



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

Abschlussbericht

www.bundesgesundheitsministerium.de
www.bmfsfj.de



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW



Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

**Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Abschlussbericht

**Dr. Klaus Wingefeld (Projektleitung), Thomas Kleina und Simone Franz
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)**

**Dr. Dietrich Engels (Projektleitung), Silke Mehlan und Dr. Heike Engel
Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG)**

Bielefeld/Köln, März 2011

Inhalt

1. Einleitung	5
1.1 Ausgangslage.....	7
1.2 Aufgabenstellung und Anforderungen an die Indikatorenentwicklung.....	11
2. Konzeptionelle Vorüberlegungen.....	12
2.1 Verständnis von Ergebnisqualität als Basis für gesundheitsbezogene Indikatoren.....	12
2.2 Überlegungen zum Konzept Lebensqualität	18
3. Methodisches Vorgehen	23
3.1 Entwicklung einer Organisationsstruktur zur Durchführung des Projektes	23
3.2 Vorgehen bei der Auswahl und Entwicklung der Indikatoren.....	25
3.3 Projektbeteiligte Einrichtungen.....	30
3.4 Vorgehen bei der Erprobung der Indikatoren.....	31
3.4.1 Erfassung gesundheitsbezogener Indikatoren	31
3.4.2 Befragung von Bewohnern und Angehörigen	34
4. Zur Anwendung empfohlene Indikatoren für Ergebnisqualität: Übersicht	41
4.1 Erhalt und Förderung von Selbständigkeit	45
4.2 Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen	50
4.3 Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen	56
4.4 Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung.....	60
4.5 Tagesgestaltung und soziale Beziehungen	64
4.6 Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen	74
5. Ausführliche Darstellung der Indikatoren.....	75
5.1 Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit.....	75
5.1.1 Erhalt oder Verbesserung der Mobilität	77
5.1.2 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen	87
5.1.3 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	97
5.1.4 Empfehlung für eine Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 1	103
5.2 Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen.....	107
5.2.1 Dekubitusentstehung.....	108
5.2.2 Stürze mit gravierenden Folgen	117
5.2.3 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	125
5.2.4 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 2	130
5.3 Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen.....	131
5.3.1 Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug.....	133
5.3.2 Einsatz von Gurtfixierungen	139
5.3.3 Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen	145
5.3.4 Schmerzmanagement.....	152
5.3.5 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 3	159
5.4 Bereich 4: Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung.....	161
5.4.1 Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht.....	163
5.4.2 Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation.....	167
5.4.3 Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht.....	171
5.4.4 Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht	174
5.4.5 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Bereiches 4	178

5.5 Bereich 5: Tagesgestaltung und soziale Beziehungen	182
5.5.1 Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht	184
5.5.2 Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht.....	186
5.5.3 Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation	191
5.5.4 Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität	197
5.5.5 Respektvoller Umgang aus Nutzersicht	200
5.5.6 Privatheit aus Nutzersicht.....	205
5.5.7 Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht	209
5.5.8 Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht	212
5.5.9 Weiterempfehlung aus Nutzersicht.....	215
5.5.10 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Bereiches 5.....	218
5.6 Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen	221
6. Begrenzt einsetzbare und ausgeschlossene Indikatoren	227
6.1 Begrenzt einsetzbare Indikatoren.....	227
6.1.1 Gesundheitsbezogene Indikatoren.....	227
6.1.2 Indikatoren der Bereiche 4 und 5	239
6.2 Ausschlossene Indikatoren	262
6.2.1 Gesundheitsbezogene Indikatoren.....	262
6.2.2 Indikatoren aus der Befragung von Bewohnern und Angehörigen	267
7. Nicht abgebildete Themenbereiche	271
8. Praktikabilität.....	276
8.1 Erprobungserfahrungen mit den Indikatoren der Bereiche 1 bis 3	276
8.2 Erprobungserfahrungen mit den Indikatoren der Bereiche 4 und 5	278
8.3 Exkurs: Ergebnisqualität und Vergütungsverhandlungen	281
9. Fazit und Überlegungen zur Verwendbarkeit der Indikatoren	287
9.1 Qualitätsbereiche 1 bis 3 (gesundheitsbezogene Indikatoren)	287
9.2 Qualitätsbereiche 4 und 5	295
9.2.1 „Objektive“ Indikatoren der Bereiche 4 und 5 im Regelbetrieb.....	295
9.2.2 Möglichkeiten einer Bewohner- und Angehörigenbefragung im Regelbetrieb	295
Literaturverzeichnis	303
Anhang	317

1. Einleitung

Schon seit vielen Jahren wird bemängelt, dass die Ergebnisqualität der pflegerischen Versorgung im Verhältnis zur Struktur- und Prozessqualität nicht ausreichend berücksichtigt werde. Diese Feststellung bezieht sich auf externe Qualitätsprüfungen (Medizinische Dienste der Krankenversicherung und Heimaufsichtsbehörden) ebenso wie auf einschlägige Qualitätsmanagementsysteme und Methoden, die im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses zur Anwendung kommen (Gebert/Kneubühler 2003).

Vor diesem Hintergrund haben das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 2008 einen Projektauftrag zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ vergeben. Das Projekt wurde in der Zeit von Dezember 2008 bis Dezember 2010 von zwei Forschungsinstituten durchgeführt: dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG).

Im Verlauf des Projekts waren Qualitätsindikatoren und Instrumente zu erarbeiten, mit denen sich Ergebnisqualität zuverlässig messen und beurteilen lässt. Sie wurden während einer zehnmonatigen Praxisphase in 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen erprobt. Der vorliegende Bericht stellt das Ergebnis dieses Projektes vor.

Die Entwicklungsarbeiten, Recherchen, Erprobungsschritte und andere Projektarbeiten wurden vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) arbeitsteilig durchgeführt. Das Vorgehen wich zum Teil voneinander ab, weil es auf die jeweiligen Indikatoren bzw. den Gegenstandsbereich der Indikatoren zugeschnitten werden musste. So ergaben sich beispielsweise für die praktische Erprobung des jeweiligen Instrumentariums unterschiedliche Stichprobengrößen und Unterschiede im Hinblick auf die einbezogenen Einrichtungen und Wohnbereiche. Auch die Methoden zur Datenerfassung und die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Integration in den heutigen Alltag des Qualitätsmanagements zeigen Unterschiede. Aus diesem Grund weist der vorliegende Bericht in manchen Kapiteln eine Zweiteilung auf, insbesondere dort, wo methodische Fragen und Fragen der praktischen Umsetzung angesprochen sind. Zur pragmatischen Unterscheidung beider Bereiche werden folgende Begriffe verwendet:

- gesundheitsbezogene Indikatoren, wobei der Begriff „Gesundheit“ körperliche, mentale und soziale Aspekte anspricht (IPW, Qualitätsbereiche 1 bis 3)
- Indikatoren zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität, die überwiegend über Befragungen von Bewohnern¹ und Angehörigen erhoben werden (ISG, Qualitätsbereiche 4 und 5)
- Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen, deren Beurteilung ebenfalls über eine schriftliche Befragung ermittelt wurde (IPW, gesonderter Qualitätsbereich).

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets für beide Geschlechter.

Im Verlauf des Projekts wurden verschiedene Qualitätskriterien und Indikatoren daraufhin überprüft, inwieweit sie sich für die Beurteilung von Ergebnisqualität eignen und für welchen Verwendungszweck sie empfohlen werden können. Keineswegs alle Indikatoren, die bei Beginn des Projektes in Betracht gezogen wurden, haben die Prüfung „bestanden“. Einige erwiesen sich als gänzlich untauglich, andere als begrenzt nutzbar, d. h. nur zu bestimmten Verwendungszwecken geeignet. So gibt es beispielsweise Indikatoren, die im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sehr hilfreich sein können, die aus verschiedenen Gründen jedoch nicht für Vergleiche der Ergebnisqualität zwischen Einrichtungen eingesetzt werden sollten.

Entsprechend des Projektauftrags zielten die Entwicklungsarbeiten in erster Linie darauf ab, Indikatoren zur Verfügung zu stellen, die

- eine vergleichende Beurteilung von Ergebnisqualität ermöglichen,
- methodischen Anforderungen genügen,
- in das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen integrierbar sind und
- im Rahmen externer Qualitätsprüfungen prinzipiell erfasst und überprüft werden können.

Eine zusammenfassende Beschreibung der Indikatoren, die den Projektergebnissen zufolge diesen Anforderungen genügen, findet sich in Kapitel 4. Dort wird jeweils auf ca. einer Seite dargelegt, welche Versorgungsergebnisse mit einem Indikator beurteilt werden, wie die Beurteilung erfolgt und welche weiteren Eigenschaften (Relevanz, Fragen der Sensitivität, Besonderheiten) für den Indikator charakteristisch sind. Im Kapitel 5 folgt eine ausführliche Beschreibung dieser Indikatoren, der mit ihnen gesammelten Erprobungserfahrungen, der bisher vorliegenden Forschungsergebnisse und der Vorteile, Fragen und Begrenzungen, die im Verlauf der Indikatorenentwicklung abzuwägen waren.

Kapitel 6 benennt die Indikatoren mit begrenzten Einsatzmöglichkeiten sowie Indikatoren, deren Verwendung zur Beurteilung von Ergebnisqualität nicht empfohlen wird. Ergänzend hierzu werden in Kapitel 7 Bereiche aufgezeigt, die zwar für die Sicherung der Versorgungsqualität sehr wichtig sind, die jedoch aus methodischen oder ethischen Gründen nicht mit Hilfe von Ergebnisindikatoren zu erfassen sind.

In Kapitel 8 folgt eine zusammenfassende Einschätzung der Praktikabilität des im Projekt entwickelten Instrumentariums und des Aufwands, mit dem bei der Umsetzung zu rechnen ist.

Kapitel 9 schließlich enthält neben einem Fazit einige weiterführende Überlegungen zu der Frage, wie eine Verwendung des Instrumentariums im „Regelbetrieb“ aussehen könnte. Dieses Kapitel ist für die Diskussion der Nutzung der Projektergebnisse besonders wichtig.

Ein Anhang mit den Instrumenten, die für die Erfassung und Beurteilung von Ergebnisqualität erforderlich sind, und den dazugehörigen Verwendungshinweisen schließt diesen Bericht ab.

Obwohl international schon lange eine Forschung zum Thema „Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen“ existiert, wurde mit dem Projekt Neuland betreten. Ansätze aus anderen Ländern, die wie die USA schon seit vielen Jahren eine vergleichende Beurteilung von Ergebnisqualität vornehmen, waren für die Entwicklungsarbeiten sehr anregend, konn-

ten aber nicht einfach übernommen werden. Die mit diesem Projektbericht vorgelegten Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe sind deshalb als ein erstes Konzept, als Grundlage einer Entwicklung zu verstehen, in deren Verlauf immer wieder neue Erfahrungen mit der Beurteilung von Ergebnisqualität gesammelt und Möglichkeiten der Verbesserung geprüft und gefunden werden müssen.

Dieser Anfang wäre ohne die Mithilfe vieler anderer Beteiligter nicht möglich gewesen, für die wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken möchten. Dazu gehören vor allem die 46 Pflegeeinrichtungen, die sich vertrauensvoll und mit großem Engagement auf ein Entwicklungsvorhaben eingelassen haben, dessen Verlauf und Ergebnisse nicht vorherzusehen waren. Die Mitglieder des Projektsbeirates und die Fachexperten, die wir zu besonderen Fragestellungen einbezogen haben, lieferten zahlreiche Anregungen und gaben durch ihre manchmal kritischen Nachfragen wichtige Denkanstöße. In diesem Sinne ist das Projektergebnis in vielen Punkten auch als Ausdruck einer intensiven Diskussion der zahlreichen projektbeteiligten Personen und Organisationen zu sehen.

1.1 Ausgangslage

Ungeachtet des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ besitzt die stationäre Altenhilfe nach wie vor große Bedeutung für die Sicherstellung der Pflege im Alter, und angesichts des demografischen Wandels (und damit der zunehmenden Zahl hochaltriger und demenzkranker Menschen) ist nicht zu erwarten, dass diese Bedeutung zukünftig abnehmen wird. Immer häufiger müssen in den Einrichtungen schwer und mehrfach erkrankte Menschen versorgt werden, die in ihrer Selbständigkeit erheblich eingeschränkt und damit in besonderer Weise auf Pflege und psychosoziale Unterstützung angewiesen sind. Es existieren verschiedene Konzepte zur qualitativen Weiterentwicklung der Einrichtungen, die den gestiegenen Anforderungen Rechnung tragen (z. B. Korte-Pötters et al. 2007, Görres et al. 2006a). Wissenschaftlich fundierte und praxistaugliche Kriterien zur Beurteilung von Ergebnisqualität, die in der pflegerischen Versorgung in Deutschland zur Anwendung kommen könnten, waren bislang allerdings nicht verfügbar. Solche Kriterien können den Einrichtungen eine wichtige Handlungsorientierung geben, d. h. einen Maßstab, an dem sie ihre Bemühungen zur Qualitätsentwicklung ausrichten und immer wieder aufs Neue reflektieren (Arling et al. 2005). Seriöse Methoden zur Erfassung von Ergebnisqualität eröffnen außerdem, wie das Beispiel der Vereinigten Staaten zeigt, neue Möglichkeiten einer vergleichenden Qualitätsbeurteilung von Pflegeeinrichtungen.

Die bislang eher verhaltene Einbeziehung von Ergebnisqualität in die verschiedenen Felder der Qualitätssicherung und -beurteilung erklärt sich u. a. daraus, dass die Messung von Ergebnisqualität deutlich höhere methodische Anforderungen und größere Schwierigkeiten mit sich bringt als die Beurteilung der Struktur- und Prozessqualität (Stemmer 2005, Höwer 2002). Pflegeergebnisse werden zwar bereits seit vielen Jahren durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bei externen Qualitätsprüfungen beurteilt, allerdings in Form von Einzelfallprüfungen und ohne Rückgriff auf Qualitätsmaße. Beurteilt wird, ob die gesundheitliche Situation und der „Pflegezustand“ des Heimbewohners dem entsprechen, was man bei einer fachgerechten Versorgung erwarten darf, und ob durch fachliche Ver-

säumnisse eine Gefährdung oder Schädigung eingetreten ist. Eine indikatoren-gestützte Beurteilung der Ergebnisqualität beruht auf einem anderen Vorgehen: Anhand von feststehenden Kriterien und Bewertungsregeln wird eine Aussage über Ergebnisse bei der *Gesamtheit* der Bewohner (oder eine definierte Teilgruppe) getroffen.

Angesichts des frühen Stadiums der Qualitätsforschung und Indikatorenentwicklung in Deutschland ist es nicht verwunderlich, dass die bislang zur Anwendung kommenden Instrumente und Methoden nur sehr begrenzte Ausschnitte der Ergebnisqualität umfassen (z. B. Görres et al. 2006b) oder, wie traditionelle Formen der Zufriedenheitsbefragung in der pflegerischen Versorgung, kaum verwertbare Hinweise auf Qualitätsprobleme liefern und aus wissenschaftlicher Sicht auch nicht als valide gelten können (Williams 1998, Wingenfeld 2003). Die kontroverse Diskussion um die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen und die Berichterstattung in den Medien lassen erkennen, wie dringend wissenschaftlich fundierte Methoden und Instrumente zur Beurteilung von Ergebnisqualität benötigt werden.

Allerdings gibt es bislang keinen Konsens darüber, was genau unter „guter Pflege“ zu verstehen ist bzw. welche Indikatoren der Ergebnisqualität Hinweise auf „gute“ oder „schlechte“ Pflege geben. Die Perspektive der beteiligten Akteure – beispielsweise der Bewohner, ihrer Angehörigen, der Pflegenden, der Einrichtungen oder der Kostenträger – weicht in diesem Punkt zum Teil durchaus voneinander ab. Die Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität ist somit nicht nur eine methodische Herausforderung. Sie kann auch einen Beitrag dazu leisten, dass sich ein gemeinsames Verständnis von Ergebnisqualität und ihrer Beurteilung herausbildet.

Hierbei muss man sich vergegenwärtigen, dass Indikatoren zur Erfassung von Ergebnisqualität zu unterschiedlichen Zwecken verwendet werden, was für die Ausgestaltung von Indikatoren und der dazugehörigen Messverfahren Konsequenzen hat:

- Manche Indikatorensets dienen lediglich dazu, Daten für die nationale oder regionale Gesundheits- und Pflegeberichterstattung zu erfassen und zu bewerten. Primäres Ziel ist es, Erkenntnisse über den Entwicklungsstand der Versorgung, die Größenordnung bestimmter Versorgungsprobleme oder die Effekte von Programmen zur Verbesserung der Versorgung zu ermitteln (z. B. Commonwealth of Australia 2006). Da nicht angestrebt wird, die Qualität einzelner Einrichtungen mit ihrer jeweiligen Bewohnerstruktur zu beurteilen und vergleichbar zu machen, kommt methodischen Detailfragen in diesen Systemen eine geringe Bedeutung zu.
- Die Erfassung von Ergebnisqualität im Rahmen des einrichtungs- oder trägerinternen Qualitätsmanagements verfolgt in erster Linie das Ziel, Probleme zu erkennen und auf dieser Grundlage Strukturen und Prozesse zu optimieren, u. a. die Angemessenheit und Effektivität von Versorgungsprozessen in Einrichtungen oder Trägergemeinschaften zu überprüfen (Campbell et al. 2002; ESQH 2007). Mitunter werden zum Zweck eines internen Benchmarkings Vergleiche zwischen den Ergebnissen einzelner Einrichtungen oder auch Wohnbereiche angestellt (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007). Dies geschieht vornehmlich mit dem Ziel, die Ergebnisse „guter Praxis“ sichtbar zu machen, Verbesserungspotenziale aufzuzeigen und auf diesem Wege Qualitätsanreize zu setzen (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2010). Auch bei dieser

Verwendung von Ergebnisindikatoren bestehen vergleichsweise geringe Anforderungen an die Herstellung von Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

- Auch die pflege- und gesundheitswissenschaftliche Evaluationsforschung befasst sich mit „Outcomes“, also den Ergebnissen pflegerischer Versorgung. In diesem Zusammenhang geht es darum, Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Versorgungskonzepten oder einzelnen pflegerischen Maßnahmen auf den Gesundheitszustand oder die Entwicklung des Pflegebedarfs zu gewinnen. Die hier vorzufindenden Ergebnisindikatoren beschränken sich allerdings meist auf ausgewählte, für die jeweilige Fragestellung besonders wichtige Aspekte. Zudem werden Probleme der Vergleichbarkeit vorzugsweise durch ein bestimmtes Studiendesign (randomisierte kontrollierte Studien) gelöst, was bei der laufenden Qualitätsbeurteilung im Versorgungsalltag nicht praktikabel wäre.
- Eine noch geringe Anzahl von Systemen befasst sich mit der Erfassung von Ergebnisqualität zum Zweck der externen Qualitätsbeurteilung und -bewertung. Hier geht es darum, auf der Basis von eindeutig definierten Indikatoren die in einer Einrichtung erzielten Versorgungsergebnisse zu erfassen, mit den Ergebnissen anderer Einrichtungen zu vergleichen und diese Informationen (potenziellen) Nutzern zur Verfügung zu stellen. Abweichungen der Bewohnerstruktur erschweren allerdings solche Vergleiche. Insbesondere der Gesundheitszustand der Bewohner und die Ausprägung ihrer Pflegebedürftigkeit beeinflussen in hohem Maße die Handlungsmöglichkeiten und Erfolgsaussichten pflegerischer Versorgung (Powell et al. 2003). Um Vergleichbarkeit herzustellen, ist es daher notwendig, die Ergebnisse einer Einrichtung im Verhältnis zum Risikoprofil ihrer Bewohner zu betrachten.

Unabhängig davon, ob Indikatoren zur Erfassung von Ergebnisqualität zum Zweck der Gesundheitsberichterstattung, der internen Qualitätsentwicklung oder der externen Qualitätsbeurteilung herangezogen werden, sie stellen stets nur einen Teilaspekt einer umfassenderen Strategie zur Qualitätsentwicklung und -bewertung dar. In der Regel wird auf eine Mischung von Prozess- und Ergebnisindikatoren zurückgegriffen. Dies wird damit begründet, dass die Entwicklung von Ergebnisindikatoren nicht für alle wichtigen Aspekte der Versorgung sinnvoll bzw. möglich ist, da methodische oder andere Probleme ihre Erfassung bzw. Interpretation verhindern können (Arling et al. 2005; Davies 2005).

In Deutschland wurde die Erfassung und Bewertung von Ergebnisqualität in Pflegeeinrichtungen bislang vor allem durch einzelne Praxisprojekte und die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen vorangetrieben, wobei sich die Aktivitäten auf Fragen der internen Qualitätsentwicklung und trägerinterner Benchmarking-Ansätze konzentrierten. In manchen anderen Ländern existieren (zum Teil schon seit einigen Jahren) komplexe Systeme einer öffentlichen Qualitätsberichterstattung, in der Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Das am längsten etablierte System ist das US-amerikanische „Nursing Home Compare“. Seit 2002 werden hier über das Internet Informationen und Qualitätsindikatoren zu Pflegeeinrichtungen allen interessierten Nutzern zugänglich gemacht (Mukamel et al. 2009). Für die Nutzer besteht die Möglichkeit, Einrichtungen innerhalb eines bestimmten Umkreises zu vergleichen. Ähnlich wie im Falle der Pflege-Transparenzvereinbarungen zielt dieses Informationsangebot darauf ab, Leistungsnutzern

bzw. potenziellen Leistungsnutzern sowie Beratern eine Basis für informierte Entscheidungen oder Empfehlungen zur Verfügung zu stellen.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt das 2007 in den Niederlanden etablierte Projekt „Quality Framework Responsible Care“. Auch hier werden Qualitätsvergleiche unter Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität angestellt (Steering Committee Responsible Care 2008).

Dem australischen Projekt „Developing resident-centred quality indicators in residential aged care“ liegen andere Ziele zugrunde. Im Vordergrund steht hier die Absicht, die Effekte eines neu eingeführten Akkreditierungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen auf die Qualität der Versorgung insgesamt sichtbar zu machen (Commonwealth of Australia 2007a, b). Es ging den Entwicklern also nicht um Qualitätsbewertungen auf der Ebene der einzelnen Einrichtung, sondern um die Darstellung von Veränderungen auf regionaler und nationaler Ebene.

Inzwischen existieren verschiedene andere Initiativen, die sich jeweils mit unterschiedlicher Zielsetzung darum bemühen, indikatorengestützte Systeme zur Qualitätsbeurteilung zu entwickeln. Hinzuweisen ist beispielsweise auf ein Modellprojekt der französischen „Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux“ (ANESM), in dem ebenfalls ein Set wissenschaftlich fundierter Qualitätsindikatoren unter Einbeziehung der Nutzerperspektive entwickelt wurde. Ein unter Beteiligung des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführtes EU-Projekt hat Ende 2010 eine umfangreiche Indikatorensammlung zur Qualitätsbewertung vorgelegt (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2010). Diese Indikatorensammlung ist allerdings lediglich zur Verwendung im internen Qualitätsmanagement vorgesehen und in großen Teilen nicht für eine vergleichende Qualitätsbeurteilung nutzbar.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es in mehreren Ländern Bestrebungen gibt, methodisch fundierte Systeme zur indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung zu entwickeln und hierbei einen besonderen Schwerpunkt auf die Ebene der Ergebnisqualität zu legen. Ausgereifte Systeme gibt es bislang jedoch nur in wenigen Ländern, und diese Systeme sind durchgängig nicht ohne weiteres in einem anderen nationalen Kontext integrierbar. Im Verlauf der Durchführung des Projekts wurde immer wieder deutlich, wie sehr die verschiedenen Ansätze auf die jeweilige nationale Qualitätsdiskussion und die nationalen Besonderheiten der pflegerischen Versorgung zugeschnitten sind. So wäre die Übernahme einiger Indikatoren, die in den USA entwickelt wurden, in die Versorgung in Deutschland schwer vorstellbar.

Die Bestrebungen zur Erfassung von Ergebnisqualität stehen bis auf wenige Länder also noch sehr am Anfang. Ziele, Reichweite und das jeweilige Qualitätsverständnis der existierenden Ansätze weichen außerdem voneinander ab. Insofern zielte das vorliegende Projekt auf das Füllen einer Leerstelle, die derzeit noch für viele andere Industrieländer und deren pflegerische Versorgung als charakteristisch gelten darf.

1.2 Aufgabenstellung und Anforderungen an die Indikatorenentwicklung

Mit dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ sollte ein wissenschaftlich fundiertes, methodisch belastbares und praxistaugliches Instrumentarium zur Beurteilung von Ergebnisqualität entwickelt werden. Dieses Instrumentarium umfasst:

- ein Set von Qualitätsindikatoren, die bestimmten inhaltlichen und methodischen Anforderungen entsprechen (s. u.)
- Methoden und Instrumente, mit denen die zur Darstellung der Indikatoren erforderlichen Informationen erfasst werden und
- Bewertungsregeln, mit Hilfe derer sich aus den bloßen Fakten eine Beurteilung von Qualität ableiten lässt.

Im Einzelnen waren insgesamt sieben Aufgabenpakete zu bearbeiten:

1. Entwicklung einer Organisationsstruktur zur Durchführung des Projektes (Einberufung verschiedener Expertengruppen, Auswahl/Einbindung der Einrichtungen und der in den Einrichtungen projektverantwortlichen Mitarbeiter, Mitwirkung bei der Organisation eines Steuerungskreises und eines Projektbeirates)
2. Identifizierung von Indikatoren für die Ergebnisqualität in stationären Einrichtungen
3. Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität
4. Durchführung eines Pretests
5. Erprobung in insgesamt 46 stationären Pflegeeinrichtungen
6. Durchführung von zwei Fachtagungen
7. laufende Berichterstattung (in den projektbegleitenden Gremien).

Die Indikatorenentwicklung hatte bestimmte Anforderungen zu berücksichtigen, die sich sowohl auf inhaltlicher als auch auf methodischer Ebene erheblich ausgewirkt haben. Diese Anforderungen sind:

- Anerkanntes Qualitätsverständnis: Die Indikatoren sollen auf einem wissenschaftlich anerkannten Verständnis von Ergebnisqualität beruhen.
- Empirische Evidenz: Die Auswahl bzw. Definition der Indikatoren beruht auf Forschungsergebnissen, die Eignung eines Indikators für den Zweck der Qualitätsbeurteilung lässt sich durch Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung nachweisen oder zumindest näher beschreiben.
- Praktikabilität: Die Indikatoren und Erfassungsmethoden müssen im heutigen Versorgungsalltag verwendbar sein, ohne die Einrichtungen vor eine Überforderung oder einen unnötigen Bürokratiezuwachs zu stellen.

- Vergleichbarkeit: Die Indikatoren müssen einen seriösen Qualitätsvergleich zwischen den Einrichtungen zulassen.
- Einbeziehung der Nutzerperspektive: Die Indikatoren sollen das Erleben und die Beurteilungen der Bewohner und Aspekte der Lebensqualität von Heimbewohnern einbeziehen, soweit diese als Ergebnisse der von der Einrichtung geleisteten Unterstützung gelten können.
- Integrierbarkeit in das interne Qualitätsmanagement: Das Instrumentarium muss im internen Qualitätsmanagement verwendbar sein, d. h. praktikabel und nutzbringend.
- Integrierbarkeit in externe Qualitätsprüfungen: Die Sachverhalte, die mit den Indikatoren erfasst werden, müssen im Rahmen externer Prüfungen prinzipiell erhoben werden können. Die Ausprägung eines Indikators sollte also für einen externen Prüfer unmittelbar nachvollziehbar sein.

2. Konzeptionelle Vorüberlegungen

2.1 Verständnis von Ergebnisqualität als Basis für gesundheitsbezogene Indikatoren

Es existiert bislang kein einheitliches Verständnis von Versorgungsergebnissen („outcomes“) und der Qualität von Versorgungsergebnissen. Im weitesten Sinne werden stets Wirkungen von Maßnahmen angesprochen, die durch Mitarbeiter von Einrichtungen und Diensten erbracht wurden. Davon abgesehen bestehen allerdings sehr unterschiedliche Vorstellungen.

Im Zusammenhang mit externen Qualitätsprüfungen wird Ergebnisqualität häufig an der Frage festgemacht, ob die gesundheitliche Situation des Patienten oder Pflegebedürftigen dem entspricht, was man bei einer fachgerechten Versorgung erwarten darf, ob also beispielsweise durch fachliche Versäumnisse eine Gefährdung oder Schädigung des Heimbewohners aufgetreten ist. Wissenschaftliche Forschung, vor allem die Interventionsforschung, verwendet Ergebniskriterien, um die Wirkung einer Versorgungsmaßnahme oder eines Versorgungskonzepts auf die Gesundheit und Lebensqualität zu prüfen. Der Erforschung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird hier seit vielen Jahren ein wichtiger, eigenständiger Stellenwert zugeschrieben (Koller et al. 2009), unter anderem weil immer wieder die Erfahrung gemacht wird, dass die durch moderne Therapien gewonnene Lebenszeit vom Erkrankten selbst zum Teil sehr ambivalent bewertet wird. Die Erforschung der Nutzerperspektive, häufig als Zufriedenheitsbefragungen oder als Befragungen zur Erfassung von Lebensqualität angelegt, bildet inzwischen auch losgelöst von der Evaluations- oder Wirksamkeitsforschung einen wichtigen Zweig der Qualitätsbeurteilung (Wingenfeld 2003). Mitunter stößt man auf ein sehr weit gefasstes Verständnis von Ergebnisqualität, das verschiedenste Handlungsendpunkte in den Blick nimmt und auch organisatorische oder ökonomische „outcomes“ einschließt (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2010). Die nati-

onalen Expertenstandards für die Pflege in Deutschland siedeln auf der Ebene der Ergebnisse ebenfalls eher allgemeine Handlungsendpunkte an (z. B. Vorliegen einer Schmerzeinschätzung oder Abschluss der Durchführung einer geplanten Maßnahme) (DNQP 2005). Schließlich gibt es die bereits erwähnten Konzepte zur Beurteilung der Ergebnisqualität von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und anderen Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens, so etwa in den USA oder den Niederlanden (CMS 2010, Steering Committee Responsible Care 2008). In Deutschland findet man sie bislang nicht.

Die oben dargelegten Anforderungen an die Durchführung des Projektauftrags ließen allerdings keine beliebige Antwort auf die Frage nach dem Verständnis von Ergebnisqualität zu. Weil das zu entwickelnde Konzept wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, Vergleiche zwischen Einrichtungen ermöglichen und weitere Anforderungen erfüllen soll, wurden die Kerngedanken der internationalen Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen zugrunde gelegt – unter besonderer Berücksichtigung der Diskussion in der Pflege und Pflegewissenschaft, da es um die Ergebnisqualität der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen geht.

Der wichtigste Bezugspunkt vieler Beiträge in der internationalen Diskussion zur Ergebnisqualität ist die Veränderung des Gesundheitszustands einer Person. So definierte bereits Donabedian (1980), durch den die heute geläufige Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität weltweit Anerkennung fand, ein Ergebnis als „eine Veränderung des aktuellen und zukünftigen Gesundheitszustands eines Patienten, die der vorausgegangenen Gesundheitsversorgung zugeordnet werden kann“². Donabedian verweist darauf, dass Ergebnisqualität von Einzelpersonen, von Personengruppen oder von ganzen Bevölkerungsgruppen erfasst werden kann, was jeweils ganz unterschiedliche methodische Fragen aufwirft. Im Falle des vorliegenden Projekts geht es um eine Beurteilung, die sich auf Personengruppen – die jeweiligen Bewohner einer Pflegeeinrichtung – bezieht.

Dieser Grundgedanke, dass Ergebnisqualität vorrangig an Veränderungen des Gesundheitszustands festgemacht werden kann, ist konstitutiv für das wissenschaftliche Verständnis von Ergebnisqualität im Gesundheitswesen bzw. in der pflegerischen Versorgung. Veränderung schließt hierbei natürlich auch gesundheitliche Stabilität als erstrebenswertes Ziel mit ein. Bei Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen, deren Lebenssituation durch hohes Alter, Funktionseinschränkungen, chronische Krankheit und häufig auch Multimorbidität gekennzeichnet ist, kann bereits die Stabilität der gesundheitlichen Situation über einen längeren Zeitverlauf als positiver Effekt Versorgung gelten.

Ein Versorgungsergebnis ist also immer etwas „Gewordenes“, d. h. ein Status, dem ein wirksamer Unterstützungsprozess vorausgegangen ist. Damit wird ein zweiter zentraler Gedanke angesprochen: Man kann von Ergebnisqualität nur dann sprechen, wenn als gesichert gelten darf, dass ein vorausgegangener Versorgungsprozess zur Veränderung einen wesentlichen, maßgeblichen Beitrag geleistet hat. Dies kommt beispielsweise in der Definition der renommierten Nursing Outcome Classification (NOC) zum Ausdruck. Als Pflegeergebnis gelten hier „Zustand, Verhalten oder Wahrnehmung eines Patienten oder einer Familie konzeptualisiert als Variable, die zurückzuführen ist auf und im Wesentlichen beeinflusst ist von Pflegeinter-

² „A change in a patient's current and future health status that can be attributed to antecedent health care“ (Donabedian 1980, S. 82)

ventionen“ (Johnson et al. 2005, S. 62). Viele andere Autoren formulieren ein ähnliches wissenschaftliches Verständnis von Ergebnisqualität in der pflegerischen Versorgung³.

Das bedeutet auch, dass etwas nicht als „Versorgungsergebnis“ bezeichnet werden kann, wenn es nicht im Einflussbereich einer Einrichtung bzw. ihrer Mitarbeiter liegt bzw. wenn keine empirische Evidenz vorliegt, dass ein Einfluss prinzipiell ausgeübt werden kann. So wird beispielsweise das Ausmaß der Schmerzen einer Person durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflusst, darunter auch nichtmedikamentöse Maßnahmen, die im Rahmen der Pflege erbracht werden (DNQP 2005). Es ist aber weder plausibel noch durch Forschungsergebnisse zu belegen, dass der Schmerzzustand eines Bewohners mit den Mitteln, die der Pflege zur Verfügung stehen, im Regelfall besser zu beeinflussen ist als mit einer bedarfsgerechten Schmerzmedikation, die in ärztlicher Verantwortung liegt.

Zur Verdeutlichung des Zusammenhangs zwischen Ergebnissen und unterstützenden Maßnahmen wird in der Literatur der Begriff „Pflegesensitivität“ verwendet (z. B. Doran et al. 2006, S. 77). Diese Begriffswahl darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass in einer Pflegeeinrichtung mehrere andere Berufsgruppen an der Unterstützung des Bewohners beteiligt sind. „Pflegesensitiv“ wird in der Qualitätsdiskussion häufig synonym mit „beeinflussbar durch Mitarbeiter der Einrichtung“ ohne Festlegung auf eine bestimmte Berufsgruppe verwendet. Allerdings sind Pflegenden in der Regel diejenigen Mitarbeiter, die dem Bewohner am meisten Unterstützung zukommen lassen und insofern die größte Verantwortung für die Ergebnisqualität tragen.

Neben der körperlichen Gesundheit werden auch psychische und soziale Aspekte sowie Gesundheitsverhalten und -einstellungen, Wissen, Motivation und Zufriedenheit als Versorgungsergebnisse verstanden. Auch dieser Gedanke findet sich bereits bei Donabedian, wobei er all diese Aspekte unter den Begriff „Gesundheit“ subsumiert⁴. Spätestens seit den 1980er Jahren geht die Qualitätsdiskussion also von einem weit gefassten Begriff von *Gesundheit* aus, damit auch von einem weit gefassten Begriff von Ergebnissen⁵. Allerdings bilden alle Aspekte *Merkmale des Individuums*, des Patienten oder Bewohners. *Ergebnisqualität ist also grundsätzlich an der Person des Bewohners und an seinen Äußerungen festzumachen.*

³ Ovretveit (2001) definiert „outcome indicator“ folgendermaßen: „a quantified representation of any change in a person’s health status before and after receiving care, which may be caused by the care they received“ (Ovretveit 2001, S. 231). Nach Marek ist ein Pflegeergebnis „a measurable change in patient health, related to the receipt of nursing care“ (Marek 1989, S. 3; vgl. auch Schmid-Büchi et al. 2008; Redfern/Norman 1990, S. 1262; American Nurses Association 2009, o.S.).

⁴ Den „outcomes“ zuzuordnen sei auch die Verbesserung „of social and psychological function in addition to the more usual emphasis on the physical and physiological aspects of performance. By still another extension I shall add patient attitudes (including satisfaction), health-related knowledge acquired by the patient, and health-related behavioural change. All of these can be seen either as components of current health or as contributions to future health“ (Donabedian 1980, S. 82).

⁵ „They represent the consequences or effects of interventions delivered by nurses and are manifested by changes in the patient’s health-related state, behaviour, or perception, and/or by the resolution of the presenting problem, for which the nursing intervention is given“ (Doran 2003, S. vii).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es in der internationalen Diskussion ein gemeinsames Grundverständnis von Versorgungsergebnissen („outcomes“) gibt. Die Vorstellung der Veränderung des Gesundheitszustands (bei einem weiten Gesundheitsbegriff) und die Beeinflussbarkeit durch professionelle Unterstützung stehen dabei im Mittelpunkt.

Dieses Grundverständnis liegt auch der Entwicklung von gesundheitsbezogenen Indikatoren im vorliegenden Projekt zugrunde:

Ergebnisse der vollstationären pflegerischen Versorgung umfassen messbare Veränderungen des Gesundheitszustands, der Wahrnehmung und des Erlebens der Bewohner, die durch die Unterstützung der Einrichtung bzw. durch das Handeln ihrer Mitarbeiter bewirkt werden. Ergebnisqualität ist dementsprechend eine Eigenschaft von Versorgungsergebnissen, die mit einer bewertenden Aussage beschrieben wird.

Ergebnisqualität der pflegerischen Versorgung beinhaltet also pflegesensitive bzw. versorgungssensitive Phänomene. Es können nur Aspekte berücksichtigt werden, die *maßgeblich* durch die Mitarbeiter der Einrichtungen beeinflussbar sind. Die Aspekte müssen außerdem *messbar* sein, d. h. mit empirischen Methoden erfassbar und quantitativ darstellbar. Erst dadurch werden, bezogen auf Personengruppen, bewertende Aussagen und Vergleiche zwischen Aussagen möglich. Schließlich betrifft Ergebnisqualität die *Person des Bewohners*, keine Strukturen und Prozesse.

Da Veränderungen im Mittelpunkt stehen – genauer gesagt: Sachverhalte, die durch die Einrichtung bewirkt werden –, ist Ergebnisqualität konsequenterweise als *Differenz im Zeitverlauf zwischen Status A und Status B* darzustellen. Auf die zeitliche Betrachtung kann streng genommen nur dann verzichtet werden, wenn Status B bzw. der aktuelle Status unter jeden Umständen als Ergebnis des Handelns der Mitarbeiter gelten kann und dieser Zusammenhang wissenschaftlich nachzuweisen ist.

Ein solches wissenschaftliches Verständnis von Ergebnisqualität bildete die vom Auftraggeber des Projekts gewollte Grundlage der Entwicklungsarbeiten. Es hat allerdings Konsequenzen für die Bestimmung geeigneter Indikatoren. Je strengere Maßstäbe angelegt werden, desto kleiner wird die Zahl der Indikatoren, die beim heutigen Stand der Forschung als geeignet gelten können, seriöse Vergleiche der Qualität verschiedener Einrichtungen durchzuführen.

Wenn es um Qualität geht, müssen Ergebnisse *bewertet* werden. Dies ist nur auf den ersten Blick eine banale Forderung. Denn es existieren keine absoluten Maßstäbe, nach denen entschieden werden könnte, was ein gutes Ergebnis ist und was ein schlechtes. Wie ist eine Dekubitushäufigkeit von 5% zu bewerten? Welcher Anteil Personen mit Anzeichen von Mangelernährung ist ein Hinweis auf schlechte Qualität? Weil Beurteilungsmaßstäbe dieser Art fehlen, erfolgt in nationalen Systemen der Qualitätssicherung (z. B. in den USA) eine Bewertung anhand von Durchschnittswerten (CMS 2010 a, b). Eine gute Einrichtung wäre also eine Einrichtung mit überdurchschnittlichen Ergebnissen. Andere Bewertungsmaßstäbe wären theoretisch denkbar, aber wissenschaftlich kaum begründbar. Sie müssten vielmehr über einen Prozess der Konsensbildung entwickelt werden. Aus diesem Grund beziehen sich

auch die im Projekt entwickelten Bewertungsregeln häufig auf den Abstand des Ergebnisses einer Einrichtung zum Durchschnitt aller Einrichtungen.

Dies unterstreicht die Anforderung, dass Indikatoren für Ergebnisqualität so zu definieren sind, dass Vergleichbarkeit gegeben ist. Wenn die Bewohner-/Patientenstruktur von Einrichtungen stark voneinander abweicht, ist davon nicht ohne Weiteres auszugehen. In diesem Fall muss durch eine Risikoadjustierung oder durch die Beschränkung der Bewertung auf bestimmte (vergleichbare) Bewohnergruppen ausgeschlossen werden, dass diejenigen Einrichtungen benachteiligt werden, die besonders viele Bewohner mit stark ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigungen versorgen. Aus diesem Grund wird für viele gesundheitsbezogene Indikatoren festgelegt, dass die Beurteilung des Ergebnisses – z. B. die Dekubithäufigkeit – getrennt für Bewohner mit hohem oder eher niedrigem Risiko stattfindet.

Ausgehend von diesen Überlegungen wurde ein Indikatorenset definiert, das zentrale Bereiche der Ergebnisqualität berücksichtigt. Die Gliederung des Sets orientiert sich an Ideen, die von Pringle und Doran (2003) entwickelt wurden. Sie schlagen vor, pflegesensitive Ergebnisse in folgende Gruppen aufzuteilen:

- „Functional outcomes“: körperliche und psychische/soziale Funktionen, die vor allem im Hinblick auf Selbstpflegefähigkeiten und Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung relevant sind.
- „Safety outcomes“: unerwünschte Ergebnisse, die die Sicherheit und Unversehrtheit der Bewohner betreffen (Stürze, Entstehung von Dekubitalgeschwüren etc.).
- „Clinical outcomes“: krankheitsbezogene Ergebnisse, z. B. Symptomkontrolle und Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen.
- „Perceptual outcomes“: Einschätzungen aus der Nutzerperspektive, einschließlich Beurteilung der geleisteten Unterstützung und Aspekte der Lebensqualität, soweit sie im Einflussbereich der Pflege liegen.

Diese Systematik liegt nahe an den im Projekt angestellten Überlegungen, weist aber mit den „clinical outcomes“ einen Bereich auf, der in dieser Form in der deutschen Diskussion nur bedingt als „pflegesensitiv“ akzeptiert wird. Die gesundheitsbezogenen Indikatoren wurden daher im Rahmen des vorliegenden Projektes, in leichter Variation dieses Vorschlags, in folgende Gruppen unterteilt:

Systematik der gesundheitsbezogenen Indikatoren

1. Erhalt und Förderung der Selbständigkeit
Die in diesem Bereich versammelten Indikatoren geben Auskunft darüber, inwieweit sich eine Einrichtung erfolgreich um den Erhalt der Selbständigkeit des Bewohners in zentralen Lebensbereichen bemüht (Mobilität, Alltagsverrichtungen, Gestaltung des Lebensalltags und soziale Kontakte). Von der Grundidee her entspricht dieser Bereich den „functional outcomes“ in der von Pringle und Doran (2003) vorgeschlagenen Systematik. Der Erhalt elementarer Fähigkeiten ist Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben mit und trotz chronischer Krankheit und ebenso Voraussetzung für soziale Partizipation ⁶ .
2. Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen
Die Indikatoren in diesem Bereich („safety outcomes“) beziehen sich durchgängig auf „unerwünschte Ereignisse“ wie Entwicklung eines Dekubitus, unbeabsichtigte Gewichtsabnahme oder Stürze mit gravierenden Folgen. Sie sind von elementarer Bedeutung für das Leben der Bewohner sowie eine Voraussetzung für Wohlbefinden und die Perspektive eines bedürfnisgerechten Alltagslebens. Auch hier gibt es partielle Bezüge zur Charta ⁷ .
3. Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen
Dieser Bereich greift die Frage auf, inwieweit sich eine Einrichtung adäquat um Bewohner mit besonderen Bedarfslagen bemüht. Hier werden Themen wie Fixierungen und Umgang mit herausforderndem Verhalten berücksichtigt. Der Bereich ist nicht vergleichbar mit den oben angesprochenen „clinical outcomes“, geht aber von der gleichen Grundidee aus und soll Anforderungen in den Blick nehmen, die aus bestimmten Konstellationen der Pflegebedürftigkeit (oder bestimmten Phasen der Versorgung: nach dem Heimeinzug) erwachsen. Der Ausdruck „besondere“ Bedarfslagen ist nicht im Sinne von „außergewöhnlichem Bedarf“ zu verstehen, sondern drückt aus, dass hier jeweils nur bestimmte Bewohnergruppen angesprochen sind.

Diese Systematik gesundheitsbezogener Indikatoren bietet, da sie in Einklang mit der internationalen Diskussion von einem weit gefassten Gesundheitsbegriff ausgeht, eine gute Grundlage für die umfassende Darstellung von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten der Ergebnisqualität.

Von diesen drei Bereichen zu unterscheiden sind Ergebnisse, die die Nutzerperspektive unter Einbeziehung von Aspekten der Lebensqualität widerspiegeln („perceptual outcomes“). Diese Ergebnisse wurden vom ISG untergliedert in die zwei Bereiche „Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung“ und „Tagesgestaltung und soziale Beziehungen“. Die Bewertung von Ergebnissen der Angehörigenarbeit erfolgt gesondert in einem weiteren Bereich (vgl. Kapitel 5.6).

⁶ Die Ergebnisse weisen insofern direkte Bezüge zum Artikel 1 der *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* auf („Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe“ - Unterstützung für ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben).

⁷ Vgl. Artikel 2 der Charta: „Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit“.

2.2 Überlegungen zum Konzept Lebensqualität

Bereiche und Dimensionen der Lebensqualität

„Lebensqualität“ ist ein umfassendes Konzept, das zur Anwendung in einer empirischen Untersuchung einer Konkretisierung bedarf. Glatzer/Zapf (1984) schlagen dazu vor: „Der vage und vieldeutige Begriff der Lebensqualität wird präzisiert als persönliche Wohlfahrt, als individuelle Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden.“ In Anknüpfung daran beschreibt die European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004) das Konzept der Lebensqualität anhand von drei Kriterien: Dieses Konzept ist

- auf individuelle Lebenssituationen bezogen
- ein mehrdimensionales Konzept mit der Annahme mehrerer, sich wechselseitig beeinflussender Lebensbereiche (employment, economic resources, family and households, community life and social participation, health and health care, knowledge, education and training) und
- wird anhand objektiver Indikatoren („living conditions“) und subjektiver Indikatoren („subjective and attitudinal perceptions“) empirisch operationalisiert.

Die Unterscheidung zwischen objektivem Wohlergehen und subjektivem Wohlbefinden zieht auch das „Europäische System Sozialer Indikatoren“ als Leitdifferenz heran: „Das Konzept der Lebensqualität beinhaltet die beiden Hauptdimensionen:

- Objektive Lebensbedingungen: Diese Dimension kennzeichnet die faktischen Lebensumstände von Individuen wie Arbeitsbedingungen, Gesundheitszustand oder materieller Lebensstandard.
- Subjektives Wohlbefinden: Diese Dimension beinhaltet Wahrnehmungen, Einschätzungen und Bewertungen der Lebensbedingungen durch die Bürger und deren subjektives Wohlbefinden. Beispiele sind Maße der Zufriedenheit oder des Glücks.“⁸

Bei dieser Definition steht allerdings die Lebenslage der „normalen“ Bevölkerung in Privathaushalten im Blick. Eine weitere Präzisierung wird erforderlich, wenn untersucht wird, welche Dimensionen (a) für ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen relevant sind, insbesondere wenn sie (b) in einer Einrichtung leben, und wie diese Dimensionen abgeleitet werden können.

Eine Fokussierung auf Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Pflegebedarf findet sich im Lebensqualität-Konzept der WHO. Das WHO-Instrument zur Erfassung von Lebensqualität (WHOQOL-Bref 2004) umfasst vier „Domänen“ von Lebensqualität, dies sind (Knesebeck 2006):

- physische Lebensqualität (z. B. Mobilität, Schmerzerleben)
- psychische Lebensqualität (z. B. positive/negative Gefühle)
- soziale Beziehungen (Beziehungen und soziale Unterstützung) sowie
- Aspekte der sozialen und physikalischen Umwelt (z. B. Wohnsituation, Verfügbarkeit von Diensten, Infrastruktur etc.).

⁸ <http://www.gesis.org/dienstleistungen/daten/soziale-indikatoren/eusi/konzeptioneller-rahmen>

Dimensionen der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen

Eine Untersuchung der Lebensqualität von Heimbewohnern hat die „spezifische Lebens- und Wohnform Heim“ zu berücksichtigen, die durch eine umfassende Regelung aller Lebensbereiche gekennzeichnet ist (Wahl 2009, S. 30 ff.). Diesbezügliche Forschungsbefunde liegen vor allem aus den USA vor, wie Wahl (2009) in einem Überblick darstellt. „Lebensqualität“ wird dabei als übergreifendes, „integratives“ Konzept verstanden, das mehrdimensional definiert ist und „nach weitgehender Übereinstimmung körperliche, verhaltensbezogene, emotionale, mentale, materielle, soziale und spirituelle Aspekte“ umfasst (Wahl 2009, S. 31). Dabei variieren die Definitionen der Dimensionen in den Untersuchungen, so dass sie nur ungefähr vergleichbar sind:

Tab. 1: Übersicht „Dimensionen der Lebensqualität“ (nach Wahl 2009, S. 31-34)

WHO 2004	Cohn & Sugar 1991	Kane & Kane 2003; 2005	Becker, Kaspar & Kruse 2006	Wahl 2009 (zusammenf.)
physische Dimension		körperliches Wohlbefinden	medizinisch-funktionaler Status	körperlich
	Qualität der Pflege und Betreuung	Unterstützung bei Einschränkungen	Betreuungsqualität	
		Essen und Trinken		
psychische Dimension			Psychopathologie/Verhaltensauffälligkeiten	emotional
	allgemeine Lebenszufriedenheit	Sicherheit	subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit	
		Würde		
		Religiosität und Sinnggebung		spirituell
	Autonomie	Autonomie	kognitiver Status	mental
soziale Dimension	soziale Beziehungen	soziale Kontakte und Beziehungen	soziale Umwelt	sozial
	Verhaltenskompetenz	Anregung und sinnvolle Beschäftigung	Verhaltenskompetenz	verhaltensbezogen
umweltbezogene Dimension	physische Umgebung	Privatheit	räumliche Umwelt	materiell

Diese Systematisierung kann den Ausgangspunkt für ein Konzept der Lebensqualität in der stationären Pflege bilden⁹. Den einzelnen Bereichen der Lebensqualität lassen sich Kriterien des „guten Lebens“ benennen, die als Handlungsziel der jeweiligen Dimension zugeordnet

⁹ Von hier aus lassen sich auch Bezüge zur Handlungstheorie von T. Parsons herstellen, der seinem „AGIL-Schema“ die vier Felder „Verhalten – Persönlichkeit – Soziale Beziehung – kulturelles System“ unterscheidet; Parsons, T. (1951): *The Social System*, New York; ders. (1951): *Toward a General Theory of Action*, New York.

werden können. In Bezug darauf lassen sich auch die Beeinträchtigungen verdeutlichen, die für pflegebedürftige Heimbewohner jeweils die Lebensqualität gefährden:

- Die kognitiv-mentale Dimension ist auf eine realitätsgetreue Wahrnehmung objektiver Sachverhalte hin orientiert. Bei einem erheblichen Teil der Heimbewohner sind diese Wahrnehmungsfähigkeit und das darauf sich gründende Kontrollbewusstsein beeinträchtigt.
- In der interaktiven Dimension kommt Lebensqualität in Normen des „richtigen Handelns“ zum Ausdruck, die auf „Menschenwürde“, „Respekt“ und „Gerechtigkeit“ ausgerichtet sind. Diese Anerkennung fällt gegenüber demenzkranken Interaktionspartnern oft schwer, wenn ihre Äußerungen und Handlungen unverständlich und nicht „zurechenbar“ sind.
- Die psychisch-emotionale Dimension des kommunikativen Handelns führt zu Lebensqualität, indem Emotionen und Wünsche „authentisch“ und unverfälscht zum Ausdruck gebracht und selbstbestimmt umgesetzt werden. Mit zunehmender Demenz machen sich dagegen hirnganische Einschränkungen in Verbindung mit emotionalen und biografischen Belastungen bemerkbar, überformen die Selbstbestimmung der Persönlichkeit und können mit herausforderndem Verhalten oder Depression einhergehen.
- In der somatischen Dimension können „Gesundheit“, „Leistungsfähigkeit“ und „körperliche Unversehrtheit“ als Zielnormen eines guten Lebens bezeichnet werden, die bei Heimbewohnern in der Regel erheblich beeinträchtigt sind.

„Lebensqualität“ kommt hier also in den Formen einer verlässlichen Orientierung in der objektiven Umwelt, in einer gleichberechtigten Teilhabe an der sozialen Umwelt und in einer authentischen Persönlichkeitsentfaltung zum Ausdruck, wobei diese drei Formen der Lebensqualität eine körperliche Unversehrtheit und Leistungsfähigkeit zur Voraussetzung haben.

Aspekte der Lebensqualität in der „Pflegecharta“

Mehrere Aspekte der Lebensqualität in den hier unterschiedenen Bereichen werden auch in der „Pflegecharta“ angesprochen, insbesondere eine an der Menschenwürde orientierte soziale Interaktion, ein an Authentizität und Selbstbestimmung orientierter Ausdruck von Zielen sowie die Grundsatznorm der körperlichen Unversehrtheit. Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ 2009) ist eine Grundsatzvereinbarung, die unter Anknüpfung an basale ethische Normen Aspekte der Lebensqualität unter den eingeschränkten Bedingungen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit formuliert. Dabei lassen sich die hier unterschiedenen Dimensionen der Lebensqualität in den acht Artikeln der Pflegecharta weitgehend wiederfinden:

- Auf körperliche Unversehrtheit (1) und ein funktionierendes Körper-Umgebungs-Verhältnis (2) fokussieren Artikel 2 mit dem Bezug auf körperliche Unversehrtheit sowie Artikel 3 „Privatheit“ und Artikel 4 „Pflege, Betreuung und Behandlung“.
- Die soziale Lebensqualität (3) mit den normativen Zielen von gesellschaftlicher Teilhabe, Respekt und Menschenwürde wird in Artikel 6 „Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft“ thematisiert.
- Die psychische Dimension (4), die eine unverfälschte Persönlichkeitsentfaltung auf der Grundlage der biografischen Entwicklung mit dem Ziel eines authentischen Umgangs mit Gefühlen umfasst, wird zumindest ansatzweise mit Artikel 1 „Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe“ sowie mit den in Artikel 2 genannten Zielen „Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit“ angesprochen (wenn auch die Problematik der gestörten und psychisch-biografisch belasteten Persönlichkeit, die mit fortschreitender Demenz zunehmend relevant wird, in der Pflegecharta insgesamt eher in den Hintergrund tritt).
- Die kognitiv-mentale Dimension (5) wird in der Pflegecharta einerseits auf der basalen Ebene der Grundorientierung mit Artikel 5 „Information, Beratung und Aufklärung“ angesprochen, bezieht andererseits aber auch den weiteren Bereich der weltanschaulichen Orientierung im Rahmen des Artikels 7 „Religion, Kultur und Weltanschauung“ mit ein.

Einer Zuordnung zu einer der hier ausdifferenzierten Dimensionen entzieht sich allerdings Artikel 8 „Palliative Begleitung, Sterben und Tod“, der sich auf die letzte Lebensphase bezieht. Genau genommen kommen in dieser Lebensphase alle oben unterschiedenen Dimensionen in spezifischer Weise ins Spiel: die Aufrechterhaltung von basalen somatischen Vollzügen – hier aber weniger mit dem Ziel der Gesundheitsförderung, sondern eines möglichst schmerzfreien Krankheitsverlaufs und einer basalen Versorgung; eine soziale Begleitung, die auch in der letzten Phase die Würde der Person in kommunikativen Prozessen zur Geltung bringt; eine psychologische und seelsorgerliche Begleitung bei Ängsten und Sinnfragen; und eine kognitive Unterstützung, die einerseits zur Grundorientierung verhilft, darüber hinaus aber auch über religiöse Symbole vermittelt sein kann. Daher erscheinen die in Artikel 8 angesprochenen Aspekte nicht als eigenständige Dimension von Lebensqualität, sondern als eine phasenspezifische Akzentuierung aller Dimensionen. Analog dazu kann auch die Eingewöhnungsphase als ein zeitlicher Abschnitt aufgefasst werden, in dem die Qualitätserreichung in mehreren Dimensionen unter einem spezifischen Leitziel steht, dem der Reorganisation des Lebens in einer neuen Umgebung.

Bezug auf das Ergebnis von Handlungen

Lebensqualität wird durch viele Faktoren beeinflusst, insbesondere durch soziales Handeln, objektive Rahmenbedingungen und subjektive Wahrnehmung. Das Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ grenzt seinen Gegenstandsbereich auf den Teil der Lebensqualität ein, der auf Handeln, Gestalten und Einflussnahme zurückführbar, also „pflegesensitiv“ bzw. „gestaltungssensitiv“ ist. Somit wird „Ergebnisqualität“ als der Teil der Lebensqualität verstanden, der *dem Handeln von Personen oder Institutionen zurechenbar* ist. Dies gilt z. B. für Ergebnisse von kurativem und gesundheitlich-präventivem Handeln, die Qualität der Er-

nährung und der alltagsstrukturierenden Angebote eher als etwa für die Stabilität des religiösen Glaubens, die sich dem Einwirken pflegerischen und versorgenden Handelns weitgehend entzieht.

Lebensqualität als Gegenstand empirischer Forschung

Bei der empirischen Erfassung von „Lebensqualität“ sind objektiv beobachtbare Faktoren der „Wohlfahrt“ bzw. des „Wohlergehens“ von subjektiv bewerteten Faktoren des „Wohlbefindens“ zu unterscheiden (vgl. Allardt 1973; Glatzer & Zapf 1984; Noll 2007; Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg & Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg 2006, S. 13 ff.). Entsprechend kommen im methodischen Zugang einerseits objektiv-beobachtende und andererseits subjektiv-befragende Methoden zur Anwendung. Der Zugang über Beobachtung und Messung kommt in Frage, sofern es sich um messbare Sachverhalte handelt und entsprechende Messinstrumente zur Verfügung stehen. Der Zugang über eine Befragung von Personen setzt voraus, dass diese in der Lage sind, Fragen zu verstehen und ihre Einschätzungen und Erfahrungen in Antworten zum Ausdruck zu bringen.

Die Lebensbedingungen in einer Institution wie einem Pflegeheim unterscheiden sich von dem Leben in Privathaushalten vor allem dadurch, dass alle Lebensbereiche der Bewohner weitgehend in die Verantwortungs- und Regelungszuständigkeit der Einrichtung fallen. Gemessen bzw. erfragt werden „Ergebnisse“ im Sinne der Wirkungen des Handelns der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter auf die Lebensqualität der Bewohner; dabei können „Ergebnisse“ als Auswirkungen auf den körperlichen, geistigen und emotionalen Zustand, auf die sozialen Beziehungen und das Verhalten der pflegebedürftigen Person beobachtet werden, während Auswirkungen auf die Perzeption (Wahrnehmung, Beurteilung und Sichtweise) der Person nur subjektiv beantwortbar und daher auf dem Wege der Befragung zugänglich sind.

Die empirische Umsetzung erfolgt über eine Operationalisierung des Konzepts. „Qualität“ kann nicht vollständig mit allen relevanten Aspekten erfasst werden, daher werden „Indikatoren“ ausgewählt, die wesentliche Teilbereiche der Qualität abbilden können (Glatzer/Zapf 1984; Noll 2007). Dies trifft auf Indikatoren zur gesundheitlichen und hauswirtschaftlichen Versorgung eher zu als auf den Bereich der weltanschaulichen Orientierung und der seelsorgerischen Betreuung, die in starkem Maße von der Persönlichkeit und Biografie der Bewohner abhängen und weniger durch Mitarbeiter beeinflussbar sind.

In der vorliegenden Untersuchung wird also nicht der Anspruch erhoben, „Lebensqualität“ vollständig und mit allen relevanten Aspekten abzubilden, sondern der Gegenstandsbereich wird auf die Formen der Lebensqualität beschränkt, die durch Einrichtungen und ihre Mitarbeiter beeinflussbar sowie durch sozialwissenschaftliche Methoden erfassbar sind.

3. Methodisches Vorgehen

Das Projekt war in zwei Phasen unterteilt. Die erste Projektphase erstreckte sich bis Dezember 2009 und umfasste vor allem den Aufbau einer geeigneten Projektorganisation und eine vorläufige Definition der Indikatoren und Methoden zur Erfassung von Ergebnisqualität. Mit ausgedehnten Literatur- und Materialrecherchen und unter Einbeziehung von Experten wurde in dieser Phase geprüft, welche Methoden zur Erfassung von Ergebnisqualität sich in Forschung und Praxis bewährt haben. Auf dieser Grundlage wurde ein neues Instrumentarium entwickelt, d. h. eine Liste aussagekräftiger Indikatoren und die Verfahren, mit denen sie erhoben und bewertet werden.

In der zweiten Projektphase erfolgte die praktische Erprobung in insgesamt 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen. Sie diente dem Zweck, Erkenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätserfassung mit dem entwickelten Instrumentarium zu gewinnen, dessen Praktikabilität zu testen und das Instrumentarium auf dieser Grundlage zu optimieren.

3.1 Entwicklung einer Organisationsstruktur zur Durchführung des Projektes

Zu Beginn der Projektdurchführung wurden als *Begleitgremien* ein Steuerungskreis und ein Projektbeirat konstituiert. Die Aufgabe des *Steuerungskreises* umfasste die allgemeine Steuerungsverantwortung für das Projekt und die Abstimmung von Detailfragen, u. a. von Fragen der Einbeziehung der Öffentlichkeit. Im Steuerungskreis wurden regelmäßig Zwischenergebnisse der Projektarbeiten vorgestellt und beraten. Der *Projektbeirat* hatte die Aufgabe, Zwischenergebnisse zu diskutieren und Anregungen für die Entwicklungsarbeiten zu formulieren.

Um die Anschlussfähigkeit und Praktikabilität der Instrumente zu prüfen, wurden drei Expertengruppen mit jeweils anderem Themenschwerpunkt konstituiert. Diese Expertengruppen gaben wichtige Anregungen für die Entwicklung des Instrumentariums:

- Die erste Expertengruppe mit Vertretern der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beschäftigte sich mit der Frage, welche Indikatoren prinzipiell zur Beurteilung von Ergebnisqualität geeignet sind und inwieweit die betreffenden Informationen oder Einschätzungen bei externen Qualitätsprüfungen zugänglich sind bzw. inwieweit sie im Rahmen externer Qualitätsprüfungen erfasst werden können.
- Eine weitere Expertengruppe bearbeitete das Thema „Ergebnisindikatoren und Qualitätsmanagement der Einrichtungen“. Neben der prinzipiellen Eignung der Indikatoren ging es vor allem um die Frage, inwieweit die benötigten Informationen und Einschätzungen in den heutigen Qualitätsmanagementsystemen und Dokumentationsroutinen der Einrichtungen bereits berücksichtigt werden und welche Anforderungen und Probleme entstehen könnten, wenn bisher noch nicht berücksichtigte Aspekte zusätzlich erfasst werden sollen.

- Schließlich gab es einen Expertenworkshop zu dem Thema „Ergebnisqualität und Vergütungsverhandlungen“. Hier wurde diskutiert, ob und unter welchen Voraussetzungen es denkbar wäre, Beurteilungen der Ergebnisqualität bei der Festlegung von Vergütungen zu berücksichtigen.

Insgesamt nahmen *46 Pflegeeinrichtungen* aus ganz Deutschland an dem Projekt teil. Sie wurden bereits im Vorfeld durch die Trägerorganisationen für das Projekt geworben. Zu Projektbeginn lagen sogar aus 53 Einrichtungen Interessensbekundungen zur Teilnahme vor. Dabei war das große inhaltliche Interesse allerdings mit zeitlichen und organisatorischen Gesichtspunkten in Einklang zu bringen. So galt es etwa zu bedenken, ob außergewöhnliche Belastungen der Einrichtung innerhalb des Erprobungszeitraums absehbar waren, etwa durch Neu- und Umbauvorhaben oder durch organisatorische Umstrukturierungen, und ob eine hinreichende Personalkapazität für eine Projektteilnahme freistehen würde. Nach Prüfung dieser Fragen meldeten sich im Verlauf des Projektes sieben Einrichtungen wieder ab, wobei in der Regel organisatorische Probleme ausschlaggebend waren. Um an der ursprünglich angestrebten Zahl von 48 teilnehmenden Einrichtungen festzuhalten, meldeten die Trägerverbände weitere Einrichtungen nach.

Vor Beginn der Erprobungsphase meldeten sich zwei weitere Einrichtungen aufgrund interner Entwicklungen vom Projekt ab. Aufgrund der schon relativ weit fortgeschrittenen Arbeiten wurden keine weiteren Einrichtungen mehr nachgemeldet, so dass am Ende 46 Einrichtungen beteiligt waren. In jeder der 46 Einrichtungen wurden Projektbeauftragte festgelegt, die Hauptansprechpartner für die Institute waren und die Durchführung des Projekts in der jeweiligen Einrichtung steuerten.

Der persönliche Kontakt der Projektmitarbeiter zu den Einrichtungen erfolgte im Rahmen von *Regionalgruppen*, in denen jeweils Vertreter von 6 bis 10 Einrichtungen zusammentrafen. Sie stellten ein Forum für inhaltliche Diskussionen dar und dienten darüber hinaus der Vorbereitung und Begleitung der Praxiserprobung. Die Arbeit in den Regionalgruppen umfasste zum einen den Erfahrungsaustausch und die Klärung von Fragen der Projektumsetzung, zum anderen die Schulung für den Einsatz der Erhebungsinstrumente. Teilnehmer waren zumeist die Projektbeauftragten aus den Einrichtungen, wenn Fragen der Projektumsetzung im Mittelpunkt standen. Soweit es um Schulungen und Rückfragen zum Einsatz der Einschätzungsinstrumente ging, haben auch jene Mitarbeiter an den Regionaltreffen teilgenommen, die diese Einschätzungen durchgeführt haben.

Während der Sitzungen wurden u. a. die Zeitplanung und die damit verbundenen Anforderungen bei der Projektdurchführung sowie mögliche Indikatoren für Ergebnisqualität ausführlich diskutiert. Des Weiteren erfolgte ein Abgleich der bestehenden Qualitätsmanagement- und Dokumentationssysteme mit den aus dem Instrumentarium resultierenden Anforderungen. Vor Beginn der Erprobungsphase standen die Organisation der Erhebung und die Einweisung in das Erhebungsinstrumentarium im Mittelpunkt. Insgesamt fanden zwei Schulungsveranstaltungen je Regionalgruppe statt.

In der Erprobungsphase kamen die Regionalgruppen zu zwei weiteren Sitzungen zusammen. In der fünften Sitzung wurden Zwischenergebnisse diskutiert, die Planung der weiteren Erprobungsphase vorgenommen und die bisherigen Erprobungserfahrungen reflektiert. In

der sechsten und letzten Regionalgruppensitzung wurden die Ergebnisse der Erprobung vorgestellt und gemeinsam ausgewertet.

Zur Information der Fachöffentlichkeit wurden im Projektverlauf zwei Tagungen durchgeführt. Auf der ersten Fachtagung Ende November 2009 stellten IPW und ISG neben dem Projekt selbst ausgewählte Ergebnisse der bisherigen Projektarbeiten vor. Bei dieser Veranstaltung gaben verschiedene Projektbeteiligte Stellungnahmen zu dem Projekt ab, darunter zwei teilnehmende Einrichtungen sowie Vertreter der Trägerverbände, des GKV-Spitzenverbands und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Am 14. Dezember 2010 folgte die Abschlusstagung des Projekts. Die Präsentationen und Diskussionen bezogen die Perspektiven für eine zukünftige Beurteilung und Darstellung von Ergebnisqualität stationärer Pflegeeinrichtungen mit ein. In Workshops zu den Themen „Indikatoren gestützte Beurteilung von Ergebnisqualität und externe Qualitätsprüfungen“, „Perspektiven für das interne Qualitätsmanagement“ und „Ergebnisqualität aus der Nutzerperspektive“ bestand Gelegenheit zur vertiefenden Diskussion. In einer daran anschließenden Podiumsdiskussion mit Vertretern der Leistungserbringer, der Kostenträger, des MDS und der projektbeteiligten Einrichtungen wurde eine positive Gesamtbilanz des Projekts und seiner Ergebnisse gezogen.

Die Diskussionen beider Tagungen brachten wichtige Hinweise, die insbesondere genutzt werden konnten, um die Darstellung der Projektergebnisse in der Berichterstattung zu verbessern und bestimmte, in den Diskussionen angesprochene Themen im Bericht ausführlicher als geplant aufzugreifen.

3.2 Vorgehen bei der Auswahl und Entwicklung der Indikatoren

Literatur- und Materialrecherchen

Zur Identifizierung von Indikatoren für Ergebnisqualität wurden in einem ersten Schritt umfangreiche Literatur- und Materialrecherchen durchgeführt. Bei der Recherche wurden unterschiedliche Datenquellen einbezogen, so die einschlägigen Literaturdatenbanken CINAHL und PUBMED/MEDLINE, PsychInfo, Psychspider, OVID, GeroLit sowie die Metasuchmaschinen und Fachportale der Universität Bielefeld.

Eine weitere Suchstrategie umfasste die Recherche nach Qualitätsentwicklungsprojekten und -ansätzen in Deutschland über das Internet. Hierbei wurden u. a. Systeme wie das „Diakonie Siegel Pflege“ oder Aktivitäten der Paritätischen Qualitätsgemeinschaft und nationale Projekte wie das 3Q-Projekt an der Bergischen Universität Wuppertal berücksichtigt. Ferner erfolgte eine Sichtung der Veröffentlichungen international renommierter Organisationen wie der WHO, der OECD, der ANA und der ICN. Des Weiteren wurden nationale sowie internationale Standards und Leitlinien gesichtet. Außerdem wurden internationale Erfahrungen und

Werkzeuge aus Projekten und Studien in Großbritannien, den USA, Irland, den Niederlanden, Finnland, Australien, Deutschland und der WHO in die Recherche¹⁰ einbezogen.

Die Recherche bezog sich auch auf Instrumente, deren Einsatz bei der Qualitätserfassung denkbar wäre und die zum Teil bereits heute in anderen Qualitätsberichtssystemen zum Einsatz kommen. Es handelte sich um inhaltlich breit ausgerichtete Instrumente oder Klassifikationssysteme wie RAI, OASIS, NOC, FACE, CANE und das Neue Begutachtungsassessment. Gesichtet wurden außerdem Instrumente zur Erfassung von Funktionseinschränkungen wie FIM oder der Barthel-Index sowie Skalen zur spezifischen Problem- oder Risikoerfassung (z. B. in den Bereichen Verhaltenseinschätzung, Schmerzassessment oder Dekubitusrisiko).

Die Auswertung der Literatur und weiterer Materialien erfolgte u. a. mit dem Ziel, eine erste Zusammenstellung von Indikatoren zu erhalten. Um die Indikatoren weiter einzugrenzen, wurden verschiedene Kriterien zur Prüfung angelegt:

- Pflegesensitivität bzw. Einfluss der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter/innen auf das Ergebnis, das mit dem jeweiligen Indikator erfasst werden soll (unter Einbeziehung der Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung),
- Relevanz,
- Messbarkeit (Verfügbarkeit und Verlässlichkeit der zur Ergebniserfassung erforderlichen Information, Verfügbarkeit von Messverfahren/-methoden),
- Abhängigkeit des Ergebnisses von der Bewohnerstruktur und Möglichkeiten, eine eventuelle Abhängigkeit über eine Risikoadjustierung bzw. eine Unterscheidung von Risikogruppen zu kompensieren (ebenfalls auf der Basis von Forschungsergebnissen),
- Anschlussfähigkeit an die Praxis (z. B. Verhältnis zwischen fachlichen Anforderungen bei der Messung und fachlichen Voraussetzungen auf Seiten der Einrichtungen),
- Zeitaufwand bzw. Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen.

In die Auswahl der Indikatoren wurden darüber hinaus Rückmeldungen verschiedener Projektbeteiligter einbezogen: der Mitglieder des Steuerungskreises und Projektbeirates, der drei Expertengruppen und der beteiligten Einrichtungen. Das Ergebnis dieses Prozesses bestand in einer Liste von Indikatoren, die in der Erprobungsphase getestet wurden.

¹⁰ WHO-OLD, WHO-8 EUROSIS, FLZ (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit), PLC (Profil der Lebensqualität chronisch Kranker), Assessment tools (NATFRAME, enthält zahlreiche gängige Verfahren), Methode der konzentrischen Kreise (H.I.L.DE.), HONOS 65 +, Deutsche Version PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia, verw. in H.I.L.DE.), MMST/MMSE (Mini-Mental-Status, Mini Mental State Examination), GDS (Global Deterioration Scale), BAGI (Bielefelder autobiographisches Gedächtnisinventar, verw. in H.I.L.DE.), NPI (Neuropsychiatric Inventory, Befragung von Pflegekräften. (verw. in H.I.L.DE.), Apathy evaluation scale, Befragung und Beobachtung: Wie gefällt es Ihnen hier? Beobachten mimischer Reaktionen auf relevante Orte. (FACS und AARS , verw. in H.I.L.DE.), INSEL (so weit bereits publiziert), Dementia Care Mapping, BISAD, SEIQoL (Schedule for the Individualized Quality of Life), Everyday Stressor Index (Hall), Instrument: Soziale Netzwerke im Alter, BAF (Behavioural Assessment Form), 24 hour Behaviour Timechart, Preliminary Depression Assessment, The Cornell Scale, Diverse Befragungsinstrumente (Bewohnerbefragung: MDK und Verbraucherschutzzentrale Rheinland-Pfalz, MDK Qualitätsprüfung, Heimverzeichnis, in QM-Systemen verwandte Befragungen, Sozialholding Mönchengladbach), SF-36.

Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität

Zur Entwicklung eines Verfahrens zur Datenerfassung wurden die Ergebnisse der Recherche ebenfalls herangezogen. Es zeigte sich, dass Bestandteile des „Neuen Begutachtungsassessments“ gut geeignet sind, um Indikatoren wie z. B. Selbständigkeit oder Mobilität der Bewohner zu erfassen. In vielen Fällen stellten sich allerdings nur geringe Anforderungen an die Datenerfassung. Wichtige Ergebnisindikatoren lassen sich problemlos anhand der Informationen abbilden, die bereits heute obligatorischer Bestandteil der Pflegedokumentation sind.

