



Pflege-Selbsthilfeverband e.V.
Initiative für menschenwürdige Pflege

Pflege-SHV
Adelheid von Stösser, 1. Vors.
Am Ginsterhahn 16
53562 St. Katharinen
Tel. 0 26 44 - 36 86
Fax 0 26 44 - 8 04 40
info@pflege-shv.de
www.pflege-shv.de

Stellungnahme

Neues Messinstrument soll Ergebnisqualität in Pflegeheimen erfassen

Etwa zeitgleich mit der Einführung der Pflegetransparenzvereinbarungen beauftragten BMG und BMFSFJ das Institut für Pflegewissenschaft in Bielefeld und das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik in Köln, mit der Entwicklung und Erprobung eines Prüfinstrumentes zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe.

Am 17. Juni 2011 wurde der 394 Seiten starke Abschlussbericht vorgestellt. Da der Pflege-SHV mit der "Auszeichnung menschenwürdige Pflege" als erste Institution ein ergebnisorientiertes Bewertungsverfahren entwickelt hat, haben wir diesem Bericht in gespannter Erwartung entgegen gesehen. Nachfolgend lesen Sie meine erste Einschätzung der Stärken und Schwächen dieses wissenschaftlichen Prüfverfahrens.

Zunächst stellte ich erfreut fest, dass die inhaltlichen Schwerpunkte weitgehend mit den von uns entwickelten Kriterien übereinstimmen. So stehen "Erhalt und Förderung der Selbständigkeit" in dieser wie in unserer Bewertung an erster Stelle. Mit dem wissenschaftlichen System werden in Form einer vergleichenden Qualitätsbewertung, Informationen zu folgenden Indikatoren erfasst:

Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität (zwei Indikatoren)
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (zwei Indikatoren)
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

- Dekubitusentstehung (zwei Indikatoren)
- Stürze mit gravierenden Folgen (zwei Indikatoren)
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (zwei Indikatoren)

Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

- Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug
- Einsatz von Gurtfixierungen
- Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
- Schmerzmanagement (Schmerzeinschätzung/Information über Schmerz).

Neben diesen 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren, die im Wesentlichen von den Einrichtungen selbst erfasst werden sollen, will man die folgenden über eine Bewohner- und Angehörigenbefragung erfassen.

Bereich 4: Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung

- Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht
- Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation
- Unterstützung der Bewohner aus Nutzersicht
- Qualität des Mahlzeitenangebotes aus Nutzersicht

Bereich 5: Tagesgestaltung und soziale Beziehung

- Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht
- Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht
- Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation
- Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität
- Respektvoller Umgang aus Nutzersicht
- Privatheit aus Nutzersicht
- Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht
- Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht
- Weiterempfehlung aus Nutzersicht

Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen

Für jeden Bereich bzw. Indikator wurde ein eigenes Assessment mit zahlreichen Einzelfragen entwickelt. Auf den ersten Blick erschlägt es einen. Schon wieder ein neues bürokratisches Monster. Aber immerhin hat man hier wirklich durchgehen die Ergebnisqualität im Blick. Will man zuverlässig an entsprechendes Zahlenmaterial gelangen, um eine vergleichende Bewertung durchzuführen, scheint eine solche Methode unverzichtbar. Ich könnte mir vorstellen, dass mit dieser Methode jährlich allenfalls 10 Prozent willkürlich ausgewählte Heime bewertet werden. Aber wie die damit verbundene Administration und Befragungen bei 10000 Heimen bewerkstelligt werden sollen, erscheint utopisch.

Messverfahren

Bei der Entwicklung dieses neuartigen Instrumentes zur Erfassung der Ergebnisqualität wurden vor allem die Erfahrungen mit ähnlichen Erhebungsverfahren in USA und den Niederlanden einbezogen.

