



Foto: Fotolia

QUALITÄTSUNTERSCHIEDE SICHTBAR MACHEN

Neues Verfahren zur Ermittlung von Ergebnisqualität. Die in Verruf geratenen Pflegenoten sollen ab 2016 ausgesetzt und mittelfristig ersetzt werden. Ein vor einigen Jahren im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickeltes Konzept zur Beurteilung von Ergebnisqualität wird als mögliche Alternative diskutiert. Dessen Nutzbarkeit unter Alltagsbedingungen wird derzeit im Rahmen zweier großer Projekte getestet.

Von Dr. Klaus Wingenfeld

Im Krankenhaus werden Kennzahlen zur Beschreibung von Ergebnisqualität schon seit mehreren Jahren genutzt. Für Pflegeeinrichtungen hingegen gibt es in Deutschland – im Unterschied zu anderen Ländern – erst seit kurzem erste Ansätze, die in diese Richtung gehen.

Ein neues Konzept zur Qualitätsbeurteilung in stationären Pflegeeinrichtungen wurde in den Jahren 2009 und 2010 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelt (Wingenfeld et al. 2011). Auf dieser Grundlage wurde im Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 eine neue gesetzliche Vorschrift geschaffen, wonach ein „indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden

Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich“ eingeführt werden soll, das „eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht“ (§ 113 Abs. 1 SGB XI). Die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorschrift kam allerdings nur schleppend voran. Jetzt, nachdem das Ende der sogenannten Pflegenoten angekündigt ist, wird sich das vielleicht ändern.

Hat neues Modell mehr Aussagekraft?

Welche Veränderungen der Qualitätsbeurteilung damit zu erwarten wären, zeigen die folgenden Ausführungen am Beispiel der Deku-

bitusentstehung. Druckgeschwüre gehören zu den charakteristischen Risiken bei stark ausgeprägter Pflegebedürftigkeit und sind daher ein besonders wichtiges Thema bei Qualitätsprüfungen und im internen Qualitätsmanagement (Steering Committee Responsible Care 2008). Bislang erfolgt die Beurteilung allerdings vorrangig anhand der Frage, ob bei der Dekubitusprophylaxe fachliche Standards eingehalten wurden. Hierzu werden etwa die Einträge in der Pflegedokumentation geprüft. Welche Ergebnisse tatsächlich erreicht wurden – also ob die Entstehung von Dekubitalucera tatsächlich verhindert worden ist –, wird bislang nicht systematisch erfasst.

Hat das in den Jahren 2009 und 2010 entwickelte Konzept zur Beurteilung von Ergebnisqualität eine bessere Aussagekraft als das bisherige Verfahren? In zwei großen Projekten, die das Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld gemeinsam mit zwei Caritas-Verbänden aus Nordrhein-Westfalen durchführt, geht man genau dieser Frage nach. Es handelt sich um die Gemeinschaftsprojekte „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (EQisA, mit dem Caritasverband für das Bistum Köln e. V.) und „Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster“ (EQMS, mit dem Caritasverband für die Diözese Münster e. V.).

Die projektbeteiligten Einrichtungen erheben nach den Vorgaben des oben genannten Konzepts im halbjährlichen Abstand bestimmte Informationen, mit deren Hilfe sich die Ergebnisqualität der jeweiligen Einrichtung darstellen und beurteilen lässt. Bewertet werden der Erhalt von Selbstständigkeit, die Abwehr von gesundheitlichen Gefährdungen und Belastungen sowie verschiedene andere Aspekte, zum Beispiel der Einsatz von Gurtfixierungen. Die Entstehung von Dekubitalulcera gehört ebenfalls dazu. Die Datenauswertung und damit auch die Qualitätsbewertung erfolgt durch das Bielefelder IPW.

Die vorliegende Analyse stützt sich auf die Ergebnisse der Datenerfassungen, die in diesen Projekten im September 2014 erfolgten. Insgesamt nahmen 243 Einrichtungen – überwiegend aus Nordrhein-Westfalen und Bayern – an der Erhebung teil. Da der Ansatz vorsieht, sämtliche Bewohner einer Einrichtung zu berücksichtigen – bis auf bestimmte Ausnahmen, etwa Bewohner in der Sterbephase oder Bewohner mit fehlendem Einverständnis –, konnten Daten über eine recht große Bewohnerzahl erfasst werden. Es liegen Informationen über Ergebnisse der pflegerischen Versorgung von insgesamt 19 270 Bewohnern vor.