Bei einzelnen zentralen Fragen der Versorgungsqualität erwies es sich als schwierig, auf der Ergebnisebene den Einfluss und Verantwortungsbereich der Einrichtung abzubilden. In diesen Fällen wurde hilfsweise auf Endpunkte von Prozessen zurückgegriffen, z. B. beim Thema Schmerz oder Harninkontinenz. Einige wichtige Bereiche der Ergebnisqualität sind mit empirischen Mitteln gar nicht zu erfassen. Dazu gehört u. a. die Begleitung sterbender Heimbewohner.

Für die gesundheitsbezogenen Indikatoren wurde ein standardisierter Erhebungsbogen entwickelt, mit dem sich der Gesundheitszustand, individuelle Fähigkeiten, bestimmte Versorgungsaspekte, Ereignisse und Verhaltensweisen der Bewohner erfassen lassen. Dieser Bogen ist in Teilen ein Einschätzungsinstrument, dient jedoch zugleich der schlichten Übertragung von Informationen aus der Pflegedokumentation. Für andere Indikatoren (Aspekte der Lebensqualität) erwies es sich als sinnvoll, unterschiedliche Zugangswege zu prüfen: Pflegedokumentation, Dokumentation einrichtungsbezogener Informationen, Bewohner- und Angehörigenbefragung.

Bei der Beurteilung von Ergebnisqualität durch Bewohner- und Angehörigenbefragungen wird ermittelt, inwiefern es einer Einrichtung gelingt, die in ihren Strukturen und Prozessen angebahnten Qualitätsstrukturen („Anspruch“) tatsächlich in die „gelebte Wirklichkeit“ und durch Nutzer „erlebte Wirklichkeit“ des Heimalltages umzusetzen. Dabei ist stets im Blick zu behalten, dass Lebensqualität umfassender ist als das, was in diesem Rahmen erfassbar und auf das Handeln von Einrichtungen sowie deren Mitarbeitern zurechenbar ist. Die Prüfung der mittels Literatur- und Materialrecherche vorliegenden Instrumente ergab, dass zwar diverse Skalen zur Erfassung der allgemeinen Lebensqualität vorliegen, jedoch zur Ermittlung auf der Ebene der Ergebnisqualität in stationären Einrichtungen kaum Instrumente vorhanden sind. Die verwendeten Skalen zur Messung der Lebensqualität (oder einer der darin enthaltenen Subdimensionen) basieren in der Regel auf einem anderen Konstrukt der Lebensqualität, als es im Rahmen der Messung von Ergebnisqualität angemessen erscheint. Es sind zahlreiche Aspekte enthalten, die sich einer sicheren Einflussnahme durch das Handeln der Organisation entziehen, da sie z. B. vor allem biografisch oder individuell bedingt sind. Weitere Aspekte sind nicht Teil der vertraglich zu erbringenden Leistungen einer Einrichtung der stationären Altenhilfe, sondern unterliegen z. B. in Deutschland der Verantwortung des betreuenden Arztes mittels geeigneter Diagnostik und/oder Verordnung (medikamentöse und therapeutische Behandlungsformen). Eine weitere größere Gruppe von Instrumenten basiert auf allgemeinen Zufriedenheitsmessungen. Im Rahmen des Projekts „Ergebnisqualität“ ist die Beeinflussbarkeit jedoch als entscheidender Faktor zu betrachten, da ansonsten Ergebnisse zufällig auftretender Effekte (spezielle Struktur der Bewohner-

schaft, regionale Effekte etc.) miteinander verglichen würden. Diese zufälligen Effekte können im Falle der Bewohner- und Angehörigenbefragung derzeit nicht ausreichend über eine Gewichtung von Risikogruppen im Bewertungsverfahren ausgeschlossen werden.

Exemplarisch soll anhand der zu Forschungszwecken sehr häufig eingesetzten Instrumente zur Messung der Lebensqualität der WHO (z. B. WHOQOL-OLD) die Schwierigkeit einer Verwendung im Rahmen der Messung von Ergebnisqualität der stationären Altenhilfe dargestellt werden:

1. Das Instrument ist nicht auf die konkreten Lebensumstände von Bewohnern einer stationären Einrichtung ausgerichtet, sondern wurde so gestaltet, dass es unabhängig von der aktuellen Lebensform Lebensqualität auf der Metaebene erfasst. Die überwiegende Anzahl der Items ist durch die Leistungserbringer nicht/kaum beeinflussbar (Bsp.: „Wie sehr fürchten Sie sich davor, dass Ihr Tod von Schmerzen begleitet sein könnte?“).
2. Viele Items sind keine durch eine Einrichtung zu erbringende Leistung und müssten deshalb aus der Bewertung ausgeschlossen werden. (Bsp.: „Inwieweit erfahren Sie Liebe in Ihrem Leben?“).
3. Viele Items zielen auf Bewertungen ab, die physisch oder biografisch bedingt sind. (Bsp. „Inwieweit sind Ihre Möglichkeiten, sich mit anderen zu unterhalten, durch Probleme mit Ihren Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen) eingeschränkt?“ oder „Haben Sie das Gefühl, dass Sie im Leben die Anerkennung bekamen, die Sie verdient haben?“).
4. Die Fragen sind häufig abstrakt formuliert (Bsp.: „In welchem Umfang können Sie Ihre Zukunft beeinflussen?“) und erfordern eine ausgeprägte kognitive Fähigkeiten zur Beurteilung der Fragestellung (Bsp.: „Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?“).
5. Es werden häufig Zufriedenheitseinschätzungen abgefragt (Bsp.: „Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?“).

Die Analyse der vorliegenden Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität als umfassendes Konstrukt führte zu dem Ergebnis, dass die derzeit eingesetzten Instrumente zwar häufig auf relevante Aspekte der subjektiv erlebten Lebensqualität fokussieren, jedoch auf der Ebene der Ergebnisqualität nicht einsetzbar sind. Dies betrifft alle Faktoren, die nicht ausreichend eng mit Organisationshandeln und -verantwortung verknüpft werden können, da sie stark durch folgende Faktoren beeinflusst werden: Biografie, Familiengeschichte und private soziale Netzwerke, Krankheitsgeschichte und -verlauf, Persönlichkeitsstruktur, externe Akteure: Diagnostik und Verordnung therapeutischer Mittel, Schnittstellenprobleme zu (fach-)ärztlicher Versorgung von Bewohnern in vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe und Aspekte, die keinen Teil des Versorgungsauftrages darstellen.

In das Befragungsinstrument aufgenommen wurden Fragestellungen, bei denen von einem ausreichenden Grad der Beeinflussbarkeit durch die Einrichtungen ausgegangen werden kann, die bereits in anderen Verfahren eingesetzt wurden oder deren Relevanz sich in

(inter-)nationalen Qualitätsstandards (auch auf der normativen Ebene) bewährt haben. Zur Überprüfung der methodischen Güte des Befragungsinstrumentes wurden drei Verfahren eingesetzt:

1. Reliabilitätsprüfung des Instrumentes als Wiederholungsbefragung (Retest)

Mittels des Instrumentes sollen Qualitätsurteile erfasst werden, welche nicht von einer persönlichen Stimmungslage abhängen, sondern die aktuelle Leistung der Einrichtung stabil erfassen. Zu diesem Zweck wurde die Befragung mit 41 Personen nach einer Woche wiederholt. Empfohlen werden Fragen, die mindestens 80% Übereinstimmungsgrad über eine Woche hinweg aufweisen.

2. Prüfung der Interraterreliabilität

Bei 23 Interviews fand eine teilnehmende Beobachtung statt. Untersucht wurde, ob unterschiedliche Personen zu einer gleichen Ergebnisdokumentation gelangen. Voraussetzung hierfür ist, dass keine Interpretation von Bewohnerbeurteilungen durch Interviewer stattfindet, sondern ein eindeutiges Bewohnerurteil ermittelt wird. Der Übereinstimmungsgrad zwischen dem dokumentierenden teilnehmenden Beobachter und der das Interview führenden Person lag bei 98,2%. Das Verfahren führt somit zu einer objektiven Erfassung von Bewohnerurteilen ohne Verzerrungen durch Interpretationen der Interviewer.

3. Qualitätskontrolle Interviewführung

In 10 Fällen wurden die Interviews geschulter Altenpflegemitarbeiter begleitet und hinsichtlich der Umsetzung der Methodik und Interviewführung beurteilt. Die Anwendung gelang in allen Fällen. Eine sozialwissenschaftliche Ausbildung zur Anwendung des Verfahrens ist somit nicht erforderlich.

Das erstellte Instrument zur Befragung von Bewohnern und Angehörigen kombiniert neue Fragestellungen zu relevanten Aspekten mit solchen aus dem Bereich erprobter Befragungsinstrumente, welche jedoch mittels einer veränderten Fragetechnik und Ergebnisbeurteilung eingesetzt werden.

3.3 Projektbeteiligte Einrichtungen

Mit den 46 projektbeteiligten Einrichtungen wurden Strukturen erfasst, die in verschiedener Hinsicht nahe am Bundesdurchschnitt liegen. Unterdurchschnittlich vertreten waren kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Pflegeplätzen.

Tab. 2: Größe der teilnehmenden Einrichtungen (N=46)

Größe nach Anzahl vollstationärer Plätze	Anzahl der Einrichtungen	Anteil an beteiligten Einrichtungen	Bundesweiter Anteil nach Pflegestatistik 2007
Bis 50	1	2%	45%
51-100	29	63%	37%
101-150	9	20%	14%
151 und mehr	7	15%	4%

Wie die folgende Tabelle zeigt, konnte hinsichtlich der Trägerschaft eine Annäherung an die bundesdeutsche Verteilung erzielt werden.

Tab. 3: Trägerschaft der teilnehmenden Einrichtungen (N=46)

Trägerschaft	Anzahl der Einrichtungen	Anteil an beteiligten Einrichtungen	Bundesweiter Anteil nach Pflegestatistik 2007
frei-gemeinnützig	27	59%	55%
privat	14	30%	39%
kommunal	5	11%	6%

In der Regel existierte neben der vollstationären Pflege zusätzlich ein Angebot zur Kurzzeitpflege (83%). Etwa ein Viertel der Einrichtungen verfügte über weitere Wohnangebote (26%) und eine Tagespflege (24%).

In der Hälfte der Einrichtungen wurden demenziell erkrankte Bewohner ausschließlich integrativ betreut. Nur in 11% der Einrichtungen erfolgte eine ausschließlich segregative Betreuung. Beide Betreuungsformen boten 30% der teilnehmenden Einrichtungen an. Knapp ein Drittel der Einrichtungen (28%) gab an, Bereiche vorzuhalten, die auf die Versorgung besonderer Bewohnergruppen spezialisiert sind. Meist waren damit Angebote für demenzkranke Bewohner gemeint.

Zur Erfassung struktureller Merkmale, der aktuellen Organisation des Qualitätsmanagements in der Einrichtung und der Abklärung prozessrelevanter Faktoren zur Projektdurchführung wurde im März 2009 und im Februar 2010 eine Befragung aller beteiligten Einrichtungen durchgeführt. Ebenfalls im März 2009 wurde eine Auftaktveranstaltung in Bielefeld durchgeführt, die dem gegenseitigen Kennenlernen und einer detaillierten Projektvorstellung diente. Des Weiteren wurden die Einrichtungen mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens zu möglichen Indikatoren für Ergebnisqualität befragt, in dem sie um eine Einschätzung der

Wichtigkeit und Beeinflussbarkeit des jeweiligen Indikators sowie zur derzeitigen Erfassung bzw. Dokumentation gebeten wurden. Die Ergebnisse dieser Befragung flossen in den Entwicklungsprozess mit ein.

Die Einrichtungen erhielten zum Ende des Projekts eine Darstellung ihrer Versorgungsergebnisse anhand der Indikatoren. Sie wurden auf dieser Grundlage erneut zur Praktikabilität des Instrumentariums und der Aussagekraft der Ergebnisse befragt.

3.4 Vorgehen bei der Erprobung der Indikatoren

Zur Vorbereitung der Erprobung wurde ein Implementationsleitfaden entwickelt, der wichtige Erläuterungen zum Umgang mit dem Erhebungsbogen und zur Erfassung der benötigten Daten enthielt. Der Leitfaden diente auch als Basis für die Schulungsveranstaltungen, die im Rahmen der Regionalgruppen im November/Dezember 2009 und im Januar/Februar 2010 stattfanden. In zwei Schulungsveranstaltungen wurden die Projektbeauftragten und die Mitarbeiter, die die Erhebungen in den Einrichtungen durchführen sollten, in das Erhebungsinstrument eingewiesen.

Für die weitere Vorbereitung und Steuerung der Erprobung sowie für die sachgerechte Datenerfassung und Lösung einrichtungsindividueller Probleme waren die Regionalgruppen von großer Bedeutung. Hier wurden Erfahrungen ausgetauscht und Fragen bzw. Probleme zeitnah gelöst. Ergänzend gab es während der Erprobungsphase die Möglichkeit des telefonischen Kontakts zu den beteiligten Instituten bei Fragen und Problemen.

3.4.1 Erfassung gesundheitsbezogener Indikatoren

Pretest

Das neue Instrumentarium zur Erfassung gesundheitsbezogener Indikatoren wurde im August 2009 in einem Pretest bei insgesamt 60 Bewohnern in vier Einrichtungen erprobt. Neben der Erfassung der benötigten Zeit zum Ausfüllen des Instrumentes erfolgten eine Erfassung von Einschätzungen der Rater während des Bearbeitungsprozesses und telefonische Interviews. Darüber hinaus wurden die Berechnung der Indikatoren sowie bestimmte Ein- und Ausschlussmerkmale statistisch geprüft. Auch ein Dokumentationsinstrument zur Erfassung des Aktivitätsradius und der Teilnahmehäufigkeit an Aktivitäten wurde in diesem Rahmen überprüft.

Datenerhebungen

Die Datenerhebungen erfolgten zu drei Zeitpunkten im Abstand von jeweils drei Monaten von Februar bis September 2010. In elf Einrichtungen wurden Vollerhebungen (gesamte Bewohnerschaft) durchgeführt, zehn dieser Einrichtungen wurden in die Auswertungen einbezo-

gen¹¹. In den übrigen 35 Einrichtungen fanden Erhebungen einzelner Wohnbereiche mit jeweils ca. 30 Bewohnern statt. Einbezogen wurden je Erhebungszeitpunkt ca. 2.000 Bewohner.

Zur Überprüfung der methodischen Güte des Instrumentariums wurde in zwei Einrichtungen eine Testung der Urteilerübereinstimmung (n=117) durchgeführt. Hier fand je Bewohner eine voneinander unabhängige Einschätzung durch zwei verschiedene Rater statt. In zwei Einrichtungen wurde zusätzlich zur Einschätzung durch das Pflegepersonal das Vorliegen von Kontrakturen durch Physiotherapeuten mit dem Erhebungsinstrument eingeschätzt (n=59). Ebenfalls wurde am zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt zusätzlich der Barthel-Index in vier Einrichtungen eingesetzt und mit der Einschätzung zu den Bereichen Mobilität und Selbstversorgung im Erhebungsbogen verglichen (n=193).

Stichprobe

Basis für die Berechnungen sind Bewohnerdaten aus 45 stationären Pflegeeinrichtungen. Zum ersten der drei Erhebungszeitpunkte wurden Daten von insgesamt 1.965 Bewohnern erfasst, zum zweiten lagen Angaben von 1.953 und zum Dritten von 1.830 Bewohnern vor. 16,8% der Bewohner (331 von 1.965 Bewohnern), die bei der ersten Erhebung einbezogen waren, sind in den sechs Monaten der Erhebungsphase verstorben, befanden sich in der Sterbephase oder lebten nicht mehr in der Einrichtung¹². Zur Berechnung der gesundheitsbezogenen Indikatoren wurde auf zwei unterschiedliche Stichproben zurückgegriffen:

Stichprobe T0-T2: Sie umfasst 1.634 Bewohner, für die zu allen drei Erhebungszeitpunkten Daten vorlagen. Auf Grundlage dieser Stichprobe wurden Indikatoren berechnet, die Entwicklungen der Selbständigkeit oder des Pflege- und Gesundheitszustandes der Bewohner abbilden.

Stichprobe T2: Sie umfasst 1.830 Bewohner, zu denen am dritten Erhebungszeitpunkt Daten erfasst wurden und die seit mindestens 3 Monaten in der Einrichtung lebten. Auf Basis dieser Stichprobe wurden die Indikatoren berechnet, die nicht auf den Vergleich der Bewohnersituation über einen längeren Zeitraum ausgerichtet sind.

¹¹ Eine Einrichtung mit insgesamt 94 Bewohnern wich stark von dem Gesamtdurchschnitt ab, da in dieser Einrichtung schwerpunktmäßig junge, geistig behinderte Menschen versorgt wurden. Der Altersdurchschnitt in dieser Einrichtung betrug 43,2 Jahre, die Bewohner wiesen im Vergleich zur Gesamtstichprobe ein anderes Spektrum an Erkrankungen und Funktionseinbußen auf. Die versorgte Klientel unterschied sich also sehr von der typischen Bewohnerschaft stationärer Pflegeeinrichtungen. Diese Einrichtung wird daher in den folgenden Ausführungen aus der Berechnung des Gesamtdurchschnitts und aus dem Vergleich der Vollerhebungseinrichtungen ausgeklammert.

¹² Dem gegenüber sind innerhalb der Erhebungsphase 305 Bewohner neu in die Einrichtungen eingezogen. 121 von ihnen zogen erst nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt ein, ihre Daten wurden zum dritten Erhebungszeitpunkt nicht mit erfasst. Lediglich zwölf Bewohner verweigerten die Teilnahme an der Untersuchung.

Beide Stichproben wichen hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht nur geringfügig von der Gesamtheit der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ab:

- Das Durchschnittsalter belief sich in der Stichprobe T2 auf 83,8, in der Stichprobe T0-T2 auf 83,9 Jahre. In beiden Gruppen lag der Anteil der über 80jährigen Bewohner bei rund 72%.
- Der überwiegende Anteil der erfassten Bewohner war mit 78,6% (T2) bzw. 78,9% (T0-T2) weiblich (Frauenanteil laut Statistik zur Pflegeversicherung 2007: 79,1%).

Auch die Pflegestufen der Bewohner zeigten im Großen und Ganzen eine ähnlich Verteilung wie die in der Pflegestatistik 2007 ausgewiesenen Heimbewohner in der stationären Langzeitversorgung insgesamt:

Tab. 4: Verteilung der Pflegestufen in der Gesamtstichprobe

	Anteil zu T0 (N=1.965)	Anteil in der Stichprobe T0-T2 (N=1.634)	Anteil in der Stichprobe T2 (N=1.830)	Anteil lt. Pflege- statistik 2007
Pflegestufe 0	3,1%	3,3%	3,3%	1,5%
Pflegestufe I	35,2%	32,5%	33,5%	35,7%
Pflegestufe II	41,3%	41,9%	41,9%	42,3%
Pflegestufe III (incl. Härtefall)	20,4%	22,3%	21,3%	20,5%

Der Anteil von Bewohnern, bei denen im Rahmen der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste eine eingeschränkte Alltagskompetenz i.S. des § 45a SGB XI festgestellt wurde, belief sich zum dritten Erhebungszeitpunkt auf 55,8% und liegt damit leicht über dem durch den MDS ausgewiesenen Bundesdurchschnitt von 48% (MDS 2009a). In einer ähnlichen Größenordnung bewegt sich mit 54,6% der Anteil der Bewohner, für die eine gesetzliche Betreuung besteht. Für 16,3% der zum dritten Erhebungszeitpunkt erfassten Bewohner lag ein richterlicher Beschluss vor, der die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen gestattet.

Tab. 5: Weitere Bewohnermerkmale in der Gesamtstichprobe

	Anteil zu T0 (N=1.965)	Anteil in der Stichprobe T0-T2 (N=1.634)	Anteil in der Stichprobe T2 (N=1.830)
Eingeschränkte Alltagskompetenz lt. MDK-Begutachtung	53,1%	52,3%	55,8%
Gesetzliche Betreuung	52,6%	53,0%	54,6%
Richterlicher Beschluss zur Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen	13,2%	13,3%	16,4%

Aus den oben beschriebenen Stichproben konnten für die Analyse des Aktionsradius 2.825 Datensätze ausgewertet werden (Frühjahr 2010 N=1.448, Herbst 2010 N=1.377). In die Analyse der Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation wurden 3.296 Datensätze (Frühjahr 2010: N=1.686, Herbst 2010: N=1.610) einbezogen. Die geringeren Fallzahlen sind durch Ausschluss der Fälle begründet, in denen Bewohner aus gesundheitlichen oder persönlichen Gründen nicht an Aktivitäten teilnahmen oder das Zimmer nicht verließen. Zusätzlich ließen sich nicht alle Fälle mit den erfassten Daten zum Grad der Mobilität verknüpfen, da seitens der Mitarbeiter Fehler bei der Dokumentation des Bewohnercodes auf dem Beobachtungsbogen auftraten.

3.4.2 Befragung von Bewohnern und Angehörigen

Pretest

Der Pretest erfolgte im August 2010. Einbezogen wurden 15 Bewohner, von denen 9 Personen durch Mitarbeitende der Einrichtung als dementiell erkrankt eingestuft wurden, sowie vier Angehörige. Es wurden vier Bewohner- und eine Angehörigengruppe gebildet.

Tab. 6: Stichprobenzusammensetzung Pretest Bewohner- und Angehörigenbefragung

Pretest-gruppe	Gruppenmerkmale	Befragungsteilnehmer
Gruppe 1	Geringer Pflegebedarf – keine kognitive Einschränkung	5
Gruppe 2	Hoher Pflegebedarf (Immobilität) – keine kognitive Einschränkung	1
Gruppe 3	Leichte/beginnende Demenz	5
Gruppe 4	Mittelgradige Demenz	4
Gruppe 5	Angehörige der Befragungsgruppe 4	4

Im Pretest erwies sich der Grad der Verständlichkeit der Fragen als hoch. In 82% der Fragestellungen traten keine Verständnisschwierigkeiten auf. In 12% der Fragestellungen kam es zu leichten Verständnisschwierigkeiten, die mittels einer ergänzenden Erklärung des Interviewers gelöst werden konnten. Nur in 6% der Fragestellungen (3 Items) kam es zu ausgeprägten Verständnisschwierigkeiten. Schwierigkeiten traten bei einigen Bewohnern jedoch bei der Bewertung mittels einer 4-stufigen Häufigkeitsskala („immer“ – „häufig“ – „selten“ – „nie“) auf.

Bewohner mit einer leichten oder beginnenden Demenz konnten der Befragung gut folgen. Für die Gruppe der Bewohner mit einer mittleren Demenz konnten im Pretest keine ausreichend validen Ergebnisse erzielt werden. Der Einsatz einer optischen Bewertungsskala mit Symbolen (lächelnde und unzufriedene Gesichter) erhöhte die Beurteilungsfähigkeit der befragten Personen nicht. Ein Einsatz des Instrumentes in dieser Gruppe kann deshalb nicht

empfohlen werden. Die Angehörigenbefragung erwies sich als leicht durchführbar. Die Durchführung der Angehörigenbefragung als Interview ist nicht erforderlich, sie kann schriftlich erfolgen.

Bildung der Befragungsgruppen und Grundsätze der Befragungstechnik

Zur Erfassung valider Ergebnisbeurteilungen wurde zur Bildung der Befragungsgruppen ein standardisiertes Verfahren zur Beurteilung der Befragungsfähigkeit der Bewohner eingesetzt. In die Bewohnerbefragung wurden alle Bewohner einbezogen, die in der Skala „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des neuen Begutachtungsverfahrens als „befragbar“ eingestuft werden konnten. Die Einstufung erfolgte durch das Pflegepersonal. Als „befragbar“ gelten Personen, die einen Wert zwischen 0 und 5 erreichten. Dies traf auf ca. 37% aller Bewohner der am Projekt teilnehmenden 46 Einrichtungen zu, ähnliche Werte sind bundesweit zu erwarten. Der Grenzwert bewährte sich in der Erprobung als gut geeignet zur Erfassung der Befragungsfähigkeit, nur in Ausnahmefällen (1,6% aller Fälle) wurden Bewohner getroffen, die nicht ausreichend orientiert für die Befragung waren. Für die verbleibenden 63% der Bewohner, die nicht selbst befragbar waren, wurde jeweils ein nahestehender Angehöriger mit einem speziell für Angehörige entwickelten Fragebogen schriftlich befragt. Anders als in anderen Befragungen (z. B. im Rahmen der MDK-Prüfungen) wurde also nicht nur eine kleine Stichprobe von Bewohnern einbezogen.

Eine Bewohnerbefragung von älteren Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer vergleichenden Ergebnisbeurteilung setzt eine Methodik voraus, die den Bedürfnissen des älteren Menschen gerecht wird, leicht verständlich ist und Antwortmechanismen der sozialen Erwünschtheit reduziert. Als wesentlich hierfür erwies sich zum einen ein ausreichender Zeiteinsatz. In der ersten Erprobungsphase (Februar bis März 2010) lag die durchschnittliche Befragungsdauer bei 29 Minuten. In der zweiten Erprobungsphase (September bis Oktober 2010) dauerten die Gespräche im Durchschnitt 23 Minuten. Weiterhin ist wichtig, dass das Interview in Form eines Gesprächs durchgeführt wird, das dem Bewohner ermöglicht, sich mit den Fragen inhaltlich auseinanderzusetzen und sich ggf. auch narrativ zu erinnern. Die Fragen wurden nicht abstrakt gestellt, sondern bezogen sich auf konkrete Sachverhalte, d. h., es wurde nicht „Zufriedenheit“ im Allgemeinen erhoben. Die Antwortskalen umfassten i. d. R. 2 – 3 Stufen („Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“) und sind einfach zu verstehen. Die Bewohner beurteilten nur die Qualitätsaspekte, die für ihre Lebenssituation relevant waren. Die Befragung begann mit einfachen und sehr konkreten Fragen, während persönlichere Fragestellungen erst zum Ende des Interviews gestellt wurden. Somit konnten die an der Befragung Teilnehmenden während des Gesprächs eine vertrauensvolle Basis zum Interviewer entwickeln. Die Interviewer wurden darin geschult, wie dieses Vertrauen systematisch unterstützt werden kann.

Ablauf und Methodik der Befragung

Nach dem Vorlesen der Fragestellung und Antwortkategorien erfolgte entweder eine sofortige Abgabe der Beurteilung der Fragestellung oder eine narrative Erinnerungsphase der Befragten. Im Falle einer narrativen Erinnerungsphase wurde im Anschluss daran die Bewer-

tung des Indikators anhand der vorgegebenen Skala erneut abgefragt. Die Interviewer nahmen hier keine eigene Bewertung aufgrund der zuerst berichteten Sachverhalte vor, sondern ermittelten die Beurteilung der Befragten gezielt und systematisch. Dies ist eine wesentliche methodische Voraussetzung, um zu vergleichbaren Ergebnissen zu gelangen. Die Effektivität des Verfahrens wurde mittels teilnehmender Beobachter, die die Bewohnerurteile ebenfalls dokumentierten, überprüft. Wesentlich für die Validität von Bewohnerurteilen ist ebenfalls, dass der Interviewer die Antworten nicht interpretiert, sondern die Beurteilungen der Bewohner eindeutig erfasst. Zu diesem Zweck wurden während der ersten Erprobungsphase bei 23 Interviews die Bewohnerantworten parallel durch eine weitere Person, die beobachtend teilnahm, erfasst. Der Grad der Übereinstimmung der Antwortnotierungen lag bei 98,2% (Minimum: 92%, Maximum: 100%). Mittels der gewählten Methodik ist es gelungen, die Bewohner zu eindeutigen Beurteilungen zu motivieren.

Ergänzend kamen optische Befragungshilfen im Großdruck (Schriftgrad 40, s. nachfolgende Abbildung) zum Einsatz, die von sehr vielen der befragten Personen gern angenommen wurden. Personen mit kurzer Aufmerksamkeitsspanne, schwerhörige oder sprachbehinderte Personen konnten hierüber die Befragung mit verfolgen und bei Bedarf auch durch Gesten beantworten. Häufig erfolgte durch das Mitlesen der Fragestellungen eine intensive Auseinandersetzung mit den abgefragten Inhalten.

Abb. 1: Auszug aus der optischen Befragungshilfe zur Bewohnerbefragung

Fragen zu Wohnen und Versorgung		
Nutzen Sie den Wäscheservice der Einrichtung?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (→ Falls nein, weiter auf S. 11)	
Bekommen Sie Ihre Wäsche sauber zurück?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> zum Teil	<input type="checkbox"/> Nein

Eine wichtige Grundlage zur Abgabe auch sozial nicht erwünschter Antworten ist die Sicherheit des Bewohners, dass seine Angaben anonym behandelt werden. Hierfür sind zwei Voraussetzungen zu erfüllen:

1. eine ausreichend hohe Anzahl an Befragungsteilnehmern in der Einrichtung und
2. die Befragten müssen den Eindruck haben, dass die Interviewer vertrauenswürdig sind und ihre Angaben nicht weitergeben.

Wichtig für ältere Menschen ist in diesem Zusammenhang auch, sich vorab auf die Befragungssituation einstellen zu können. Die Befragung wurde deshalb etwa 1-2 Wochen zuvor schriftlich angekündigt, in der ersten Erhebungsphase wurden zusätzlich Erinnerungsposter mit Fotos der Interviewer in den Wohnbereichen ausgehängt. Die Bewohner hatten so die Möglichkeit, sich vorab mit ihren Angehörigen zu verständigen, Befragungsstress wird reduziert. Alle Interviewer wurden geschult und verfügten über spezifische Kenntnisse zur Kom-

munikation in Befragungssituationen. Ein einheitlicher Umgang mit typischerweise auftretenden Problemen und Rückfragen wurde sichergestellt. Die Datenerfassung erfolgte EDV-gestützt mittels Bildschirminterview und der Software GrafStat.

Die Erprobungsphasen

Die Erprobung verlief in zwei Phasen: In Phase 1 erfolgte die Testung des Verfahrens in sieben Einrichtungen des Modellprojekts. In Phase 2 wurde das auf der Basis von Phase 1 optimierte Verfahren unter den Bedingungen eines Rotationssystems in 11 weiteren Einrichtungen getestet. Das Rotationssystem beruht auf dem Prinzip, dass mehrere Einrichtungen zur Befragungsdurchführung untereinander in der Interviewführung geschulte Mitarbeiter austauschen. Mit den einbezogenen Mitarbeitern wurde eine eintägige Schulung des ISG-Instituts mit praktischer Anwendung des Verfahrens durchgeführt. Dieses Verfahren ermöglicht eine ökonomisch günstige und unabhängige Befragung von Bewohnern. Das Verfahren wurde im Hinblick auf eine nachhaltige Einsatzmöglichkeit nach Abschluss der Modellphase so gestaltet, dass eine Anwendung durch Personen ohne sozialwissenschaftliche Ausbildung möglich ist. Die berufliche Qualifikation der in die Erprobung einbezogenen Mitarbeiter variierte deutlich (Altenpflegefachkräfte, Pflegedienstleitungen, Fachkräfte Sozialdienst, Diplom-Gerontologen).

Die Umsetzung der Schulungsinhalte

Alle elf ausgebildeten Mitarbeiter waren nach der eintägigen Schulung in der Lage die Befragungstechnik anzuwenden. zehn Interviews wurden begleitet, um die Qualität der Umsetzung beurteilen zu können. Während der Begleitung konnte eine ausreichende Qualität und Anwendung der vermittelten Befragungstechniken beobachtet werden. Die Interviewer gaben die Rückmeldung, mit dem zur Verfügung gestellten Befragungsmaterial und der Software gut zurechtgekommen zu sein. Lediglich der Datenexport erforderte in drei Fällen einen Support seitens des ISG-Instituts.

Stichprobe

In die Bewohnerbefragung wurden in der ersten Erprobungsphase alle Bewohner einbezogen, die mittels eines standardisierten Verfahrens im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten als „befragbar“ eingestuft werden konnten. Dies trifft auf ca. 37% aller Bewohner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu. Für die verbleibenden 63% der Bewohner, die nicht selbst befragbar sind, wurde jeweils ein nahestehender Angehöriger mit einem speziell für Angehörige entwickelten Fragebogen schriftlich befragt. In der zweiten Erprobungsphase war es erforderlich ein Stichprobenverfahren einzusetzen, um die von den Einrichtungen ausgetauschten Mitarbeiter für die Dauer von maximal 2 – 3 Arbeitstagen einzuplanen. Die Stichprobenbestimmung erfolgte gestaffelt und systematisch, sie ergab zwischen 33% und 100% der befragbaren Bewohner:

Tab. 7: Stichprobenbildung Rotationsverfahren

Bewohner mit einem Wert von 0 – 5 auf der Skala „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“	Stichprobenquote	Verfahrensweise zur Stichprobenziehung
1 – 30 Bewohner	100% der befragungsfähigen Bewohner sind zu befragen	Es erfolgt keine Stichprobenziehung, alle sind zu befragen
31 – 50 Bewohner	75% der befragungsfähigen Bewohner sind zu befragen	Jeder 4. Bewohner auf der alphabetischen Liste ist von der Befragung auszuschließen
51 – 100 Bewohner	50% der befragungsfähigen Bewohner sind zu befragen	Jeder 2. Bewohner auf der alphabetischen Liste ist in die Befragungsgruppe aufzunehmen
101 – 150 Bewohner	33% der befragungsfähigen Bewohner sind zu befragen	Jeder 3. Bewohner auf der alphabetischen Liste ist in die Befragungsgruppe aufzunehmen

Bei einem zukünftigen Einsatz des Verfahrens im Regelbetrieb wäre eine Stichprobenziehung nicht zu empfehlen, idealerweise sollten alle Personen einbezogen werden, die befragungsfähig sind, um das Qualitätsbild einer Einrichtung in Gänze darstellen zu können. Die durchschnittlich zu erwartenden Fallzahlen machen dies auch nicht erforderlich. Etwa 82% der Einrichtungen bundesweit hatten 2007 (Pfleigestatistik 2007) weniger als 100 Bewohner, hier ist im Durchschnitt somit von maximal 37 befragungsfähigen Personen auszugehen. Weitere 13,9% hatten zwischen 101 und 150 Bewohner, in diesen Fällen wäre im Maximalfall mit 55 Befragungsteilnehmern zu rechnen. Zusätzlich ist stets von einem Verlust an Befragungsteilnehmern durch eine Teilnahmeablehnung oder akute Erkrankung auszugehen. Mehr als 150 Bewohner leben nur in ca. 4,1% der Einrichtungen. In der Erprobungsphase konnten die Interviewer zwischen 12 und 17 Interviews (inkl. Dokumentation) an einem Arbeitstag führen. Somit sind im Durchschnitt pro Einrichtung max. 2 – 4 Arbeitstage für einen Interviewer zu veranschlagen.

In die Ergebnisermittlung der beiden Erprobungsphasen konnten von den 439 Interviews aus 18 Einrichtungen insgesamt 432 Fälle einbezogen werden. Sieben Bewohner (1,6%) konnten aufgrund einer aktuell nicht ausreichenden Orientierung nicht in die Auswertungen einbezogen werden. Zusätzlich nahmen 41 Personen an einer Wiederholungsbefragung nach einer Woche teil. 22,7% der Befragten waren männlich, 76,4% weiblich (N=415)¹³. Die Befragten waren zwischen 37 und 99 Jahre alt. 53,7% waren zwischen 80 und 89 Jahre alt, 18,8% waren bereits 90 Jahre und älter. Für die Befragungsteilnehmer der zweiten Erprobungsphase können hierzu keine Angaben gemacht werden, da aus Anonymitätsgründen auf die Erfassung der Bewohner-ID durch institutsexterne Interviewer verzichtet werden musste.

¹³ Konnte das Geschlecht nicht aus den Dokumentationsunterlagen eindeutig entnommen werden, wurde der Fall aus den geschlechtsdifferenzierten Analysen ausgeschlossen.

Tab. 8: Altersverteilung der Befragten (Erprobungsphase 1, N=149)

Alter	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
< 60	3	2,0	2,0	2,0
60 – 69	9	6,0	6,0	8,1
70 – 79	29	19,5	19,5	27,5
80 – 89	80	53,7	53,7	81,2
90 – 99	28	18,8	18,8	100,0
Gesamt	149	100,0	100,0	

Für 34,6% (N= 149) der befragten Personen lag laut Angaben der Einrichtung eine Demenzdiagnose vor.¹⁴ Das Auswahlverfahren mittels des kognitiven Status hat sich in der Praxis somit gut bewährt, da es eine gezielte Auswahl von kognitiv ausreichend orientierten Befragungsteilnehmern ermöglichte, ohne Personen mit Demenz auszugrenzen.

Tab. 9: Häufigkeit einer vorliegenden Demenzdiagnose (Erprobungsphase 1, N=149)

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
Demenzdiagnose	53	34,6	35,6	35,6
keine Demenzdiagnose	96	62,7	64,4	100,0
Gesamt	149	97,4	100,0	

57,5% der Befragungsteilnehmer waren in der Pflegestufe 1 eingruppiert, ein weiteres Drittel (33,6%) in der Pflegestufe 2. Nur in seltenen Fällen waren Bewohner der Pflegestufe 3 selbst befragbar. Für diese Bewohnergruppe wurden somit Ergebnisse vor allem über die Angehörigenbefragung erfasst.

Tab. 10: Pflegestufenverteilung der Befragungsteilnehmer (Erprobungsphase 1, N=146)

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
Keine Pflegestufe	10	6,5	6,8	6,8
Pflegestufe I	84	54,9	57,5	64,4
Pflegestufe II	49	32,0	33,6	97,9
Pflegestufe III	2	1,3	1,4	99,3
Pflegestufe III + Härtefall	1	,7	,7	100,0
Gesamt	146	95,4	100,0	

An der Angehörigenbefragung beteiligten sich insgesamt 501 Personen. Die Rücklaufquote erreichte mit 61% einen hohen Wert und erwies sich in beiden Befragungsphasen als stabil.

¹⁴ Dieser Wert muss mit Zurückhaltung bewertet werden, da es einerseits insbesondere in der Frühphase der Demenz häufig zu Fehldiagnosen kommt und es andererseits eine hohe Dunkelziffer an nicht diagnostizierten Demenzfällen in der Frühphase gibt. Ggf. werden Fehldiagnosen auch nicht ärztlicherseits in den Unterlagen korrigiert, sondern laufen weiter in der Krankengeschichte mit.

Tab. 11: Rücklaufquoten der Angehörigenbefragung (Erprobungsphase 1 und 2, N=825)

	Versand	Rücklauf	Min.	Max.	Mw.
Erprobungsphase 1 (7 Einrichtungen)	283	171	40%	93%	60%
Erprobungsphase 2 (10 Einrichtungen)	542	330	38%	86%	61%
Gesamt	825	501	38%	93%	61%

Die Angehörigen, die sich an der Befragung beteiligten, besuchen die Bewohner recht häufig. 80,2% sind mehrmals oder mindestens einmal pro Woche in der Einrichtung zu Besuch und haben somit einen persönlichen Eindruck von den Organisationsabläufen und dem Umgang des Personals mit Bewohnern und stehen im kontinuierlichen Kontakt mit ihrem Angehörigen (vgl. hierzu die folgende Tabelle):

Tab. 12: Häufigkeit der Besuche beim Angehörigen (Erprobungsphase 1 und 2, N=494)

	Häufigkeit	Prozent	kumulierte Prozente
mehrmals pro Woche	237	48,0%	48,0%
Etwa einmal pro Woche	159	32,2%	80,2%
Etwa alle 14 Tage	48	9,7%	89,9%
Etwa alle 4 Wochen	27	5,5%	95,3%
seltener als alle 4 Wochen	23	4,7%	100,0%
Gesamt	494	100,0%	

Die Befragungen erfolgten in 18 Einrichtungen (39% der am Modellprojekt beteiligten Einrichtungen) auf der Basis freiwilliger Meldungen. Darunter sind Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, privater und kommunaler Anbieter. Die Einrichtungen hatten zwischen 48 und 308 Bewohner.

4. Zur Anwendung empfohlene Indikatoren für Ergebnisqualität: Übersicht

Dieser Abschnitt gibt zunächst einen Überblick über die Indikatoren, die auf der Basis der vorliegenden Forschungsergebnisse und der eigenen Erprobungserfahrungen als ausreichend geeignet gelten dürfen für:

- seriöse Vergleiche der Ergebnisqualität verschiedener Einrichtungen (und damit für eine öffentliche Qualitätsberichterstattung),
- die Nutzung im internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen und
- eine individuelle Kontrolle von Pflegeergebnissen bei externen Qualitätsprüfungen.

Indikatoren, die nicht in allen Punkten eine grundsätzliche Eignung aufweisen, werden später dargestellt (s. Kapitel 6).

Als geeignet erwiesen sich folgende Indikatoren:

Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität
 - von Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - von Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

- Dekubitusentstehung
 - bei Bewohnern mit *geringem* Dekubitusrisiko
 - bei Bewohnern mit *hohem* Dekubitusrisiko
- Stürze mit gravierenden Folgen
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen

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)

Die Bereiche 4, 5 und der Sonderbereich zur Zusammenarbeit mit Angehörigen werden vorrangig über eine Bewohner- und Angehörigenbefragung erfasst und beinhalten folgende Indikatoren:

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
 - Bewohner ohne deutliche Mobilitätseinschränkung
 - Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität
- 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

Zu den Indikatoren finden sich in diesem Kapitel zusammenfassende Beschreibungen, die einem bestimmten Raster folgen. In einem ersten Block werden der Indikator selbst und die zu seiner Ermittlung und Bewertung vorgesehenen Schritte definiert. Hier finden sich Hinweise zu folgenden Punkten:

- *Kurzbezeichnung*: Die Kurzbezeichnung drückt in allgemeiner Form aus, worüber der Indikator eine Aussage macht. Sie dient nur der Vereinfachung in schriftlichen Formulierungen und der Diskussion, ist aber keine exakte Definition.
- *Definition*: Hier wird genauer beschrieben, welche konkreten Inhalte angesprochen sind.
- *Risikoadjustierung/Gruppenbildung*: Zur Berechnung einiger Indikatoren werden Risikogruppen unterschieden. Dies kann notwendig sein, wenn das Ergebnis stark von der jeweiligen Bewohnerstruktur abhängt. Eine Gruppenunterteilung ermöglicht dann einen Vergleich zwischen den Einrichtungen, der ansonsten nicht aussagekräftig wäre. So ist es z. B. sinnvoll, die Dekubitusinzidenz nur bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko oder nur bei Bewohnern mit niedrigem Dekubitusrisiko zu vergleichen. Denn diese beiden Gruppen sind in den Einrichtungen anteilmäßig unterschiedlich stark vertreten.
- *Zähler und Nenner*: In der Regel wird das Ergebnis der Indikatorenberechnung mit einem Anteilswert angegeben (z. B. Anteil der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung der Mobilität). Unter „Zähler“ und „Nenner“ wird beschrieben, wie der Anteilswert berechnet wird. Im „Zähler“ wird die Anzahl der Bewohner definiert, bei denen das betreffende Ereignis tatsächlich eingetreten ist. Im „Nenner“ werden diejenigen Bewohner aufgeführt, zu denen diese Anzahl in Beziehung gesetzt wird, um einen Anteilswert zu berechnen.
- *Ausgeschlossene Bewohner*: Bestimmte Bewohner werden nicht in die Berechnung einbezogen, wenn dies aus fachlichen oder methodischen Gründen nicht sinnvoll ist. Ermittelt man beispielsweise den Anteil der Bewohner, bei denen ein Erhalt oder eine Verbesserung der Mobilität erreicht wurde, so ist es nicht zweckmäßig, Bewohner mit einzubeziehen, die vor kurzem einen Schlaganfall erlitten haben. Bei ihnen hatte die Einrichtung keine Möglichkeit, das Ergebnis zu beeinflussen. *Aus der Bewertung generell ausgeschlossen werden Bewohner, die sich zu dem jeweiligen Zeitpunkt der Datenerhebungen in der Sterbephase befinden.*
- *Bewertung*: In dieser Rubrik wird erläutert, nach welchen Maßstäben das Ergebnis bewertet wird. In der Regel erfolgt eine relative Bewertung, die angibt, ob eine Einrichtung ein durchschnittliches Ergebnis aufweist oder ob das Ergebnis über bzw. unter dem Durchschnitt liegt.

Der zweite Block der Indikatorendarstellung enthält zusätzliche Erläuterungen, die u. a. verdeutlichen, warum der Indikator ausgewählt wurde und welche Aspekte seiner Nutzbarkeit im Verlauf der praktischen Erprobung überprüft werden sollen:

- *Relevanz*: Unter Relevanz wird aufgezeigt, warum der Indikator für die Beurteilung der Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen von Bedeutung ist. Diese kann sich z. B. aus gravierenden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand (z. B. Entstehung eines Dekubitus), der besonderen Häufigkeit eines Problems (z. B. von Stürzen) oder den erheblichen Auswirkungen auf das Alltagsleben (z. B. Selbständigkeit bei der Mobilität) ergeben.
- *Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung*: Sie beschreibt die Pflege-/Versorgungssensitivität des Indikators, d. h. die Möglichkeiten einer Einrichtung und ihrer Mitarbeiter, das Resultat

zu beeinflussen. Damit ein Indikator für die vergleichende Beurteilung von Ergebnisqualität geeignet ist, muss dieser Einfluss erheblich sein.

- *Einfluss der Bewohnerstruktur:* Umgekehrt machen die Hinweise zum Einfluss der Bewohnerstruktur deutlich, welche individuellen Bewohnermerkmale (die von den Einrichtungen nur bedingt beeinflussbar sind) sich auf das Gesamtergebnis einer Einrichtung auswirken können. Sie lassen auch erkennen, warum Bewohner mit bestimmten Merkmalen von der Berechnung ausgeschlossen werden.
- *Anmerkungen:* Abschließend wird auf Besonderheiten, z. B. auf den Verbreitungsgrad des Indikators, oder auf besondere Einsatzmöglichkeiten hingewiesen.

Die folgenden Indikatorenbeschreibungen beinhalten zum Teil bestimmte Bewertungsregeln, die an dieser Stelle nicht näher begründet werden. Entsprechende Erläuterungen finden sich in Kapitel 5.

4.1 Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

Indikator 1.1 Mobilitätserhalt oder -verbesserung (keine/geringe kognitive Einbußen)

Kurzbezeichnung	Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Der Grad der Mobilität wird anhand des „Neuen Begutachtungsassessments“ (NBA) mit einer fünfstufigen Bewertungsskala dargestellt.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung im Bereich „Mobilität“ am Stichtag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt.
Nenner	Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Mobilität zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.
Bewertung	Positiv bewertet wird ein hoher Anteil an Bewohnern mit Erhalt oder Verbesserung der Mobilität. Die Bewertung orientiert sich an der Verteilung der Ergebnisse und folgt einem dreistufigen Raster: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen wird als überdurchschnittlich gut bewertet. Dementsprechend werden Einrichtungen, deren Ergebnisse im unteren Viertel liegen, als unterdurchschnittlich eingestuft. Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen werden als durchschnittlich angesehen.

Relevanz	Die Förderung bzw. der Erhalt der Mobilität gehört zu den Kernaufgaben der Pflege. Mobilität ist außerdem ein entscheidender Aspekt für das allgemeine Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität der Bewohner. Sie ist von elementarer Bedeutung für den Grad der Abhängigkeit von Fremdhilfe und für die soziale Teilhabe. – Der Indikator lässt Rückschlüsse darauf zu, inwieweit sich eine Einrichtung um den Erhalt der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität bemüht.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Mobilität ist verhältnismäßig gut durch die Einrichtung und ihre Mitarbeiter zu beeinflussen, insbesondere durch gezielte Einzel- oder Gruppenaktivitäten zur Mobilitätsförderung, aber auch durch Herstellung einer sicheren und barrierefreien Umgebung, die die Eigenaktivität der Bewohner im Bereich der Mobilität unterstützt.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Mobilität ist von bestimmten Erkrankungen in besonderer Weise betroffen. Da jedoch nicht der Verlust, sondern nur der Erhalt bzw. die Verbesserung der Mobilität gewertet wird, dürfte es nur wenige Einrichtungen geben, bei denen die Bewohnerstruktur innerhalb des genannten Zeitraumes zu Entwicklungen führt, die nicht mit anderen Einrichtungen vergleichbar sind. Der Grad der Mobilität wird jedoch maßgeblich durch den kognitiven Status eines Bewohners beeinflusst. Daher werden Bewohner ohne/mit geringen kognitiven Einbußen und Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen unterschieden.
Anmerkungen	Der Bereich Mobilität wird in der Langzeitversorgung zur Beurteilung der Ergebnisqualität herangezogen. Zum Teil werden in anderen Systemen jedoch nur einzelne Aspekte abgebildet, beispielsweise die Fähigkeit, sich im Zimmer zu bewegen.

Indikator 1.2 Mobilitätserhalt oder -verbesserung (mind. erhebliche kognitive Einbußen)

Kurzbezeichnung	Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Der Grad der Mobilität wird anhand des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Bewertungsskala dargestellt.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Es werden nur Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung im Bereich „Mobilität“ am Stichtag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt.
Nenner	Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Mobilität zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.
Bewertung	Positiv bewertet wird ein hoher Anteil an Bewohnern mit Erhalt oder Verbesserung der Mobilität. Die Bewertung orientiert sich an der Verteilung der Ergebnisse und folgt einem dreistufigen Raster: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen wird als überdurchschnittlich gut bewertet. Dementsprechend werden Einrichtungen, deren Ergebnisse im unteren Viertel liegen, als unterdurchschnittlich eingestuft. Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen werden als durchschnittlich angesehen.

Relevanz	Siehe Indikator „Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern ohne/mit geringen kognitiven Einbußen“
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	
Einfluss der Bewohnerstruktur	
Anmerkungen	

Indikator 1.3 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (keine/geringe kognitive Einbußen)

Kurzbezeichnung	Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder geringe kognitive Einbußen aufweisen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat. Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen („Selbstversorgung“) wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (NBA) am Erhebungstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.
Nenner	Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.
Bewertung	Positiv bewertet wird ein hoher Anteil an Bewohnern mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit. Die Bewertung orientiert sich an der Verteilung der Ergebnisse und folgt einem dreistufigen Raster: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen wird als überdurchschnittlich gut bewertet. Dementsprechend werden Einrichtungen, deren Ergebnisse im unteren Viertel liegen, als unterdurchschnittlich eingestuft. Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen werden als durchschnittlich angesehen.

Relevanz	Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen ist für die Lebensführung von großer Bedeutung und eines der wichtigsten pflegerischen Ziele in der stationären Langzeitversorgung. Selbständigkeit in diesem Bereich bestimmt auch in hohem Maße den Pflegebedarf. – Auch dieser Indikator lässt Rückschlüsse darauf zu, inwieweit sich eine Einrichtung um die Selbständigkeit der Bewohner im Bereich der Alltagsverrichtungen bemüht.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Selbständigkeit ist gut durch die Einrichtung und die Pflegekräfte zu beeinflussen. Obwohl gerade in der stationären Pflege eine gewisse Verschlechterung der Selbständigkeit zu erwarten ist, ist es Aufgabe der Einrichtung, durch eine geeignete Unterstützung die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen zu erhalten, zu verbessern oder eine Verschlechterung zu verlangsamen.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen kann durch verschiedene Aspekte wie die Art und Schwere bestimmter Erkrankungen der Bewohner beeinflusst werden (z. B. Morbus Parkinson). Entsprechende gesundheitliche Beeinträchtigungen dürfte jedoch die große Mehrzahl der Bewohner aufweisen. Daher ist es nicht notwendig, diese Bewohner aus der Berechnung auszuschließen. Der kognitive Status eines Bewohners nimmt in hohem Maße Einfluss auf die Selbständigkeit im Bereich der Alltagsverrichtungen. Daher werden Bewohner ohne/mit geringen kognitiven Einbußen und Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen unterschieden.
Anmerkungen	Vergleichbare Indikatoren werden international zur Qualitätsmessung und -beurteilung in der Langzeitversorgung eingesetzt, z. B. im amerikanischen System „Nursing Home Compare“.

Indikator 1.4 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (mind. erhebliche kognitive Einbußen)

Kurzbezeichnung	Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat. Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet (Modul 4 „Selbstversorgung“).
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die erhebliche bis schwerste kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (NBA) am Erhebungstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.
Nenner	Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.
Bewertung	Positiv bewertet wird ein hoher Anteil an Bewohnern mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit. Die Bewertung orientiert sich an der Verteilung der Ergebnisse und folgt einem dreistufigen Raster: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen wird als überdurchschnittlich gut bewertet. Dementsprechend werden Einrichtungen, deren Ergebnisse im unteren Viertel liegen, als unterdurchschnittlich eingestuft. Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen werden als durchschnittlich angesehen.

Relevanz	Siehe Indikator „Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern ohne/mit geringen kognitiven Einbußen“
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	
Einfluss der Bewo- nerstruktur	
Anmerkungen	

Indikator 1.5 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Kurzbezeichnung	Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit in diesem Bereich innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat. Die Selbständigkeit wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet (NBA Modul 6).
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	---
Zähler	Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (NBA) am Erhebungstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.
Nenner	Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse/somnolente Bewohner, Bewohner mit völligem/weitgehendem Fähigkeitsverlust im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.
Bewertung	Positiv bewertet wird ein hoher Anteil an Bewohnern mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit. Die Bewertung orientiert sich an der Verteilung der Ergebnisse und folgt einem dreistufigen Raster: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen wird als überdurchschnittlich gut bewertet. Dementsprechend werden Einrichtungen, deren Ergebnisse im unteren Viertel liegen, als unterdurchschnittlich eingestuft. Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen werden als durchschnittlich angesehen.

Relevanz	Die selbständige Gestaltung des Lebensalltags und der sozialen Kontakte sind entscheidende Aspekte eines selbstbestimmten Lebens und eine wichtige Voraussetzung für Lebensqualität. Ziel der Pflege sollte es sein, die hierfür bedeutsamen individuellen Ressourcen zu erhalten und zu fördern.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte kann durch gezielte Bereitstellung von Unterstützung (z. B. Anleitung oder andere, edukative Maßnahmen) beeinflusst und gefördert werden.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Die Selbständigkeit in diesem Bereich kann durch die Art und Schwere kognitiver Einschränkungen beeinflusst werden. Daher werden Bewohner mit völligem/weitgehendem Fähigkeitsverlust im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten aus den Berechnungen ausgeschlossen.
Anmerkungen	Das Thema wird in anderen Ländern in dieser Form nicht als Qualitätsindikator für pflegerische Ergebnisqualität eingesetzt, aber in Bewohnerbefragungen zur Erfassung von Lebensqualität und Wohlbefinden aufgegriffen, dabei vor allem die Bereiche Autonomie und soziale Kontakte.

4.2 Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

Indikator 2.1: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko

Kurzbezeichnung	Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit geringem Dekubitusrisiko, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Das Dekubitusrisiko wird als niedrig eingestuft, wenn der Bewohner in der Lage ist, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit einem in der Einrichtung neu entstandenen Dekubitus. Bewohner, die einen Dekubitus während eines Krankenhausaufenthaltes oder vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entwickelt haben, bleiben außer Betracht.
Nenner	Alle Bewohner mit geringem Dekubitusrisiko.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohnern, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobilisierung oder Lagerung nachweislich ablehnen.
Bewertung	Die Bewertung erfolgt dreistufig mit den Ergebnissen: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Sie orientiert sich am durchschnittlichen Anteil der Bewohner mit niedrigem Risiko in der Gesamtstichprobe, die einen Dekubitus 2. bis 4. Grades entwickelt haben und der Zahl der aufgetretenen Fälle. <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen, in denen der Anteil der Bewohner mit Dekubitus maximal bei der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Risikogruppe liegt, werden als überdurchschnittlich gut bewertet. • Einrichtungen, in denen maximal ein Dekubitus aufgetreten ist <i>oder</i> in denen der Anteil von Bewohnern mit Dekubitusentwicklung zwar oberhalb des halben Gesamtdurchschnitts, jedoch unterhalb des 1,5fachen Gesamtdurchschnitts liegt, werden als durchschnittlich bewertet. • Einrichtungen, in denen mehr als ein Dekubitus aufgetreten ist und in denen der Anteil von Bewohnern mit Dekubitusentwicklung über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts liegt, werden als unterdurchschnittlich bewertet.

Relevanz	Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende, den weiteren Verlauf von Pflegebedürftigkeit und Pflege prägende Hautschädigung. Einschlägigen Studien zufolge weisen vermutlich über 2% der Pflegeheimbewohner in Deutschland ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades auf (Dassen 2007, Fraunhofer IAO 2005). Dekubitalulcera sind für die Betroffenen mit belastenden Begleiterscheinungen wie Schmerzen, Einschränkungen der Selbständigkeit oder der Notwendigkeit medizinischer Behandlung verbunden.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die Entstehung eines Dekubitus ist in hohem Maße durch eine fachgerechte Dekubitusprophylaxe vermeidbar. Allerdings wird in der Literatur auch darauf hingewiesen, dass die Entstehung eines Dekubitus nicht in allen Fällen durch pflegerische Interventionen zu verhindern ist, insbesondere wenn die gesundheitliche Situation der Betroffenen der Anwendung prophylaktischer Maßnahmen entgegensteht, eine andere Prioritätensetzung erfordert (z. B. in der terminalen Lebensphase) oder die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen beeinträchtigt (DNQP 2004).
Einfluss der Bewohnerstruktur	Das individuelle Dekubitusrisiko ist vom Vorliegen bestimmter Funktionseinschränkungen und Erkrankungen abhängig. Dazu gehören vor allem Einschränkungen der Mobilität. Auch sensorische Beeinträchtigungen und Erkrankungen, die zu einer erheblichen Störung der Durchblutung führen, erhöhen das Dekubitusrisiko. Aus diesem Grunde werden Bewohner mit hohem bzw. geringem Risiko unterschieden.
Anmerkungen	International wird das Auftreten von Dekubitalgeschwüren bei Bewohnern/Patienten stationärer Einrichtungen mit am häufigsten als Gradmesser zur Beurteilung der Pflegequalität herangezogen.

Indikator 2.2: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko

Kurzbezeichnung	Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Das Risiko wird als hoch eingestuft, wenn der Bewohner nicht in der Lage ist, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit einem in der Einrichtung neu entstandenen Dekubitus. Bewohner, die einen Dekubitus während eines Krankenhausaufenthaltes oder vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entwickelt haben, bleiben außer Betracht.
Nenner	Alle Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohnern, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobilisierung oder Lagerung ablehnen und bei denen dies dokumentiert ist.
Bewertung	Die Bewertung erfolgt dreistufig mit den Ergebnissen: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Sie folgt den gleichen Regeln wie der Indikator 2.1 „Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko“.

Relevanz	siehe Indikator „Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko“
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	
Einfluss der Bewohnerstruktur	
Anmerkungen	

Indikator 2.3: Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen

Kurzbezeichnung	Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner, bei denen es infolge eines Sturzes in der Einrichtung zu <ul style="list-style-type: none"> • einer Fraktur und/oder • einer behandlungsbedürftigen Wunde und/oder • andauernden Schmerzen und/oder • einem erhöhten Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität gekommen ist.
Nenner	Alle Bewohner
Ausgeschlossene Bewohner	komplett (auch im Bett) immobile Bewohner
Bewertung	Die Bewertung erfolgt dreistufig mit den Ergebnissen: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Sie orientiert sich am durchschnittlichen Anteil der Bewohner ohne oder mit geringen kognitiven Beeinträchtigungen, die einen Sturz mit gravierenden Folgen erlitten haben, und an der Zahl der aufgetretenen Fälle. <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen, in denen der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen maximal bei der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Risikogruppe liegt, werden als überdurchschnittlich gut bewertet. • Einrichtungen, in denen maximal ein Bewohner gravierende Sturzfolgen erlitten hat oder in denen der Anteil dieser Bewohner zwar oberhalb des halben Gesamtdurchschnitts, jedoch unterhalb des 1,5fachen Gesamtdurchschnitts liegt, werden als durchschnittlich bewertet. • Einrichtungen, in denen mehr als ein Bewohner gravierende Sturzfolgen erlitten hat und in denen der Anteil dieser Bewohner über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts liegt, werden als unterdurchschnittlich bewertet.
Relevanz	Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen weisen aufgrund ihrer funktionellen Beeinträchtigungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Sturzrisiko auf. Studien lassen vermuten, dass in über 10% der Stürze von Heimbewohnern behandlungsbedürftige körperliche Folgen auftreten. Es ist die Aufgabe von Pflegeeinrichtungen, das individuelle Sturzrisiko ihrer Bewohner einzuschätzen und bei Bedarf geeignete Maßnahmen zur Sturzprävention und zur Minimierung von Sturzfolgen einzuleiten (DNQP 2006b).
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Durch Einleitung individuell geeigneter Maßnahmen lässt sich sowohl die Zahl der Stürze als auch das Auftreten gravierender Sturzfolgen unter den Bewohnern reduzieren. Weitgehende Gestaltungs- und somit Einflussmöglichkeiten haben die Einrichtungen hier hinsichtlich der Umgebungsgestaltung (extrinsische Risikofaktoren) und Bereitstellung bzw. Vermittlung geeigneter Hilfsmittel (zur Kompensation bewohnerbezogener Risiken bzw. Minimierung von Sturzfolgen).
Einfluss der Bewohnerstruktur	Das individuelle Sturzrisiko hängt stark von bestimmten Funktionseinschränkungen ab, insbesondere von kognitiven Einbußen. Einzelne Erkrankungen (z. B. Osteoporose) oder deren Therapie (z. B. die Einnahme blutverdünnender Mittel) können das Risiko, bei einem Sturz gravierende Folgen zu erleiden, erhöhen. Dass dieser Fall tatsächlich eintritt, ist allerdings selten und kann bei der Beurteilung von Ergebnisqualität vernachlässigt werden.
Anmerkungen	Die Zahl der Stürze mit gravierenden Folgen wird als aussagekräftiger als die bloße Sturzhäufigkeit betrachtet, wenn Ergebnisqualität beurteilt werden soll.

Indikator 2.4: Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen

Kurzbezeichnung	Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die erhebliche oder schwere kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner, bei denen es infolge eines Sturzes in der Einrichtung zu <ul style="list-style-type: none"> • einer Fraktur und/oder • einer behandlungsbedürftigen Wunde und/oder • andauernden Schmerzen und/oder • einem erhöhten Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität gekommen ist.
Nenner	Alle Bewohner
Ausgeschlossene Bewohner	komplett (auch im Bett) immobile Bewohner
Bewertung	Die Bewertung erfolgt dreistufig mit den Ergebnissen: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Sie erfolgt nach den gleichen Regeln wie bei Indikator 2.3,

Relevanz	siehe Indikator „Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern ohne/mit geringen kognitiven Einbußen“
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	
Einfluss der Bewohnerstruktur	
Anmerkungen	

Indikator 2.5: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen

Kurzbezeichnung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die in den vergangenen sechs Monaten unbeabsichtigt mehr als 10% ihres Körpergewichtes verloren haben.
Nenner	Alle Bewohner.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, bei denen medizinische Gründe (z. B. eine Krebserkrankung, Amputationen von Gliedmaßen oder eine medikamentöse Ausschwemmung) den Gewichtsverlust erklären.
Bewertung	<p>Die Bewertung erfolgt dreistufig mit den Ergebnissen: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Sie orientiert sich am durchschnittlichen Anteil der Bewohner ohne oder mit geringen kognitiven Beeinträchtigungen, die einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten haben, und an der Zahl der aufgetretenen Fälle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen, in denen der Anteil der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust maximal bei der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Risikogruppe liegt, werden als überdurchschnittlich gut bewertet. • Einrichtungen, in denen maximal ein Bewohner einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten hat oder in denen der Anteil dieser Bewohner zwar oberhalb des halben Gesamtdurchschnitts, jedoch unterhalb des 1,5fachen Gesamtdurchschnitts liegt, werden als durchschnittlich bewertet. • Einrichtungen, in denen mehr als ein Bewohner einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten hat und in denen der Anteil dieser Bewohner über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts liegt, werden als unterdurchschnittlich bewertet.

Relevanz	Die Studienlage lässt keine präzise Einschätzung der Prävalenz von Ernährungsproblemen unter Heimbewohnern zu. Allerdings ist bekannt, dass insbesondere alte, multimorbide Menschen ein hohes Risiko haben, Ernährungsdefizite zu entwickeln. Es ist davon auszugehen, dass über 40% der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme benötigen (Wingenfeld/Schnabel 2002). Aufgabe von Pflegeeinrichtungen ist es, eine angemessene Ernährung ihrer Bewohner so weit wie möglich zu fördern und sicherzustellen.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, durch ein individuelles Ernährungsmanagement die bedarfs- und bedürfnisgerechte Ernährung ihrer Bewohner zu unterstützen. Dies umfasst z. B. die Einschätzung und Bewertung individueller ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme und die Gewährleistung angemessener Unterstützung bei der Nahrungszubereitung und -aufnahme. Auch auf institutioneller Ebene können Pflegeeinrichtungen durch Schaffung eines geeigneten Nahrungsangebotes und entsprechender räumlicher Voraussetzungen einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung und Minimierung von Ernährungsproblemen leisten (DNQP 2008).
Einfluss der Bewohnerstruktur	Die Entwicklung des Körpergewichts kann im Einzelfall stark durch bestimmte Erkrankungen beeinflusst werden. Dazu zählen z. B. maligne Tumorerkrankungen oder Schluck- und Verdauungsstörungen. Außerdem ist bekannt, dass bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen die Gefahr einer Mangelernährung steigt.
Anmerkungen	In anderen Ländern wird das Körpergewicht oft als Qualitätsindikator herangezogen. Die Erfassung signifikanter Gewichtsverluste wird dabei als aussagekräftiger betrachtet als die Bestimmung des BMI.

Indikator 2.6: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen

Kurzbezeichnung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die erhebliche oder schwere kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die in den vergangenen sechs Monaten mehr als 10% ihres Körpergewichtes verloren haben.
Nenner	Alle Bewohner.
Ausgeschlossene Bewohner	Wie Indikator 2.5
Bewertung	Wie Indikator 2.5.

Relevanz	siehe Indikator 2.5 „Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen“
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	
Einfluss der Bewohnerstruktur	
Anmerkungen	

4.3 Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

Indikator 3.1 Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug

Kurzbezeichnung	Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner, bei denen innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt und ausgewertet wurde. Ein Integrationsgespräch wird mit dem Bewohner und/oder ggf. dessen Angehörigen oder anderen Bezugspersonen geführt. Die Inhalte und Ergebnisse werden dokumentiert.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	---
Zähler	Anzahl der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind und für die die Ergebnisse eines Integrationsgespräches innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Heimeinzug dokumentiert sind.
Nenner	Anzahl der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die schon länger als sechs Monate in der Einrichtung leben
Bewertung	Die Bewertung erfolgt durch die Untersteilung: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Einrichtungen, die Anteile über 75% erreichen, werden als überdurchschnittlich bewertet. Einrichtungen, die einen Anteil von über 50% bis maximal 75% aufweisen können, werden als durchschnittlich eingestuft. Als unterdurchschnittlich werden Einrichtungen eingeordnet, die Anteile von 50% oder weniger erreichen. Diese Grenzwerte müssen möglicherweise bei einem regelhaften Einsatz angepasst werden, da davon ausgegangen werden kann, dass sich der Erfüllungsgrad des Indikators zukünftig erhöhen wird.

Relevanz	Ein Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung stellt ein einschneidendes Lebensereignis dar. Die betreffenden Bewohner müssen verschiedene Verlusterfahrungen bewältigen, vor allem den Verlust der vertrauten Wohnumgebung und des bisherigen sozialen Umfelds. Sie sind zugleich mit einer völlig neuen Lebensumgebung konfrontiert. Um das Einleben in die Pflegeeinrichtung systematisch zu unterstützen, sollte u. a. ein Integrationsgespräch mit dem neuen Bewohner und/oder den Angehörigen geführt werden. Das Integrationsgespräch soll dazu dienen, den Stand des Einlebens gemeinsam mit dem Bewohner zu reflektieren, um Lösungen für mögliche Probleme zu finden und den individuellen Bedürfnissen des Bewohners besser gerecht zu werden.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die Häufigkeit von Integrationsgesprächen hängt wesentlich von der Einrichtung ab. Sie sollte die hierfür notwendigen Strukturen und Prozesse gewährleisten.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Der Indikator ist weitgehend unabhängig von der Bewohnerstruktur.
Anmerkungen	Das Thema Heimeinzug wird national und international in verschiedenen Systemen aufgegriffen, z. B. in den Transparenzkriterien, im Heimverzeichnis der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V., in den Referenzmodellen zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege und in den National Care Standards Scotland.

Indikator 3.2 Einsatz von Gurtfixierungen

Kurzbezeichnung	Einsatz von Gurtfixierungen
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden. Die kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen werden mit Hilfe der Module „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ aus dem „Neuen Begutachtungsassessment“ eingeschätzt.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	---
Zähler	Anzahl der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten, bei denen innerhalb der letzten vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.
Nenner	Alle Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen oder Verhaltensauffälligkeiten
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse Bewohner und Bewohner, die keine/geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) und auch keine Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (NBA Modul 3) aufweisen.
Bewertung	Die Bewertung orientiert sich an der Verteilung der Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Wenn nur bei einem Bewohner oder bei maximal bei der Hälfte des Gesamtdurchschnitts Gurtfixierungen vorgenommen wurden, wird ein überdurchschnittliches Ergebnis ausgewiesen. • Wurden Gurtfixierungen bei mehr als einem Bewohner vorgenommen und liegt der Anteil zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen Gesamtdurchschnitt, wird das Ergebnis als durchschnittlich eingeordnet. • Liegt das Ergebnis über dem 1,5fachen Gesamtdurchschnitt, wird es als unterdurchschnittlich bewertet.
Relevanz	Gurtfixierungen werden Studien zufolge bei 5-10% der Heimbewohner in Deutschland angewandt (AGP Institut 2007). Sie sind häufig eine schwerwiegende Belastung für den Bewohner, verhindern Eigenaktivität und können sogar kognitive Verschlechterungen provozieren. Direkte körperliche Folgen werden ebenfalls beobachtet. Psychische Konsequenzen sind ggf. Gefühle der Erniedrigung, Depression und Angst. Darüber hinaus gehen Gurtfixierungen mit sozialer Isolation einher, was sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit und die Lebensqualität auswirken kann.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen kann durch die Pflege beeinflusst werden. Pflegekräfte haben direkten Einfluss auf die Häufigkeit von Fixierungsmaßnahmen.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen ist von der Bewohnerstruktur abhängig, insbesondere von dem Vorliegen psychischer Erkrankungen und kognitiver Beeinträchtigungen.
Anmerkungen	Fixierungsmaßnahmen werden als Maßstab für die Qualitätsbeurteilung in der Langzeitversorgung sowie im Krankenhausbereich recht häufig eingesetzt, beispielsweise in den USA, den Niederlanden und in Australien sowie in Deutschland in einem Projekt der Sozial Holding Mönchengladbach. Unterschiede bestehen teilweise im Hinblick auf die Art der Fixierungen, die eingeschlossen werden.

Indikator 3.3 Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen

Kurzbezeichnung	Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
Indikator (Definition)	<p>Anteil der Bewohner mit kognitiven Einbußen, bei denen eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt.</p> <p>Als ausreichend differenziert wird die Einschätzung mit einem Instrument angesehen, das eine Erfassung der Auftretenshäufigkeit und eine Bewertung der Relevanz für die individuelle Unterstützung verlangt. Die Instrumente sollten dabei u. a. folgende Verhaltensweisen gesondert erfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten • Physisch aggressives Verhalten gegen Personen • Verbal aggressives Verhalten • Selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten • Ablehnung notwendiger Unterstützung (z. B. bei der Nahrungsaufnahme) • Angstzustände.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Es werden nur Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen Verhaltensauffälligkeiten mit Hilfe der o. g. Instrumente eingeschätzt wurden.
Nenner	Anzahl der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen
Ausgeschlossene Bewohner	Komatöse Bewohner
Bewertung	<p>Die Bewertung folgt einem dreistufigen Raster: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Einrichtungen, die Anteile von über 75% erreichen, werden als überdurchschnittlich bewertet. Einrichtungen mit einem Anteil über 50% bis maximal 75% gelten als durchschnittlich. Als unterdurchschnittlich werden Einrichtungen eingestuft, deren Anteilswert bei 50% oder darunter liegt.</p> <p>Da davon ausgegangen werden kann, dass sich der Anteil der durchgeführten Einschätzungen bei einem regelhaften Einsatz des Indikators in den Einrichtungen erhöhen wird, muss die Bewertungssystematik im Laufe der Zeit ggf. angepasst werden.</p>

Relevanz	Verhaltensauffälligkeiten treten im Verlauf von Demenzerkrankungen häufig auf. Voraussetzung für wirksame Hilfen im Zusammenhang mit Verhaltensproblemen ist deren differenzierte Erfassung und Beurteilung im Rahmen des pflegerischen Assessments. Dazu muss die Pflegeeinrichtung über geeignete Instrumente verfügen.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die Durchführung einer kriteriengestützten Einschätzung als Voraussetzung für eine adäquate Unterstützung verhaltensauffälliger Bewohner liegt ausschließlich im Ermessen der Einrichtung.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Der Indikator ist unabhängig von der Bewohnerstruktur.
Anmerkungen	Eine differenzierte Einschätzung problematischer Verhaltensweisen von Heimbewohnern wird als notwendiger Bestandteil des pflegerischen Assessments betrachtet und empfohlen.