"Da keine Kennzahlen existieren, nach denen „gute“ oder „schlechte“ Ergebnisqualität exakt definiert und voneinander abgegrenzt werden könnte, erfolgt eine relative Bewertung, d. h. eine Beurteilung des Einzelergebnisses einer Einrichtung im Vergleich zum Durchschnitt aller Einrichtungen." (S.290)

Während das wissenschaftliche System ein ausgeklügeltes Fragebogensystem einsetzt und über möglichst exakte Zahlen zu Ergebnisaussagen kommen will, beruhen unsere Bewertungen im Rahmen der "Heimauszeichnung" in erster Linie auf Wahrnehmung durch Beobachtung und Hinterfragen vorgefundener Situationen. Den Unterschied kann ich kurz am Beispiel der Gurtfixierung verdeutlichen: Bei dem wissenschaftlichen System wird das Ergebnis aus der Anzahl der mit Gurt fixierten Bewohner im Verhältnis zu anderen Einrichtungen bewertet (siehe Seite 57 Abschlussbericht). Wenn also angenommen "durchschnittlich" 8 Prozent der Bewohner in Einrichtungen regelmäßig Gurtfixiert werden, wird dieses Ergebnis als Mittelwert genommen. 50% der Heime, die diesem Mittelwert am nächsten stehen, wird Durchschnittlichkeit bescheinigt (0), womit zugleich der Normalzustand in Einrichtungen definiert wird. Die 25% der Heime, in denen weniger Bewohner Gurtfixiert sind, werden als "überdurchschnittlich" bewertet (+1) und solche mit einer höheren Fixierungsrate als "unterdurchschnittlich" (-1). Darin erschöpft sich bereits die Aussage zur Ergebnisqualität. Demnach wären gute, empfehlenswerte Heim solche, die über dem Durchschnitt liegen. Um Heime die unter dem Durchschnitt liegen, sollte man einen Bogen machen. Das Mittelfeld, repräsentiert 50% der Heime und definiert damit die normalerweise zu erwartende Qualität in den Heimen. Durchgängig konnte das System jedoch nicht angewandt werden, wie im Bericht ausgeführt: "Im Bereich „Umgang mit spezifischen Bedarfslagen“ bewegen sich die Ergebnisse zum Teil auch im Durchschnitt der Einrichtungen auf einem eher niedrigen Niveau, so dass mit der Orientierung am Durchschnitt eine kritisch zu beurteilende Qualität zum Maßstab erhoben würde. Hiervor wurde bei mehreren Gelegenheiten in den projektbegleitenden Gremien gewarnt. In diesem Qualitätsbereich werden daher zum Teil Setzungen vorgenommen, die sich nicht direkt aus einem Durchschnittswert ableiten lassen."

Drei Stufen Skala

überdurchschnittlich gutes Ergebnis (z.B. das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Selbstständigkeit)

wird als überdurchschnittlich gut bewertet)

durchschnittliches Ergebnis (Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen gelten als durchschnittlich)

unterdurchschnittliches Ergebnis (Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen wird als unterdurchschnittlich eingeordnet.)

"Zur Zusammenführung der Indikatorenbewertungen wurde je Qualitätsbereich ein gesonder-tes Verfahren entwickelt. Dies war notwendig, weil die Indikatoren mitunter stark voneinan-der abweichende Merkmale haben. Aufgrund dieser Unterschiedlichkeit war es nicht möglich, eine Methode zur Gesamtbewertung zu entwickeln. Die *Bereichsbewertungen* unterscheiden vier Ausprägungen von Qualität:

- herausragend - überdurchschnittlich - durchschnittlich - unterdurchschnittlich.

So beeindruckend die je nach Bereich maßgeschneiderten Lösungen erscheinen, so sehr ver-komplizieren sie das System und die Nachvollziehbarkeit.

Durchfallen kann ein Heim bei dieser Form der Ergebnisprüfung nicht. In der Probephase habe sich jedoch gezeigt, dass bei den Heimen mit einer insgesamt überdurchschnittlichen Wertung in keinem Bereich unterdurchschnittliche Wertungen vorkamen. Das spräche für die inhaltliche Ausgewogenheit der Erfassungsmethode. Auch wenn ich das System beim ersten Lesen nicht bis ins Letzte verstanden habe, erscheint mir dieser Ansatz sehr viel ausgewogener und aus-sagefähiger als das Schema zur Ermittlung der Pflegenoten. Außerdem stehen hierbei tat-sächlich die Ergebnisse im Fordergrund und nicht die Struktur und Prozessqualität. Positiv finde ich zudem, dass das Ergebnis nicht in Noten ausgedrückt wird, sondern in den Stufen, wobei man sich der Einfachheit halber auf die 3 Stufenregelung geeinigt hatte. Zur Diskussion standen außerdem ein 4 und 5 Stufensysteme.

