*
Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung sowie das Erstellen der benötigten Unterlagen werden erlernt und eingeübt. Zur effizienten Durchführung der einzelnen Schritte werden Verfahrensanweisungen und Fragelisten für alle Qualitätsbereiche sowie Checklisten und Formulare zur Verfügung gestellt und erläutert.
- *Erprobung und Einübung sowie Nachweis der erfolgreichen Teilnahme*
Ein Schwerpunkt der Schulung besteht in praktischen Übungen zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung eines Internen Audits. Dazu werden Übungen und Rollenspiele in Kleingruppen und im Plenum durchgeführt. Zum Ende der Schulung erfolgt eine Live-Erprobung als Nachweis der erfolgreichen Teilnahme.

Die Schulungen schlossen jeweils mit einer Überprüfung der Lerninhalte ab und die Teilnehmenden haben zur Manifestation ihrer Qualifikation ein Zertifikat erhalten.

In der vertraglichen Vereinbarung mit den am Modell beteiligten Pflegediensten gehört die Absprache, dass zum Aufrechterhalten der Qualifikation im Modellzeitraum von 18 Monaten die Durchführung von weiteren zwei Internen Audits nachgewiesen werden soll. Wird diese Regelung nicht erfüllt, muss der/die Interne Auditor/in an einer (mindestens eintägigen) Nachschulung teilnehmen. Erfolgt dies nicht, erlischt die Qualifikation.

Diese Regelung ist als einzige des gesamten Modellvorhabens nicht hinreichend umgesetzt worden. Die Nachfragen bei den Pflegediensten haben hierfür drei nachvollziehbare Gründe zu Tage gefördert:

¹⁴ Interessant ist die Regelung, dass die Finanzierung der Schulung über Teilnahmebeiträge erfolgt, die von den entsendenden Pflegediensten zu zahlen sind. Damit wird die Wertigkeit des Vorhabens für die Arbeit der beteiligten Pflegedienste deutlich. Sie investieren in den Know-how-Zugewinn ihres Personals. Weiterhin: Die IKK Niedersachsen hat inzwischen zwei eigene Mitarbeiterinnen zu Internen Auditorinnen ausbilden lassen.

- Zum einen wird das Argument der hohen Arbeitsbelastung für die Modellumsetzung geltend gemacht.
- Dann wird vermutet, dass die Regelungen im Anschluss an die Modellphase nicht fortgesetzt werden und damit das Aufrechterhalten der Qualifikation „Interne/r Auditor/in“ innerbetrieblich keine zentrale Priorität hat und schließlich
- weisen die Dienste auf den geringen Modell bedingten finanziellen Zugewinn hin.¹⁵

Dennoch haben die Erfahrungen im Modell insgesamt gezeigt, dass in den beteiligten Pflegediensten ein Ressourcen- und damit Qualitätszugewinn erfolgt ist. Qualitätsaspekte in der Alltagspraxis sind in den Pflegediensten, so wird berichtet, (noch) wichtiger geworden und es sind wahrnehmbare, kontinuierliche Verbesserungen zu verzeichnen. Die jeweiligen Internen Auditoren/-rinnen waren schon früher besonders geeignete Mitarbeiter/innen ihres Pflegedienstes. Inzwischen sind sie im Sinne systematischer Personalentwicklung für weitergehende Aufgaben befähigte Mitarbeiter/innen.

¹⁵ Nach Darlegung der IKK haben die beteiligten Pflegedienste - je nach Größe und Anzahl der versorgten IKK-Versicherten - im 18monatigen Modellverlauf jeweils maximal rd. 2.000 EUR erhalten. Wenn man die zusätzlich investierte Zeit, etwa für die Mitarbeit in der Steuerungsgruppe und für die Umsetzung der Modellvereinbarungen mit einbezieht, dann wird deutlich, dass die Teilnahme am Modell den Pflegediensten - bei ausschließlich finanzieller Betrachtung - keinen Gewinn gebracht hat.

5 Die IKK-Qualitätsgemeinschaft: Realisierte Idee einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit

Konstitutives Element der Qualitätsgemeinschaft ist neben den vorausgehend im Detail dargestellten Inhalten des Modellversuchs, der Ergänzenden Vereinbarung und der Arbeit mit Internen Auditoren die Steuerungsgruppe des Modells. Sie war in der Modellzeit der Kristallisationspunkt der Qualitätsgemeinschaft.

Die Steuerungsgruppe setzt sich zusammen aus Trägervertretern der privaten und wohlfahrtsverbandlichen Pflegedienste, ausgewählten Internen Auditoren/-rinnen und Vertretern der IKK sowie der wissenschaftlichen Begleitung und Fachberatung. Während der Modellzeit hat sich die Steuerungsgruppe regelmäßig - immer ganztägig - getroffen, alle modellrelevanten Aspekte eingehend beraten und die nötigen Entscheidungen stets einvernehmlich getroffen. Bei spürbarer, wechselseitiger Vertrauenszuschreibung wurden dabei einzelne Themen durchaus kontrovers und engagiert erörtert. Am Ende stand immer ein tragfähiger Beschluss, der die Belange der unterschiedlichen Beteiligten in eine Praxis relevante Lösung integrierte.

Als Beispiel hierfür ist die Regelung über die Zusatzzahlung für die drei Qualitätsvereinbarungen zu nennen, die in den allgemein gültigen Regelvereinbarungen zum SGB V nicht enthalten sind.

Lediglich aus Zeit- und Kapazitätsgründen konnten weitere Ideen zur Verankerung des Partnerschaftsgedankens nicht erprobt werden, wie z.B. die Etablierung eines „Newsletters IKK-Qualitätsgemeinschaft“ oder die Einrichtung einer internetgestützten Diskussions- und Informationsbörse zur internen Nutzung für die Projektmitglieder. Diese und ähnliche Ansätze können im „Regelbetrieb“ - neben dem Imageaspekt - einen qualitativen Zugewinn für alle Beteiligten liefern.

Zum Ende des Modells wurde in einem abschließenden Workshop aller Beteiligten übereinstimmend festgehalten: Eine wesentliche Erfahrung ist die Erkenntnis, dass - wenn engagiert und offen miteinander kommuniziert wird - Kostenträger und Leistungserbringer partnerschaftlich und im Sinne gemeinsamer Zielsetzungen (Kunden bzw. Versicherte möglichst optimal und zu marktfähigen Konditionen zu versorgen) zusammenarbeiten und Lösungen finden können, die einen tragfähigen Ausgleich zwischen Qualitätsaspekten und wirtschaftlichen Anforderungen ermöglichen.

6 Auswirkungen des Modellvorhabens auf die Ergebnisqualität

Letztendlich muss sich der Erfolg dieses Modellvorhabens daran messen lassen, ob seine Aktivitäten zu einer wahrnehmbaren Verbesserung der Ergebnisqualität führen. Dies zu ermessen ist - wie in allen ähnlichen Vorhaben auch - schwierig. Optionen dazu sind in den Vereinbarungen der Modellpartner enthalten.

Ein unstrittiger Effekt besteht in dem Qualitätszugewinn durch die Regelung, dass auch im SGB-V-Bereich ein Erstbesuch stattfindet, ein Pflegevertrag abgeschlossen wird und Pflegevisiten durchgeführt werden. Alle 10 Pflegedienste halten sich an diese Vereinbarung.

In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, wie viele IKK-Versicherte in den 10 Pflegediensten versorgt werden. Im Dezember 2003 wurde eine Statusabfrage zur Anzahl der von den zehn Pflegediensten versorgten IKK-Versicherten durchgeführt. Dabei ergab sich folgendes Bild:

Stichtagsübersicht der IKK-Patienten pro Dienst im Dezember 2003¹⁶

| Teilnehmender Dienst | IKK-Patienten |
|----------------------|---------------------------|
| 1 | 17 IKK-Versicherte |
| 2 | 8 IKK-Versicherte |
| 3 | 11 IKK-Versicherte |
| 4 | 19 IKK-Versicherte |
| 5 | 3 IKK-Versicherte |
| 6 | 1 IKK-Versicherter |
| 7 | 2 IKK-Versicherte |
| 8 | 10 IKK-Versicherte |
| 9 | 17 IKK-Versicherte |
| 10 | 10 IKK-Versicherte |
| Insgesamt | 98 IKK-Versicherte |

Die Übersicht verdeutlicht, dass die beteiligten Pflegedienste sich nicht aus kurzfristigen monetären Erwägungen am Modellvorhaben beteiligen. Überschaubaren zusätzlichen Einnahmen (wegen der kleinen Anzahl an IKK-Versicherten) stehen Kosten für die Ausbildung der Internen Auditoren/-rinnen, für Honorare anlässlich der Durchführung eines Internen Audits im Pflegedienst sowie generell für intensive Arbeit an der Struktur- und Prozessqualität und ggf. für die Mitarbeit in der Steuerungsgruppe gegenüber.

Die Motivation der Verantwortlichen besteht vor allem im Ehrgeiz, fachlich bestmögliche Qualität zu erbringen und sie im Sinne der lernenden Organisation fortlaufend zu steigern. Die Pflegedienste investieren in zukunftsweisende Know-how-Verbesserun-

¹⁶ Zum Modellende, als im August die Kunden/Versichertenbefragung durchgeführt wurde, versorgten die zehn Pflegedienste 80 Kunden/Versicherte. Davon konnten 72 in die Kundenbefragung einbezogen werden. Dies belegt die vorher erörterte Problematik der hohen Flexibilitätsanforderung an Pflegedienste, wenn etwa Kunden-/Patientenzahlen stark schwanken.

gen und in die Schulung ihres Personals. In den Gesprächen mit den Beteiligten zeigt sich immer wieder, dass sich die Pflegedienste vor allem als Repräsentanten guter häuslicher Pflege verstehen, die sich nicht mit den geltenden Regelungen zufrieden geben und einen Beitrag zu innovativen und zukunftsweisenden Lösungen leisten wollen.

Hinsichtlich der Überprüfung der Effekte unmittelbar bei den Kunden/Versicherten gibt es lt. der Ergänzenden Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern die Option, dass eine Kunden-/Versichertenbefragung durchgeführt werden kann und auch, dass Mitarbeiter/innen der IKK an der Leistungserbringung auf Pflgetouren der 10 Pflegedienste teilnehmen.¹⁷ Beide Regelungen knüpfen an die guten Erfahrungen im vorangegangenen Modellvorhaben an und dokumentieren das Vertrauensverhältnis der Partner.

¹⁷ Die IKK hat inzwischen ebenfalls zwei Mitarbeiterinnen zu Internen Auditorinnen ausbilden lassen. Sie verfügt damit über entsprechend qualifiziertes Personal, um solche Aktivitäten fachlich fundiert durchführen zu können.

7 Kunden-/Versicherten- und Mitarbeiterbefragung

Letztlich müssen sich die Ergebnisse des Modellvorhabens „IKK-Qualitätsgemeinschaft“ daran messen lassen, ob Positiveffekte sowohl für Kunden/Versicherte als auch für die Mitarbeitenden der beteiligten Pflegedienste zu belegen sind.

Zum Ende des IKK-Modellvorhabens wurden deshalb sowohl eine Kunden-/Versichertenbefragung als auch eine Mitarbeiterbefragung als anonyme und teilstandardisierte Vollerhebung durchgeführt. Dabei wurde der Versuch unternommen, Effekte vor dem Hintergrund der 20 Qualitätselemente herauszuarbeiten.

7.1 Kunden-/Versichertenbefragung

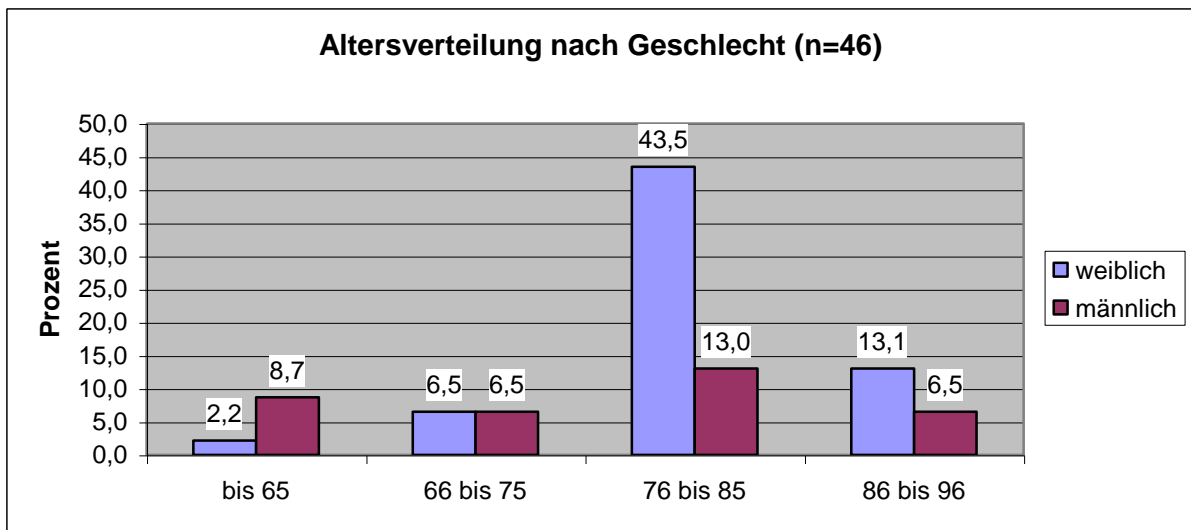
Zum Zeitpunkt der Erhebung im August 2004 haben die zehn Pflegedienste zusammen 80 Kunden/IKK-Versicherte versorgt. Davon wurden 72 Kunden/Versicherte in die geplante schriftliche und anonyme Befragung einbezogen.

iSPO hat dazu einen Erhebungsbogen konzipiert (vgl. Anhang) und einem Pretest unterzogen. Weiterhin wurde in der Steuerungsgruppe das Verfahren verabredet (Information der zuständigen Mitarbeitenden über das Verfahren, Weitergabe der Fragebogen mit Antwortumschlag an iSPO, Erklärung über die Anonymität der Befragung; „Nachfassaktion“ ca. drei Wochen nach Übergabe der Fragebogen).

Teil der weitgehend standardisierten Erhebung war die Frage, ob der bzw. die Befragte zu einem vertiefenden Telefongespräch bereit ist. Von den in die Befragung einbezogenen 72 Personen haben 47 den Fragebogen zurückgeschickt (das sind über 65%) und von diesen wiederum haben 13 (das sind 27,7 Prozent der Antwortenden) diese Frage positiv beantwortet. Mit zehn von ihnen war es möglich ein im Durchschnitt 20 Minuten dauerndes Telefongespräch zu führen. Die Ergebnisse der vertiefenden Telefonbefragung wurden in der nachfolgenden Darstellung verarbeitet.

Um einen Eindruck zur Gruppe der Antwortenden zu erhalten, werden nachfolgend zunächst diejenigen Merkmale erörtert, die hierüber Auskunft geben.