Indikator 3.4 Schmerzmanagement

Kurzbezeichnung	Schmerzmanagement
Indikator (Definition)	Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Einbezogen werden nur Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik.
Zähler	Anzahl der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.
Nenner	Alle Bewohner mit Schmerzproblematik
Ausgeschlossene Bewohner	---
Bewertung	<p>Die Bewertung orientiert sich an den erreichten Anteilswerten aller Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen, in denen bei mehr als 90% der Bewohner eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist, werden als überdurchschnittlich gut bewertet. • Einrichtungen, in denen bei 70% bis 90% der Bewohner eine Schmerzeinschätzung vorliegt, werden als durchschnittlich bewertet. • Einrichtungen, in denen bei weniger als 70% der einbezogenen Bewohner eine Schmerzeinschätzung vorliegt, werden als unterdurchschnittlich bewertet. <p>Die Tragfähigkeit dieser Bewertung wäre anhand von Erfahrungen mit dem Einsatz des Indikators in der Breite der Versorgung regelmäßig zu überprüfen und ggf. anzupassen.</p>
Relevanz	<p>Insbesondere ältere, mehrfachkranke Menschen haben ein hohes Risiko, unter Schmerzen zu leiden (Robert Koch-Institut 2009). Es ist Aufgabe der Pflegeeinrichtungen, für diese Bewohner ein individuelles Schmerzmanagement anzubieten, das zu einem bedarfs- und bedürfnisgerechten Umgang mit der Schmerzproblematik und einer Minimierung von Schmerzen beiträgt. Wesentliche von der Einrichtung zu verantwortende Bestandteile des Schmerzmanagements sind das Erkennen einer Schmerzproblematik, die systematische Einschätzung der individuell vorhandenen Schmerzen und die Information der an der Schmerzbehandlung beteiligten Therapeuten (DNQP 2005).</p>
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die benannten Anforderungen sind für stationäre Pflegeeinrichtungen auch ohne das Mitwirken an der Versorgung beteiligter Kooperationspartner zu verwirklichen.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Auf die Durchführung der genannten Prozesskriterien hat die Bewohnerstruktur keinen Einfluss. Lediglich Bewohner, die eine systematische Schmerzerfassung nicht wünschen, können das Ergebnis beeinflussen.
Anmerkungen	International wird das Thema Schmerz bei der Beurteilung der Versorgungsqualität häufig herangezogen. Im Sinne eines Ergebnisindikators findet es, abgesehen von den USA, allerdings vor allem im akutmedizinischen Bereich (z. B. zur Überprüfung des Erfolgs der Schmerztherapie nach operativen Eingriffen) oder bei der Beurteilung eines Versorgungssystems insgesamt (unter Berücksichtigung aller beteiligten Versorgungspartner) Anwendung.

4.4 Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung

Indikator 4.1 Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Beurteilung der Sauberkeit und des Geruchs (Bewohner-/Angehörigensicht)
Definition	Beurteilung der Sauberkeit (a) des Zimmers, (b) des Bades und der Toilette, (c) der Einrichtung und (d) des Geruchs in der Einrichtung.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	1. Anteil positiver Antworten zu Sauberkeit und Geruch an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht 2. Anteil positiver Antworten zu Sauberkeit und Geruch an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht
Ausgeschlossene Bewohner	Keine
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Eine bedürfnisgerechte Sauberkeit der persönlichen Räume und eine allgemein anerkannte Sauberkeit des Gemeinschaftsbereichs sind ebenso wie Vermeidung von Geruchsbelästigung Teil der Lebensqualität. Sie sind Teil des Wohnkomforts, der von 54% der in INSEL befragten Altenheimbewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität bezeichnet wird (vgl. INSEL 2009).
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die Einrichtung kann die Sauberkeit in hohem Maß beeinflussen.
Einfluss der Bewo- nerstruktur	Ist nicht gegeben.
Anmerkungen	--

Indikator 4.2 Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation

Kurzbezeichnung	Beurteilung der Wäscheversorgung (Bewohner-/Angehörigensicht)									
Definition	Bewertung der Wäscheversorgung in Hinblick auf (a) Sauberkeit, (b) ausreichend schnelle, (c) vollständige und (d) unbeschädigte Wäscherückgabe im letzten halben Jahr.									
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine									
Zähler	Anzahl der positiven Antworten									
Nenner	Alle gültigen Antworten									
Ergebnis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien: Sauberkeit der Wäsche, ausreichend schnelle, vollständige und unbeschädigte Wäscherückgabe im letzten halben Jahr an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht. 2. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien: Sauberkeit der Wäsche, ausreichend schnelle, vollständige und unbeschädigte Wäscherückgabe im letzten halben Jahr an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht. <p><i>In Ergänzung zu den Befragungsergebnissen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Durchschnittliche Dauer der Wäscherückgabe laut Angaben der Einrichtung. 									
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner und Angehörige von Bewohnern, die den Service nicht nutzen.									
Bewertung	<p>Zur Bewertung der Ergebnisse 1 und 2 wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).</p> <p>Ergebnis 3 wird wie folgt bewertet:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bewertung des Ergebnisses</th> <th>Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... % ab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>überdurchschnittliches Ergebnis</td> <td>unter - 1 Tag</td> </tr> <tr> <td>durchschnittliches Ergebnis</td> <td>+/- 1 Tag</td> </tr> <tr> <td>unterdurchschnittliches Ergebnis</td> <td>über + 1 Tag</td> </tr> </tbody> </table>		Bewertung des Ergebnisses	Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... % ab	überdurchschnittliches Ergebnis	unter - 1 Tag	durchschnittliches Ergebnis	+/- 1 Tag	unterdurchschnittliches Ergebnis	über + 1 Tag
Bewertung des Ergebnisses	Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... % ab									
überdurchschnittliches Ergebnis	unter - 1 Tag									
durchschnittliches Ergebnis	+/- 1 Tag									
unterdurchschnittliches Ergebnis	über + 1 Tag									
Relevanz	Auf der Basis der Ergebnisse der MUG IV-Untersuchung (Schneekloth/Wahl 2007) und nach Erfahrungen der Einrichtungen wird der Wäscheversorgung aus Bewohnersicht eine hohe Relevanz beigemessen. An diesem Punkt treten häufig Konflikte auf. Sie ist Teil der Servicequalität, die von 63% der Bewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität benannt wird (vgl. INSEL 2009).									
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die Einrichtung kann die Verlässlichkeit und Vollständigkeit in der Wäscheversorgung in hohem Maß beeinflussen.									
Einfluss der Bewohnerstruktur	Ist nicht gegeben									
Anmerkungen	--									

Indikator 4.3 Unterstützung der Bewohner aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Beurteilung der Unterstützung für Bewohner (Bewohnersicht)
Definition	Erfasst wird das Ausmaß ausreichender Unterstützung von Bewohnern mit einem Unterstützungsbedarf in den Bereichen: Stuhlgang und Wasserlassen, Positionswechsel im Bett, Aufstehen aus einem Stuhl oder Sessel, Mobilität oder allgemeiner Hilfebedarf.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	Anteil positiver Antworten zur ausreichend schnellen Unterstützung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die in keinem der benannten Bereiche einen Unterstützungsbedarf angeben
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Die Unterstützung der Bewohner findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Systemen und Standards als relevantes Kriterium. Sie betrifft zentrale Versorgungsbereiche und fehlende Unterstützung bedeutet einen zentralen Eingriff in die Lebensqualität. Die Unterstützung bei Einschränkungen wird von 74% der Bewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität bezeichnet, nur 12,6% stufen dies als „nicht so wichtig“ ein (vgl. INSEL 2009).
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die Einrichtung kann eine ausreichend schnelle Unterstützung in hohem Maß beeinflussen.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Der Umfang der Gruppe mit Unterstützungsbedarf in den benannten Bereichen kann je nach Bewohnerstruktur stark variieren.
Anmerkungen	--

Indikator 4.4 Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Beurteilung der Qualität des Mahlzeiten- und Getränkeangebots (Bewohner-/Angehörigensicht)
Definition	Bewertung des Mahlzeiten- und Getränkeangebotes in Hinblick auf Geschmack von Speisen und Getränken, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur der Speisen
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	1. Anteil positiver Antworten bezogen auf das Mahlzeiten- und Getränkeangebot an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht 2. Anteil positiver Antworten bezogen auf das Mahlzeiten- und Getränkeangebot an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht
Ausgeschlossene Bewohner	Keine
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Die Qualität des Mahlzeiten- und Getränkeangebotes wird von 57% der Bewohner als sehr wichtige Dimension ihrer Lebensqualität benannt, nur 18% schätzen dies als „nicht so wichtig“ ein (vgl. INSEL 2009). Der Indikator findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Systemen und Standards als relevantes Kriterium.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Die Einrichtung kann das Ergebnis mittels der Qualität im Einkauf, der Zubereitung der Mahlzeiten, der Variationsbreite der Angebote und der Berücksichtigung von Bewohnerwünschen stark beeinflussen.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Ist nicht gegeben
Anmerkungen	Ein alternativ erprobtes Verfahren zur vergleichbaren Erfassung des Erreichungsgrades der Qualität des Mahlzeitenangebotes anhand der Kriterien des Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zum Einsatz von Lebensmitteln im Gesamtangebot der Vollverpflegung mittels Speiseplananalyse hat sich in der Erprobungsphase nicht bewährt.

4.5 Tagesgestaltung und soziale Beziehungen

Indikator 5.1 Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Beurteilung der Tagesstrukturierung als bedürfnisgerecht (Bewohnersicht)
Definition	Grad der Bedürfnisdeckung individuell positiver bewerteter Zeiten in den Bereichen Essenszeiten, Aufstehzeiten und Schlafenszeiten.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	Anteil der Antworten, die eine Bedürfnisdeckung angeben, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht. Ausgeschlossen werden Fälle fehlender Bedürfnisdeckung, wenn die zugrunde liegende Ursache nicht durch die Einrichtung beeinflusst werden kann.
Ausgeschlossene Bewohner	Nicht befragbare Bewohner. Angehörige werden nicht zur Beurteilung einbezogen.
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Selbstbestimmung wird von 68,8% der im INSEL-Projekt befragten Bewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität betrachtet (vgl. INSEL 2009), nur 8% halten sie für nicht so wichtig. Eine individuell angepasste Tagesstrukturierung ist in der Versorgung von Menschen mit Demenz von besonderer Relevanz (vgl. z. B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2008)
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Das Ergebnis ist durch eine bedürfnisgerechte und flexible Zeitorganisation der Versorgungsleistungen gut zu beeinflussen. An dieser Stelle kommt es darauf an, inwieweit die bestehenden Wahlmöglichkeiten dem Bewohner tatsächlich vermittelt oder aktiv angeboten werden.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Ist nicht gegeben
Anmerkungen	--

Indikator 5.2 Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Bedürfnisgerechte Beschäftigung (Bewohner- und Angehörigensicht)
Definition	Grad der Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung (passende Angebote und Ermöglichung von Spaziergängen).
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	1. Anteil positiver Antworten zur Bedürfniserfüllung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht 2. Anteil positiver Antworten zur Bedürfniserfüllung an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die keine Aktivitäts- oder Freizeitmöglichkeiten wünschen
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Ein bedürfnisgerechtes und anregendes Aktivitätsangebot ist von hoher Relevanz und findet sich in verschiedenen nationalen und internationalen Studien zur Identifizierung von Lebensqualität wieder. Mehr als die Hälfte der Bewohner (52%) geben Anregung und sinnvolle Beschäftigung als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität an (vgl. INSEL 2009), nur 24% halten dies für nicht so wichtig.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Ist gegeben durch eine individuell auf den Bewohner abgestimmte Angebotsstruktur.
Anmerkungen	--

Indikator 5.3 Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung

Kurzbezeichnung	Teilnahmehäufigkeit Aktivitäten mobiler Bewohner
Definition	Quote der Bewohnerschaft, die an mind. 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen hat.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der Einschränkung der Mobilität. Es werden nur Personen ohne Mobilitätseinschränkungen oder mit einem geringeren Grad der Mobilitätseinschränkung (Score 0 bis 6 im Modul Mobilität, NBA) einbezogen.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die an mind. 3 Angeboten in 7 Tagen teilgenommen haben.
Nenner	Alle Bewohner (ohne „ausgeschlossene Bewohner“)
Ergebnis	Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen haben
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die prinzipiell eine Teilnahme an Einzel- und Gruppenaktivitäten ablehnen oder gesundheitsbedingt nicht teilnehmen können, dies sind: a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Ein bedürfnisgerechtes und anregendes Aktivitätsangebot ist von hoher Relevanz und findet sich in verschiedenen nationalen und internationalen Studien zur Identifizierung von Lebensqualität wieder. Mehr als die Hälfte der Bewohner (52%) geben Anregung und sinnvolle Beschäftigung als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität an (vgl. INSEL 2009), nur 24% halten dies für nicht so wichtig. Dabei gilt auch die passive Möglichkeit der Teilnahme als Anregung (vgl. Kruse 2006)
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Eine attraktive, bedürfnisgerechte und individuelle Gestaltung der Angebotsstruktur und die Sicherung des Transfers von mobilitätseingeschränkten Personen zu den Angeboten erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme an Aktivitäten.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Ein hoher Anteil depressiver Bewohner könnte ggf. einen Einfluss auf die durchschnittliche Bereitschaft zur Teilnahme an Aktivitäten haben.
Anmerkungen	--

Indikator 5.4 Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität

Kurzbezeichnung	Teilnahmehäufigkeit Aktivitäten mobilitätseingeschränkter Bewohner
Definition	Quote der Bewohnerschaft, die an mind. 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen hat.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der Einschränkung der Mobilität. Es werden nur Personen mit deutlich eingeschränkter Mobilität (Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA) einbezogen.
Zähler	Anzahl der Bewohner, die an mind. 3 Angeboten in 7 Tagen teilgenommen haben.
Nenner	Alle Bewohner (ohne „ausgeschlossene Bewohner“)
Ergebnis	Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen haben
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die prinzipiell eine Teilnahme an Einzel- und Gruppenaktivitäten ablehnen oder gesundheitsbedingt nicht teilnehmen können, dies sind: a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	s. Indikator 5.3
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	s. Indikator 5.3
Einfluss der Bewohnerstruktur	s. Indikator 5.3
Anmerkungen	--

Indikator 5.5 Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität

Kurzbezeichnung	Aktionsradius immobile Bewohner
Definition	Gemessen wird, an wie vielen Tagen der Woche sich ein Bewohner der Einrichtung im Durchschnitt außerhalb des Zimmers aufgehalten hat unter Berücksichtigung des Grades der Selbständigkeit der Mobilität.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Personen mit deutlich eingeschränkter Mobilität (schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bis zu völligem Verlust der Selbständigkeit im Bereich Mobilität, Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA)
Zähler	Anzahl der Tage, die außerhalb des Zimmers verbracht wurden
Nenner	Anzahl der Bewohner
Ergebnis	Durchschnittliche Anzahl der Tage pro Woche, an denen sich ein Bewohner außerhalb des Zimmers aufgehalten hat.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die prinzipiell ein Verlassen des Zimmers ablehnen oder gesundheitsbedingt das Zimmer nicht verlassen konnten, dies sind: a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird ein am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt. Es werden die gleichen Ergebnisklassen, wie in der Bewohner- und Angehörigenbefragung genutzt (vgl. hierzu 5.4). Zusätzlich empfiehlt sich in Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen in diesem Bereich (z. B. 2 Tage unterhalb des Durchschnittswertes) eine externe Prüfung, inwiefern im Pflege- und Betreuungsprozess geeignete Transferunterstützungsmaßnahmen geplant und durchgeführt werden. Das Prüfungsergebnis fließt jedoch nicht in die Bewertung ein.

Relevanz	Der Aktionsradius bildet eine wesentliche Grundlage zur Teilhabe am sozialen Leben einer Einrichtung. Die mögliche Anregung, die Bewohner in einer Einrichtung erleben, hängt damit zusammen, inwieweit sie trotz Mobilitätseinschränkung ihr Zimmer verlassen können. Außerhalb des Zimmers bietet sich sowohl die Möglichkeit zur aktiven Kommunikation und Kontaktaufnahme zu anderen Personen und zum Personal, als auch die Möglichkeit zur passiv beobachtenden Teilhabe am Gruppengeschehen. Zustände der sozialen Deprivation werden vermieden.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Das Ergebnis ist gut beeinflussbar und hängt eng mit der beim Transfer aus dem Zimmer erbrachten Unterstützungsleistung zusammen
Einfluss der Bewohnerstruktur	Keine
Anmerkungen	--

Indikator 5.6 Respektvoller Umgang aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Respektvoller Umgang mit Bewohnern (Bewohner-/Angehörigensicht)
Definition	Ausmaß respektvoller Behandlung anhand der Kriterien (a) angemessene Anrede, (b) respektvolle Behandlung durch die Mitarbeiter, (c) Mitarbeiter hören zu, (d) keine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	1. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien respektvoller Behandlung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht 2. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien respektvoller Behandlung an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht
Ausgeschlossene Bewohner	keine
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Eine respektvolle Behandlung ist als sehr relevant einzustufen. Dieser Aspekt findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Qualitätsmanagementsystemen, Standards und Studien als relevant wieder. 73% der befragten Bewohner geben an, dass „Würde“ und das „Gefühl, von anderen respektiert zu werden“ für sie eine sehr wichtige Dimension der Lebensqualität sei. Lediglich 6,5% halten dies für „nicht so wichtig“ (vgl. INSEL 2009).
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Der Indikator ist durch das Verhalten der Mitarbeiter in der alltäglichen Versorgungspraxis gut zu beeinflussen.
Einfluss der Bewo- hnerstruktur	Ist nicht gegeben
Anmerkungen	--

Indikator 5.7 Privatheit aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Privatheit (Bewohner-/Angehörigensicht)
Definition	Ausmaß der Möglichkeiten zur Wahrung der Privatheit anhand der Kriterien (a) Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen, (b) Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten, (c) Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern, (d) unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglichkeit
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	1. Anteil positiver Antworten zu den Möglichkeiten der Wahrung von Privatheit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht 2. Anteil positiver Antworten zu den Möglichkeiten der Wahrung von Privatheit an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht
Ausgeschlossene Bewohner	Das Kriterium (a) wird für Bewohner, die aufgrund kognitiver Funktionseinbußen keinen Schlüssel mehr verwalten können, ausgeschlossen.
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Privatheit ist von hoher subjektiver Relevanz für Bewohner. 75% der Bewohner sehen dies als sehr wichtige Dimension ihrer Lebensqualität an, nur 9% halten dies für „nicht so wichtig“ (vgl. INSEL 2009). Das Projekt H.I.L.DE. (2006) erfasste Privatheit als wichtiges Kriterium für die positive Assoziation eines Ortes.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Das Ergebnis beruht vorrangig auf der Organisationspraxis und dem Verhalten der Mitarbeiter im Pflegealltag und ist somit gut zu beeinflussen.
Einfluss der Bewo- hnerstruktur	Keine
Anmerkungen	--

Indikator 5.8 Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Ergebnisse des Beschwerdemanagements (Angehörigensicht)
Definition	Erfasst wird, ob die letzte Beschwerde aus Angehörigensicht ausreichend bearbeitet wurde, d. h. aus Sicht der Angehörigen entweder eine Problemlösung erreicht wurde oder der Eindruck besteht, dass sich die Einrichtung ausreichend um eine Lösung des Problems bemüht hat ¹⁵ .
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der Beschwerden, die als ausreichend bearbeitet eingestuft werden
Nenner	Anzahl aller gültigen Antworten zur Bewertung des letzten Beschwerdefalls
Ergebnis	Anteil der positiven Antworten an allen gültigen Antworten zum Beschwerdemanagement.
Ausgeschlossene Angehörige	Angehörige, die noch keine Beschwerde geführt haben.
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Die Möglichkeit zur Einflussnahme auf Dinge, die aus subjektiver Sicht nicht zufriedenstellend sind, ist ein relevanter Faktor, der sich in diversen Qualitätsmanagementsystemen wiederfindet.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Der Indikator ist durch ein gut funktionierendes Beschwerdemanagement der Einrichtung gut zu beeinflussen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Rückmeldung an die Beschwerdeführer.
Einfluss der Bewohner- struktur	Keine
Anmerkungen	Die Ergebnisermittlung über eine Bewohnerbefragung erwies sich in der ersten Erprobungsphase als schwierig. Es konnten nur geringe Fallzahlen ermittelt werden, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse fraglich erscheinen lässt.

¹⁵ Dieser Indikator stellt ein Teilergebnis des Indikators „Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen“ dar – vgl. Kapitel 4.6.

Indikator 5.9 Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Ausreichende Mitarbeiterzeit (Bewohner-/Angehörigensicht)
Definition	Ermittelt wird der Grad der Bedürfnisdeckung der Bewohnerschaft bezogen auf die Zeit, die Mitarbeiter im subjektiven Empfinden der Bewohnerschaft für sie zur Verfügung haben. Erfasst wird hier keine Quantität an Zeit, sondern die Beurteilung des Bewohners, ob die Zeit der Mitarbeiter für die eigene Person als ausreichend wahrgenommen wird.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	1. Anteil positiver Antworten zur Bedürfnisdeckung an Mitarbeiterzeit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht 2. Anteil positiver Bewertungen zur Bedürfnisdeckung an Mitarbeiterzeit an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht.
Ausgeschlossene Bewohner	Keine
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Die Erfüllung des Bedürfnisses nach sozialen Kontakten ist von hoher Relevanz. 77% aller Bewohner (vgl. INSEL) benennen dies als eine sehr wichtige Dimension von Lebensqualität, nur 7% sehen dies als „nicht so wichtig“ an. Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Einsamkeit in Pflegeheimen in Verbindung steht mit Aspekten, die die Lebensqualität stark einschränken: Verschlechterung des kognitiven Status, Hoffnungslosigkeit, Verlust der Fähigkeit zur aktiven Tagesgestaltung (z. B. Hicks 2000).
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Das Ergebnis ist gut beeinflussbar und hängt mit der im Versorgungsalltag bestehenden Praxis des Umgangs der Mitarbeiterschaft mit den Bewohnern und der zur Verfügung stehenden Mitarbeiterzeit zusammen.
Einfluss der Bewohner- struktur	Keine
Anmerkungen	Während der Erprobungsphase bestand der Indikator aus 2 Kriterien: Neben der Mitarbeiterzeit wurde die Bedürfnisdeckung im Kontakt zu anderen Mitbewohnern ermittelt. Die Bedürfnisdeckung zu Mitbewohnern erwies sich nicht als ausreichend reliabel. Der Indikator wurde deshalb auf die Mitarbeiterzeit beschränkt.

Indikator 5.10 Weiterempfehlung aus Nutzersicht

Kurzbezeichnung	Weiterempfehlung (Bewohner-/Angehörigensicht)
Definition	Der Indikator erfasst den Anteil der befragten Personen, die die Einrichtung uneingeschränkt weiterempfehlen würden.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	Keine
Zähler	Anzahl der positiven Antworten
Nenner	Alle gültigen Antworten
Ergebnis	1. Anteil positiver Antworten an allen gültigen Antworten zur Weiterempfehlung aus Bewohnersicht. 2. Anteil positiver Antworten an allen gültigen Antworten zur Weiterempfehlung aus Angehörigensicht.
Ausgeschlossene Bewohner	Keine
Bewertung	Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Relevanz	Der Indikator fungiert auf einer Metaebene als Gesamtbewertung einer Einrichtung durch die Befragten. In dieses Urteil fließen ggf. auch Aspekte ein, die für die befragte Person persönlich relevant sind, jedoch nicht in der Befragung abgebildet wurden.
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Der Indikator ist nur indirekt über die Gesamtleistung in diversen Qualitätsbereichen der Einrichtung beeinflussbar.
Einfluss der Bewohner- struktur	Keine
Anmerkungen	--

4.6 Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen

Kurzbezeichnung	Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen
Indikator (Definition)	Anteil der Angehörigen, die sich ausreichend informiert fühlen, ausreichende Möglichkeiten der Mitwirkung in der Einrichtung sehen (bei Wunsch nach Mitwirkung) und positive Erfahrungen nach geäußerten Beschwerden gemacht haben. Anhand von insgesamt fünf Fragen (s.u. „Zähler“) wird geprüft, ob die Angehörigen ihre Erfahrungen mit der Einrichtung überwiegend positiv oder überwiegend negativ bewerten.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	---
Zähler	Anzahl der befragten Angehörigen, die sich zu den von ihnen als relevant bezeichneten Themen überwiegend positiv geäußert haben. Maximal gehen fünf Kriterien in die Bewertung ein: <ul style="list-style-type: none"> • Information über den Gesundheitszustand und die Versorgung des Bewohners • Information über Aktivitäten in der Einrichtung • Mitwirkung bei der Unterstützung des Bewohners (nur bei Wunsch nach Mitwirkung) • Einbeziehung in die Planung der Versorgung des Bewohners • Erfahrungen mit Beschwerden (nur bei geäußerter Beschwerde). Gewertet wird die Anzahl der Angehörigen, die bei allen, bei drei von fünf, drei von vier oder zwei von drei für sie relevanten Themen eine positive Bewertung abgegeben haben.
Nenner	Anzahl der befragten Angehörigen, die mindestens zu drei der fünf Kriterien gültige Angaben gemacht haben.
Ausgeschlossene Bewohner	---
Bewertung	Positiv bewertet wird ein hoher Anteil an positiven Bewertungen durch die Angehörigen. Die Bewertung des Indikators orientiert sich an der Verteilung der Ergebnisse und folgt dem dreistufigen Raster: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen positiver Angehörigenbewertungen wird als überdurchschnittlich gut bewertet. Dementsprechend werden Einrichtungen, deren Ergebnisse im unteren Viertel liegen, als unterdurchschnittlich eingestuft. Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen werden als durchschnittlich angesehen.

Relevanz	Angehörigenarbeit ist von hoher Relevanz für die Bewohner, aber auch für die Einrichtung, da sie u. a. die Integration der Bewohner und die Zufriedenheit der Mitarbeiter positiv beeinflussen kann. Für die Bewohner fördert der Kontakt zu Angehörigen häufig emotionale Sicherheit. Eine Einrichtung sollte Angehörige informieren, sie unterstützend beraten und den Kontakt zwischen Bewohnern und ihren Angehörigen fördern (Korte-Pötters et al. 2007).
Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Der Indikator kann gut durch die Einrichtung beeinflusst werden, indem sie die notwendigen Strukturen und Prozesse zur Information und Förderung der Zusammenarbeit mit Angehörigen schafft.
Einfluss der Bewohnerstruktur	Der Indikator ist weitgehend unabhängig von der Bewohnerstruktur.
Anmerkungen	Angehörigenarbeit wird in verschiedenen Qualitätssystemen und -empfehlungen diskutiert, z. B. in den Artikeln 4, 5 und 8 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und in den Referenzmodellen zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege.

5. Ausführliche Darstellung der Indikatoren

5.1 Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

Erhalt und Förderung der Selbständigkeit gehören zu den Kernaufgaben der pflegerischen Versorgung. Seit vielen Jahrzehnten gelten sie als konstitutiv für den Auftrag der Pflege als Berufsgruppe. Schon vor rund 50 Jahren hat die bekannte Pflege-theoretikerin V. Henderson, gewissermaßen in Vorwegnahme späterer Konzeptualisierungen, betont, dass der Grad der Selbständigkeit als Erfolgskriterium der Pflege verstanden werden müsse: „Ihren Erfolg beim jeweiligen Patienten bemißt sie (die Pflege) daran, wie weit er in all den Aktivitäten, die zu seinem Alltag gehören, Selbständigkeit beweist“ (Henderson 1997, S. 49).

Insofern ist der Qualitätsbereich „Erhalt und Förderung von Selbständigkeit“ unter fachlichen bzw. pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten besonders wichtig. Auch wenn Qualitätsprobleme hier nicht, wie im Qualitätsbereich 2, zu einer unmittelbaren Gefährdung des Bewohners führen, sind zentrale Merkmale der Ergebnisqualität angesprochen. Dabei liegt die Betonung bei der Gruppe der Heimbewohner eher auf dem *Erhalt der Selbständigkeit*. Angesichts einer Bewohnerstruktur, die durch Hochaltrigkeit, Multimorbidität und vielfältigen Funktionseinbußen gekennzeichnet ist, kann bereits der Erhalt von Selbständigkeit als Versorgungserfolg gewertet werden.

Die in diesem Bereich zusammengefassten Indikatoren geben u. a. Auskunft darüber, inwieweit sich die Einrichtung mit Erfolg um den Erhalt körperlicher und psychosozialer Fähigkeiten („functional outcomes“) bemüht hat. Die Förderung und der Erhalt der individuellen Ressourcen und der darauf basierenden Selbständigkeit in den verschiedenen Bereichen werden als zentrale Ergebnisse pflegerischer Versorgung angesehen.

Der Bereich Erhalt und Förderung von Selbständigkeit wird durch fünf Indikatoren dargestellt:

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität (zwei Indikatoren): Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert bzw. nicht verschlechtert hat. Dieser Anteil wird jeweils getrennt für zwei Bewohnergruppen ausgewiesen, die nach dem Grad der Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten unterschieden werden.
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (zwei Indikatoren): Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert bzw. nicht verschlechtert hat. Hier erfolgt ebenfalls eine Unterscheidung der beiden Bewohnergruppen anhand der Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten.
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit in diesem Bereich innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert bzw. nicht verschlechtert hat.

Alle zur Darstellung dieser Indikatoren benötigten Daten wurden in Form von Stichtagserhebungen in den Einrichtungen erfasst, die im Abstand von sechs Monaten stattfanden. Sie wurden durch zuvor geschulte Mitarbeiter der Einrichtungen durchgeführt und umfassten

- eine Übertragung von Informationen aus der Routinedokumentation (zumeist Pflegedokumentation) und
- eine ergänzende aktuelle Einschätzung der Selbständigkeit des jeweiligen Bewohners und anderer gesundheitlicher Aspekte.

Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt einheitlich nach einem dreistufigen Raster, orientiert jeweils an der Verteilung der Ergebnisse. Entscheidend ist dabei die Frage, wie sich die Qualität einer Einrichtung im Vergleich zum Durchschnitt aller Einrichtungen darstellt, die in die Bewertung einbezogen werden. Ändert sich im Laufe der Zeit der Durchschnitt, so hat dies auch Konsequenzen für die einzelne Einrichtung. Bewertungssysteme dieser Art können über einen längeren Zeitraum bestimmte Benchmarking-Effekte hervorbringen: Da alle Einrichtungen danach streben, sich vom Durchschnitt positiv abzuheben, werden sie nach guten Teilergebnissen streben. Haben viele Einrichtungen darin Erfolg, erhöht sich das durchschnittliche Qualitätsniveau, und es fordert der einzelnen Einrichtung dann noch mehr Anstrengungen ab, sich positiv abzuheben¹⁶. Durch diesen Mechanismus besteht ein ständiger Anreiz für die Einrichtungen, gute Ergebnisse zu erlangen, was auf längere Sicht der Stabilisierung eines hohen Qualitätsniveaus zugute kommt.

Die Bewertungssystematik teilt die Ergebnisse wie folgt in überdurchschnittlich gute, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Ergebnisse:

Ergebnis	Bewertungskriterien
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Selbständigkeit wird als überdurchschnittlich gut bewertet.
0 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.

Es sei darauf hingewiesen, dass indikatoren gestützte Systeme zur vergleichenden Bewertung von Ergebnisqualität, die bereits über langjährige Erfahrungen verfügen, zum Teil feinere Unterscheidungen verwenden, so beispielsweise in den Vereinigten Staaten, wo man sich für ein fünfstufiges System entschieden hat. Da in Deutschland bislang jedoch Erfahrungen mit dieser Art der Bewertung von Qualität fehlen und eine feinere Abstufung die Frage aufwirft, ob nicht zufällige Schwankungen oder Ungenauigkeit zu Verzerrungen bei der Bewertung führen (insbesondere in kleinen Einrichtungen), erscheint es nicht empfehlenswert, eine

¹⁶ Dieser Prozess findet natürlich eine Grenze in den objektiven, durch den Krankheitsverlauf eingeschränkten Möglichkeiten des Erhalts von Selbständigkeit.

vier- oder fünfstufige Skala zugrunde zu legen. Zwar ist für alle Indikatoren eine „Vollerfassung“ sämtlicher Bewohner vorgesehen (mit Ausnahme von Bewohnern in der Sterbephase und in sonstigen Situationen, in denen der Einfluss der Einrichtung durch andere Sachverhalte überlagert wird), aber die Fallzahlen liegen im Durchschnitt doch so niedrig, dass ein feineres Bewertungssystem Gefahr liefe, zufällige Abweichungen und Schwankungen als tatsächliche Qualitätsunterschiede zu interpretieren. Wenn mit einem Indikatorensystem ausreichende Erfahrungen in der Breite der Versorgung gesammelt wurden, könnte es sinnvoll sein, analog zum Ansatz in den USA eine fünfstufige Unterscheidung in Betracht zu ziehen.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass die oben vorgeschlagene Festlegung der Schwellenwerte (25%-Quartile) nicht zwingend ist. Ebenso denkbar wäre eine Aufteilung in gleich große Einrichtungsgruppen, die Schwellenwerte lägen dann beim Ergebnis der 33% besten bzw. 33% schlechtesten Einrichtungen. Die Entscheidung über die Schwellenwerte sollte von inhaltlichen Überlegungen und der tatsächlichen Streuung der Ergebnisse abhängig gemacht werden. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten gilt die Faustregel, dass der Anreiz zur Qualitätsentwicklung umso größer ist, je größer die Gruppe der als „durchschnittlich“ eingestuften Einrichtungen ist. Je breiter der Durchschnitt, desto stärker müsste sich eine Einrichtung darum bemühen, sich vom Durchschnitt abzuheben, desto stärker ist also der Anreiz zur Qualitätsentwicklung. Zugleich sollte die Bewertung „überdurchschnittlich“ nicht so eng definiert werden, dass Einrichtungen zu wenig Chancen haben, diese Bewertung zu erreichen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde im Projekt die Entscheidung für die 25%-Quartile getroffen (25% - 50% - 25% der Einrichtungen).

Es wurde auch davon Abstand genommen, statische Schwellenwerte für die zulässige Abweichung vom Durchschnitt festzulegen. Je nach Verteilung kann es dann passieren, dass die Gruppe der „durchschnittlichen“ Einrichtungen am schwächsten besetzt ist oder, bei hohen Durchschnittswerten wie 80% oder 90%, die Zahl der „überdurchschnittlichen“ Einrichtungen gering bleibt, weil die Skala bei 100% endet. Auch hier hängt vieles von der tatsächlichen Verteilung der Ergebnisse ab.

Vor diesem Hintergrund weist die vorgeschlagene Bewertungsregel einige Vorzüge auf. Sie sollte im Falle eines flächendeckenden Einsatzes des Indikatorensystems auf der dann vorliegenden breiten Datenbasis noch einmal überprüft werden.

5.1.1 Erhalt oder Verbesserung der Mobilität

Erhalt und Verbesserung der Mobilität gehören zu den wichtigsten Zielen der pflegerischen Versorgung. Mobilität ist neben den kognitiven Fähigkeiten die wichtigste Voraussetzung für Selbständigkeit bei alltäglichen Handlungen, Autonomie in der Gestaltung des Lebens und Teilhabe an der Gesellschaft.

Die beiden darauf bezogenen Indikatoren bilden Veränderungen der Fähigkeit zur Fortbewegung über kurze Strecken sowie zur Lageveränderung des Körpers ab. Nicht eingeschlossen ist die Mobilität außerhalb des individuellen Wohnbereichs (außerhäusliche Umgebung, Benutzung von Transportmitteln, sich zurechtfinden in fremder Umgebung etc.).

Formale Definition

Die Indikatoren geben den Anteil der Bewohner an, deren Mobilität sich innerhalb von sechs Monaten nicht verschlechtert oder sogar verbessert hat. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung positiv gewertet. Der Grad der Mobilität wird mit Hilfe des Moduls 1 „Mobilität“ aus dem „Neuen Be- gutachtungsassessment“ dargestellt (Wingenfeld et al. 2008).

Aufgrund des starken Einflusses demenzieller Erkrankungen auf die Mobilität eines Bewohners werden zur Beurteilung zwei Indikatoren verwendet:

1. Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
2. Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen

Diese Gruppenbildung, die bei verschiedenen anderen Indikatoren ebenfalls vorgenommen wird, soll die Vergleichbarkeit der Einrichtungen gewährleisten. Je nach dem Anteil, den Personen mit kognitiven Einbußen innerhalb der Bewohnerschaft ausmachen, sind die Chancen für gute Versorgungsergebnisse im Sinne des Erhalts von Selbständigkeit über die Einrichtungen ungleich verteilt. Um Vergleichbarkeit herzustellen, muss daher entweder eine Risikoadjustierung (Umrechnung des Einrichtungsergebnisses anhand einer Formel, mit der die ungleiche Verteilung von Risiken zwischen Einrichtungen ausgeglichen wird) oder eine Unterscheidung von Gruppen (Stratifizierung) erfolgen. Das IPW entschied sich für die Unterscheidung von Gruppen, weil dies bei vielen Themenstellungen die derzeit zuverlässigste Methode zur Sicherstellung von Vergleichbarkeit ist. Die Entwicklung und Erforschung von Methoden der Risikoadjustierung außerhalb der Medizin steht noch am Anfang. Im Verlauf der umfangreichen Recherchen während der ersten Projektphase konnten keine praktikablen und inhaltlich überzeugenden Methoden identifiziert werden, insbesondere nicht für den vorliegenden Qualitätsbereich. Die Definition von Bewohnergruppen ist ein sichererer Weg der Herstellung von Vergleichbarkeit. Ihr einziger Nachteil besteht darin, dass die Fallzahlen je Indikator manchmal gering sind und dadurch ein gewisses Risiko von Ungenauigkeit entsteht, das allerdings nicht größer ist als bei den bekannten Methoden der Risikoadjustierung.

In die Berechnung der beiden Indikatoren nicht einbezogen werden zwei Bewohnergruppen:

1. Komatöse/somnolente Bewohner
2. Bewohner, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Unter einem gravierenden Krankheitsereignis wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung (z. B. ein Krankheitsschub bei Multipler Sklerose) verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben¹⁷.

¹⁷ Neben den oben genannten Akutereignissen wurden bei der Erhebung weitere Gründe für Verschlechterungen des Gesundheitszustandes mit Folgen für die Selbständigkeit der Bewohner erfasst. Die angegebenen Gründe waren z.B.: fortschreitende Krebserkrankung, Lungenerkrankung mit Atemnot, Rheumaschub, Sepsis, Ileus oder ein neu aufgetretener Hydrozephalus.

Relevanz

Der Erhalt von Mobilität ist von hoher Relevanz für den Bewohner und für das Versorgungsgeschehen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Hier findet sich ein hoher Anteil an Personen, die nicht nur stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, sondern auch ein hohes Risiko einer weiteren Verschlechterung ihrer Mobilität aufweisen (Williams et al. 2005).

Eine Studie aus dem Jahr 2002 belegt, dass etwa ein Drittel aller Heimbewohner immobil sind, knapp 46% als eingeschränkt mobil einzustufen sind und nur jeder fünfte Bewohner keine Unterstützung innerhalb der Einrichtung im Bereich der Mobilität benötigt. Unter den Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen ist nur ein sehr geringer Anteil nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt (Wingefeld/Schnabel 2002). In allen Pflegestufen ist ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf beim Aufstehen bzw. Zu-Bett-Gehen, beim Gehen und Stehen sowie beim Treppensteigen festzustellen (MDS 2002; vgl. Robert Koch Institut 2009).

Mobilität wirkt sich nahezu auf alle Lebensbereiche aus und beeinflusst die Handlungsmöglichkeiten und damit auch die allgemeine Selbständigkeit im Alter entscheidend. Der Mobilität wird eine zentrale Bedeutung für die Lebensqualität von Heimbewohnern zugeschrieben, da sie eine Voraussetzung für weitere Aktivitäten, Partizipation und soziale Teilhabe ist (Cutler 2001). Eine Studie von Andersen et al. aus dem Jahr 2004 hat aufgezeigt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit Demenz wesentlich durch den Grad der Mobilität und der Selbständigkeit in anderen Bereichen des täglichen Lebens beeinflusst wird (Andersen et al. 2004). Fehlende oder eingeschränkte Mobilität hat in dieser Hinsicht auch psychische, etwa Gefühle der Abhängigkeit oder ein vermindertes Selbstwertgefühl. Diese Aspekte können das Wohlbefinden und die individuelle Lebensqualität in erheblichem Maße beeinträchtigen (Bourret et al. 2002).

Eine eingeschränkte Mobilität kann auch auf körperlicher Ebene mit schwerwiegenden sekundären Folgen für den Bewohner verbunden sein, da sie u. a. das Risiko von Dekubitalgeschwüren, Pneumonien, Inkontinenz und einem allgemeinen körperlichen Abbau erhöht (Williams et al. 2005). Darüber hinaus kann eine Mobilitätsbeeinträchtigung (z. B. Gangunsicherheit) das Sturzrisiko erhöhen (Mozley 2004).

Mobilitätseinbußen beeinflussen die Selbständigkeit bei vielen Aktivitäten des täglichen Lebens und ziehen einen allgemein erhöhten Unterstützungsbedarf nach sich. Der Erhalt von Mobilität ist daher ein zentrales Versorgungsziel.

Forschungsergebnisse

Die Veränderung der Mobilität bei Heimbewohner wurde in verschiedenen Studien auf Basis des Resident Assessment Instrument (RAI) untersucht. Sie belegen, dass ein Erhalt der Mobilitäten bei einem großen Teil der Heimbewohner möglich ist, eine Verbesserung der Fähigkeiten jedoch nur bei einem kleinen Anteil gelingt, während sich ein weiterer Teil der Bewohner verschlechtert. Jedoch ist aufgrund unterschiedlicher Zeiträume und Messgrößen der verschiedenen Untersuchungen nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit gegeben. Eine Studie von Richardson et al. (2001) zeigte auf, dass sich 10% der einbezogenen Bewohner

innerhalb von 12 Monaten in ihrer Mobilität verbesserten (Mobilität im Bett, Transfer und Fortbewegung), während sich bei knapp 60% die Fähigkeiten nicht veränderten haben. Eine Verschlechterung der Mobilität gab es bei etwa 30% der Bewohner.

In einer Studie von Carpenter et al. lagen die Veränderungen in der Mobilität in der Gruppe der Bewohner mit mittleren kognitiven Beeinträchtigungen ähnlich hoch wie in der Gruppe der Bewohner mit starken kognitiven Beeinträchtigungen. In einem Zeitabstand von sechs Monaten blieb der Anteil der Bewohner mit Verbesserungen mit etwa 11% stabil, während sich jeweils 26 bis 27% in der Bettmobilität, beim Transfer und bei der Fortbewegung verschlechterten (Carpenter et al. 2006).

Forschungsergebnisse zeigen, dass verschiedene chronische Erkrankungen den Grad der Mobilität in einem hohem Maße beeinflussen können. Demenz, Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie Arthritis, Asthma, Diabetes (Robert Koch Institut 2009) oder auch Depression (Doran et al. 2006a) können die Mobilität von älteren Menschen in einem hohen Maße beeinträchtigen. Weitere Einflussfaktoren können auch eine fehlende Motivation, Umgebungsfaktoren und die Angst vor Stürzen sein (Resnick et al. 2009).

Einrichtungen können auf verschiedene Art Einfluss auf den Grad der Mobilität ihrer Bewohner nehmen. So kann u. a. mit einer bedarfsgerechten, barrierefreien Umgebungsgestaltung die Mobilität der älteren Menschen gefördert und verbessert werden (Mozley 2004). Auch geeignete Hilfsmittel können die Unabhängigkeit und Autonomie der Bewohner mit Mobilitätseinschränkungen erhalten oder sogar verbessern (Clarke et al. 2009). Einflussmöglichkeiten der Pflege umfassen darüber hinaus die direkte Mobilitätsförderung (körperliche Übungen) wie auch die Förderung von Motivation zur Mobilität. In einer Untersuchung, in der Bewohner zu förderlichen und hindernden Faktoren befragt wurden, zeigt sich, dass aus Bewohnersicht vor allem eine positive Einstellung, unterstützende Hilfsmittel sowie persönliche Unterstützung durch Pflegepersonal oder Angehörige entscheidende Faktoren sind, um die Mobilität zu fördern (Bourret et al. 2002).

Aussagekräftige Studien mit einem zum Teil hohen Evidenzgrad belegen, dass die Mobilität der Bewohner in einem hohen Maße durch pflegerische Maßnahmen beeinflusst werden kann. In einer Fall-Kontroll-Studie in Krankenhäusern und Seniorenzentren wurde ein Programm zu Prävention von Stürzen und funktionaler Verschlechterung getestet. Das Ergebnis der Untersuchung bestand darin, dass die Inzidenz einer Verschlechterung in der Kontrollgruppe signifikant höher lag als in der Fallgruppe (Wagner 1997). In einer randomisierten, kontrollierten Studie in zwölf Pflegeheimen, in der eine Intervention zur Motivation des Pflegepersonals und der Bewohnerschaft zur Teilnahme an Aktivitäten zur Förderung der funktionalen und körperlichen Gesundheit eingesetzt wurde, zeigte sich ein ähnliches Ergebnis. Zu drei Erhebungspunkten in einem Zeitraum von insgesamt zwölf Monaten wurden als Ergebnisindikatoren der funktionale, psychosoziale und der körperliche Zustand der Bewohner erhoben. Vier Monate nach Einführung des Interventionsprogramms hatten sich die Bewohner in der Interventionsgruppe in ihrer Mobilität insgesamt und in ihrem Gleichgewicht verbessert. Die Interventionsgruppe wies beim Gehen einen geringeren Anteil der Verschlechterung auf als die Kontrollgruppe (Resnick et al. 2009). In einer anderen Interventionsstudie wurde ein Programm zur Förderung psychomotorischer Leistungen und zur kognitiven Akti-

vierung bei Pflegeheimbewohnern über einen Zeitraum von sechs Monaten eingesetzt. In der Interventionsgruppe konnte ein signifikanter Effekt auf Kraft und Beweglichkeit der Bewohner im Vergleich zur Kontrollgruppe erzielt werden. Außerdem nahm die Sturzhäufigkeit in der Interventionsgruppe signifikant ab. In der Interventionsgruppe konnte außerdem der Grad der Selbständigkeit in der Mobilität über den Interventionszeitraum von zwölf Monaten stabil gehalten werden, während in der Kontrollgruppe eine Verschlechterung zu verzeichnen war (Oswald et al. 2006)

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Mobilität wird als Kriterium zur Messung und Bewertung von Ergebnisqualität vor allem in der stationären Langzeitversorgung herangezogen. Im amerikanischen Berichtssystem „Nursing Home Compare“, das Informationen zu und Ergebnisse von Qualitätsprüfungen von Pflegeheimen vergleichend im Internet für Nutzer bereitstellt, wird Mobilität ebenfalls als Qualitätsindikator verwendet. Insbesondere wird der Anteil der Bewohner betrachtet, bei denen sich die Fähigkeit, sich innerhalb und außerhalb des Zimmers zu bewegen, innerhalb der vergangenen drei Monate verschlechtert hat. Ein weiterer Indikator drückt den Anteil der Bewohner aus, die die meiste Zeit im Bett oder Stuhl in ihrem Zimmer verbringen (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004).

Messverfahren

Die Erfassung der Selbständigkeit eines Bewohners im Bereich der Mobilität erfolgt mit Hilfe des Moduls „Mobilität“ aus dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA).

2. Mobilität		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
2.1	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.2	Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.3	Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Das Modul erfasst zentrale Aspekte der innerhäuslichen Mobilität: Positionswechsel im Bett, Stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und Treppensteigen. Zur Darstellung des Einschätzungsergebnisses wird ein Score durch Summierung der Punktwerte der einzelnen Items gebildet. Dieser Score wird schließlich einer fünfstufigen Bewertungsskala zugeordnet, die folgende Abstufungen vornimmt (vgl. Wingenfeld et al. 2008):

- Selbständig
- Geringe Beeinträchtigung
- Erhebliche Beeinträchtigung
- Schwere Beeinträchtigung
- Völliger/weitgehender Selbständigkeitsverlust.

Für die Berechnung des Indikators wird der Grad der Beeinträchtigung anhand dieser Skala im Abstand von sechs Monaten verglichen. Eine Verbesserung der Mobilität oder der Erhalt dieser Fähigkeiten wird dabei positiv gewertet. Bei Bewohnern, die sich nicht mehr verschlechtern können, also schon den höchsten Grad der Unselbständigkeit erreicht haben, wird nur eine Verbesserung positiv gewertet. Einrichtungen mit einem hohen Anteil an Bewohnern mit dem höchsten Grad der Beeinträchtigung der Mobilität würden sonst begünstigt. Durch die gesonderte Wertung ist eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegeben.

Die Wahl des NBA hat sich während der Erprobung bewährt. Zur Erfassung der Mobilität eines Heimbewohners wäre es prinzipiell möglich, andere Instrumente einzusetzen. Das *Functional Independence Measure* (FIM) beispielsweise erfasst anhand von 18 Items physische Fähigkeiten und kognitive Funktionen. Im Bereich der Mobilität werden Fähigkeiten des Transfers (Bett/Stuhl/Rollstuhl, Toilettensitz, Badewanne/Dusche) und der Fortbewegung (Gehen/Rollstuhl, Treppensteigen) erfasst. Das Instrument stellt jedoch aufgrund eines hohen Differenzierungsgrades der Bewertungen relativ hohe Anforderungen an den Anwender. In der *Pflegeabhängigkeitsskala* wird in 15 Bereichen der Bedarf an professioneller Unterstützung erhoben, u. a. auch im Bereich Mobilität. Das Instrument ist relativ einfach zu handhaben, jedoch können keine differenzierten Aussagen zum Mobilitätsgrad einer Person getroffen werden. Schließlich gibt es verschiedene Mobilitätstests (z. B. der Mobilitätstest nach Tinetti), mit Hilfe derer die Funktionsfähigkeit der Bewohner in den Bereichen Gleichgewicht und Gehen getestet wird. Diese Tests werden direkt mit dem Bewohner durchgeführt.

Das Modul Mobilität im Neuen Begutachtungsassessment weist eine adäquate Differenziertheit auf und ermöglicht so eine Darstellung des Grades der Selbständigkeit in der Mobilität. Wie die inzwischen vorliegenden Erfahrungen mit dem NBA zeigen, liegt ein wichtiger Vorzug gegenüber anderen Instrumenten in der Praktikabilität. Ausschlaggebend ist allerdings, dass das gewählte Instrument eine ausreichende Abstufung der Beeinträchtigung liefert.

Bei einem regelhaften Einsatz des Indikators würde es damit in den Einrichtungen zu einer neuen Art der Erfassung der Mobilität eines Bewohners kommen. Die Einrichtungen müssten neue Informationen mit einem vorgegebenen Instrument an einem Stichtag – beispielsweise zweimal im Jahr – erheben und dokumentieren. Es ist aber davon auszugehen, dass diese Art der Erfassung in einem Regelbetrieb ohne größeren Aufwand erfolgen kann. Im Projekt konnten die Einrichtungsmitarbeiter das Instrument ohne nennenswerte Probleme anwenden, was die Praktikabilität des Instruments unterstreicht. Die Einrichtungen bestätigten außerdem, dass der Aufwand der Durchführung der Datenerhebungen im Routinebetrieb gering und unproblematisch wäre.

Erprobungsergebnisse

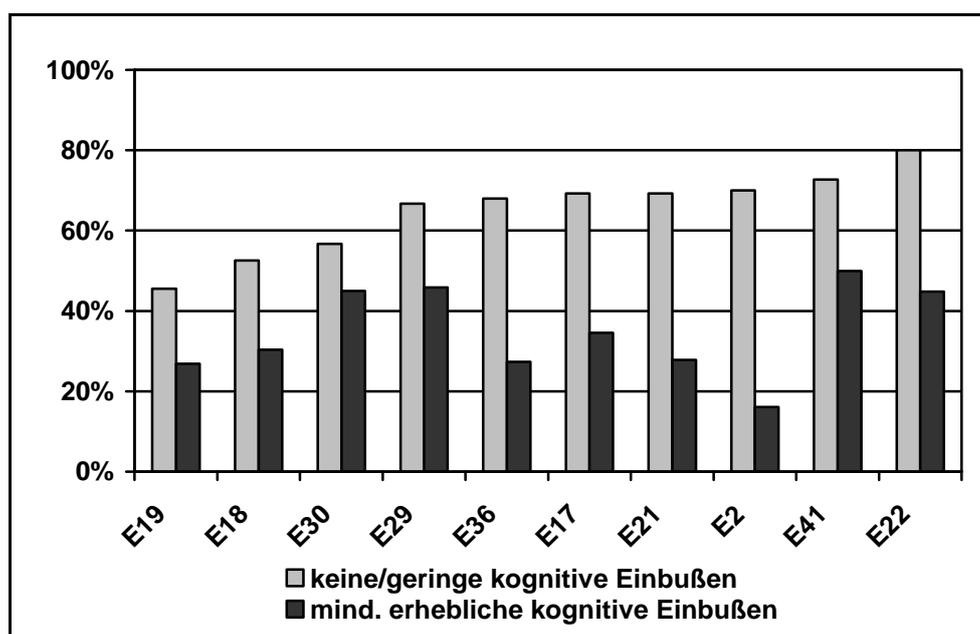
In der **Gruppe der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufwiesen**, lag der Anteil der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Mobilitätsgrades bei 66,3%. Der Anteil streute zwischen den Einrichtungen sehr breit von 0% bis 100%. Die Extremwerte von 0% und 100% sind in vier Einrichtungen aufgetreten, in denen einzelne Wohnbereiche und hier jeweils nur 3-6 Personen erfasst wurden. Bei dieser Stichprobengröße haben Einzelfälle einen erheblichen Einfluss auf das Ergebnis einer Einrichtung. Werden nur Einrichtungen zugrunde gelegt, bei denen mindestens zehn Bewohner in die Berechnung einbezogen wurden, wird die Varianz mit einer Spannbreite von 36,4% bis 93,3% deutlich schmaler, die genannten Extremwerte treten nicht mehr auf.

In der **Gruppe der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen** lag der Anteil der Bewohner, bei denen die Mobilität erhalten oder verbessert werden konnte, erwartungsgemäß niedriger. Er belief sich im Gesamtdurchschnitt auf 39,8%. Auch hier gibt es eine recht breite Varianz der Ergebnisse (Minimum 15,6%, Maximum 80,0%).

Die Mittelwerte unterscheiden sich zwischen den Einrichtungen mit Voll- und Teilerhebung bei beiden Indikatoren nur geringfügig.

In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse für die zehn Einrichtungen mit Vollerhebung dargestellt. Bei beiden Indikatoren gibt es eine breite Streuung der Ergebnisse. Es gibt Einrichtungen, die bei beiden Indikatoren recht hohe Anteile erzielen, daneben aber auch Einrichtungen, wie z. B. die Einrichtung Nummer 2, die in der Gruppe der Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Einbußen einen hohen Anteil erreichen, bei denen aber der Anteil in der Gruppe der Bewohner mit erheblichen oder schwersten Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten deutlich abfällt.

**Abb. 2: Anteil der Bewohner mit Erhalt/Verbesserung der Mobilität in Prozent
- in Abhängigkeit vom kognitiven Status der Bewohner -**



Die Erprobungsergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, die Veränderungen der Mobilität in Abhängigkeit vom kognitiven Status der Bewohner abzubilden. Die Anteile der Bewohner mit Erhalt und Verbesserung der Mobilität liegen in der Gruppe der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen deutlich unter denen der Gruppe der anderen Bewohner. Durch die getrennte Darstellung ist eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegeben.

Um den Zusammenhang zwischen dem kognitiven Status und der Mobilität der Bewohner zu überprüfen, wurde die Korrelation dieser beiden Merkmale ermittelt¹⁸. Zu allen drei Messzeitpunkten besteht eine relativ hohe, signifikante Korrelation zwischen den beiden Merkmalen ($r=0.6$).

Für die Verlaufsbetrachtung wurde ein Zeitraum von sechs Monaten gewählt. Dieser Zeitabstand hat sich als empfehlenswert erwiesen. In den Vollerhebungseinrichtungen sind 68 Bewohner nach der zweiten Erhebung ausgeschieden, die sich auch gleichmäßig über diese Einrichtungen verteilen. Als Grundlage für die Verlaufsbetrachtung von sechs Monaten können somit die Daten von 612 Bewohnern aus den 10 Vollerhebungseinrichtungen herangezogen werden. Für die einrichtungsspezifischen Auswertungen stehen dabei in allen Vollerhebungseinrichtungen Daten von mindestens 35 Bewohnern für die Verlaufsbetrachtung zur Verfügung. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass auch für kleinere Einrichtungen der Zeitabstand von sechs Monaten zwischen den beiden Erhebungspunkten praktikabel ist, da dabei immer noch eine ausreichend große Stichprobe vorhanden und somit aussagekräftige Beurteilungen der Einrichtung getroffen werden können.

In die Berechnung des Indikators werden Bewohner mit einem gravierenden Krankheitsereignis nicht einbezogen, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen zu gewährleisten. 64 Bewohner erlitten zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt ein gravierendes Krankheitsereignis. Von diesen Bewohnern verschlechterten sich 75% (48 Bewohner) in ihrer Mobilität. Die 64 Fälle verteilen sich über etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen (25 Einrichtungen).

In der Erprobungsphase zeigte sich, dass als akute Krankheitsereignisse vor allem Frakturen (32 Fälle), Apoplex (6 Fälle) sowie Operationen an den Gliedmaßen wie Amputationen (4 Fälle) auftraten. Weitere Ausschlussgründe waren vor allem auf Krebserkrankungen zurückzuführen (7 Fälle). Vereinzelt genannt wurden rheumatische Schübe und Erkrankungen wie z. B. Arthrose. Wie die folgende Verteilung der Häufigkeit, mit der gravierende Krankheitsereignisse unter den Bewohnern auftraten, zeigt, gibt es vereinzelte Häufungen derartiger Ereignisse:

- In 8 Einrichtungen gab es einen Bewohner mit einem gravierenden Krankheitsereignis.
- In jeweils 5 Einrichtungen 2, 3 oder 4 Bewohner.
- In jeweils einer Einrichtung 5 oder 6 Bewohner.

¹⁸ Der Korrelationskoeffizient kann dabei Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Je näher der Wert bei 1 liegt, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen.

Diese Ergebnisse bestätigen das Vorgehen, Bewohner mit einem gravierenden Krankheitsereignis aus der Berechnung der Indikatoren aus dem Qualitätsbereich 1 auszuschließen. Einrichtungen mit einer Häufung derartiger Ereignisse würden sonst benachteiligt.

Zur Überprüfung der methodischen Güte des Erhebungsinstruments wurde unter anderem die Urteilerübereinstimmung getestet, allerdings nur in zwei Einrichtungen bei insgesamt 117 Bewohnern. Das Modul „Mobilität“ des NBA wurde dabei von zwei statt einem Mitarbeiter zum zweiten Erhebungszeitpunkt unabhängig voneinander erhoben. Ausgewertet wurde die Übereinstimmung in den Stufen der Bewertungsskala, die aus den Gesamtpunktwerten gebildet werden. Um die Übereinstimmungsgüte zu klassifizieren, wurde Cohens Kappa berechnet. Dieser Koeffizient stellt das meistverwendete Maß zur Bewertung der Übereinstimmungsgüte dar. Es wurde ein Kappa-Koeffizient von 0.61 ermittelt. Dieses Ergebnis wird in der Literatur als mittelmäßige bis gute Übereinstimmung interpretiert (Grouven et al. 2007). Es ist allerdings hervorzuheben, dass das Verfahren nur in zwei Einrichtungen eingesetzt wurde und ein Großteil der Einschätzungen durch wenige Mitarbeiter *einer* Einrichtung erfolgte. Andere Untersuchungen zur Nutzung von Modulen des NBA in Pflegeeinrichtungen konnten eine wesentlich bessere Urteilerübereinstimmung nachweisen¹⁹. Die Erfahrungen mit der Erprobung zeigen im Gesamtbild, dass intensivere Schulungen im Umgang mit den Instrumenten wünschenswert wären, als die im Rahmen des Projekts möglich waren.

Zur Überprüfung der Konvergenzvalidität wurde zum zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt zusätzlich der Barthel-Index²⁰ (Mahoney/Barthel 1965) in vier Einrichtungen bei 193 Bewohnern eingesetzt. Insbesondere wurde überprüft, inwieweit Veränderungen in der Mobilität sich auch in den Ergebnissen des Barthel-Index wiederfinden. Es zeigt sich, dass es zu beiden Erhebungszeitpunkten eine starke Korrelation des Gesamtpunktwertes im Modul „Mobilität“ sowohl mit dem Gesamtscore des Barthel-Index als auch mit dem Punktwert der mobilitätsbezogenen Items aus dem Barthel-Index (Bett/Roll-Stuhltransfer, Gehen auf Flurebenen bzw. Rollstuhlfahren) gibt. Der Korrelationskoeffizient nimmt jeweils Werte in den Bereichen zwischen $r=-0.89$ und $r=-0.93$ an²¹.

Insgesamt kann aus diesen Ergebnissen gefolgert werden, dass mit der gewählten Methode Veränderungen der Mobilität hinreichend verlässlich abgebildet werden können. Intensivere Schulungsmaßnahmen im Umgang mit dem Instrumentarium wären allerdings wünschenswert.

¹⁹ Im Rahmen einer anderen Studie des Bielefelder Instituts für Pflegewissenschaft wurde für die Urteilerübereinstimmung ein Kappawert von 0.77 ermittelt.

²⁰ Der Barthel-Index wurde in den 1960er Jahren zur Einschätzung der Fähigkeit zur Selbstpflege, insbesondere zur Evaluation von Rehabilitationsfortschritten entwickelt. Er erfasst mit 10 Items ausschließlich physische Aspekte. Für die einzelnen Items wird eine Punktzahl vergeben, die sich an der Zeit und dem Umfang der aktuellen Unterstützung des Patienten bei der Durchführung von Aktivitäten orientiert. Insgesamt kann ein Maximalpunktwert von 100 erreicht werden. Dieser sagt aus, dass der Patient in den oben genannten Bereichen vollständig selbständig ist. Die Validität und die Reliabilität des Barthel-Index wurden in verschiedenen Studien überprüft, allerdings bei verschiedenen Populationen und mit zum Teil unterschiedlichen Versionen des Instruments (Halek 2003).

²¹ Die negative Korrelation bedeutet, dass ein niedriger Wert im Modul „Mobilität“ (höhere Selbständigkeit) mit hohen Punkten im Barthel-Index (ebenfalls höhere Selbständigkeit) einher geht.

Bewertungssystematik

Um die Anteilswerte einordnen und Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen darstellen zu können, wird ein dreistufiges Bewertungsschema verwendet. Dieses Bewertungsschema orientiert sich, wie weiter oben dargestellt, an der jeweils aktuellen Verteilung der Ergebnisse des Indikators. Es teilt die Ergebnisse in überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Ergebnisse auf:

Ergebnis	Bewertungskriterien bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen	Bewertungskriterien bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (>80,0%) an Bewohnern mit Erhalt/Verbesserung der Mobilität wird als überdurchschnittlich gut bewertet.	Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (>53,8%) an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Mobilität wird als überdurchschnittlich gut bewertet.
0 durchschnittliches Ergebnis	Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (Anteile von 50,1%-80,0%) werden als durchschnittlich angesehen.	Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (Anteile von 26,2%-53,8%) werden als durchschnittlich angesehen.
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (<50,1%) wird als unterdurchschnittlich eingestuft.	Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (<26,2%) wird als unterdurchschnittlich eingestuft.

Zusammenhänge mit anderen Indikatoren

Für die beiden Indikatoren zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität können Zusammenhang mit anderen Indikatoren nachgewiesen werden. Diese Berechnungen wurden nur für Einrichtungen durchgeführt, bei denen mindestens zehn Bewohner in die Indikatorenberechnung einbezogen werden konnten, um den Einfluss von Einzelfällen zu minimieren. Der Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, korreliert in einem mittleren Maß signifikant mit dem Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen ($r=0.46$) und dem Indikator Erhalt und Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen ($r=0.48$).

Der Indikator Erhalt und Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen weist – neben dem bereits erwähnten Zusammenhang mit dem ersten Indikator aus dem Bereich der Mobilität – eine hohe signifikante Korrelation ($r=0.76$) mit dem Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen auf. Außerdem besteht ein enger Zusammenhang zu dem Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte ($r=0.56$).

Fazit

Der Indikator spiegelt wider, wie gut sich eine Einrichtung um die Förderung der Selbständigkeit ihrer Bewohner im Bereich der Mobilität bemüht. Für 66,3% der Bewohner mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen wurde ein Erhalt oder eine Verbesserung der Mobilität erreicht. In der Gruppe der Bewohner mit einem erheblichen bis völligen Verlust der kognitiven Fähigkeiten liegt der Anteil im Durchschnitt bei 39,8%²².

Der Indikator liefert wichtige Hinweise für das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung. Die Mobilitätsentwicklung der Bewohner im Zeitverlauf liefert Hinweise auf mögliche Verbesserungspotentiale und kann die Qualitätsentwicklung weiter anstoßen. Auch ein Bedarf an Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung noch vorhandener Ressourcen kann auf diese Weise deutlich werden.

Im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung lassen sich Aussagen dazu machen, wie erfolgreich sich eine Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen um den Erhalt der Mobilität ihrer Bewohner bemüht. Die Streuung der Ergebnisse ist groß genug, um Qualitätsvergleiche zwischen Einrichtungen zu ermöglichen.

Die für den Indikator notwendige Einschätzung der Mobilität aller Bewohner und die Dokumentation des Einschätzungsergebnisses kann ohne größeren Aufwand in den Regelbetrieb der Einrichtungen integriert werden. Dies bestätigten auch die Einschätzungen der Experten und die Diskussionen mit den Einrichtungen in den Regionalgruppen. Die Frage, wie sich die Selbständigkeit im Bereich der Mobilität bei einem Bewohner in den letzten sechs Monaten entwickelt hat, lässt sich bei externen Qualitätsprüfungen stichprobenartig nachvollziehen.

5.1.2 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen

Die beiden Indikatoren zu „Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen“ beziehen sich auf die Bereiche Körperpflege (u. a. sich waschen, duschen/baden, kämmen, Zahnpflege), An- und Auskleiden (Oberkörper an- und auskleiden, Unterkörper an- und auskleiden), Ernährung (u. a. Essen, Trinken, Getränk eingießen) sowie Ausscheiden (u. a. Toilette/Toilettenstuhl benutzen, Folgen einer Harninkontinenz bewältigen). Der Indikator nimmt Bezug auf das Versorgungsziel, die Selbständigkeit der Bewohner so weit wie möglich zu erhalten.

²² Die Ergebnisse lassen sich nur schwer mit anderen Untersuchungen vergleichen, da der Indikator nicht exakt in dieser Form in anderen Systemen zur Anwendung kommt. Zahlen zu Indikatoren aus dem Bereich der Mobilität finden sich im amerikanischen Nursing Home Compare. Hier liegt der Anteil der Bewohner, deren Fähigkeit, sich innerhalb und außerhalb ihres Zimmers zu bewegen, in den vergangenen drei Monaten verschlechtert hat, im Durchschnitt bei 11,3%. Die Spannweite der Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen beträgt 0%-74%. Der Anteil der Bewohner, die die meiste Zeit im Bett oder Stuhl in ihrem Zimmer verbringen, beläuft sich im Gesamtdurchschnitt auf 4% und variiert zwischen 0% und 100% (Medicare 2010a).

Formale Definition

Die Indikatoren drücken den Anteil der Bewohner aus, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert oder sogar verbessert hat. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Selbständigkeit, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt.

Der kognitive Status eines Bewohners nimmt einen starken Einfluss auf die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen. Daher werden zwei Indikatoren unterschieden:

1. Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen aufweisen
2. Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen.

Als Grundlage für die Abbildung der Selbständigkeit in diesem Bereich wird das Modul 4 „Selbstversorgung“ aus dem „Neuen Begutachtungsassessment“ herangezogen. Der Grad der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen wird hierbei mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet.

Folgende Bewohnergruppen werden aus der Berechnung ausgeschlossen:

1. Komatöse/somnolente Bewohner
2. Bewohner, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Unter einem gravierenden Krankheitsereignis wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.

Relevanz

Für eine selbständige Lebensführung und Autonomie im Alter ist die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen von hoher Bedeutung. Eine fehlende oder sich verschlechternde Selbständigkeit im Bereich der Alltagsverrichtungen führt nicht nur zu Aktivitätseinschränkungen, sondern kann auch das Wohlbefinden und die Lebensqualität schwerwiegend beeinträchtigen (Weick 2006). Besonders hervorzuheben ist, dass häufig eine fehlende Aktivierung und Motivation zur selbständigen Ausführung der Aktivitäten zu einer weiteren Verschlechterung der Fähigkeiten führt (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004). Die Förderung von Selbständigkeit ist daher ein wichtiges Versorgungsziel in der stationären Langzeitversorgung.

Auch im Versorgungsalltag ist das Thema Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen von hoher Relevanz. In Pflegeeinrichtungen kommt Einschränkungen der Bewohner bei der Ausführung von Alltagsverrichtungen eine entscheidende Bedeutung zu. Hilfen und Unterstützungsleistungen in diesem Bereich haben einen erheblichen Anteil an allen Pflegemaßnahmen und beeinflussen somit in hohem Maße die individuelle Pflegeplanung (Radzey et al. 2001). In allen Pflegestufen weisen Pflegebedürftige einen Hilfebedarf beim Waschen, Duschen/Baden, Kämmen/Rasieren, An- und Auskleiden sowie bei der mundgerechten Zube-

reitung von Nahrung auf. In den höheren Pflegestufen kommt eine verstärkte Unselbständigkeit u. a. bei der Darm- und Blasenentleerung und der Nahrungsaufnahme hinzu (Robert Koch Institut 2004). Auch in der Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen (MuG IV)“ stellte sich heraus, dass Heimbewohner in allen Bereichen der täglichen Versorgung umfassende Hilfe und Unterstützung benötigen. 90% der Bewohner bedürfen einer Unterstützung beim Duschen und Wachen, etwa ein Viertel beim An- und Ausziehen (Robert Koch Institut 2009).

Die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen ist also für die Qualitätsbeurteilung ein hoch relevantes Thema, sowohl für den einzelnen Bewohner als auch für den Versorgungsalltag in einer Einrichtung. Die Verbesserung oder der Erhalt von Selbständigkeit im Bereich der Alltagsverrichtungen wird als wichtiges Ergebnis pflegerischen Handelns angesehen. Daher ist die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen auch als Qualitätsindikator von großer Bedeutung. Der Indikator kann darüber Auskunft geben, inwieweit sich eine Einrichtung um den Erhalt und die Förderung von Selbständigkeit ihrer Bewohner bemüht.

Forschungsergebnisse

Von besonderer Relevanz ist die Veränderung der Selbständigkeit der Bewohner im Zeitverlauf (Hönig et al. 2000). Aufgrund der Bewohnerstruktur in Pflegeheimen muss generell von einer gewissen Verschlechterung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen ausgegangen werden. In dieser Personengruppe sind aber durchaus noch Ressourcen und Alltagskompetenzen vorhanden, die gefördert und ausgebaut werden sollten (Robert Koch Institut 2009).

Studienergebnisse belegen, dass ein Erhalt oder eine Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbständigkeit nur bei einem Teil der Bewohner möglich ist. In einer Studie von Richardson et al. aus dem Jahr 2001 wurden Daten zur körperlichen Funktionsfähigkeit von 138 Heimbewohnern ausgewertet, die mithilfe des Minimum Data Sets (MDS) vierteljährlich über einen Zeitraum von zwölf Monaten erhoben wurden. Unter anderem wurde erfasst, wie selbständig die Bewohner Alltagsverrichtungen ausüben können. Im Ergebnis zeigte sich, dass sich ca. 10% der Bewohner in der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen verbessert haben. Etwa 60% der Bewohner blieben unverändert, eine Verschlechterung der Fähigkeiten trat bei 30% auf (Richardson et al. 2001).

Die Selbständigkeit eines Bewohners im Bereich der Alltagsverrichtungen ist ein wichtiges Ziel pflegerischer Versorgung und relativ gut durch Maßnahmen beeinflussbar. So ist es Aufgabe der Einrichtung, durch geeignete Angebote und ressourcenfördernde Maßnahmen die Selbständigkeit der Bewohner zu erhalten, möglicherweise sogar zu verbessern, oder eine Verschlechterung zu verlangsamen (Rosen et al. 1999). Angesichts der Klientel, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, kann – wie bereits angesprochen – auch schon ein Erhalt der Selbständigkeit im Zeitverlauf als großer Erfolg gewertet werden.

Ein Literaturreview von Doran (2003) zeigt verschiedene Forschungsergebnisse zu dieser Thematik auf, die sich allerdings größtenteils auf Patienten in Krankenhäusern beziehen. Hinsichtlich der Frage nach dem Einfluss pflegerischer Maßnahmen auf den funktionalen Status dokumentieren die 34 einbezogenen Studien unterschiedliche Erfahrungen. Während

einige Studien einen positiven Effekt pflegerischer Maßnahmen auf die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen nachweisen konnten (z. B. Hamilton/Lyon 1995), gibt es in anderen Studien keine signifikanten Zusammenhänge (z. B. Cohen et al. 2000). Die in das Review einbezogenen Studien unterscheiden sich sehr stark hinsichtlich Studiendesign, Setting, Erhebungsmethode und Studienpopulation. Weitere Forschung wird daher als notwendig angesehen (Doran 2003).

Der kognitive Status eines Bewohners oder auch die Art und Schwere bestimmter Erkrankungen, z. B. Morbus Parkinson, können eine Verschlechterung der Selbständigkeit im Bereich der Alltagsverrichtungen begünstigen. Eine Literaturstudie von Stuck et al. aus dem Jahr 1999 beschreibt, dass u. a. kognitiver Status, Depression, Medikation, Ernährungszustand und geringe soziale Kontakte wichtige Einflussfaktoren darstellen (Stuck et al. 1999). Des Weiteren zeigte sich in der Studie von Hönig et al. (2000), dass die Gruppe der Bewohner mit mäßigem bis hohem Hilfebedarf seit kürzerer Zeit im Heim lebte, älter war, häufiger weiblichen Geschlechts und auch deutlich häufiger von einer Demenz im fortgeschrittenen Alter betroffen war als Bewohner, die keinen oder nur geringen Hilfebedarf aufweisen. Eine weitere Untersuchung konnte einen Einfluss von Alter und Geschlecht nachweisen. Hier waren die Anteile und das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs bei Alltagsverrichtungen stark altersabhängig, mit einem exponentiellen Anstieg jenseits des 85. Lebensjahres. Des Weiteren waren Frauen signifikant häufiger betroffen als Männer (Wilms et al. 2001).

Obwohl an verschiedenen Stellen auf mögliche Einflussfaktoren hingewiesen wird, ist die Forschungslage hinsichtlich einer Methode zur Gruppenbildung mit dem Ziel einer besseren Vergleichbarkeit nicht eindeutig. In verschiedenen Studien wurde speziell der Einfluss kognitiver Einschränkungen auf die Selbständigkeit der Bewohner im Bereich der Alltagsverrichtungen untersucht, so etwa im Rahmen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen (MuG IV)“. Mithilfe des Barthel-Index und einiger weiterer Fragen wurden die Alltagseinschränkungen der Bewohner in 60 Einrichtungen erhoben. Demenzkranke waren im Vergleich zu den übrigen Bewohnern fast doppelt so häufig stark in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt. Vollständig auf Hilfe und Unterstützung bei den Alltagsverrichtungen angewiesen war sogar etwa ein Viertel der Demenzkranken (Schäufele et al. 2007).