Datenerhebung

Fragwürdig erscheint mir hingegen die Art der Erhebung. In den Bereichen 1-3 gesundheits-bezogene Indikatoren, sollen die Daten von den Einrichtungen selbst regelmäßig erfasst wer-den. Zur Erfassung der Bereiche 4 und 5 sind externe Interviewer vorgesehen, Nichtfachkräf-te, die innerhalb einem Tagesseminars in der Fragetechnik und Handhabung der EDV gestütz-ten Erhebung geschult werden. Die Bewohnerbefragung findet in der Einrichtung statt, wobei das Heim für die Information der Bewohner, Einverständnis der Betreuer und die Terminmit-teilung zuständig ist.

Von der Befragung erfasst werden können nur Bewohner ohne Demenz. Angesichts von durchschnittlich 60 Prozent Demenzkranker in den Einrichtungen, Tendenz steigend, stellt sich hier jedoch die Frage, inwieweit deren Bedürfnisse und Wünsche bei der Erfassung Berück-sichtigung finden. Schließlich weiß jeder, dass Bewohner die ihre Meinung äußern können viel eher zu ihrem Recht kommen, als jene die das nicht können. Gewalt, Respektlosigkeit etc. erfahren gerade die, die sich nicht wehren können. Aus unserer Sicht ist dies ein entschei-dender Punkt in der Qualitätsbewertung von Einrichtungen. Ausgerechnet dieser wird mit dem System nicht erfasst.

Auch darüber hinaus wurden sensible Themen ausgeklammert, die sich mit den vorgesehen Methoden (Datenerfassung durch die Einrichtung und Externe Befragung von Bewohnern), nicht erfassen lassen. Das betrifft den gesamten Bereich der Kommunikation, des Miteinan-ders, also die Seelsorge (im weitesten Sinne) und das menschliche Klima einer Einrichtung. Das ist den Entwicklern durchaus bewusst, wie sich folgender Passage im Abschlussbericht entnehmen lässt: "Erfahrungsgemäß tendieren nicht wenige Einrichtungen dazu, ihre Bemü-hungen um Qualitätsentwicklung weitestgehend auf Kriterien zu konzentrieren, die vorgege-ben werden. Das bedeutet umgekehrt, dass Themen, die nicht in den Ergebnisindikatoren ver-treten sind, theoretisch Gefahr laufen, weniger Aufmerksamkeit zu finden als Themen, die mit den Indikatoren explizit angesprochen werden. Würden alle Energien und Ressourcen in diejenigen Bereiche des Versorgungsalltags investiert, die in engem Bezug zu den Indikatoren stehen, könnte beispielsweise das wichtige Aufgabenfeld der Begleitung Sterbender möglicherweise zu kurz kommen. Ob solche Effekte auftreten, ist ungewiss, sollte aber sorgfältig beobachtet werden."

Nutzen dieser Ergebniserhebung

Die Frage nach dem Nutzen dieser aufwendigen Erhebung wurde von den Entwicklern selbst gestellt. Haupteffekt sehen diese in der Stärkung und Verbesserung des internen Qualitätsmanagements. Außerdem gehen sie davon aus, dass die Eigenverantwortung der Einrichtungen gestärkt würde, "gute Pflege" im Interesse des Bewohners zu schaffen.