Schaubild 1: Altersverteilung nach Geschlecht (n=46)¹⁸

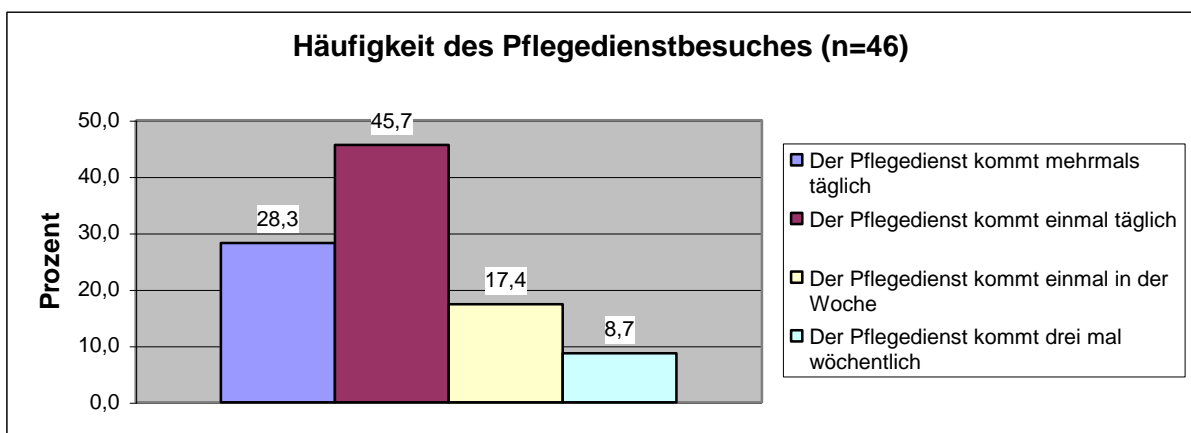


Knapp zwei Drittel der befragten Personen der Stichprobe sind Frauen und ein Drittel Männer. Es fällt weiterhin auf, dass drei Viertel der Antwortenden älter als 75 Jahre sind.

93,5 Prozent der IKK-Kunden (n=46) füllten nach der Ankreuzung den Fragebogen selbst aus; lediglich 6,5 Prozent haben zur Beantwortung die Hilfe eines/r Angehörigen bzw. einer sonstigen Vertrauensperson in Anspruch genommen.

In den Telefongesprächen mit den Antwortenden hat sich diese Konstellation bestätigt. Bis auf zwei Ausnahmen konnte mit den alten Menschen persönlich gesprochen werden; bei den meisten handelt es sich um offensichtlich geistig sehr rege Hochbetagte.

Schaubild 2: Frequenz des Pflegedienstbesuches

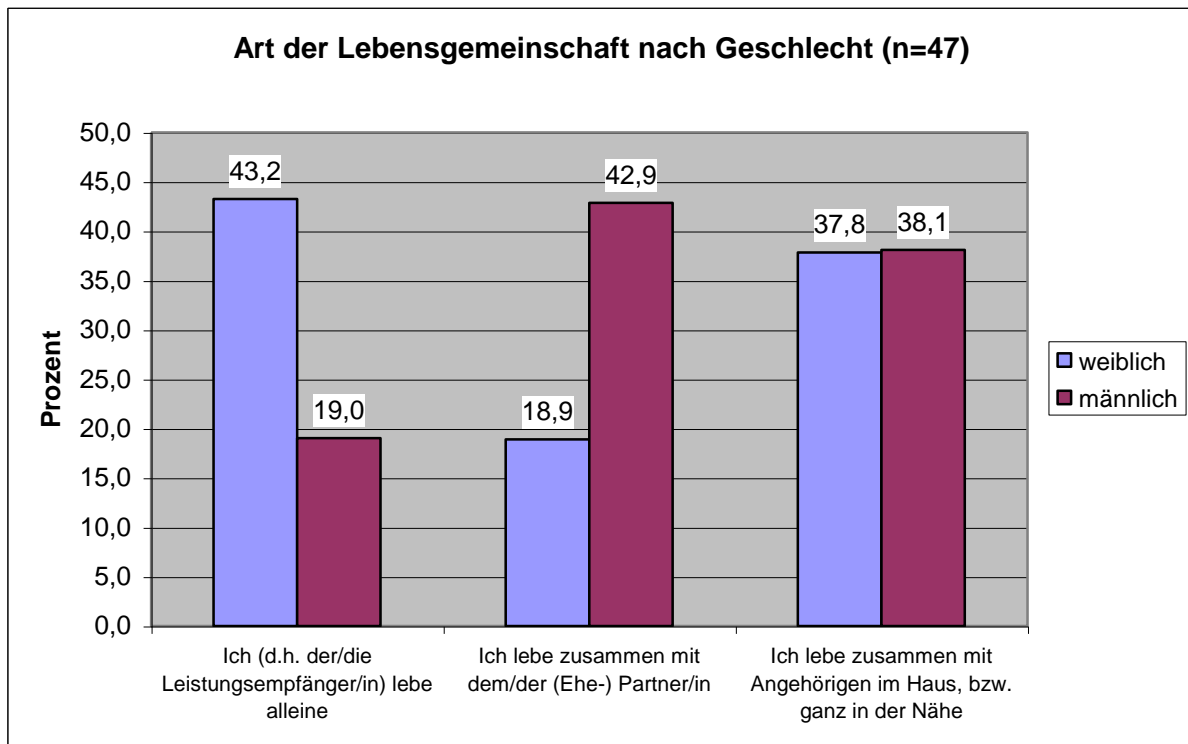


¹⁸ Von 47 zurückgesandten Fragebögen (N) liegen 46 Antworten zum Alter vor (n). In den weiteren Ausführungen bezeichnet (n) die auswertbaren Antworten. Prozentnennungen beziehen sich immer auf (n).

28,3 Prozent der Antwortenden erhalten mehrmals täglich Leistungen ihres Pflegedienstes; 45,7 Prozent nehmen den Pflegedienst einmal täglich in Anspruch; 8,7 Prozent dreimal wöchentlich und 17,4 Prozent einmal in der Woche.

Von Interesse war weiterhin die Art des Zuhauselebens. Die Antworten der Befragten ergeben folgendes Bild.

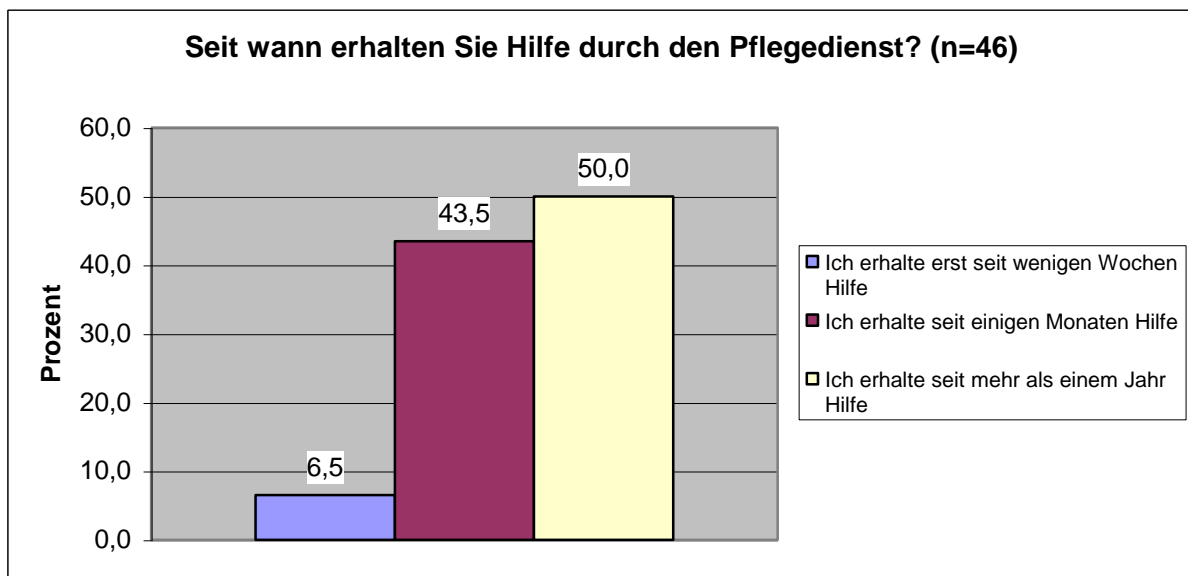
Schaubild 3: Art der Lebensgemeinschaft nach Geschlecht¹⁹



Das Schaubild zeigt die bekannte Tatsache, dass die Pflegedienste im Verhältnis deutlich mehr alleine lebende Frauen als Männer versorgen und von den Männern im Verhältnis deutlich mehr mit ihrem Ehepartner zusammenleben. Der Anteil der mit Angehörigen im Haus bzw. in der Nähe Lebenden ist im Verhältnis von Männern zu Frauen in etwa identisch.

¹⁹ Hier war die Möglichkeit von Mehrfachantworten gegeben.

Schaubild 4: Seit wann erhalten Sie Hilfe durch den Pflegedienst?

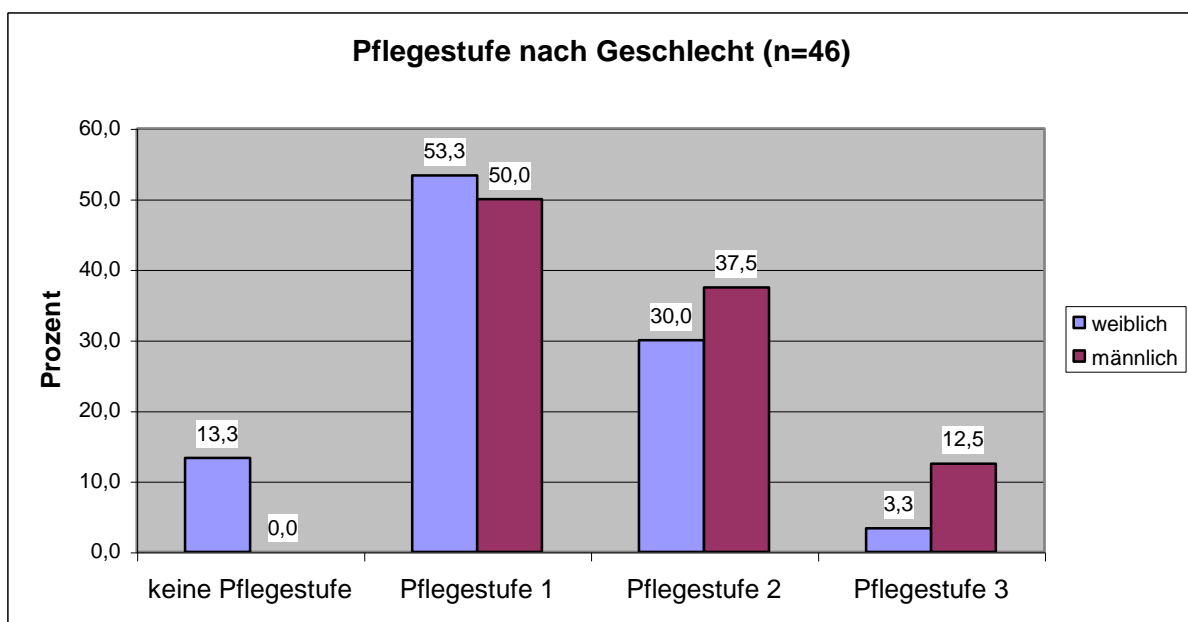


Die Übersicht zeigt, dass etwa die Hälfte der antwortenden „Neukunden“ des Pflegedienstes bzw. Personen sind, die erst seit einigen Monaten den Pflegedienst in Anspruch nehmen, während die restlichen 50% seit mehr als einem Jahr Leistungen des Pflegedienstes einkaufen.

Verteilung nach Pflegestufen

Mit 52,2 Prozent hat mehr als die Hälfte der Antwortenden die Pflegestufe 1; 32,6 Prozent haben Pflegestufe 2 und 6,5 Prozent Pflegestufe 3. 8,7 Prozent geben an, dass sie keine Pflegestufe haben. Von Interesse ist die Verteilung der Pflegestufen auf die antwortenden Männer und Frauen.

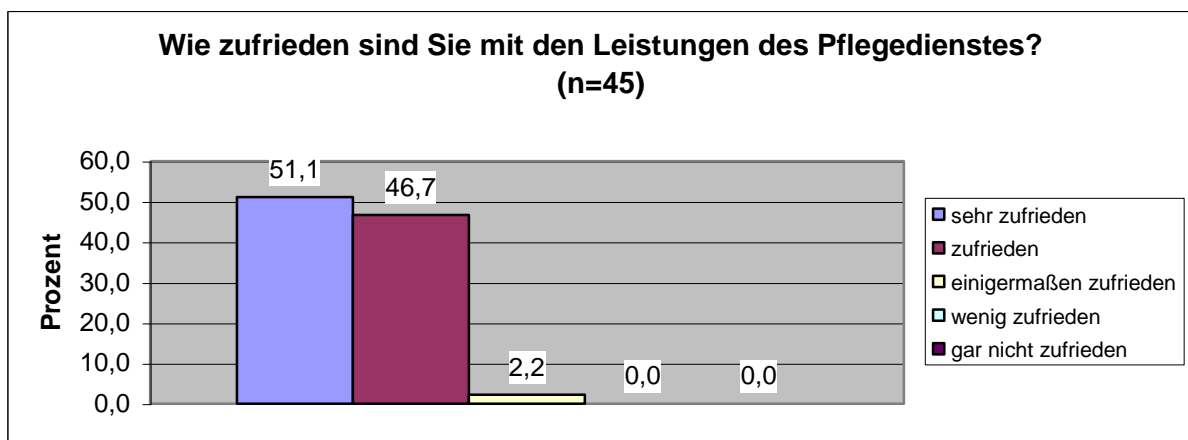
Schaubild 5: Pflegestufen nach Geschlecht



Bei dieser Auszählung ist bemerkenswert, dass alle Personen „ohne Pflegestufe“ Frauen sind. Die Werte zu Pflegestufe 1 sind ähnlich, während sich in den Pflegestufen zwei und drei das Verhältnis immer mehr zu den Männern hin verschiebt. Generell ist bei all diesen Auszählungen zu berücksichtigen, dass es sich um eine kleine Grundgesamtheit handelt und damit die Werte eher als Momentaufnahme denn als statistisch stabile Werte anzusehen sind.