Dieser Zusammenhang zwischen der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen und kognitiven Fähigkeiten bzw. Orientierungsfähigkeit findet sich auch in anderen Studien wieder (Wingenfeld/Schnabel 2002). Es ist nicht verwunderlich, dass Forschungsarbeiten diesen Zusammenhang aufdecken, denn die Durchführung von Alltagshandlungen beruht stets auf kognitiven Prozessen. Anders als im Bereich der Mobilität können diese Handlungen nicht auf rein motorische Prozesse reduziert werden.

Eine Konsequenz dieses Zusammenhangs besteht darin, dass bei demenziell Erkrankten die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen rascher verloren geht als bei anderen alten Menschen, die nicht von fortschreitendem Verlust kognitiver Fähigkeiten betroffen sind.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen wird beispielsweise im US-amerikanischen System „Nursing Home Compare“ zur Qualitätsbeurteilung und zum Qualitätsvergleich eingesetzt. Der Indikator ist hier anders definiert. Er beschreibt den Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens innerhalb des letzten Quartals verschlechtert hat. Unter Aktivitäten des täglichen Lebens fallen die Bereiche Mobilität im Bett, Transfer, Essen und Ausscheiden (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004). Im Scottish Health Survey, der die Grundlage für ein Indikatorensystem bildet, das die Qualität der Gesundheitsversorgung in Schottland allgemein beschreibt, wird dieses Thema ebenfalls aufgegriffen. Hier wird der Anteil von Personen betrachtet, die anhaltende Gesundheitsstörungen oder Beeinträchtigungen aufweisen, die sie in der Ausübung von Alltagsverrichtungen einschränken (NHS Health Scotland 2007).

Messverfahren

Die Selbständigkeit eines Bewohners bei Alltagsverrichtungen wird mit Hilfe des Moduls „Selbstversorgung“ aus dem Neuen Begutachtungsassessment erfasst. Dieses Modul umfasst die Bereiche Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung und Ausscheiden:

		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig				
6.1	Vorderen Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.3	Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.4	Duschen oder Baden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.5	Oberkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.6	Unterkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.8	Essen	<input type="checkbox"/> _{nur Sonde}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.9	Trinken	<input type="checkbox"/> _{nur Sonde}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	<input type="checkbox"/> _{entfällt}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Stoma)	<input type="checkbox"/> _{entfällt}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Neben diesen Merkmalen der Selbständigkeit müssen einige weitere Informationen erfasst werden, u. a. zum Themenkreis Sondenernährung und Inkontinenz.

Auf Basis der Einschätzung der einzelnen Teilbereiche wird ein Gesamtpunktwert für die Selbstversorgungsfähigkeiten gebildet. Dieser führt wiederum zu folgender Klasseneinteilung, die den Grad der Selbständigkeit abbildet: Keine Beeinträchtigung - Geringe Beeinträchtigung - Erhebliche Beeinträchtigung - Schwere Beeinträchtigung - Weitgehender Selbstständigkeitsverlust.

Zur Berechnung des Indikators wird die Einschätzung der Selbständigkeit am Stichtag mit der Einschätzung vor sechs Monaten verglichen. Bei Bewohnern, die sich in ihrer Selbständigkeit nicht mehr verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung positiv gewertet. Einrichtungen mit einem hohen Anteil an Bewohnern, die bereits den höchsten Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen erreicht haben, würden sonst begünstigt.

Als Alternative zum vorgestellten Instrumentarium wäre es prinzipiell denkbar, andere Messinstrumente einzusetzen. Es gibt eine Vielzahl von Instrumenten, die die Selbstversorgungsfähigkeiten bzw. einen Ausschnitt davon erfassen, aber häufig mit methodischen Schwierigkeiten behaftet sind. So wird bspw. der Barthel-Index vielfach zur Bestimmung des Hilfe- und Pflegebedarfs eingesetzt, ist jedoch aufgrund seiner relativ groben Erfassung weniger geeignet. Ein anderes Beispiel ist das schon erwähnte FIM (Functional Independence Measure).

Das Modul „Selbstversorgung“ aus dem Neuen Begutachtungsassessment bringt verschiedene Vorteile mit sich. Das Modul erfasst inhaltlich umfassend Schlüsselkriterien zur Beurteilung der Selbständigkeit einer Person im Bereich der Alltagsverrichtungen. Die Erfassung ist praktikabel und wenig aufwändig in der Anwendung.

In der Erprobungsphase zeigte sich, dass die Einrichtungen durch die Schulungen in der Anwendung des Instruments und das Manual gut auf die Erhebungen vorbereitet waren. Die Einrichtungen selbst stufen den Aufwand bei der Durchführung der Einschätzungen der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen als gering und unproblematisch ein, da das Instrument sehr konkrete Aspekte abfragt. Bisherige Testungen der methodischen Güte ergaben ebenfalls positive Ergebnisse (Wingefeld et al. 2008).

Es ist darauf hinzuweisen, dass bei einem Einsatz des Indikators in einem Regelverfahren eine andere Art der Erfassung und Dokumentation, als es bisher Praxis in den Einrichtungen ist, notwendig sein wird. Die Einrichtungsmitarbeiter werden, wie bereits bei den Indikatoren zu dem Bereich Mobilität beschrieben, zu vorgegebenen Zeiträumen in einer neuen Form standardisierte Daten erfassen und dokumentieren müssen. Da sich aber das Instrument und das Verfahren im Projekt als praktikabel erwiesen und die Einrichtungen die Anwendung und Dokumentation als wenig zeitaufwendig einstufen, ist auch in einem Routinebetrieb von einem eher unproblematischen Aufwand der Datenerhebungen auszugehen.

Erprobungsergebnisse

Der Anteil der Bewohner mit einem Erhalt oder einer Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen beziffert sich in der Gruppe der **Bewohner mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen** auf 79,9%. Die Ergebnisse streuen in den Einrichtungen recht

breit (Minimum 37,5%, Maximum 100,0%). Der Maximalwert von 100% wurde in 10 Einrichtungen erreicht, bei denen jedoch auch nur jeweils zwei bis dreizehn Bewohner in die Berechnung einbezogen werden konnten.

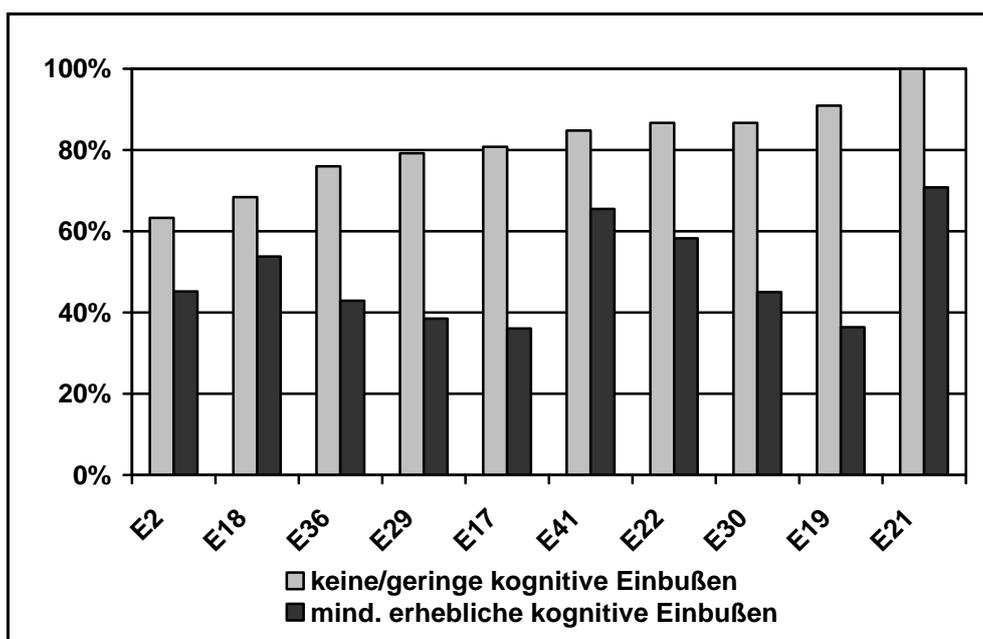
In der Gruppe der **Bewohner mit erheblichen oder schweren kognitiven Einbußen** liegt der Anteil der Bewohner, bei denen die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen erhalten oder verbessert werden konnte, im Gesamtdurchschnitt bei 55,0%. Auch hier variiert der Anteil in den Einrichtungen sehr stark von 15,8% bis 87,5%.

Bezogen auf den Durchschnittswert unterscheiden sich Einrichtungen mit Vollerhebung und Einrichtungen mit Teilerhebung bei beiden Indikatoren nur gering.

Im Folgenden werden nur Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebung betrachtet. Die Ergebnisse aus Einrichtungen mit Teilerhebungen beruhen auf wesentlich kleineren Stichproben. Diese Stichproben können im Einzelfall erhebliche Abweichungen von der Bewohnerstruktur der jeweiligen Einrichtung aufweisen. Dadurch entsteht erwartungsgemäß eine größere Bandbreite der Ergebnisse, die aber nicht als Qualitätsunterschied zwischen Einrichtungen (allenfalls zwischen Wohnbereichen) interpretiert werden kann.

Wie schon bei den Indikatoren zum Erhalt bzw. zur Förderung der Mobilität erwies sich der Zeitabstand von sechs Monaten, der bei der Verlaufsbetrachtung zugrunde gelegt wird, auch in diesem Fall als praktikabel und aussagekräftig. In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebung dargestellt.

**Abb. 3: Anteil der Bewohner mit Erhalt/Verbesserung der Selbständigkeit in Prozent
- in Abhängigkeit vom kognitiven Status der Bewohner -**



Es zeigt sich bei beiden Indikatoren eine ausreichende Streuung der Ergebnisse. Außerdem liegen die Anteile in der Gruppe der Bewohner mit erheblichem bis völligem Verlust der kog-

nitiven Fähigkeiten deutlich niedriger als in der Gruppe der Bewohner mit keinen/geringen kognitiven Einbußen. Es gibt Einrichtungen, die bei beiden Indikatoren einen hohen Anteil mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit erreichen, wie auch Einrichtungen, die in der Gruppe der Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Einbußen in ihren Ergebnissen einen recht niedrigen Anteil erreichen.

Wie weiter oben beschrieben, wird der kognitive Status eines Bewohners als ein möglicher Einflussfaktor auf die Selbständigkeit eines Bewohners bei der Ausführung von Alltagsverrichtungen angesehen. Um Vergleichbarkeit herzustellen und Einrichtungen, die eine hohe Anzahl an Bewohnern mit starken kognitiven Einbußen vorweisen, nicht zu benachteiligen, ist eine getrennte Betrachtung nach kognitivem Status ratsam. Diese Schlussfolgerung bestätigen auch die Ergebnisse einer Korrelation der Merkmale *Kognitiver Status* und *Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen*. Zu allen drei Erhebungszeitpunkten korrelieren diese beiden Merkmale mit einem Korrelationskoeffizient von $r=0.8$ stark.

Aus der Berechnung des Indikators wurden Bewohner ausgeschlossen, die im Berichtszeitraum ein *gravierendes Krankheitsereignis* wie einen Schlaganfall erlitten haben. Dieser Ausschluss erwies sich als sinnvoll. Zum einen zeigte sich, wie weiter oben beschrieben, dass es in einzelnen Einrichtungen gehäuft Bewohner mit einem gravierenden Krankheitsereignis gab. Durch einen Ausschluss dieser Bewohnergruppe werden Einrichtungen mit einer Häufung derartiger Ereignisse nicht benachteiligt. Zum anderen verschlechterte sich etwa die Hälfte der Bewohner (34 von 64 Bewohnern), die von einem gravierenden Krankheitsereignis betroffen waren, in der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen. Dieses Ergebnis bekräftigt ebenfalls den Ausschluss von Bewohnern mit einem gravierenden Krankheitsereignis.

Auch im Falle des Indikators „Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit“ wurde der Barthel-Index zur Überprüfung der methodischen Güte des angewendeten Instruments herangezogen. Es wurde ebenfalls auf Daten vom zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt ($n=193$) zurückgegriffen, um Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der beiden Einschätzungsinstrumente herzustellen. Zu beiden Erhebungszeitpunkten gab es eine starke Korrelation des Gesamtpunktwertes im Modul „Selbstversorgung“ sowohl mit dem Gesamtpunktwert des Barthel-Index als auch mit dem Gesamtpunktwert der auf die Alltagsverrichtungen bezogenen Items aus dem Barthel-Index. Der Korrelationskoeffizient nimmt hierbei Werte zwischen $r=-0.87$ und $r=-0.90$ an.

Die Veränderung der Selbständigkeit zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitraum in dem Modul „Selbstversorgung“ im Neuen Begutachtungsassessment wurde zusätzlich mit der Veränderung der Selbständigkeit im Barthel-Index in diesem Zeitraum verglichen. In der folgenden Tabelle ist das Ergebnis abgebildet.

Tab. 13: Vergleich der Einschätzungsergebnisse des Neuen Begutachtungsassessments und des Barthel-Index (N=193)

		Einschätzung der Selbstversorgung mit dem NBA		
		Verschlechterung	Erhalt	Verbesserung
Einschätzung der Selbstständigkeit mit dem Barthel-Index	Verschlechterung	8	15	4
	Erhalt	25	107	15
	Verbesserung	5	11	3

Es zeigt sich eine relativ hohe Übereinstimmung, insbesondere bei den Bewohnern, deren Grad der Selbstständigkeit erhalten werden konnte. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die dargestellten Zusammenhänge bzw. Unterschiede nicht signifikant sind ($P=0.35$) und somit nur als Tendenz gewertet werden können. Berücksichtigt werden sollte außerdem, dass mit dem Barthel-Index ein deutlich höherer Anteil der Personen in die höchste und zweithöchste Klasse der Beeinträchtigung (vor allem in die Stufe des völligen Selbstständigkeitsverlustes) eingeordnet wird als mit dem Neuen Begutachtungsassessment. Unter Berücksichtigung dieser Unterschiede ist die in der Tabelle zum Ausdruck kommende Übereinstimmung (ungeachtet der fehlenden Signifikanz) erstaunlich hoch.

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse und der Unterschiede zwischen den Einrichtungen wird, wie eingangs beschrieben, ein dreistufiges Bewertungsschema verwendet, das sich jeweils an der aktuellen Verteilung der Ergebnisse des Indikators orientiert.

Ergebnis	Bewertungskriterien bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen	Bewertungskriterien bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (> 93,3%) an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Selbstständigkeit wird als überdurchschnittlich gut bewertet.	Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (>66,7%) an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Selbstständigkeit wird als überdurchschnittlich gut bewertet.
0 durchschnittliches Ergebnis	Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (68,5%-93,3%) werden als durchschnittlich angesehen.	Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (43,0%-66,7%) werden als durchschnittlich angesehen.
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (<68,5%) wird als unterdurchschnittlich eingeordnet.	Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (<43,0%) wird als unterdurchschnittlich eingeordnet.

Zusammenhänge mit anderen Indikatoren

Für den Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die *keine oder nur geringe kognitive Einbußen* aufweisen, konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit anderen Indikatoren festgestellt werden.

Der Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern mit *mindestens erheblichen kognitiven Einbußen* dagegen korreliert in einem recht hohen Maße mit dem Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen ($r=0.76$) und mit dem Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte ($r=0.71$). Des Weiteren gibt es einen mittleren Zusammenhang mit dem Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen ($r=0.48$).

Fazit

Ein hoher Anteil an Bewohnern mit einem Erhalt oder einer Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen lässt darauf schließen, dass sich eine Einrichtung erfolgreich um die Förderung der Selbständigkeit ihrer Bewohner bemüht. Die Erprobungsergebnisse zeigen, dass ein Erhalt oder eine Verbesserung bei einem großen Teil der Bewohner gelingt. Bei fast 80% der Bewohner, die keine oder geringe kognitiven Einbußen aufweisen, hat sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen nicht verschlechtert. In der Gruppe der Bewohner mit erheblichen bis schweren kognitiven Einbußen konnte bei etwa der Hälfte der Bewohner die Selbständigkeit erhalten oder verbessert werden.

Vergleiche dieser Zahlen lassen sich lediglich mit den Ergebnissen des amerikanischen Indikatorensystems „Nursing Home Compare“ anstellen. Der Anteil der Bewohner, deren Unterstützungsbedarf in den Aktivitäten des täglichen Lebens in den vergangenen drei Monaten gestiegen ist, beläuft sich im nationalen Durchschnitt auf 14%. Dabei werden große Unterschiede zwischen den Einrichtungen deutlich, der Anteil variiert zwischen 0% und 83% (Medicare 2010a).

Der Indikator liefert im Hinblick auf die individuelle Ressourcenförderung wichtige Hinweise für das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung. So kann beispielsweise ein besonders niedriger Anteil an Bewohnern mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen in einem speziellen Wohnbereich auf mögliche Verbesserungspotentiale oder auf einen Bedarf an ressourcenfördernden bzw. -erhaltenden Maßnahmen hinweisen. Die zur Berechnung des Indikators notwendige Datenerfassung und -auswertung könnte ohne größere Probleme in das Qualitätsmanagement integriert werden. Bei einer regelmäßigen Durchführung der Einschätzungen zur Feststellung des Grades der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen und Dokumentation der Einschätzungsergebnisse ließe sich prinzipiell in externen Prüfungen stichprobenartig überprüfen, wie sich die Selbständigkeit im Bereich der Mobilität bei einem Bewohner in den letzten sechs Monaten entwickelt hat. Im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung bzw. für vergleichende Qualitätsbeurteilungen sind die beiden Indikatoren ebenfalls nutzbar.

5.1.3 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Der Indikator „Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ dokumentiert, wie gut es einer Einrichtung gelingt, die Selbständigkeit in diesem Bereich zu fördern. Der Bereich Gestaltung des Alltagslebens umfasst die Fähigkeit eines Bewohners, den Tagesablauf bewusst und nach den individuellen Gewohnheiten zu gestalten, einen Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten zur Beschäftigung zu planen sowie in die Zukunft gerichtete Planungen vorzunehmen. Die Selbständigkeit im Bereich der Gestaltung der sozialen Kontakte beinhaltet neben dem direkten Kontakt zu Angehörigen, Pflegepersonal oder Besuchern auch die Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes.

Analog zu anderen Indikatoren steht dieser Indikator in engem Zusammenhang mit dem Ziel, Selbständigkeit in zentralen Lebensbereichen außerhalb der regelmäßig notwendigen Alltagsverrichtungen unter Einschluss von sozialen Bereichen zu erhalten.

Formale Definition

Der Indikator beschreibt den Anteil der Bewohner, bei denen die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte innerhalb von sechs Monaten erhalten oder sogar verbessert werden konnte. Bei Bewohnern, die bereits den höchsten Grad der Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit erreicht haben und sich somit nicht mehr verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung positiv gewertet.

Als Grundlage für die Abbildung der Selbständigkeit in diesem Bereich dient das Modul „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ aus dem „Neuen Begutachtungsassessment“. Der Grad der Selbständigkeit in diesem Bereich wird anhand des Moduls mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet.

Anders als bei den vorangegangenen Indikatoren wird bei diesem Indikator keine Gruppenbildung nach dem kognitiven Status vorgenommen. Vielmehr werden Bewohner mit einem völligen/weitgehenden Fähigkeitsverlust im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten komplett aus der Berechnung ausgeschlossen. Die Selbständigkeit wird bei der Mehrheit dieser Bewohner erheblich von der Ausprägung demenzieller Erkrankungen bestimmt, deren Fortschreiten von den Einrichtungen nur sehr eingeschränkt beeinflusst werden kann.

Aus der Berechnung werden zusätzlich folgende Bewohnergruppen ausgeschlossen:

1. Komatöse/somnolente Bewohner
2. Bewohner, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Unter einem gravierenden Krankheitsereignis wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.

Relevanz

Der funktionelle Status eines Bewohners umfasst nicht nur Aspekte der physischen Leistungsfähigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens, sondern auch das Ausüben von sozialen Rollen, soziale Kompetenz und Aspekte der Freizeitgestaltung (Schmid-Büchi et al. 2006). Dazu zählen u. a. eine zeitliche Strukturierung des Tages, die Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, das sinnvolle Ausfüllen von verfügbarer Zeit und die Pflege sozialer Beziehungen.

Eine selbständige Gestaltung des Lebensalltags und der sozialen Kontakte trägt wesentlich zu einem selbstbestimmten Leben bei. Autonomie und Selbstbestimmung sind wiederum wichtige Voraussetzungen für Lebensqualität. Viele Heimbewohner weisen jedoch einen Unterstützungsbedarf bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte auf. Mehr als die Hälfte der Bewohner ist in ihrem Tag-Nacht-Rhythmus stark oder mäßig eingeschränkt. Fast 80% der Bewohner weisen zudem schwere oder mäßige Einschränkungen im Bereich der sozialen Kontaktfähigkeit auf (Wingefeld/Schnabel 2002). 36% der Bewohner können nicht alleine telefonieren, bei weiteren 20% ist dieses nur mit Schwierigkeiten möglich. Für 55% ist es unmöglich und für 25% nur schwer möglich, alleine Besuche zu machen (Schneekloth/von Törne 2007). Besonders von Demenz betroffene Bewohner sind stark in ihrer selbständigen Lebensführung eingeschränkt. Ihre Abhängigkeit nimmt mit fortschreitender Krankheit immer weiter zu.

Für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung sind daher die Bereiche Tagesgestaltung, Beschäftigung und Kontaktpflege von hoher Bedeutung. Ziel der Pflege sollte es sein, die Ressourcen der Bewohner in diesem Bereich zu erhalten und zu fördern.

Stand der Forschung

Die Selbständigkeit der Bewohner im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Psychische und soziale Problemlagen führen zu einem Unterstützungsbedarf, da Bewohner häufig nicht mehr in der Lage sind, ihren Bedürfnissen, beispielsweise ihrem Bedürfnis nach sozialen Kontakten, eigenständig nachzugehen. Schon vor dem Heimeinzug hat sich bei vielen Bewohnern das soziale Netzwerk verändert. Außerdem führen körperliche und kognitive Einschränkungen dazu, dass die Kontaktpflege nicht mehr wie früher ausgeübt werden kann (Korte-Pötters et al. 2007). In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Maßnahmen zur Unterstützung bei diesen Problemlagen nur selten mit einer eigenständigen Zielsetzung geplant werden. Häufig werden sie im Kontext von Alltagsverrichtungen durchgeführt oder als Reaktion auf akute Geschehnisse.

In den so genannten Referenzkonzepten zur Qualitätsverbesserung in der stationären Pflege wurden Unterstützungsleistungen bei sozialen Kontakten und sozialer Teilhabe durch das Pflegepersonal definiert. Ziele dieser Maßnahmen sind die Förderung und der Erhalt sozialer Kontakte, das Ermöglichen eines Gemeinschaftserlebens und die Vermeidung von Rückzugstendenzen. Maßnahmen können die Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte zu Angehörigen oder ehemaligen Nachbarn beinhalten, u. a. Ermöglichen von Telefonaten, gemeinsames Verfassen von Briefen. Auch die Unterstützung bei der Aufnahme und Pflege

sozialer Kontakte innerhalb der Einrichtung kann eine Maßnahme darstellen. Darunter fällt auch das Ermöglichen von Besuchen bei anderen Bewohnern. Schließlich kann die Pflege sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtung gefördert werden (Korte-Pötters et al. 2007).

Die vorangegangenen Ausführungen unterstreichen die Wichtigkeit, individuelle Ressourcen zu fördern, um Selbständigkeit der Bewohner bei der Gestaltung des Lebensalltags im Rahmen der individuellen Möglichkeiten des Bewohners zu ermöglichen. Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte kann durch eine Einrichtung gezielt beeinflusst und gefördert werden. Da die hierzu erforderlichen Maßnahmen jedoch meist auf die Förderung bestimmter funktioneller Fähigkeiten gerichtet sind oder den Charakter einer ressourcenfördernden Beratung haben, lässt sich dies nur indirekt aus Studien zu den betreffenden Teilaspekten ableiten.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird in anderen Systemen oder Ländern in dieser Form nicht zur Qualitätsbeurteilung eingesetzt. Die Gestaltung des Alltagslebens und die sozialen Kontakte eines Bewohners werden aber häufig in Bewohnerbefragungen zur Erfassung des Wohlbefindens und der Lebensqualität thematisiert. Beispielsweise werden die Bereiche Autonomie und soziale Kontakte im dem niederländischen Projekt „Quality Framework Responsible Care“ in einer Bewohnerbefragung aufgegriffen (Steering Committee Responsible Care 2008).

Messverfahren

Die Selbständigkeit der Bewohner wird mit Hilfe des Moduls „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ aus dem Neuen Begutachtungsassessment eingeschätzt. Der Grad der Selbständigkeit wird dabei für folgende Aktivitäten erfasst: Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen, Ruhen und Schlafen, sich beschäftigen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes (Wingenfeld et al. 2008).

4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	0 = selbständig	1 = überwiegend selbständig	2 = überwiegend unselbständig	3 = unselbständig
4.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.2 Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.3 Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Zur Darstellung des Gesamtergebnisses der Einschätzung wird ein Gesamtpunktwert durch eine Summierung der Punktwerte der einzelnen Items gebildet. Dieser führt wiederum zu folgender Klasseneinteilung, die den Grad der Selbständigkeit abbildet: Keine Beeinträchtigung - Geringe Beeinträchtigung - Erhebliche Beeinträchtigung - Schwere Beeinträchtigung - Weitgehender Selbstständigkeitsverlust. Zur Berechnung des Indikators wird die Einschätzung der Selbständigkeit am Stichtag mit der Einschätzung vor sechs Monaten verglichen, im Hinblick auf eine Verbesserung, eine Verschlechterung oder auf einen Erhalt des Grades der Selbständigkeit. Bei Bewohnern, die sich in ihrer Selbständigkeit nicht mehr verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung positiv gewertet.

Das Instrument erwies sich als praktikabel und gut anwendbar in der Erprobungsphase. Die Einrichtungen konnten die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nach der Schulung in dem Instrument ohne Schwierigkeiten einschätzen. Der Leitfaden zu dem Instrumentarium bot hier ebenfalls eine gute Unterstützung. Bei einer regelhaften Durchführung ist wie bei den vorangegangenen Indikatoren anzumerken, dass dies eine neue Form der Datenerhebung und Dokumentation erfordert. Neue Informationen müssen von den Einrichtungsmitarbeitern in definierten Zeitabständen erhoben und dokumentiert werden. Wie die Erprobungserfahrungen zeigen, ist jedoch auch hier davon auszugehen, dass das Verfahren gut anzuwenden ist und der Zeitaufwand eher gering sein wird.

Alternativen zu dem erprobten Erhebungsverfahren sind streng genommen nicht vorhanden, da die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nur in Ausschnitten in Instrumenten zur Erfassung der Funktionsfähigkeit enthalten ist. Dies gilt beispielsweise für den „Sic Pflegeassistenten“. Es handelt sich dabei um eine Software, die zur Pflegeplanung, -dokumentation und Klientenverwaltung in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege entwickelt wurde. Der „Sic Pflegeassistent“ enthält einzelne Items, die dem Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte zuzuordnen sind. Neben der Verwendbarkeit des Instrumentes bei der Pflegeplanung und -dokumentation erscheinen weitere Verwendungsmöglichkeiten mit einem hohen Aufwand verbunden (Wingenfeld et al. 2007). Eine Alternative wären ggf. Instrumente zur Erfassung der Selbständigkeit bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (etwa im Bereich Kommunikation), doch würden damit ebenso wie beim „Sic Pflegeassistenten“ nur Einzelaspekte dessen erfasst, was der Indikator zum Ausdruck bringen soll.

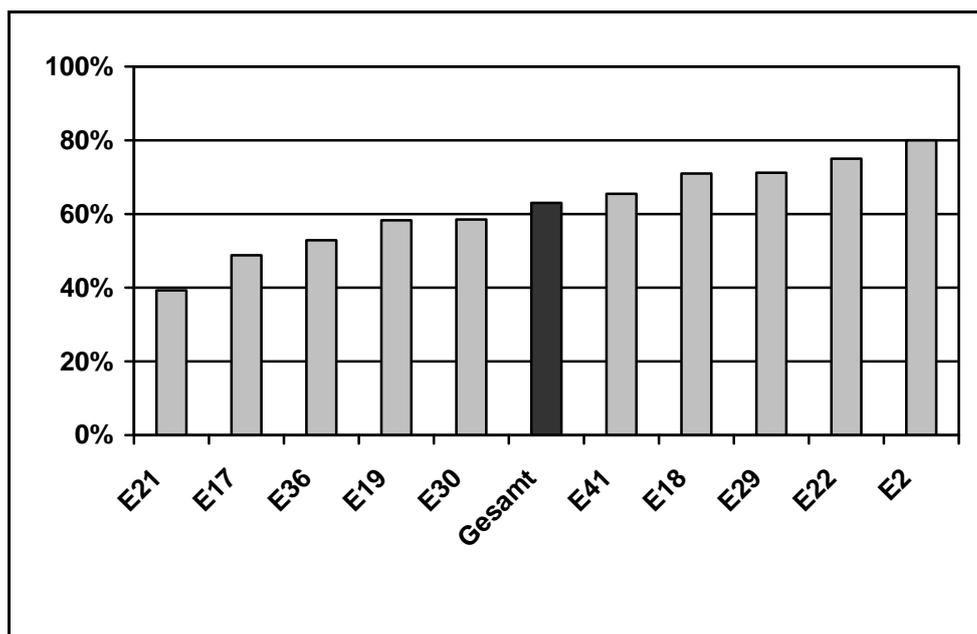
Erprobungsergebnisse

Im Durchschnitt aller Einrichtungen konnte für 65,6% der Bewohner in den zurückliegenden sechs Monaten die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte erhalten oder verbessert werden. Der Anteil streut breit in den Einrichtungen mit einer Spanne von 35,3% bis 100%. Ein Anteil von 100% wurde nur in einer Einrichtung erreicht, in der nur ein Wohnbereich erfasst wurde. Dieser Wert kann sicherlich nicht als realistischer Zielwert bei einer Erhebung der gesamten Bewohnerschaft angesehen werden.

Der Zeitabstand von sechs Monaten zur Verlaufsbeurteilung erwies sich als praktikabel und aussagekräftig (vgl. dazu die Erläuterungen bei den Indikatoren zum Erhalt bzw. zur Förderung der Mobilität).

Aufgrund der bereits zuvor angedeuteten begrenzten Aussagekraft der Ergebnisse der Einrichtungen mit Teilerhebung werden im Folgenden nur die Einrichtungen mit Vollerhebung herangezogen. Der mittlere Anteil der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit liegt in diesen Einrichtungen bei 63,0%. Wie die folgende Darstellung zeigt, gibt es auch hier eine relativ breite Streuung der Ergebnisse (Minimum 39,3%, Maximum 80,0%).

Abb. 4: Anteil der Bewohner mit Erhalt/Verbesserung der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte in Prozent (N=381)



Während in der Einrichtung 2 für einen sehr hohen Anteil der Bewohner ein Erhalt oder eine Verbesserung der Selbständigkeit erreicht werden konnte, liegt der Anteil in der Einrichtung mit der Nummer 21 doch deutlich darunter.

Aus der Berechnung wurden, wie bei den anderen Indikatoren aus dem Bereich Erhalt und Förderung der Selbständigkeit, Bewohner ausgeschlossen, die in dem Berichtszeitraum ein gravierendes Krankheitsereignis erlitten haben. Gleiches gilt für Bewohner mit einem völligen bzw. weitgehenden Fähigkeitsverlust im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten. Aufgrund einer sehr hohen Korrelation von $r=0.9$ zwischen dem kognitiven Status und der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte ist dieser Ausschluss sinnvoll, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen Einrichtungen zu ermöglichen.

Die Verlässlichkeit der Einschätzungen mit dem Modul „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ wurde geprüft, in dem die sogenannte Urteilerübereinstimmung getestet wurde. In zwei Einrichtungen wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt bei 117 Bewohnern Einschätzungen von zwei statt von einem Mitarbeiter unabhängig voneinander innerhalb von einer Woche getroffen. Berechnet wurde anschließend die Übereinstimmung der beiden Mitarbeiter in den Stufen der Bewertungsskala, die aus den Gesamtpunktwerten gebildet wer-

den. Im Ergebnis zeigte sich eine schlechte Übereinstimmung der Rater. An dieser Stelle zeigte sich, dass es für die Einschätzung der Selbständigkeit unabdingbar ist, dass der Rater einen Bewohner sehr gut kennt, was in einer der beiden Einrichtungen offenkundig nicht der Fall war. Andere Untersuchungen mit dem Neuen Begutachtungsassessment konnten in dem Modul eine deutlich höhere Urteilerübereinstimmung erzielen.

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse des Indikators wird eine dreistufige Bewertungssystematik angewendet, die in der folgenden Übersicht beschrieben ist.

Ergebnis	Bewertungskriterien
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (>75,0%) an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Selbständigkeit wird als überdurchschnittlich gut bewertet.
0 durchschnittliches Ergebnis	Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (Anteile von 50,1%-75,0%) gelten als durchschnittlich.
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (<50,1%) wird als unterdurchschnittlich eingestuft.

Zusammenhänge mit anderen Indikatoren

Es gibt eine recht hohe Korrelation zwischen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte und dem Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen ($r=0.71$). Außerdem kann ein signifikanter Zusammenhang mit dem Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen festgestellt werden ($r=0.56$).

Fazit

Der Indikator beschreibt, wie gut eine Einrichtung die Selbständigkeit ihrer Bewohner bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte fördert. Der Anteil der Bewohner mit Erhalt und Verbesserung der Selbständigkeit liegt im Durchschnitt bei 65,6%. Es liegen keine Vergleichsdaten aus anderen Untersuchungen vor. Die Ergebnisse zeigen, dass mit dem Indikator „Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen dargestellt werden

können. Dieser streut mit einer Spanne der Ergebnisse von 35,3% bis 100% recht breit zwischen den projektbeteiligten Einrichtungen.

Der Indikator kann sinnvolle Hinweise für das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung liefern. Die Betrachtung der Entwicklung der Selbständigkeit im Verlauf gibt Hinweise auf mögliche Verbesserungspotentiale in einer Einrichtung. Ein geringer Anteil an Bewohnern mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit deutet auf einen Bedarf an ressourcenfördernden bzw. -erhaltenden Maßnahmen hin. Unter der Voraussetzung ausreichender Schulungsmaßnahmen und vorhandener Ressourcen könnte die zur Berechnung des Indikators notwendige Datenerfassung und -auswertung ohne größere Probleme in das Qualitätsmanagement einer Einrichtung integriert werden.

Wenn eine Einrichtung regelmäßig Einschätzungen zum Grad der Selbständigkeit ihrer Bewohner durchführt und dokumentiert, kann auch im Rahmen von externen Prüfungen stichprobenartig nachvollzogen werden, wie sich die Selbständigkeit im Bereich der Mobilität bei Bewohnern in den letzten sechs Monaten entwickelt hat.

Der Indikator kann im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung für einen Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen herangezogen werden. Einrichtungen können im Hinblick auf die Frage, wie erfolgreich sich eine Einrichtung um den Erhalt der Selbständigkeit ihrer Bewohner bemüht, miteinander verglichen werden.

5.1.4 Empfehlung für eine Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 1

Die mit dem Projekt entwickelten Indikatoren beziehen sich auf sehr unterschiedliche Sachverhalte. Während der Qualitätsbereich 1 auf die Selbständigkeit der Bewohner abstellt, geht es im Bereich 2 um gravierende gesundheitliche Schädigungen. Im Bereich 4 wiederum stehen hauswirtschaftliche Aspekte im Vordergrund. Es ist daher nicht ersichtlich, wie auf dieser Grundlage eine Gesamtbewertung der Ergebnisqualität einer Einrichtung (z. B. in Form eines einzigen Kennwertes, einer Benotung o. ä.) ermittelt werden könnte.

Eine Gesamtbewertung der einzelnen *Qualitätsbereiche* hingegen ist möglich. Die dort versammelten Indikatoren beziehen sich nicht auf identische, aber auf ähnliche Sachverhalte. Dies ist unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten eine zwingende Voraussetzung für die zusammenfassende Bewertung von Qualitätsergebnissen. An dieser Stelle sollen die Überlegungen für eine Gesamtbewertung des Indikatorenbereichs 1 „Erhalt und Förderung von Selbständigkeit“ dargestellt werden. Die fünf Indikatoren, die dieser Bereich umfasst, wurden soeben vorgestellt.

Alle diese Indikatoren bilden Aspekte der Förderung von Selbständigkeit ab. Insofern ist eine wichtige inhaltliche Voraussetzung für die Zusammenführung in eine Gesamtbewertung erfüllt. Andererseits ist der jeweilige Sachverhalt, der mit den Indikatoren angesprochen wird, nicht identisch, und auch die Bewohnergruppen, die jeweils berücksichtigt werden, unterscheiden sich in zentralen Merkmalen. So ist es denkbar, dass eine Einrichtung zwar bei der Förderung von Bewohnern, die nicht oder nur gering kognitiv beeinträchtigt sind, bessere

Ergebnisse erzielt als bei Bewohnern mit erheblichen oder schweren kognitiven Beeinträchtigungen. Bei der ersten Gruppe kann eine Einrichtung überdurchschnittlich gute Ergebnisse aufweisen und gleichzeitig bei der zweiten Gruppe nur durchschnittliche. Dies ist ebenfalls eine Voraussetzung für die Zusammenführung der Einzelergebnisse. Würden alle Indikatoren das gleiche Ergebnis abbilden, wäre eine Zusammenführung bzw. Gesamtbewertung sinnlos.

Schwierigkeiten entstehen allerdings, wenn eine Berechnungsregel gefunden werden soll und sich damit die Frage stellt, ob alle fünf Indikatoren gleichwertig sind und damit „verrechnet“ werden können oder ob Gewichtungen vorgenommen werden müssen. Diese Frage ist nicht eindeutig zu beantworten, weil es hierzu keine Maßstäbe gibt. Will man daher Ergebnisse der einzelnen Indikatoren zusammenführen, muss man mit *Setzungen* arbeiten, die eine Werteentscheidung beinhalten. Die wichtigste Setzung lautet in diesem Fall, dass alle fünf Indikatoren in etwa gleichwertig sind und damit in gleicher Weise in die Ermittlung eines Gesamtergebnisses einfließen können.

Unter dieser Annahme kann man verschiedene Berechnungsregeln anwenden, um die Teilergebnisse zusammenzuführen. Dabei ist es angebracht, Regeln zu finden, die eine möglichst konkrete Bewertung erlauben. Das amerikanische System für den Pflegeheimvergleich arbeitet auf der Ebene der zusammenfassenden Beurteilung mit relativen Bewertungen, genauer gesagt mit einem fünfstufigen System. Die Qualität einer Einrichtung kann damit folgendermaßen bewertet werden:

- Weit überdurchschnittlich
- Überdurchschnittlich
- Durchschnitt
- Unterdurchschnittlich
- Weit unterdurchschnittlich.

Diese Art der Bewertung entspricht dem Charakter der einzelnen Indikatorenbewertungen im vorliegenden Projekt. Es wird auf den Abstand des Ergebnisses zum Durchschnitt der Einrichtungen Bezug genommen. Allerdings stellt die fünfstufige Gliederung eine relativ feine Unterteilung dar. Für den Aufbau eines Systems der Qualitätsbeurteilung wird für die gesundheitsbezogenen Indikatoren eine vierstufige Bewertung vorgeschlagen:

- Herausragend
- Überdurchschnittlich
- Durchschnittlich
- Unterdurchschnittlich.

Diese Stufenunterscheidung ist keine zwingende Lösung, hat aber verschiedene Vorteile. Eine dreistufige Lösung wäre zu grob, sie gibt den Einrichtungen nur eine geringe Chance, sich vom Durchschnitt positiv abzuheben. Mit der Kategorie „herausragend“ ist ein stärkerer Anreiz für die Qualitätsentwicklung gegeben. Im Hinblick auf eine fünfstufige Lösung stellt sich die Frage, ob die Bewertung „unterdurchschnittliche Qualität“ nicht ausreicht, um eine informierte Entscheidung bei der Wahl oder Empfehlung einer Einrichtung zu treffen oder Handlungsbedarf bei der Qualitätsentwicklung festzustellen.

In einem nächsten Schritt ist zu definieren, nach welchen Regeln diese Bewertungen vergeben werden sollen. Für die Zusammenführung der Bewertungen wird ein Punktwert ermittelt, der sich aus dem Durchschnitt der Einzelbewertungen für die fünf Indikatoren ergibt, wobei für jedes überdurchschnittliche Ergebnis ein Punkt vergeben, für jedes unterdurchschnittliche ein Punkt subtrahiert wird:

- Überdurchschnittliches Ergebnis: +1 Punkt
- Durchschnittliches Ergebnis: 0 Punkte
- Unterdurchschnittliches Ergebnis: -1 Punkt.

Damit bewegt sich der Punktwert in einem Bereich zwischen 5 und -5. Wird dieser Wert durch 5 dividiert, ergibt sich ein Durchschnittswert im Bereich von 1,0 bis -1,0. Zu dessen Einordnung wird unter Berücksichtigung der statistischen Verteilung des Ergebnisses folgendes Schema angewendet:

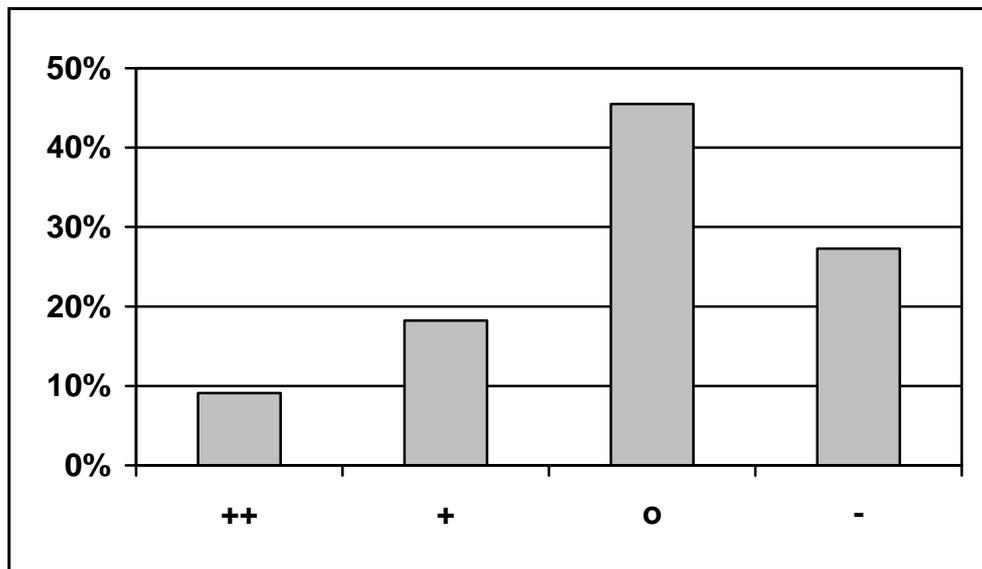
Gesamtpunktwert	Mittelwert	Bewertung
3 bis 5 Punkte	0,6 bis 1,0	++ herausragend
2 Punkte	0,3 bis 0,5	+ überdurchschnittlich
-1 bis 1 Punkt	-0,2 bis 0,2	O durchschnittlich
-2 bis -5 Punkte	-1,0 bis -0,3	- unterdurchschnittlich

Die Umrechnung in einen Mittelwert hat den Vorteil, dass eine Berechnung auch dann möglich ist, wenn einer der fünf Indikatoren aufgrund einer zu geringen Fallzahl nicht berechnet werden kann. Die nachfolgende Tabelle zeigt, welche Verteilung aus diesem Bewertungsschema resultiert.

Tab. 14: Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 1 (22 Einrichtungen)

Einzelergebnis Indikator					Summe	Mittelwert	Gesamtbewertung
1.1	1.2	1.3	1.4	1.5			
1	1	0	1	1	4	0,8	++
1	1	1	0	0	3	0,6	++
0	0	0	1	1	2	0,4	+
1	1	0	0	0	2	0,4	+
0	0	0	1	1	2	0,4	+
0	0	0	1	1	2	0,4	+
0	0	0	1	0	1	0,2	O
0	0	1	0	0	1	0,2	O
0	0	0	1	0	1	0,2	O
0	0	0	0	0	0	0	O
0	0	0	0	0	0	0	O
0	0	0	0	0	0	0	O
0	0	0	0	-1	-1	-0,2	O
0	0	0	-1	0	-1	-0,2	O
0	0	1	-1	-1	-1	-0,2	O
0	0	0	-1	0	-1	-0,2	O
0	0	0	-1	-1	-2	-0,4	-
0	0	-1	-1	0	-2	-0,4	-
-1	-1	-1	0	-1	-4	-0,8	-
-1	-1	0	-1	-1	-4	-0,8	-
-1	-1	-1	0	-1	-4	-0,8	-
-1	-1	0	-1	-1	-4	-0,8	-

**Abb. 5: Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 1:
Erhalt und Förderung der Selbständigkeit (22 Einrichtungen)**



Berücksichtigt wurden hier (zum Zweck der Illustration) nur Einrichtungen, bei denen mindestens 10 Bewohner je Indikator in die Bewertung einbezogen werden konnten, weil bei kleineren Stichproben der Einfluss von Einzelfällen sehr groß sein kann und somit die statistische Streuung stärker zu Extremwerten tendiert.

Nur zwei Einrichtungen erreichen die Beurteilung „herausragend“, d. h. sie weisen bei mindestens drei der fünf Indikatoren überdurchschnittliche Ergebnisse auf. Die Tabelle lässt außerdem erkennen, wie sehr die Bewertung in einem solchen System von der faktischen Verteilung des Ergebnisses abhängt. Schließlich zeigt sie, dass die Gleichzeitigkeit von überdurchschnittlichen und unterdurchschnittlichen Ergebnissen sehr selten (nur bei einer Einrichtung) vorkommt, was dafür spricht, dass der Summenwert ein verlässliches Maß für die Gesamtbewertung darstellt.

Ein solches Bewertungssystem kann nicht allein aus methodischen Überlegungen und empirischen Daten abgeleitet werden, sondern bedarf einer Vereinbarung jener Stellen, die für die Gestaltung der Normen für die Beurteilung von Qualität in der vollstationären pflegerischen Versorgung Verantwortung tragen. Noch einmal sei betont, dass für ein solches System *Setzungen* erforderlich sind, in die Werteentscheidungen und Ziele (z. B. Anreize für die Qualitätsentwicklung) einfließen. Will man beispielsweise auf besondere Anreize zur Qualitätsverbesserung verzichten, wäre die Bewertung „herausragend“ eher überflüssig. In diesem Fall würde die schlichte Dreiteilung von Qualitätsstufen ausreichen.

5.2 Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

Dieser Bereich greift die Frage auf, wie erfolgreich eine Einrichtung beim Schutz ihrer Bewohner vor häufig auftretenden Gesundheitsrisiken und -belastungen agiert. Die dabei angesprochenen Inhalte werden in anderen Systemen zur Qualitätsbeurteilung unter Oberbegriffen wie „safety outcomes“ (Pringle/Doran 2003) oder „Care-related safety“ (Steering Committee Responsible Care 2008) subsumiert.

Mit den Indikatoren zu den Themen Dekubitusentstehung, Eintritt von Sturzfolgen und Gewichtsverlust werden Gesundheits- und Pflegeprobleme aufgegriffen, denen angesichts ihrer Auswirkungen für die Heimbewohner zentrale Bedeutung zukommt. Zugleich handelt es sich um Probleme, deren Vermeidung als wichtiges Ziel pflegerischen Handelns gilt. Dies drückt sich auch darin aus, dass zu allen drei Themen nationale Expertenstandards vorliegen, die den pflegerischen Beitrag zur Vermeidung bzw. Minimierung der genannten Schädigungen beschreiben. Der Bereich wird durch sechs Indikatoren dargestellt:

- Dekubitusentstehung (zwei Indikatoren): Anteil der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben. Dieser Anteil wird getrennt für zwei Bewohnergruppen ermittelt, für Bewohner mit *geringem* und Bewohner mit *hohem* Dekubitusrisiko.
- Stürze mit gravierenden Folgen (zwei Indikatoren): Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist. Dieser Anteil wird getrennt für zwei Bewohnergruppen ausgewiesen, die nach dem Grad der Beeinträchtigung ihrer kognitiven Fähigkeiten unterschieden werden.
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (zwei Indikatoren): Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme innerhalb von sechs Monaten. Es werden ebenfalls zwei Bewohnergruppen unter Berücksichtigung der kognitiven Beeinträchtigungen unterschieden.

Wie im Qualitätsbereich 1 wurden alle zur Darstellung dieser Indikatoren benötigten Daten in Form von Stichtagserhebungen von den Einrichtungen erfasst. Diese Erhebungen erfolgten hier fast ausschließlich durch eine Übertragung von Informationen aus der Routinedokumentation (meist Pflegedokumentation). Insofern entstand durch ihre Erfassung kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand. Lediglich der Rhythmus, in dem die Daten erhoben werden, müsste vereinheitlicht werden. Die Sachverhalte, die den Indikatoren dieses Bereiches zugrunde liegen, werden bereits heute in den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste anhand der Dokumentation der Einrichtungen nachvollzogen.

Die Bewertung der Ergebnisse für diesen Bereich erfolgt ebenfalls dreistufig und unterscheidet in überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Ergebnisse. Anders als im Bereich 1 wird als zentraler Bewertungsmaßstab jedoch der durchschnittliche Anteil der Bewohner herangezogen, bei denen eine bestimmte Gesundheitsschädigung eingetreten ist (unerwünschtes statt erwünschtes Ergebnis). Hohe Anteile führen in diesem Bereich zu

negativen Beurteilungen. Zusätzlich berücksichtigt die Bewertungssystematik, ob ein negativ bewerteter Anteilswert lediglich durch einen Einzelfall zustande gekommen ist. In diesem Fall wird das Ergebnis einer Einrichtung nicht als unterdurchschnittlich bewertet. Dieser Mechanismus schützt Einrichtungen mit geringen Bewohnerzahlen vor negativen Bewertungen, die nur auf dem Auftreten einzelner Fälle beruhen. Für die Indikatoren dieses Bereiches werden folgende Regeln verwendet:

Ergebnis	Bewertungskriterien
<p style="text-align: center;">+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</p>	<p>Der Anteil der Bewohner einer Einrichtung, bei denen eine bestimmte Gesundheitsschädigung aufgetreten ist, liegt maximal bei dem 0,5fachen des durchschnittlichen Anteilswertes der Gesamtstichprobe.</p>
<p style="text-align: center;">0 durchschnittliches Ergebnis</p>	<p>Es ist bei maximal einem Bewohner eine bestimmte Gesundheitsschädigung aufgetreten oder der Anteil dieser Bewohner liegt zwischen dem 0,5fachen und 1,5fachen des durchschnittlichen Anteilswertes der Gesamtstichprobe.</p>
<p style="text-align: center;">- unterdurchschnittliches Ergebnis</p>	<p>Es ist bei mehr als einem Bewohner eine bestimmte Gesundheitsschädigung aufgetreten und der Anteil dieser Bewohner entspricht oder liegt über dem 1,5fachen des durchschnittlichen Anteilswertes der Gesamtstichprobe.</p>

Diese Festlegungen orientieren sich an der Verteilung der Ergebnisse, die im Rahmen der praktischen Erprobung gewonnen wurden. Sie sind bei flächendeckendem Einsatz des Indikators auf ihre Tragfähigkeit hin zu überprüfen.

5.2.1 Dekubitusentstehung

Der Indikator erfasst das Auftreten von Dekubitalgeschwüren während des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung. Außer Betracht bleiben Dekubitalgeschwüre, die vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entstanden sind. Ein Dekubitus ist eine schwerwiegende Gesundheitsstörung, die gehäuft im Kontext von Pflegebedürftigkeit auftritt und deren Vermeidung in hohem Maße von der fachgerechten Durchführung pflegerischer Prophylaxemaßnahmen abhängt. Das hier zugrunde liegende Versorgungsziel besteht dementsprechend darin, durch eine fachgerechte Pflege die Entstehung eines Dekubitus so weit wie möglich zu verhindern.

Formale Definition

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner erfasst, die in einem Zeitraum von sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben. Bei der Bewertung des Indikators werden zwei Bewohnergruppen unterschieden:

- Bewohner mit niedrigem Dekubitusrisiko. Dies sind Personen, die in der Lage sind, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.
- Als Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko gelten Personen, die nicht in der Lage sind, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.

Als Grundlage für die Bewertung der Fähigkeiten beim Positionswechsel im Bett wird das Item „Positionswechsel im Bett“ des Moduls Mobilität des NBA herangezogen. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass ein starker Zusammenhang zwischen dem Grad der Mobilität und Aktivität Pflegebedürftiger und dem Risiko der Dekubitusentstehung besteht (Compton et al. 2008; Nonnemacher et al. 2009). Maßgeblich für die Risikoeinstufung sind die Fähigkeiten eines Bewohners zu Beginn des Bewertungszeitraumes.

Die Bestimmung des Dekubitusrisikos anhand der Bradenskala wurde zum ersten Erhebungszeitpunkt erprobt und erwies sich als weniger trennscharf. Dieser Ansatz wurde deshalb nicht weiter verfolgt (vgl. Erprobungsergebnisse).

Im Zähler des Indikators werden Dekubitalgeschwüre nicht berücksichtigt, die bei Bewohnern entstanden sind, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobilisierung oder Lagerung ablehnen und bei denen dies dokumentiert ist. Es handelt sich dabei um insgesamt 33 Bewohner, von denen vier im Betrachtungszeitraum einen Dekubitus 2. bis 4. Grades entwickelt haben. Je zwei von ihnen stammen aus der Gruppe mit hohem bzw. niedrigem Dekubitusrisiko. In 19 Fällen handelt es sich um Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen, so dass nicht klar ist, aus welchen Äußerungen die Einrichtungen die ausdrückliche Ablehnung prophylaktischer Maßnahmen ableiten. Vor einer zukünftigen Nutzung dieses Indikators sollte deshalb sorgfältig abgewogen werden, ob die Ablehnung von Prophylaxemaßnahmen durch kognitiv beeinträchtigte Bewohner überhaupt als Ausschlusskriterium herangezogen werden soll.

Relevanz

Ein Dekubitus ist ein schwerwiegendes, den weiteren Verlauf von Pflegebedürftigkeit und Pflege prägendes Gesundheitsproblem. Dekubitalulcera sind für die Betroffenen mit Folgen wie Schmerzen, Beschränkungen der Selbständigkeit und/oder der Notwendigkeit medizinischer Behandlung verbunden. Für Betroffene geht das Auftreten eines Dekubitus daher oft mit einer Einschränkung ihrer Lebensqualität einher (DNQP 2008b; Hopkins et al. 2006; Spilsbury et al. 2007), die es zu vermeiden gilt.

Die Vermeidung von Dekubitalulcera stellt in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung eine Herausforderung dar. Einschlägige Leitlinien und Standards gehen davon aus, dass sich durch eine systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos und die Anwendung prophylaktischer Maßnahmen die Dekubitushäufigkeit erheblich reduzieren lässt (DNQP 2004; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel 2009). In Deutschland wurde 1999 mit der Veröffentlichung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege der Beitrag der Pflege zur Vermeidung von Dekubitalgeschwüren klar beschrieben und die damit verbundenen Aufgabenbereiche benannt.

Forschungsergebnisse

Internationale Studien weisen für unterschiedliche Pflegesettings eine große Bandbreite von Dekubitusprävalenzen aus (DNQP 2010b). Im Bereich der stationären Langzeitversorgung wird über eine Größenordnung um 30 % der Bewohner berichtet (Capon et al. 2007). Aktuelle Studien, die sich mit der Dekubitushäufigkeit bei Bewohnern deutscher Pflegeheime befassen, weisen allerdings erheblich niedrigere Raten aus. Ihnen zu Folge muss mit einer Dekubitusprävalenz zwischen 7,3% und 4% (Fraunhofer IAO 2005; Lahmann et al. 2010; Reus et al. 2005) gerechnet werden. Eine Untersuchung, bei der nur Dekubitalgeschwüre 2. bis 4. Grades in die Berechnung einbezogen wurden, ermittelte unter Pflegeheimbewohnern eine Prävalenz von 3,8% (Lahmann 2009). Bei Ausschluss der Dekubitalgeschwüre, die nicht in der Pflegeeinrichtung entstanden waren, reduzierte sich dieser Wert auf 1,8%.

Seltener wird die Dekubitusinzidenz, also das Neuauftreten von Dekubitalgeschwüren in einem bestimmten Zeitraum, erfasst. Leffmann et al. (2004) ermittelten für den Zeitraum von 3 Monaten eine Dekubitusinzidenz von 1,4% in Hamburger Pflegeheimen. Andere Untersuchungen, die das Neuauftreten von Dekubitalgeschwüren in Pflegeeinrichtungen untersuchen, liegen für Deutschland derzeit nicht vor.

Die Entstehung eines Dekubitus gilt als in hohem Maße durch eine fachgerechte Dekubitusprophylaxe vermeidbar. Im Vordergrund stehen dabei neben einer systematischen Einschätzung des Dekubitusrisikos Interventionen, die zu einer Druckumverteilung führen. Dies sind insbesondere Maßnahmen der aktiven und passiven Bewegungsförderung (DNQP 2010c). Die aktuelle Literaturstudie zur Überarbeitung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege (DNQP 2010b) macht allerdings deutlich, dass der Zusammenhang zwischen druckentlastenden Maßnahmen und der Vermeidung von Dekubitalulcera nicht durch qualitativ hochwertige Studien belegt ist. Auch die Wirksamkeit ernährungsbezogener Maßnahmen und von Maßnahmen zur Förderung der Gewebetoleranz lässt sich nicht durch methodisch einwandfreie Studien belegen. Dennoch sind nach Expertenmeinung die Druckentlastung dekubitusgefährdeter Hautpartien durch Mobilisation und Lagerung der Betroffenen sowie der Einsatz geeigneter druckentlastender Hilfsmittel zentrales Element einer fachgerechten Dekubitusprophylaxe. Der Indikator spiegelt also die erfolgreiche Umsetzung zentraler pflegerischer Aufgaben, nämlich der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs einer Person, der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Unterstützung der Mobilität und ggf. die Auswahl geeigneter Lagerungshilfsmittel wieder.

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Entstehung eines Dekubitus nicht in allen Fällen durch pflegerische Interventionen zu verhindern ist, wenn die gesundheitliche Situation der Betroffenen der Anwendung prophylaktischer Maßnahmen entgegensteht, eine andere Prioritätensetzung erfordert (wie etwa in der terminalen Lebensphase) oder die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen beeinträchtigt (DNQP 2010c; National Pressure Ulcer Advisory Panel 2010). Das individuelle Dekubitusrisiko ist zudem vom Vorliegen bestimmter Funktionseinschränkungen und Erkrankungen abhängig. Dazu gehören in erster Linie Einschränkungen der Mobilität (DNQP 2010b). Auch sensorische Beeinträchtigungen und Erkrankungen, die zu einer erheblichen Störung der Durchblutung führen (z. B. Diabetes Mellitus), erhöhen das Dekubitusrisiko (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2008).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Das Auftreten von Dekubitalgeschwüren wird international in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung als Qualitätsindikator für Versorgungsqualität eingesetzt (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2008). Auch Systeme zur Qualitätsbeurteilung im Bereich der stationären Langzeitversorgung greifen darauf zurück. Im U.S.-amerikanischen „Nursing Home Compare“ und dem niederländischen „Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg“ wird beispielsweise die Häufigkeit des Vorliegens von Dekubitalulcera als Qualitätsindikator herangezogen (Steering Committee Responsible Care 2008; U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004). Im australischen Projekt „Developing resident-centered quality indicators in residential aged care“ greift man sowohl auf die Prävalenz als auch die Inzidenz von Dekubitalgeschwüren zurück (Commonwealth of Australia 2006). Allerdings ist zu beachten, dass aus Prävalenz- bzw. Inzidenzwerten unterschiedliche Schlussfolgerungen gezogen werden müssen:

- Mit der Dekubitusprävalenz wird der Anteil von Bewohnern beziffert, bei denen an einem Stichtag oder in einer bestimmten Periode ein Dekubitus festgestellt wurde. Dabei werden der Entstehungszeitpunkt und oft auch der Entstehungsort des Dekubitus nicht berücksichtigt. Mit Hilfe dieses Wertes lässt sich also vor allem die Gesamtleistung eines Versorgungssystems, nicht aber der Erfolg pflegerischer Bemühungen zur Vermeidung von Dekubitalulcera beurteilen. Zudem werden unter Umständen Dekubitalgeschwüre, die über einen längeren Zeitraum bestehen, mehrfach erfasst. In der Dekubitusprävalenz spiegelt sich somit auch der Erfolg der Therapie bestehender Dekubitalgeschwüre wieder. An der Durchführung der therapeutischen Maßnahmen sind zwar auch Pflegekräfte beteiligt. Allerdings fällt die Auswahl und Steuerung der Wundtherapie in den ärztlichen Verantwortungsbereich.
- Die Dekubitusinzidenz beziffert hingegen den Anteil von Bewohnern, bei denen in einem definierten Zeitraum ein Dekubitalgeschwür neu aufgetreten ist. Bleiben dabei Dekubitalgeschwüre unberücksichtigt, die nicht während der Versorgung durch die Einrichtung entstanden sind, lässt das Ergebnis Rückschlüsse auf den Erfolg der in der Einrichtung durchgeführten Prophylaxemaßnahmen zu.

Unter Berücksichtigung der Anforderung von Pflegesensitivität und bezogen auf die Frage, wie erfolgreich eine Einrichtung das Auftreten neuer Dekubitalulcera verhindert, ist die Dekubitusinzidenz also gegenüber der Prävalenz aussagekräftiger.

Messverfahren

Die Erfassung aufgetretener Dekubitalgeschwüre erfolgte im Projekt anhand der bestehenden Dokumentation der Einrichtungen, aus der Angaben zum Auftreten eines Dekubitus in einen Bewohnerfragebogen übertragen wurden. Das Auftreten eines Dekubitus ist von hoher haftungsrechtlicher Relevanz für Pflegeeinrichtungen. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass Einschätzungen zum Vorliegen und der Ausprägung eines Dekubitus bereits heute größtenteils nachvollziehbar dokumentiert werden. Die notwendigen Daten werden mit Hilfe des nachfolgend abgebildeten Fragenkomplexes erhoben.

7. Dekubitus	
7.1	Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen Dekubitus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8.1)
7.2	Wenn ja, bitte Zeitraum angeben: vom bis (ggf. „bis heute“)
7.3	Maximale Schwere des Dekubitus: <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> unbekannt
7.4	Wo ist der Dekubitus entstanden? <input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug) <input type="checkbox"/> woanders, und zwar:

Zur Einschätzung der Ausprägung eines Dekubitalgeschwürs hat sich in Deutschland die Orientierung an den Schweregraden 1 bis 4, die u. a. im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (DNQP 1999) beschrieben werden, etabliert²³. In der deutschen Versorgungspraxis bildet sie die Basis zur Beschreibung von Dekubitalgeschwüren in der Pflegedokumentation. Auch der Bewohnerfragebogen legt diese in der Praxis etablierte und international übliche Gradeinteilung zugrunde. Die zur Gruppenbildung notwendige Information über die Mobilität eines Bewohners ist ebenfalls Bestandteil der pflegerischen Dokumentation und lässt sich problemlos durch pflegerische Einschätzung ermitteln.

Erprobungsergebnisse

Bei insgesamt 64 von 1.623 Bewohnern (3,9%) ist im Verlauf von sechs Monaten vor dem letzten Erhebungszeitpunkt ein Dekubitus 2. bis 4. Grades in der Einrichtung neu entstanden²⁴. Der Anteil der Bewohner mit niedrigem Risiko, bei denen dies der Fall war, liegt im Mittel bei 2,1% und schwankt zwischen 0% und 19,2%. In 30 von 45 Einrichtungen sind bei Bewohnern dieser Gruppe im Betrachtungszeitraum keine Dekubitalulcera entstanden.

Bei Bewohnern mit hohem Risiko entstehen erwartungsgemäß häufiger Dekubitalgeschwüre. Im Mittel sind 8,9% dieser Bewohner betroffen, ihr Anteil schwankt zwischen den Einrichtun-

²³ Der derzeit in der Überarbeitung befindliche Expertenstandard Dekubitus wird voraussichtlich die Verwendung des Begriffs „Kategorie“ statt der Bezeichnung „Grad“ oder „Schweregrad“ empfehlen. Allerdings entsprechen die Kriterien zur Zuordnung in die Kategorien 1 bis 4 denen der Zuordnung zu den Schweregraden 1 bis 4 (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2010c).

²⁴ Basis für die Berechnungen des Indikators bilden Daten von 1623 Pflegebedürftigen aus 45 Einrichtungen. Die Daten einer Einrichtung wurden bei der Berechnung ausgeschlossen, da ihre Bewohnerschaft ein für die Altenhilfe ungewöhnliches Profil aufweist. Elf weitere Bewohner konnten aufgrund unvollständiger Angaben nicht in die Auswertung einbezogen werden.

gen zwischen 0% und 66,7%²⁵. Bei dieser Bewohnergruppe gelang es in 25 von 45 Einrichtungen, die Entstehung von Dekubitalgeschwüren 2. bis 4. Grades gänzlich zu vermeiden.

Das Auftreten von Dekubitalgeschwüren ist ein insgesamt seltenes Ereignis, das im Betrachtungszeitraum nur bei einem kleinen Teil der Bewohner aufgetreten ist. Einzelne Fälle beeinflussen daher in hohem Maß die in den Einrichtungen ermittelten Anteilswerte. Zur Beurteilung der Frage, ob mit dem Indikator Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen darzustellen sind, wurde daher auf die Ergebnisse der *Einrichtungen mit Vollerhebungen* zurückgegriffen, die weniger stark durch Einzelfälle beeinflusst werden. Einen Überblick über die dort ermittelten Häufigkeiten liefert folgende Tabelle.

Tab. 15: Neu entstandene Dekubitalgeschwüre 2. bis 4. Grades bei Bewohnern von Vollerhebungseinrichtungen nach Risikogruppen (N=634)

Einrichtung	Bewohner mit niedrigem Risiko			Bewohner mit hohem Risiko		
	Dekubitus 2.-4. Grades	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit Dekubitus	Dekubitus 2.-4. Grades	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit Dekubitus
2	0	41	0,0%	0	20	0,0%
17	0	43	0,0%	2	12	16,7%
18	1	53	1,9%	0	35	0,0%
19	0	26	0,0%	1	11	9,1%
21	1	36	2,8%	6	17	35,3%
22	1	29	3,4%	4	21	19,0%
29	4	60	6,7%	0	19	0,0%
30	1	48	2,1%	0	7	0,0%
36	0	41	0,0%	0	8	0,0%
41	3	63	4,8%	0	20	0,0%
gesamt	11	440	2,5%	13	170	7,6%

Aus den erhobenen Daten lassen sich auch Periodenprävalenzen zum Vorliegen von Dekubitalgeschwüren bei Bewohnerinnen und Bewohnern ermitteln:

- In der ersten Hälfte des sechsmonatigen Betrachtungszeitraumes lag bei 55 Personen (3,4%) ein Dekubitus vor, der in der Einrichtung entstanden ist. Bei 16 weiteren Bewohnern (1%) wurde ein Dekubitus dokumentiert, der außerhalb der Pflegeeinrichtung entstanden ist. Insgesamt belief sich der Anteil von Bewohnern mit Dekubitus auf 4,4%. Knapp ein Viertel dieser Dekubitalulcera (22,5%) war 1. Grades.
- Im zweiten Quartal des Erfassungszeitraumes wurde für 70 Bewohner (4,3%) ein Dekubitus dokumentiert, der während der Versorgung durch die Einrichtung entstanden ist. Bei 18 Bewohnern (1,1%) lagen Dekubitalgeschwüre vor, die in einer anderen Versorgungsumgebung entstanden waren. Auch in diesem Zeitraum war rund ein Viertel (23,9%) der erfassten Dekubitalulcera 1. Grades.

²⁵ Diese teilweise sehr hohen Raten resultieren aus teilweise sehr geringen Fallzahlen in Einrichtungen ohne Vollerhebungen. Hinter dem Anteil von 66,7% verbergen sich beispielsweise drei Bewohner, von denen zwei einen Dekubitus entwickelt haben.

Die aktuelle Prävalenzerhebung (Lahmann 2009) weist für Pflegeheimbewohner Dekubitusprävalenzen von 4,3% (Dekubitus 1. bis 4. Grades) bzw. 2,8% (nur Dekubitus 2. bis 4. Grades) aus. Analog dazu liefert die folgende Tabelle Prävalenzwerte getrennt für das 1. und 2. Quartal des Erfassungszeitraums.

Tab. 16: Anteil der Bewohner mit Dekubitus nach Dekubitusausprägung (N=1.623)

	Anteil der Bewohner mit Dekubitus im 1. Quartal des Erfassungszeitraumes	Anteil der Bewohner mit Dekubitus im 2. Quartal des Erfassungszeitraumes
Dekubitus Grad 1	1,0%	1,3%
Dekubitus Grad 2	2,0%	3,1%
Dekubitus Grad 3	1,3%	0,8%
Dekubitus Grad 4	0,1%	0,2%
Dekubitus gesamt	4,4%	5,4%

Der Anteil von Bewohnern mit Dekubitalulcera 2. bis 4. Grades ist mit 3,4% (erstes Quartal) bzw. 4,1% (2. Quartal) zwar höher als der in der Prävalenzerhebung (Lahmann 2009) ermittelte Wert von 2,8%. Allerdings lagen dieser Untersuchung im Gegensatz zu den im Projekt ermittelten Daten Stichtagserhebungen zugrunde, so dass die Werte nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind. Das bei Betrachtung längerer Zeiträume höhere Prävalenzwerte zu verzeichnen sind, war zu erwarten.

Der Anteil der Druckgeschwüre 1. Grades an sämtlichen dokumentierten Dekubitalulcera fiel mit 23,3% geringer aus in anderen Untersuchungen. Im Rahmen der Prävalenzerhebung 2009 belief er sich beispielsweise auf rund 36%. Dies bestätigt die Annahme, dass Dekubitalgeschwüre 1. Grades retrospektiv schwer zu erfassen sind und daher eine Dunkelziffer existiert. Druckgeschwüre 1. Grades wurden daher nicht zur Berechnung des Indikators herangezogen.

In der ursprünglichen Definition zur *Bildung der Risikogruppen* war vorgesehen, neben der Mobilität der Bewohner deren Ernährungszustand zu berücksichtigen. Personen, die einen Body Mass Index (BMI) unter 18,5 kg/m² aufwiesen, sollten der Hochrisikogruppe zugeordnet werden. Dabei wurde davon ausgegangen, dass bei einem stark erniedrigten BMI ein hohes Risiko von Ernährungsdefiziten besteht und durch die Berücksichtigung dieses Umstandes der Risikofaktor „Mangelernährung“ bei der Gruppenbildung berücksichtigt werden kann. Bei der Analyse der Bewohnerdaten zeigte sich allerdings, dass nur ein geringer Teil der Dekubitalgeschwüre (8%) in dieser Gruppe bei Personen mit niedrigem BMI und nicht beeinträchtigter Mobilität entstand. Aus diesem Grund erfolgte die Risikogruppenbildung bei den abschließenden Auswertungen ausschließlich anhand des Faktors Mobilität. Wie sich zeigte, ermöglicht dieses Kriterium eine gute Unterscheidung zwischen Bewohnern mit hohem und niedrigem Dekubitusrisiko: Der Anteil von Bewohnern mit in der Einrichtung neu entstandenen Dekubitalgeschwüren (Dekubitus Grad 2 bis 4) ist in der Hochrisikogruppe mit 8,9% etwa viermal so hoch wie in der Niedrigrisikogruppe mit 2,1%.

Die Nutzung der Bradenskala bei einem Cut-Off-Wert von 12 Punkten zur Unterscheidung der Risikogruppen, die zum 1. Erhebungszeitpunkt getestet wurde, ist nicht empfehlenswert. Die Dekubitushäufigkeit unterschied sich weniger deutlich (Hochrisikogruppe 3,7%, Niedrig-

risikogruppe 2,7%). Der Cut-Off-Wert müsste erheblich verschoben werden, um die Trennschärfe der Bradenskala zu erhöhen.

Außerdem konnte häufig nicht auf aktuelle Einschätzungen zurückgegriffen werden. Eine Aktualisierung der Bewertung hätte den Erhebungsaufwand für den Indikator deutlich erhöht.

Bewertungssystematik

Wie deutlich wurde, können Einzelfälle besonders in kleinen Einrichtungen die ermittelten Anteilswerte erheblich beeinflussen. Das nachfolgend dargestellte Bewertungsschema legt daher den Anteil neu entstandener Dekubitalulcera zugrunde, berücksichtigt jedoch zusätzlich, ob der Anteilswert durch mehr als einen betroffenen Bewohner zustande gekommen ist. Ist dies nicht der Fall, erhält eine Einrichtung trotz hoher Anteilswerte keine unterdurchschnittliche Bewertung²⁶.

Ergebnis	Bewertungskriterien bei Bewohnern mit niedrigem Dekubitusrisiko	Bewertungskriterien bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: 1,1%)	Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: 4,5%)
0 durchschnittliches Ergebnis	Maximal ein neuer Dekubitusfall oder Anteil der Bewohner mit Dekubitusentstehung liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 1,1% bis 3,2%).	Maximal ein neuer Dekubitusfall oder Anteil der Bewohner mit Dekubitusentstehung liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 4,5% bis 13,4%).
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: >3,2%).	Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: >13,4%).

Legt man dieses Raster für Einrichtungen mit Vollerhebungen an, ergeben sich die in der nachfolgenden Übersicht dargestellten Bewertungen.

²⁶ Wird der Indikator in der Breite der Versorgung eingesetzt, wäre anhand des dann verfügbaren umfangreichen Datenmaterials zu prüfen, ob mit diesen Berechnungsregeln Verzerrungen bei kleinen Einrichtungen tatsächlich ausgeschlossen sind oder ob ggf. verfeinerte Bewertungsregeln erforderlich sind.

Tab. 17: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Dekubitusentstehung für Einrichtungen mit Vollerhebung

Einrichtung	Bewohner mit niedrigem Risiko			Bewohner mit hohem Risiko		
	Bewohner mit Dekubitus	Anteil der Bewohner mit Dekubitus	Bewertung	Bewohner mit Dekubitus	Anteil der Bewohner mit Dekubitus	Bewertung
2	0	0,0%	+	0	0,0%	+
17	0	0,0%	+	2	16,7%	-
18	1	1,9%	O	0	0,0%	+
19	0	0,0%	+	1	9,1%	O
21	1	2,8%	O	6	35,3%	-
22	1	3,4%	O	4	19,0%	-
29	4	6,7%	-	0	0,0%	+
30	1	2,1%	O	0	0,0%	+
36	0	0,0%	+	0	0,0%	+
41	3	4,8%	-	0	0,0%	+

Wie die Ergebnisse zeigen, lassen sich mit den vorgeschlagenen Bewertungskriterien sowohl für die Gruppe der Bewohner mit hohem als auch der mit niedrigem Dekubitusrisiko Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen verdeutlichen.