Rund 1 190 beziehungsweise 6,2 Prozent der erfassten Bewohner haben vor der Erhebung innerhalb von sechs Monaten einen Dekubitus ent-

wickelt. Weitere 1,7 Prozent wiesen in dieser Zeit zwar einen Dekubitus auf, dieser war jedoch bereits vorher entstanden.

Wenn die Ergebnisqualität der Versorgung beurteilt werden soll, dürfen nur diejenigen Fälle berücksichtigt werden, die im Einflussbereich der Heimmitarbeiter liegen. Dekubitalulcera, die im Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung entstanden sind, dürfen bei der Ergebnisbeurteilung dementsprechend nicht der Pflegeeinrichtung angelastet werden. Von den genannten rund 1 190 neuen Fällen sind 16,2 Prozent in einem Krankenhaus entstanden. Dies ist zwar ein relevanter Anteil, er liegt aber längst nicht so hoch wie es häufig aufseiten der Pflegeeinrichtungen angenommen wird. Weitere 5,9 Prozent haben sich weder in der Pflegeeinrichtung noch im Krankenhaus, sondern an einem anderen Ort entwickelt. Anders gesagt: Rund 78 Prozent der Dekubitalulcera, die in den sechs Monaten vor der Erhebung bei den Bewohnern der 243 Einrichtungen neu aufgetreten sind, entstanden während der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung.

Druckgeschwüre werden üblicherweise in vier verschiedene Grade eingeteilt (DNQP 2010). Der geringste Grad 1 ist durch reversible Hautrötungen, eventuell mit Ödembildung oder Verhärtung, gekennzeichnet. Die Erfahrung zeigt, dass es Pflegenden teilweise schwerfällt, einen Dekubitus Grad 1 von anderen Hautläsionen abzugrenzen. Ab dem Grad 2 tritt diese Schwierigkeit kaum noch auf, weil hier eine deutliche Schädigung der Haut vorliegen muss. Im Interesse der methodischen Verlässlichkeit wurde im Konzept zur Beurteilung von Ergebnisqualität festgelegt, dass nur die Grade 2 bis 4 bei der Qualitätsbeurteilung berücksichtigt werden. Rund 80 Prozent der neu entstandenen Dekubitalulcera in der untersuchten Bewohnergruppe wiesen den Grad 2 oder einen höheren Grad auf.

Nach dieser Filterung der Ergebnisse verbleibt ein Anteil von 3,8 Prozent der Bewohner, die in der Einrichtung einen Dekubitus Grad 2 bis 4 entwickelt haben. Diese Fälle

werden im neuen Konzept der Qualitätsbeurteilung als negatives Versorgungsergebnis bewertet. Zwar ist nicht jedes Druckgeschwür vermeidbar, doch kann durch eine fachgerechte Dekubitusprophylaxe dafür Sorge getragen werden, dass es nur in Einzelfällen zu einer Neuentstehung kommt (DNQP 2010, National Pressure Ulcer Advisory Panel 2010).

Vergleichende Qualitätsbeurteilung

Die Beurteilung von Ergebnisqualität erfolgt bislang – auch in Ländern wie den USA, die über langjährige Erfahrungen mit dieser Beurteilung verfügen (Mukamel et al. 2009) – überwiegend in vergleichender Form. Kennzahlen zur Beurteilung der Ergebnisqualität drücken daher vor allem aus, ob eine Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen bessere oder schlechtere Ergebnisse erreicht hat.

Dieser Vergleich setzt aber voraus, dass der Einfluss von Unterschieden der Bewohnerstruktur neutralisiert wird. Im Falle der Dekubitusentstehung ist die Mobilität der Bewohner der entscheidende Risikofaktor. Zwar gibt es weitere Faktoren wie etwa Diabetes mellitus (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2008), die ebenfalls relevant sind, ihr Einfluss ist aber relativ gering. Vor allem sind sie nicht so ungleichmäßig über die Einrichtungen verteilt, dass sie die Vergleichbarkeit beeinträchtigen könnten. Denn entscheidend für den Qualitätsvergleich ist immer, dass die Chancen der Einrichtungen, gute oder schlechte Beurteilungen zu erlangen, weitgehend gleich sind.