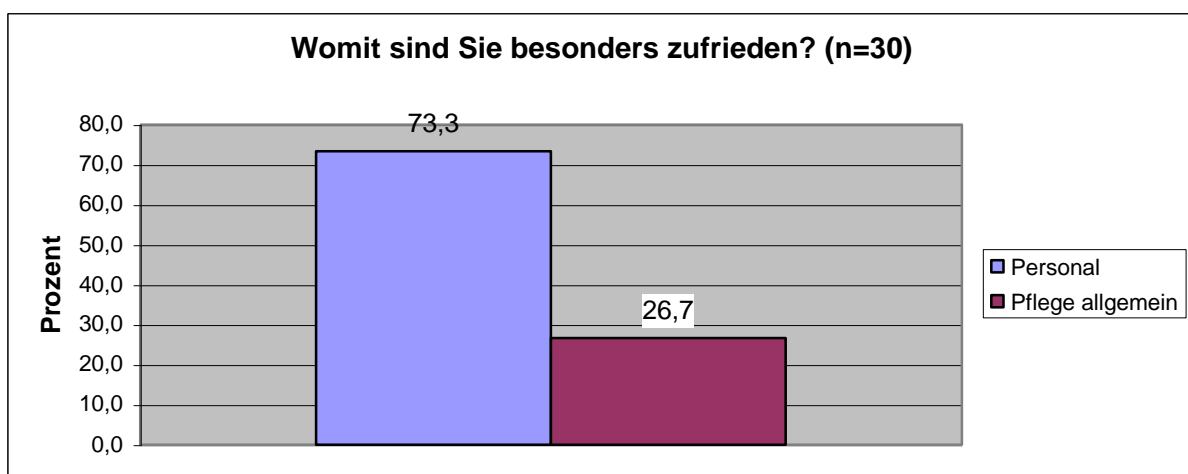
Wohl wissend, dass die Frage nach der Zufriedenheit immer hohe Positivwerte erbringt, wurde diese Frage trotzdem gestellt. Das folgende Schaubild gibt Auskunft über die Verteilung der Antworten.

Schaubild 6: Zufriedenheit mit den Leistungen des Pflegedienstes



Um die vermutet hohe Zufriedenheit zu detaillieren, wurde nach Aspekten besonderer Zufriedenheit gefragt. Dabei ergibt sich folgendes Bild.

Schaubild 7: Besondere Zufriedenheit



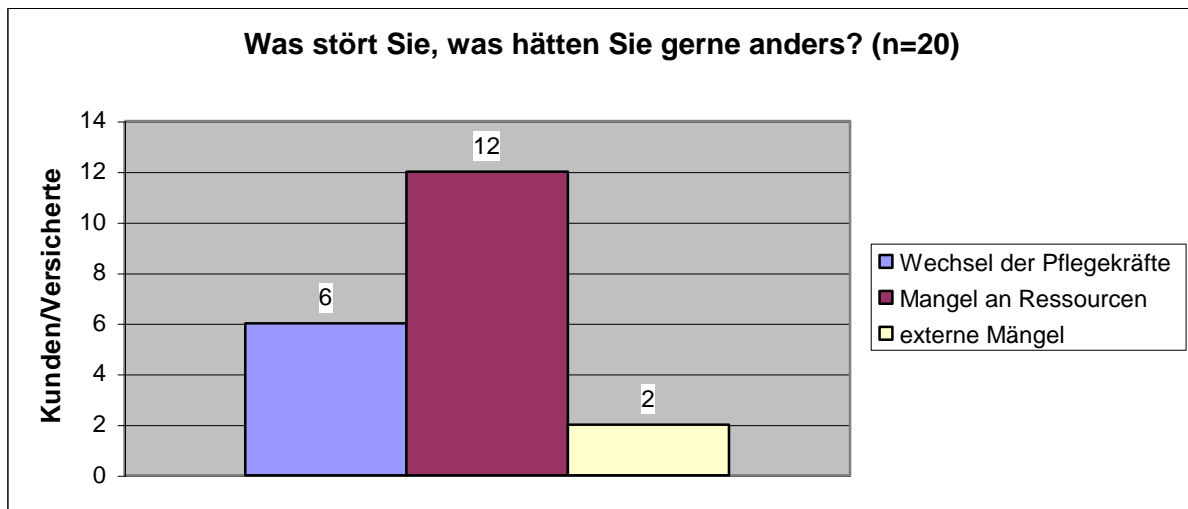
Aspekte, die das Personal betreffen, nennen 73,3 Prozent der Antwortenden:²⁰ Die Mitarbeiter/innen seien freundlich und liebevoll im Umgang mit den Pflegebedürftigen; sie seien sehr zuverlässig und bei Problemen und Fragen könne man um Rat fragen. Diese Aussagen werden in den Telefongesprächen bestätigt und mit einer Vielzahl von Detailbeispielen hinterlegt. Einschränkende Formulierungen wie, „die allermeisten Pflegekräfte“ oder „fast immer sind sie ...“ weisen auf einzelne Ausnahmen hin. Auf sie wurde in einer weiteren Frage Bezug genommen. In der Summe ist auffällig, dass folgender Zusammenhang besteht. Je zuverlässiger und in den Augen der Kunden/Versicherten hochwertiger die Versorgung ist, je mehr wird dieser Tatbestand von den Antwortenden als Standard definiert und zum Maßstab gemacht. Auf dieser Grundlage sind es dann Kleinigkeiten, die als „nicht wünschenswert“ bis „negativ“ auffallen. Bei den mehrfach angesprochenen hohen Flexibilitätsanforderungen und der „Bedrohung“ der Qualitätsstandards durch schwer zu beeinflussende Außenfaktoren entsteht eine Ahnung von der „hohen Kunst der Betriebsführung“ eines guten Pflegedienstes.

Die zweite Antwortgruppe bezieht sich im weiteren Sinne auf die Tätigkeiten der Pflegekräfte. Rd. 26,7 Prozent der Antwortenden heben die Pünktlichkeit, Gründlichkeit oder auch die gute Versorgung und die Zuverlässigkeit hervor. Ohne dass direkte Vergleichswerte vorliegen, sind dies doch außerordentlich gute Werte, die als Indiz für die hochwertige Arbeit der in der IKK-Qualitätsgemeinschaft zusammengeschlossenen Pflegedienste angesehen werden können. Und auch hier haben die Nachfragen in den Telefongesprächen keine Abweichungen ergeben: Kunden/Versicherte, die ihren Fragebogen zurückgeschickt haben, sind zu einem bemerkenswert hohen Anteil außerordentlich zufrieden mit ihrem Pflegedienst.

Um unterhalb dieses Lobes nachzufassen, wurde danach gefragt, „ob schon einmal etwas gestört hat“. Die Tatsache, dass auf diese Frage 42,6 Prozent der Antwortenden mit „ja“ antworten, ist kein Gegensatz zu der vorausgehenden Positivbewertung. Sie verweist vielmehr darauf, wie leicht ein Positiveindruck durch u. U. eine einzige Person oder eine in den Augen des Kunden/Versicherten falsche Reaktion verwischt werden kann. Die Antworten zeigen aber auch, dass die Antwortenden ein differenziertes Bild abgegeben haben. In der Zusammenfassung ergeben die Antworten folgendes Bild:

²⁰ U. a. zu dieser Frage wurden vertiefende Nachfragen in den Telefongesprächen gestellt. Sie sind in die folgenden qualitativen Aussagen eingearbeitet.

Schaubild 8: Änderungswünsche



Der Großteil der Problemanzeigen bezieht sich vor allem auf - wir haben dies „mangelnde Ressourcen“ genannt - das verfügbare Zeitbudget, das die Pflegekräfte für ihre Kunden zu Verfügung haben. Hier wird vor allem in den Telefongesprächen deutlich, dass man („manchmal“) die mögliche Hilfe und Pflege „im Verhältnis zu den Preisen“ für „doch ziemlich teuer“ hält. Unterhalb von Beschwerden bzw. aktiver Unzufriedenheit wird vor allem in den Telefongesprächen deutlich, dass die Menschen zunehmend das ihnen zur Verfügung stehende Zeitvolumen der Kontakte mit den Pflegekräften („beim Einsatz im Haushalt“) als schwierig erleben. Sie benötigen nach ihren Qualitätskriterien nicht nur fachlich gute Pflege, sondern Zeit der Mitarbeiter/innen. Und gerade die wird - bei gestiegenen Preisen (wenn diese auch in den Augen der Pflegedienste längst nicht auskömmlich gestiegen sind) und gleich gebliebenen Leistungen in den Pflegestufen - immer knapper.

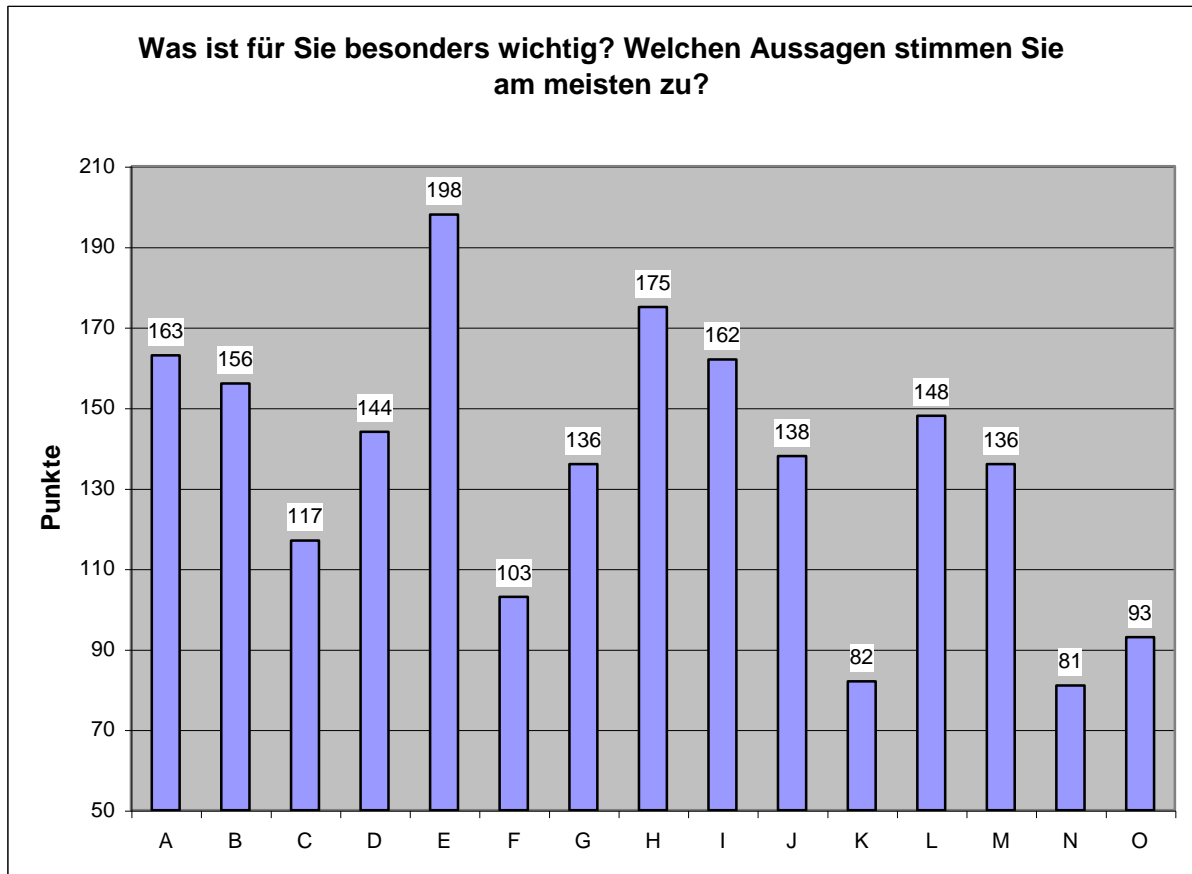
Rd. ein Drittel der Nennungen bezieht sich auf den Wechsel von Pflegekräften („gerade weil ich immer so zufrieden bin mit den Kräften, will ich möglichst keinen Wechsel“) und rd. 11 Prozent der Antwortenden reklamieren, „dass der Staat zu wenig für uns Pflegefälle tut“ und „die Pflegekräfte zu sehr mit Papierkram belastet sind“. In den „Nachfasstelefonaten“ wurde vereinzelt Unpünktlichkeit genannt. Sie bezog sich dann fast ausschließlich auf Abend- bzw. Wochenendeinsätze.

Generell ist zu berücksichtigen, dass es sich um die „Nachfassfrage“ zu den Antworten zur vorausgehenden Frage handelt, wonach die allermeisten der Antwortenden mit ihrem Pflegedienst hoch zufrieden sind.

Um einen Eindruck davon zu erhalten, wie die Qualitätskriterien - in den Ausprägungen, die für Kunden/Versicherte wahrnehmbar sind - bei den „Endverbrauchern“ ankommen, wurden sie um eine Bewertung der nachfolgenden Aussagen (auf einer Skala von „trifft absolut bzw. immer zu“ über „trifft häufig zu“, „trifft manchmal zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) gebeten. Zur besseren Darstellung der Antworten wurden den Aussagen Punkte zugeteilt (4 Punkte = trifft absolut/immer zu; 3 Punkte = trifft häufig zu; 2 Punkte = trifft manchmal zu; 1 Punkt = trifft überhaupt nicht zu und 0

Punkte = kann ich nicht beurteilen), sodass sich das folgende Ranking ergibt (danach bedeutet ein hoher Punktwert große Zustimmung zu einer Aussage):

Schaubild 9: Welchen Aussagen stimmen Sie am meisten zu²¹



²¹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit stehen die Buchstaben A bis O als Platzhalter für folgende Aussagen:

- A: Das Personal ist gut informiert über die Dinge, die bei mir zu erledigen sind
- B: Die Pflegekräfte kennen sich in der Pflege gut aus und arbeiten Hand in Hand
- C: Es gibt eine feste Bezugsperson, die mich in der Regel versorgt und die für mich zuständig ist
- D: Ich weiß wer am nächsten Tag zu mir kommt; das wird vorher angekündigt
- E: Meine Versorgung erfolgt wunschgemäß zu einem immer ähnlichen Zeitpunkt
- F: Verspätungen kommen nicht vor
- G: Die Zeit für meine pflegerische Versorgung reicht aus
- H: Die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes sind sehr nett und zuvorkommend
- I: Die Mitarbeiter/innen füllen bei ihren Besuchen die Pflegedokumentation aus
- J: Die Pflegekräfte sprechen mit mir und meinen Angehörigen über die Pflege
- K: Jemand von der Leitung spricht mit mir und meinen Angehörigen über die Pflege
- L: Mit Beginn der Hilfe durch den Pflegedienst war jemand von der Leitung des Dienstes da und hat uns ausführlich über die einzelnen Leistungen und die Kosten informiert
- M: Mit Beginn meiner Versorgung wurde ein schriftlicher Vertrag abgeschlossen
- N: Ich beschwere mich beim Dienst, wenn etwas nicht in Ordnung ist
- O: Wenn ich mich beschwere, wird Abhilfe geschaffen

Danach entfällt die höchste Zustimmung auf die folgenden vier Aussagen:

- „Meine Versorgung erfolgt wunschgemäß zu einem immer ähnlichen Zeitpunkt“,
- „die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes sind sehr nett und zuvorkommend“,
- „das Personal ist gut informiert über die Dinge, die bei mir zu erledigen sind“,
- „die Zeit für meine pflegerische Versorgung reicht aus“.

Dieses Ergebnis wird durch die vertiefenden Nachfragen in den Telefonaten mit Kunden/Versicherten bestätigt. Sie sind als Beleg dafür zu werten, dass die Pflegedienste der IKK-Qualitätsgemeinschaft hinsichtlich der Auswirkungen auf die Zielgruppe positive Effekte erzielt haben.