Fazit

Die beiden Indikatoren sind sowohl im internen Qualitätsmanagement einer Einrichtung als auch für externe Qualitätsvergleiche und die öffentliche Qualitätsberichterstattung verwendbar.

Die Daten können dem internen Qualitätsmanagement Hinweise auf Verbesserungspotenzial bei der Dekubitusprophylaxe liefern. Bei der internen Auswertung können beispielsweise Teilbereiche einer Einrichtung identifiziert werden, in denen Dekubitalulcera gehäuft auftreten. Bereits heute wird in zahlreichen der projektbeteiligten Einrichtungen das Auftreten von Dekubitalgeschwüren systematisch erfasst und ausgewertet.

Im Rahmen der Qualitätsberichterstattung lassen sich Aussagen darüber gewinnen, wie erfolgreich eine Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen das Auftreten von Dekubitalulcera verhindert. Die Ergebnisse zeigen, dass mit Hilfe einer entsprechenden Bewertungssystematik Qualitätsvergleiche möglich sind.

Die Erfassung der benötigten Daten anhand der Pflegedokumentation ist problemlos möglich. Sie werden bereits heute im Regelbetrieb in der benötigten Form dokumentiert. Dies bestätigten auch die Einschätzungen aus den teilnehmenden Einrichtungen, die im Rahmen der Regionalgruppen erfragt wurden. Die Verlässlichkeit dieser Daten ließe sich bei externen Qualitätsprüfungen stichprobenartig kontrollieren.

5.2.2 Stürze mit gravierenden Folgen

Dieser Indikator erfasst das Auftreten gravierender Sturzfolgen während des Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung. Sturzfolgen, die vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entstanden sind, bleiben außer Betracht. Das mit diesem Indikator verknüpfte Ziel besteht also darin, das Risiko erheblicher gesundheitlicher Schädigungen infolge von Stürzen so weit möglich zu reduzieren.

Formale Definition

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner erfasst, bei denen es in einem Zeitraum von sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung infolge eines Sturzes zu gravierenden körperlichen Auswirkungen gekommen ist. Als gravierend gelten:

- Frakturen,
- behandlungsbedürftige Wunden,
- Schmerzen, die länger als 48 Stunden andauern und
- ein erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität.

Aus der Berechnung ausgeschlossen werden Bewohner, die in ihrer Mobilität so stark eingeschränkt sind, dass sie auch bei einem Positionswechsel im Bett vollständig auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. Diese Bewohner sind, da sie sich ohne personelle Hilfe nicht fortbewegen können, nicht oder in deutlich geringerem Maß von Stürzen und somit auch von Sturzfolgen bedroht.

Wie sich bei der Auswertung der Daten zeigte, besteht für kognitiv beeinträchtigte Bewohner ein höheres Risiko, erhebliche Sturzfolgen zu erleiden. Bei der Beurteilung der Ergebnisqualität werden deshalb zwei Bewohnergruppen und damit zwei Indikatoren unterschieden:

- Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, und
- Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.

Als Grundlage für die Zuordnung eines Bewohners in die entsprechende Gruppe wird das Ergebnis des Moduls „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des NBA herangezogen.

Relevanz

Stürze und deren Folgen gelten als hochrelevantes Problem in der stationären Langzeitversorgung alter Menschen (Heinze 2008; Lord et al. 2001). Sturzfolgen werden aufgrund ihrer Häufigkeit, der Auswirkungen für die Betroffenen, aber auch aufgrund der ökonomischen Konsequenzen als gravierendes Versorgungsproblem in der stationären Altenhilfe betrachtet. Für Betroffene besteht die Gefahr, infolge von Stürzen erhebliche Einschränkungen ihrer Selbständigkeit und Einbußen ihrer Lebensqualität zu erleiden (Delbaere et al. 2004; DNQP 2006a).

Personen, die in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung leben, weisen ein erhöhtes Sturzrisiko auf (DNQP 2006a). Wissenschaftliche Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass ein Drittel bis ca. 50% der Pflegeheimbewohner mindestens einmal jährlich stürzen (Dassen 2007). Eine aktuelle Untersuchung in deutschen Pflegeheimen ermittelte Sturzraten von 3,8% über einen Zeitraum von zwei Wochen (Heinze 2009). Methodisch vergleichbare Untersuchungen aus den Jahren 2007 und 2008 wiesen mit 3,9% und 3,7% ähnlich hohe Sturzraten für Heimbewohner aus (Dassen 2007; Heinze 2008).

Die Vermeidung von Stürzen ist ein wichtiger Aspekt der Qualitätsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen. In den vergangenen Jahren wurden verschiedenste Interventions- und Schulungsprogramme in der Praxis erprobt und etabliert, um die Sturzraten zu verringern. Im nationalen Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (DNQP 2006a) werden die pflegerischen Aufgaben zur Vermeidung von Stürzen und Verminderung von Sturzfolgen klar umrissen. Wesentliche Aspekte sind dabei die Einschätzung des individuellen Sturzrisikos Pflegebedürftiger, die Unterstützung gefährdeter Personen beim Erhalt und der Verbesserung ihrer Mobilität und die Information Betroffener über ihr individuelles Risiko und daraus resultierende Möglichkeiten der Sturzprophylaxe. Zudem gehören die Identifizierung umgebungsbedingter Sturzgefahren und deren Reduzierung zum pflegerischen Aufgabenspektrum. Die beschriebenen Aufgabenfelder stehen im Einklang mit anderen Leitlinien zum Thema Sturz- und Sturzfolgenprophylaxe (New Zealand Guidelines Group 2003; 2001). Das Ergebnis des Indikators lässt also Rückschlüsse auf den Erfolg der Bemühungen einer Einrichtung zur Reduzierung des individuellen Sturz- und Verletzungsrisikos zu.

Forschungsergebnisse

Wesentliches Element der Sturzfolgenprävention ist die Vermeidung von Sturzereignissen. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass sich durch Interventionsprogramme in Einrichtungen der Altenhilfe Sturzraten senken lassen (DNQP 2006a). Am effektivsten sind verschiedenen Untersuchungen zufolge multifaktorielle Interventionsprogramme, die neben einer verbesserten Risikoeinschätzung auch die gezielte Förderung der Mobilität von Bewohnern und eine Verminderung umgebungsbedingter Sturzgefahren umfassen (Becker et al. 2003; Jensen et al. 2002). Freiheitseinschränkende Maßnahmen gelten als ungeeignetes Mittel zur Sturzprophylaxe. Verschiedenen Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass ein Verzicht auf Gurtfixierungen dauerhaft nicht mit einer Erhöhung des Sturzrisikos verbunden ist (Capezuti et al. 1998; Dunn 2001). Einzelne Untersuchungen berichten sogar, dass es bei zuvor fixierten Personen nach Beendigung dieser Maßnahmen zu einer höheren Sturzrate kam als vor den Fixierungen (Arbesman/Wright 1999). Auch der Einsatz von Bettgittern hat sich als ungeeignet erwiesen, um Stürze bei Heimbewohnern zu vermeiden (Capezuti et al. 2002).

Nicht jeder Sturz ist mit schwerwiegenden Folgen verbunden. Untersuchungen, die sich mit Sturzfolgen bei Pflegeheimbewohnern befassen, weisen aus, dass rund ein Viertel der Stürze zu gravierenden Folgen wie Frakturen oder größeren Wunden führt (Rubenstein 2006). Eine Untersuchung in deutschen Pflegeheimen kommt dagegen zu dem Ergebnis, dass 6,3% der Stürze von Pflegeheimbewohnern zu schweren Sturzfolgen wie Frakturen, Kopfverletzungen oder Gelenk- und Bänderverletzungen führen (Heinze 2008). Mit 5,5% bewegte

sich der Anteil mittelschwerer Sturzfolgen wie versorgungsbedürftiger größerer Wunden oder Prellungen in einer ähnlichen Größenordnung. Weitere 24,4% der Heimbewohner erlitten bei einem Sturz nur minimale Folgen, die keiner weiteren Versorgung bedurften, für 63,8% blieb der Sturz ohne körperliche Folgen. Fasst man die Gruppe der mittelschweren und schweren Folgen zusammen, so entstanden bei 11,8% der Bewohner infolge eines Sturzes versorgungsbedürftige Verletzungen.

Der Einsatz von Hüftprotektoren mit dem Ziel, hüftgelenksnahe Frakturen zu vermeiden, ist eine Methode, die explizit auf die Vermeidung von Sturzfolgen abzielt. Allerdings ist sie in der Praxis umstritten. Es gibt jedoch Belege dafür, dass ihre Verwendung das Auftreten von Hüftfrakturen als Folge von Stürzen reduzieren kann (Cameron et al. 2003; Meyer et al. 2003). Die Effektivität ihres Einsatzes bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern konnte allerdings bislang nicht ausreichend nachgewiesen werden (van Schoor et al. 2003).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Die reine Sturzrate von Heimbewohnern wird von verschiedenen Berichtssystemen als Indikator für die Qualität in der Heimversorgung herangezogen (International Quality Indicator Project o.J.; Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007). Allerdings steht dabei die Nutzung des Indikators für das interne Qualitätsmanagement im Vordergrund. Nur im niederländischen „Quality Framework Responsible Care“ (Steering Committee Responsible Care 2008) werden anhand der Sturzhäufigkeit in Pflegeeinrichtungen vergleichende Qualitätsbewertungen vorgenommen.

Im Vergleich zur Sturzhäufigkeit wird das Auftreten gravierender Sturzfolgen im Bereich der stationären Langzeitversorgung seltener als Kriterium herangezogen. Zwar werden in einzelnen nationalen Monitoringsystemen Frakturen als Sturzfolgen erfasst (Commonwealth of Australia 2006; U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004). Jedoch dienen die ermittelten Ergebnisse vornehmlich der Gesundheitsberichterstattung und werden nicht zur Qualitätsbeurteilung von Pflegeeinrichtungen herangezogen. Gleiches gilt für die akutstationäre Versorgung. Auch hier wird die Häufigkeit sturzbedingter Verletzungen als Qualitätsindikator verwendet (American Nurses Association 2009; Montalvo 2007), allerdings ebenfalls nur im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und des internen Qualitätsmanagements genutzt.

Messverfahren

Die Erfassung von Stürzen und deren Folgen erfolgte im Projekt anhand der bestehenden Dokumentation der Einrichtungen. Informationen über Sturzereignisse und Sturzfolgen wurden von den Einrichtungsmitarbeitern in einen Bewohnerfragebogen übertragen, der folgende Fragen zum Thema beinhaltet:

9. Sturzfolgen	
9.1	Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt? <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein
9.2	Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? (Mehrfachangaben) <input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftige Wunden <input type="checkbox"/> andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden) <input type="checkbox"/> erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen <input type="checkbox"/> erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität <input type="checkbox"/> keine der genannten Folgen ist eingetreten

Bei der Erfassung von Sturzereignissen, aus denen keine offensichtlichen Verletzungen resultieren, ist mit einer Dunkelziffer nicht beobachteter bzw. dokumentierter Stürze zu rechnen (Gostynski et al. 1999; Pierobon/Funk 2007). Kommt es durch einen Sturz jedoch zu Frakturen oder behandlungsbedürftigen Wunden, ist dies von hoher haftungsrechtlicher Relevanz für Pflegeeinrichtungen. Dementsprechend werden Frakturen und Wunden größtenteils nachvollziehbar dokumentiert. Ob es zu länger andauernden Schmerzen oder einem erhöhten Hilfebedarf des Betroffenen kommt, sollte im Rahmen der Pflegedokumentation festgehalten sein. Diese Sturzfolgen werden von gebräuchlichen Sturzprotokollen jedoch nur selten berücksichtigt. Die Mitarbeiter der Einrichtungen wurden darum gebeten, anhand der Pflegedokumentation nachzuvollziehen, ob es nach einem Sturz bei einem Bewohner zu Schmerzen bzw. einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen oder der Mobilität gekommen ist.

Erprobungsergebnisse

Der Anteil der Bewohner, die im Verlauf von sechs Monaten gestürzt sind, belief sich in den projektbeteiligten Einrichtungen auf 27,6%²⁷. Er schwankte zwischen den Einrichtungen zwischen 10,0% und 58,8%. Bei rund 53% der Betroffenen handelte es sich um ein einmaliges Sturzereignis, 47% stürzten in diesem Zeitraum mehrfach. Ein Vergleich der gewonnenen Daten mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen ist nur eingeschränkt möglich, da sich sowohl die Erfassungszeiträume als auch die Kriterien zur Bewohnerauswahl unterscheiden. Die Ergebnisse bewegen sich allerdings in einer Größenordnung, die sich mit der in anderen Studien geäußerten Annahme deckt, jeder zweite Heimbewohner stürze mindestens einmal jährlich (DNQP 2006a).

In den Ergebnissen für kognitiv nicht oder nur gering beeinträchtigte Bewohner zeigen sich gegenüber den Bewohnern mit ausgeprägten Beeinträchtigungen erhebliche Unterschiede. Die letztgenannte Bewohnergruppe ist in der Gesamtstichprobe mit 31,8% (die Anteile in den

²⁷ Basis für die Berechnungen des Indikators „Stürze“ bilden Daten von 1.374 Pflegebedürftigen aus 45 Einrichtungen. Die Daten einer Einrichtung wurden bei der Berechnung ausgeschlossen, da ihre Bewohnerschaft ein für die Altenhilfe ungewöhnliches Profil aufweist.

Einrichtungen liegen zwischen 0% und 66,7%) deutlich häufiger von Stürzen betroffen als die nicht oder gering kognitiv beeinträchtigten Personen, von denen 21,3% gestürzt sind (hier schwanken die Anteile in den Einrichtungen zwischen 0% und 57%).

Betrachtet man nur die Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebungen, fällt der Unterschied insgesamt noch deutlicher aus:

Tab. 18: Stürze bei Bewohnern von Vollerhebungseinrichtungen nach Grad kognitiver Beeinträchtigung (N=507)

Einrichtung	Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen			Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen		
	Gestürzte Bewohner	Einbezogene Bewohner	Anteil gestürzter Bewohner	Gestürzte Bewohner	Einbezogene Bewohner	Anteil gestürzter Bewohner
2	3	20	15,0%	13	28	46,4%
17	0	20	0,0%	9	26	34,6%
18	2	15	13,3%	21	50	42,0%
19	1	7	14,3%	9	24	37,5%
21	1	10	10,0%	14	35	40,0%
22	6	16	37,5%	9	22	40,9%
29	4	41	9,8%	5	25	20,0%
30	4	23	17,4%	4	29	13,8%
36	5	24	20,8%	8	21	38,1%
41	11	31	35,5%	17	40	42,5%
gesamt	37	207	17,9%	109	300	36,3%

Bei insgesamt 150 von 1.377 Bewohnern (10,9%) ist es im Verlauf von sechs Monaten vor dem letzten Erhebungszeitpunkt zu einem Sturz mit gravierenden Folgen gekommen. Dabei unterscheiden sich die Gruppen der kognitiv nicht oder nur gering Beeinträchtigten und der schwerer beeinträchtigten Personen deutlich. Von den Bewohnern mit ausgeprägten kognitiven Einbußen erlitten 12,9% gravierende Sturzfolgen, ihr Anteil schwankt zwischen den Einrichtungen zwischen 0% und 33,3%. Dagegen waren nur 8,2% der weniger beeinträchtigten Bewohner von gravierenden Sturzfolgen betroffen. Die Anteile für diese Bewohnergruppe schwanken ebenfalls zwischen 0% und 33,3%.

In 16 Einrichtungen waren in der Gruppe der kognitiv weniger beeinträchtigten Personen keine gravierenden Sturzfolgen zu verzeichnen. Bei kognitiv erheblich oder schwerer beeinträchtigten Bewohnern war dies nur in neun Einrichtungen der Fall.

Gravierende Sturzfolgen sind im Betrachtungszeitraum nur bei einem kleinen Teil der Bewohner aufgetreten. Daraus ergibt sich, dass einzelne Fälle die in den Einrichtungen erzielten Anteilswerte stark beeinflussen können. Auch bei diesem Indikator ist deshalb die Frage, ob durch die ermittelten Anteilswerte Qualitätsunterschiede erfasst werden können, am besten anhand der Ergebnisse von Einrichtungen mit Vollerhebung zu beantworten. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Häufigkeit gravierender Sturzfolgen in diesen Einrichtungen.

Tab. 19: Gravierende Sturzfolgen bei Bewohnern von Vollerhebungseinrichtungen nach Grad kognitiver Beeinträchtigung (N=509)

Einrichtung	Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen			Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen		
	Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit Gravierenden Sturzfolgen	Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit Gravierenden Sturzfolgen
2	3	29	10,3%	3	19	15,8%
17	0	24	0,0%	4	22	18,2%
18	1	18	5,6%	8	47	17,0%
19	2	11	18,2%	1	20	5,0%
21	0	13	0,0%	7	32	21,9%
22	3	16	18,8%	7	22	31,8%
29	1	48	2,1%	1	20	5,0%
30	3	32	9,4%	0	20	0,0%
36	1	26	3,8%	2	19	10,5%
41	5	31	16,1%	8	40	20,0%
gesamt	19	248	7,7%	41	261	15,7%

Auch bei den in Vollerhebungseinrichtungen erzielten Ergebnissen zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom kognitiven Status der Bewohner. In 3,3% der Fälle kam es zu Frakturen, bei 5,9% entstanden versorgungsbedürftige Wunden. Fasst man diese beiden Gruppen als zusammen, sind 8,4% der erfassten Bewohner betroffen. Bei 5,2% der gestürzten Bewohner wurde dokumentiert, dass aus einem Sturz ein Verlust der Selbständigkeit bei der Mobilität und/oder Alltagsverrichtungen resultierte. Auffällig war, dass lediglich bei 44 Bewohnern (3,2%) angegeben wurde, infolge eines Sturzes sei es zu länger anhaltenden Schmerzen gekommen. Möglicherweise bestehen, da Schmerzen in gängigen Sturzfolgeprotokollen nicht erfasst werden, Dokumentationsdefizite, die eine retrospektive Erfassung dieser Sturzfolge erschweren.

Bei differenzierter Betrachtung der erfassten Sturzfolgen zeigen sich ebenfalls erhebliche Unterschiede zwischen kognitiv nicht oder gering beeinträchtigten Bewohnern und Personen mit stärkeren Beeinträchtigungen.

Tab. 20: Häufigkeit verschiedener Sturzfolgen Vollerhebungseinrichtungen nach Grad kognitiver Beeinträchtigung

Sturzfolge	Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen			Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen		
	betroffene Bewohner	einbezogene Bewohner	Anteil betroffener Bewohner	betroffene Bewohner	einbezogene Bewohner	Anteil betroffener Bewohner
Frakturen	16	607	2,6%	29	770	3,8%
Versorgungsbedürftige Wunden	23	607	3,8%	58	770	7,5%
Anhaltende Schmerzen	23	607	3,8%	21	770	2,7%
Selbstständigkeitsverlust	23	607	3,8%	49	770	6,4%

Das insgesamt erhöhte Risiko kognitiv stärker beeinträchtigter Bewohner, gravierende Sturzfolgen zu erleiden, spiegelt sich in diesen Zahlen deutlich wieder.

Die Ergebnisse dieses Indikators sind mit anderen Untersuchungsergebnissen nur bedingt vergleichbar, da sich Erfassungszeiträume und Erhebungsweise unterscheiden. Auch eine lückenhafte Sturzdokumentation dürfte eine Rolle spielen. Im Projekt waren 30,3% der *gestürzten* Bewohner von Frakturen und/oder Wunden betroffen. Andere Untersuchungen weisen erheblich niedrigere Raten zwischen 13,3% und 11,8% aus (Dassen 2007; Heinze 2008). Dies könnte ein weiterer Hinweis darauf sein, dass Stürze nicht mit der gleichen Regelmäßigkeit wie gravierende Sturzfolgen dokumentiert werden und die Zahl der Stürze deutlich höher liegt als in den Daten ausgewiesen wird. All dies spricht dafür, gravierende Sturzfolgen und nicht die bloße Sturzhäufigkeit als Indikator zu verwenden.

Bewertungssystematik

Wie bereits erwähnt, können sich Einzelfälle gravierend auf die ermittelten Anteilswerte auswirken. Aus diesem Grund berücksichtigt das Bewertungsschema neben dem Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen auch, ob der Anteilswert durch mehr als einen betroffenen Bewohner zustande gekommen ist. Ist dies nicht der Fall, erhält eine Einrichtung trotz hoher Anteilswerte keine unterdurchschnittliche Bewertung.

Ergebnis	Bewertungskriterien bei Bewohnern mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen	Bewertungskriterien bei Bewohnern mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: <4,1%).	Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: <6,5%).
0 durchschnittliches Ergebnis	Es sind maximal bei einem Bewohner gravierende Sturzfolgen aufgetreten oder der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt zwischen der Hälfte und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 4,1% bis 12,3%).	Es sind maximal bei einem Bewohner gravierende Sturzfolgen aufgetreten oder der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt zwischen der Hälfte und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 6,5% bis 19,4%).
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: >12,3%).	Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: >19,4%).

Legt man dieses Raster für *Einrichtungen mit Vollerhebungen* an, ergeben sich die in der nachfolgenden Übersicht dargestellten Bewertungen.

Tab. 21: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Stürze mit gravierenden Folgen für Einrichtungen mit Vollerhebung

Einrichtung	Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen			Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen		
	Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen	Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen	Bewertung	Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen	Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen	Bewertung
2	3	10,3%	O	3	15,8%	O
17	0	0,0%	+	4	18,2%	O
18	1	5,6%	O	8	17,0%	O
19	2	18,2%	-	1	5,0%	+
21	0	0,0%	+	7	21,9%	-
22	3	18,8%	-	7	31,8%	-
29	1	2,1%	+	1	5,0%	+
30	3	9,4%	O	0	0,0%	+
36	1	3,8%	+	2	10,5%	O
41	5	16,1%	-	8	20,0%	-

Fazit

Der Indikator „Stürze“ wird für die beschränkte Verwendung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements empfohlen. Auf Basis der ermittelten Werte lassen sich Erkenntnisse zu Qualitätsdefiziten in und Unterschieden zwischen Teilbereichen einer Einrichtung erkennen. Entscheidend für die Aussagekraft der gewonnenen Daten ist allerdings die Qualität der Sturzdokumentation einer Einrichtung.

Der Indikator „Stürze mit gravierenden Folgen“ hingegen ist sowohl im internen Qualitätsmanagement einer Einrichtung als auch für Qualitätsvergleiche und die öffentliche Qualitätsberichterstattung verwendbar. Hier ist von einer größeren Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Daten auszugehen. Aus dem erzielten Ergebnis können Hinweise auf Qualitätsdefizite in Teilen einer Einrichtung, aber auch Aussagen zur Qualität der Sturzprophylaxe im Vergleich zu anderen Pflegeeinrichtungen abgeleitet werden.

Die Erfassung der benötigten Daten anhand der Pflegedokumentation und in den Einrichtungen verwendeten Sturzprotokollen ist ohne größeren Aufwand problemlos möglich. Die Verlässlichkeit der Daten lässt sich im Rahmen externer Qualitätsprüfungen stichprobenartig überprüfen.

5.2.3 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Der Indikator beschreibt den Anteil der Bewohner einer Einrichtung, bei denen es in einem Zeitraum von sechs Monaten zu einem erheblichen, nicht intendierten Gewichtsverlust gekommen ist. Gewichtsverluste, die vor dem Heimeinzug eingetreten sind oder die auf bestehende Erkrankungen oder medizinische Therapien zurückzuführen sind, bleiben dabei außer Betracht. Bei diesem Indikator besteht das korrespondierende Versorgungsziel darin, durch ein fachgerechtes Ernährungsmanagement ein stetiges Körpergewicht zu erhalten.

Formale Definition

Mit dem Indikator „*unbeabsichtigter Gewichtsverlust*“ wird der Anteil der Bewohner erfasst, bei denen es in einem Zeitraum von sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung zu einem Gewichtsverlust von mehr als 10% ihres Körpergewichtes gekommen ist.

Aus der Berechnung ausgeschlossen werden Bewohner, bei denen medizinische Gründe, beispielsweise eine Krebserkrankung, Amputationen von Gliedmaßen oder eine medikamentöse Ausschwemmung den Gewichtsverlust erklären können. Dadurch verursachte Gewichtsverluste können von den Einrichtungen kaum verhindert werden.

Wie sich bei der Auswertung der Daten zeigte, besteht für kognitiv beeinträchtigte Bewohner ein höheres Risiko, einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust zu erleiden. Bei der Berechnung des Indikators werden deshalb zwei Bewohnergruppen unterschieden:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen,
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen.

Als Grundlage für die Zuordnung eines Bewohners in die entsprechende Gruppe wird das Ergebnis des Moduls „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des NBA herangezogen.

Relevanz

Alte Menschen sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung besonders gefährdet, Ernährungsdefizite zu erleben. Dies trifft in besonderem Maße auf Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen zu (Heseker/Stehle 2008). Sie sind häufiger von Problemen wie Appetitlosigkeit, Kau- und Schluckproblemen oder motorischen Problemen betroffen, die zu einer reduzierten Nahrungsaufnahme führen können (Tannen 2009). Um die Auswirkungen derartiger Beeinträchtigungen zu minimieren, bedürfen viele Heimbewohner der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, aber auch der Bereitstellung individuell geeigneter Nahrung.

Von Mangelernährung betroffene Personen sind gefährdet, schwerwiegende körperliche Folgen, z. B. neurologische und kardiovaskuläre Beeinträchtigungen oder eine erhöhte Infektanfälligkeit zu erleiden. Insgesamt steigt ihr Risiko, bei bestehenden Erkrankungen Komplikationen zu entwickeln (DNQP 2008a; Volkert 2004). Aus einer Mangelernährung resultie-

ren für die Betroffenen oft auch Einschränkungen ihrer Lebensqualität (Norman et al. 2006a; Norman et al. 2006b).

Forschungsergebnisse

Die vorliegenden Untersuchungen kommen hinsichtlich der Prävalenz von Mangelernährung unter Heimbewohnern zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Für Deutschland weisen einige Untersuchungen älteren Datums aus, dass bis zu 43% der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mangelernährt seien (MDS 2004; Roth/Garms-Homolová 2005). Für den deutschsprachigen Raum ermittelten aktuelle Studien unter geriatrischen Patienten Prävalenzraten zwischen 14% und 18,7% (Frick et al. 2009; Galvan et al. 2006).

Verantwortlich für die große Spannweite der angegebenen Prävalenzen sind in erster Linie unterschiedliche Definitionen und Messmethoden, die bei der Ermittlung und Interpretation des Ernährungszustandes zugrunde gelegt wurden (DNQP 2008a; Volkert 2004). So wird teilweise auf die Erfassung von Laborparametern, z. B. des Serumalbuminwertes oder auf Körperfettmessungen zurückgegriffen. Andere Untersuchungen verwenden Instrumente wie das Mini Nutritional Assessment, um das Risiko oder das Bestehen einer Mangelernährung zu erfassen (Galvan et al. 2006). In weiteren Untersuchungen werden Einschätzungen des Körpergewichts im Verhältnis zur Körpergröße oder Veränderungen des Körpergewichtes im Zeitverlauf zugrunde gelegt, um den Ernährungsstatus von Heimbewohnern zu erfassen (Tannen 2009; Zimmerman 2003). Allerdings wird betont, dass aufgrund einzelner Parameter kein definitiver Rückschluss auf den Ernährungszustand einer Person, sondern nur Hinweise auf die bestehende Gefahr einer Mangelernährung gewonnen werden können (DNQP 2010a; Tannen 2009). Gewichtsverluste im Zeitverlauf werden dabei als aussagekräftigerer Hinweis auf eine mögliche Mangelernährung angesehen als ein erniedrigter Body Mass Index (Volkert 2004).

In stationären Einrichtungen lebende Menschen sind beim Erhalt oder der Wiedergewinnung eines guten Ernährungszustandes in mehrfacher Hinsicht auf die Unterstützung der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter angewiesen. Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege sieht dabei die Einschätzung des Risikos einer Mangelernährung und die individuell darauf abgestimmte Bereitstellung personeller Unterstützung als wichtige Aufgabe der Pflegekräfte an. Er weist aber auch darauf hin, dass die erfolgreiche Unterstützung gefährdeter Personen von der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen durch die Pflegeeinrichtungen, z. B. der Bereitstellung eines geeigneten Ernährungsangebotes oder der Schaffung adäquater räumlicher Voraussetzungen abhängt (DNQP 2010a). Ernährungsdefizite bei älteren, pflegebedürftigen Menschen lassen sich nach Expertenmeinung durch ein Ernährungsmanagement, das die o. g. Aspekte berücksichtigt, erheblich reduzieren (Bartholomeyczik et al. 2008; DNQP 2010a).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Ernährungszustand von Heimbewohnern wird relativ häufig als Kriterium zur Beurteilung der Qualität herangezogen. Die Merkmale, anhand derer der Ernährungszustand bzw. das

potenzielle Risiko einer Mangelernährung eingeschätzt werden, unterscheiden sich allerdings erheblich. Einige Systeme stützen sich bei ihrer Einschätzung auf isolierte Teilaspekte der Ernährungssituation, wie den Anteil von Bewohnern mit Sondenernährung oder Anzeichen von Dehydration (Rantz et al. 2004; Unruh/Wan 2004; Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007). Überwiegend wird jedoch versucht, anhand des Body Mass Index (BMI) oder durch die Erfassung von Gewichtsveränderungen der Bewohner Rückschlüsse auf deren Ernährungszustand zu ziehen (Schmidt et al. 2008; The Aged Care Branch of the Department of Human Services [Victoria] 2004). Insbesondere zur Verwendung im Rahmen externer Qualitätsvergleiche wird die übermäßige und/oder ungeplante Gewichtsabnahme von Bewohnern oft als Beurteilungsgrundlage herangezogen (Rantz et al. 2004; Steering Committee Responsible Care 2008; U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004).

Messverfahren

Die Erfassung des Gewichtes erfolgte sehr einfach anhand der zu den Erhebungszeitpunkten vorliegenden Gewichtsangaben. Das zuletzt ermittelte Körpergewicht und das Datum der Gewichtsmessung wurden von den Einrichtungsmitarbeitern in einen Bewohnerfragebogen übertragen. Zusätzlich wurde erfragt, ob bei dem Bewohner eine Erkrankung vorliegt, die zu erheblichen Gewichtsverlusten führen kann oder ob medizinische Therapien durchgeführt wurden, die zu einem Gewichtsverlust führen können.

8. Körpergröße und Gewicht	
8.1	Körpergröße: _____ cm
8.2	Aktuelles Körpergewicht: _____ kg Dokumentiert am (Datum): ____/____/____
8.3	Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären? (z.B. fortschreitende Krebserkrankung, medikamentöse Ausschwemmung) Bitte angeben:

Erprobungsergebnisse

Die Ermittlung von Gewichtsangaben, die sich in das durch den Indikator vorgesehene Raster von sechs Monaten einordnen ließen, war nicht für alle Bewohner möglich. Nicht alle Einrichtungen ermittelten das Gewicht ihrer Bewohner zeitnah zu den Erhebungszeitpunkten. Um Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen herzustellen, wurden Bewohner von der Bewertung ausgeschlossen, wenn die Erhebungszeitpunkte der Gewichtsangaben erheblich vom Erhebungszeitpunkt abwichen. Als erheblich wurde eine Abweichung von mehr als drei Wochen bezogen auf den Bewertungszeitraum von sechs Monaten angesehen. Bewohner, bei denen dies der Fall war wurden bei der Berechnung des Indikators ausgeschlossen. Die führte dazu, dass nur für 1.182 der erfassten Bewohner (72.3%) nutzbare Datensätze vorla-

gen. Von diesen wurden weitere 38 Fälle von der Berechnung ausgeschlossen, weil medizinische Gründe für einen möglichen Gewichtsverlust angegeben wurden²⁸.

Der Anteil der Bewohner, die im Verlauf von sechs Monaten 10% ihres Körpergewichtes verloren, belief sich auf insgesamt 6,0%. Die kognitiv erheblich oder schwerer beeinträchtigten Bewohner waren mit 7,6% mehr als doppelt so häufig betroffen wie kognitiv weniger beeinträchtigte Personen, bei denen der Anteil 3,7% betrug. Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen, die für kognitiv beeinträchtigte Heimbewohner ein höheres Risiko unbeabsichtigter Gewichtsverluste konstatieren (Heseker/Stehle 2008). Der Gesamtdurchschnitt liegt leicht unter dem Niveau, das in anderen Systemen zur Qualitätsbewertung ausgewiesen wird (z. B. Nursing Home Compare: 8%, MDS Quality Measure/Indicator Report 2010: 8,9%). Allerdings unterscheiden sich die Kriterien zum Ausschluss von Bewohnern im Vergleich zu diesen Systemen. Zudem ist nicht bekannt, wie hoch dort der Anteil kognitiv stärker beeinträchtigter Bewohner ist.

In Einrichtungen mit Vollerhebung waren insgesamt 6,2% der erfassten Bewohner von einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust betroffen. Einen Überblick gibt die nachfolgende Tabelle:

Tab. 22: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust in 10 Vollerhebungseinrichtungen nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung (N=389)

Einrichtung	Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen			Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen		
	Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust	Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust
2	1	29	3,4%	1	27	3,7%
17	1	12	8,3%	0	13	0,0%
18	0	18	0,0%	9	65	13,8%
19	0	11	0,0%	0	19	0,0%
21	0	1	0,0%	2	14	14,3%
22	0	14	0,0%	1	18	5,6%
29	2	30	6,7%	1	23	4,3%
30	2	20	10,0%	2	15	13,3%
36	1	22	4,5%	0	17	0,0%
41	1	12	8,3%	0	9	0,0%
gesamt	8	169	4,7%	16	220	7,3%

²⁸ Ob eine medizinische Begründung für den Ausschluss der Bewohner vorlag, wurde anhand der freischriftlichen Angaben der Rater entschieden. Ausschlussgrund war bei 14 Bewohnern eine fortgeschrittene Krebserkrankung, bei 14 Bewohnern eine massive medikamentöse Ausschwemmung, bei 3 Bewohnern wurden Gliedmaßen amputiert. In 8 Fällen wurden weitere schwere Erkrankungen als Grund akzeptiert. Hinzu kamen 5 Bewohner, bei denen eine Gewichtsreduktion gezielt erfolgte und 7 Bewohner, bei denen eine reduzierte Nahrungsaufnahme ausdrücklich auf eigenen Wunsch erfolgte.

Bewertungssystematik

Zum Teil können sich aufgrund der bei diesem Indikator vorliegenden geringen Fallzahlen Einzelfälle stark auswirken. Aus diesem Grund berücksichtigt das Bewertungsschema neben dem Anteil der Bewohner mit Gewichtsverlust auch, ob der Anteilswert durch mehr als einen Bewohner zustande gekommen ist. Ist dies nicht der Fall, erhält eine Einrichtung trotz hoher Anteilswerte keine unterdurchschnittliche Bewertung.

Ergebnis	Bewertungskriterien bei Bewohnern mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen	Bewertungskriterien bei Bewohnern mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Der Anteil der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: <1,9%)	Der Anteil der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: <3,8%)
0 durchschnittliches Ergebnis	Es ist bei maximal einem Bewohner ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten oder der Anteil liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 1,9% bis 5,6%)	Es ist bei maximal einem Bewohner ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten oder der Anteil liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 3,8% bis 11,4%)
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Es ist bei mehr als einem Bewohner ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten und der Anteil liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: >5,6%).	Es ist bei mehr als einem Bewohner ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten und der Anteil liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 11,4%).

Tab. 23: Bewertung der Ergebnisse des Indikators unbeabsichtigter Gewichtsverlust für Einrichtungen mit Vollerhebung

Einrichtung	Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen			Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen		
	Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust	Anteil Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust	Bewertung	Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust	Anteil Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust	Bewertung
2	1	3,4%	0	1	3,7%	+
17	1	8,3%	0	0	0,0%	+
18	0	0,0%	+	9	13,8%	-
19	0	0,0%	+	0	0,0%	+
21	0	0,0%	+	2	14,3%	-
22	0	0,0%	+	1	5,6%	0
29	2	6,7%	-	1	4,3%	0
30	2	10,0%	-	2	13,3%	-
36	1	4,5%	0	0	0,0%	+
41	1	8,3%	0	0	0,0%	+

Fazit

Der Indikator „unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ ist sowohl im internen Qualitätsmanagement einer Einrichtung als auch für Qualitätsvergleiche und die öffentliche Qualitätsberichterstattung verwendbar. Mit seiner Hilfe kann eine Einschätzung vorgenommen werden, in welchem Maße Bewohner akut von Mangelernährung betroffen oder bedroht sind. Diese Informationen können dem internen Qualitätsmanagement einer Einrichtung Hinweise auf mögliche Qualitätsdefizite liefern. Unterschiede zwischen Pflegeeinrichtungen können jedoch auch im Rahmen externer Vergleiche herangezogen werden.

Die Erfassung der benötigten Daten ist grundsätzlich präzise und mit geringem Aufwand möglich. Das Körpergewicht der Bewohner wird in der Praxis bereits heute regelmäßig erhoben und dokumentiert. Dies bestätigen auch die Aussagen der Teilnehmer aus den Regionalgruppen, die um Einschätzungen zu diesem Sachverhalt gebeten wurden. Die Verlässlichkeit dieser Daten lässt sich im Rahmen externer Qualitätsprüfungen stichprobenartig kontrollieren.

5.2.4 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 2

Auch für den Bereich „Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen“ wurde eine Gesamtbewertung entwickelt. Analog zum Qualitätsbereich 1 wurde eine vierstufige Gesamtbewertung mit den Stufen herausragend, überdurchschnittlich, durchschnittlich und unterdurchschnittlich vorgenommen.

Zur Ermittlung des Bereichsergebnisses erfolgt eine Summierung der Einzelbewertungen für die sechs Indikatoren zu einem Punktwert, wobei für jedes überdurchschnittliche Ergebnis ein Punkt vergeben, für jedes unterdurchschnittliche ein Punkt subtrahiert wird:

- Überdurchschnittliches Ergebnis: +1 Punkt
- Durchschnittliches Ergebnis: 0 Punkte
- Unterdurchschnittliches Ergebnis: -1 Punkt.

Da dieser Bereich durch sechs Indikatoren abgebildet wird, bewegt sich der Punktwert in einem Bereich zwischen 6 und -6. Zur Bewertung wird im nächsten Schritt ein Mittelwert gebildet (Punktwert einer Einrichtung dividiert durch Anzahl der Einzelbewertungen). Unter Berücksichtigung der statistischen Verteilung des Ergebnisses wird folgendes Schema angewendet:

Punktwert	Mittelwert liegt	Beurteilung
5 - 6 Punkte	im Bereich 0,8 bis 1,0	Herausragend
3 bis 4 Punkte	im Bereich 0,5 bis 0,7	Überdurchschnittlich
0 bis 2 Punkte	im Bereich 0,0 bis 0,4	Durchschnittlich
-6 bis -1 Punkte	im Bereich -0,1 bis -1,0	Unterdurchschnittlich

Auch hier ist eine Bereichsbewertung prinzipiell auch dann möglich, wenn sich ein Indikator aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht berechnen lässt. Die nachfolgende Tabelle zeigt, wel-

che Verteilung aus dem Schema resultiert. Berücksichtigt wurden wiederum nur Einrichtungen, bei denen mindestens 10 Bewohner je Indikator in die Bewertung einbezogen werden konnten.

Tab. 24: Verteilung der Ergebnisse bei einer Gesamtbewertung des Bereiches 2

Einzelergebnis Indikator						Summe	Mittelwert	Gesamtbewertung für den Bereich Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen
2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6			
1	1	0	1	1	1	5	0,83	Herausragend (++)
0	1	1	0	1	0	3	0,50	Überdurchschnittlich (+)
1	1	0	0	0	1	3	0,50	
1	0	-1	1	1	1	3	0,50	
1	1	-1	0	0	1	2	0,33	Durchschnittlich (0)
1	-1	1	0	0	1	2	0,33	
0	1	0	0	1	-1	1	0,17	
-1	1	1	1	-1	0	1	0,17	
1	-1	1	0	0	-1	0	0,00	
-1	1	-1	0	0	0	-1	-0,17	Unterdurchschnittlich (-)
0	-1	-1	-1	1	0	-2	-0,33	

Das dargestellte Schema bildet für diesen Bereich einen vorläufigen Ansatz zur Ausgestaltung einer möglichen Gesamtbewertung ab. Im „Regelbetrieb“ wäre anhand der dann umfangreichen Datenbasis zu prüfen, ob sich diese Bewertungsregeln bewähren.

5.3 Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

Erhalt und Förderung der Selbständigkeit sowie der Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen sind Ziele, die für die Versorgung *aller* Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen relevant sind. Die gesundheitsbezogenen Indikatoren aus den oben dargestellten Qualitätsbereichen 1 und 2 greifen diese Ziele auf. Die Frage, inwieweit eine Einrichtung den charakteristischen Bedarfslagen einzelner Bewohnergruppen gerecht wird, wird durch diese Indikatoren allerdings nicht beantwortet. Hierzu wurden weitere Indikatoren in einem gesonderten Qualitätsbereich definiert.

Mit den „spezifischen Bedarfslagen“ sind im vorliegenden Fall gesundheitliche Probleme oder Versorgungssituationen angesprochen, die nicht alle Bewohner betreffen, aber für die vollstationäre pflegerische Versorgung dennoch als charakteristisch gelten dürfen, also relativ häufig auftreten.

Der dritte Qualitätsbereich greift somit die Frage auf, inwieweit sich eine Einrichtung gezielt um Bewohner mit spezifischen Bedarfslagen bemüht. Er wird durch folgende Indikatoren dargestellt:

- Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug: Anteil der Bewohner, bei denen innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt und ausgewertet wurde.
- Einsatz von Gurtfixierungen: Anteil der Bewohner, die kognitive Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.
- Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen: Anteil der Bewohner, bei denen eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt.
- Schmerzmanagement: Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten müsste an dieser Stelle auch das Thema Inkontinenz berücksichtigt werden. Die Begrenzung der Einflussmöglichkeiten der Einrichtung und methodische Probleme, die einer statistisch zuverlässigen Bewertung des Kontinenzstatus entgegenstehen, führen allerdings dazu, dass der entsprechende Indikator nicht zum Zweck der vergleichenden Qualitätsbeurteilung eingesetzt werden kann.

Die zur Darstellung der Indikatoren benötigten Daten werden hier wieder in Form von Stichtagserhebungen in den Einrichtungen erfasst, die in erster Linie in Form einer Übertragung von Informationen aus der Routinedokumentation (zumeist Pflegedokumentation) erfolgt.

Für die Indikatoren aus dem Bereich 3 ist wieder eine dreistufige Bewertungssystematik vorgesehen, die die Ergebnisse als überdurchschnittlich, durchschnittlich oder unterdurchschnittlich einstuft. Anders als bei den Indikatorenbereichen 1 und 2 ist hier allerdings keine reine Orientierung an dem erreichten Durchschnitt der Gesamtstichprobe im Projekt möglich. Bei manchen Indikatoren müssen aufgrund der großen Abweichungen zwischen den Einrichtungen gewisse Setzungen vorgenommen werden.

Diese Entscheidung resultierte zum Teil aus den Diskussionen, die im Rahmen der projektbegleitenden Gremien und der Abschlusstagung des Projekts geführt wurden. Diese Diskussionen umfassten u. a. den Hinweis, dass bei einer vergleichenden Qualitätsbewertung ausgeschlossen werden müsse, dass ein niedriges Qualitätsniveau zum Durchschnitt erklärt wird und auch solchen Einrichtungen eine „überdurchschnittliche Qualität“ bescheinigt werden könnte, die unter fachlichen Gesichtspunkten eher skeptisch zu beurteilen wäre. Deshalb wird bei den Indikatoren zum Teil eine relativ hohe Schwelle für das Erreichen der Bewertung „überdurchschnittlich gute Ergebnisqualität“ definiert.

Bei den im Folgenden vorgestellten Indikatoren gibt es eine weitere Besonderheit. Bei 3 der insgesamt 4 Indikatoren erfolgt eine Bewertung von *Handlungsendpunkten*. Lediglich im Falle der Gurtfixierungen handelt es sich um eine direkte Bewertung der Bewohnersituation. Bei den anderen drei Indikatoren verhält es sich anders. Nicht die Situation des Bewohners, sondern ein Arbeitsergebnis (eine Schmerzeinschätzung, ein abgeschlossenes Integrationsgespräch, eine differenzierte Einschätzung von herausforderndem Verhalten) wird in den

Blick genommen. Dies erklärt sich jeweils aus bestimmten methodischen Schwierigkeiten. Das Ergebnis pflegerischen Handelns im Falle der Schmerzeinschätzung beispielsweise ist streng genommen eine Veränderung des Schmerzstatus. Diese Veränderung unterliegt im Zeitverlauf jedoch vielfältigen Einflussfaktoren. Dazu gehört neben der Entwicklung der Erkrankung, die der Schmerzsymptomatik zugrunde liegt, ganz besonders die ärztliche Schmerzbehandlung. So ist möglicherweise ein gutes Ergebnis in diesem Fall eher auf eine bedarfsgerechte ärztliche Behandlung zurückzuführen als auf das Handeln der Mitarbeiter der Einrichtung. Umgekehrt ist damit zu rechnen, dass eine unerwünschte Entwicklung der Schmerzsymptomatik trotz aller Bemühungen einer Einrichtung nicht zu verhindern ist, wenn die ärztliche Behandlung – vielleicht sogar trotz mehrfacher Intervention der Einrichtung – nicht angepasst wurde. In den USA wurde über viele Jahre hinweg der Schmerzstatus als Ergebnisindikator verwendet. Dies ist jedoch unter den Bedingungen in Deutschland bei strenger Anwendung der Grundsätze „Pflegesensitivität“ (bzw. Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung) nicht denkbar.

Zum Teil ähnliche, zum Teil anders gelagerte Probleme sind auch bei den anderen beiden Indikatoren zu berücksichtigen, bei denen Handlungsendpunkte in den Blick genommen werden. Nähere inhaltliche Ausführungen dazu finden sich in den betreffenden Unterkapiteln.

Die Entscheidung, ob Indikatoren dieser Art in ein Indikatorenset aufzunehmen sind, muss sorgfältig abgewogen werden. Der Umgang mit spezifischen Bedarfslagen der Bewohner, beispielsweise mit dem sog. herausfordernden Verhalten, ist für die Qualitätsbeurteilung von großer Bedeutung. Schwierige Themen sollten nicht außer Betracht bleiben, wenn die Möglichkeit besteht, über „Hilfsindikatoren“ eine Annäherung an die Bewertung der Ergebnisqualität zu erhalten.

Hier war stets im Einzelfall zu entscheiden. So wurde kein Indikator für den Bereich „Begleitung sterbender Heimbewohner“ entwickelt, obwohl es sich hierbei zweifellos um eine ganz besonders wichtige Bedarfskonstellation handelt. Ausschlaggebend waren methodische und ethische Probleme, für die keine Lösung gefunden werden konnte. Es ist nicht gelungen, ähnlich wie beispielsweise bei der Schmerzthematik, einen Indikator zu entwickeln, der aussagekräftig ist und zugleich das Kriterium der Praktikabilität erfüllt.

5.3.1 Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug

Alte Menschen erleben den Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung meist als einschneidendes Lebensereignis mit zahlreichen Verlusterfahrungen. Vor diesem Hintergrund ist die Unterstützung des neuen Bewohners bei der Bewältigung dieser Übergangssituation besonders wichtig. Diese Unterstützung verfolgt das *Ziel der Integration in das neue soziale Umfeld, der Reduzierung psychischer Belastungen sowie der Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung von Beginn des Heimaufenthaltes an* (Korte-Pötters et al. 2007). Dies geschieht u. a. mit der Durchführung von Integrationsgesprächen nach dem Heimeinzug. Sie dienen dazu, den Stand des Einlebens gemeinsam zu reflektieren und zu überprüfen, ob die individuelle Unterstützung für den Bewohner angepasst werden muss.

Formale Definition

Der Indikator gibt den Anteil der Bewohner an, bei denen innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt und ausgewertet wurde. „Integrationsgespräch“ ist definiert als Gespräch, das geplant und ausdrücklich zu dem Zweck geführt wurde, das Einleben des Bewohners in der Einrichtung gemeinsam mit ihm und/oder einer Bezugsperson zu besprechen. Geklärt werden kann z. B., ob der Bewohner zufrieden mit der Tagesstrukturierung ist oder ob er spezielle Wünsche im Hinblick auf die pflegerische Versorgung hat. Die Inhalte und Ergebnisse des Gesprächs werden dokumentiert. Ergebnisse eines Integrationsgesprächs beinhalten auch vom Bewohner geäußerte Kritik, daraus resultierende Maßnahmen oder Vereinbarungen. In die Berechnung des Indikators werden nur Bewohner einbezogen, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind.

Relevanz

Der Umzug in ein Pflegeheim bringt viele Unwägbarkeiten für den zukünftigen Bewohner mit sich. Er ist nicht nur mit einer völlig neuen Umgebung konfrontiert, sondern muss sich auch auf Veränderungen im Tagesablauf, andere Formen der Unterstützung sowie auf ein neues soziales Netzwerk einstellen (Lee et al. 2002). Der Einzug ist ein kritisches Lebensereignis, das Auswirkungen auf die Gesundheit des Bewohners haben kann (Feichtinger et al. 2002). Die Einzugsphase ist häufig von Angst und Verlustgefühlen gekennzeichnet, die u. a. die Autonomie, Privatheit, verschiedene persönliche Gegenstände oder auch den Verlust von sozialen Kontakten umfassen können (Lee et al. 2002). Eine nicht oder nur begrenzt gelungene Eingewöhnung kann weitere psychische Folgen wie z. B. depressive Stimmungslagen nach sich ziehen. Auch andere unerwünschte Ereignisse, beispielsweise eine erhöhte Sturzhäufigkeit, können vermehrt auftreten (Korte-Pötters et al. 2007).

Verschiedene Aspekte beeinflussen Belastungen und Probleme im Verlauf des Heimeinzugs. Die Bewältigung gelingt umso besser, je positiver die Grundhaltung einer Person ausfällt und je mehr die Vorstellungen vom Leben im Pflegeheim mit der Realität in Einklang stehen. Je weniger klar die Vorstellungen sind, desto größer ist auch die Angst vor dem Leben im Pflegeheim (Feichtinger et al. 2002). Ein geplanter ermöglicht es eher als ein ungeplanter Einzug, sich intensiver und länger mit den anstehenden Veränderungen auseinanderzusetzen. Eine aktive Rolle des Betroffenen ist ebenfalls ein förderlicher Faktor für die Eingewöhnung in der Einrichtung.

Ein Einzug vollzieht sich jedoch häufig relativ kurzfristig, so dass eine vorzeitige Auseinandersetzung mit der Thematik selten möglich ist. Zusätzlich übernehmen Angehörige oder auch berufliche Helfer häufig die Handlungskontrolle und die Entscheidungsautonomie für den alten Menschen (Korte-Pötters et al. 2007).

Beim Übergang und in der Phase des Einlebens sollte daher verstärkt Unterstützung geleistet werden, um Belastungen soweit wie möglich zu reduzieren. Eine Einrichtung sollte dazu geeignete Unterstützungsleistungen für Bewohner in dieser Phase bereitstellen.

Der Indikator bezieht sich auf einen Ausschnitt dieser Unterstützung, allerdings auf einen wichtigen: Ohne systematische Überprüfung des Prozesses des Einlebens und ohne Herstellung eines geeigneten Gesprächsrahmens, in dem vom Bewohner, von seinen Angehörigen oder von anderen Bezugspersonen offen Erwartungen, Erfahrungen und ggf. auch Kritik geäußert werden können, ist diese Überprüfung kaum vorstellbar. Das unterstreichen u. a. die Erfahrungen im Modellprojekt „Referenzmodelle zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ (ebd.).

Forschungsergebnisse

Es existieren noch wenige belastbare Studien, die den Einfluss von Maßnahmen der Einrichtung auf das Einleben des Bewohners untersuchen. In einer Studie aus dem Jahr 2002 zeigte sich, dass für ein erfolgreiches Einleben die Durchschaubarkeit der Strukturen in einem Pflegeheim und die Beeinflussbarkeit von Entscheidungen sowie Handlungen von Bedeutung sind. Der Einzug kann besser bewältigt werden, wenn dieser durch Information, Beratung und Transparenz bei Veränderungen begleitet wird (Lee et al. 2002). In einer anderen Untersuchung wird betont, dass sich unterstützende Maßnahmen nicht nur auf den Einzugstag beschränken sollten; denn die Eingewöhnung in eine Pflegeeinrichtung ist ein Prozess, der sich über mehrere Wochen oder teilweise auch Monate nach dem Einzug erstrecken kann (Thiele et al. 2002).

Im Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ wurden inhaltliche Kernpunkte eines Konzepts zur Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung entwickelt und praktisch erprobt, das dem Grundsatz der Förderung der Integration des Bewohners in die neue Umgebung und der Reduzierung von Belastungen folgt. Neben Maßnahmen zur Vorbereitung des Einzugs, wie beispielsweise ein Erstgespräch, und strukturellen Voraussetzungen, z. B. eine schriftliche Konzeption oder die Verfügbarkeit eines Hauptansprechpartners für die Zeit des Einlebens, wird die erste Phase des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung in den Mittelpunkt gestellt. Nach dieser ersten Phase des Aufenthalts, die vier bis sechs Wochen umfasst, ist vorgesehen, ein Integrationsgespräch zum Abschluss dieser ersten Phase durchzuführen. Eine Einrichtung sollte im Gespräch mit dem Bewohner die Ereignisse der vergangenen Wochen reflektieren. Des Weiteren sollten Wünsche, Kritik und Veränderungsvorschläge des Bewohners besprochen und dokumentiert werden. Empfohlene Themen für das Integrationsgespräch sind u. a. Privatsphäre, Entscheidungsautonomie, Selbständigkeit, Informationsbedarf, soziale Kontakte, Tagesstrukturierung, pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung (Korte-Pötters et al. 2007).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Das Thema Heimeinzug wird national sowie international in verschiedenen Qualitätssystemen und -empfehlungen diskutiert. So findet sich beispielsweise ein Qualitätsstandard zum Thema Heimeinzug in den National Care Standards in Schottland (Scottish Government 2007).

In Deutschland beinhaltet das Heimverzeichnis der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V. das Thema Heimeinzug. Es wird darin u. a. geprüft, ob es ein Aufnahmekonzept gibt, das auch biografische Merkmale und individuelle Lebensgewohnheiten erfasst (BIVA 2010).

Unter den Pflege-Transparenzkriterien finden sich zwei Fragen, die sich auf den Heimeinzug beziehen. Es wird nach Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung, wie z. B. ein Integrationsgespräch nach sechs Wochen, gefragt. Eine weitere Fragestellung betrifft die systematische Auswertung der Eingewöhnungsphase (MDS 2009).

Messverfahren

Die Erfassung der Integrationsgespräche erfolgt auf der Grundlage der bestehenden Dokumentation in den Einrichtungen. Es wird erfasst, ob und wann ein Integrationsgespräch bei Bewohnern, die innerhalb der vergangenen sechs Monate neu in die Einrichtung eingezogen sind, durchgeführt wurde. Neben der Frage, ob ein Integrationsgespräch geführt wurde, wird ebenfalls erfasst, welche Personen an dem Integrationsgespräch teilgenommen haben und ob das Ergebnis dieses Gespräches dokumentiert wurde.

12. Heimeinzug	
12.1	Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 13.1)
12.2	Ist nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimeinzug mit dem Bewohner und/oder anderen Personen ein Gespräch über sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden? <input type="checkbox"/> ja, und zwar am (Datum): <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 13.1) Wenn ja, wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen (ohne Mitarbeiter der Einrichtung)? <input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> andere Personen (bitte angeben):
12.3	Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wichtig! Kreuzen Sie bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden.

Bereits heute wird in den Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste abgeprüft, ob es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung gibt und ob die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet wird. Der Zusatzaufwand für die Datenerfassung bleibt somit gering. Dies wurde auch durch die projektbeteiligten Einrichtungen bestätigt.

Erprobungsergebnisse

In den Erprobungsergebnissen zeichnet sich ab, dass ein Großteil der Einrichtungen Integrationsgespräche nach dem Heimeinzug nicht regelhaft durchführt. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde bei 23,8% der im vergangenen halben Jahr neu eingezogenen Bewohner (46 von 193 Bewohnern) ein Integrationsgespräch innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug geführt. Die Spannweite der Ergebnisse ist mit 0% bis 100% sehr groß.

Zum dritten Erhebungszeitpunkt zeigte sich ein ähnliches Bild. Der Anteil der Bewohner mit Integrationsgespräch lag bei 32,1% (34 von 106 Bewohnern). Die Anteilswerte in den Einrichtungen variieren ebenfalls zwischen 0% und 100%. Die Daten offenbaren zudem, dass sich die Praxis der einzelnen Einrichtungen erheblich unterscheidet:

- In 5 der 46 Einrichtungen wurde bei allen neu eingezogenen Bewohnern ein Integrationsgespräch geführt.
- In 9 Einrichtungen wurden Integrationsgespräche bei einem Teil der neu eingezogenen Bewohner durchgeführt.
- In 19 Einrichtungen wurde mit den neu eingezogenen Bewohnern grundsätzlich kein Integrationsgespräch geführt.
- In 13 Einrichtungen waren keine Bewohner neu eingezogen.

Parallel zu den bewohnerbezogenen Erhebungen wurde die Durchführung von Integrationsgesprächen in einem zusätzlichen Fragebogen durch die Projektbeauftragten in den Einrichtungen erfasst. Sie wurden gebeten, für die Bewohner, die seit dem ersten Erhebungszeitpunkt neu eingezogen waren, anzugeben, ob und wann ein Integrationsgespräch geführt wurde.

In dieser zusätzlichen Erhebung zeichnete sich eine ähnliche Tendenz wie in den zuvor dargestellten Ergebnissen ab. Die systematische Durchführung von Integrationsgesprächen bei neu eingezogenen Bewohnern ist noch nicht in allen Einrichtungen etabliert. Auch die routinemäßige Durchführung innerhalb von zwei bis sechs Wochen nach dem Heimeinzug gelingt nicht in allen Fällen. Bei einem Teil der Bewohner fand ein Integrationsgespräch erst zu einem späteren Zeitpunkt statt.

In zwei Einrichtungen zeigte sich eine Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der Befragung der Projektbeauftragten und den durch Bewohnerfragebögen ermittelten Daten. In beiden Fällen fällt der Anteil der Bewohner mit Integrationsgespräch in den Ergebnissen der Zusatzbefragung der Projektbeauftragten höher aus. Diese Unterschiede weisen darauf hin, dass die Dokumentation von Integrationsgesprächen in den Einrichtungen möglicherweise unvollständig ist. Offenbar konnten die notwendigen Angaben von den Mitarbeitern, die die Bewohnerfragebögen ausgefüllt haben, nicht problemlos der Dokumentation entnommen werden.

Bewertungssystematik

Die Erprobungsergebnisse machen deutlich, dass mit dem Indikator Qualitätsunterschiede zwischen Pflegeeinrichtungen aufgezeigt werden können. Allerdings erfüllt die Mehrzahl der

Einrichtungen die mit dem Indikator verbundenen Anforderungen bislang noch nicht. Um eine Orientierung am „schlechten Durchschnitt“ zu vermeiden, wird für das Erreichen guter Bewertungen ein relativ hoher Grad der Zielerreichung vorausgesetzt. Die Bewertungskriterien und daraus resultierenden Einrichtungsergebnisse in Vollerhebungseinrichtungen sind den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen. Daraus geht u. a. hervor, dass die Anzahl der Einzüge in manchen Einrichtungen sehr gering ist und daher eine Bewertung leicht durch Einzelfälle beeinflusst werden kann. Denn auch hier gilt wie in jedem anderen Bereich der gesundheitsbezogenen Indikatoren, dass Fehler und Versäumnisse im Versorgungsalltag nie ganz auszuschließen sind. Eine Bewertung soll erst dann vorgenommen werden, wenn mindestens vier Heimeinzüge stattgefunden haben und die Einrichtung die Bewertung „überdurchschnittlich“ daher auch dann erreichen kann, wenn in einem Einzelfall kein Integrationsgespräch durchgeführt wird.

Ergebnis	Bewertungskriterien
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Der Anteil neu eingezogener Bewohner, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt über 75%.
0 durchschnittliches Ergebnis	Der Anteil neu eingezogener Bewohner, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt über 50%, aber maximal bei 75%.
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Der Anteil neu eingezogener Bewohner, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt bei 50% oder darunter.

**Tab. 25: Anteilswerte und Bewertungen zum Indikator „Integrationsgespräch“
Einrichtungen mit Vollerhebung**

Einrichtung	Bewohner mit Integrationsgespräch	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit Integrationsgespräch	Bewertung
2	0	3	0,0%	keine Bewertung
17	0	6	0,0%	-
18	0	5	0,0%	-
19	0	2	0,0%	keine Bewertung
21	4	4	100,0%	+
22	6	7	85,7%	+
29	1	4	25,0%	-
30	2	11	18,2%	-
36	0	2	0,0%	keine Bewertung
41	0	7	0,0%	-

Es liegen keine Vergleichsdaten zur Durchführung von Integrationsgesprächen in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Die Ergebnisse zeigen allerdings, dass Entwicklungsbedarf besteht und die systematische Durchführung von Integrationsgesprächen noch keine gängige Praxis ist.

Fazit

Der Indikator liefert wichtige Informationen für das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung. Ein geringer Anteil an Bewohnern mit einem Integrationsgespräch kann auf Optimierungsbedarf im Umgang mit neu eingezogenen Bewohnern hinweisen. Die Frage, ob für einen Bewohner nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch geführt wurde und die vom Indikator vorgesehenen Kriterien erfüllt sind, lässt sich bei externen Qualitätsprüfungen leicht nachvollziehen. Es wird jedoch wichtig sein, den Indikator „Integrationsgespräche“ bei einem praktischen Einsatz in der Breite der Versorgung genauer zu analysieren. Die Bewertungssystematik wäre, wenn sich in der Praxis der Einrichtungen Veränderungen zeigen, ggf. anzupassen.

5.3.2 Einsatz von Gurtfixierungen

Eigenaktivität von Heimbewohnern und die Förderung von Eigenaktivität sind unter fachlichen Gesichtspunkten stets zu begrüßen. Infolge starker körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen, zum Teil auch aus anderen Gründen, kann Eigenaktivität jedoch auch Risiken mit sich bringen. Risiken entstehen auch dadurch, dass Bewohner die eigene Körpermotorik nur noch begrenzt steuern können.

In Situationen, die aus der Sicht der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter ein hohes Risiko durch das Handeln des Bewohners bergen, kommen gelegentlich physische freiheitsbegrenzende Maßnahmen zum Einsatz. Sie sind unter fachlichen Gesichtspunkten das letzte Mittel, das erst in Betracht zu ziehen ist, wenn gravierende Risiken nicht anders abgewendet werden können. Vielmehr sollte es Ziel der Einrichtung sein, die Häufigkeit freiheitsbegrenzender Maßnahmen so weit wie möglich zu reduzieren und im Idealfall ganz darauf zu verzichten.

Der Indikator „Einsatz von Gurtfixierungen“ gibt Hinweise darauf, inwieweit dies gelingt. Er drückt aus, wie groß der Anteil der Bewohner ist, bei denen Gurtfixierungen an Hand-, Fuß- oder Hüftgelenken angewendet wurden.

Formale Definition

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner erfasst, bei denen im Verlauf der vergangenen vier Wochen eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen durchgeführt wurden:

- Gurtfixierung im Bereich der Handgelenke
- Gurtfixierung im Bereich der Fußgelenke
- Gurtfixierung im Beckenbereich (Beckengurt).

Von der Erfassung anderer, kritisch diskutierter Maßnahmen, beispielsweise des Anbringens von Bettgittern oder Tischbrettern, wurde Abstand genommen, da diese Sachverhalte nicht eindeutig zu interpretieren sind. Mit dem Einsatz dieser Mittel wird nicht zwangsläufig das Ziel verfolgt, den Betroffenen in seinem Aktionsradius zu begrenzen.

Die Bewertung beschränkt sich auf Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder psychischen Problemlagen bzw. herausforderndem Verhalten. Bei kognitiv nicht (oder kaum) beeinträchtigten Personen, die auch keine Verhaltensauffälligkeiten zeigen, werden in der Regel keine Gurtfixierungen vorgenommen. Aus der Berechnung werden deshalb Bewohner ausgeschlossen, bei denen nicht mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen oder erhebliche Beeinträchtigungen im Bereich „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ bestehen. Als Grundlage für die Zuordnung werden die Ergebnisse der Module „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ des NBA herangezogen.

Ebenfalls ausgeschlossen werden komatöse Bewohner. Theoretisch müsste auch festgelegt werden, Bewohner, bei denen die Fixierungsmaßnahme ausdrücklich auf eigenen Wunsch erfolgt, bei den Berechnungen nicht zu berücksichtigen. Da aber ohnehin nur Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen oder bei denen Verhaltensauffälligkeiten auf eine kognitive Beeinträchtigung schließen lassen, in die Berechnung einbezogen werden, kann diese Festlegung entfallen. Das Einverständnis dieser Bewohner als Legitimation für die Anwendung körpernaher Fixierungsmaßnahmen heranzuziehen wäre sowohl rechtlich als auch ethisch fragwürdig.

Relevanz

Bei einem großen Teil der Heimbewohner handelt es sich um Menschen mit stark begrenzter Selbststeuerungskompetenz bzw. begrenzter Fähigkeit, Risiken für sich oder andere zu erkennen. Fortschreitende Demenzerkrankungen und damit einhergehende Verhaltensauffälligkeiten stellen einen wichtigen Grund für die Übersiedlung Betroffener in ein Pflegeheim dar. Rund 80% der kognitiv beeinträchtigten Bewohner zeigen ein sogenanntes herausforderndes Verhalten. Diese Personengruppe gilt als besonders betroffen von restriktiven Maßnahmen mit freiheitsentziehendem Charakter (Wingenfeld/Seidl 2008).

Aus pflegfachlicher Perspektive ist der Einsatz von Gurtfixierungen zur Vermeidung einer Fremd- oder Selbstgefährdung in der Regel nicht zu befürworten. Es existieren inzwischen Empfehlungen auf Bundesebene, die alternative, fachlich angemessene und für die Betroffenen weniger belastende Maßnahmen aufzeigen, mit denen problematischen Verhaltensweisen begegnet und einer Gefährdung der Betroffenen entgegengewirkt werden kann (Bartholomeyczik et al. 2006; Schäufele et al. 2008). Der Indikator macht deutlich, inwieweit eine Einrichtung auf die Bedarfslagen kognitiv beeinträchtigter Bewohner in einer Art und Weise reagiert, die Gurtfixierungen vermeidet oder auf ein Minimum reduziert.

Forschungsergebnisse

Für Deutschland liegen nur wenige Erkenntnisse zum Umfang vor, in dem bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen freiheitsbegrenzende Maßnahmen eingesetzt werden. Eine der wenigen aktuellen Untersuchungen ermittelte eine Prävalenz von Gurtfixierungen unter Heimbewohnern von 2,7% (Meyer et al. 2009). Älteren Schätzungen zufolge kommt es bei 5% bis 10% der Heimbewohner zum Einsatz von Gurtfixierungen (Robert Bosch Gesellschaft

für medizinische Forschung mbH 2004). In den USA wird im Rahmen der öffentlichen Qualitätsberichterstattung über einen Anteil von 2,8% bis 3%²⁹ der Bewohner berichtet, bei denen es regelmäßig zum Einsatz physischer freiheitsbegrenzender Mittel kommt (Centers for Medicare & Medicaid Services 2010a; Medicare 2010a).

Pflegeeinrichtungen haben erheblichen Einfluss auf die Häufigkeit des Einsatzes von Gurtfixierungen (AGP Institut für angewandte Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule 2007). Die Palette möglicher Interventionen beginnt mit der Schaffung einer geeigneten räumlichen Umgebung, die auch für Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten ein Höchstmaß an Sicherheit bietet. Von zentraler Bedeutung ist auch der Einsatz von Methoden und Konzepten, die präventiv dem Auftreten problematischer Verhaltensweisen entgegenwirken (Wingefeld et al. 2011; Schäufele et al. 2008).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Die Häufigkeit freiheitsbegrenzender Maßnahmen wird international in unterschiedlicher Form als Qualitätsindikator herangezogen. Teilweise wird recht allgemein der Anteil von Bewohnern erfragt, bei denen freiheitsentziehende Maßnahmen zum Einsatz kamen, ohne diese weiter zu spezifizieren (International Quality Indicator Project (IQIP) o.J.). Im positiven Sinne wird auch das Freisein von körperlichen Einschränkungen als Qualitätsmaßstab herangezogen (Unruh/Wan 2004). Der Anteil der Bewohner, bei denen physische freiheitsbegrenzende Maßnahmen zum Einsatz kommen, wird sowohl für das interne Qualitätsmanagement als auch in der Qualitäts- und Gesundheitsberichterstattung als Indikator genutzt.

Was dabei unter einer freiheitsentziehenden Maßnahme verstanden wird, unterscheidet sich allerdings erheblich. Im Projekt der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach, in dem es primär um die Messung und Selbstbewertung von Ergebnisqualität ging (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007), wurde auf die Anzahl sämtlicher gerichtlich genehmigter freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zurückgegriffen. Darunter fällt neben Gurtfixierungen jegliche Maßnahme, die einen Bewohner in seiner Bewegungsfreiheit einschränkt, also z. B. auch das Abschließen des Zimmers oder die Verwendung von Bettgittern. Einbezogen werden allerdings nur Maßnahmen, für die eine richterliche Genehmigung vorliegt. Im australischen „Quality of Care Performance Indicator Projekt“, das Indikatoren zum Zweck der Gesundheitsberichterstattung und zur Verwendung im internen Qualitätsmanagement vorschlägt, wird ebenfalls eine breite Definition zugrunde gelegt. Dort werden physische freiheitsentziehende Maßnahmen definiert als „Gesamtheit der Methoden oder physischen oder mechanischen Vorrichtungen, die in Körperkontakt mit dem Betroffenen gebracht werden, die dieser nicht selbst ohne weiteres entfernen kann und die ihn in seiner Bewegungsfreiheit einschränken oder ihn daran hindern, Teile seines Körpers zu erreichen“³⁰.

²⁹ Die veröffentlichten Daten werden im Abstand von 3 Monaten aktualisiert. Für das Jahr 2010 schwanken die Angaben je nach Quartal zwischen 2,8% und 3%.

³⁰ „Any manual method or physical or mechanical device, materials, or equipment attached or adjacent to the resident’s body that the individual cannot remove easily which restricts freedom of movement or normal access to one’s body“ (The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) 2004, S. 72).

Zum Zweck des externen Qualitätsvergleichs zwischen Einrichtungen kommt der Indikator im US-amerikanischen „Nursing Home Compare“ zum Einsatz (Centers for Medicare & Medicaid Services 2010b; Steering Committee Responsible Care 2008). Dort wird der Anteil der Bewohner ausgewiesen, die in den letzten sieben Tagen vor Erhebung der Daten täglich

- am Rumpf fixiert wurden und/oder
- an den Extremitäten fixiert wurden und/oder
- in einem Stuhl platziert wurden, der das Aufstehen verhindert.

Hierbei findet keine Risikoadjustierung oder Gruppenbildung statt. Auch kognitiv unbeeinträchtigte Bewohner werden in die Berechnungen einbezogen. Grundlage der Qualitätsbewertung ist die Abweichung vom nationalen Durchschnitt.

Ein ähnlicher Indikator wurde 2007 auch für die Verwendung im niederländischen Projekt „Quality Framework Responsible Care“ vorgeschlagen (Centers for Medicare & Medicaid Services 2010b; Steering Committee Responsible Care 2008). Allerdings wird er derzeit nicht mehr ausgewiesen. Eine Begründung, warum inzwischen auf seine Darstellung und Bewertung verzichtet wird, ist nicht verfügbar.

Messverfahren

Als Grundlage für die Erfassung der erforderlichen Daten wurde die Bewohnerdokumentation der Einrichtungen genutzt. Die Angaben über Gurtfixierungen, die in den letzten vier Wochen vor dem Erhebungszeitpunkt zur Anwendung kamen, wurden von den Mitarbeitern in den nachfolgend abgebildeten Bewohnerfragebogen übertragen.

10. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	
10.1	Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurtfixierungen angewendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11.1)
10.2	Wenn ja: welche? (Mehrfachangaben) <input type="checkbox"/> Handfixierung <input type="checkbox"/> Fußfixierung <input type="checkbox"/> Hüftfixierung im Bett <input type="checkbox"/> Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl
10.3	Wenn ja: wie oft wurden die Gurtfixierungen angewendet? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> 1x wöchentlich <input type="checkbox"/> seltener als 1x wöchentlich

Erprobungsergebnisse

Insgesamt wurden bei 74 von 1.399 Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten (5,3%) im Zeitraum von vier Wochen Gurtfixierungen vorgenommen. Gurtfixierungen in der Gruppe der Bewohner ohne kognitive Beeinträchtigungen, psychische Problemlagen oder potenziell problematische Verhaltensweisen kamen nur in drei Fällen vor. Es handelt sich durchweg um hüftnahe Fixierungen im Sitzen bei hochgradig immobilen Be-

wohnern. Dies bestätigt die Annahme, dass in dieser Bewohnergruppe Gurtfixierungen ausgesprochen selten sind und sie deshalb bei der Berechnung ausgeschlossen werden sollten.

Fixierungen an Handgelenken kamen überhaupt nicht vor. Lediglich in einem Fall wurde ein Bewohner am Fußgelenk fixiert. Es dominierte der Einsatz hüftnaher Gurtfixierungen. Bei insgesamt fünf Personen wurde diese Maßnahme ausschließlich im Bett, bei weiteren fünf sowohl im Bett als auch beim Sitzen im Stuhl und bei 64 Bewohnern ausschließlich während des Sitzens im Stuhl durchgeführt.

Bei insgesamt acht Bewohnern erfolgten Gurtfixierungen – so die Angaben der Einrichtungen – auf deren eigenen Wunsch. Wie bereits angedeutet, ist eine Orientierung an derartigen Wünschen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern problematisch. Auch hier gilt: Es bedarf einer sorgfältigen, fachlich begründeten Abwägung der mit den Fixierungsmaßnahmen einhergehenden Risiken. Wenn irgend möglich, sollte auf sie verzichtet werden.

Beim überwiegenden Teil der Bewohner mit Gurtfixierungen liegt eine erhebliche Einschränkung der Mobilität vor. 71 der 74 Personen wären, zieht man das Item „Aufstehen aus sitzender Position“ des Moduls Mobilität des NBA heran, nicht in der Lage gewesen, ohne personelle Hilfe aus dem Bett oder Stuhl (sicher) aufzustehen. Dies und Hinweise aus den Einrichtungen lassen vermuten, dass hier die Verwendung eines Beckengurtes in erster Linie der Absicherung vor dem ungewollten Herausrutschen aus Bett oder Stuhl dient.