Wie ich die Heimlandschaft kenne, befürchte ich, dass der erhoffte Anreiz zur tatsächlichen Qualitätsverbesserung in der Fläche ausbleiben wird, weil die Mehrzahl der Heimbetreiber bestrebt sein werden, die Angaben in diesem Bewertungsverfahren so zu halten, dass sie unauffällig in der Masse der Durchschnittsheime schwimmen. Da die allermeisten Daten von der Einrichtung selbst eingegeben werden müssen wird dass dann ähnlich laufen wie heute. Ehrliche Menschen dokumentieren Sachverhalte wahrheitsgemäß, vor allem solche die nichts zu verbergen haben. Andere dokumentieren dass, was ihre Vorgesetzten lesen wollen und lassen anderes weg. Beispiel Trinkprotokolle: Nimmt man die Trinkprotokolle müsste in Deutschland jeder Heimbewohner ausreichend zu trinken erhalten. Selbst die, die sichtbar ausgetrocknet sind, weisen auf dem Papier eine ausgeglichene Bilanz auf. Dekubitus und Gurtfixierung sind ebenfalls Themen die gerne verschwiegen werden. Immer wieder berichten uns Angehörige, dass sie erst sehr spät zufällig mitbekommen haben, dass die Mutter aufgelegt ist. Mitarbeiter spielen das runter, als sei dieses Druckgeschwür gerade erst entstanden, in der Doku steht nichts. Oder Fixiergurte die nachts angelegt und morgens heimlich in den Schrank geräumt werden. Es ist davon auszugehen, dass die 46 Einrichtungen die an der Erprobung dieses Systems mitgewirkt haben, zu den ehrlichen gehören, denen die sich aus eigenem Antrieb um Verbesserungen bemühen. Damit alleine würde ich diesen Heimen per Se Überdurchschnittlichkeit bescheinigen. Gibt es einen besseren Qualitätsgarant, als die Haltung von Heimleitung und Personal?

So wie das System angelegt ist, steht zu befürchten, dass etwa 75 Prozent aller Heime geneigt sein werden, sich selbst besser darzustellen, wie sie sind. Man wird auf die Durchschnittswerte in anderen Heimen schauen und die Angaben so zu gestalten versuchen, dass man möglichst im oberen oder überdurchschnittlichen liegt. Das dürfte auch keine Schwierigkeit sein, solange nicht gleichzeitig ein zuverlässiges Kontrollsystem greift. Somit würde man, um einigermaßen zuverlässige Ergebnisse ermitteln zu können, eine Kontrolle benötigen, die in etwa so umfangreich sein müsste, wie es die MDK Prüfungen heute sind.

Dieses Ergebnis, kann man im Grunde heute schon voraussehen. Selbstverpflichtungen haben in diesem Bereich bisher nicht gegriffen – weshalb externen Ergebnisüberprüfung überhaupt gefordert werden. Papier ist geduldig. Heute werden nicht einmal dann Konsequenzen gezogen, wenn sich Mitarbeiter oder Angehörige beim MDK melden und falsche Angaben anzeigen. Wie will man da annehmen, dass mittels Stichprobenkontrolle – Fehlangaben ermittelt werden können. Und falls diese ermittelt werden, welche Konsequenz hätte das für die Einrichtung?

Ein in wesentlichen Bestandteilen auf Selbstbewertung ausgerichtetes Qualitätserhebungssystem wird jeweils die Ergebnisse vortäuschen, die erwartet werden.

Diese Form der Ergebnissicherung schützt nicht vor Verbrauchertäuschung. Es wird eine ähnliche Situation entstehen wie heute mit den Pflegenoten. Auch hier brauchte man kein Prophet zu sein um voraussagen zu können, dass es bald nur noch mit "sehr gute" bis "gut" bewertete Heime in Deutschland gibt, obschon der Mangel an Personal und die Klagen von Mitarbeitern und Angehörigen das genaue Gegenteil bekunden. Ich sehe jetzt schon die geschäftstüchtigen Berater in der Pflegebranche mit ihren Angeboten, den Heimen zu Top Ergebnissen zu verhelfen. Berater und Prüf-Institutionen die bei der Implementierung dieses neuen Systems behilflich sind, werden am Ende die einzigen sein, die einen wirklichen Nutzen von der Einführung dieses Messinstrumentes haben.

Adelheid von Stösser

St.Katharinen den 29.06.2011