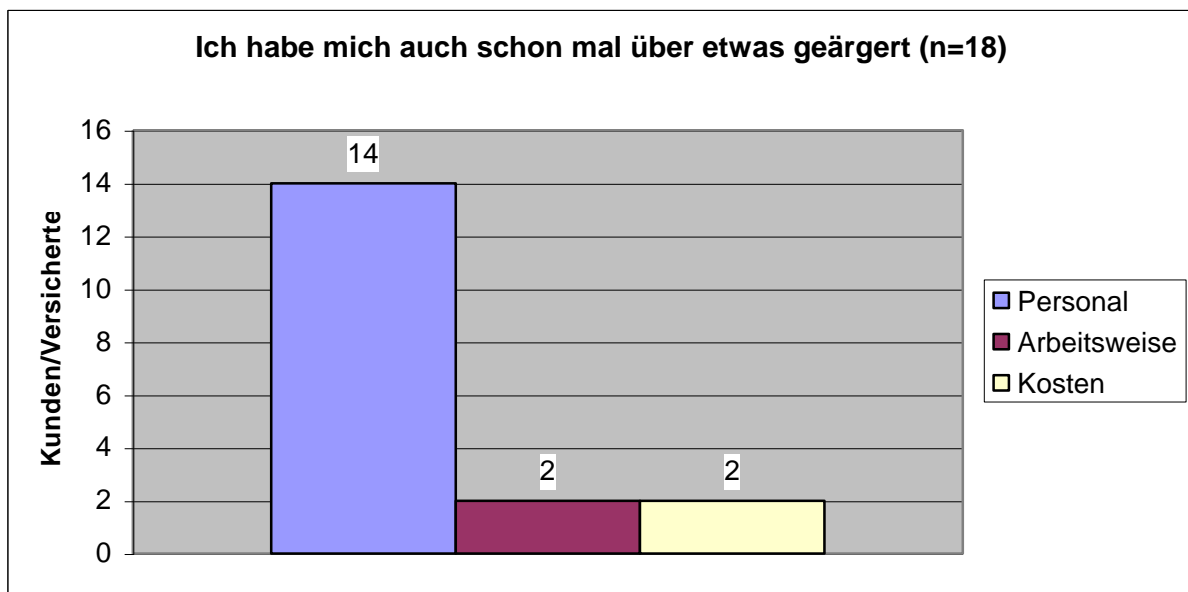
Die vier Aussagen mit der geringsten Zustimmung:

- „Mit Beginn meiner Versorgung wurde ein schriftlicher Vertrag abgeschlossen“,
- „jemand von der Leitung spricht mit mir und meinen Angehörigen über die Pflege“,
- „mit Beginn der Hilfe durch den Pflegedienst war jemand von der Leitung des Dienstes da und hat uns ausführlich über die einzelnen Leistungen und die Kosten informiert“,
- „Verspätungen kommen nicht vor“.

Auch diese Aussagen bestätigen sich in den Telefonaten mit der Einschränkung, dass sich die Betroffenen zum Teil nicht mehr an die angefragte Situation erinnern bzw. sie davon keine Kenntnis haben („mit Beginn der Versorgung ...“). Hinsichtlich der Verspätungen wird deutlich, dass die Aussagen auf der Grundlage generell hoher Pünktlichkeit getroffen werden. Die Befragten führen aus, dass eine Verspätung gerade deshalb negativ vermerkt wird, weil die Pünktlichkeit generell hoch ist.

Das folgende Schaubild liefert einen Überblick über Dinge, über die man sich „schon einmal geärgert hat“.

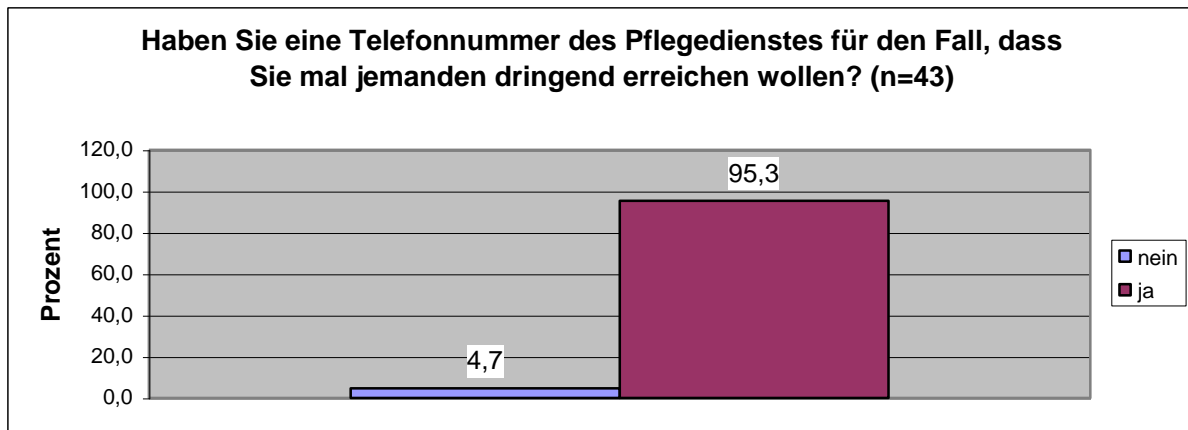
Schaubild 10: Ärgernisse



Erwartungsgemäß beziehen sich die meisten der Kritikpunkte auf Verhalten des Personals. Es geht um den Wechsel von Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes (in den Telefonaten werden im Detail die bereits aus der ersten Befragung genannten Aspekte erwähnt: Man will vorher informiert werden, wenn jemand anderes kommt; vor allem, wenn eine hohe Personalkontinuität vorhanden ist, stößt der Einsatz „einer Neuen“ auf Probleme; man hat den Anspruch, dass die Mitarbeiter/innen im Detail „über die Dinge bei uns informiert sind“, dass „die sich einfühlen in das, was der/dem Pflegebedürftigen wichtig ist“. Genannt werden auch solch subtile Dinge wie „das Mineralwasser muss immer leicht angewärmt sein“. Genannt werden mehrmals Dinge, die kaum in einer Pflegedokumentation stehen. Es handelt sich um „feinnervige Detailinformationen“, die aufzuschreiben in aller Regel zu aufwändig ist oder die leicht vergessen werden, wenn eine Übergabe an andere Kolleginnen erfolgt.

Neben dem Personal wird das Preis-Leistungsverhältnis problematisiert und es wird angesprochen, dass der Aufwand für die Dokumentation in keinem guten Verhältnis zur Zeit für die „eigentliche Versorgung“ steht. Schließlich wird moniert, dass in einem Notfall die aktuelle Telefonnummer („Notfallhandy“) nicht griffbereit war. Auf Nachfrage ergibt sich, dass es nicht immer leicht ist, die Regelungen zwischen Pflegedienst und Kunde/Versichertem auf dem aktuellen Stand zu halten (Beispiel: eine Telefonnummer ändert sich; jetzt ist - und das ist nicht einfach - sicherzustellen, dass alle wichtigen Bezugspersonen diese neue Telefonnummer erhalten und die alte - etwa aus dem privaten Telefonverzeichnis - streichen. Auch hier ist zu beachten: Die Mängelanzeigen resultieren aus sehr wenigen Nennungen.

Schaubild 11: Haben Sie eine Telefonnummer des Pflegedienstes für den Fall, dass Sie dringend jemanden erreichen wollen?



Die vorausgehenden Ausführungen werden durch die Antworten auf diese Frage bestätigt. Mit 95,4 Prozent sind fast alle Personen der Stichprobe im Besitz einer Telefonnummer ihres Pflegedienstes. 71,1 Prozent haben diese Telefonnummer schon einmal in Anspruch genommen. 93,8 Prozent bestätigen, dass sie über diese Telefonnummer gleich jemand erreicht haben.

Bereitschaft zu einem Telefonat mit der wissenschaftlichen Begleitung

Um vertiefende Informationen zu den Antworten im Fragebogen zu erhalten, wurde abgefragt, ob die IKK-Versicherten zu einem Telefongespräch mit dem iSPO-Institut bereit sind. Mit 27,7 Prozent hat knapp ein Drittel der Befragten diese Frage positiv beantwortet und Namen und Telefonnummer mitgeteilt. Dies ist ein bemerkenswert hoher Prozentsatz, der Selbstbewusstsein und Vertrauen zur IKK und dem Pflegedienst dokumentiert. Im Nachgang zur Auswertung der Befragung wurden Telefongespräche mit zehn IKK-Versicherten geführt. Die Ergebnisse sind in die vorausgehende Erörterung eingeflossen.

7.2 Mitarbeiterbefragung

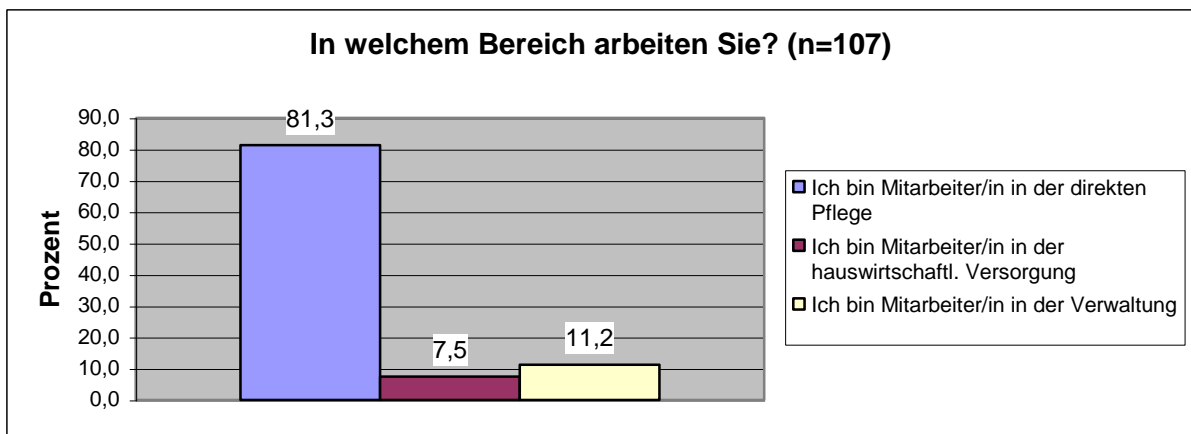
Wie allgemein bekannt ist - und auch die Kundenbefragung hat dies verdeutlicht -, sind die Mitarbeiter/innen eines Pflegedienstes zentraler Faktor der Leistungserbringung. Über sie definiert sich wesentlich die Qualität der Arbeit und des Pflegedienstes. Wenn das vorliegende IKK-Modell das Ziel verfolgt, den Erhalt der Qualität zu sichern und eine Qualitätssteigerung zu bewirken, muss zwingend erhoben werden, ob und wie sich Modellaktivitäten auf Mitarbeitende auswirken bzw. wie sie bei ihnen ankommen.

Im Rahmen der Personalbefragung wurden im August 2004 353 Fragebögen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zehn am Modell beteiligten Pflegedienste verteilt. Mit dem Fragebogen, nach einer entsprechenden Erklärung des Pflegedienstes zur Wichtigkeit und - vor allem - zur Anonymität der Befragung, erhielten die Adressaten einen an iSPO voradressierten, neutralen Briefumschlag: Sie sollten den Fragebogen aus-

füllen und in diesem Umschlag „in den nächsten Briefkasten werfen“, also unmittelbar an das Institut schicken.

Mit Beginn der Auswertungsarbeit sechs Wochen später lagen 107 ausgefüllte Fragebögen vor. Das entspricht einer Rücklaufquote von 30,3 Prozent. Allgemein wird ein solcher Rücklauf als gut und für eine qualifizierte Auswertung als tragfähig eingestuft. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung im Detail dargestellt und interpretiert.

Schaubild 12: Arbeitsbereiche der Mitarbeiter/innen (n=107)²²



Die meisten der antwortenden Mitarbeiter/innen arbeiten direkt in der Pflege (81,3 Prozent). 11,2 Prozent der Antwortenden arbeiten in der Verwaltung und 7,5 Prozent der Antwortenden sind in der hauswirtschaftlichen Versorgung tätig.

²² Von insgesamt 107 zurückgesandten Fragebögen (N) lieferten alle 107 Fragebögen Antworten zu dieser Frage. In den weiteren Ausführungen benennt (n) die Zahl der auswertbaren Antworten. Prozentangaben beziehen sich immer auf (n).

Schaubild 13: Beschäftigungsdauer der Mitarbeiter/innen

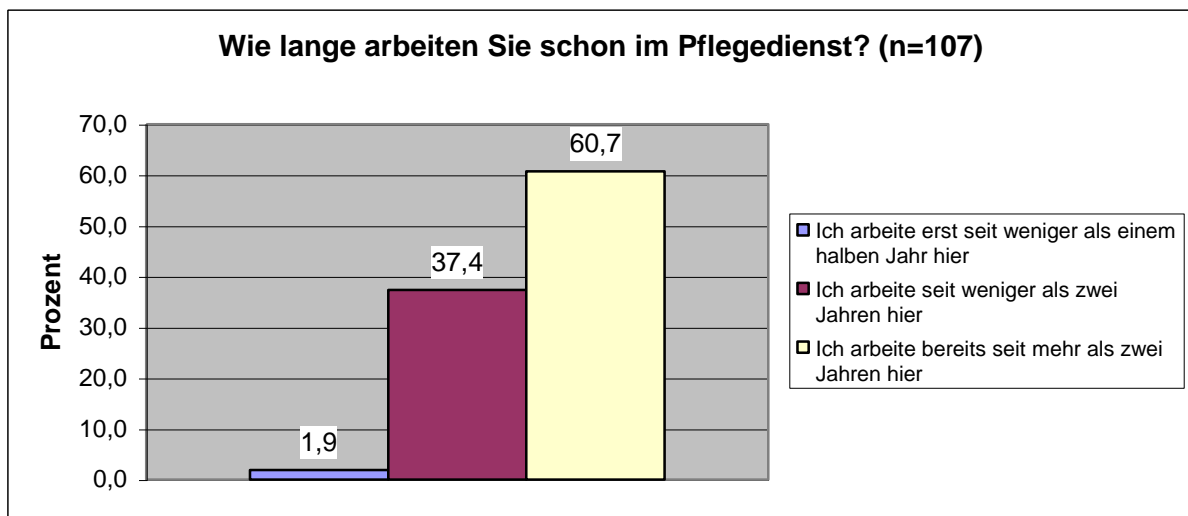
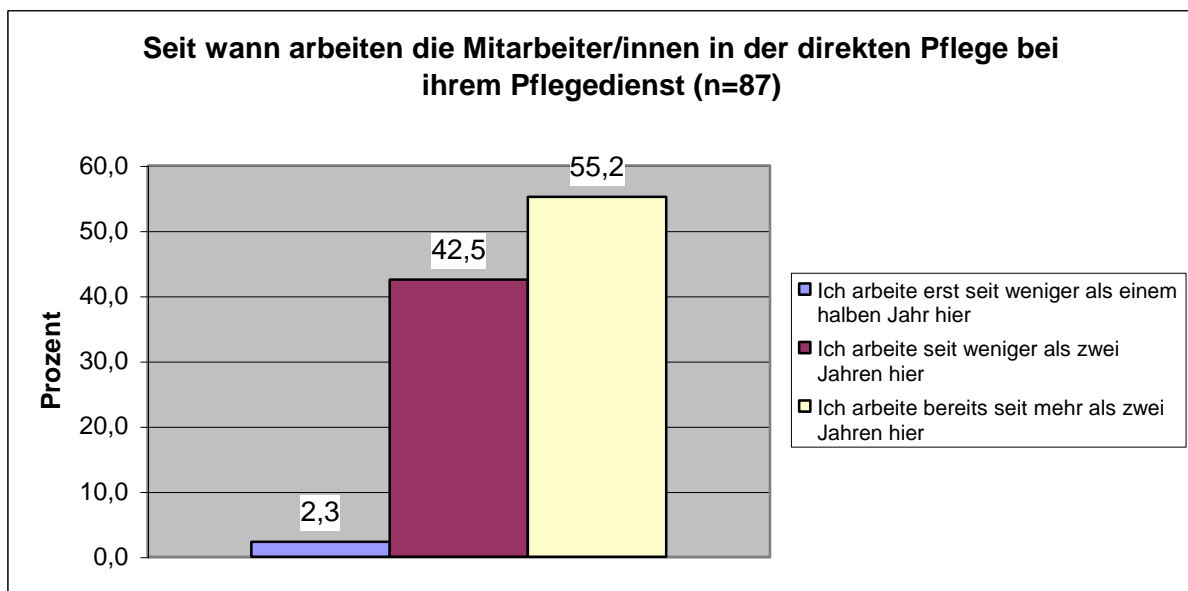