In 23 von 74 Fällen (31,1%) erfolgte die Gurtfixierung ohne einen richterlichen Beschluss. Allerdings betrifft dies nur in zwei Fällen Bewohner, die in der Lage gewesen wären, aufzustehen. In vielen Fällen, so die Rückmeldung der Einrichtungen in den Regionalgruppen, halten Richter die Erstellung eines Beschlusses zur Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen für überflüssig, wenn der betroffene Bewohner in hohem Maße immobil ist. In einschlägigen Internetforen und Berichten von Praktikern finden sich Hinweise darauf, dass die Praxis der Gerichte in dieser Hinsicht uneinheitlich ist. Sowohl aus Sicht der Bewohner als auch der Einrichtungen wäre es wünschenswert, wenn in dieser Hinsicht eindeutige rechtliche Vorgaben geschaffen würden.

Bewertungssystematik

Die Anwendung einer Gurtfixierung stellt nicht automatisch bzw. nicht in jedem Fall ein Qualitätsdefizit dar. Die Maßnahme kann im Einzelfall berechtigt, ja sogar notwendig sein, wenn der Schutz des Bewohners oder anderer Personen nicht anders gewährleistet werden kann. Auch ist bei erheblich mobilitätseingeschränkten Bewohnern auf den ersten Blick nicht nachzuvollziehen, inwieweit durch die Maßnahme die persönliche Bewegungsfreiheit des Bewohners überhaupt eingeschränkt wurde. Dennoch sollte der Einsatz körpernaher Fixierungen auf Ausnahmen begrenzt bleiben, denn sie bergen für die Betroffenen die Gefahr gravierender Verletzungen, die in Einzelfällen sogar bis zum Tod des Bewohners führen können (Schäufele 2008). Zudem zeigen die Erprobungsergebnisse, dass es der überwiegenden Zahl der Einrichtungen (32 von 45) gelingt, Gurtfixierungen gänzlich zu vermeiden oder ihren Einsatz auf Einzelfälle zu begrenzen.

Vor diesem Hintergrund wurden folgende Bewertungsregeln formuliert:

Ergebnis	Bewertungskriterien
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Gurtfixierungen wurden bei maximal einem Bewohner oder der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Bewohner angewendet (hier: maximal 2,7%).
0 durchschnittliches Ergebnis	Gurtfixierungen wurden bei mehr als einem Bewohner angewendet und der Anteil der Bewohner mit Gurtfixierungen liegt über der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: >2,7%) und unter dem 1,5fachen Gesamtdurchschnitt (<8,0%).
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Gurtfixierungen wurden bei mehr als einem Bewohner angewendet und der Anteil der Bewohner mit Gurtfixierungen liegt bei dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: >7,9%).

Tab. 26: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Einsatz von Gurtfixierungen für Einrichtungen mit Vollerhebung

Einrichtung	Bewohner mit Gurtfixierung	einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit Gurtfixierung	Bewertung
2	0	46	0,0%	+
17	1	42	2,4%	+
18	2	83	2,4%	+
19	0	33	0,0%	+
21	8	50	15,7%	-
22	0	40	0,0%	+
29	0	47	0,0%	+
30	0	56	0,0%	+
36	1	39	2,6%	+
41	9	75	12,0%	-

Der Anteil der Bewohner, bei denen innerhalb der letzten 4 Wochen vor der Erhebung Gurtfixierungen eingesetzt wurden, variiert in den Einrichtungen mit Vollerhebung zwischen 0 und 16%. Nähere Datenauswertungen zeigen, dass es keine einrichtungsspezifischen Merkmale gibt, aus denen diese großen Unterschiede heraus erklärbar wären. Es gibt also offenbar nicht wenige Einrichtungen, die gänzlich ohne den Einsatz von Gurtfixierungen auskommen. Bei zwei Einrichtungen liegt der Anteil allerdings deutlich über 10%, was eben nicht durch Einrichtungsbesonderheiten zu erklären ist. Beide Einrichtungen wiesen im Unterschied zu den anderen bereits bei der ersten Erhebung hohe Werte auf. Dies deutet auf eine stetige Praxis im Umgang mit Gurtfixierungen hin, die kritisch zu hinterfragen ist.

Aufgrund der Tendenz zu Extremwerten entsteht eine ungewöhnliche Verteilung der Gesamtbewertung. Die Einzelergebnisse der Einrichtungen liegen vom Durchschnittswert vergleichsweise weit entfernt. Es ist davon auszugehen, dass bei einem Einsatz dieses Indika-

tors in der Breite der Versorgung eine gleichmäßigere Verteilung entstehen wird. Wichtig an den Zahlen ist jedoch vor allem, dass sich die unterschiedliche Praxis in den Einrichtungen gut abbildet und der übermäßige Einsatz von Fixierungen erfasst wird.

Das Ergebnis verdeutlicht noch einmal, weshalb eine Bewertungssystematik für bestimmte Indikatoren nicht mit Hilfe rein formaler Kriterien (z. B. bestimmter prozentualer Wert der Abweichung vom Mittelwert) operieren kann. Bei jedem einzelnen Indikator muss anhand der empirischen Verteilung überprüft werden, wo bestimmte Schwellenwerte angesetzt werden. Das bedeutet zugleich, dass die Tragfähigkeit der jeweiligen Bewertungssystematik anhand von praktischen Erfahrungen beim Einsatz in der Breite der Versorgung regelmäßig überprüft werden sollte.

Fazit

Der Indikator kann und sollte im internen Qualitätsmanagement von stationären Pflegeeinrichtungen unbedingt eingesetzt werden. Die Anwendung von Gurtfixierungen stellt für den einzelnen Bewohner eine so gravierende Beeinträchtigung dar, dass in jedem Einzelfall die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme mehrfach und regelmäßig hinterfragt und überprüft werden sollte. Dem gehäuftem Einsatz von Gurtfixierungen in einer Einrichtung (oder in einzelnen Wohnbereichen) sollte durch das interne Qualitätsmanagement nachgegangen werden. Der Indikator liefert dafür wichtige Hinweise.

Die Erfassung der benötigten Daten anhand der Pflegedokumentation ist problemlos und zuverlässig möglich. Alle Informationen sind verfügbar, da der Umgang mit Fixierungsmaßnahmen bereits heute im Rahmen externer Qualitätsprüfungen von den Medizinischen Diensten beurteilt wird. Eine vergleichende Qualitätsbeurteilung im Rahmen einer öffentlichen Qualitätsberichterstattung ist ebenfalls möglich.

5.3.3 Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen

Verhaltensauffälligkeiten bzw. „herausforderndes Verhalten“ umfassen ein breites Spektrum von Handlungen, das sich vom unsachgemäßen Umgang mit Gegenständen über die Herstellung von Gefahrensituationen beim ziellosen Umhergehen bis hin zu verschiedenen Formen der Aggression erstreckt. Es ist eine häufige Begleiterscheinung demenzieller Erkrankungen. Schon seit langem ist bekannt, dass Verhaltensauffälligkeiten zu den wichtigsten Gründen für die Heimaufnahmen zählen. Sie sind häufig ausschlaggebend für die Überforderung der pflegenden Angehörigen und den Entschluss, nach einem Heimplatz Ausschau zu halten.

Im Lebens- und Versorgungsalltag der stationären Altenhilfe kommt ihnen inzwischen ein hoher Stellenwert zu. Sie stellen eine der wichtigsten aktuellen fachlichen Herausforderungen in diesem Versorgungsbereich dar, weil Konzepte zum Umgang mit den betreffenden

Heimbewohnern noch schwach entwickelt sind. Hierbei geht es weniger um das Verhalten von Mitarbeitern in Problemsituationen (also die unmittelbare Reaktion auf das Bewohnerverhalten), sondern um die Gestaltung der Lebensumgebung und andere Maßnahmen, die auf verhaltenswirksame Faktoren einwirken. Das Ziel der Unterstützung besteht darin, es dem Bewohner zu ermöglichen, mit Hilfe der ihm verbliebenen körperlichen und psychischen Ressourcen den eigenen Bedürfnissen nachzugehen, ohne sich selbst oder andere zu gefährden oder Situationen herbeizuführen, die von ihm selbst als belastend oder seiner sozialen Umgebung als nicht akzeptabel erlebt werden.

Eine Voraussetzung für wirksame Hilfen ist eine sorgfältige Einschätzung von Verhaltensweisen und die Klärung der Frage, ob aus Verhaltensweisen Unterstützungsbedarf erwächst. An diesem Punkt setzt der Indikator „Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen“ an. Er gibt Hinweise darauf, ob sich eine Einrichtung gezielt der Bedarfslagen von Bewohnern mit charakteristischen Verhaltensproblemen annimmt. Ohne eine solche Einschätzung und den darauf aufbauenden Abklärungsprozess sind die Chancen auf nachhaltige Ergebnisse der Unterstützung gering (Wingenfeld et al. 2011; Bartholomeyczik et al. 2006).

Formale Definition

Der Indikator beschreibt den Anteil der Bewohner mit kognitiven Einbußen, bei denen eine ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt, die nicht älter als ein halbes Jahr ist. Als ausreichend differenziert wird eine Einschätzung mit einem Instrument definiert, das neben der Beurteilung der Häufigkeit des Auftretens eines Verhaltens auch die Beurteilung enthält, ob daraus ein pflegerischer Unterstützungsbedarf resultiert. Die Instrumente sollten dabei u. a. folgende Verhaltensweisen gesondert erfassen:

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Physisch aggressives Verhalten gegen Personen
- Verbal aggressives Verhalten
- Selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten
- Ablehnung notwendiger Unterstützung (z. B. bei der Nahrungsaufnahme)
- Angstzustände.

In die Berechnung einbezogen werden nur Bewohner, die laut Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten mit dem Neuen Begutachtungsassessment mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen. Weitere Bewohnergruppen werden nicht ausgeschlossen, da das Ergebnis unabhängig von der Bewohnerstruktur ist und in hohem Maße durch eine Einrichtung beeinflusst werden kann.

Relevanz

Herausforderndes Verhalten gewinnt in der Versorgung alter Menschen immer mehr an Bedeutung. In stationären Pflegeeinrichtungen kommt es zu einer besonderen Häufung dieser Problematik. Studien zufolge zeigen 30% bis 60% der Heimbewohner regelmäßig Verhaltensauffälligkeiten. In den projektbeteiligten Einrichtungen lag der Anteil zum letzten Erhebungszeitpunkt etwas höher als 70% (einschl. Bewohner mit einer eher schwach ausgeprägten Verhaltensproblematik). In einer weiteren deutschen Untersuchung zeigten in einem Zeitraum von vier Wochen 40% bis 50% der Bewohner verschiedene Formen von problematischen Verhaltensweisen (Bartholomeyczik et al. 2006).

Viele Verhaltensweisen wie z. B. Aggressivität, Schreien oder Apathie werden durch Pflegenden und das weitere Umfeld als sehr belastend empfunden. Einen weiteren Belastungsfaktor stellt die Unvorhersehbarkeit dar. Häufigkeit und die Intensität des Auftretens können sich bei einigen Bewohnern von Tag zu Tag ändern. Dies stellt hohe fachliche und kommunikative Anforderungen an das Pflegepersonal. Der Umgang mit verhaltensauffälligen Bewohnern ist somit von hoher Bedeutung für den Pflegealltag (Halek/Bartholomeyczik 2006).

Auf der anderen Seite können Verhaltensauffälligkeiten darauf hinweisen, dass die Betroffenen selbst unter einem starken Leidensdruck stehen. Zumeist können sie sich nicht auf eine andere Art und Weise mitteilen, so dass Verhaltensweisen auch Ausdruck von Leiden und Belastungen sein können. Häufig stoßen die Bewohner jedoch mit ihrem Verhalten auf Unverständnis oder Ablehnung, die wiederum die Verhaltensauffälligkeiten verstärken (Bartholomeyczik et al. 2006).

Forschungsergebnisse

Die aktuelle Forschungslage zeigt, dass das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten durch eine Einrichtung und ihre Mitarbeiter beeinflusst werden kann, dieser Einfluss jedoch durch andere Faktoren stark überlagert werden kann. Verschiedene Maßnahmen können einen Beitrag zur Reduzierung problematischer Verhaltensweisen leisten. Dazu gehören u. a. Information des Bewohners (Mickus et al. 2002), Verfügbarkeit eines breiten Interventionspektrums, in den Tagesablauf integrierte Aktivierungsprogramme (Kolanowski et al. 2002), geeignete Tagesstrukturen, soziale Interaktionen (Davis/Burgio 1999) und der Einsatz von Musik (De Young et al. 2002). Ein weiterer bedeutender Aspekt für die Mitarbeiter ist, dass sie die Gründe für das Verhalten kennen, damit sie gezielt Maßnahmen entwickeln und umsetzen können (Lucero 2002). Inzwischen liegen auch komplexe Interventionskonzepte vor, deren Wirksamkeit in deutschen Studien nachgewiesen werden konnte (Wingefeld et al. 2011).

Da Verhaltensauffälligkeiten von Pflegenden in der Versorgung demenzkranker Heimbewohnern als belastendes Element beschrieben werden, wird die Personalqualifizierung als ein entscheidender Aspekt im Umgang mit derart verhaltensauffälligen Bewohnern angesehen. Verschiedene Studien konnten nachweisen, dass die Schulung der Mitarbeiter eine Voraussetzung für die Abnahme von problematischen Verhaltensweisen darstellt. Empfohlene Inhalte von Schulungsmaßnahmen sind u. a. das Krankheitsbild der Demenz, der Einsatz von

Assessmentinstrumenten zur Erfassung der Verhaltensweisen sowie mögliche Interventionsmaßnahmen (Cassidy et al. 2005; Cohen-Mansfield 2001; Douglas et al. 2004; Fitzwater/Gates 2002).

Trotz der verschiedenen Möglichkeiten, mit Verhaltensauffälligkeiten umzugehen, ist es wichtig herauszustellen, dass das Auftreten derartiger Verhaltensweisen in hohem Maße von der Bewohnerstruktur und dem jeweiligen Krankheitsspektrum einer Einrichtung abhängig ist. Insbesondere das Vorliegen kognitiver Einschränkungen spielt dabei eine große Rolle. Es liegt jedoch im Einfluss der Einrichtungen, eine adäquate Unterstützung verhaltensauffälliger Bewohner zu leisten. Eine Voraussetzung für wirksame Hilfen im Zusammenhang mit auftretenden Verhaltensauffälligkeiten ist eine differenzierte Erfassung und Beurteilung im Rahmen des pflegerischen Assessments (Bartholomeyczik et al. 2006, Wingenfeld/Seidl 2008).

Expertenmeinungen und Positionspapiere geben Hinweise zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten. Zur Erfassung von problematischen Verhaltensweisen dienen Assessmentinstrumente wie das Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) oder das „Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease (BEHAVE-AD)“. Diese Instrumente helfen, die wichtigen subjektiven Beobachtungen der Pflegenden zu objektivieren, d. h. strukturiert, genau und möglichst wenig wertend zu beschreiben. Dieses wird als erster Schritt im Assessmentprozess angesehen, in dem verschiedene Fragen geklärt werden; z. B. wie häufig das Verhalten oder ob es in speziellen Situationen auftritt. Diese systematische Erfassung stellt eine Voraussetzung für eine weitergehende Diagnostik dar. Ebenso kann sie für eine Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen eingesetzt werden. Besonders wichtig ist allerdings auch eine Bewertung verhaltensbezogener Information. Denn nicht jede Verhaltensauffälligkeit zieht einen Unterstützungsbedarf nach sich.

Im Gesamtbild zeigt sich, dass eine standardisierte Erfassung von problematischen Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz in Deutschland noch am Anfang steht. Gleiches gilt für Handlungskonzepte, die auf solchen Einschätzungen aufbauen (Wingenfeld/Seidl 2008).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Das Thema Verhaltensauffälligkeiten wird in verschiedener Form in Systemen zur Qualitätsbeurteilung aufgegriffen. In den „National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland“ wird ein Qualitätsstandard zum Umgang mit herausforderndem Verhalten formuliert (Health Information and Quality Authority 2009).

Im niederländischen System zur Qualitätsbeurteilung „Quality Framework Responsible Care“ wird das Thema Verhaltensauffälligkeiten in Form eines Indikators abgebildet. Es wird der Anteil der Klienten betrachtet, die eine oder mehrere Arten problematischen Verhaltens gegenüber Mitarbeitern oder anderen Klienten in den vergangenen sieben Tagen gezeigt haben (Steering Committee Responsible Care 2008). Ein ähnlicher Indikator wird auch in dem australischen Projekt „Quality of Care Performance Indicator Project“ vorgeschlagen. Hier wird der Anteil der Bewohner an der Gesamtzahl der Bewohner betrachtet, die seit dem letzten

Audit herausforderndes Verhalten gezeigt haben (The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) 2004).

Messverfahren

Die Frage, ob für einen Bewohner mit kognitiven Einbußen eine aktuelle und ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt, wird auf Grundlage der bestehenden Dokumentation in den Einrichtungen erhoben. Es wird erfasst, ob und wann für den Bewohner eine Einschätzung der Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes durchgeführt und dokumentiert wurde. Wenn eine Einschätzung durchgeführt und dokumentiert wurde, werden in einem zweiten Schritt Eigenschaften des verwendeten Instruments erfasst.

13. Einschätzung von Verhaltensweisen	
13.1	Hat der Bewohner bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 5 Punkten erreicht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13.2	Wenn nein, wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert? <input type="checkbox"/> ja, und zwar zuletzt am (Datum): <input type="checkbox"/> nein
13.3	Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument? (Mehrfachangaben) <input type="checkbox"/> motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten <input type="checkbox"/> physisch aggressives Verhalten gegen Personen <input type="checkbox"/> verbal aggressives Verhalten <input type="checkbox"/> selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten <input type="checkbox"/> Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen <input type="checkbox"/> Angstzustände
13.4	Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? (Mehrfachangaben) <input type="checkbox"/> Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht <input type="checkbox"/> Häufigkeit des Verhaltens <input type="checkbox"/> Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht

Die erforderlichen Daten können in der Regel aus der Dokumentation in den Einrichtungen entnommen werden. In der Erprobungsphase traten an manchen Stellen Schwierigkeiten auf. Die anfängliche Frage, was unter einer Einschätzung *mit Hilfe eines Instruments* zu verstehen ist, konnte durch eine Verbesserung des Manuals für die Erhebungen beantwortet werden. Hier zeigte sich, dass es bei diesem Indikator besonders wichtig ist, die Mitarbeiter intensiv in methodischen Fragen und im Umgang mit dem Instrument zu schulen. Darüber hinaus gab es in einzelnen Einrichtungen Schwierigkeiten, die erforderlichen Informationen zu beschaffen, da u. a. die Dokumentation an dieser Stelle unklar oder diese Informationen erst seit kurzen einheitlich dokumentiert wurden. Dieses Problem kann relativ einfach durch eine Anpassung der Dokumentation in den Einrichtungen behoben werden, so dass bei einem langfristigen Einsatz des Indikators von einem geringen Zeitaufwand bei der Erhebung

ausgegangen werden kann. Schließlich zeigten sich bei der ersten Erfassung³¹ Unsicherheiten bei der Beurteilung der Frage, ob bei der Erfassung von Verhaltensweisen auch beurteilt werden muss, ob aus ihnen Unterstützungsbedarf resultiert. Nachfragen in den Einrichtungen ergaben, dass in einer Vielzahl der Fälle fälschlicherweise die Kriterien des Indikators als erfüllt angegeben wurden. Die Daten des zweiten Erhebungszeitpunktes wurden deshalb nicht in die Auswertung einbezogen.

Erprobungsergebnisse

Der Anteil der Bewohner mit aktueller und ausreichend differenzierter Einschätzung von Verhaltensweisen lag zum dritten Erhebungszeitpunkt im Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen bei 2,7% (30 von 1.123 Bewohnern). Die Anteile variieren zwischen 0% und 33,3%. Eine derartige Einschätzung fand lediglich in fünf der beteiligten 45 Einrichtungen statt. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass eine systematische, regelhafte Erfassung und Berücksichtigung von Verhaltensweisen kognitiv beeinträchtigter Bewohner keine gängige Praxis in den Einrichtungen ist. In dieser Hinsicht besteht erheblicher Entwicklungsbedarf.

Die Ergebnisse spiegeln auch den Diskussionstand in der Forschungsliteratur wider. In den „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ wird beschrieben, dass eine standardisierte Erfassung von problematischen Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz in Deutschland noch nicht verbreitet ist (Bartholomeyczik et al. 2006).

Bewertungssystematik

Grundsätzlich sind die mit dem Indikator verbundenen Anforderungen von stationären Pflegeeinrichtungen erfüllbar, allerdings ist derzeit mit einer ungewöhnlichen Verteilung in der Breite der Versorgung zu rechnen. Wie bei dem Indikator Integrationsgespräch erfolgt daher keine Orientierung am Durchschnitt, sondern für das Erreichen einer guten Bewertung wird ein hoher Anteil an durchgeführten Einschätzungen vorausgesetzt. Dies führt dazu, dass keine der projektbeteiligten Einrichtungen ein durchschnittliches oder überdurchschnittliches Ergebnis erreicht. Es ist aber wie beim Indikator „Integrationsgespräch“ davon auszugehen, dass sich der Anteil durchgeführter Einschätzungen zukünftig in den Einrichtungen erhöhen wird. Die Bewertungskriterien und die daraus resultierenden Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebung stellen sich folgendermaßen dar:

³¹ Der Indikator wurde zum zweiten sowie zum dritten Erhebungszeitpunkt erfasst.

Ergebnis	Bewertungskriterien
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt über 75%.
O durchschnittliches Ergebnis	Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt über 50,0%, aber maximal bei 75,0%.
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt bei 50% oder darunter.

Tab. 27: Anteilswerte und Bewertungen zum Indikator „Einschätzung von Verhaltensweisen“ für Einrichtungen mit Vollerhebung

Einrichtung	Bewohner mit Einschätzung von Verhaltensweisen	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit Einschätzung von Verhaltensweisen	Bewertung
2	0	41	0,0%	-
17	0	38	0,0%	-
18	0	79	0,0%	-
19	6	27	22,2%	-
21	0	46	0,0%	-
22	11	33	33,3%	-
29	0	27	0,0%	-
30	0	44	0,0%	-
36	0	29	0,0%	-
41	0	53	0,0%	-
gesamt	17	417	4,1%	

Fazit

Der Indikator kann sinnvolle Hinweise für das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung geben. Insbesondere lässt er erkennen, inwieweit eine Einrichtung auf die spezifischen Bedarfslagen demenzkranker Bewohner eingeht. Ein geringer Anteil an Bewohnern, für die eine aktuelle und differenzierte Einschätzung vorliegt, sollte den Anstoß geben, die Verfahrensweisen im Umgang mit dieser speziellen Bewohnergruppe zu überprüfen.

Die Frage, ob für einen Bewohner mit kognitiven Einbußen eine Einschätzung von Verhaltensweisen vorliegt, lässt sich auch bei externen Qualitätsprüfungen nachvollziehen. Die Erfassung der benötigten Daten anhand der Pflegedokumentation ist ohne erhöhten Aufwand möglich. Die Verlässlichkeit dieser Daten ließe sich im Rahmen externer Qualitätsprüfungen stichprobenartig überprüfen.

5.3.4 Schmerzmanagement

Der Vermeidung und Minimierung von Schmerzen kommt bei der Versorgung vieler Heimbewohner eine hohe Bedeutung zu. Neben der medizinischen Behandlung von Schmerzen und deren Ursachen erwachsen aus dieser Tatsache auch für die pflegerische Versorgung wichtige Aufgaben, u. a. die regelmäßige Durchführung von Schmerzeinschätzungen bei Bewohnern mit wiederholt auftretenden Schmerzen. Das allgemeine Versorgungsziel besteht darin, mit den Mitteln eines professionellen Schmerzmanagements Schmerzfreiheit oder ein möglichst geringes Schmerzniveau zu erreichen. Der Indikator drückt aus, in welchem Umfang bei Bewohnern mit Schmerzproblematik eine aktuelle Schmerzeinschätzung verfügbar ist. Perspektivisch sollte der Indikator um die Beurteilung der Frage ergänzt werden, ob eine Information des Arztes erfolgte. Beide Aspekte geben Hinweise darauf, inwieweit ein professionelles Schmerzmanagement als Voraussetzung der Verbesserung des Schmerzstatus im Versorgungsalltag installiert ist (vgl. Ausführungen in der Einleitung zum Qualitätsbereich 3).

Formale Definition

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner mit einer Schmerzproblematik erfasst, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bei dem Bewohner wurde eine *systematische* Schmerzeinschätzung durchgeführt (mindestens Angaben zur Schmerzstärke und der Lokalisation des Schmerzes).
- Seit der letzten *Aktualisierung* der Einschätzung sind nicht mehr als drei Monate (90 Tage) vergangen.

Ursprünglich war vorgesehen, die zeitnahe Mitteilung des Ergebnisses an den behandelnden Arzt (binnen 14 Tagen) ebenfalls in die Bewertung einzubeziehen. Dies erscheint derzeit nicht sinnvoll, kann und sollte aber zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt werden, wenn sich das noch stark entwicklungsbedürftige Schmerzmanagement der Einrichtungen verbessert hat.

Ob bei einem Bewohner eine Schmerzproblematik vorliegt, wird durch die Einrichtungsmitarbeiter anhand folgender Fragen entschieden:

- Äußert der Bewohner wiederholt Schmerzen?
- Geht aus der Pflegedokumentation hervor, dass der Bewohner regelmäßig Schmerzen äußert?
- Deuten bei demenzkranken Bewohnern Verhaltensweisen auf eine möglicherweise bestehende Schmerzproblematik hin?
- Erhält der Bewohner regelmäßig schmerzlindernde Medikamente?
- Kommen bei dem Bewohner nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung zum Einsatz?
- Gibt es andere Anzeichen für eine Schmerzproblematik?

Wird eine der Fragen mit ja beantwortet, ist von einer Schmerzproblematik auszugehen. Einmalig aufgetretene Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen am Tag der Erhebung, werden nicht berücksichtigt.

Relevanz

Insbesondere ältere, mehrfachkranke Menschen haben ein hohes Risiko, unter Schmerzen zu leiden (Robert Koch Institut 2009). Aktuelle Untersuchungen zur Verbreitung von Schmerzen unter Heimbewohnern in Deutschland liegen allerdings nicht vor. Ältere Untersuchungen ermittelten Prävalenzraten zwischen 45% und 83% unter Heimbewohnern (Elkeles et al. 2008; Fox et al. 1999).

Andauernde Schmerzen können bei den Betroffenen sowohl zu körperlichen als auch psychosozialen Problemen führen und deren Lebensqualität stark beeinträchtigen (Maier et al. 2010; Müller-Mundt 2005). Es ist Aufgabe von Pflegeeinrichtungen, für Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik ein individuelles Schmerzmanagement anzubieten, das zu einem bedarfs- und bedürfnisgerechten Umgang mit der Schmerzproblematik und einer Minimierung von Schmerzen beiträgt. Wesentliche von der Einrichtung zu verantwortende Bestandteile dieses Schmerzmanagements sind das Erkennen einer Schmerzproblematik, die systematische Einschätzung der individuell vorhandenen Schmerzen und die Information der an der Schmerzbehandlung beteiligten Therapeuten (DNQP 2005). Der Indikator bildet ab, inwieweit bzw. in welchem Grad eine Einrichtung diesen Anforderungen nachkommt.

Forschungsergebnisse

Es liegen keine Untersuchungen über die Quantität systematischer Schmerzeinschätzungen bei Bewohnern deutscher Pflegeeinrichtungen vor. Allerdings verweisen einschlägige Fachbücher, Standards und Leitlinien durchgängig darauf, dass die Durchführung solcher Einschätzungen wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Schmerzmanagement mit dem Ziel der Minimierung von Schmerzen bei Betroffenen ist (Carr/Mann 2002; Müller-Mundt 2005). Auch die Übermittlung der Ergebnisse durchgeführter Schmerzeinschätzungen an Ärzte, denen die Verantwortung für die Steuerung der medikamentösen Schmerztherapie obliegt, wird als elementarer Baustein eines erfolgreichen Schmerzmanagements betrachtet (DNQP 2005). Wenngleich das Ergebnis einer beim Bewohner durchgeführten Schmerztherapie nur in Teilen durch die Pflegeeinrichtung beeinflusst werden kann, hat sie die Durchführung und Aktualisierung von Schmerzeinschätzungen zu verantworten.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Das Thema Schmerz wird vor dem Hintergrund von Qualitätsbeurteilungen international vor allem in der akutstationären Versorgung aufgegriffen. Dabei wird auch das Vorliegen von Schmerzen ab einer bestimmten Intensität oder die Auftretenshäufigkeit von Schmerzen in einem bestimmten Zeitraum für die Qualitätsbeurteilung zugrunde gelegt (Keenan et al. 2003). Verschiedentlich wird dies auch als Maß für die Qualität bei der Versorgung von Menschen mit spezifischen Krankheitsbildern, z. B. Rückenschmerzen, eingesetzt (Chenot 2010). Im Bereich der Langzeitversorgung hingegen bildet die Orientierung am Schmerzstatus von Bewohnern die Ausnahme. Lediglich im US-amerikanischen Nursing Home Compare und den MDS Public Quality Indicator and Resident Reports wird darauf zurückgegriffen (Medicare 2010b; Zimmerman 2003). Allerdings geschieht das vor dem Hintergrund, dass im

dortigen Versorgungssystem die Einrichtungen in hohem Maße mitverantwortlich für die ärztliche Versorgung sind. Vereinzelt wird das Thema Schmerz unter dem Oberbegriff „Symptomkontrolle“ aufgegriffen, bei der es um die Ergebnisse der Unterstützung von Bewohnern bei der Bewältigung von Krankheitssymptomen geht (Doran et al. 2006). Die systematische Durchführung von Schmerzeinschätzungen wird in Australien als Maß für die Versorgungsqualität genutzt (Commonwealth of Australia 2006), allerdings nicht zum Zweck der externen Qualitätsbeurteilung verwendet.

Messverfahren

Als Grundlage für die Erfassung der Daten zum Indikator Schmerzmanagement wurde die Bewohnerdokumentation der Einrichtungen genutzt. Die Angaben zur Durchführung von Schmerzeinschätzungen, deren Aktualität, Veränderungen zwischen den beiden zuletzt durchgeführten Einschätzungen und der Übermittlung der Ergebnisse an den behandelnden Arzt wurden von den Mitarbeitern in einen Bewohnerfragebogen übertragen. Vorab wurden sie darum gebeten, anhand der vorgegebenen Fragen (vgl. formale Definition) einzuschätzen, ob bei dem jeweiligen Bewohner eine Schmerzproblematik besteht. Zur Datenerfassung dient folgender Fragebogenteil:

11. Schmerz	
11.1	Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.2	Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1) Wenn ja: Wie wurde die Einschätzung durchgeführt? <input type="checkbox"/> ohne Nutzung eines Instrumentes <input type="checkbox"/> mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes (bitte angeben welches): Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen Wann wurde die <u>letzte</u> Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum): Wann wurde die <u>vorletzte</u> Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum):
11.3	Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1) Wann erfolgte die Information (Datum):

Erprobungsergebnisse

Bei insgesamt 615 von 1.830 Bewohnern (33,6%) in 45 Einrichtungen wurde die Frage nach einer bestehenden Schmerzproblematik bejaht. Es zeigten sich einrichtungsabhängig aller-

dings große Unterschiede im Anteil dieser Bewohner. Dieser schwankte zwischen 2,3% und 64,9%. Einen Überblick über die Anteile dieser Bewohner in Einrichtungen mit Vollerhebung gibt die folgende Tabelle.

Tab. 28: Bewohner mit Schmerzproblematik in Einrichtungen mit Vollerhebung

Einrichtung	Bewohner mit Schmerzproblematik	Bewohner ohne Schmerzproblematik	Einbezogene Bewohner	Anteil der Bewohner mit Schmerzproblematik
2	6	59	65	9,2%
41	13	78	91	14,3%
21	18	41	59	30,5%
22	18	41	59	30,5%
30	24	46	70	34,3%
36	20	36	56	35,7%
18	34	61	95	35,8%
29	33	51	84	39,3%
17	39	24	63	61,9%
19	25	14	39	64,1%
gesamt	230	451	681	33,8%

Angesichts der unerwartet niedrigen Anteilswerte in den Einrichtungen 2 und 41 stellt sich allerdings die Frage, ob der Frage nach dem Vorliegen wiederholter Schmerzen dort hinlänglich nachgegangen wurde. In beiden Einrichtungen ist, wie weitere Daten zeigen, die Schmerzeinschätzung im Alltag noch nicht fest etabliert (s. u.).

Hinsichtlich der Frage, ob bei Bewohnern mit Schmerzproblematik eine systematische Schmerzeinschätzung durchgeführt wurde, zeigte sich ein tendenziell erfreuliches Ergebnis. Dies war im Durchschnitt bei 82,6% der Bewohner der Fall. In 21 von 45 Einrichtungen wurde eine Einschätzung bei jedem der betroffenen Bewohner, in weiteren 11 Einrichtungen mindestens bei drei Vierteln dieser Bewohner vorgenommen. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei den Einrichtungen mit Vollerhebungen, in denen im Schnitt bei 86,6% der Bewohner mit Schmerzproblematik derartige Einschätzungen durchgeführt wurden.

Größere Unterschiede zwischen den Einrichtungen zeigen sich in der Aktualität der zuletzt durchgeführten Schmerzeinschätzung. Nur bei 41,6% der Bewohner mit Schmerzproblematik war diese Einschätzung nicht älter als ein Monat. In 24,1% der Fälle lag das Alter der Einschätzung zwischen einem und drei Monaten. Bei 14,5% der Bewohner lag die letzte Schmerzeinschätzung länger als drei Monate zurück, in 122 Fällen wurde keine Einschätzung durchgeführt bzw. es waren keine Angaben zum Zeitpunkt der Einschätzung verfügbar. In den Einrichtungen mit Vollerhebungen zeigte sich ein ähnliches Bild. Einen Überblick über die in diesen Einrichtungen erzielten Ergebnisse gibt die nachfolgende Tabelle.

Tab. 29: Durchführung und Aktualität systematischer Schmerzeinschätzungen bei Bewohnern mit Schmerzproblematik in Einrichtungen mit Vollerhebungen

Einrichtung	Einbezogene Bewohner	Anteil Bewohner mit Schmerzeinschätzung	Schmerzeinschätzung nicht älter als 1 Monat	Schmerzeinschätzung 1 bis 3 Monate alt	Schmerzeinschätzung älter als 3 Monate
41	13	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
36	20	50,0%	25,0%	15,0%	5,0%
18	34	88,2%	64,7%	17,6%	2,9%
29	34	91,2%	29,4%	47,1%	2,9%
19	25	96,0%	40,0%	20,0%	36,0%
2	6	100,0%	16,7%	16,7%	66,7%
17	39	100,0%	41,0%	46,2%	12,8%
21	18	100,0%	5,6%	94,4%	0,0%
22	18	100,0%	88,9%	11,1%	0,0%
30	25	100,0%	36,0%	28,0%	36,0%
gesamt	232	86,6%	38,8%	32,3%	12,9%

Die Ergebnisse lassen eine interessante Struktur erkennen. Aus dem Rahmen fällt zunächst Einrichtung 41, in der eine Schmerzeinschätzung bislang überhaupt nicht stattfindet. Auch in der Einrichtung 36 ist die Praxis der Schmerzeinschätzung noch weit entfernt von einer festen Integration in den Versorgungsalltag. Des Weiteren fällt auf, dass ein Teil der Einschätzungen in einigen Einrichtungen relativ weit in der Vergangenheit liegt, beispielsweise in den Einrichtungen Nr. 19 und 30. Eine regelmäßige Aktualisierung von Schmerzeinschätzungen innerhalb einer Frist von einem Monat findet nur in zwei der zehn Einrichtungen mit Vollerhebung statt.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Erfüllungsgrad bei diesem Indikator zu hohen oder niedrigen Werten tendiert und stark davon abhängt, ob ein systematisches Verfahren zur Schmerzeinschätzung in die Arbeitsabläufe insgesamt integriert ist oder nicht. Wo dies der Fall ist, finden bei allen oder doch fast allen Bewohnern mit einer entsprechenden Schmerzproblematik Einschätzungen statt, auch wenn eine Aktualität der Einschätzung nicht immer gewährleistet werden kann. Daneben gibt es Einrichtungen, die die Entwicklung des Schmerzmanagements offenbar noch gar nicht angegangen sind oder bei denen die Integration in die Alltagsroutinen noch aussteht (Einrichtungen Nr. 19 und 30). Die Rückmeldungen aus den beteiligten Einrichtungen bestätigen diese Einschätzung.

Eine zeitnahe Weiterleitung an den behandelnden Arzt im Falle einer veränderten oder erstmalig durchgeführten Schmerzeinschätzung erfolgte nur in sehr wenigen Fällen. Lediglich bei 25 von 202 Bewohnern, für die eine aktuelle Einschätzung vorlag und eine Weiterleitung sinnvoll gewesen wäre, wurde das Ergebnis binnen zwei Wochen dem Arzt übermittelt. Es handelt sich dabei um Einzelfälle, die sich über 14 Einrichtungen verteilen. Dieses Kriterium scheint angesichts der derzeitigen Praxis in den Einrichtungen nur eingeschränkt geeignet, Unterschiede in der Qualität des Schmerzmanagements zwischen den Einrichtungen deutlich zu machen. Es sollte perspektivisch jedoch in Betracht gezogen werden.

Bewertungssystematik

Unterschiede zwischen den Einrichtungen lassen sich beim derzeitigen Entwicklungsstand des Schmerzmanagements besser verdeutlichen, wenn nur die Durchführung einer systematischen Schmerzeinschätzung und deren Aktualität berücksichtigt werden. Hierzu dienen die nachfolgenden Bewertungsregeln. Bei der Festlegung der Schwellenwerte wird die Orientierung an den in der Gesamtstichprobe erreichten Durchschnittswerten bewusst relativiert. Das Ergebnis des Indikators gibt wieder, in welchem Maße in einer Einrichtung bestehenden Fachempfehlungen gefolgt wird. Dieses Ergebnis ist in vollem Umfang durch die Einrichtungen zu verantworten. Deshalb scheint es gerechtfertigt, für das Erreichen guter Bewertungen hohe Anteile durchgeführter bzw. aktueller Schmerzeinschätzungen vorauszusetzen.

Ergebnis	Bewertungskriterien
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Es liegt bei mehr als 90% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.
O durchschnittliches Ergebnis	Es liegt bei 70% bis 90% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Es liegt bei weniger als 70% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine aktuelle Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.

Bei Anwendung dieses Rasters ergeben sich für die Einrichtungen mit Vollerhebungen folgende Bewertungen:

Tab. 30: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Schmerzmanagement für Einrichtungen mit Vollerhebung

Einrichtung	Bewohner mit Schmerzproblematik	Anteil Bewohner mit Schmerzeinschätzung	Bewertung	Anteil Bewohner mit Schmerzeinschätzung, die nicht älter als 3 Monate ist	Bewertung
2	6	100,0%	+	33,3%	-
17	39	100,0%	+	87,2%	O
18	34	88,2%	O	82,4%	O
19	25	96,0%	+	60,0%	-
21	18	100,0%	+	100,0%	+
22	18	100,0%	+	100,0%	+
29	34	91,2%	+	76,5%	O
30	25	100,0%	+	64,0%	-
36	20	50,0%	-	40,0%	-
41	13	0,0%	-	0,0%	-

Wie in der Gesamtstichprobe erreicht bei der Beurteilung zum Vorliegen einer Schmerzeinschätzung die überwiegende Zahl der Einrichtungen mit Vollerhebung gute Ergebnisse. Bezieht man die Aktualität der Einschätzungen mit in die Bewertung ein, ändert sich das Bild. Auch Einrichtungen, die bei der ausschließlichen Berücksichtigung des Vorliegens einer Schmerzeinschätzung eine gute Bewertung erhalten würden, werden beim Anlegen des Maßstabs „nicht älter als 3 Monate“ negativ bewertet. Für die Beurteilung der Frage, in welchem Maße in einer Einrichtung die bestehenden Empfehlungen des Expertenstandards Schmerzmanagement umgesetzt werden, ist die in der rechten Spalte der Tabelle dargestellte Bewertung, die das Alter der Schmerzeinschätzung mit berücksichtigt, aussagekräftiger.

Das Kriterium der Informationsübermittlung an den Arzt bleibt beim dargestellten Bewertungsraster unberücksichtigt. Auf Basis der erhobenen Daten sind keine maßgeblichen Unterschiede zwischen den Einrichtungen darstellbar. Da der Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt jedoch für ein erfolgreiches Schmerzmanagement von hoher Bedeutung ist, sollte das Kriterium zu einem späteren Zeitpunkt dennoch eingeführt werden.

Es wird somit empfohlen, bei Einführung eines indikatorengestützten Systems zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Regelversorgung den Indikator zunächst nur in der vorgeschlagenen „abgeschwächten“ Form zu verwenden. Dies gibt den Einrichtungen Gelegenheit, ähnlich wie im Falle des Integrationsgesprächs im Verlauf zukünftiger Qualitätsentwicklungsmaßnahmen Verbesserungen zu erreichen, wonach der Indikator dann auch unter Einbeziehung der Informationsübermittlung an den Arzt verwendet werden kann.

Wünschenswert wäre außerdem, wenn es gelänge, einen konsentierten fachlichen Standard zur Frage der Aktualisierung von Schmerzeinschätzungen vorzulegen. Der derzeitige Expertenstandard zum Schmerzmanagement enthält in diesem Punkt keine klare Festlegung. Die beim vorliegenden Indikator festgelegte Grenze von drei Monaten lässt sich zwar fachlich begründen, ersetzt jedoch nicht eine konsensuale Festlegung im Sinne eines nationalen Standards. Es wird empfohlen, die zeitliche Grenze nach Einführung des Indikators in die Praxis innerhalb eines überschaubaren Zeitraums auf zwei Monate zu verkürzen und im weiteren Verlauf zu überprüfen, ob ggf. eine weitere Anpassung der Frist sinnvoll wäre. Entscheidend hierfür ist die Verteilung der Ergebnisse des Indikators beim praktischen Einsatz in der Breite der Versorgung.

Fazit

Der Indikator ist sowohl im internen Qualitätsmanagement einer Einrichtung als auch für Qualitätsvergleiche und die öffentliche Qualitätsberichterstattung verwendbar.

Die Daten können dem internen Qualitätsmanagement Hinweise auf die Umsetzung zentraler Anforderungen des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ liefern. So können beispielsweise Wohnbereiche oder spezielle Bewohnergruppen identifiziert werden, bei denen in dieser Hinsicht Qualitätsprobleme bestehen.

Im Rahmen von Qualitätsvergleichen lassen sich Unterschiede zwischen Einrichtungen hinsichtlich der Durchführung systematischer Schmerzeinschätzungen und deren Aktualität ab-

bilden. Bei Anwendung entsprechender Bewertungsraster können anhand dieser Daten Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen deutlich gemacht werden.

Die Erfassung der benötigten Daten anhand der Pflegedokumentation ist problemlos möglich. Die Durchführung von Schmerzeinschätzungen und die Informationsübermittlung an Ärzte müssen bereits jetzt von den Einrichtungen dokumentiert werden. Diese Sachverhalte werden bei den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste berücksichtigt, die Verlässlichkeit dieser Daten lässt sich auch künftig in diesem Rahmen stichprobenartig überprüfen.

Der Indikator und die Bewertungssystematik sollten im Laufe der Zeit angepasst werden, um Fortschritte auf dem Feld des Schmerzmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen besser zu berücksichtigen.

5.3.5 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 3

Zur Gesamtbeurteilung wird die Bewertung der einzelnen Indikatoren wieder in einem Punktwert ausgedrückt. Unterschieden werden dann Einrichtungen, in denen die betreffenden Ziele vollständig, überwiegend, teilweise oder kaum bzw. gar nicht erreicht werden.

Durch die Zusammenführung wird ein Punktwert ermittelt, der sich aus der Summe der Einzelbewertungen für die vier Indikatoren zusammensetzt. Für jedes überdurchschnittliche Ergebnis wird ein Punkt vergeben, für jedes unterdurchschnittliche ein Punkt abgezogen. Der Punktwert bewegt sich damit theoretisch in einem Bereich zwischen +4 und -4.

Zur Bewertung dieses Scores wird zunächst wieder ein Mittelwert gebildet (Punktwert einer Einrichtung dividiert durch 4). Unter Berücksichtigung der empirischen Verteilung des Ergebnisses wird folgendes Schema angewendet:

Punktwert	Mittelwert liegt	Beurteilung	
4 Punkte	bei 1,0	++	Ziele vollständig erreicht
2 bis 3 Punkte	im Bereich 0,5 bis 0,9	+	Ziele überwiegend erreicht
-1 bis 1 Punkt	im Bereich 0,4 bis -0,4	0	Ziele teilweise erreicht
-2 bis -4 Punkte	im Bereich -0,5 bis -1,0	-	Ziele nicht erreicht

Die Gesamtbewertung kann auch dann vorgenommen werden, wenn sich einer der drei Indikatoren aufgrund einer zu geringen Fallzahl nicht bewerten lässt. Die folgende Übersicht illustriert, welche Werte jeweils entstehen und mit welcher Beurteilung sie jeweils verknüpft werden.

Gesamtbewertung des Bereiches 3 bei drei und vier gültigen Indikatoren

Punktwert bei drei Indikatoren und Mittelwert		Punktwert bei vier Indikatoren und Mittelwert		Beurteilung
3	1,00	4	1,00	++
2	0,66	3	0,75	+
		2	0,50	
1	0,33	1	0,25	0
0	0,00	0	0,00	
-1	-0,33	-1	-0,25	
-2	-0,66	-2	-0,50	-
-3	-1,00	-3	-0,75	
		-4	-1,00	

Danach ergeben sich für die Einrichtungen mit Vollerhebungen folgende Gesamtbewertungen:

Tab. 31: Verteilung der Ergebnisse bei einer Gesamtbewertung des Bereichs 3 (nur Vollerhebungseinrichtungen)

Einrichtung	Einzelergebnis Indikator				Summe	Mittelwert	Gesamtbewertung für den Bereich Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen
	3.1	3.2	3.3	3.4			
22	1	1	-1	1	2	0,50	+
21	1	-1	-1	1	0	0,00	0
17	-1	1	-1	0	-1	-0,25	0
18	-1	1	-1	0	-1	-0,25	0
29	-1	1	-1	0	-1	-0,25	0
2	∅	1	-1	-1	-1	-0,33	0
19	∅	1	-1	-1	-1	-0,33	0
36	∅	1	-1	-1	-1	-0,33	0
30	-1	1	-1	-1	-2	-0,50	-
41	-1	-1	-1	-1	-4	-1,00	-

Bei dieser Verteilung springt sofort ins Auge, dass eine positive Bewertung selten vorkommt und eine herausragende Qualität gar nicht vertreten ist. Dies erklärt sich aus dem Umstand, dass die mit den Indikatoren abgedeckten Aufgabenfelder, wie schon mehrfach erwähnt, entwicklungsbedürftig sind.

Im Hinblick auf die Streuung der Qualitätsbewertungen hebt sich dieser Qualitätsbereich deutlich ab von den Bereichen 1 und 2. Es ist daher sehr empfehlenswert, im Falle eines flächendeckenden Einsatzes der vier Indikatoren anhand der gewonnenen Daten sorgfältig abzuwägen, wie mit dem Bereichsergebnis verfahren werden sollte. Denkbar wäre es beispielsweise, eine Gesamtbewertung für diesen Bereich zunächst nur intern auszuweisen, den Einrichtungen zurückzuspiegeln und erst im weiteren Verlauf der Entwicklung öffentlich zugänglich zu machen.

5.4 Bereich 4: Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung

Der Bereich 4 ermittelt die im Bereich Wohnen, hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung/Unterstützung erzielten Ergebnisse. Das am häufigsten zur Ergebniserfassung eingesetzte Verfahren ist die Befragung von Nutzern. Vielfach handelt es sich um Aspekte des alltäglichen Lebens. Zur Relevanz der hier untersuchten Aspekte in Bezug auf die Lebensqualität auf der Ergebnisebene in der stationären Altenhilfe liegen kaum Forschungsergebnisse vor, was vor allem in der Alltäglichkeit der betrachteten Dinge begründet liegt. Aus der psychologischen Stressforschung ist hier auf die Wirkungen der alltäglichen kleinen Stressoren zu verweisen, die in der Summe zu stärkeren psychischen Belastungen führen können als einzelne „größere“ Ereignisse.

Eine wichtige Grundlage für die Auswahl der Indikatoren und Kriterien war deshalb die Berücksichtigung von Forschungsergebnissen des Projekts „INSEL“. Innerhalb des Projektes „INSEL“ wurde mittels umfangreicher qualitativer Interviews der Grad der Relevanz von Aspekten der Lebensqualität aus Nutzersicht in der stationären Altenhilfe ermittelt.

Zusätzlich wurden Aspekte berücksichtigt, die in zahlreichen nationalen und internationalen Qualitätssystemen und -standards normativ als relevant eingestuft werden. Wichtigste Quelle hierfür ist die Pflegecharta, da sich die hierin festgelegten Rechte in deutschen Einrichtungen klar repräsentieren sollten.

Ausgehend von den dargestellten Quellen wurden zur Instrumentenentwicklung für die Bereiche 4 und 5 dann insbesondere die Aspekte, die Kernfragen der Bereiche betreffen, berücksichtigt. Eine Fokussierung war wesentlich, da aufgrund der speziellen Zielgruppe eine Nutzerbefragung nicht beliebig lang dauern kann, sondern der Konzentrationsfähigkeit der Befragten angepasst werden muss und auch das Erfordernis einer Umsetzbarkeit im Regelbetrieb berücksichtigt werden sollte.

Zusätzlich zu den Nutzerbefragungen wurden im Bereich 4 auch Verfahren zur Erfassung „objektiver“ Ergebnisdaten getestet. Hier bestanden besondere Schwierigkeiten, da die Trennung zur Struktur- und Prozessqualität kaum möglich war und betriebliche Kennzahlen häufig nicht vorlagen oder deren Erhebung unangemessen aufwändig erschien.

Ergebnisermittlung der Bewohner- und Angehörigenbefragung: das Mittelwertsorientierte Ergebnisklassenverfahren

Die Ergebnisse der Teilbereiche 4 und 5 beruhen häufig auf den Daten der Bewohner- und Angehörigenbefragung. Um eine vergleichende Bewertung von Ergebnissen zu ermöglichen, wird hier ein Verfahren gewählt, das im Hinblick auf die zukünftig in der Praxis zu erwartenden Fallzahlen einer Bewohnerbefragung eine eindeutige und gerechte Ergebnisbeurteilung ermöglicht. Daher wurde ein Verfahren³² gewählt, das sich am erreichten Mittelwert der Gesamtgruppe orientiert.

Indikatoren setzen sich aus 1 bis 5 Fragestellungen zusammen, die i. d. R. mit den Antwortkategorien „Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ zu beantworten sind. Die Bewertung der Antwortkatego-

³² In wenigen Ausnahmen wurde ein alternatives Verfahren gewählt.

rien erfolgt nach dem Prinzip: „Ziel voll erreicht“ oder „Ziel nicht oder eingeschränkt erreicht“. Die Kategorie „zum Teil“ wird als nicht vollständiges Erreichen des angestrebten Ergebnisses gewertet. Der Anteil der positiven Antworten an allen abgegebenen Antworten (zusammengefasst für alle Fragen des Indikators) ergibt den Grad der erreichten Qualität. Nicht einbezogen werden ungültige Antworten. Die Klassifikation der erzielten Ergebnisse erfolgt in 5 Stufen anhand der Streuung um den Durchschnittswert aller Einrichtungen. Da die Perspektiven von Bewohnern und Angehörigen unterschiedlich sind, werden die Ergebnisse beider Befragungen getrennt ausgewiesen.

Zur Bewertung der Ergebnisse werden Ergebnisklassen in den folgenden Schritten gebildet:

Bewertung des Ergebnisses	Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... % ab	Interpretation der Ergebnisklassen
überdurchschnittliches Ergebnis	über +15%	Das Ergebnis liegt deutlich über der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.
leicht überdurchschnittliches Ergebnis	über +5% bis +15%	Das Ergebnis liegt leicht über der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.
durchschnittliches Ergebnis	+/-5%	Das Ergebnis entspricht dem, was aktuell in einer stationären Altenhilfeeinrichtung im Durchschnitt erreicht wird.
leicht unterdurchschnittliches Ergebnis	unter -5% bis -15%	Das Ergebnis liegt leicht unter der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.
unterdurchschnittliches Ergebnis	unter -15%	Das Ergebnis liegt deutlich unter der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.

Die Bildung der Ergebnisklassen beruht auf folgenden Prämissen:

- Ausschluss von Fehlklassifikationen von Qualitätsergebnissen
- Gut zu beurteilende Qualitätsergebnisse sollen nicht mittels eines Benchmarking-Verfahrens als „schlecht“ fehlklassifiziert werden. Durch den notwendigen absoluten Abstand von über 15% zum Mittelwert ist die Eingruppierung nahezu identisch guter Qualitätsergebnisse als „durchschnittlich“ und „unterdurchschnittlich“ ausgeschlossen.
- Fehlende Normwerte
- Zu den Indikatoren der Bereiche 4 und 5 existieren derzeit keine Norm- oder Referenzwerte, anhand derer eine Beurteilung vorgenommen werden könnte.
- Die Ergebnisklassen sollen auch in kleineren Gruppen anwendbar sein. Die Klassen „leicht unterdurchschnittlich“ und „leicht überdurchschnittlich“ sollen Ergebnisse kennzeichnen, die nur eine geringe Abweichung zum Durchschnitt darstellen. Diese Zwischenklassen sind erforderlich, da in kleineren Befragungsgruppen die Bewertung einer einzelnen Person stärkeres Gewicht entfaltet (vgl. hierzu 9.2.2.)

- Die Orientierung am Mittelwert bezieht ggf. indirekt die auf alle Einrichtungen gleichermaßen einwirkenden Rahmenbedingungen ein.

Besteht die Gefahr einer Ergebnisverzerrung durch „notorische Kritiker“?

Eine von Mitarbeitern geäußerte Befürchtung, dass in dem gewählten Bewertungsverfahren Personen mit einer allgemeinen Unzufriedenheit (hier als „notorische Kritiker“ bezeichnet) deutlichen Einfluss auf das Ergebnis einer Einrichtung nehmen könnten, wurde überprüft. Um diese Beurteilung vornehmen zu können, wurden alle 42 Fragen des Fragekataloges, die direkt nach der Ergebnisqualität fragen, einbezogen. Minimal wurde der Wert „0“ erreicht, was bedeutet, dass es Bewohner gibt, die jede Frage nach Erreichung der Ergebnisqualität als voll erfüllt beurteilt haben. Das Maximum hingegen liegt nicht beim theoretisch erreichbaren Wert von 42, sondern mit 29 deutlich darunter. Der Mittelwert liegt bei 6,78, im Durchschnitt wurde bei 6 – 7 Fragen das Erreichen der Ergebnisqualität aus Bewohnersicht verneint. Als „notorische Kritiker“ wurden Personen definiert, die die Hälfte der Fragen negativ beantwortet haben. Der Anteil der Bewohner, die mindestens 21 der ausgewählten Fragen kritisch beantworteten, ist mit 1,3% derart gering, dass ein verzerrender Einfluss auf die Beurteilung ausgeschlossen werden kann, während der Anteil der Personen, die nahezu alles positiv beurteilen (max. 2 kritische Ergebnisbeurteilungen von 42) bei 11,4% liegt. Das häufige Auftreten von mehreren Fällen „notorischer Kritiker“ in einer Einrichtung, ohne dass es einen Zusammenhang zur erbrachten Qualitätsleistung gibt, kann als nahezu ausgeschlossen betrachtet werden.

Zur Anwendung empfohlen werden für den Bereich 4 die folgenden Indikatoren:

- Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht (Indikator 4.1)
- Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation (Indikator 4.2)
- Unterstützung der Bewohner aus Nutzersicht (Indikator 4.3)
- Qualität des Mahlzeitenangebotes aus Nutzersicht (Indikator 4.4)

5.4.1 Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Sauberkeit des Zimmers, des Bades und der Toilette, Sauberkeit der Einrichtung und Geruch in der Einrichtung nach Beurteilung durch Bewohner bzw. deren Angehörige. Der Indikator erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohner- und Angehörigenebene.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil der positiven Antworten zu drei Kriterien der Sauberkeit und einem Geruchskriterium an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.

Ergebnis 2: Anteil der positiven Antworten zu drei Kriterien der Sauberkeit und einem Geruchskriterium an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht.

Relevanz

Eine bedürfnisgerechte Sauberkeit der persönlichen Räume und eine allgemein anerkannte Sauberkeit der Räume außerhalb der persönlichen Räume sind ebenso wie keine auftretende Geruchsbelästigung Teil der Lebensqualität. Sie sind Teil des Wohnkomforts, der von 54% als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität bezeichnet wird, nur 20% halten dies für „nicht so wichtig“ (vgl. Heusel et al. 2009). Der Indikator wird in zahlreichen Qualitätssystemen zur Kundenbefragung eingesetzt.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Die Einrichtung kann die Sauberkeit und den Geruch in der Einrichtung in einem hohen Maße durch geeignete Prozesse beeinflussen.

Methodische Güte

Der Indikator lässt sich von den befragten Personen leicht beantworten. Das Ergebnis der Wiederholungsbefragung der Bewohnerbefragungen nach einer Woche ist sehr stabil (94,5%, N=41).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird in ähnlicher Form in verschiedenen Systemen genutzt, z. B. Quality Framework Responsible Care (ActiZ et al. 2007), ebenso in Health and disability services standards (Ministry of Health New Zealand 2008). Diverse Erhebungsinstrumente zur Kundenzufriedenheit nutzen den Indikator ebenfalls, z. B. im Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach (2008).

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst jeweils vier Kriterien:

Tab. 32: Bewohnerbefragung „Sauberkeit und Geruch“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Sind Ihr Bad und Ihre Toilette nach dem Putzen durch die Mitarbeiter so sauber, wie Sie es möchten?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
2	Ist Ihr Zimmer nach dem Putzen durch die Mitarbeiter so sauber, wie Sie es möchten?	s. Frage 1
3	Sind die anderen Räume (z. B. Aufenthaltsräume, Speisesaal, Flure) der Einrichtung sauber?	s. Frage 1
4	Riecht es in der Einrichtung schlecht?	s. Frage 1

Tab. 33: Angehörigenbefragung „Sauberkeit und Geruch“

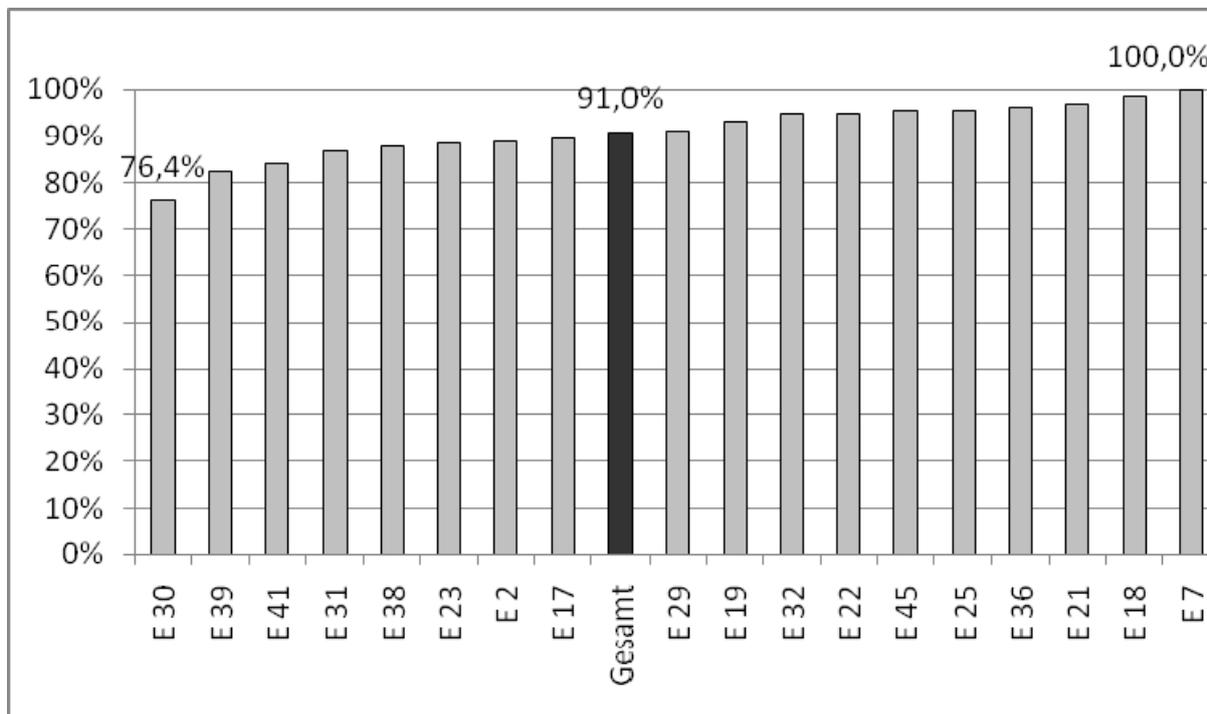
Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Sind das Bad und die Toilette Ihres Angehörigen nach dem Putzen durch die Mitarbeiter sauber?	Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ – „Ist mir nicht bekannt“
2	Ist das Zimmer Ihres Angehörigen nach dem Putzen durch die Mitarbeiter sauber?	s. Frage 1
3	Sind die anderen Räume (z. B. Aufenthaltsräume, Speisesaal, Flure) der Einrichtung sauber?	s. Frage 1
4	Riecht es in der Einrichtung schlecht?	s. Frage 1

Alternativ wäre eine Ergebnisermittlung über unangekündigte Begehungen der Einrichtungen möglich. Der Nachteil einer Ergebnisermittlung über eine Begehung ist, dass das Ergebnis von einem einzigen Messzeitpunkt abhängt, während Bewohner und Angehörige beim hier gewählten Verfahren einen längeren Verlauf beurteilen können. Die Ergebniserfassung über einen einzelnen Messzeitpunkt erhöht das Risiko von Fehlerfassungen durch zufällige Ereignisse. Während der mehrtägigen Bewohnerbefragungen waren nur geringe Unterschiede zwischen den Heimen wahrnehmbar.

Erprobungsergebnisse

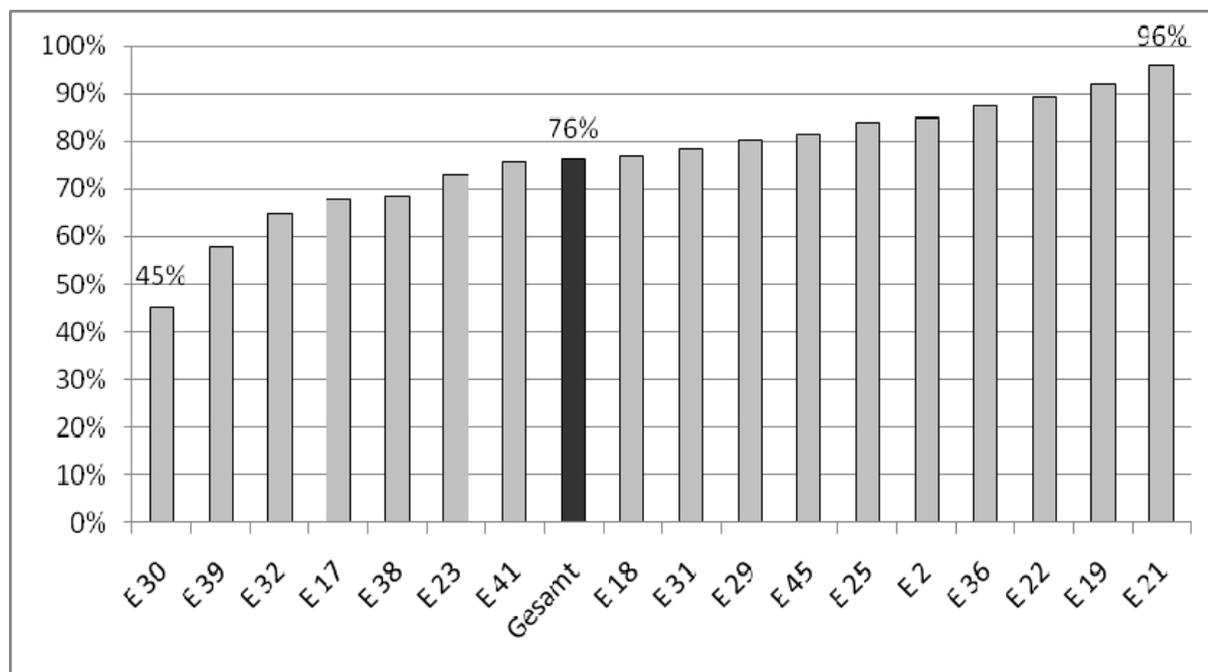
Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die den Indikator Sauberkeit und Geruch positiv bewerten, liegt bei 91% (N=1.683 gültige Antworten). Das Ergebnis streut zwischen den Einrichtungen zufriedenstellend zwischen 76% und 100%.

Abb. 6: Anteil der positiven Bewertungen von Sauberkeit und Geruch aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen, N=1.683 gültige Antworten von 426 Personen)



Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die den Indikator Sauberkeit und Geruch positiv bewerten, liegt bei 76%, die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen deutlich zwischen 45% und 96% (N=1.909 gültige Antworten).

Tab. 34: Anteil der positiven Bewertungen von Sauberkeit und Geruch aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen, N=1.909 gültige Antworten von 482 Personen)



Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Ergebnisverteilung	Sauberkeit und Geruch (Bewohnersicht)	Sauberkeit und Geruch (Angehörigensicht)
überdurchschnittlich	entfällt	2
leicht überdurchschnittlich	4	5
Durchschnitt	11	5
leicht unterdurchschnittlich	3	3
unterdurchschnittlich	0	2
Anzahl beurteilter Einrichtungen	18	17

Empfohlener Einsatzbereich

Für das interne Qualitätsmanagement kann der Indikator den Grad der subjektiven Zufriedenheit der Nutzer mit der Reinigungsleistung ermittelt werden. Mängel können gezielt zugeordnet werden.

In den externen Qualitätsprüfungen im Rahmen einer Kundenbefragung kann die Qualität der Sauberkeit über einen längeren Zeitraum aus Verbrauchersicht ermittelt werden.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung erhalten Verbraucher einen Hinweis auf die Sauberkeit aus Sicht der Nutzer.

Zusammenfassung

Der Indikator Sauberkeit und Geruch weist eine ausreichende Streuung für eine differenzierte Ergebnisbeurteilung zwischen Einrichtungen auf. Er ist für den allgemeinen Versorgungsbereich relevant und in hohem Maße von den Einrichtungen beeinflussbar. Die Ergebnisbeurteilung ist auch nach einer Woche stabil.

5.4.2 Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation

Inhaltliche Definition

Die Bewohner (bzw. Angehörige) bewerten die Qualität der Wäscheversorgung in Hinblick auf Sauberkeit sowie eine ausreichend schnelle, vollständige und unbeschädigte Wäscherückgabe im letzten halben Jahr.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Bewohner, die den Wäscheservice nicht nutzen, werden mittels einer Filterfrage ermittelt und von der Bewertung der Kriterien ausgeschlossen, dies gilt auch für die Angehörigen. Ermittelt werden 3 Ergebnisse:

Ergebnis 1: Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien: Sauberkeit der Wäsche, ausreichend schnelle, vollständige und unbeschädigte Wäscherückgabe im letzten halben Jahr an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.

Ergebnis 2: Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien: Sauberkeit der Wäsche, ausreichend schnelle, vollständige und unbeschädigte Wäscherückgabe im letzten halben Jahr an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht.

Ergebnis 3: Durchschnittliche Dauer der Wäscherückgabe in Tagen

Relevanz

Auf der Basis der Ergebnisse der MuG IV-Untersuchung (Schneekloth/Wahl 2009) und den Erfahrungen der Einrichtungen wird der Wäscheversorgung aus Bewohnersicht eine hohe Relevanz zugeordnet. An diesem Punkt treten ebenfalls häufig Konflikte auf. Sie ist Teil der Servicequalität, die von 63% der Bewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität benannt wird (vgl. Heusel et al. 2009). Die besondere Relevanz ist auch darin begründet, dass der Ersatz von Kleidung für einige Bewohner ein schwierig zu lösendes Problem ist, insbesondere wenn das Aufsuchen eines Bekleidungsgeschäftes aus Mobilitäts- oder ge-

sundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist und Angehörige in diesem Bereich keine Unterstützung leisten.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Die Einrichtung kann die Verlässlichkeit und Vollständigkeit in der Wäscheversorgung in hohem Maß mittels einer regelmäßigen Überwachung der Prozesse beeinflussen, wesentlich ist hier auch die Berücksichtigung der Prozesse, die vor dem Reinigen der Wäsche erfolgen müssen. Dazu gehören eine Etikettierung, um dem Verlust von Wäsche vorzubeugen, und die Information neuer Mitarbeiter oder Aushilfen.

Methodische Güte

Der Indikator lässt sich von den befragten Personen leicht beantworten. Das Ergebnis der Wiederholungsbefragung ist sehr stabil (93,1%, N=40).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Die Beurteilung der Wäscheversorgung wird in ähnlicher Form in diversen Qualitätssystemen zur Erfassung der Kundenzufriedenheit erfasst, z. B. Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Survey (2007); Health and disability services standards (Ministry of Health New Zealand, 2008).

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst 4 Kriterien:

Tab. 35: Bewohnerbefragung „Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
<i>Hinweis: Vor der Fragestellung erfolgt ein Hinweis darauf, bei der Bewertung an das letzte halbe Jahr zu denken. Mittels Filterung nehmen nur Nutzer des Services Beurteilungen vor</i>		
1	Bekommen Sie Ihre Wäsche sauber zurück?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
2	Bekommen Sie Ihre Wäsche schnell genug zurück?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
3	Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Sie Wäsche abgegeben haben und etwas nicht zurückbekommen haben?	„Ja“ – „Nein“
4	Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Sie Wäsche abgegeben haben und etwas kaputt zurückbekommen haben?	„Ja“ – „Nein“

Tab. 36: Angehörigenbefragung „Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht“

	Frage	Antwortkategorien
1 – 4	Fragen s. Bewohnerbefragung. Ersetzt wurde „Sie“ durch „Ihr Angehöriger“	Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ – „Ist mir nicht bekannt“

Alternativ wurde eine Ergebnisermittlung über die Erfassung betrieblicher Kennzahlen in diesem Bereich getestet. Die Erfassung der durchschnittlichen Dauer der Wäscherückgabe war häufig möglich (25 von 36 Einrichtungen). Eine vergleichende Erfassung fehlerhafter Ergeb-

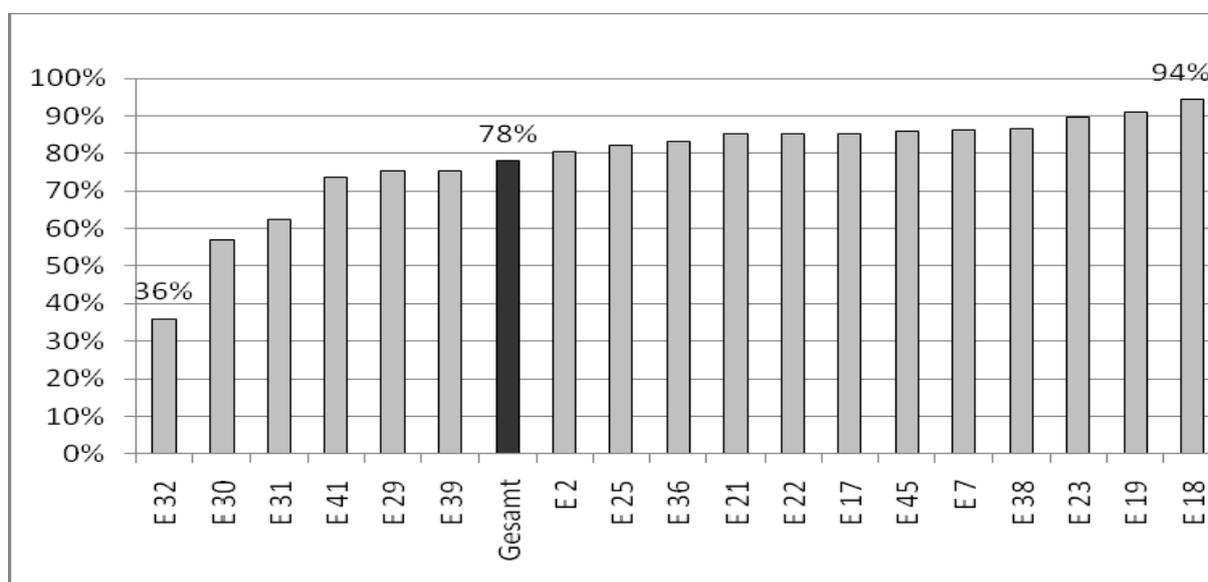
nisse in der Wäscheversorgung auf der Basis interner Dokumentationsunterlagen der Einrichtung ist bislang jedoch nur in wenigen Einrichtungen (13 von 36) möglich. Die Form der Erfassung unterscheidet sich deutlich hinsichtlich des angewandten Verfahrens und der Systematik (z. B. Beschwerdemanagement, Stichprobenprüfungen, Schätzwerte). Der Dokumentationsaufwand erscheint auch aus Expertensicht im Hinblick auf das damit erzielte Ergebnis als zu aufwändig, um eine einheitliche und systematische Erfassungsform als Neimplementation in QM-Systeme zu forcieren. Eine technische Lösung wäre ggf. mit hohen Kosten verbunden, insbesondere wenn die Wäsche hausintern bearbeitet wird. Eine Umstellung aller Einrichtungen auf externe Wäscheversorgung ist nicht immer im Sinne des Verbrauchers. Es gibt aus den Bewohnerbefragungen zahlreiche qualitative Hinweise darauf, dass der Umgang mit fehlerhaften Ergebnissen (insbesondere Wäscheverlust) aus subjektiver Sicht als weniger problematisch erlebt wird, wenn es eine hausinterne Wäscheversorgung gibt. Es kann derzeit nicht von einer wirklichen Vergleichbarkeit der Ergebnisse betrieblicher Kennzahlen ausgegangen werden.