Beim Faktor Mobilität ist es anders. Hier zeigen sich nicht nur Unterschiede in der Bewohnerstruktur, sondern auch Unterschiede in der Versorgung. Einrichtungen, die sich intensiv und erfolgreich um die Dekubitusvermeidung bei immobilen Bewohnern bemühen, haben manchmal schlechte Ergebnisse bei mobilen Bewohnern und umgekehrt.

Vor diesem Hintergrund unterscheidet der neue Ansatz zur Qualitätsbeurteilung zwei Risikogruppen,

DEKUBITUSENTSTEHUNG BEI BEWOHNERN mit hohem Risiko in stationären Pflegeeinrichtungen

Neue Dekubitalulcera Grad 2–4 innerhalb von sechs Monaten	Anteil der Einrichtungen (von insgesamt 213)
keine	21,6 %
bis zu 4,6 %	10,8 %
4,7 bis 9,3 %	24,4 %
9,4 bis 14,0 %	16,9 %
14,1 bis 18,6 %	11,7 %
mehr als 18,6 %	14,6 %

Abb. 1

wobei allerdings nur ein einziges Kriterium verwendet wird: die Eigenbeweglichkeit des Bewohners in liegender Position. Dieses Kriterium stammt aus dem neuen Begutachtungsverfahren für die Pflegeversicherung, das 2017 eingeführt werden soll. Bewohner, die sich selbstständig oder weitgehend selbstständig im Liegen um die Längsachse drehen und aus dem Liegen aufrichten können, werden der Gruppe der Bewohner mit geringem Risiko zugeordnet, die Bewohner mit deutlich eingeschränkter Eigenbeweglichkeit in liegender Position der Gruppe mit hohem Risiko.

Der Anteil der Bewohner mit neu entstandenem Dekubitus wird für diese beiden Gruppen getrennt berechnet. Bei den eher mobilen Bewohnern liegt er bei durchschnittlich 1,8 Prozent, was häufig bedeutet, dass es in den Einrichtungen nur bei einem oder zwei Bewohnern zu einem neuen Dekubitus gekommen ist. Ganz anders die Zahlen für die Bewohner mit Mobilitätseinbußen: Hier beläuft sich der Anteil auf 9,3 Prozent. Fast jeder zehnte Bewohner dieser Risikogruppe entwickelt also innerhalb von sechs Monaten einen Dekubitus.

Um einem Missverständnis vorzubeugen: Die Einschätzung der Mobilität reicht zur Feststellung des Dekubitusrisikos nicht aus. Empirische Studien zeigen zwar, dass das Kriterium „Eigenbeweglichkeit in liegender Position“ keineswegs schlechtere, sondern eher sogar zuverlässigere

Risikoeinschätzungen als die früher weit verbreitete Braden-Skala ermöglicht. Dennoch bleibt festzuhalten, dass rund ein Drittel der Dekubitalulcera bei Bewohnern entsteht, deren Mobilität im Liegen nicht oder nur wenig eingeschränkt ist.

Für die Praxis bedeutet das: Bewohner mit erheblich eingeschränkter Eigenbeweglichkeit in liegender Position müssen grundsätzlich als stark dekubitusgefährdet eingestuft werden, was keineswegs in allen Einrichtungen durchgängig erfolgt. Bei den anderen Bewohnern kann dieses Kriterium allerdings nicht die pflegfachliche Einschätzung vollkommen ersetzen.

Erhebliche Qualitätsunterschiede

In den 243 Einrichtungen zeigten sich bei der Dekubitusentstehung in beiden Risikogruppen erhebliche Unterschiede. An dieser Stelle muss sich die Darstellung auf die Kennzahl der Bewohner mit hohem Risiko beschränken. Berücksichtigt werden außerdem nur diejenigen Einrichtungen, bei denen die Risikogruppe mindestens zehn Bewohner umfasst.

Unter den verbleibenden 213 Einrichtungen gibt es 46, in denen es in der Risikogruppe keinen einzigen neuen, in der Einrichtung entstandenen Dekubitus Grad 2 bis 4 gab. In 22 Einrichtungen hingegen lag der Anteil über 20 Prozent, in vier Einrichtungen sogar über 30 Prozent.

Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse etwas genauer. Dabei kommt eine Definition von Qualitätsstufen zur Anwendung, die sich jeweils an der Hälfte des Durchschnittswerts von 9,3 Prozent orientiert.

Rund ein Drittel der Einrichtungen zeigt Werte, die deutlich unterhalb des Durchschnitts liegen (0 bis maximal 4,6%) und damit eine überdurchschnittliche Qualität zum Ausdruck bringen. Rund ein Viertel der Einrichtungen weist hingegen Anteile von 14,1 Prozent und höher auf, was als unterdurchschnittliche Ergebnisqualität im Bereich der Dekubitusprophylaxe gewertet wird.

Indikatoren sind eindeutig aussagekräftiger

Wie einleitend bereits erwähnt, werden die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelten Qualitätsindikatoren derzeit als mögliche Alternative zu den Pflegenoten diskutiert. Diese Indikatoren sind eindeutig aussagekräftiger. Im Rahmen der beiden Projekte wurde natürlich überprüft, in welchem Verhältnis Pflegenoten und Ergebnisqualität zueinander stehen. Das Resultat: Sie stehen in keinem Zusammenhang. Einrichtungen mit extrem schlechten Ergebnissen bei der Dekubitusentstehung (z. B. 40% in der Bewohnergruppe mit hohem Risiko) erreichten dennoch eine Pflegenote von 1,2 oder 1,3. Insofern muss man feststellen, dass die Pflegenoten alles andere als verlässliche Qualitätsbewertungen darstellen und die an sich gute Idee der Qualitätstransparenz in Verruf bringen.

Wie am Beispiel der Dekubitusentstehung deutlich wurde, können mit dem Einsatz der Indikatoren erhebliche Qualitätsunterschiede auch deutlicher sichtbar gemacht werden. Dass die Einrichtungen im Bundesdurchschnitt wie im Falle der Pflegenoten mehrheitlich ein „sehr gut“ erreichen, ist ausgeschlossen.

Die inzwischen umfangreichen Erfahrungen mit dem neuen Ansatz belegen somit, dass Indikatoren für Ergebnisqualität eine realistischere und differenziertere Qualitätsberichterstattung erlauben. Die Ein-

richtungen müssten sich allerdings darauf einstellen, dass Qualitätsdefizite deutlich sichtbar werden, und dies nicht nur wie im angeführten Beispiel der Dekubitusentstehung.

Bei den Pflegenden ist jedoch eher Interesse und Offenheit zu beobachten, die insbesondere unter den Fachkräften im Verlauf der Projekte trotz zum Teil negativer Ergebnisse eher anstiegen. Das ist nach den bisherigen Erfahrungen vor allem auf zwei Gründe zurückzuführen:

■ In der Beurteilung von Ergebnissen sehen viele Fachkräfte eine der Realität angemessene Bewertung ihrer Arbeit und nicht – wie bei den Pflegenoten – eine oft nicht nachvollziehbare Beurteilung, die sich einseitig auf die Qualität der Pflegedokumentation stützt.

■ Die Pflegenden übernehmen bei der Ergebniserfassung eine aktive Rolle und damit mehr fachliche Verantwortung bei der Qualitätsbeurteilung. Sie setzen sich zum Teil völlig anders und viel ernsthafter mit Qualitätsproblemen auseinander als mit den fragwürdigen Benotungen der Transparenzberichte. Von daher hat das Konzept zur Beurteilung von Ergebnisqualität verschiedene Nebeneffekte, die für die Qualitätsentwicklung vielleicht noch wichtiger sind als die Qualitätsbewertungen selbst.

Ähnliches gilt übrigens auch für die externen Prüfungen. Sie würden nach Einführung wissenschaftlich fundierter Qualitätsindikatoren weiterhin notwendig bleiben, allerdings mit etwas anderen Fragestellungen und teilweise auch höheren fachlichen Anforderungen als heute. Denn die Beurteilung von Ergebnisqualität erfordert ein neues Zusammenspiel zwischen internem Qualitätsmanagement und externen Prüfungen. Sie bietet damit wahrscheinlich allen Beteiligten eine Möglichkeit, aus der Sackgasse, in die die Pflegenoten geführt haben, herauszufinden.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Klaus Wingenfeld,
wissenschaftliche Geschäftsführung
Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
klaus.wingenfeld@uni-bielefeld.de

DGQ-Studie: Geringes Vertrauen in „Pflege-TÜV“

Dass sinnvolle Prüfkriterien zur Messung von Pflegequalität dringend auf den Weg gebracht werden müssen, untermauert eine aktuelle Studie der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ). Denn die meisten Deutschen wünschen sich durchaus eine Orientierungshilfe bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Sie muss aber glaubhaft sein.