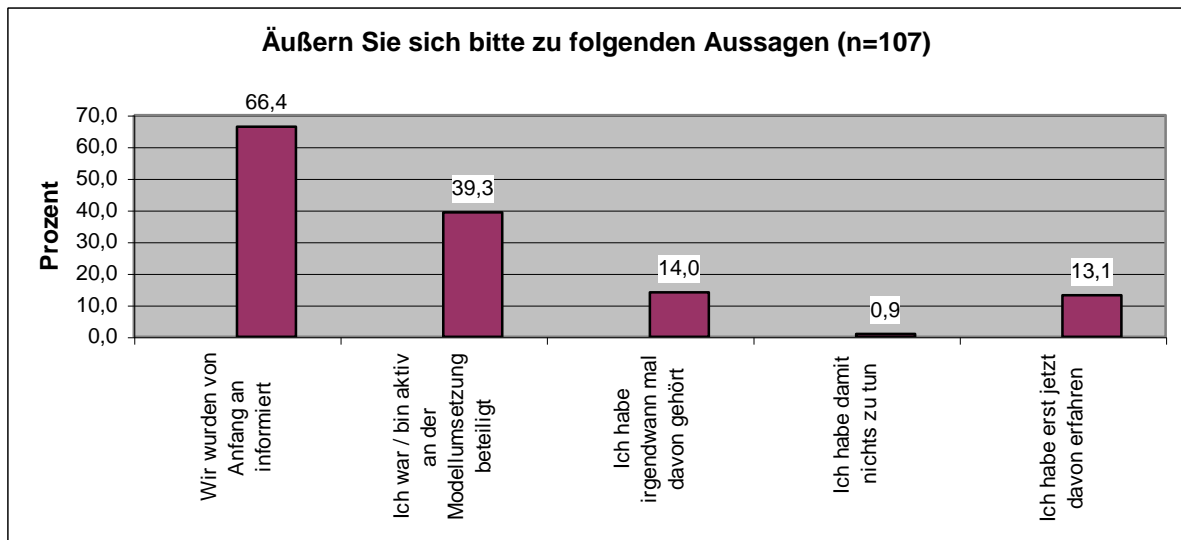
Schaubild 13 zeigt, dass in den beteiligten Pflegediensten von stabilen Personalverhältnissen gesprochen werden kann. Lediglich 1,9 Prozent der antwortenden Mitarbeiter/innen arbeiten erst seit Kurzem beim Pflegedienst.

Schaubild 14: Beschäftigungsdauer in der direkten Pflege



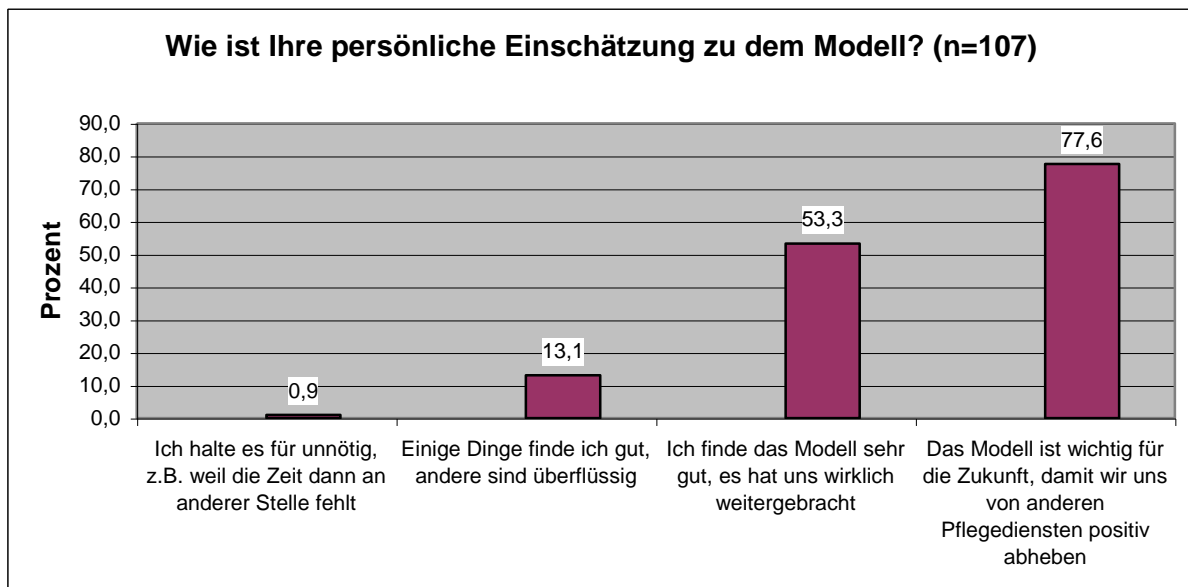
Die Übersicht liefert einen Eindruck von der Kontinuität in der direkten Pflege. Auf Grund der geringen Nennungen in Verwaltung und Hauswirtschaft wurde hier auf eine eigene Darstellung verzichtet.

Schaubild 15: Wissen die Mitarbeiter/innen von der Beteiligung des Pflegedienstes am Modell?



Die Übersicht zeigt, dass die Mitarbeitenden in den zehn Pflegediensten unterschiedlich ausführlich informiert und einbezogen sind.²³ Dies bestätigt sich in den Antworten zur Frage nach den persönlichen Einschätzungen zum Modell.²⁴

Schaubild 16: Persönliche Einschätzung zu dem Modell²⁵



²³ Bei der Frage zur Beteiligung des Pflegedienstes am Modell waren Mehrfachnennungen möglich. Dies erklärt die Prozentzahl von über 100 Prozent.

²⁴ Aus Gründen des Vertrauensschutzes wurde darauf verzichtet, Ergebnisse nach den einzelnen Pflegediensten zu differenzieren.

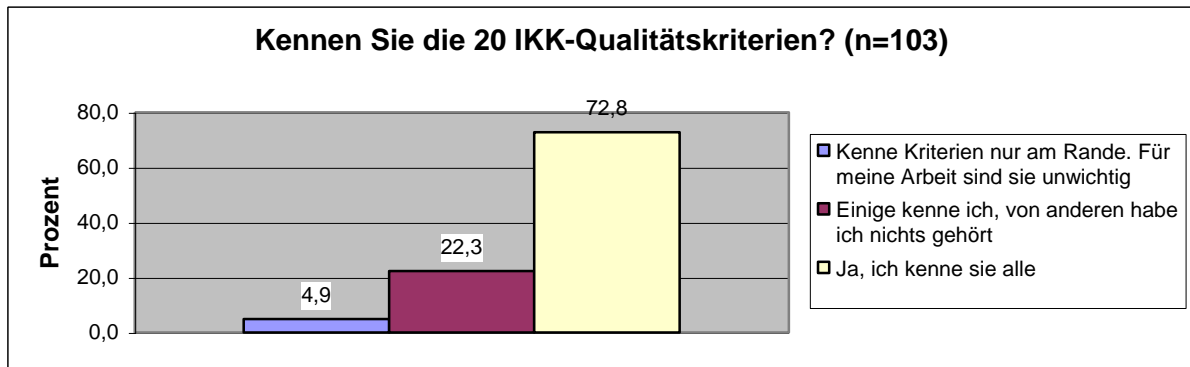
²⁵ Hier ist zu beachten, dass zwei Ankreuzungen möglich waren.

Vor dem Hintergrund der Einschätzung, dass für die „Endverbraucher“ die Mitarbeiter/innen - auch in ihren Einstellungen und Haltungen - die Qualität determinieren, ist die Frage von Interesse, wie die Mitarbeiter/innen zu dem Modell stehen. Die Analyse der Antworten bringt ihre Ambivalenz zu Tage. Einerseits verneinen 99,1 Prozent der Antwortenden, dass das Modell unnötig sei, andererseits besagen 53,3 Prozent der Nennungen, dass das Modell als sehr gut eingestuft wird.

Wichtig für die Zukunft, um sich von anderen Pflegediensten positiv abzuheben, ist die Tatsache, dass 77,6 Prozent der Antwortenden als „wichtig für die Zukunft“ einstufen, während dies in 22,4 Prozent der Fälle nicht so gesehen wird.

Eine Einschätzung zu einem Modell kann nur dann als fundiert bewertet werden, wenn Inhalte und Details dazu bekannt sind. Folgerichtig wurde in der Erhebung nach den 20 IKK-Qualitätskriterien gefragt.

Schaubild 17: Bekanntheit der 20 IKK-Qualitätskriterien

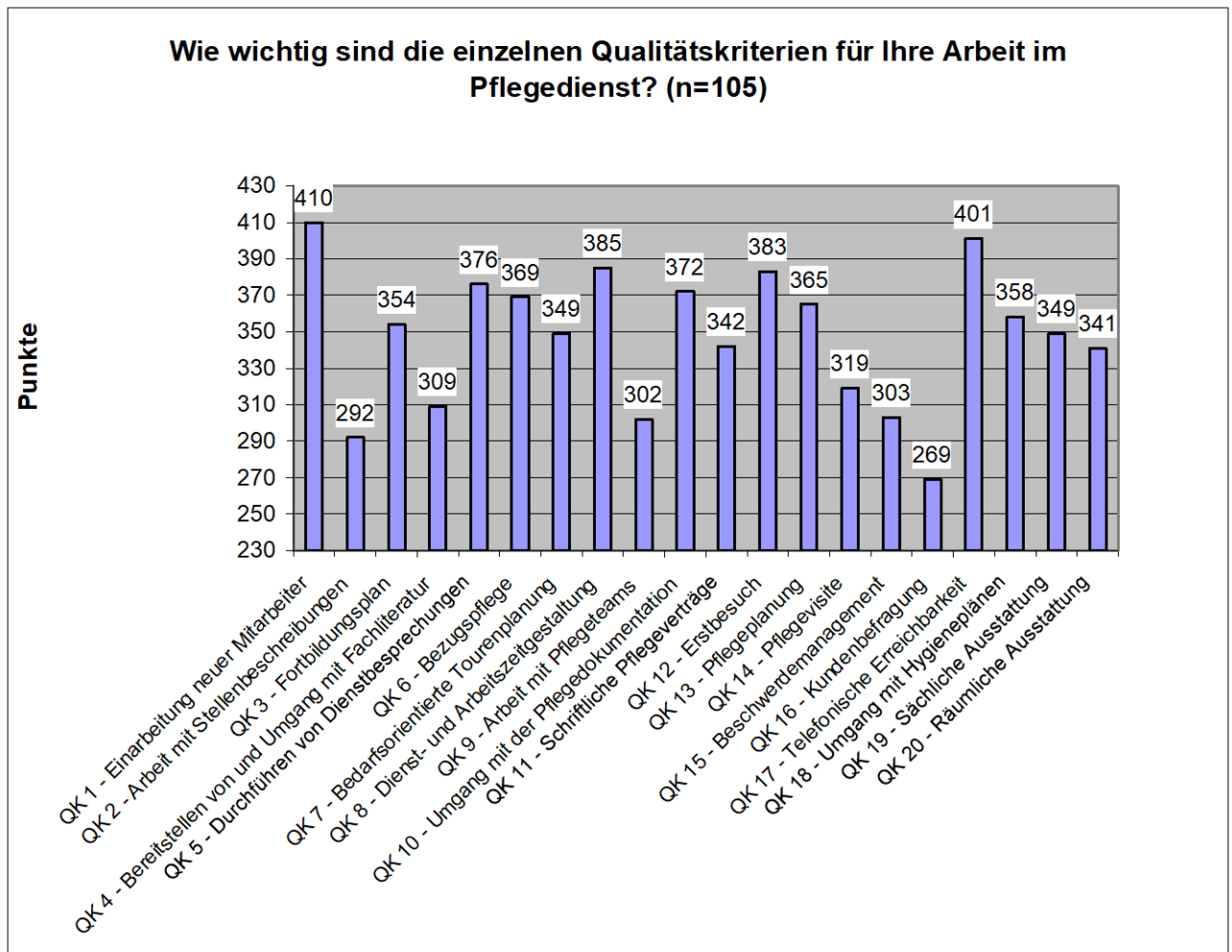


Immerhin fast dreiviertel der Antwortenden (72,8 Prozent) geben an, dass sie die 20 IKK-Qualitätskriterien kennen, während das restliche Viertel „einige davon kennt“ bzw. (mit 4,8% nur einzelne Nennungen) „noch nichts davon gehört haben“.

Auf der Grundlage dieser Antworten ist die Einschätzung zur Wichtigkeit der einzelnen Qualitätskriterien für die Arbeit im Pflegedienst von Interesse. Deshalb wurden die Befragten gebeten, die einzelnen Qualitätskriterien auf einer Skala von sehr wichtig (= 4 Punkte) über wichtig (= 3 Punkte), weniger wichtig (= 2 Punkte) bis unwichtig (= 1 Punkt) zu bewerten (0 Punkte = kann ich nicht beurteilen).

Die Auszählung ergibt das folgende Ranking (hoher Punktwert = große Wichtigkeit).