Erprobungsergebnisse

Der Großteil der Bewohner (87,5%, N=430) nutzt den hausinternen Wäscheservice. Insbesondere der Verlust von Wäsche ist problematisch, hier geben 60% der befragten Bewohner ein positives Ergebnis an, gefolgt von der Schnelligkeit der Wäscherückgabe (77%). Diese variiert zwischen den Einrichtungen deutlich. Die Einrichtungen geben hier eine Dauer zwischen 1 und 12 Tagen an, Bewohner berichten von bis zu 14 Tagen. Einrichtungen mit einer schnellen Wäscherückgabe erzielen in diesem Bereich gute Werte bei der Bewohnerbefragung. Problematisch an einer langen Rückgabedauer ist laut Angaben der befragten Personen das dadurch entstehende Erfordernis eines sehr großen persönlichen Wäschebestandes.

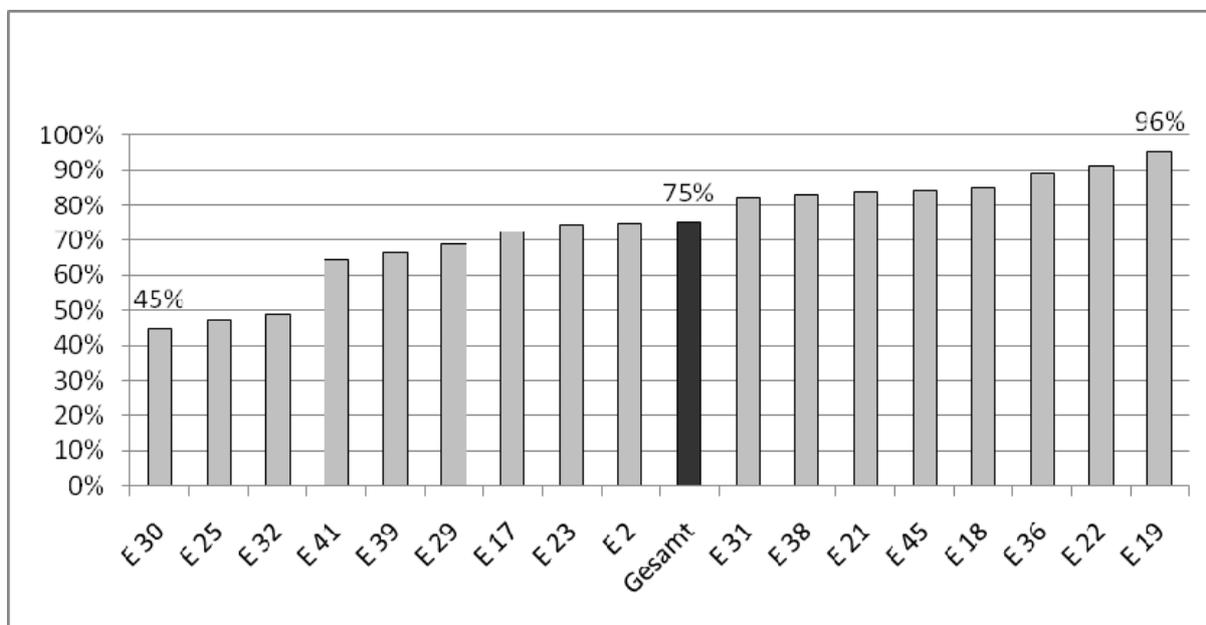
Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen der Wäscheversorgung aus Bewohnersicht liegt bei 78% (N=1.479 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen sehr weit zwischen 36% und 94% Qualitätserfüllung.

Abb. 7: Anteil der positiven Bewertungen der Wäscheversorgung aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen, N=1.479 gültige Antworten von 376 Personen)



Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen der Wäscheversorgung von Angehörigen liegt bei 75% (N=1.524 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen sehr weit von 45% bis zu 96% Qualitätserfüllung.

Abb. 8: Anteil der positiven Bewertungen der Wäscheversorgung aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen, N=1.524 gültige Antworten von 444 Personen)



Ergebnis 3: Die Rückgabe der Wäsche dauert im Durchschnitt 5 Tage. Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen breit zwischen 1 Tag und 12 Tagen.

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse 1 und 2 wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Das Ergebnis 3 erfordert ein anderes Bewertungsverfahren. Die Verteilung auf Ergebnisklassen, die sich auf eine prozentuale Abweichung vom Mittelwert beziehen, ist bei diesem Ergebnistyp nicht sinnvoll. Die Bewertung erfolgt deshalb gemäß folgender Systematik:

Bewertung des Ergebnisses	Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... Tage ab	Interpretation der Ergebnisklassen
überdurchschnittliches Ergebnis	mehr als 1 Tag schneller	Das Ergebnis liegt deutlich über der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen erreicht wird.
durchschnittliches Ergebnis	Mittelwert +/- 1 Tag	Das Ergebnis entspricht dem, was aktuell in einer stationären Altenhilfeeinrichtung erreicht wird.
unterdurchschnittliches Ergebnis	mehr als 1 Tag langsamer	Das Ergebnis liegt deutlich unter der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen erreicht wird.

Legt man die beiden Bewertungsraster an die jeweiligen Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Ergebnisverteilung	Wäscheversorgung (Bewohnersicht)	Wäscheversorgung (Angehörigensicht)	durchschnittliche Dauer der Wäscherückgabe (Angabe der Einrichtung)
überdurchschnittlich	1	2	11
leicht überdurchschnittlich	8	6	entfällt ³³
Durchschnitt	6	3	5
leicht unterdurchschnittlich	0	3	entfällt
unterdurchschnittlich	3	3	9
Anzahl beurteilter Einrichtungen	18	17	25

Empfohlener Einsatzbereich

Für das interne Qualitätsmanagement kann der Indikator den Grad der subjektiven Zufriedenheit der Verbraucher mit der Wäscheversorgung ermitteln. Ebenso bietet er Hinweise auf das Ausmaß bislang häufig nicht systematisch erfasster Fehler in der Wäscheversorgung und bietet die Möglichkeit zur Prozessoptimierung.

In externen Qualitätsprüfungen im Rahmen einer Kundenbefragung kann die Qualität der Wäscheversorgung über einen längeren Zeitraum aus Verbrauchersicht ermittelt werden.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung erhalten Verbraucher einen Hinweis auf die Qualität der Wäscheversorgung aus Sicht der Verbraucher.

Zusammenfassung

Der Indikator ist leicht und sehr stabil erfassbar und bildet deutliche Unterschiede zwischen Einrichtungen hinsichtlich der erreichten Qualität ab. Er ist für Nutzer von hoher persönlicher Relevanz. Die zukünftig systematische Erfassung der durchschnittlichen Dauer der Wäscherückgabe als betriebliche Kennzahl sollte für alle Einrichtungen unproblematisch möglich sein.

5.4.3 Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Erfasst wird das Ausmaß ausreichender Unterstützung von Bewohnern mit einem Unterstützungsbedarf in den Bereichen: Stuhlgang und Wasserlassen, Positionswechsel im Bett, Aufstehen aus einem Stuhl oder Sessel, Mobilität oder allgemeiner Hilfebedarf.

³³ Eine Bewertung in 5 Stufen ist in diesem Fall nicht sinnvoll.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Bewohner werden nur zu Bereichen befragt, in denen ein Unterstützungsbedarf besteht. Ermittelt wird der Anteil positiver Antworten zu den 5 Kriterien: Unterstützung bei Stuhlgang und Wasserlassen, bei notwendigen Positionswechseln im Bett, Aufstehen, bei Mobilität oder einem allgemeinen Hilfebedarf in Bereichen mit Unterstützungsbedarf an allen gültigen Antworten.

Relevanz

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ weist in den Ausführungen zu Artikel 2 darauf hin, dass „auch Vernachlässigungen, wie mangelnde Sorgfalt bei der Betreuung, Pflege oder Behandlung, Unterlassung notwendiger Hilfe sowie unzureichende Aufmerksamkeit (...) Formen von Gewalt“ darstellen. Und weiter: „Konkret heißt das beispielsweise, dass Ihnen die erforderliche Hilfe rechtzeitig zukommen muss, dass man Sie nicht unzumutbar lange warten lässt, wenn Sie Hunger oder Durst haben, aufstehen oder sich hinlegen möchten und wenn Sie Ihre Ausscheidungen verrichten müssen.“ Die Unterstützung der Bewohner findet sich auch in zahlreichen nationalen und internationalen Systemen und Standards als relevantes Kriterium. Auch dort betreffen sie zentrale Versorgungsbereiche (z. B. Schmerzen durch fehlende Lagerung), deren Nicht-Erfüllung eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität zur Folge hat. Die Unterstützung bei Einschränkungen wird von 74% der Bewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität bezeichnet, nur 12% halten diese für „nicht so wichtig“ (vgl. Heusel et al. 2009).

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist von den Einrichtungen stark beeinflussbar. Es spiegelt die täglichen Versorgungsprozesse in der Wahrnehmung und Erfahrung der Bewohner wider.

Methodische Güte

Der Indikator ist in der überarbeiteten Variante von den befragten Personen leicht zu beantworten. Er ist in der Wiederholungsbefragung mit 90,1% sehr stabil.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Die Kriterien werden häufig zur Qualitätsbeurteilung herangezogen, wenn zum Teil auch in anderer Form (z. B. Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Survey (2007), Quality Framework Responsible Care (ActiZ et al. 2007), Health and disability services standards (Ministry of Health New Zealand 2008), Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008)).

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Als Messverfahren wurde eine Bewohnerbefragung mit 5 Kriterien und geschlossenen Antwortskalen eingesetzt:

Tab. 37: Bewohnerbefragung „Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht“

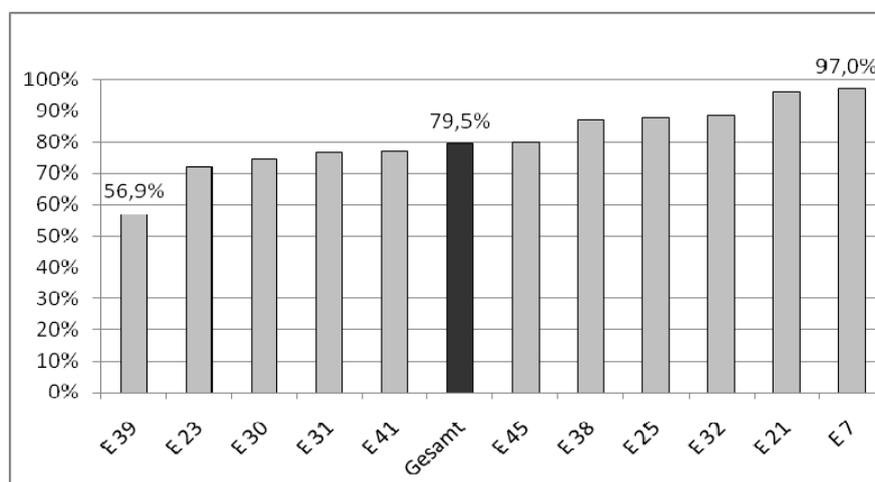
Nr.	Frage	Antwortkategorien
<i>Mittels Filterung nehmen nur Bewohner mit Unterstützungsbedarf im jeweils abgefragten Bereich Beurteilungen vor.</i>		
1	Bekommen Sie von den Mitarbeitern schnell genug Unterstützung, wenn Sie an einen bestimmten Ort möchten?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
2	Bekommen Sie schnell genug Hilfe, wenn Sie aufstehen möchten? Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie zu lange sitzen bleiben mussten? Falls ja: Wie oft ist das vorgekommen?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ „Ja“ – „Nein“ „Oft“- „Manchmal“- „Selten“
3	Bekommen Sie rechtzeitig Hilfe, wenn Sie sich anders hinlegen möchten? Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie lange im Bett in einer Position liegen mussten? Falls ja: Wie oft ist das vorgekommen?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ „Ja“ – „Nein“ „Oft“- „Manchmal“- „Selten“
4	Bekommen Sie rechtzeitig Hilfe, wenn Sie Stuhlgang haben oder Wasser lassen müssen?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
5	Bekommen Sie von den Mitarbeitern ausreichend Hilfe, wenn Sie welche benötigen?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“

Als alternatives Verfahren käme eine teilnehmende Beobachtung in Frage, diese wäre jedoch zeit- und personalintensiv und mit dem Risiko einer Ergebnisverzerrung durch zufällige Ereignisse zum Messzeitpunkt bei einmaliger Zeiterfassung verbunden, während Bewohner eine summierende Beurteilung vornehmen können. Die Messung von Zeiten vermittelt nicht die Wahrnehmung und Bewertung der Person, die die Unterstützung erhält. Das subjektive Empfinden ist jedoch zentrales Element der Lebensqualität.

Erprobungsergebnisse

Der von den befragten Personen wahrgenommene Qualitätsgrad der Unterstützung streut gut zwischen 56,9% und 97% mit einem Durchschnittswert von 79,5%. Es werden große Unterschiede in der erreichten Qualität der jeweiligen Einrichtungen erkennbar.

Abb. 9: Anteil der positiven Bewertungen der Unterstützung aus Bewohnersicht (11 Einrichtungen, N= 497 gültige Antworten von 271 Personen)



Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 38: Ergebnisverteilung Unterstützung der Bewohner aus Nutzersicht (11 Einrichtungen)

Ergebnisverteilung	Unterstützung (Bewohnersicht)
überdurchschnittlich	2
leicht überdurchschnittlich	3
Durchschnitt	4
leicht unterdurchschnittlich	1
unterdurchschnittlich	1
Anzahl beurteilter Einrichtungen	11³⁴

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne und externe Qualitätsmanagement Hinweise darauf, wie gut die Unterstützung der Bewohner in der alltäglichen Praxis gelingt. Verbraucher können sich über ein wichtiges Versorgungskriterium im Alltag der stationären Versorgung aus der Sicht von Nutzern ein Bild machen.

Zusammenfassung

Der Indikator ist im Hinblick auf die Lebensqualität für Bewohner von hoher subjektiver Relevanz. Er lässt sich mittels Bewohnerbefragungen stabil ermitteln, und die Streuung der Ergebnisse zwischen Einrichtungen fällt breit aus. Der Indikator vermittelt wichtige Erkenntnisse über den Umgang mit basalen Unterstützungsbedürfnissen von Bewohnern im stationären Versorgungsalltag.

5.4.4 Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Der Indikator bildet die Bewertung des Mahlzeiten- und Getränkeangebotes von Nutzern in Hinblick auf Geschmack, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur ab.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil positiver Antworten bezogen auf das Mahlzeitenangebot an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht zu den Kriterien: Geschmack, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur.

³⁴ Aufgrund der modifizierten Befragungsweise in der zweiten Erprobungsphase werden hier Ergebnisse für 11 statt für 18 Einrichtungen ausgewiesen.

Ergebnis 2: Anteil positiver Antworten bezogen auf das Mahlzeitenangebot an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht zu den Kriterien: Geschmack, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur.

Relevanz

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ 2009) besagt in Artikel 4: „Sie können erwarten, dass Ihre Wünsche und Bedürfnisse beim Essen und Trinken beachtet werden. Die Speisen sollen in ausreichendem Maße, appetitanregend, abwechslungsreich, altersgerecht und gesundheitsförderlich angeboten werden. Ihre Vorlieben und Abneigungen bei Speisen und Getränken sollen weitestgehend berücksichtigt werden. Bekannte Unverträglichkeiten sind zu beachten.“ Der Indikator findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Systemen und Standards als relevantes Kriterium. Er umfasst in der Regel den Anspruch auf eine abwechslungsreiche und gesunde Speiserversorgung, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Vorlieben der Bewohner orientiert. Die Qualität des Mahlzeitenangebotes und Getränkeangebotes wird von 57% der Bewohner als sehr wichtige Dimension ihrer Lebensqualität benannt, nur 18% schätzen dies als „nicht so wichtig“ ein (vgl. Heusel et al. 2009).

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Die Einrichtung kann das Ergebnis mittels der Qualität im Einkauf, der Zubereitung der Mahlzeiten, der Variationsbreite der Angebote und der Berücksichtigung von Bewohnerwünschen stark beeinflussen. Bei der Wahlmöglichkeit ist darauf zu achten, dass Bewohnerwünsche tatsächlich abgefragt werden und nicht durch andere Personen vorgenommen werden.

Methodische Güte

Der Indikator erweist sich im Hinblick auf die Kriterien „Auswahlmöglichkeit“, „ausreichend gut schmeckende Getränke“ und „Temperatur“ in der Wiederholungsbefragung als stabil mit einem Wert von 91,6% (N=41). Das Kriterium „Geschmack des Essens“ erwies sich in der ersten Erprobungsphase als instabil (63%, N=16). In der zweiten Erprobungsphase wurde die Fragestellung deshalb modifiziert. Hiermit konnte eine Verbesserung der Stabilität auf 80% (N=25) erzielt werden. Insgesamt ist der Indikator als zufriedenstellend stabil zu betrachten. Der Indikator muss noch auf spezielle Versorgungsformen (Wohngemeinschaft mit gemeinsamer Speiseplangestaltung) angepasst werden.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird in diversen Systemen eingesetzt, z. B. „Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach (2008)“, Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008), National Care Standard – Scottish Executive (2007), Quality Framework Responsible Care (ActiZ et al. 2007), Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Survey (2007), „Keys for quality Performance Management of the Care of Older Persons in Europe. Key action 6“, „Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege“ (König 2007), „Internes QM im Gesundheits- und Sozialwesen“ (Kutz 2005).

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst vier Kriterien:

Tab. 39: Bewohnerbefragung „Qualität der Mahlzeiten aus Nutzersicht“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Bekommen Sie von der Einrichtung ausreichend Getränke, die Ihnen gut schmecken, ohne dafür zusätzlich bezahlen zu müssen?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
2	Können Sie unter verschiedenen Gerichten auswählen, was Sie mittags essen möchten?	s. Frage 1
3	Schmeckt Ihnen das Mittagessen hier gut?	s. Frage 1
4	Ist das Mittagessen angenehm warm?	s. Frage 1

Tab. 40: Angehörigenbefragung „Qualität der Mahlzeiten aus Nutzersicht“

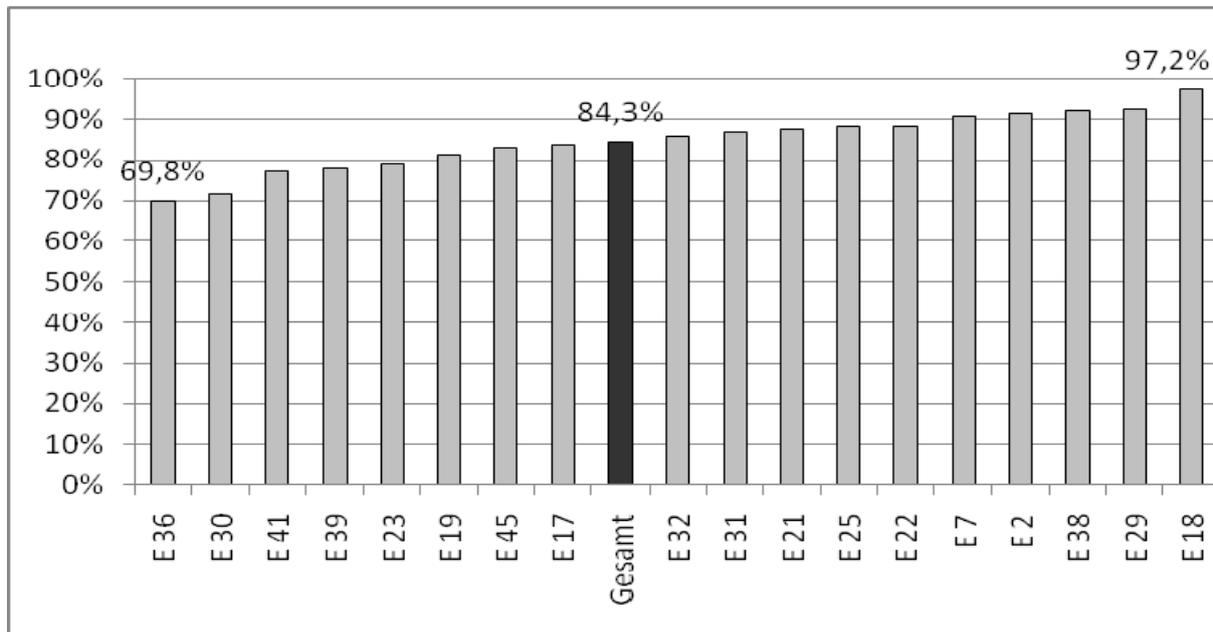
Nr.	Frage	Antwortkategorien
	Fragen s. Bewohnerbefragung. Ersetzt wurde „Sie“ oder „Ihnen“ durch „Ihr Angehöriger“.	Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ – „Ist mir nicht bekannt“ – „Bekommt Sondenkost“

Alternativ wurde eine Erfassung der Qualität des Mahlzeitenangebotes anhand der Kriterien (a) Variabilität des Speiseangebotes, (b) Variabilität des Speiseangebotes bei Diätkost, (c) spezifische Speiseangebote für Bewohner mit demenziellen Veränderungen, (d) kurzfristige Möglichkeit, Speisewünsche abzugeben oder zu ändern, (e) Erfüllung des Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zum Einsatz von Lebensmitteln im wöchentlichen Gesamtangebot der Vollverpflegung über eine Befragung der Einrichtungen und Speiseplananalyse getestet (vgl. hierzu 6.1.3).

Erprobungsergebnisse

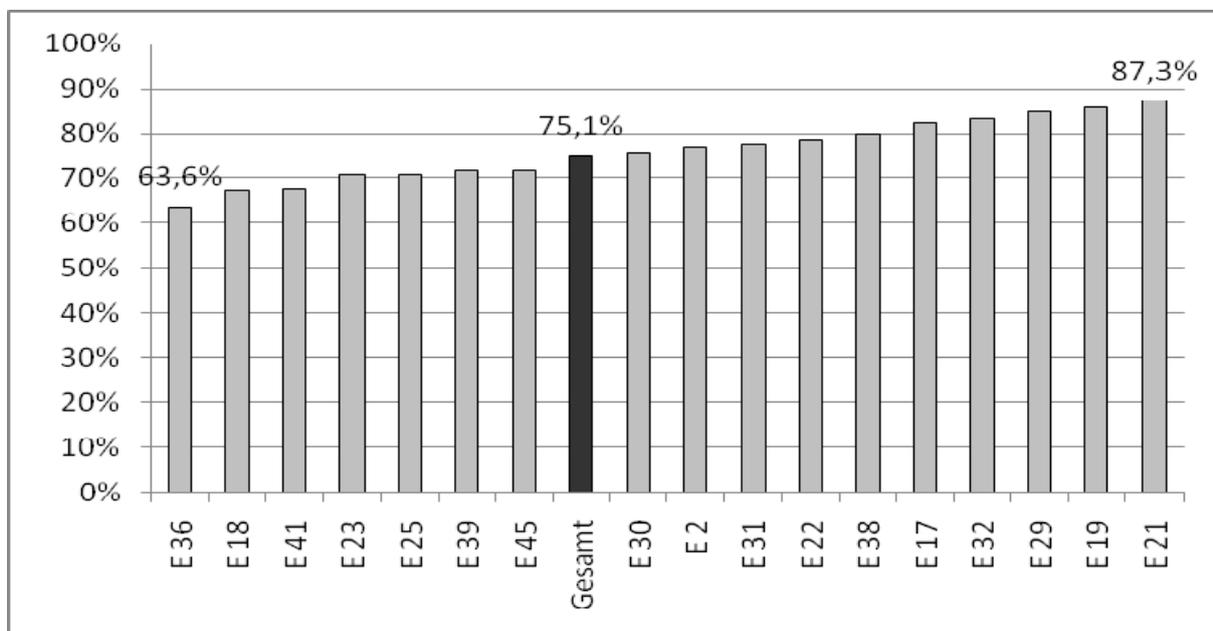
Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen der Qualität des Mahlzeitenangebots liegt aus Bewohnersicht bei 84,3% (N=1.692 gültige Antworten). Die Werte streuen mit 69,8% und 97,2% breit um den Durchschnitt. Es werden deutliche Unterschiede zwischen Einrichtungen erkennbar.

Abb. 10: Anteil positiver Bewertungen der Qualität des Mahlzeitenangebotes aus Bewohner-sicht (18 Einrichtungen, N=1.692 gültige Antworten von 428 Personen)



Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen der Qualität des Mahlzeitenangebots liegt bei Angehörigen bei 75,1% (N=1.535 gültige Antworten). Die Werte streuen mit 63,6% und 87,3% gut um den Durchschnitt.

Abb. 11: Anteil der Angehörigen mit positiver Bewertung der Qualität des Mahlzeitenangebotes (17 Einrichtungen, N=1.535 gültige Antworten von 441 Personen)



Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „leicht über-

durchschnittlichen“ bis zu „leicht unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 41: Ergebnisverteilung Qualität der Mahlzeiten aus Nutzersicht

Ergebnisverteilung	Qualität der Mahlzeiten (Bewohnersicht)	Qualität der Mahlzeiten (Angehörigensicht)
überdurchschnittlich	0	0
leicht überdurchschnittlich	5	5
Durchschnitt	8	9
leicht unterdurchschnittlich	5	3
unterdurchschnittlich	0	0
Anzahl beurteilter Einrichtungen	18	17

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne und externe Qualitätsmanagement Hinweise darauf, ob die Flüssigkeitsversorgung durch gut schmeckende Getränke ausreichend unterstützt wird. Zusätzlich zeigt er an, ob eine bestehende Wahlmöglichkeit für Speisen im alltäglichen Prozessablauf dem Nutzer auch unterbreitet wird. Für den Verbraucher wird transparent, wie die Qualität der Mahlzeiten von Nutzern insgesamt bewertet wird.

Zusammenfassung

Der Indikator ist in der erprobten Form ausreichend stabil, um im Rahmen von Bewohner- und Angehörigenbefragungen eingesetzt zu werden.

5.4.5 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Bereiches 4

Eine Gesamtbewertung des Bereiches 4 für alle Indikatoren ist aufgrund der sehr unterschiedlichen Art der zugrunde liegenden Daten nicht möglich, so ist eine Vermischung objektiver Daten mit Befragungsdaten nicht sinnvoll. Möglich ist jedoch die zusammenfassende Auswertung der Bewohnerbefragung einerseits und der Angehörigenbefragung andererseits. Die zusammengefassten Ergebnisse beider Befragungen sind getrennt darzustellen. Zusätzlich werden im Bereich 4 die Ergebnisse zur Dauer der Wäscherückgabe dargestellt.

Für jede Einrichtung kann somit ein Ergebnisprofil für den Bereich 4 erstellt werden, das mit nur 4 Ergebnissen die Qualität des gesamten Bereiches abbildet:

erzielte Ergebnisse im Bereich 4	Ergebnisbewertung	Beispiel
Bewohnerbefragung	Gesamtergebnis	hervorragend
Angehörigenbefragung	Gesamtergebnis	überdurchschnittlich
Dauer der Wäscherückgabe	Ergebnis Indikator 4.3	unterdurchschnittlich

Dazu wurde ein Verfahren zur zusammenfassenden Bewertung der Befragungsergebnisse entwickelt. Jedem Ergebnis eines Indikators einer Einrichtung wird ein Scorewert zwischen 2 und -2 zugeordnet. Für ein überdurchschnittliches Ergebnis wird ein Wert von 2 zugeteilt, für ein leicht überdurchschnittliches Ergebnis ein Wert von 1 etc. (vgl. die folgende Darstellung).

erzieltes Indikatorergebnis	entspricht Score
überdurchschnittlich	2
leicht überdurchschnittlich	1
Durchschnittlich	0
leicht unterdurchschnittlich	- 1
unterdurchschnittlich	- 2

In einem nächsten Schritt werden nun die Scorewerte für alle zu diesem Bereich gehörenden Indikatoren addiert und die Anzahl der in die Bewertung einbezogenen Indikatoren gezählt. Die Zählung der einbezogenen Indikatoren ist notwendig, da nicht in allen Einrichtungen immer zu allen Indikatoren die erforderlichen Fallzahlen (N=15) erreicht werden. Damit der Bereich 4 bei Ausfall einzelner Indikatoren nicht von einer Gesamtbewertung ausgeschlossen werden muss, wird durch die Einbeziehung der Anzahl der beurteilten Indikatoren in der jeweiligen Einrichtung ein Mittelwert der Ergebnisse berechnet. In folgender Abbildung ist die Berechnung des Gesamtergebnisses der Bewohner- und Angehörigenbefragung im Bereich 4 für die Einrichtung 21 exemplarisch dargestellt:

Ergebnisse der Bewohnerbefragung in Einrichtung 21	möglicher Scorewert	erzielter Score
Ergebnis Indikator 4.1: leicht überdurchschnittlich	-2 bis 2	1
Ergebnis Indikator 4.2: leicht überdurchschnittlich	-2 bis 2	1
Ergebnis Indikator 4.3: überdurchschnittlich	-2 bis 2	2
Ergebnis Indikator 4.4: durchschnittlich	-2 bis 2	0
Scoresumme Bereich 4		4
Anzahl einbezogener Indikatoren		4
Erzielter Gesamtwert im Bereich 4 ist die „Scoresumme Bereich 4“ geteilt durch die „Anzahl einbezogener Indikatoren“		$4 : 4 = 1,0$
Der <u>erzielte Gesamtwert</u> wird anhand des folgenden Schemas einer Ergebnisbewertung zugeordnet:		
Erzieltes Ergebnis im Bereich 4	Ergebnisbewertung	Symbol
Gesamtwerte > 1,5	hervorragend	++
Gesamtwerte von > 0,5 bis 1,5	überdurchschnittlich	+
Gesamtwerte von – 0,5 bis + 0,5	durchschnittlich	O
Gesamtwerte < – 0,5	unterdurchschnittlich	-
Die Einrichtung 21 hat in der Bewohnerbefragung im Bereich 4 mit einem Gesamtwert von <u>1,0</u> ein überdurchschnittliches Ergebnis erzielt.		

Ergebnisse der Angehörigenbefragung in Einrichtung 21	möglicher Scorewert	erzielter Score
Ergebnis Indikator 4.1: überdurchschnittlich	-2 bis 2	2
Ergebnis Indikator 4.2: leicht überdurchschnittlich	-2 bis 2	1
Ergebnis Indikator 4.3: leicht überdurchschnittlich	-2 bis 2	1
Scoresumme Bereich 3		
Anzahl einbezogener Indikatoren		4
Erzielter Gesamtwert im Bereich 4 ist die „Scoresumme Bereich 4“ geteilt durch die „Anzahl einbezogener Indikatoren“		$4 : 3 = 1,33$

Der erzielte Gesamtwert (hier 1,33) wird anhand des folgenden Schemas einer Ergebnisbewertung zugeordnet:

erzieltes Ergebnis im Bereich 4	Ergebnisbewertung	Symbol
Gesamtwerte > 1,5	hervorragend	++
Gesamtwerte von > 0,5 bis 1,5	überdurchschnittlich	+
Gesamtwerte von – 0,5 bis + 0,5	durchschnittlich	O
Gesamtwerte < – 0,5	unterdurchschnittlich	-

Die Einrichtung 21 hat in der Angehörigenbefragung im Bereich 4 mit einem Gesamtwert von 1,33 ein überdurchschnittliches Ergebnis erzielt.

Die Gesamtbewertung der Ergebnisse im Bereich 4 für die Einrichtung 21 würde wie im Folgenden dargestellt aussehen:

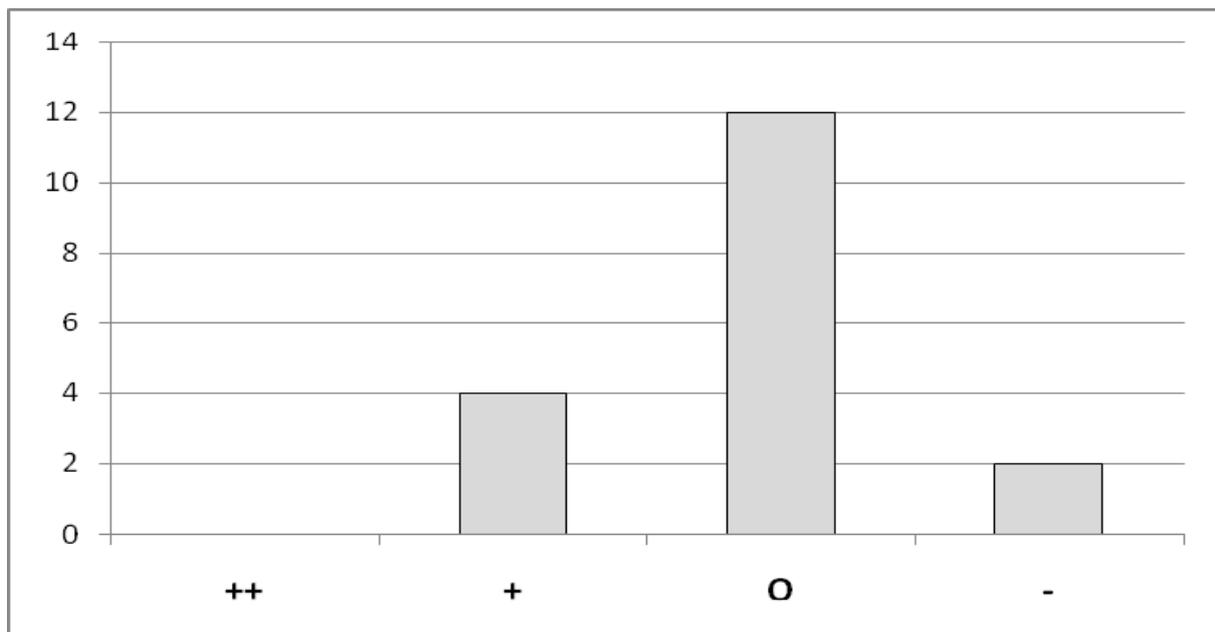
erzielte Ergebnisse im Bereich 4	Ergebnisbewertung	Symbol
Bewohnerbefragung	überdurchschnittlich	+
Angehörigenbefragung	überdurchschnittlich	+
Dauer der Wäscherückgabe	keine Angabe	k. A.

Das Profil dieser Einrichtung lässt somit auf einen Blick erkennen, dass es sich um eine Einrichtung handelt, die im Bereich 4 insgesamt überdurchschnittlich gute Ergebnisse erzielt hat.

Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 4

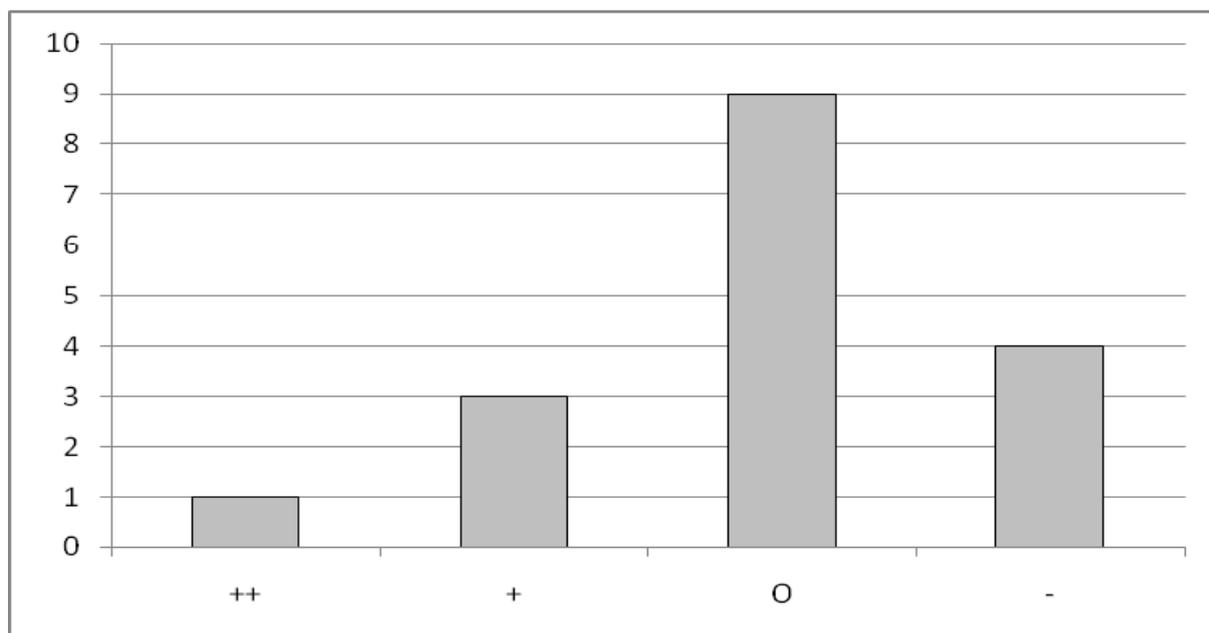
Wendet man nun das dargestellte Verfahren für auf alle Einrichtungen an, ergibt sich für die Bewohnerbefragung eine Verteilung von unterdurchschnittlichen bis zu überdurchschnittlichen Gesamtbewertungen. Vier Einrichtungen erzielen ein überdurchschnittliches Gesamtergebnis, zwölf ein durchschnittliches Gesamtergebnis und zwei Einrichtungen ein unterdurchschnittliches Gesamtergebnis.

Abb. 12: Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 4: Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen)



In der Angehörigenbefragung tritt eine breitere Streuung der Gesamtergebnisse zwischen „hervorragenden“ und „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen auf. Eine Einrichtung erzielt ein hervorragendes Gesamtergebnis, drei ein überdurchschnittliches, neun ein durchschnittliches und vier ein unterdurchschnittliches Ergebnis.

Abb. 13: Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 4: Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen)



Die Ergebnisbewertung in kleinen Erhebungsgruppen

In Einrichtungen mit Stichproben, die zwischen 10 und 15 befragungsfähige Bewohner oder Angehörige umfassen, kann eine Anpassung der Ergebnisbewertung erforderlich sein. Eine vergleichende Bewertung von Befragungsergebnissen mit weniger als 10 Fällen ist nicht möglich (vgl. zur Frage der Ergebnisbewertung in kleinen Erhebungsgruppen die Ausführungen unter 9.1.3).

5.5 Bereich 5: Tagesgestaltung und soziale Beziehungen

Der Bereich Tagesgestaltung und soziale Beziehungen betrifft die Ergebnisse von Prozessen der Tagesstrukturierung, Teilnahmemöglichkeiten an sozialen Aktivitäten auf der Einzel- und Gruppenebene und die Interaktion von Mitarbeitern und Bewohnern. Die Qualität der Interaktion ergibt neben der kommunikativen Ebene Hinweise darauf, wie gut die in Pflegeleitbildern von Einrichtungen häufig angeführten Versprechen einer Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche, des wertschätzenden und respektvollen Umgangs, der würdevollen Behandlung und Autonomie der Bewohnerschaft in den alltäglichen Versorgungsprozessen eingelöst werden. In der gesellschaftlichen Perspektive werden häufig Missstände wahrgenommen, da vor allem diese in den Medien verbreitet werden. Diese Außenwahrnehmung ist problematisch aus Verbraucher- und Einrichtungssicht, da Ängste vor einem Heimeinzug im Falle eines stationären Versorgungsbedarfes gesteigert werden können. Die im Bereich 5 abgebildeten Aspekte können an dieser Stelle Transparenz unterstützen. Zu diesen Fragen ist die Bewertung von Nutzern von besonderer Relevanz, da nur Nutzer die tatsächliche Umsetzung von Werten, die in Pflegeleitbildern beschrieben werden, in den stationären Alltag umfassend beobachten können. Der Bereich 5 bietet Informationen dazu, ob in der Einrichtung die Essenszeiten, Aufsteh- und Zubettgehzeiten tatsächlich an den

Bedürfnissen der Bewohnerschaft ausgerichtet werden. Er ergibt Hinweise darauf, welcher Grad der Einbindungen in Aktivitäten (auch für Bewohner mit starken Einschränkungen der Mobilität) erwartet werden kann und ob die Angebote den Interessen der Bewohnerschaft entsprechen. Aktivitäten sind von besonderer Bedeutung zum Erleben positiver Sozialkontakte und Beschäftigung. Aktivitäten wurden in der Vergangenheit häufig nach dem „Gießkannenprinzip“ gestaltet. So ist es aus Gründen einer notwendigen Ressourcenorientierung für eine Einrichtung günstiger Gruppenangebote zu gestalten, da hierfür weniger Mitarbeiterzeit pro Bewohner einzusetzen ist. Probleme kann hier der Transfer von immobilen Bewohnern bereiten, weshalb diese ggf. nur in einem geringeren Maße an Aktivitäten beteiligt werden und sich deren Sozialkontakte vor allem auf Versorgungssituationen beschränken können. Ein weiteres Problem ist, dass Gruppenveranstaltungen im Gegensatz zu Einzelmaßnahmen naturgemäß nur in einem geringen Maße individuelle Interessen und Kompetenzgrade aufgreifen können. Bewohner mit einem besonderen Interessensprofil sehen in diesen Angeboten kein für ihre Persönlichkeit angemessenes Beschäftigungsangebot. Eine positive Veränderung ist hier aktuell durch den vermehrten Einsatz von Alltagsbegleitern innerhalb der Einrichtungen zu beobachten.

Eine wichtige Grundlage für die Auswahl der Indikatoren und Kriterien war deshalb die Berücksichtigung von Forschungsergebnissen des Projekts „INSEL“. Innerhalb des Projektes „INSEL“ wurde mittels umfangreicher qualitativer Interviews der Grad der Relevanz von Aspekten der Lebensqualität aus Nutzersicht in der stationären Altenhilfe ermittelt. Zusätzlich wurden Aspekte berücksichtigt, die in zahlreichen nationalen und internationalen Qualitätssystemen und -standards als relevant eingestuft werden. Wichtigste Quelle hierfür ist die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“, da sich die hierin festgelegten Rechte in deutschen Einrichtungen klar repräsentieren sollten. Ebenso wie im Bereich 4 wurden bei der Auswahl der Indikatoren die Ergebnisse des Projekts „INSEL“, der Pflegecharta und internationale Qualitätsstandards berücksichtigt (vgl. 5.4). Ausgehend von den dargestellten Quellen wurden zur Instrumentenentwicklung für die Bereiche 4 und 5 dann insbesondere die Aspekte, die Kernfragen der Bereiche betreffen, berücksichtigt. Eine Fokussierung war wesentlich, da aufgrund der speziellen Zielgruppe eine Nutzerbefragung nicht beliebig lang dauern kann, sondern der Konzentrationsfähigkeit der Befragten angepasst werden muss und auch das Erfordernis einer Umsetzbarkeit im Regelbetrieb berücksichtigt werden sollte.

Zusätzlich zu den Nutzerbefragungen wurden im Bereich 5 auch Verfahren zur Erfassung „objektiver“ Ergebnisdaten getestet. Zur Anwendung empfohlen werden die folgenden Indikatoren:

- Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht (Indikator 5.1)
- Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht (Indikator 5.2)
- Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation
 - Bewohner ohne deutliche Mobilitätseinschränkung (Indikator 5.3)
 - Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität (Indikator 5.4)
- Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität (Indikator 5.5)
- Respektvoller Umgang aus Nutzersicht (Indikator 5.6)
- Privatheit aus Nutzersicht (Indikator 5.7)
- Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht (Indikator 5.8)

- Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht (Indikator 5.9)
- Weiterempfehlung aus Nutzersicht (Indikator 5.10)

5.5.1 Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Erfasst wird der Grad der Bedürfnisdeckung in den Bereichen Essenszeiten, Aufstehzeiten und Schlafenszeiten. Dabei wird nicht die Zufriedenheit mit institutionell gesetzten Zeitkorridoren beurteilt, sondern ob die Zeiten den subjektiven Bedürfnissen entsprechen.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Anteil der Antworten, die eine Bedürfnisdeckung angeben, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht. Ausgeschlossen werden Fälle fehlender Bedürfnisdeckung, wenn die zugrunde liegende Ursache nicht durch die Einrichtung beeinflusst werden kann.

Relevanz

Selbstbestimmung (hier der Tagesstruktur) wird von zwei Dritteln der Heimbewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität betrachtet, lediglich 8% halten sie für nicht so wichtig (Heusel et al. 2009).

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist durch eine bedürfnisgerechte und flexible Zeitorganisation der Versorgungsleistungen gut zu beeinflussen. An dieser Stelle kommt es darauf an, inwieweit die bestehenden Wahlmöglichkeiten dem Bewohner tatsächlich vermittelt oder aktiv angeboten werden.

Methodische Güte

Der Indikator ist durch Bewohner leicht zu beantworten und sehr stabil in der Wiederholungsbefragung (95%).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wurde in Anlehnung an Murphy, Shea and Cooney "Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland" (2007), den National Care Standard (Scottish Executive 2007) und Quality Framework Responsible Care gestaltet (ActiZ et al. 2007).

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohnerbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisbewertung, um in Fällen einer fehlenden Bedürfnisdeckung die zugrunde liegende Ursache zu beschreiben. Auf Basis der Kommentierung wird der Fall in die Bewertung ein- oder ausgeschlossen. Der Indikator umfasst 4 Kriterien:

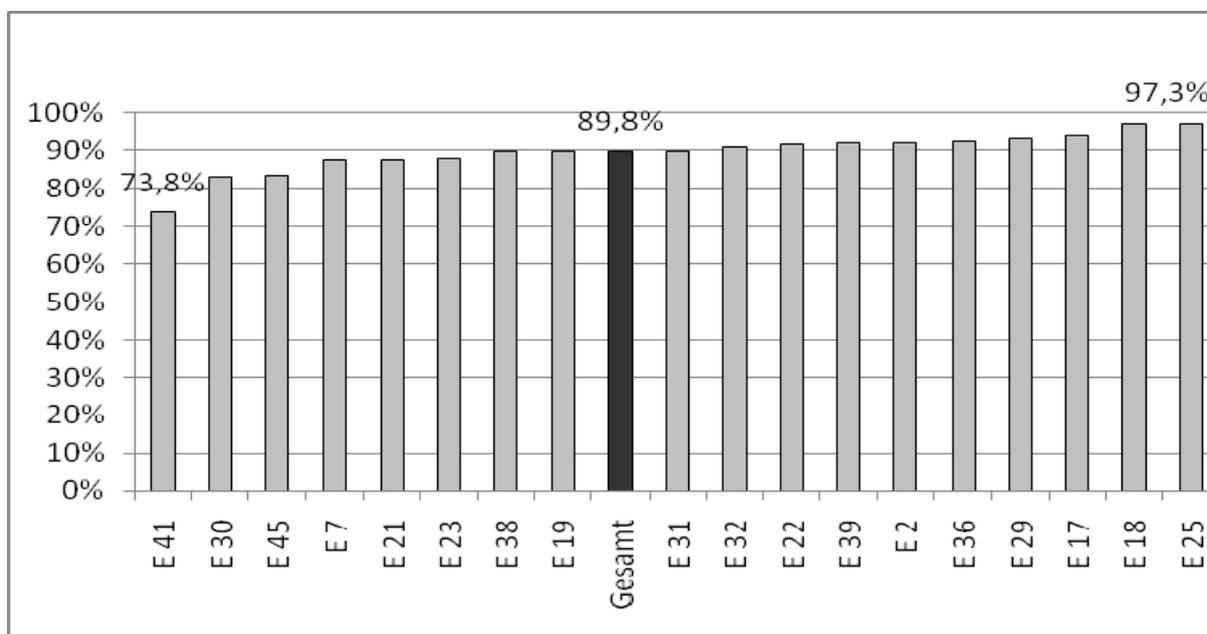
Tab. 42: Bewohnerbefragung „Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Um wie viel Uhr frühstücken Sie meistens? Und wann würden Sie gerne frühstücken?	Um Uhr. „Lieber früher“ – „Lieber später“ – „Zeit ist genau richtig“
2	Um wie viel Uhr essen Sie meistens zu Abend? Und wann würden Sie gerne zu Abend essen?	s. Frage 1
3	Um wie viel Uhr stehen Sie hier morgens auf? Und wann würden Sie gerne aufstehen?	s. Frage 1
4	Um wie viel Uhr gehen Sie abends zu Bett? Und wann würden Sie gerne zu Bett gehen?	s. Frage 1

Erprobungsergebnis

Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die eine Bedürfnisdeckung im Bereich der Tagesstrukturierung angeben, liegt bei 89,8% (N=1.658 gültige Antworten). Der Grad der Anpassung an institutionell vorgegebene Zeiten ist hoch, häufig werden die Essenszeiten positiv bewertet, da die Bewohner eine Verbindung zur zeitlichen Lage der Pflegeunterstützung herstellen. Diese wird oft als wenig beeinflussbar wahrgenommen und ist somit der „Taktgeber“ der verbleibenden Tagesstrukturierung. Kritische Äußerungen erfolgen vor allem, wenn der Bewohner subjektiv regelmäßig „zu früh“ zu Bett gebracht wird.

Abb. 14: Anteil der der positiven Bewertungen zur Tagesstrukturierung aus Bewohner-sicht (18 Einrichtungen, N=1.658 gültige Antworten von 422 Personen)



Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an,

ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „leicht überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 43: Ergebnisverteilung bedürfnisgerechte Tagesstrukturierung aus Nutzersicht (N=18 Einrichtungen)

Ergebnisverteilung	bedürfnisgerechte Tagesstruktur (Bewohnersicht)
überdurchschnittlich	0
leicht überdurchschnittlich	2
Durchschnitt	13
leicht unterdurchschnittlich	2
unterdurchschnittlich	1
Anzahl beurteilter Einrichtungen	18

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne und externe Qualitätsmanagement Hinweise darauf, ob die tageszeitliche Strukturierung den individuellen Interessen der Bewohner entspricht. Das Verfahren ermöglicht es, Personen zu identifizieren, deren Tagesablauf nicht bedürfnisgerecht gestaltet ist. Verbraucher erhalten einen Hinweis, in welchem Maße sich die Organisationspraxis an die Bedürfnisse der Bewohnerschaft anpasst.

Zusammenfassung

Dieser Indikator streut zufriedenstellend zwischen den Einrichtungen. Er kann zum Einsatz empfohlen werden und gibt dem Verbraucher Hinweise darauf, ob in der alltäglichen Organisationspraxis die individuellen Bedürfnisse im Bereich der Tagesstrukturierung erfüllt werden. Der Indikator ist sehr stabil in der Wiederholungsbefragung.

5.5.2 Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Grad der Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung durch passende Angebote und Ermöglichung von Spaziergängen von Bewohnern, die an Beschäftigungen prinzipiell teilnehmen möchten.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil positiver Antworten zur Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht

Ergebnis 2: Anteil positiver Antworten zur Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht

Relevanz

Ein bedürfnisgerechtes und anregendes Aktivitätsangebot ist von hoher Relevanz und findet sich in verschiedenen nationalen und internationalen Studien zur Identifizierung von Lebensqualität. Mehr als die Hälfte der Bewohner (52%) geben Anregung und sinnvolle Beschäftigung als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität an (vgl. Heusel et al. 2009). Nur 24% halten dies für nicht so wichtig.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist durch eine an der Bewohnerschaft orientierte Gestaltung von Freizeit- und Beschäftigungsangeboten gut zu beeinflussen, hierzu zählt auch die Unterstützung beim Transfer und die Ermöglichung von Aufenthalten im Freien bei mobilitätseingeschränkten Personen.

Methodische Güte

Die Ergebnisstabilität beträgt in der Wiederholungsbefragung 87,5% (N=24), das Ergebnis ist somit hinreichend stabil.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wurde erstellt in Anlehnung an die Projekte und Befragungsinstrumente:

- IfG Heidelberg/Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg (2006): H.I.L.DE – Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker
- Nutzung sozio-kultureller Angebote als Qualitätsindikator: z. B. Edwards, Courtney & O'Reilly (2003)
- Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008)
- Quality Framework Responsible Care (ActiZ et al. 2007), Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Survey (2007).

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Als Messverfahren wurde eine Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen eingesetzt. Der Indikator umfasst zwei Kriterien:

Tab. 44: Bewohnerbefragung „Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Gibt es hier genügend Freizeit- oder Beschäftigungsangebote, an denen Sie gerne teilnehmen?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ „Wünsche keine Teilnahme“ „Die Freizeit- und Beschäftigungsangebote hier passen nicht zu mir“
2	Kommen Sie so häufig hinaus, wie Sie es sich wünschen, wenn das Wetter es zulässt?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“

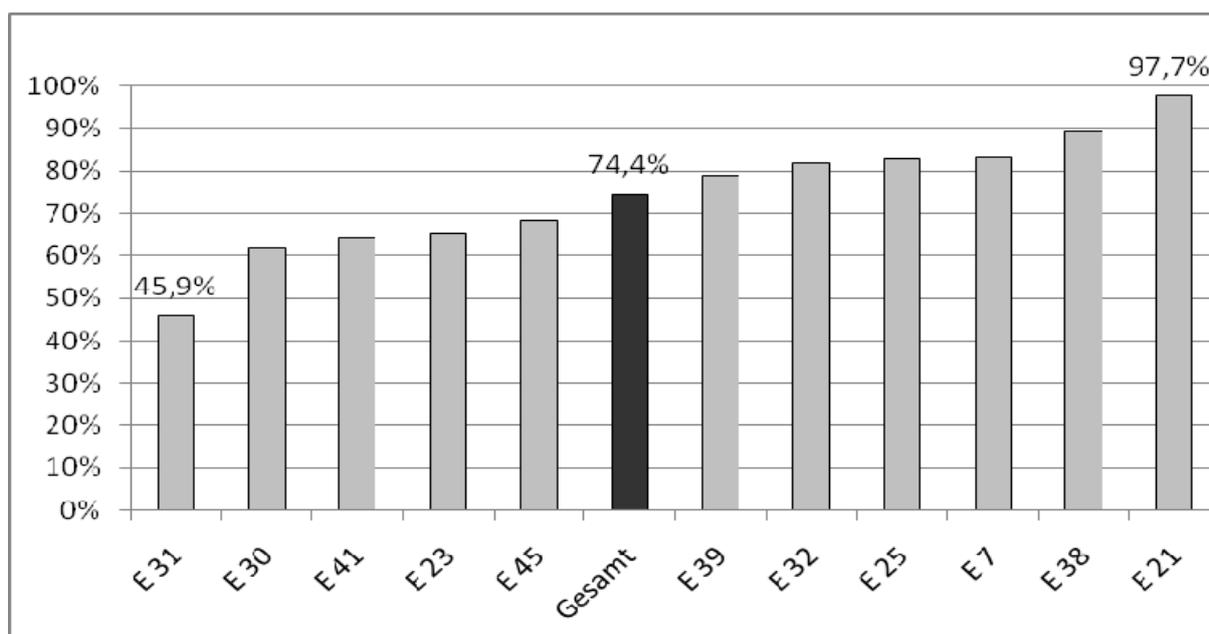
Tab. 45: Angehörigenbefragung „Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Erhält Ihr Angehöriger genügend Freizeit- oder Beschäftigungsangebote von der Einrichtung? (Dazu zählen auch Einzelangebote im Zimmer, wie z. B. vorlesen oder spielen)	Ja – „zum Teil“ – „Nein“ – „Ist mir nicht bekannt“ „Mein Angehöriger möchte an nichts teilnehmen“
2	Kommt Ihr Angehöriger so häufig hinaus, wie er es sich wünscht, wenn das Wetter es zulässt?	Ja – „zum Teil“ – „Nein“ – „Ist mir nicht bekannt“

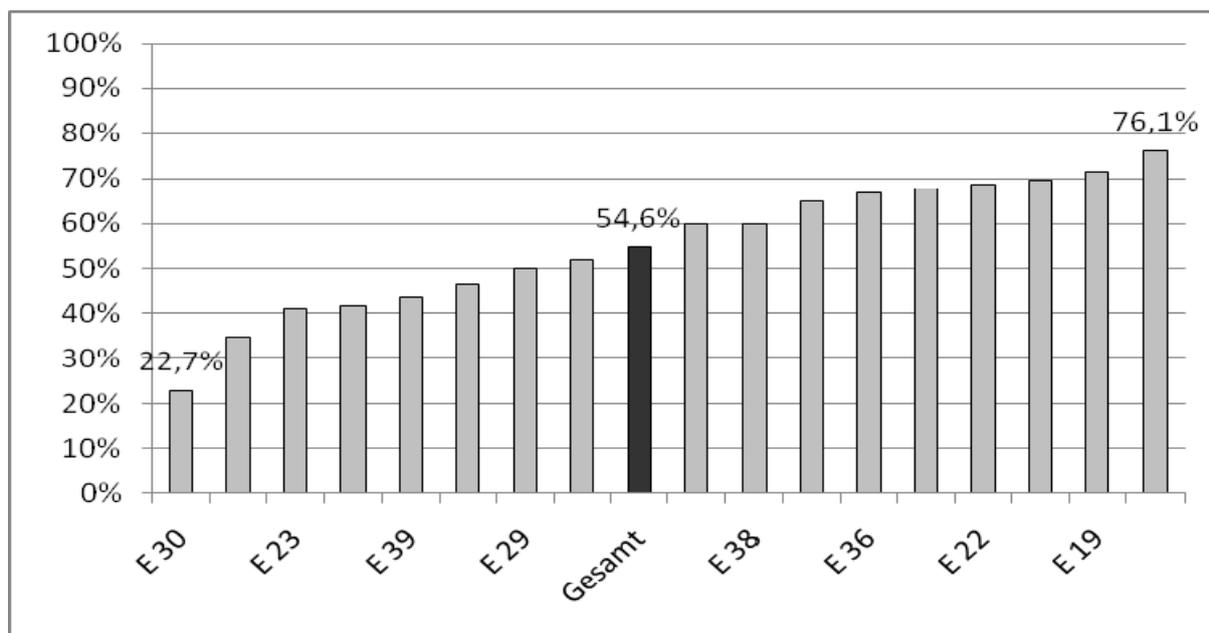
Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Im Durchschnitt geben 74,4% der befragten Bewohner eine bedürfnisgerechte Beschäftigungsmöglichkeit an. Die Ergebnisse der Einrichtungen streuen sehr weit zwischen 45,9 und 97,7%, es sind deutliche Unterschiede der erreichten Qualitätsgrade erkennbar.

Abb. 15: Anteil der positiven Bewertungen einer bedürfnisgerechten Beschäftigung aus Bewohnersicht (11 Einrichtungen, N= 496 gültige Antworten von 265 Personen)



Ergebnis 2: Der Anteil der Angehörigen, die eine bedürfnisgerechte Beschäftigungsmöglichkeit ihres Angehörigen angeben, liegt bei 54,5%. Die Ergebnisse der Einrichtungen streuen zwischen 22,7% und 76,1%.

Abb. 16: Anteil der positiven Bewertungen einer bedürfnisgerechten Beschäftigung aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen, N= 712 gültige Antworten von 367 Personen)

Ergänzend zur Ermittlung der Ergebnisse wurde erfasst, wie hoch der Anteil der Bewohner ist, für die kein aus ihrer Sicht passendes Beschäftigungsangebot besteht. Der Anteil bewegt sich zwischen 0% und 23,8% und erreicht somit in einzelnen Einrichtungen kritische Werte. Männer geben deutlich seltener ein Bedürfnis deckendes Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten an (70,3%) als Frauen (84,5%).

Tab. 46: Anteil der Bewohner, die angeben, dass kein passendes Aktivitätsangebot für sie besteht (10 Einrichtungen, N=231)

ID Einrichtung	Anzahl Bewohner, für die kein passendes Angebot besteht (Bewohnersicht)	gültige Antworten	Quote Bewohner, für die kein passendes Angebot besteht (Bewohnersicht)
25	0	21	0,0%
32	0	26	0,0%
7	1	19	5,3%
21	1	19	5,3%
23	2	33	6,1%
38	1	13	7,7%
39	3	28	10,7%
41	3	15	20,0%
45	4	19	21,1%
30	5	21	23,8%
Gesamt	26	231	11,3%

Der Anteil der Bewohner, für die aus Sicht der Angehörigen kein passendes Beschäftigungsangebot besteht, liegt zwischen 0% und 20%.

Tab. 47: Anteil der Bewohner, für die Angehörige angeben, dass kein passendes Aktivitätsangebot besteht (9 Einrichtungen, N=402)

ID Einrichtung	Anzahl Bewohner, für die keine passendes Angebot besteht (Angehörigensicht)	gültige Antworten	Quote Bewohner, für die kein passendes Angebot besteht (Angehörigensicht)
41	5	25	20,0%
25	2	15	13,3%
39	6	51	11,8%
23	4	40	10,0%
45	4	45	8,9%
30	1	13	7,7%
21	1	19	5,3%
38	1	22	4,5%
31	0	20	0,0%
32	0	14	0,0%
Gesamt	24	402	6,0%

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 48: Ergebnisverteilung „Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht“

Ergebnisverteilung	Aktivitäten: Bedürfnisgerechte Beschäftigung (Bewohnersicht)	Aktivitäten: Bedürfnisgerechte Beschäftigung (Angehörigensicht)
überdurchschnittlich	2	3
leicht überdurchschnittlich	3	6
Durchschnitt	1	2
leicht unterdurchschnittlich	4	4
unterdurchschnittlich	1	2
Anzahl beurteilter Einrichtungen	11	17

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet wichtige Hinweise für das interne und externe Qualitätsmanagement. Die von Einrichtungsmitarbeitern häufig geäußerte Ansicht, dass zahlreiche Bewohner nicht an einer Teilnahme an Aktivitäten interessiert seien, kann nicht bestätigt werden. Die ermittelten Daten zeigen, dass der Anteil der Personen, die deshalb an keiner Aktivität teilnehmen, weil das Angebot nicht passt, eine zu berücksichtigende Größenordnung erreicht. In diesen Fällen wird die Lebensqualität durch eine unzureichende Angebotsstruktur beeinträchtigt. Im Rahmen einer Kundenbefragung von externen Qualitätsprüfungen und der öffentlichen Qualitätsberichtserstattung gibt der Indikator Hinweise darauf, ob die angebotenen Aktivitäten den subjektiven Bedürfnissen der Bewohnerschaft entsprechen und ermöglicht Prozessopti-

mierungen. Für Verbraucher ist dies eine wichtige Information über die tatsächliche Attraktivität der Angebote aus Nutzersicht.

Zusammenfassung

Der Indikator bietet Hinweise auf den Grad der Umsetzung einer bedürfnisgerechten Angebotsstruktur innerhalb der Einrichtung. Er ist stabil in der Wiederholungsbefragung nach einer Woche.

5.5.3 Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation

Inhaltliche Definition

Die Indikatoren „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung“ und „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“ messen den jeweiligen Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) im Zeitraum von 7 Tagen teilgenommen haben. Bewohner, die aus gesundheitlichen Gründen an keiner Aktivität teilnehmen konnten oder die eine Teilnahme ablehnen, werden nicht in die Bewertung einbezogen. Als gesundheitlich bedingter Ausschlussgrund werden 3 Kriterien anerkannt:

- a. Ärztlich verordnete Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung
- b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation
- c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.

Bei der Gruppe handelt es sich somit um den Teil der Bewohnerschaft, der prinzipiell an Aktivitäten teilnehmen kann und dies auch will. Die Grenze von 3 Teilnahmen pro Woche bedeutet in der Praxis, dass der Bewohner an jedem zweiten Tag der Woche eine gezielte soziale oder gesundheitsförderliche Anregung erlebt, die über die Körperpflege oder Mahlzeitenteilnahme hinausgeht. Die Angebotsgruppen umfassen die folgenden Aktivitäten, unterteilt nach Gruppen- und Einzelangeboten: Aktivitäten zu Förderung und/oder Erhalt der Mobilität, Orientierungs-/Wahrnehmungs-/Gedächtnisfördernde Aktivitäten, religiös/spirituell geprägte Aktivitäten, Gespräche, Vorlesen, Singen, Musizieren und Spielen, Ausflüge und Feste, an der Biografie orientierte Angebote: Alltagsbeschäftigungen des häuslichen Umfeldes (z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Werken, Basteln etc.).

Spezifische stark kognitionseinschränkende Diagnosen gelten nicht als gesundheitlicher Ausschlussgrund, da insbesondere bei Bewohnergruppen mit einer stark eingeschränkten oder ganz fehlenden Fähigkeit der aktiven Initiierung und Aufrechterhaltung von Kommunikation und Interaktion einer sozialen Deprivation vorgebeugt werden muss. Die Kategorien umfassen auch Angebote, die mit stark eingeschränkten Personen durchgeführt werden können. Die Ergebnisse werden in Abhängigkeit vom Mobilitätsgrad erfasst. Insbesondere Bewohnergruppen mit stark eingeschränkter Mobilität sind auf die Unterstützung beim Transfer zu Angeboten oder Angebote, die zu ihnen kommen, angewiesen, um teilnehmen zu können.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Indikator „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung“: Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen haben und nicht aus gesundheitlichen Gründen verhindert waren oder die eine Teilnahme an Angeboten grundsätzlich ablehnen. Berücksichtigt werden nur Personen ohne oder mit einem geringeren Grad der Mobilitätseinschränkung (selbständig bis erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit = Score 0 bis 6 im Modul Mobilität, NBA).

2. Indikator „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“ : Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen haben und nicht aus gesundheitlichen Gründen verhindert waren oder die eine Teilnahme an Angeboten grundsätzlich ablehnen. Berücksichtigt werden nur Personen mit deutlich eingeschränkter Mobilität (schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bis zu völligem Verlust der Selbständigkeit im Bereich Mobilität = Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA).

Relevanz

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ 2009) weist in Artikel 6 auf das Recht hin, „Angebote zur Betätigung zu erhalten, die Ihren Interessen und Fähigkeiten entsprechen und Ihnen Freude bereiten. Dazu gehören beispielsweise die Beteiligung an hauswirtschaftlichen oder handwerklichen Verrichtungen, gemeinschaftlichen Aktivitäten, Festen und Veranstaltungen. Zugleich muss aber auch Ihr Wunsch, Angebote nicht in Anspruch zu nehmen, respektiert werden“ und in Artikel 4 auf das Recht auf Unterstützung beim Hinauskommen an die frische Luft auf Wunsch des Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf. Ein bedürfnisgerechtes und anregendes Aktivitätsangebot ist von hoher Relevanz und findet sich in verschiedenen nationalen und internationalen Studien zur Identifizierung von Lebensqualität. Mehr als die Hälfte der Bewohner (52%) gibt Anregung und sinnvolle Beschäftigung als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität an (vgl. Heusel et al. 2009). Nur 24% halten dies für nicht so wichtig. Kruse beobachtet: „Freude und Wohlbefinden traten vor allem in Situationen auf, in denen Zuwendung gegeben wird, individuellen Interessen und Aktivitäten nachgegangen werden und Aktivitäten gemeinsam mit anderen erlebt werden konnten“ (Kruse, 2006, zit. n. gos-Assessment Demenz). In mehreren internationalen Standards ist das Beschäftigungsangebot ein relevantes Kriterium. In der Regel wird ein an den Interessen und Möglichkeiten des Bewohners ausgerichtetes Angebot erwartet.

In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass die Beschäftigungsangebote zum Teil nach dem „Gießkannenprinzip“ erfolgen und nicht ausreichend individuell gestaltet sind. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der im Rahmen des Projektes durchgeführten Bewohnerbefragung. Der Anteil der Bewohner, die tatsächlich an Angeboten nicht teilnehmen möchten, scheint geringer zu sein als von Einrichtungsmitarbeitern allgemein angenommen wird. Bewohner berichten eher, dass die Aktivitäten nicht ihren Interessen entsprechen oder die Gruppenzusammensetzung nicht passt. Dieses Problem scheint insbesondere kognitiv orientierte Personen zu betreffen. Es besteht die Gefahr einer sozialen Deprivation, wenn die betroffenen Bewohner nicht in der Lage sind, Freizeit und Kontakte selbständig zu gestalten. Die alltäglichen Aktivitäten können dazu beitragen, den Tag der Bewohner zu strukturieren

und den Alltag zu gestalten. Einrichtungsmitarbeiter halten eine Teilnahme an 3 Aktivitäten pro Woche für ein erreichbares und angemessenes Kriterium.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis kann durch eine individuell auf die Bewohner abgestimmte und angepasste Angebotsstruktur gut beeinflusst werden. Wichtig ist hierbei auch die positive Motivation und Information der Bewohner. Der Transfer zu den (Gruppen-)Angeboten ist sicherzustellen.

Methodische Güte

Der Indikator misst nach einheitlichen Kategorien die Teilnahme der Bewohnerschaft an Aktivitäten über eine Woche hinweg. Prinzipiell ist die methodische Güte gegeben, sie hängt jedoch auch von der Qualität der Datenerfassung der Einrichtung ab. Insbesondere die Ausschlussmöglichkeit von Bewohnern, die eine Teilnahme prinzipiell ablehnen, sollte im Rahmen externer Qualitätsprüfungen durch Bewohnerstichproben überprüft werden. Für Männer wird von Einrichtungen doppelt so häufig wie für Frauen die Angabe gemacht, dass der Bewohner prinzipiell an keinen Aktivitäten teilnehmen möchte (Männer: 20,8%, Frauen 10,1%). Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der Bewohnerbefragungen, die eher Hinweise auf von Männern nicht als passend empfundene Angebotsstrukturen ergibt.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird in dieser Form aktuell noch nicht in Qualitätsbeurteilungen eingesetzt, er wurde im Rahmen des Projekts zur vergleichenden Beurteilung auf der Basis von Studienergebnissen (vgl. Jenull-Schiefer/Janig 2004; Mares et al. 2002; Murphy et al. 2007) und geltenden Qualitätsstandards³⁵ entwickelt. Auch in Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität werden ebenfalls die Teilnahmen an Aktivitäten und die dabei erlebte Freude dokumentiert.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels Dokumentation der Teilnahmehäufigkeit an Aktivitäten über eine Woche hinweg durch Mitarbeiter der Einrichtung:

³⁵ Die Aktivitätskategorien orientieren sich an den Referenzvereinbarungen NRW und der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Abb. 17: Ausschnitt aus dem Instrument zur Erfassung der Teilnahme an Aktivitäten

Aktivitätstyp	Montag		Dienstag	
<i>Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen an <u>keiner</u> Aktivität teilnehmen</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Gruppen- angebot	Einzel- angebot	Gruppen- angebot	Einzel- angebot
Aktivität zur Förderung/Erhalt der Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orientierungs-/wahrnehmungs-/gedächtnisfördernde Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
religiös/spirituell geprägte Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivität zur Beschäftigung I: Vorlesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivität zur Beschäftigung II: Singen, Musizieren und Spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivität zur Beschäftigung III: Ausflüge und Feste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: hauswirtschaftliche Alltagsbeschäftigungen (z. B. Kochen, Tisch decken etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: Werken, Basteln und Alltagsbeschäftigungen des häuslichen Umfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erprobungsergebnisse

Die Bereiche Gespräche, Aktivitäten zur Förderung und zum Erhalt der Mobilität, Aktivitäten zur Förderung der Orientierung, der Wahrnehmung und des Gedächtnisses sowie Aktivitäten zur Beschäftigung (Singen, Musizieren und Spielen) machen gut zwei Drittel (67,6%) der insgesamt wahrgenommenen Aktivitäten aus. Den größten Teil der Aktivitäten, an denen die Bewohner teilnehmen, stellen Gespräche mit einem Anteil von 19% dar (Gesprächsangebote auf individueller Ebene: 72%). Aktivitäten zur Förderung und zum Erhalt der Mobilität umfassen 17% der Gesamtaktivitäten, sie werden häufiger (60% aller Angebote) in der Gruppe angeboten. Ebenso häufig sind die Aktivitäten zur Förderung der Orientierung, der Wahrnehmung und des Gedächtnisses, die sowohl auf individueller Ebene (52%) als auch auf Gruppenebene (48%) wahrgenommen werden. Die nächstgrößere Gruppe (15%) umfasst Beschäftigungsaktivitäten wie Singen, Musizieren und Spielen. Diese Tätigkeiten finden typischerweise in der Gruppe statt (84%).

**Tab. 49: Verteilung von Aktivitätstypen in der stationären Altenhilfe
(N=7.100 dokumentierte Aktivitäten)**

Aktivitätstyp	Anteil in Prozent	N
Gespräche	18,9%	1.341
orientierungs-/wahrnehmungs- u. gedächtnisfördernde Aktivitäten	17,1%	1.215
Förderung und Erhalt der Mobilität	16,7%	1.188
Aktivität zur Beschäftigung II: Singen, Musizieren & Spielen	14,9%	1.057
Aktivität zur Beschäftigung I: Vorlesen	7,7%	549
hauswirtschaftliche Alltagsbeschäftigung	6,9%	490
religiös/spirituell geprägte Aktivitäten	6,7%	477
Aktivität zur Beschäftigung III: Ausflüge & Feste	6,6%	470
Werken, Basteln u. häusliche Alltagsbeschäftigungen	4,4%	313
Gesamt	100,0%	7.100

Ergebnis Indikator „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung“

Die durchschnittliche Quote von Teilnehmenden an mindestens 3 Aktivitäten pro Woche lag in der ersten Erhebungsphase (Frühjahr 2010) bei 83,3% (N=1.033, Min.: 13,3%; Max.: 100%) und in der zweiten Erhebungsphase (Herbst 2010) bei 83,0% (N=942, Min.: 16,7%; Max.: 100%).

Ergebnis Indikator „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“

Die durchschnittliche Quote von Teilnehmenden an mindestens 3 Aktivitäten pro Woche lag in der ersten Erhebungsphase (Frühjahr 2010) bei 78% (N=653, Min.: 27,3%; Max.: 100%) und in der zweiten Erhebungsphase (Herbst 2010) bei 81,4% (N=668, Min.: 9,5%; Max.: 100%).

Betrachtet man die Ergebnisse der beiden Indikatoren innerhalb einer Einrichtung, so treten Verschiebungen der Teilnahmehäufigkeit in beiden Richtungen auf (Zu- und Abnahme, vgl. die Beispiele in folgender Tabelle). Es gibt sowohl Einrichtungen, in denen gerade Personen mit einer deutlichen Mobilitätseinschränkung stärker eingebunden sind, als auch Einrichtungen, in denen Personen ohne Mobilitätseinschränkungen stärker eingebunden sind. In mehreren Einrichtungen wird für beide Indikatoren eine Quote von 100% erreicht.

Tab. 50: Beispiele für eine vergleichende Darstellung der Teilnahmequoten

ID	Teilnehmerquote an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ...	
	... ohne deutliche Mobilitätseinschränkung (Herbst 2010)	... mit deutlich eingeschränkter Mobilität (Herbst 2010)
33	100% (N=11)	60% (N=5)
14	36,4% (N=11)	70,6% (N=17)
18	83,7% (N=43)	52,9% (N=51)

Insbesondere geringe Werte der Teilnahmemöglichkeit an Aktivitäten der Bewohner mit schwerer Beeinträchtigung der Mobilität und der damit verbundenen gesteigerten Gefahr der sozialen Isolation des Bewohners sind als kritisch zu betrachten.