Nur die wenigsten Deutschen vertrauen den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen. Das zeigen die Ergebnisse einer aktuellen Studie der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ). Mehr als die Hälfte der Deutschen (58%) ist demnach besorgt über die Qualität von Pflegeheimen und -diensten. Nur jeder Vierte (25%) vertraut den Ergebnissen des sogenannten Pflege-TÜV uneingeschränkt. Vielmehr verlassen sich Verbraucher bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung auf ihr eigenes Urteil oder auf Empfehlungen durch gute Freunde und Bekannte. Problematisch dabei ist: Auch hier bestehen Unsicherheiten. Zwei Drittel (66%) der Befragten wissen nicht oder nur zum Teil, wie sie die Qualität einer Pflegeeinrichtung oder eines Pflegedienstes verlässlich selbst beurteilen sollten. Dass Verbraucher dennoch generell Orientierungshilfe annehmen, zeigt ein weiteres Ergebnis der Studie. Mehr als die Hälfte der Befragten (55%) würde sich gegen eine Einrichtung ohne etabliertes Qualitätsmanagement entscheiden.

Personal ist wichtigstes Aushängeschild

Für 55 Prozent der Deutschen sind qualifizierte Pflegekräfte ein besonders wichtiges Auswahlkriterium. Auch der Sympathiefaktor ist von Bedeutung. 34 Prozent der Befragten legen großen Wert auf nettes Pflegepersonal. Nicht zu vernachlässigen ist zudem der Kostenaspekt. 42 Prozent der Deutschen berücksichtigen diesen besonders. Dabei achten ältere Befragte verstärkt auf die finanziellen Aspekte, die mit dem Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung einhergehen. Neben den genannten Kriterien hat der Zugang zu ärztlicher Versorgung einen hohen Stellenwert. 36 Prozent der Befragten halten ihn für wichtig.

Ist gute Pflege messbar?

Wie die Studie zeigt, sind Vertrauen in die Qualität der Pflege und ihre Messbarkeit große Herausforderungen für die Branche. Wichtig ist es in diesem Zusammenhang, das Vertrauen der Verbraucher wiederherzustellen, denn eines zeigt die Studie auch: Trotz aller Bedenken haben 75 Prozent der Befragten tatsächlich gute Erfahrungen mit Pflegeeinrichtungen gemacht. Ein Grund für die Verunsicherung könnte mangelnde Transparenz und Aufklärung sein. Obwohl 60 Prozent der Deutschen wissen, dass sich Pflegeeinrichtungen einer regelmäßigen, staatlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfung unterziehen müssen, kennen nur 26 Prozent die Prüfkriterien des Pflege-TÜV.

Weiterhin sind 41 Prozent der Befragten der Ansicht, dass sich die Aspekte, die gute Pflege ausmachen, überhaupt nicht messen lassen – wie etwa der respektvolle Umgang mit Pflegebedürftigen. Auch Pflegefachpersonen stehen Qualitätsmanagementsystemen oftmals kritisch gegenüber. Dabei geht ein gutes Qualitätsmanagement weit über reine Dokumentation hinaus und bietet durchaus Messbarkeit. Es trägt unter anderem dazu bei, den tatsächlichen Personalbedarf zu ermitteln und Ressourcen optimal zu steuern. Das wiederum ermöglicht es Fachkräften, ihre Expertise voll zum Ersatz zu bringen. Die Pflegeleistung wirkt sich positiv auf die Wahrnehmung der Verbraucher aus und trägt zur Zufriedenheit der Pflegeexperten bei. Entsprechende Weiterbildungen zur Qualitätsfachkraft im Gesundheitswesen bietet die DGQ an – sowohl als externes Training als auch als Inhouse-Veranstaltung.