Schaubild 18: Wichtigkeit der Qualitätskriterien für die Arbeit im Pflegedienst

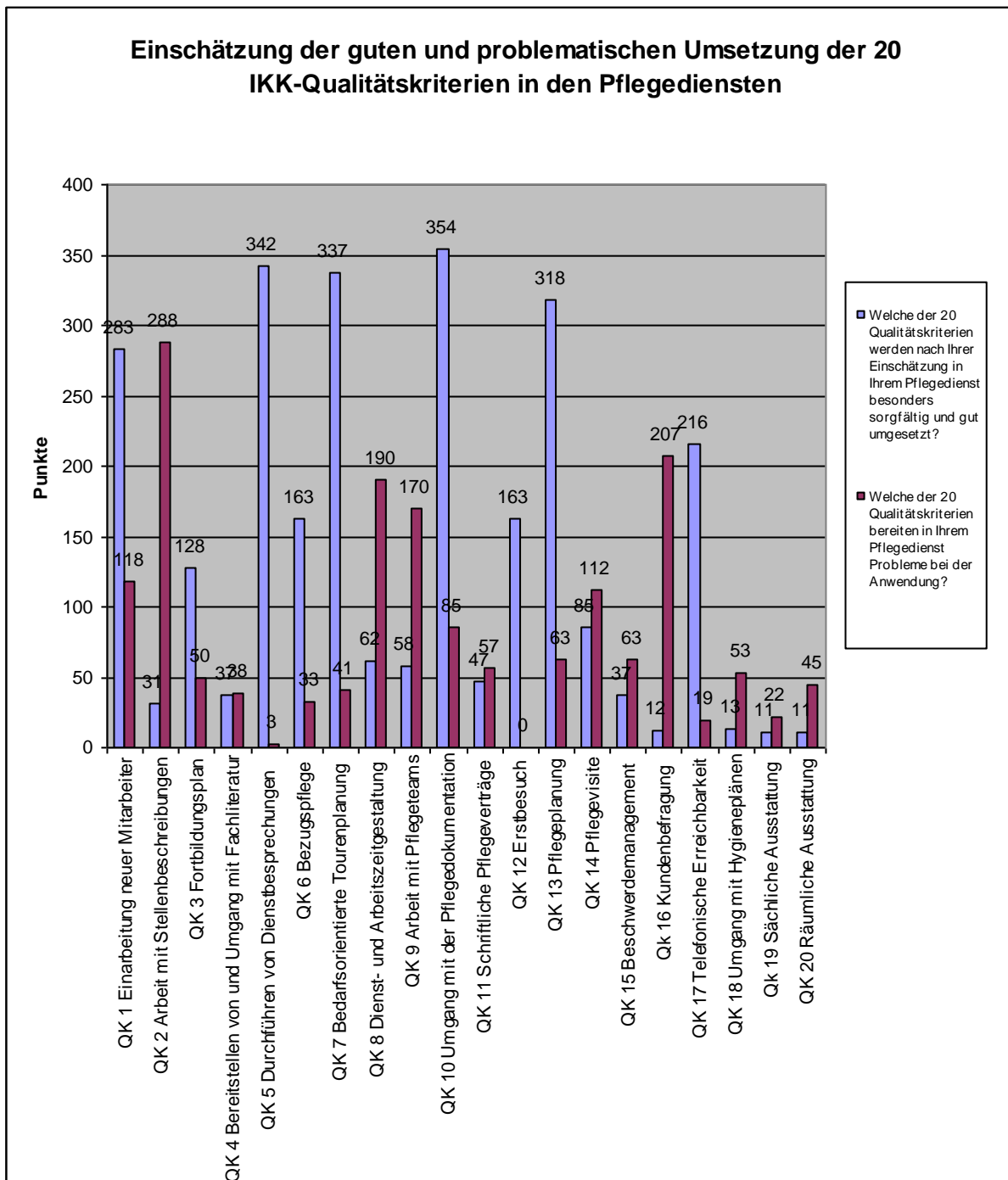


Die Nennungen geben einen Hinweis auf die Bedeutung einer guten Einarbeitung und einer verlässlichen Dienst- und Arbeitszeitgestaltung. Beides ist in der häuslichen Pflege auf Grund der hohen Flexibilitätsanforderungen nicht leicht zu realisieren. Die Nennung von Erstbesuch und telefonischer Erreichbarkeit verweist auf Aspekte, die sowohl für die Mitarbeitenden als auch für „Endverbraucher“ wichtig sind.

Die Antworten geben aber auch einen Hinweis auf Regelungen, die - wie die Ergebnisse der Internen Audits gezeigt haben - im Pflegedienst entweder noch nicht hinlänglich praktiziert werden bzw. sich in den Augen des Personals nicht bewähren.

Weiterhin wurde gefragt, welche der 20 Qualitätskriterien nach Einschätzung der Mitarbeitenden besonders sorgfältig und gut von ihrem Pflegedienst umgesetzt werden und welche dem Pflegedienst Probleme bei der Anwendung bzw. Umsetzung bereiten. Dabei sollten maximal je sieben Qualitätskriterien als Rangfolge genannt werden. In der Auswertung wurden den Angaben wiederum - entsprechend der Platzierung - Punkte zugeordnet (Platz eins = sieben Punkte bis Platz sieben = ein Punkt). Im Ergebnis entsteht folgende Übersicht:

Schaubild 19: Gute und problematische Umsetzung der IKK-Qualitätskriterien in den Pflegediensten (n = 105)



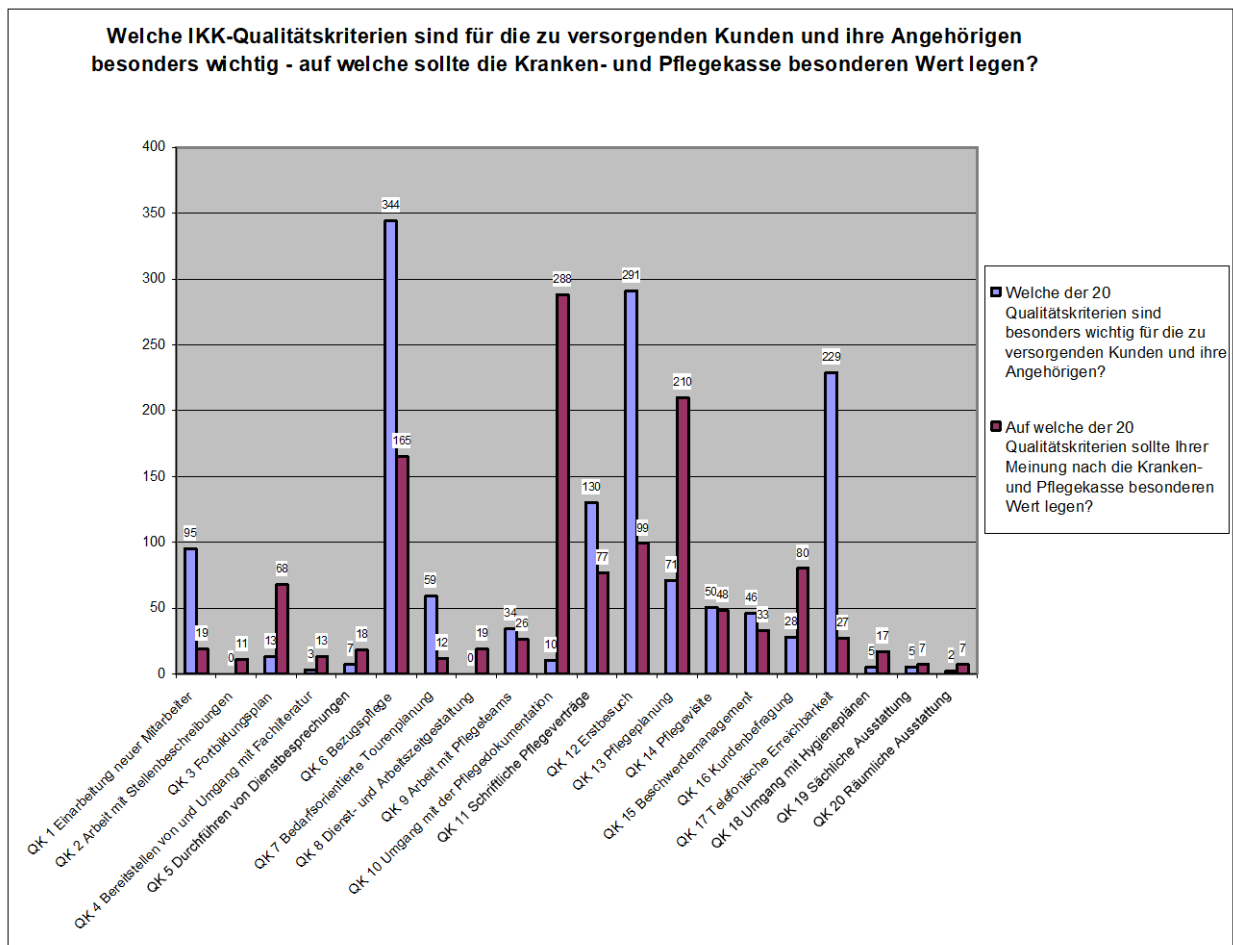
Die Verteilung liefert Hinweise auf Aspekte, die derzeit sicherlich in vielen Pflegediensten Thema bzw. Inhalt der Bestrebungen sind. Pflegedokumentation und Pflegeplanung sind Qualität sichernde Elemente professioneller Pflege, auf die derzeit gerade auch die Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI besonderen Wert legen. Dienstbesprechungen sind in vielen Diensten ein zentral wichtiges Element um - zeitlich effizient und fachlich möglichst hochwertig - das Einbeziehen des Personals in die betrieblichen Belange zu gewährleisten. Bedarfsorientierte Tourenplanung ist vor allem

auch hinsichtlich des Ausgleichs zwischen fachlichen und wirtschaftlichen Aspekten im Pflegedienst von großer Bedeutung.

Bemerkenswert ist insgesamt, dass auch in diesen Nennungen sowohl Aspekte enthalten sind, die eher für den Betrieb bzw. die Mitarbeitenden als auch solche, die für den Kunden/Versicherten bedeutsam sind.

Auch die Fragen nach den *für die zu versorgenden Kunden/Versicherten* besonders wichtigen sowie nach den *für die Kranken- und Pflegekassen* besonders wichtigen Qualitätskriterien wurden nach dem oben dargelegten Verfahren ausgewertet.

Schaubild 20: IKK-Qualitätskriterien, die nach Einschätzung der Befragten für die zu versorgenden Kunden und deren Angehörige wichtig sind und solche, auf die vor allem die Kranken- und Pflegekasse besonderen Wert legen sollte (n = 106)



Im Schaubild fallen drei der 20 Qualitätskriterien als nach Einschätzung der Befragten für die zu versorgenden Kunden und deren Angehörigen besonders wichtig auf:

- „Bezugspflege“,
- „Erstbesuch“,
- „Telefonische Erreichbarkeit“.

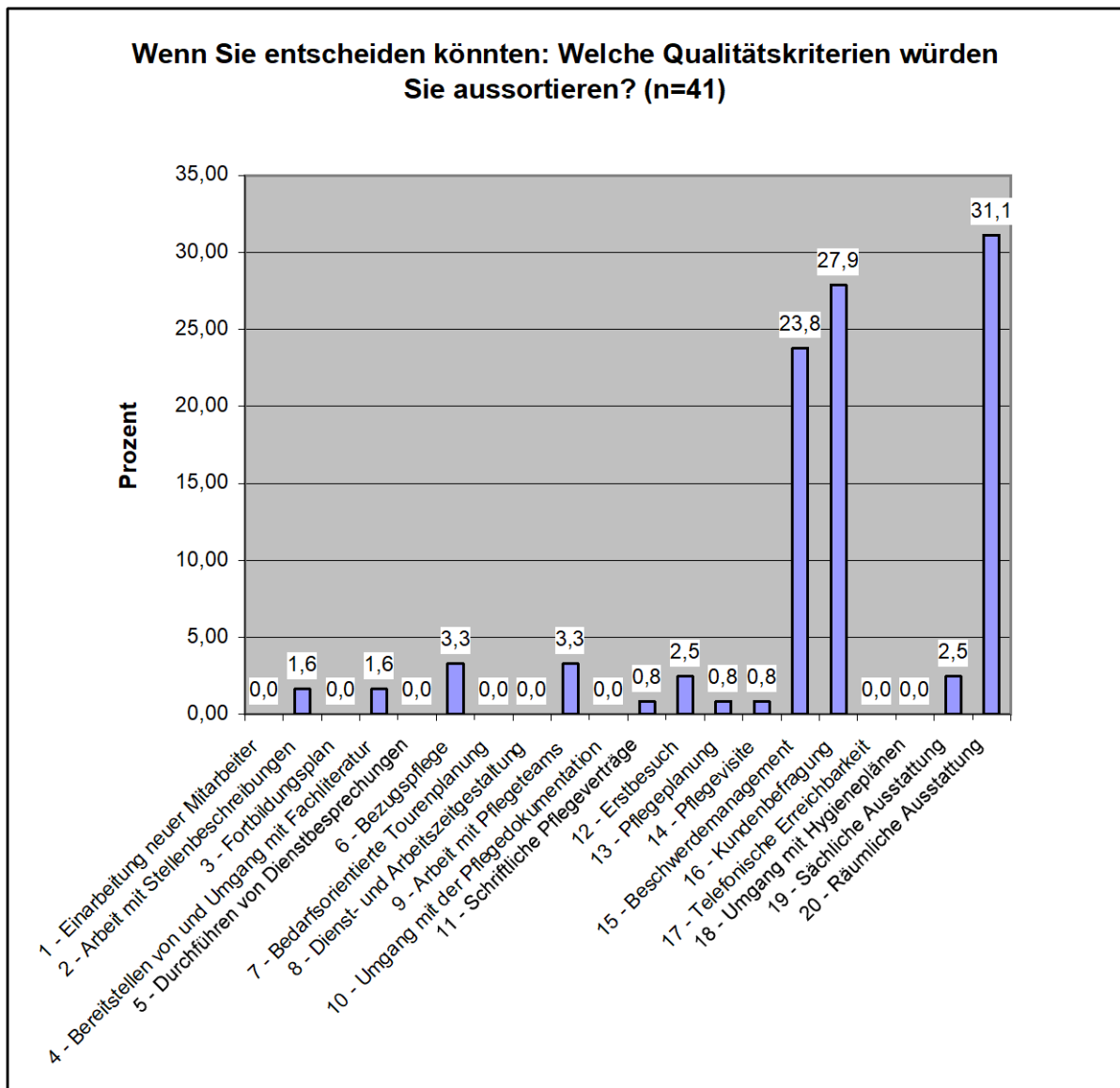
Interessant ist hier, dass die Befragten durchaus um die Wichtigkeit der Bezugspflege für die Kunden/Versicherten wissen. Sie wissen aber offensichtlich auch aus ihrer Alltagspraxis, dass dies schwer zu realisieren ist.

Die drei IKK-Qualitätskriterien, auf die nach Meinung der Mitarbeitenden vor allem die Kranken- und Pflegekassen besonderen Wert legen sollten:

- „Umgang mit der Pflegedokumentation“,
- „Pflegeplanung“,
- „Bezugspflege“,

Umgekehrt wurde gefragt, welche der 20 Qualitätskriterien nach Meinung der Befragten „aussortiert werden könnten“.

Schaubild 21: Aussortierung einzelner Qualitätskriterien²⁶



Bei der Auswertung der Antworten gibt es drei „Spitzenreiter“: Es sind dies

- Die räumliche Ausstattung
Als Begründungen werden genannt: „Die räumliche Ausstattung ist für die Pflege nicht von zentraler Bedeutung“ und: „man hat als Mitarbeiter/in darauf ohnehin zur wenig Einfluss“.

²⁶ Hier konnten maximal drei Nennungen abgegeben werden. Nicht visualisierte Qualitätskriterien wurden nicht genannt.

- Die Kundenbefragung
Begründungen: „Es kommen ohnehin immer die gleichen Ergebnisse heraus“;
„Kunden sind oft gar nicht in der Lage, eigenständig zu antworten“ und: „Es gibt bessere Möglichkeiten, um den Pflege(-erfolg) zu beurteilen“.
- Das Beschwerdemanagement
Begründung: „Das ist typisch für überzogene Methoden; die Betroffenen beschweren sich auf ihre Art und Weise auch bisher; dazu braucht es kein aufwändiges Verfahren“.

Es ist abschließend von Interesse, die Ergebnisse der Internen Audits mit den Einschätzungen der Mitarbeiter/innen abzugleichen. Die nachfolgenden Übersichten verdeutlichen zum einen die weitgehende Übereinstimmung bei einer Reihe der 20 Qualitätskriterien, aber auch zum Teil deutliche Abweichungen zwischen der Sicht der antwortenden Mitarbeiter/innen und dem Ergebnis der Internen Audits.

Die 20 QK: Vergleich zwischen den Ergebnissen der Internen Audits und der Mitarbeiterbefragung

| Nr. | Qualitätskriterium | Rangfolge als Ergebnis der Internen Audits ²⁷ | | | Rangfolge als Ergebnis der MA-Befragung ²⁸ |
|-----|--|--|------------|--------------|---|
| | | Rangfolge | Punkte Ø | Zehn Dienste | Rangfolge |
| 01 | Einarbeitung neuer MA | 1 | 4,5 Punkte | 45 Punkte | 1 |
| 02 | Arbeit mit Stellenbeschreibungen | 5 | 4,2 Punkte | 42 Punkte | 18 |
| 03 | Fortbildungsplanung | 8 | 3,7 Punkte | 37 Punkte | 10 |
| 04 | Bereitstellen von und Umgang mit Fachliteratur | 7 | 3,9 Punkte | 39 Punkte | 15 |
| 05 | Durchführen von Dienstbesprechungen | 3 | 4,5 Punkte | 45 Punkte | 5 |
| 06 | Bezugspflege | 9 | 3,6 Punkte | 36 Punkte | 7 |
| 07 | Bedarfsorientierte Tourenplanung | 2 | 4,6 Punkte | 46 Punkte | 11 |
| 08 | Dienst- und Arbeitszeitgestaltung | 7 | 3,9 Punkte | 39 Punkte | 3 |
| 09 | Arbeit mit Pflegeteams | 7 | 3,9 Punkte | 39 Punkte | 17 |
| 10 | Umgang mit der Pflegedokumentation | 4 | 4,3 Punkte | 43 Punkte | 6 |
| 11 | Schriftliche Pflegeverträge | 6 | 4,0 Punkte | 40 Punkte | 12 |
| 12 | Erstbesuch | 5 | 4,2 Punkte | 42 Punkte | 4 |
| 13 | Pflegeplanung | 10 | 3,5 Punkte | 35 Punkte | 8 |
| 14 | Pflegevisite | 9 | 3,6 Punkte | 36 Punkte | 14 |
| 15 | Beschwerdemanagement | 10 | 3,5 Punkte | 35 Punkte | 16 |
| 16 | Kundenbefragung | 12 | 2,3 Punkte | 23 Punkte | 19 |
| 17 | Telefonische Erreichbarkeit | 1 | 4,7 Punkte | 47 Punkte | 2 |
| 18 | Umgang mit Hygieneplänen | 11 | 3,4 Punkte | 34 Punkte | 9 |
| 19 | Sächliche Ausstattung | 7 | 3,9 Punkte | 39 Punkte | 11 |
| 20 | Räumliche Ausstattung | 2 | 4,6 Punkte | 46 Punkte | 13 |

²⁷ Nach Auszählen der Bewertungspunkte ergibt sich bei 20 QK eine Skala von Platz 1 bis Platz 12, weil verschiedene Qualitätskriterien die gleiche Punktzahl erzielten.

²⁸ Die Rangfolge ergibt sich aus Schaubild 18, Kapitel 7.

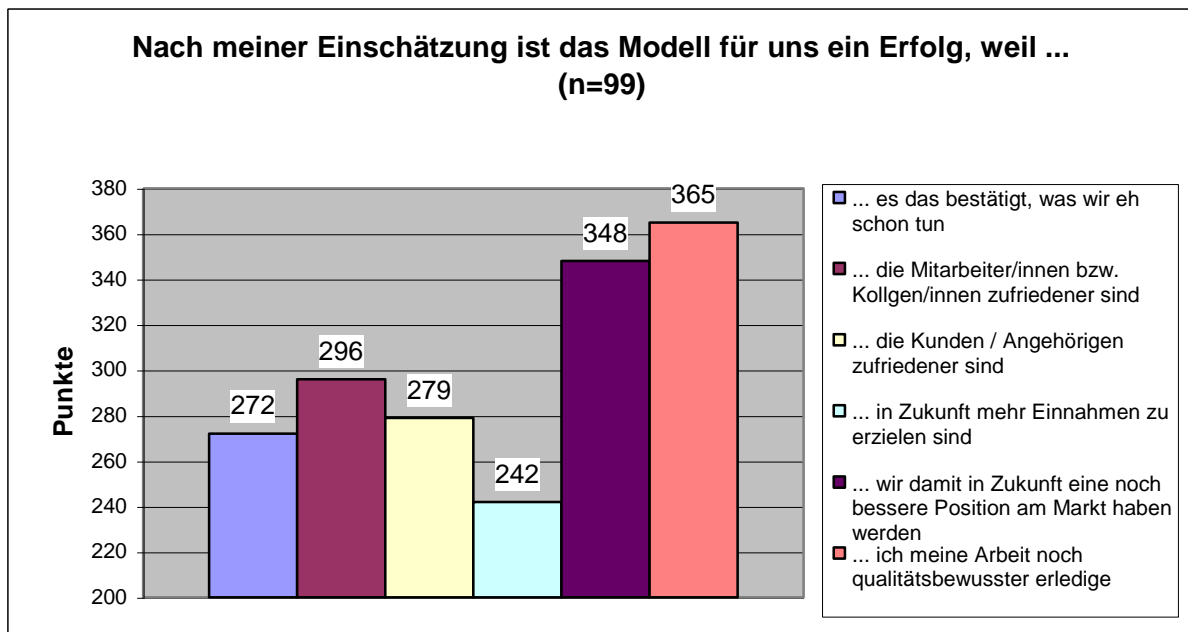
| Nr. | Qualitätskriterien | Position nach Selbsteinschätzung | Position nach Internen Audits | Position nach MA-Befragung | Reihenfolge d. Qualitätskriterien; Gesamtbetrachtung |
|------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1 | Einarbeitung neuer MA | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | Arbeit m. Stellenbeschreibungen | 5 | 5 | 18 | 11 |
| 3 | Fortbildungsplanung | 5 | 8 | 10 | 7 |
| 4 | Bereitstellen/Umgang Fachliterat. | 7 | 7 | 15 | 12 |
| 5 | Durchführen v. Dienstbesprech. | 2 | 3 | 5 | 3 |
| 6 | Bezugspflege | 10 | 9 | 7 | 9 |
| 7 | Bedarfsorientierte Tourenplanung | 4 | 2 | 11 | 10 |
| 8 | Dienst- und Arbeitszeitgestaltung | 6 | 7 | 3 | 6 |
| 9 | Arbeit mit Pflegeteams | 11 | 7 | 17 | 15 |
| 10 | Umgang mit der Pflegedoku. | 1 | 4 | 6 | 4 |
| 11 | Schriftliche Pflegeverträge | 5 | 6 | 12 | 7 |
| 12 | Erstbesuch | 5 | 5 | 4 | 5 |
| 13 | Pflegeplanung | 9 | 10 | 18 | 16 |
| 14 | Pflegevisite | 9 | 9 | 14 | 13 |
| 15 | Beschwerdemanagement | 8 | 10 | 16 | 14 |
| 16 | Kundenbefragung | 12 | 12 | 19 | 17 |
| 17 | Telefonische Erreichbarkeit | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 18 | Umgang mit Hygieneplänen | 9 | 11 | 9 | 12 |
| 19 | Sächliche Ausstattung | 7 | 7 | 11 | 8 |
| 20 | Räumliche Ausstattung | 3 | 2 | 13 | 11 |

| Position | Qualitätskriterien |
|-----------------|--|
| 1 | Einarbeitung neuer MA |
| 2 | Telefonische Erreichbarkeit |
| 3 | Durchführen von Dienstbesprechungen |
| 4 | Umgang mit der Pflegedokumentation |
| 5 | Erstbesuch |
| 6 | Dienst- und Arbeitszeitgestaltung |
| 7 | Fortbildungsplanung |
| 7 | Schriftliche Pflegeverträge |
| 8 | Sächliche Ausstattung |
| 9 | Bezugspflege |
| 10 | Bedarfsorientierte Tourenplanung |
| 11 | Arbeit mit Stellenbeschreibungen |
| 11 | Räumliche Ausstattung |
| 12 | Bereitstellen von und Umgang mit Fachliteratur |
| 12 | Umgang mit Hygieneplänen |

| | |
|----|------------------------|
| 13 | Pflegevisite |
| 14 | Beschwerdemanagement |
| 15 | Arbeit mit Pflegeteams |
| 16 | Pflegeplanung |
| 17 | Kundenbefragung |

Abschließend wurden die Mitarbeiter/innen auch nach ihrer Einschätzung zum Erfolg des Modells gefragt. Dabei ergibt folgendes Bild (wie weiter vorne wurden die Antworten wieder in Punktwerte umgerechnet):

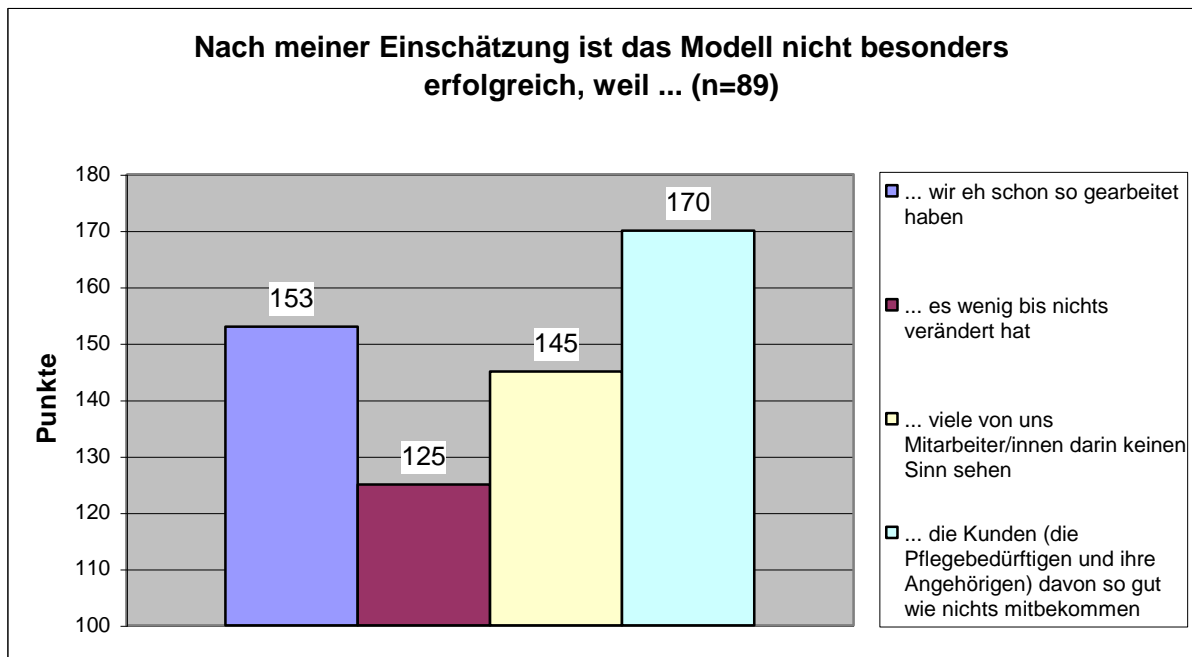
Schaubild 22: Gründe für eine positive Einstellung zum Modell (n = 100)



Danach ist in den Augen der Mitarbeitenden das Haupterfolgskriterium, dass „jede/r seine Arbeit jetzt noch besser erledigt“; ebenfalls große Zustimmung erhält die Aussage, dass „durch das Modell die Mitarbeitenden inzwischen noch zufriedener sind“. Die geringste Zustimmung erhält die Aussage, dass „durch das Modell in Zukunft mehr Einnahmen zu erzielen sind“.

Um die Positivantworten mit Negativaussagen zu vergleichen, wurde unmittelbar an die Frage nach den Erfolgskriterien die Frage nach Gründen für „*keinen* besonderen Erfolg“ des Modells gefragt.

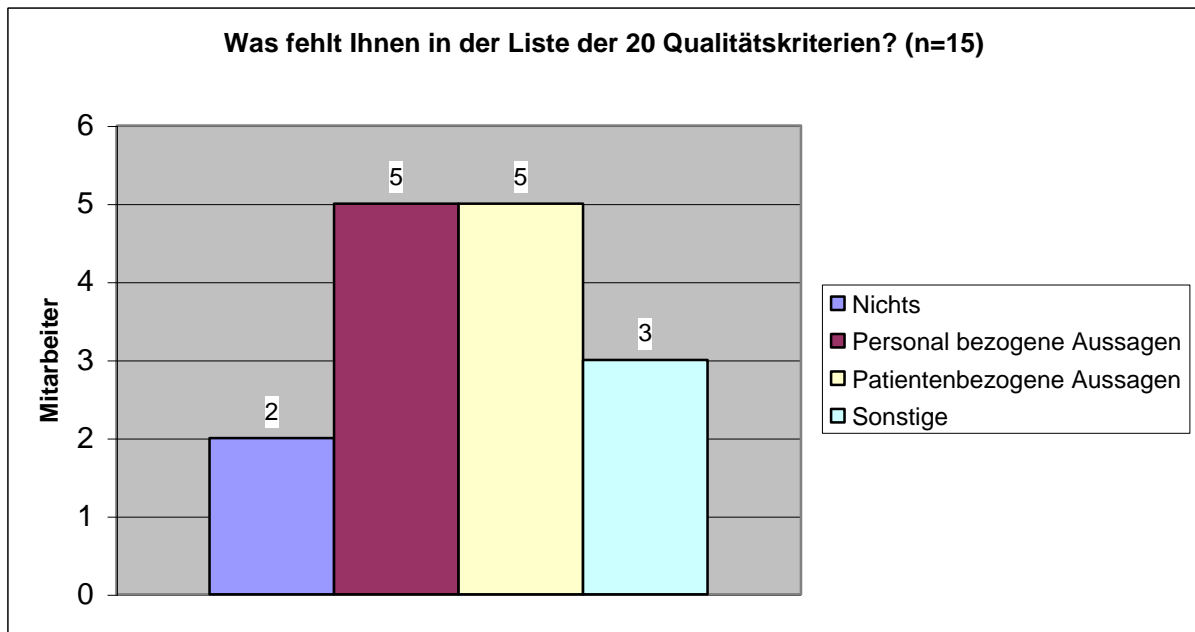
Schaubild 23: Gründe für eine skeptische Haltung zum Modell (n = 90)



Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Negativaussagen deutlich geringere Punktwerte erzielen. Bei den Negativnennungen wird als Argument vor allem angeführt, dass „die Kunden bzw. deren Angehörige von dem Modell nicht viel mitbekommen haben“, aber auch, „dass bereits vor dem Modell in der favorisierten Weise gearbeitet wurde“. Folgerichtig wird dann auch angekreuzt, „viele von uns Mitarbeiter/innen sehen in dem Modell keinen Sinn“. In einem gewissen Widerspruch dazu steht, dass die Auswertung der Aussage, „das Modell hat bisher wenig verändert“ den geringsten Punktwert erzielt hat.

Neben in ihren Augen entbehrlichen Qualitätskriterien nennen die Befragten auch Aspekte, die ihrer Meinung nach dem Kriterienkatalog hinzugefügt werden sollten.

Schaubild 24: Was fehlt Ihrer Meinung nach in der Liste der 20 Qualitätskriterien? (n = 15)



Jeweils 5 Nennungen beziehen sich darauf, dass Aspekte vermisst werden wie „Aktivitäten zur Verbesserung des Betriebsklimas“; „Hilfestellungen für Angehörige“; „Bestreben, die Zufriedenheit der Kunden zu steigern“; „Schmerz- und Wundmanagement“.

Unter „Sonstiges“ (ebenfalls 5 Nennungen) finden sich vor allem Aspekte, die das Hilfesystem bzw. weitere Hilfelemente betreffen. Genannt werden „Förderung von Zusammenarbeit mit den Ärzten“, „Unterstützung bei der Sterbebegleitung“, „Schulung von pflegenden Angehörigen“ „Überleitungspflege“.

Diese Nennungen sind Anregungen der Mitarbeitenden für eine Weiterentwicklung der im Modell herausgearbeiteten 20 Qualitätskriterien. Sie sollten bei einer Fortführung des Modells erörtert und ggf. berücksichtigt werden.

Bitte um eine persönliche Rückmeldung

Von der Möglichkeit eine Rückmeldung zu dem Modell zu geben, machten nur wenige der befragten Mitarbeiter/innen Gebrauch (n = 8). Diejenigen, die dazu etwas aufgeschrieben haben, äußern sich durchweg positiv: „Ich finde alle Qualitätskriterien sehr wichtig“; „es wird der Versuch unternommen, Qualität noch wichtiger zu nehmen und anzuerkennen“. In einigen Aussagen wird die Hoffnung geäußert, dass „damit die ‘Schwarzen Schafe’ aussortiert werden, die unseren guten Ruf zerstören“.

Schlussbemerkung zur Mitarbeiterbefragung

Rd. ein Drittel des angesprochenen Personals der zehn Pflegedienste hat sich - trotz des ungünstigen Zeitpunkts in der Sommerferienzeit - an der anonymen Befragung beteiligt. Die Auswertung ergibt bei grundsätzlich befürwortender Grundhaltung zur IKK-Qualitätsgemeinschaft eine differenzierte Sicht der Modellaspekte. An einer Rei-

he von Aussagen wird deutlich, dass für die Mitarbeiter/innen in den Pflegediensten die Messfrage offenbar darin besteht abzu prüfen, ob etwas der Arbeit unmittelbar beim Kunden/Versicherten nützt oder ob durch eine Regelung (weitere) Ressourcen 'vom Kunden/Versicherten weggenommen` werden.

8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Perspektiven für die Weiterführung

Zum Ende der Erprobungszeit im Oktober 2004 kann festgestellt und an Hand der in diesem Abschlussbericht dargelegten Fakten belegt werden: Die IKK-Qualitätsgemeinschaft, entstanden aus der Umsetzung der Ergebnisse der IKK-Studie „zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege“ aus 2001, hat sich bewährt.

Der erprobte Ansatz der IKK-Qualitätsgemeinschaft ist praxistauglich

Der 2002 in einer Projektgruppe konzipierte, in der Folge zwischen April 2003 und Oktober 2004 weiterentwickelte und in der Zusammenarbeit mit zehn freigemeinnützigen und privaten Pflegediensten erprobte Ansatz hat sich als tauglich für die Umsetzung im Regelbetrieb erwiesen.

Im Protokoll des Abschlussworkshops zum Ende der Erprobungszeit steht zu lesen: „Partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ist machbar und lohnt sich für alle Beteiligten: für die Verantwortlichen der Krankenkasse und der Pflegedienste, aber auch für deren Mitarbeiter/innen und nicht zuletzt für die Versicherten und Leistungsempfänger.“

IKK-Qualitätsgemeinschaft: Bonuszahlung für ein Mehr an Qualität - in ständiger Weiterentwicklung und ´von innen heraus` überprüft

Die IKK-Qualitätsgemeinschaft ist mehr als ein Zusammenschluss von positiv gestimmten, der gemeinsamen Sache (eine möglichst optimale Versorgung der Leistungsnehmer zu angemessenen Preisen zu realisieren) verpflichteten Partnern. Der Begriff steht für ein verbindliches, differenziertes, aber bürokratisch nicht überfrachtetes Verfahren, bei dessen Umsetzung in den Pflegediensten das Bewusstsein für Pflegequalität weiter wächst. Weil die vereinbarten Qualitätsparameter fortlaufend und unter Ausnutzen der internen Ressourcen der Qualitätsgemeinschaft überprüft werden, ist Qualität und das Streben nach ihrer Steigerung Entwicklungselement der beteiligten Pflegedienste.

IKK-Qualitätsgemeinschaft: auf gesicherter rechtlicher Grundlage

Rechtliche Grundlage ist eine vertragliche Vereinbarung nach § 132a Absatz 2 zur häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1 und 2 SGB V. Die Steuerungsgruppe bildet quasi den „Aufsichtsrat“ der Qualitätsgemeinschaft. Inhaltliche Grundlage sind derzeit 20 Qualitätskriterien. Sie sind im Detail beschrieben und mit Prüfkriterien für die Vergabe von maximal fünf Punkten pro Qualitätskriterium (mit unterschiedlicher Gewichtung) hinterlegt. Weiterhin wurde ein übersichtliches und trotzdem differenziertes Bewertungssystem erprobt, als dessen Ergebnis die beteiligten Pflegedienste in eine von drei Bonusstufen eingeordnet werden bzw. sich selbst eingeordnet haben. Auf deren Basis erfolgt eine zusätzliche Vergütung für bei den Leistungsempfängern erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Die Arbeit mit qualifizierten Internen Auditoren: eine Säule des Konzepts

Ein weiterer zentraler Bestandteil der IKK-Qualitätsgemeinschaft ist die Arbeit mit Internen Auditoren. Zum Ende des Modells verfügt die Qualitätsgemeinschaft über 13 anerkannt ausgebildete Interne Auditorinnen und Auditoren. Für die Durchführung der Internen Audits wurde ebenfalls ein differenziertes Verfahren mit erforderlichen Materialien entwickelt und erprobt.

Das Ergebnis der Erprobungsphase: Die Qualität in den zehn Pflegediensten hat sich weiter verbessert

Der Abgleich der Ergebnisse der Selbsteinschätzung und -einstufung zu Beginn der Arbeit in der Qualitätsgemeinschaft mit den Ergebnissen nach Durchführung der Internen Audits zum Ende der Erprobungszeit macht deutlich, dass sich zum einen die zehn Pflegedienste realistisch und selbstkritisch eingeschätzt haben. Dies wird als ein Beleg für die partnerschaftliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit gewertet. Zum anderen ist in den meisten der Messbereiche eine Steigerung der Qualität zu registrieren, sodass sich mehr als die Hälfte der beteiligten Pflegedienste hinsichtlich der Bonuseinstufung um mindestens eine Stufe verbessert hat.

Die anonyme Kunden-/Versichertenbefragung liefert verlässliche Anzeichen: die Leistungsempfänger profitieren von der IKK-Qualitätsgemeinschaft

Weil sich die Beurteilung des Erfolgs der Qualitätsgemeinschaft letztendlich daran messen lassen muss, ob dabei „etwas für die Leistungsempfänger heraus gekommen ist“, wurde im August 2004 eine anonyme Kunden- und Versichertenbefragung durchgeführt. Der Rücklauf mit neutralem Antwortumschlag an das mit der wissenschaftlichen Begleitung beauftragte Institut betrug 65% und stellt für sich genommen bereits ein bemerkenswertes Signal und einen Vertrauensbeweis der Leistungsempfänger dar. Darüber hinaus waren 28% der Antwortenden bereit, Namen und Telefonnummer für eine vertiefende telefonische Befragung anzugeben.

Die Auswertung der weitgehend standardisierten, schriftlichen Befragung und der Telefongespräche hat ergeben, dass 97,8% mit den Leistungen ihres Pflegedienstes sehr zufrieden bis zufrieden sind. Weil dieses Ergebnis zwar beeindruckt, sich aber dem Verdacht der Gefälligkeitsaussage ausgesetzt sieht, wurde vertiefend nach Kriterien für Zufriedenheit gefragt. Dabei wurden als die wichtigsten fünf Aspekte genannt:

- Meine Versorgung erfolgt wunschgemäß zu einem immer ähnlichen Zeitpunkt
- Die Mitarbeiter/innen meines Pflegedienstes sind sehr nett und zuvorkommend
- Das Personal ist gut informiert über die Dinge, die bei mir zu erledigen sind
- Die Pflegekräfte kennen sich in der Pflege gut aus und arbeiten Hand in Hand
- Die Mitarbeiter/innen füllen bei ihren Besuchen die Pflegedokumentation aus

Diese Aussagen fundieren die Nennungen zur allgemeinen Zufriedenheit und können gleichzeitig als Beleg für die Positivwirkung der 20 Qualitätskriterien angesehen werden.

Ergebnis der anonymen Personalbefragung in den beteiligten Pflegediensten: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen das IKK-Konzept an

Weil die Qualität eines Pflegedienstes sich dem Leistungsempfänger - wie die vorausgehenden Aussagen bestätigen - wesentlich über die im Haushalt tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erschließt, ist es für den Erfolg eines Modells von Bedeutung, ob und in wieweit es gelungen ist, die Mitarbeiter/innen einzubeziehen. Aus diesem Grund wurde - ebenfalls im August 2004 - parallel zur Nutzerbefragung eine anonyme Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Sie war - als zusätzlicher Vertrauensschutz für die Mitarbeiter/innen - so angelegt, dass die Zuordnung einer Rückantwort zu einem der zehn Pflegedienste nicht möglich war. In den zehn Pflegediensten wurden 353 Fragebogen verteilt. Bei 107 Rückantworten an das iSPO-Institut beträgt die Beteiligung knapp über 30%. Dies ist - auch unter Berücksichtigung des Zeitpunkts in der Sommer- und Urlaubszeit - eine gute Rücklaufquote.

Bei einer entsprechenden Frage (es waren Mehrfachnennungen möglich) entfielen 66% der Nennungen auf die Antwort „ich war von Anfang an über das Modell informiert“ und 39% auf die Antwortmöglichkeit „ich war aktiv an der Modellumsetzung beteiligt“. In einer anderen Frage nach der persönlichen Einschätzung zum Modell entfielen 78% der Nennungen (es waren wieder Mehrfachnennungen möglich) auf die Antwort „das Modell ist wichtig für die Zukunft unseres Dienstes“ und 53% auf die Antwortmöglichkeit „Das Modell hat uns weitergebracht“, während nur 1% der Nennungen auf „ich halte das Modell für unnötig“ und 13% auf die Antwort „einige Dinge sind gut, andere überflüssig“ entfielen. Schließlich kreuzten bei einer anderen Frage 73% der Antwortenden an „ich kenne die 20 Qualitätskriterien“.

Damit kann davon ausgegangen werden, dass es im Erprobungsverlauf gelungen ist, die Mitarbeitenden einzubeziehen und vom Nutzen der IKK-Qualitätsgemeinschaft zu überzeugen. Dies ist ein weiteres Indiz für die Wirksamkeit des Ansatzes.

Das Ranking zum Abschluss der Erprobungsphase belegt: Die IKK-Qualitätsgemeinschaft ist ein Schritt in die richtige Richtung; weitere müssen folgen

Das Ranking zum Abschluss des Berichts der wissenschaftlichen Begleitung, in dem die Ergebnisse der Selbsteinschätzung, der Internen Audits und der Mitarbeiterbefragung zusammengefasst sind, belegt Erfolg und Handlungsbedarf gleichermaßen. In der dargelegten Rangfolge von eins bis zwanzig rangieren vor allem *Aspekte zur Struktur- und Prozessqualität ganz oben, während Aspekte der direkten Pflege weiter unten angesiedelt sind*. Dieses Ergebnis spiegelt den Stand der Erörterung und Entwicklung in der häuslichen Pflege realistisch wider und belegt die Notwendigkeit, im Rahmen der Weiterarbeit in der IKK-Qualitätsgemeinschaft an diesen Punkten anzusetzen.

Die Perspektive: Regionale IKK-Qualitätsgemeinschaften 'in der Fläche'

Dass die IKK entschieden hat, den modellhaft erprobten Ansatz zu einer Regelstruktur der IKK fortzusetzen bzw. weiterzuentwickeln ist ein mutiges Signal dafür, dass - jenseits zunehmend inhaltsleerer Preisverhandlungen - Qualität in der häuslichen Pflege eine Chance hat. Dazu ist es nötig, Abschied zu nehmen von einer Gleichmacherei, bei der mittelmäßige Pflegedienste von verhandelten Preisen profitieren und Topp-Dienste kein Äquivalent für ihr fachliches Engagement erhalten.

Die Auswertungen der wissenschaftlichen Begleitung haben herausgearbeitet, dass IKK-Qualitätsgemeinschaften für den Regelbetrieb geeignet sind. Sie sollten regional konstituiert und nicht mehr als 30 bis 40 Pflegedienste umfassen. Unumgänglich zur niveauvollen Umsetzung ist, dass dazu bei den beteiligten Organisationen die benötigten Ressourcen geschaffen werden müssen.

Die derzeit erprobten 20 Qualitätskriterien sind entsprechend der aktuellen Anforderungen ausbaufähig. So könnten jetzt zum Beispiel die Qualitätskriterien „Überleitungspflege“, „Integrierte Versorgung“ oder auch „ambulante Pflege bis in die Sterbephase“ hinzugenommen werden.

Bei der Weiterentwicklung des Ansatzes sind zweierlei Kriterien zu berücksichtigen:

1. „Qualität lässt sich nur bedingt 'von außen in einen Pflegedienst hineinverordnen' und
2. im Sinne der aktuellen Diskussion zur Entbürokratisierung ist darauf zu achten, dass Aufwand und Ertrag sich in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander befinden.