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 51: Ergebnisverteilung Teilnehmerquote Frühjahr 2010 (N=46 Einrichtungen)

Ergebnisklasse	Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ...	
	... ohne deutliche Mobilitätseinschränkung	... mit deutlich eingeschränkter Mobilität
überdurchschnittlich	20	19
leicht überdurchschnittlich	7	5
Durchschnitt	7	2
leicht unterdurchschnittlich	3	9
unterdurchschnittlich	9	11
Anzahl beurteilter Einrichtungen	46	46

Tab. 52: Ergebnisverteilung Teilnehmerquote Herbst 2010 (N=44 Einrichtungen)

Ergebnisklasse	Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ...	
	...mit deutlich eingeschränkter Mobilität	...mit deutlich eingeschränkter Mobilität
überdurchschnittlich	13	16
leicht überdurchschnittlich	8	10
Durchschnitt	6	4
leicht unterdurchschnittlich	6	5
unterdurchschnittlich	11	9
Anzahl beurteilter Einrichtungen	44	44

Empfohlener Einsatzbereich

Die Indikatoren bieten im internen Qualitätsmanagement die Möglichkeit zur Identifizierung von Bewohnern, die ggf. kein adäquates Angebot finden oder deren Transfer und Motivation zur Teilnahme an Aktivitäten nicht ausreichend gesichert sind.

In externen Qualitätsprüfungen kann statt der bisherigen Prüfpraxis über das reine Bestehen eines Angebotes ermittelt werden, inwieweit das Angebot den Bedürfnissen der Bewohnerschaft tatsächlich entspricht sowie eine Teilnahme ermöglicht und unterstützt wird. Ergänzend zu validieren ist die Angabe der Einrichtung, dass ein Bewohner eine Teilnahme an Aktivitäten prinzipiell nicht wünscht.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung erhalten Verbraucher einen Hinweis darauf, inwieweit es gelingt, der Bewohnerschaft ein attraktives Beschäftigungsangebot anzubieten und eine Teilnahme zu ermöglichen. Dabei wird erkennbar, ob auch bei einer bestehenden deutlichen Mobilitätseinschränkung Teilnahmemöglichkeiten geschaffen werden.

Zusammenfassung

Der Indikator ist stabil erfassbar und weist eine ausreichende Streuung für eine differenzierte Ergebnisbeurteilung zwischen Einrichtungen auf. Der Indikator wird für das interne Qualitäts-

management, für externe Qualitätsprüfungen und die öffentliche Qualitätsberichterstattung empfohlen.

5.5.4 Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität

Inhaltliche Definition

Der Indikator „Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“ misst, an wie vielen Tagen der Woche sich ein Bewohner der Einrichtung im Durchschnitt außerhalb des Zimmers aufgehalten hat unter Berücksichtigung des Grades der Selbständigkeit der Mobilität.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis ist: die durchschnittliche Anzahl der Tage pro Woche, an denen sich ein Bewohner außerhalb des Zimmers aufgehalten hat. Ausgeschlossen wurden Bewohner, die prinzipiell ein Verlassen des Zimmers ablehnen oder gesundheitsbedingt das Zimmer nicht verlassen konnten, dies sind:

- a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung
- b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation
- c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.

Berücksichtigt werden Personen mit deutlich eingeschränkter Mobilität (schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bis zu völligem Verlust der Selbständigkeit im Bereich Mobilität, Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA).

Relevanz

Der Aktionsradius bildet eine wesentliche Grundlage zur Teilhabe am sozialen Leben einer Einrichtung. Die mögliche Anregung, die Bewohner in einer Einrichtung erleben, hängt damit zusammen, inwieweit sie trotz Mobilitätseinschränkung ihr Zimmer verlassen können. Außerhalb des Zimmers bietet sich sowohl die Möglichkeit zur aktiven Kommunikation und Kontaktaufnahme zu anderen Personen und zum Personal als auch die Möglichkeit zur passiv beobachtenden Teilhabe am Gruppengeschehen. Zustände der sozialen Deprivation werden vermieden.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist sehr gut beeinflussbar und hängt eng mit der erbrachten Unterstützungsleistung beim Transfer aus dem Zimmer zusammen.

Methodische Güte

Der Indikator misst systematisch vergleichend die Häufigkeit, wie oft Bewohner aus dem Zimmer kommen.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator ist eine Modifizierung der in H.I.L.DE und dem gos-Assessment Demenz eingesetzten Verfahren zur Erfassung des Bewegungsradius.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Während des Verlaufs einer Woche wird systematisch erfasst und dokumentiert, an welchen Wochentagen sich der Bewohner außerhalb des Zimmers aufgehalten hat. Zusätzlich werden täglich gesundheitliche Einschränkungen dokumentiert. Das Verfahren ist einheitlich und systematisch.

In der ersten Erprobungsphase wurden noch 5 Stufen des Aktionsradius erfasst (Zimmer – Wohnbereich – außerhalb des Wohnbereiches – außerhalb der Einrichtung – außerhalb des Einrichtungsgeländes). Dies bereitete einem Teil des erfassenden Personals große Schwierigkeiten, insbesondere bei Personen, die noch einen hohen Grad der Selbständigkeit der Mobilität haben. Aufgrund der Erfassungsschwierigkeiten ist keine hinreichende Vergleichbarkeit der Daten gegeben. Deshalb wurde der Indikator auf die Differenzierung zwischen den beiden Stufen „Zimmer nicht verlassen“ und „Zimmer verlassen“ reduziert. Diese Erfassung bereitete in der Praxis keine Schwierigkeiten.

Tab. 53: Ausschnitt aus dem Instrument zur Erfassung des Aktionsradius

Aufenthaltsort	Montag	Dienstag
<i>Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen das Zimmer nicht verlassen</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner hat sich außerhalb des Bettes aufgehalten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner hat sich außerhalb des Zimmers aufgehalten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Erprobungsergebnisse

Die Ergebnisse sind im Durchschnitt über beide Erhebungsphasen stabil und fallen im Sinne der Lebensqualität und Möglichkeit zur Teilhabe am sozialen Leben des Wohnbereiches erfreulich hoch aus. In wenigen Einrichtungen werden kritische Werte erreicht. Anhand der hohen Anzahl an Einrichtungen (18 von 43), die trotz der deutlichen Mobilitätseinschränkung den Bewohnern tägliche Aufenthalte außerhalb des Zimmers ermöglichen, wird deutlich, dass geringe Werte i. d. R. eher auf die Organisationspraxis zurückzuführen sind. Dies kann mit dem Vorhandensein spezifischer Hilfsmittel (z. B. Liegerollstühle), eingesetzten Personalressourcen zur Sicherung des zeitaufwändigeren Transfers und ggf. auch baulichen Strukturen zusammenhängen.

Ergebnisse Frühjahr 2010

Die Bewohner verlassen im Durchschnitt etwas seltener das Zimmer als Personen mit geringeren Mobilitätseinschränkungen (MW: 6,96 Tage, N=962), der Mittelwert liegt bei 6,42 Tagen pro Woche (N=486³⁶, Min.: 1,3; Max.: 7,0).

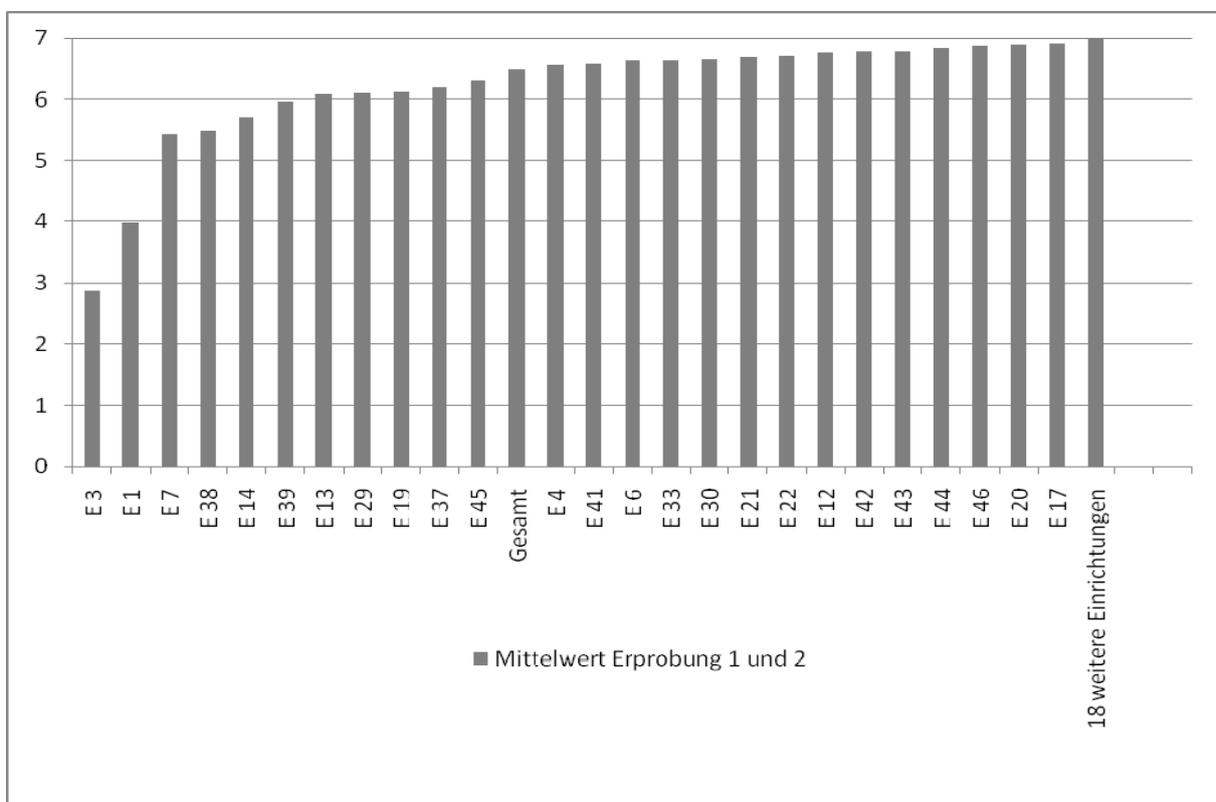
³⁶ N der Einrichtungen liegt zwischen 1 und 27. Alle Werte unter 5 Bewohner sind in der Gruppe 7,0 Tage vertreten.

Ergebnisse Herbst 2010

Die Bewohner verlassen im Durchschnitt etwas seltener das Zimmer als Personen mit geringeren Mobilitätseinschränkungen (MW: 6,95 Tage pro Woche, N=895) der Mittelwert liegt bei 6,53 Tagen pro Woche (N=482, Min.: 4,3; Max.: 7,0).

Betrachtet man die erreichten Mittelwerte der Einrichtungen über beide Erprobungsphasen hinweg, erreichen 18 Einrichtungen den optimalen Wert von 7 Tagen pro Woche, während zwei Einrichtungen einen Wert, der bei 4 Tagen oder darunter liegt, erzielen (vgl. folgende Abbildung).

Abb. 18: Durchschnittliche Anzahl der Tage außerhalb des Zimmers – Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität (43 Einrichtungen)



Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird ein am Mittelwert orientiertes Ergebnisklassenverfahren verwandt. Es werden die gleichen Ergebnisklassen wie in der Bewohner- und Angehörigenbefragung genutzt (vgl. hierzu 5.4). Zusätzlich empfiehlt sich in Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen in diesem Bereich (z. B. 2 Tage unterhalb des Durchschnittswertes) eine externe Prüfung, inwiefern im Pflege- und Betreuungsprozess geeignete Transferunterstützungsmaßnahmen geplant und durchgeführt werden. Das Prüfungsergebnis fließt jedoch nicht in die Bewertung ein. Legt man die unter 5.4 beschriebenen Bewertungsklassen an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen (Mittelwert der beiden Erprobungszeiträume) zwischen den Einrichtungen von „leicht überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 54: Ergebnisverteilung „Aktionsradius von Bewohnern mit deutlicher Mobilitätseinschränkung“

Ergebnisverteilung	Anzahl der Einrichtungen
überdurchschnittlich	entfällt ³⁷
leicht überdurchschnittlich	18
Durchschnitt	20
leicht unterdurchschnittlich	3
unterdurchschnittlich	2
Anzahl beurteilter Einrichtungen	43

Empfohlener Einsatzbereich

Im internen Qualitätsmanagement können mittels der Indikatoren Bewohner ermittelt werden, die gefährdet sind, sozial isoliert zu werden. Daran anknüpfend kann eine Einzelfallprüfung erfolgen und gezielte Interventionsmaßnahmen können geplant werden.

In der externen Qualitätsprüfung ergeben sich Hinweise auf notwendige Prozessanalysen in Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen in diesem Bereich (z. B. 2 Tage unterhalb des Durchschnittswertes). Es kann im Einzelfall geprüft werden, ob im Pflege- und Betreuungsprozess geeignete Transferunterstützungsmaßnahmen geplant und durchgeführt werden. Sollte die Quote der Bewohner, für die angegeben wird, dass sie prinzipiell nicht das Zimmer verlassen möchten, doppelt so hoch wie der Durchschnittswert sein, kann dies in einer Praxisprüfung mit einem Mobilitätsangebot an betroffene Bewohner überprüft werden.

Verbraucher können anhand der Ergebnisse erkennen, ob auch Bewohner mit einer starken Mobilitätseinschränkung Aufenthalte außerhalb des Zimmers ermöglicht bekommen.

Zusammenfassung

Der Aktionsradius ist ein wichtiger Indikator für die Aktivierung und soziale Einbindung der Bewohner, die ein hohes Isolationsrisiko aufweisen. Der Indikator weist eine hinreichende methodische Sicherheit und für die Gruppe der stark mobilitätsbeeinträchtigten Bewohner eine hinreichende Streuung auf; er ergibt stabile Werte über beide Erprobungsphasen hinweg.

5.5.5 Respektvoller Umgang aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Der Indikator erfasst das Ausmaß respektvoller Behandlung der Bewohner. Ein Kriterium ist die angemessene Anrede. Darunter wird in der Regel die Anrede mit dem Nachnamen und

³⁷ Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 92,5% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.

„Sie“ angesehen. Nicht alle Bewohner fühlen sich hiermit jedoch wohl. So kann es in späteren Stadien demenzieller Veränderungen vorkommen, dass Betroffene besser auf die Ansprache mit ihrem Vornamen reagieren. Um auch diesen Fällen gerecht zu werden, wird im Falle einer anderen Anredeform auch diese als angemessen betrachtet, wenn die befragte Person sich damit wohlfühlt. Das zweite Kriterium ist die respektvolle und höfliche Behandlung durch die Mitarbeiter. Respekt drückt sich ebenfalls darin aus, dass Mitarbeiter aufmerksam zuhören, wenn Bewohner etwas äußern. Als letztes Kriterium gilt, dass der Bewohner keine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch die Mitarbeiter erlebt. Da Einzelfälle nie völlig auszuschließen sind, gilt es hier erst als kritisches Ergebnis, wenn unfreundliche oder schlechte Behandlung durch einen Mitarbeiter nicht selten, sondern manchmal oder häufig auftritt. Im Falle einer schlechten Behandlung durch mehrere Mitarbeiter gilt auch der seltene Fall als kritisches Ergebnis.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien respektvollen Umgangs: angemessene Anrede, respektvolle Behandlung durch die Mitarbeiter, Mitarbeiter hören zu, keine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.
2. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien respektvollen Umgangs: angemessene Anrede, respektvolle Behandlung durch die Mitarbeiter, Mitarbeiter hören zu, keine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht.

Relevanz

Eine respektvolle Behandlung ist als sehr relevant einzustufen. Dieser Aspekt findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Qualitätsmanagementsystemen, Standards und Studien als relevant wieder. 73% der befragten Bewohner geben an, dass es für sie eine sehr wichtige Dimension der Lebensqualität sei, dass die Würde des Bewohners und das Gefühl, von anderen respektiert zu werden, eingehalten werden; lediglich 6,5% halten dies für „nicht so wichtig“ (vgl. Heusel et al. 2009).

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Der Indikator ist durch das Verhalten der Mitarbeiter in der alltäglichen Versorgungspraxis gut zu beeinflussen.

Methodische Güte

Der Indikator ist in der Wiederholungsbefragung mit 91,2% Übereinstimmung als sehr stabil zu beurteilen. Die Fragen sind leicht zu beantworten.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Kriterien des Indikators werden häufig in Qualitätsbeurteilungen eingesetzt: z. B. Qualitätsberichterstattung Mönchengladbach, Minnesota resident satisfaction survey, The Aged Care Standards (The Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd., www.accreditation.org.au), National Care Standard (Scottish Executive 2007), Health and disability services standards (Ministry of Health New Zealand 2008), Quality Framework Responsible Care (ActiZ et al. 2007) sowie Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz und MDK Rheinland-Pfalz (2008).

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst 4 Kriterien:

Tab. 55: Bewohnerbefragung „Respektvoller Umgang aus Nutzersicht“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Wie sprechen die Mitarbeiter Sie an? Fühlen Sie sich mit dieser Anrede wohl?	„Herr/Frau u. Sie“ – „Andere Anrede“ „Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
2	Fühlen Sie sich von den Mitarbeitern respektvoll und höflich behandelt?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
3	Hören Ihnen die Mitarbeiter aufmerksam zu, wenn Sie etwas sagen?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
4	Gab es in letzter Zeit Mitarbeiter, von denen Sie schlecht oder unfreundlich behandelt wurden? Falls ja: Wie oft ist das vorgekommen?	„Ja, ein einzelner Mitarbeiter“ – „Ja, mehrere Mitarbeiter“ – „Nein“ „Oft“ – „Manchmal“ – „Selten“

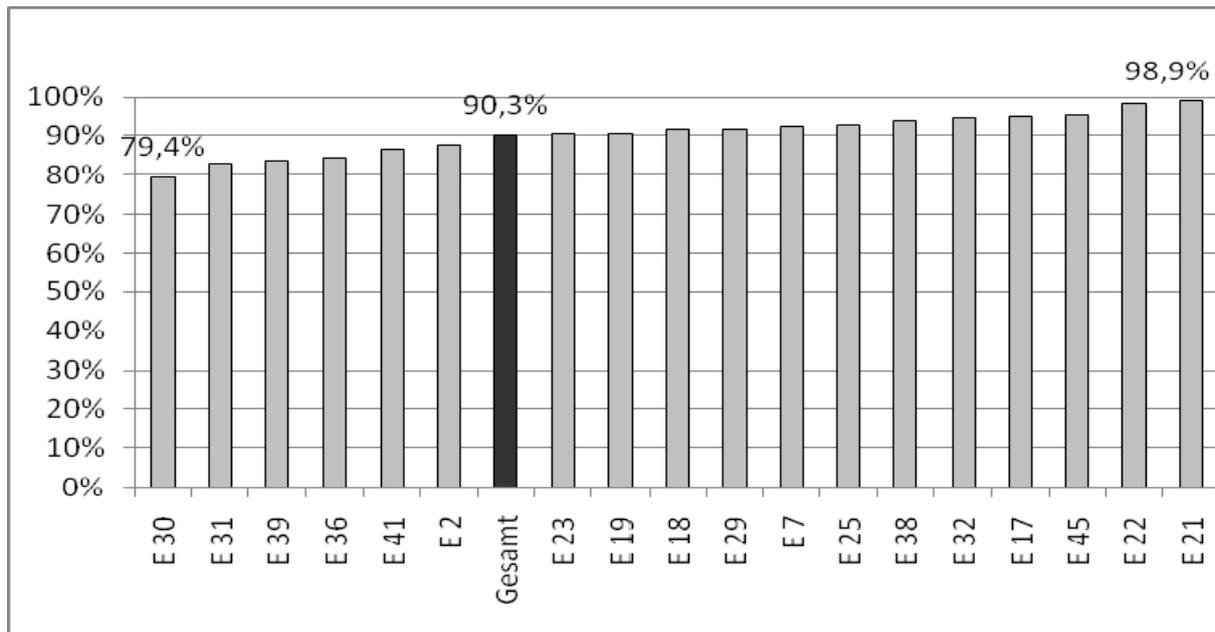
Tab. 56: Angehörigenbefragung „Respektvoller Umgang aus Nutzersicht“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
	Frage 1 – 4 siehe Bewohnerbefragung. Ersetzt wurde „Sie“ oder „Ihnen“ durch „Ihr Angehöriger“	s. Bewohnerbefragung

Erprobungsergebnisse

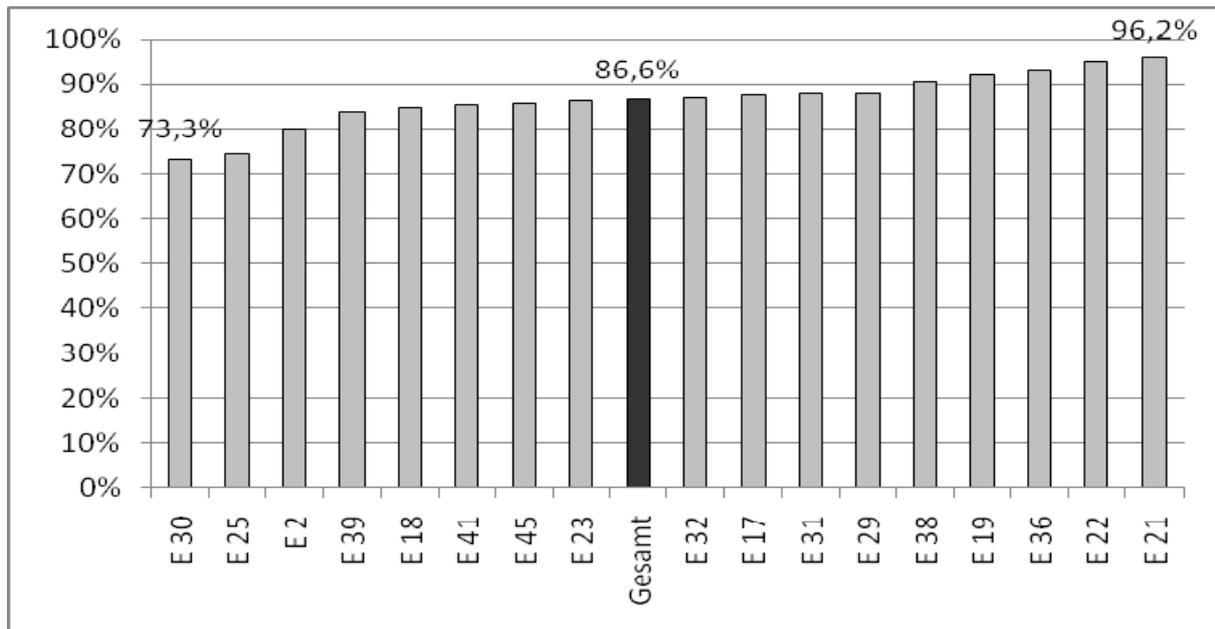
Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen zum respektvollen Umgang liegt aus Bewohnersicht bei 90% (N=1.687 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen von 79,4% bis 98,9%. Den geringsten Erfüllungsgrad erreicht hier das Kriterium „Mitarbeiter hören aufmerksam zu“ mit einem Durchschnittswert von 84,5% (Min.: 70%), während das Kriterium „Angemessene Anrede“ mit einem Durchschnittswert von 98,5% (Min.: 92,6%) als vollständig routinierter Standard betrachtet werden kann. Immerhin 13% der Bewohner geben eine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter im letzten halben Jahr an. Hierbei werden singuläre Vorfälle von einzelnen Mitarbeitern nicht mitgerechnet.

Abb. 19: Anteil der positiven Bewertungen zum respektvollen Umgang aus Bewohner-sicht (18 Einrichtungen, N=1.687 gültige Antworten von 425 Personen)



Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die einen respektvollen Umgang angeben, liegt bei 86,6% (N=1.723 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen mit 73,3% bis 96,2% zufriedenstellend um den Mittelwert. Bei den Angehörigen ist es ebenfalls das Kriterium „Mitarbeiter hören aufmerksam zu“, das mit einem Durchschnittswert von 77,6% (Min.: 53,3%) den geringsten Erfüllungsgrad erzielt, während das Kriterium „Angemessene Anrede“ mit einem Durchschnittswert von 98,5% (Min.: 92,6%) als vollständig routinierter Standard betrachtet werden kann. 17,8% der Angehörigen geben eine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter im letzten halben Jahr an (Max.: 36,4%, N=11).

Abb. 20: Anteil der positiven Bewertungen zum respektvollen Umgang aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen, N=1.723 gültige Antworten von 490 Personen)



Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den Einrichtungen von „leicht überdurchschnittlichen“ bis zu „leicht unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 57: Ergebnisverteilung „Respektvoller Umgang mit Bewohnern“

Ergebnisverteilung	respektvoller Umgang (Bewohnersicht)	respektvoller Umgang (Angehörigensicht)
überdurchschnittlich	entfällt ³⁸	entfällt ³⁹
leicht überdurchschnittlich	3	4
Durchschnitt	11	10
leicht unterdurchschnittlich	4	3
unterdurchschnittlich	0	0
Anzahl beurteilter Einrichtungen	18	17

³⁸ Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 90,3% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.

³⁹ Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 86,6% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne Qualitätsmanagement Hinweise auf Mängel in bestimmten Bereichen des respektvollen Verhaltens von Mitarbeitern und bietet die Möglichkeit, Prozesse zu optimieren. Hohe Werte im Bereich der schlechten Behandlung durch Personal sollten Anlass zu vertiefenden Prüfungen sein.

In externen Qualitätsprüfungen bietet er Hinweise auf mangelnde respektvolle Behandlung von Bewohnern. Hohe Werte im Bereich der schlechten Behandlung durch Personal sollten Anlass zu vertiefenden Prüfungen sein.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung können sich Verbraucher einen Eindruck über das von den Bewohnern im Alltag wahrgenommene Ausmaß an respektvoller Behandlung verschaffen.

Zusammenfassung

Der Indikator ermittelt stabil das Ausmaß der Qualität des respektvollen Umgangs mit Bewohnern. Er wird in zahlreichen Qualitätssystemen eingesetzt. Er weist eine gute Streuung zwischen den Einrichtungen auf und ist insgesamt zu empfehlen.

5.5.6 Privatheit aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Bewohner beurteilen die Wahrung ihrer Privatsphäre unter anderem anhand der Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen, weiterhin, ob Mitarbeiter anklopfen, bevor sie ein Zimmer betreten, inwieweit eine Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern besteht und inwieweit ein unbeobachteter Toilettengang und eine unbeobachtete Waschmöglichkeit durch die Mitarbeiter sichergestellt wird.

Angehörige beurteilen die Möglichkeiten zur Wahrung der Privatheit ihres Angehörigen dahingehend, ob Mitarbeiter anklopfen, bevor sie ein Zimmer betreten, inwieweit Rückzugsmöglichkeiten bei Besuchen des Angehörigen bestehen und ob ein unbeobachteter Toilettengang und eine unbeobachtete Waschmöglichkeit durch die Mitarbeiter sichergestellt wird.

Bei Angehörigen wird das Kriterium „Möglichkeit, abzuschließen und Dinge wegzuschließen“ nicht beurteilt, da bei der hier relevanten Bewohnergruppe mit starken kognitiven Einschränkungen nicht in allen Fällen mehr die Fähigkeit zur Verwaltung eines Schlüssels sicher angenommen werden kann.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Anteil positiver Antworten zu den vier Kriterien: Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen; Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten; Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern; unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglichkeit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.

2. Anteil positiver Antworten zu den drei Kriterien: Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten; Rückzugsmöglichkeit bei Besuchen; unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglichkeit an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht.

Relevanz

Privatheit ist von hoher subjektiver Relevanz für die Bewohner. So verweist der Artikel 2 der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ 2009) auf das Recht auf einen eigenen Zimmerschlüssel, und Artikel 4 besagt, dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre hat.

75% der Bewohner sehen Privatheit als sehr wichtige Dimension ihrer Lebensqualität an, nur 8,5% bezeichnen diesen Aspekt als „nicht so wichtig“ (Heusel et al. 2009). Das Projekt H.I.L.DE (2006) erfasste Privatheit als wichtiges Kriterium für die positive Assoziation eines Ortes.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis beruht vorrangig auf der Organisationspraxis und dem Verhalten der Mitarbeiter im Pflegealltag und ist somit gut zu beeinflussen.

Methodische Güte

Der Indikator ist in der Wiederholungsbefragung mit einem Wert von 93,9% (N=41) sehr stabil.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird in zahlreichen Standards und Systemen eingesetzt: z. B. National Care Standard (Scottish Executive 2007), Quality Framework Responsible Care (ActiZ et al. 2007), The Aged Care Standards (The Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd., www.accreditation.org.au), Health and disability services standards (Ministry of Health New Zealand 2008), Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Survey (2007) und weitere.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst vier Kriterien:

Tab. 58: Bewohnerbefragung „Privatheit“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Haben Sie die Möglichkeit, Ihr Zimmer abzuschließen, wenn Sie das wünschen? Falls „Nein“ oder „Nicht bekannt“: Haben Sie eine andere Möglichkeit, Dinge wegzuschließen?	Ja“ – „Nein“ – „Nicht bekannt“
2	Sorgen die Mitarbeiter hier dafür, dass beim Waschen oder Toilettengang niemand zusehen kann?	Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ – „Ist mir nicht bekannt“
3	Wenn Sie Besuch bekommen, haben Sie dann die Möglichkeit, sich mit Ihren Besuchern ungestört zurückzuziehen?	s. Frage 2
4	Klopfen die Mitarbeiter an, bevor sie Ihr Zimmer betreten?	s. Frage 2

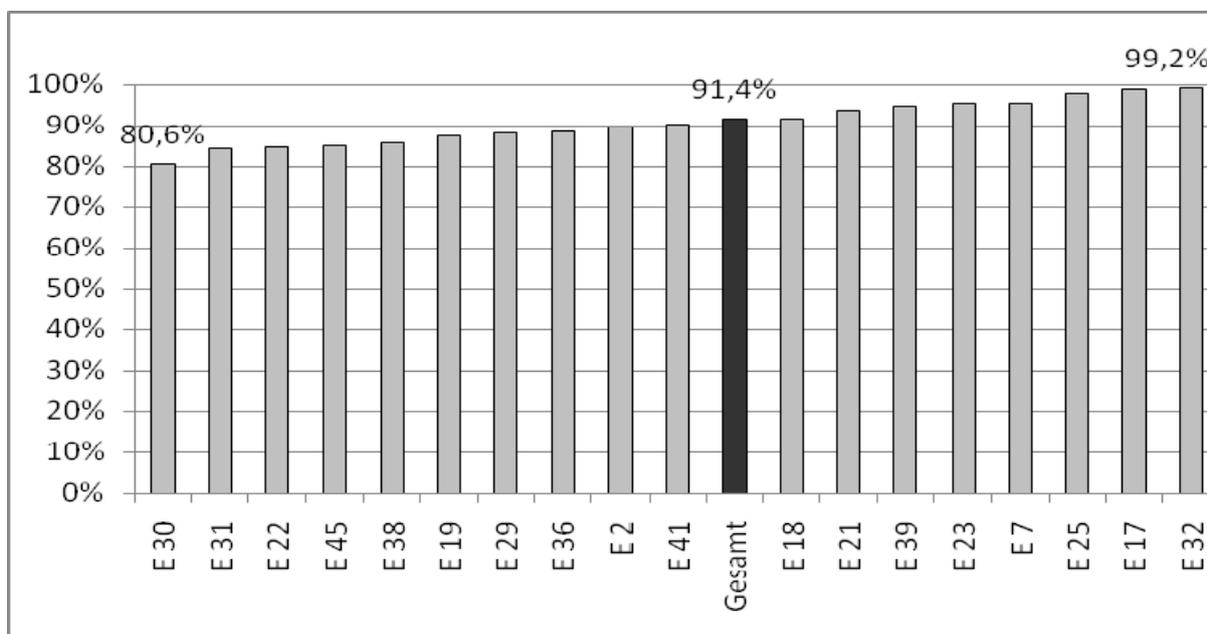
Tab. 59: Angehörigenbefragung „Privatheit“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
	s. Bewohnerbefragung Fragen 2, 3 und 4. Die Formulierungen wurden für Angehörige angepasst.	s. Bewohnerbefragung

Erprobungsergebnisse

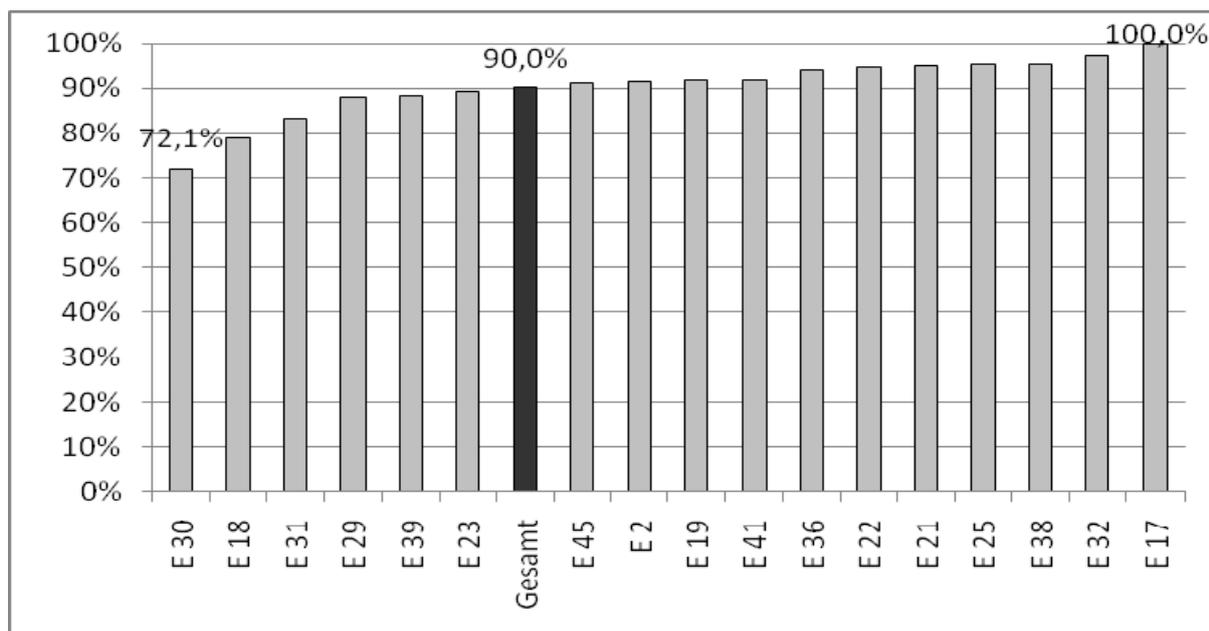
Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der positiven Beurteilungen, die eine Wahrung der Privatheit angeben, liegt aus Bewohnersicht bei 91% (N=1.734 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen von 80,6% bis 99,2%.

Abb. 21: Anteil positiver Bewertungen zur Wahrung der Privatheit aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen, N=1.734 gültige Antworten von 430 Personen)



Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die eine Wahrung der Privatheit angeben, liegt bei 90% (N=1.284 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen von 72,1% bis 100%.

Abb. 22: Anteil positiver Bewertungen zur Wahrung der Privatheit aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen, N=1.284 gültige Antworten von 488 Personen)



Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den Einrichtungen von „leicht überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 60: Ergebnisverteilung „Privatheit“

Ergebnisverteilung	Privatheit (Bewohnersicht)	Privatheit (Angehörigensicht)
überdurchschnittlich	entfällt ⁴⁰	entfällt ⁴¹
leicht überdurchschnittlich	3	5
Durchschnitt	13	9
leicht unterdurchschnittlich	2	2
unterdurchschnittlich	0	1
Anzahl beurteilter Einrichtungen	18	17

⁴⁰ Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 91,4% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.

⁴¹ Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 90% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator kann im internen Qualitätsmanagement Hinweise auf nicht ausreichende Informationen (z. B. Verfügbarkeit eines Zimmerschlüssels) und Mängel im Verhalten der Mitarbeiter ermitteln.

Im Rahmen einer Kundenbefragung externer Qualitätsprüfungen werden Hinweise auf kritische Aspekte wie z. B. die fehlende Garantie ungestörter Toilettenbesuche und mangelnde Unterstützung von Privatheit ermittelt.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung erhalten Verbraucher Hinweise auf die Umsetzung des Schutzes der Privatsphäre durch die Einrichtung im alltäglichen Erleben der Bewohner.

Zusammenfassung

Der Indikator ist im nationalen und internationalen Kontext relevant und wird sehr häufig in der Qualitätsbeurteilung eingesetzt. Er erweist sich als stabil in der Erfassung und bildet Unterschiede zwischen den Einrichtungen ab.

5.5.7 Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Der Indikator misst den Umgang der Einrichtung mit Beschwerden. Erfasst wird, ob die letzte Beschwerde aus Angehörigensicht ausreichend bearbeitet wurde. Als „ausreichend bearbeitet“ gelten Beschwerden dann, wenn aus Sicht des Angehörigen entweder eine Problemlösung erreicht wurde oder der Eindruck besteht, dass ein ausreichendes Bemühen zur Lösung des Problems durch die Einrichtung erfolgte. Gemessen wird damit das Ergebnis der Prozessqualität des Beschwerdemanagements. Wesentlich für die Ergebnisqualität ist die abschließende Beurteilung des Beschwerdeführenden. Eine vergleichende Betrachtung der Beschwerdehäufigkeit ist ein ungeeigneter Indikator, da eine geringe Anzahl an Beschwerden entweder ein Hinweis auf hohe Zufriedenheit oder das Ergebnis einer von Verunsicherung geprägten Atmosphäre sein kann (z. B. Angst, negative Erfahrungen mit Beschwerden in der Vergangenheit), in der Beschwerden oder Kritik nicht geäußert werden können. Eine hohe Anzahl von Beschwerden hingegen kann auch das Ergebnis erfolgreich verlaufender Beschwerden sein.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Anteil der positiven Antworten an allen gültigen Antworten zum Beschwerdemanagement.

Relevanz

Die Möglichkeit zur Einflussnahme auf Dinge, die aus subjektiver Sicht nicht zufriedenstellend sind, ist ein relevanter Faktor, der sich in diversen Qualitätsmanagementsystemen wiederfindet.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Der Indikator ist durch ein gut funktionierendes Beschwerdemanagement der Einrichtung gut zu beeinflussen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Rückmeldung an die Beschwerdeführer.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Die Beurteilung des Beschwerdeprozesses durch die Beschwerdeführer wird eingesetzt bei Maelshagen (2004), König (2007) und diversen anderen Qualitätsberichtserstattungen.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Das Ergebnis wird über eine Angehörigenbefragung ermittelt, es werden geschlossene Antwortkategorien verwandt:

Tab. 61: Angehörigenbefragung „Positives Beschwerdemanagement“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Haben Sie sich schon einmal bei den Mitarbeitern der Einrichtung beschwert? Wenn ja: Wie wurde auf Ihre letzte Beschwerde reagiert?	„Das Problem wurde behoben“ – „Man hat sich ausreichend darum bemüht, das Problem zu beheben, aber ohne Erfolg“ – „Es wurde zu wenig getan, um das Problem zu beheben.“ – „Ich weiß nicht.“

Alternative Messverfahren: eine Ergebnisermittlung über die direkte Bewohnerbefragung erwies sich in der ersten Erprobungsphase als schwierig. Es konnten nur geringe Fallzahlen ermittelt werden, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse fraglich erscheinen lässt.

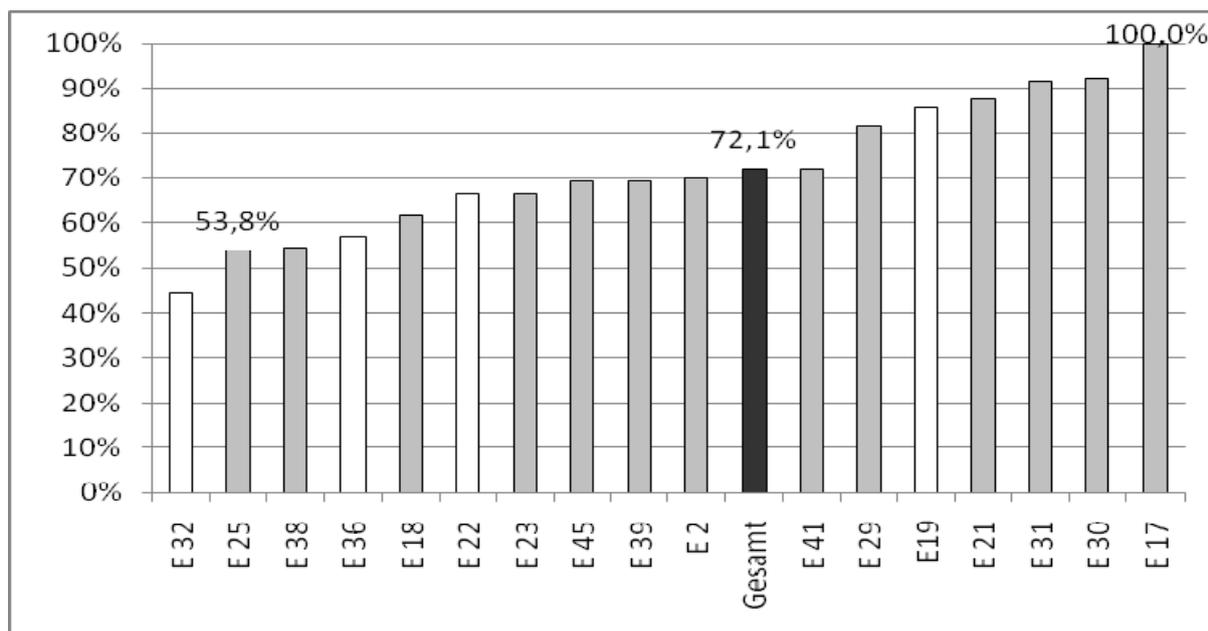
Erprobungsergebnisse

Von den befragten Angehörigen geben 25,2% (N=489) an, sich einmal beschwert zu haben, 23,5% haben dies bereits mehrmals getan. 226 Angehörige haben das Ergebnis des Beschwerdeprozesses bewertet. 72,1% der Angehörigen beurteilen die Bearbeitung der Beschwerde als positiv. 57,5% geben an, das Problem sei behoben worden und weitere 14,6%, dass sich die Einrichtung ausreichend bemüht habe, auch wenn das Problem nicht behoben wurde. 25,2% sind der Ansicht, dass zu wenig getan wurde, um das Problem zu beheben.

Zwischen den Einrichtungen streuen die Ergebnisse von 53,8%⁴² bis 100%. Die Fallzahlen innerhalb der Einrichtungen bewegen sich zwischen 6 und 36. Nur 4 Einrichtungen erzielten die gewünschte Anzahl von wenigstens 15 Rückmeldungen.

⁴² Berücksichtigt wurden nur Einrichtungen mit mindestens 10 Fällen.

Abb. 23: Anteil der Angehörigen mit positiven Ergebnis des Beschwerdemanagements (17 Einrichtungen, N=226)



Ergebnisse, denen weniger als 10 Fälle zugrunde liegen, sind weiß hervorgehoben

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht). Einrichtungen, in denen weniger als 10 beurteilte Beschwerdefälle vorliegen, wurden aus der Ergebnisbewertung ausgeschlossen.

Tab. 62: Ergebnisverteilung Positives Beschwerdemanagement aus Nutzersicht

Ergebnisverteilung	Ergebnisse Beschwerdemanagement (Angehörigensicht)
überdurchschnittlich	4
leicht überdurchschnittlich	1
Durchschnitt	4
leicht unterdurchschnittlich	2
unterdurchschnittlich	2
Anzahl beurteilter Einrichtungen	13

Empfohlener Einsatzbereich

Im internen Qualitätsmanagement können Hinweise zur Zufriedenheit der Angehörigen mit der Bearbeitung von Beschwerden ermittelt werden. Es kann überprüft werden, ob der Prozess der Rückmeldung an den Beschwerdeführer ausreichend und für den Beschwerdeführer ausreichend wahrnehmbar erfolgt.

In externen Qualitätsprüfungen ergibt sich daraus ein Hinweis auf die Qualität der Bearbeitung erfasster Beschwerden aus Verbrauchersicht.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung können sich Verbraucher einen Eindruck darüber verschaffen, in welcher Art und Weise mit Beschwerden umgegangen wird und ob sich die Einrichtung ausreichend bemüht, vom Kunden benannte Qualitätsmängel zu bearbeiten.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse streuen deutlich zwischen den Einrichtungen, der Indikator gibt Hinweise darauf, wie gut innerhalb der Einrichtung mit Beschwerden von Angehörigen umgegangen wird. Nicht in allen Einrichtungen kann eine ausreichend hohe Fallzahl ermittelt werden.

5.5.8 Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Ermittelt wird der Grad der Bedürfnisdeckung der Bewohnerschaft bezogen auf die Zeit, die Mitarbeiter im subjektiven Empfinden der Bewohnerschaft für sie zur Verfügung haben. Erfasst wird hier keine Quantität an Zeit, sondern die Beurteilung des Bewohners, ob die Zeit der Mitarbeiter für die eigene Person als ausreichend wahrgenommen wird.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Anteil positiver Antworten zur Bedürfnisdeckung an Mitarbeiterzeit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht
2. Anteil positiver Bewertungen zur Bedürfnisdeckung an Mitarbeiterzeit an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht

Relevanz

Die Erfüllung des Bedürfnisses nach sozialen Kontakten ist von hoher Relevanz. 77% aller Bewohner (vgl. Heusel et al. 2009) benennen dies als eine sehr wichtige Dimension von Lebensqualität, nur 7% sehen dies als „nicht so wichtig“ an. Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Einsamkeit in Pflegeheimen in Verbindung steht mit Aspekten, die die Lebensqualität stark einschränken: Verschlechterung des kognitiven Status, Hoffnungslosigkeit, Verlust der Fähigkeit zur aktiven Tagesgestaltung (z. B. Hicks, 2000).

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist gut beeinflussbar und hängt mit der in der im Versorgungsalltag bestehenden Praxis des Umgangs der Mitarbeiterschaft mit den Bewohnern sowie der zur Verfügung stehenden Mitarbeiterzeit zusammen.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird in verschiedenen Systemen eingesetzt, z. B. Quality Framework Responsible Care (ActiZ et al. 2007) und Keys for quality Performance Management of the Care of Older Persons in Europe – Key action 6.

Methodische Güte

Die methodische Güte lässt sich noch nicht abschließend beurteilen. Während der Teilindikator zur Wahrnehmung der Mitarbeiterzeit im Frühjahr zu 87% als stabil eingestuft werden konnte, ist er in der Herbstbefragung nur noch zu 75% stabil. Insgesamt erreicht er mit 79,5% in der Gesamtbefragung nahezu den angestrebten Wert von 80% Stabilität. Aufgrund der hohen Stabilität in der ersten Phase empfiehlt sich eine weitere Prüfung in einer größeren Stichprobe.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Das Ergebnis wird mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung erfasst. Der Indikator umfasst ein Kriterium:

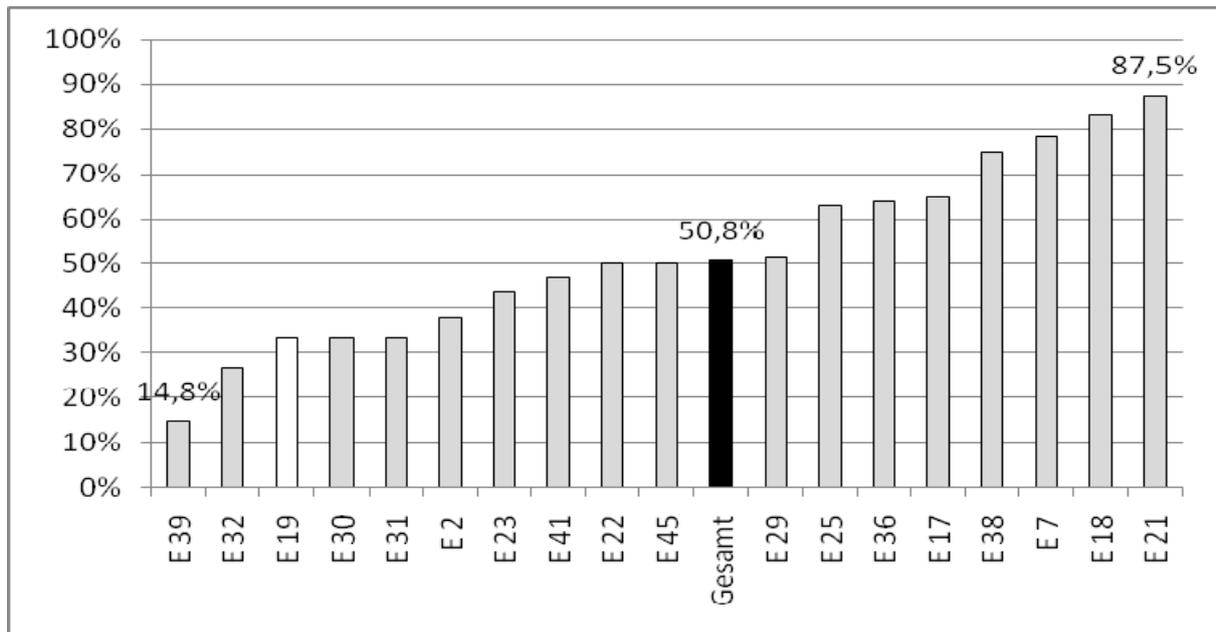
Tab. 63: Bewohner- und Angehörigenbefragung „Mitarbeiterzeit“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Haben die Mitarbeiter genügend Zeit für Sie? (oder: „Ihren Angehörigen“)	Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“ bei Angehörigen zusätzlich: „Ist mir nicht bekannt“

Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Die Ergebnisse zur Frage, ob die Mitarbeiter genügend Zeit haben, streuen aus Bewohnersicht um einen niedrigen Durchschnittswert von 50,8% sehr deutlich zwischen den Einrichtungen (Min.: 14,8%; Max.: 87,5%). Die Befragten beschrieben die zur Verfügung stehende Zeit der Mitarbeiterschaft regelmäßig als problematisch.

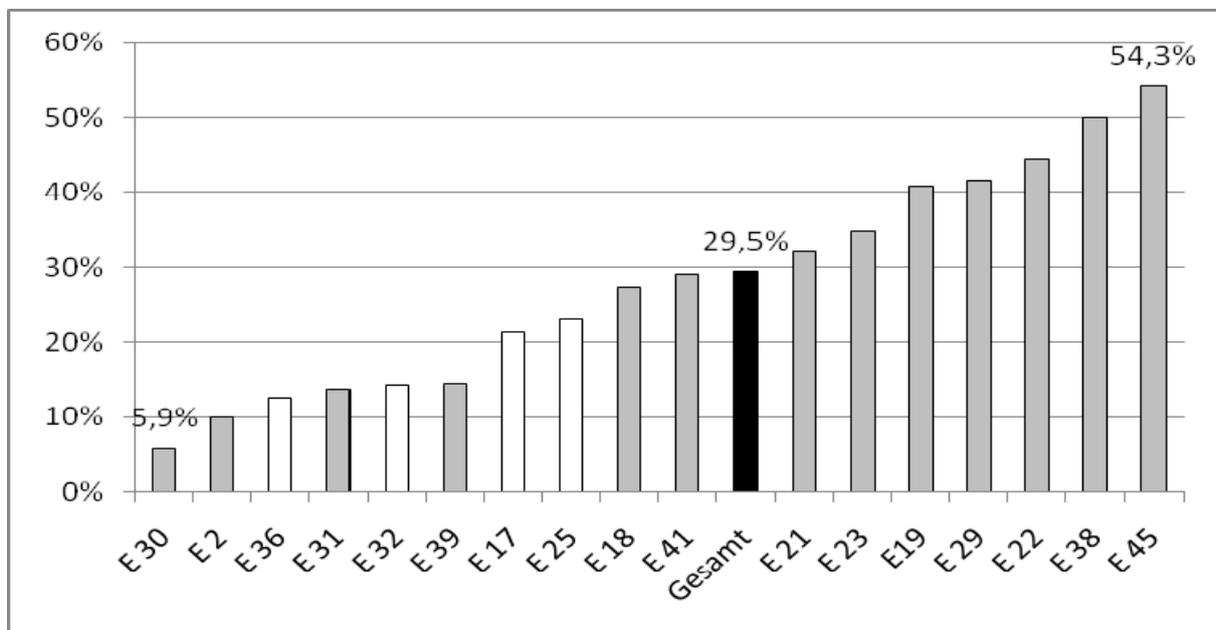
Abb. 24: Anteil der Bewohner , die angeben, dass die Mitarbeiter genügend Zeit für sie haben (18 Einrichtungen, N=421)



Ergebnisse, denen weniger als 15 Fälle zugrunde liegen, sind weiß gekennzeichnet

Ergebnis 2: Aus Angehörigensicht streuen die Ergebnisse um einen sehr niedrigen Durchschnittswert von 29,5% sehr deutlich zwischen den Einrichtungen (Min.: 5,9%; Max.: 54,3%).

Abb. 25: Anteil der Angehörigen, die angeben, dass die Mitarbeiter genügend Zeit für den Bewohner haben (18 Einrichtungen, N=434)



Ergebnisse, denen weniger als 15 Fälle zugrunde liegen, sind weiß gekennzeichnet

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, er-

gibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht).

Tab. 64: Ergebnisverteilung „Mitarbeiterzeit“

Ergebnisverteilung	Mitarbeiterzeit (Bewohnersicht)	Mitarbeiterzeit (Angehörigersicht)
überdurchschnittlich	4	2
leicht überdurchschnittlich	3	4
Durchschnitt	4	3
leicht unterdurchschnittlich	2	1
unterdurchschnittlich	4	3
Anzahl beurteilter Einrichtungen	17	13

Einrichtungen, in denen dem Ergebnis weniger als 15 Fälle zugrunde liegen, wurden hier nicht einbezogen.

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne und externe Qualitätsmanagement Hinweise auf den Grad der subjektiv wahrgenommenen Qualität der Kontakte zu den Mitarbeitern. Hat der Bewohner das Gefühl, dass ausreichend Zeit für seine Betreuung vorhanden ist? Das interne Qualitätsmanagement kann bei geringen Werten Ursachen differenziert ermitteln, um die ursächlichen Qualitätsbereiche und Marktchancen zu verbessern.

Für Verbraucher bietet der Indikator einen interessanten Hinweis über das subjektive Empfinden von Nutzern bezüglich der erlebten zeitlichen Zuwendung durch die Mitarbeiterschaft im Vergleich zu anderen Einrichtungen.

Zusammenfassung

Der Indikator bietet wichtige Hinweise auf die Kontaktmöglichkeiten zu Mitarbeitern aus der Sicht von Nutzern. Es werden deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen sichtbar. Der Indikator kann in allen Qualitätsbereichen eingesetzt werden. Eine erneute Prüfung der Reliabilität innerhalb einer größeren Stichprobe wird empfohlen.

5.5.9 Weiterempfehlung aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Der Indikator erfasst den Anteil der befragten Personen, die die Einrichtung uneingeschränkt weiterempfehlen würden. Der Indikator fungiert auf einer Metaebene als Gesamtbewertung einer Einrichtung durch die Befragten. In dieses Urteil fließen ggf. auch Aspekte ein, die für die befragte Person persönlich relevant sind, jedoch nicht in den vorherigen Fragen abgebildet wurden.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Anteil positiver Antworten an allen gültigen Antworten zur Weiterempfehlung aus Bewohnersicht.
2. Anteil positiver Antworten an allen gültigen Antworten zur Weiterempfehlung aus Angehörigensicht.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Der Indikator ist nur indirekt über die Gesamtleistung in diversen Qualitätsbereichen der Einrichtung beeinflussbar.

Methodische Güte

Der Indikator erwies sich bezüglich der Ergebnisermittlung in der Wiederholungsbefragung mit 92,7% (N=38) als sehr stabil.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird z. B. im Qualitätsbericht Mönchengladbach, der Kundenbefragung der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz und MDK Rheinland-Pfalz (2008) und dem Minnesota resident satisfaction survey eingesetzt.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Das Ergebnis wird mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung erfasst. Der Indikator umfasst ein Kriterium:

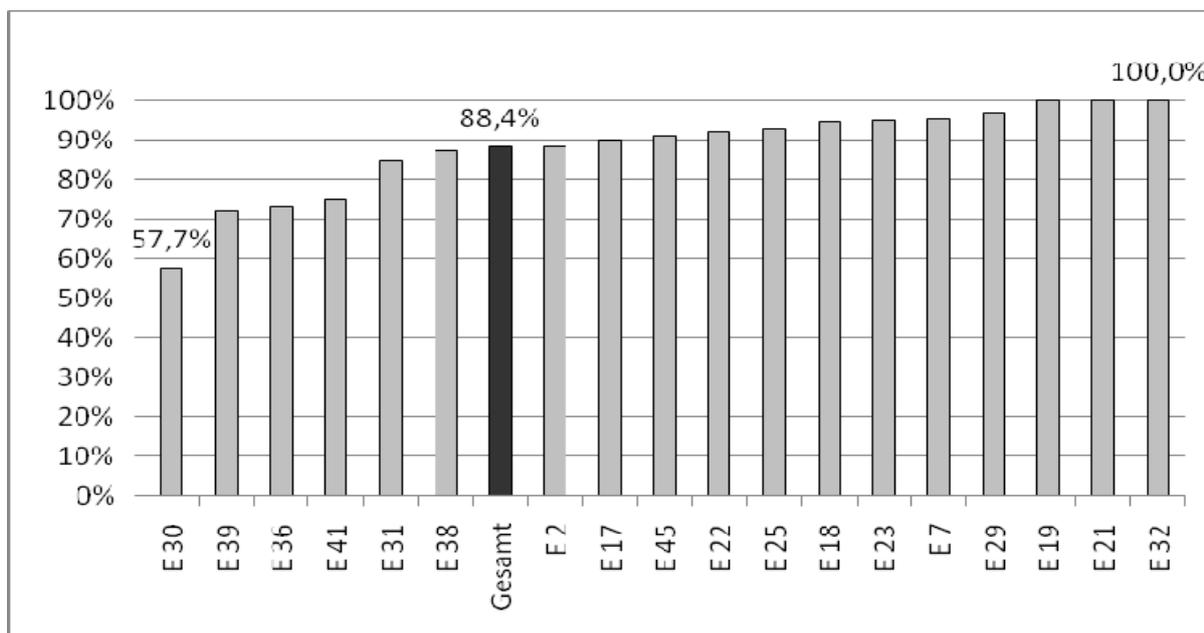
Tab. 65: Bewohner- und Angehörigenbefragung „Weiterempfehlung“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Würden Sie diese Einrichtung anderen weiterempfehlen?	Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“

Erprobungsergebnisse

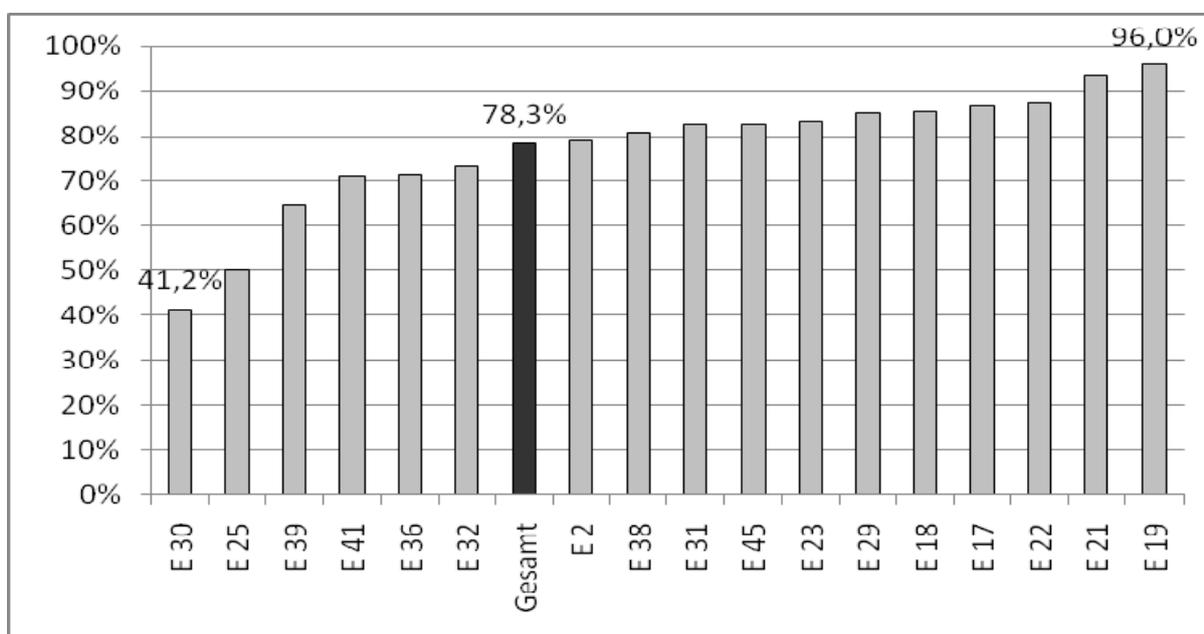
Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die die Einrichtung weiterempfehlen würden, liegt bei 88% (N=430). Die Ergebnisse streuen breit zwischen 57,7% und 100%.

Abb. 26: Anteil der Bewohner, die die Einrichtung uneingeschränkt weiterempfehlen würden (18 Einrichtungen, N=430)



Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die die Einrichtung weiterempfehlen würden, liegt bei 78% (N=494). Die Ergebnisse streuen deutlich zwischen den Einrichtungen mit 41,2% bis 96%.

Abb. 27: Anteil der Angehörigen, die die Einrichtung uneingeschränkt weiterempfehlen würden (17 Einrichtungen, N=494)



Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den

Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 66: Ergebnisverteilung „Weiterempfehlung“

Ergebnisverteilung	Weiterempfehlung (Bewohnersicht)	Weiterempfehlung (Angehörigensicht)
überdurchschnittlich	entfällt ⁴³	2
leicht überdurchschnittlich	7	4
Durchschnitt	7	6
leicht unterdurchschnittlich	1	3
unterdurchschnittlich	3	2
Anzahl beurteilter Einrichtungen	18	17

Empfohlener Einsatzbereich

Für das interne Qualitätsmanagement ergeben sich auf einer übergeordneten Ebene Hinweise auf die Einschätzung der Gesamtqualität der Einrichtung und des Bildes, das auf dem lokalen Markt besteht. Bei geringen Werten der Weiterempfehlung kann eine differenzierte Erfassung der kritischen Qualitätsaspekte erfolgen, um die betroffenen Qualitätsbereiche und Marktchancen zu verbessern.

Im Rahmen externer Qualitätsprüfungen bietet der Indikator bei auffällig geringen Werten einen Hinweis auf ggf. vorliegende Qualitätsmängel.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung kann der Indikator für Verbraucher auf einer übergeordneten Ebene wichtige Hinweise auf die Einschätzung der Gesamtqualität der Einrichtung durch Bewohner und deren Angehörige ergeben.

Zusammenfassung

Der Indikator ermittelt die wahrgenommene Qualität der Einrichtung auf einer Metaebene und verhält sich in der Wiederholungsbefragung stabil. Er streut gut zwischen den Einrichtungen. Aufgrund der unspezifischen Ergebnisse kann er als Anlass für notwendige, umfassendere Qualitätsprüfungen dienen, jedoch nicht innerhalb externer Prüfungen.

5.5.10 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Bereiches 5

Eine Gesamtbewertung des Bereiches 5 für alle Indikatoren in einem Gesamtwert ist, wie bereits zu Bereich 4 erläutert, aufgrund der sehr unterschiedlichen Art der zugrunde liegenden Daten nicht möglich, eine Vermischung objektiver Daten mit Befragungsdaten ist nicht sinnvoll.

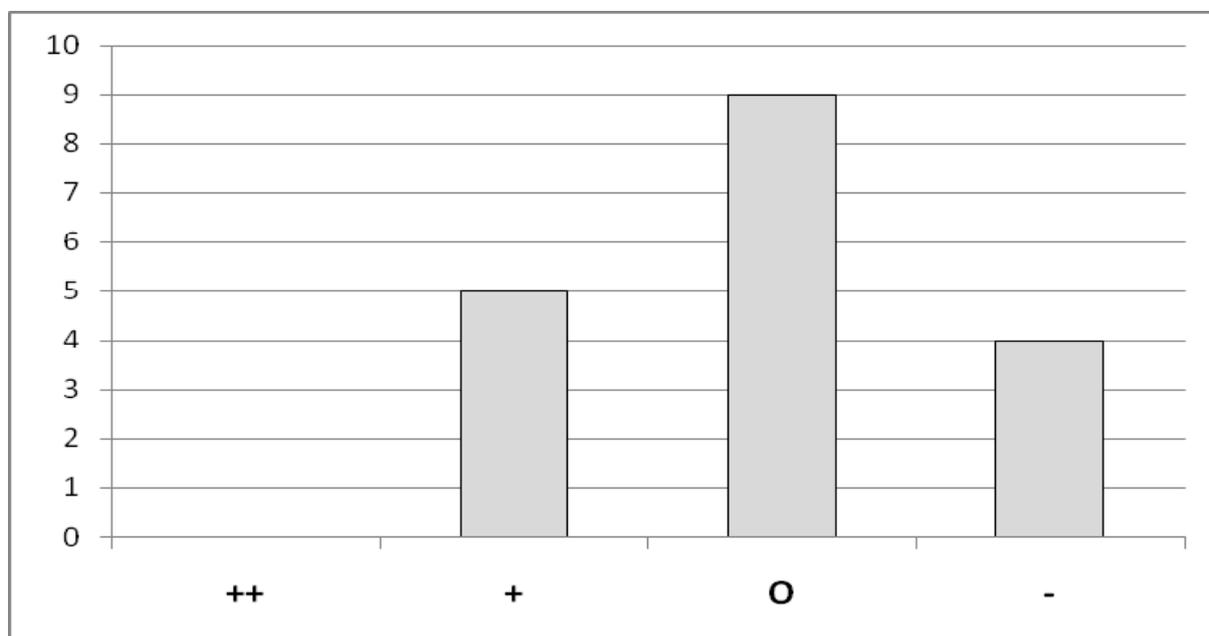
⁴³ Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 88,4% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.

Möglich ist jedoch eine zusammenfassende Auswertung der Bewohnerbefragung einerseits und der Angehörigenbefragung andererseits (zum Verfahren der Gesamtbewertung vgl. die Darstellung unter 5.4.5). Die zusammengefassten Ergebnisse der beiden Befragungen sind ebenso wie im Bereich 4 getrennt darzustellen.

Wendet man das unter 5.4.5 dargestellte Verfahren auf die Befragungsergebnisse des Bereiches 5 an, ergibt sich die folgende Ergebnisverteilung zwischen den Einrichtungen:

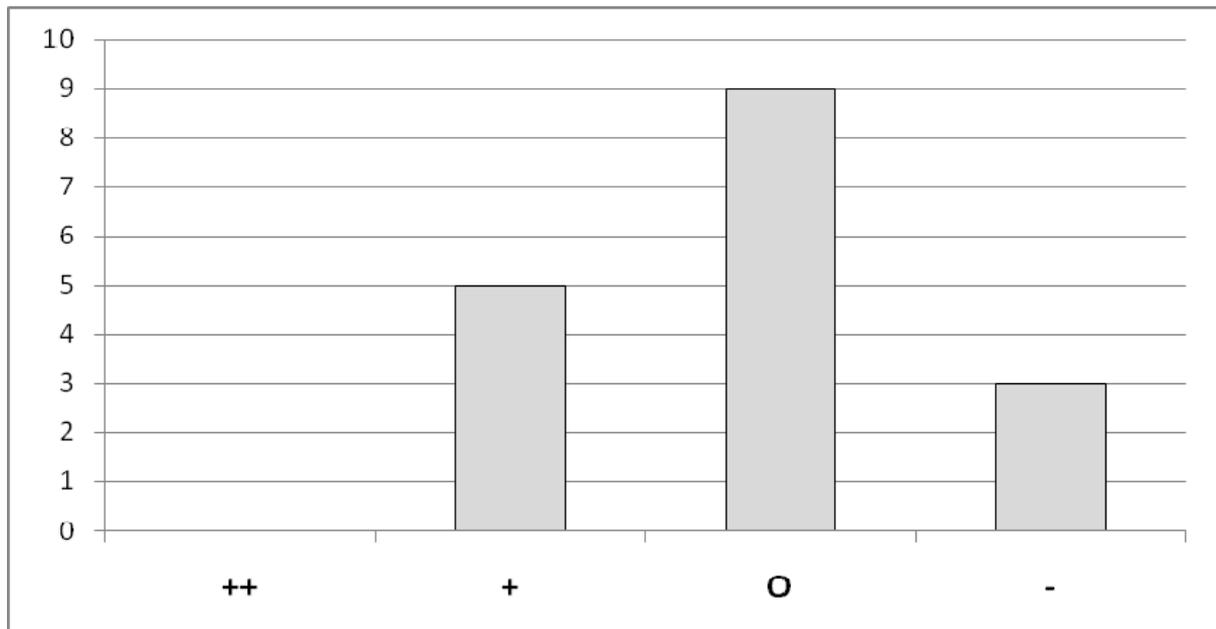
In der Bewohnerbefragung erreichten fünf Einrichtungen ein überdurchschnittliches, neun ein durchschnittliches und vier ein unterdurchschnittliches Gesamtergebnis. Keine Einrichtung erzielt ein hervorragendes Ergebnis.

Abb. 28: Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 5: Tagesgestaltung und soziale Beziehungen aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen)



In der Angehörigenbefragung erreichen fünf Einrichtungen ein überdurchschnittliches, neun ein durchschnittliches und drei ein unterdurchschnittliches Gesamtergebnis. Keine Einrichtung erzielt ein hervorragendes Ergebnis.

Abb. 29: Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 5: Tagesgestaltung und soziale Beziehungen aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen)



Zusätzlich zu den Befragungsergebnissen werden im Bereich 5 die Ergebnisse der folgenden Indikatoren im Ergebnisprofil der Einrichtung ausgewiesen:

- Indikator 5.3 „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung“
- Indikator 5.4 „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“
- Indikator 5.5 „Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“

Das Ergebnisprofil des Bereiches 5 umfasst somit 5 Einzelergebnisse für insgesamt 10 Indikatoren:

Tab. 67: Beispiel für ein Ergebnisprofil im Qualitätsbereich 5:

Erzielte Ergebnisse im Bereich 5	Ergebnisbewertung für Einrichtung 23	Symbol
Bewohnerbefragung	durchschnittlich	O
Angehörigenbefragung	durchschnittlich	O
Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung	überdurchschnittlich	++
Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität	leicht überdurchschnittlich	+
Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität ⁴⁴	leicht unterdurchschnittlich	–

Das Profil dieser Einrichtung lässt somit erkennen, dass es sich um eine Einrichtung handelt, die im Bereich 5 leicht unterdurchschnittliche bis überdurchschnittliche Ergebnisse erzielt. Aus Kundensicht werden durchschnittliche Ergebnisse erzielt. Im Bereich der Teilnahme an Aktivitäten werden Personen mit Mobilitätseinschränkung überdurchschnittlich gut berücksichtigt. Das Verlassen des Zimmers fällt hingegen leicht unterdurchschnittlich gut aus.

Die Ergebnisbewertung in kleinen Erhebungsgruppen

In Einrichtungen mit Stichproben, die zwischen 10 und 15 befragungsfähige Bewohner oder Angehörige umfassen, kann eine Anpassung der Ergebnisbewertung erforderlich sein. Eine vergleichende Bewertung von Befragungsergebnissen mit weniger als 10 Fällen ist nicht möglich (vgl. zur Frage der Ergebnisbewertung in kleinen Erhebungsgruppen die Ausführungen unter 9.1.3).

5.6 Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen

Der Indikator bildet die Bewertung der Zusammenarbeit einer Einrichtung mit Angehörigen ab. Aus Sicht der Angehörigen wird bewertet, ob sie sich ausreichend informiert fühlen, ausreichende Möglichkeiten der Mitwirkung in der Einrichtung sehen und ob sie positive Erfahrungen nach geäußerten Beschwerden gemacht haben. Aus dem Indikator können Rückschlüsse darauf gezogen werden, wie erfolgreich sich eine Einrichtung um eine Zusammenarbeit mit Angehörigen bemüht.

⁴⁴ Einrichtungsergebnis Aktionsradius Frühjahr 2010.

Formale Definition

Der Indikator drückt den Anteil der Angehörigen aus, die für sie relevante Themen der Zusammenarbeit positiv bewerten. In die Bewertung gehen folgende Kriterien ein:

- Information über den Gesundheitszustand und die Versorgung des Bewohners
- Information über Aktivitäten in der Einrichtung
- Mitwirkung bei der Unterstützung des Bewohners (nur bei Wunsch nach Mitwirkung)
- Einbeziehung in die Planung der Versorgung des Bewohners
- Erfahrung mit Beschwerden (nur bei geäußerter Beschwerde).

Positiv gewertet wird dabei die Anzahl der Angehörigen, die sich bei drei von vier, drei von fünf oder zwei von drei für sie relevanten Themen positiv geäußert haben.

In die Berechnung des Indikators werden nur Angehörige einbezogen, die zu mindestens drei der fünf Kriterien gültige Angaben gemacht haben.

Relevanz

Von einer professionellen Angehörigenarbeit in einer Einrichtung können alle Seiten profitieren. Sie hat in erster Linie das Ziel, die soziale Unterstützung und das Wohlbefinden des Bewohners zu verbessern. Angehörige sind für den Bewohner eine wesentliche Hilfe und stützender Halt beim Einzug in ein Pflegeheim und in der gesamten Dauer des Aufenthalts. Heimbewohner haben, u. a. aufgrund ihrer körperlichen und kognitiven Einschränkungen, häufig ein stark reduziertes soziales Netzwerk. Sie sind daher in hohem Maße auf ihre Angehörigen angewiesen. Diese geben den Bewohnern soziale Unterstützung, die neben praktischen Hilfen vor allem auch Nähe, Zugehörigkeit und Geborgenheit umfasst. Sie haben damit einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohner (Korte-Pötters et al. 2007). Die Einbindung der Angehörigen ermöglicht zudem eine individuelle Betreuung der Bewohner, was wiederum positive Effekte auf die Lebensqualität der Bewohner hat.

Eine professionelle Angehörigenarbeit kann aber auch die Kooperation zwischen den Angehörigen und den Beschäftigten einer Einrichtung verbessern. Für die Mitarbeiter der Einrichtung kann eine funktionierende Zusammenarbeit mit Angehörigen ebenfalls zahlreiche Vorteile mit sich bringen. Durch ihre Integration kann es zu einer Arbeitsentlastung für die Mitarbeiter, aber auch zu einem erhöhten Verständnis und einer stärkeren Anerkennung durch die Angehörigen kommen (Gsottschneider et al. 2006). Die Zusammenarbeit mit Angehörigen wird als wichtiges Ziel in der vollstationären Versorgung verstanden. Eine Einrichtung sollte daher die sozialen Beziehungen zwischen Bewohnern und ihren Angehörigen unterstützen und fördern (Port 2004).

Stand der Forschung

In der Literatur werden verschiedene Ansätze diskutiert, wie Familienangehörige stärker in Pflegeeinrichtungen integriert werden können. Als wesentliche Faktoren für eine gelingende

Einbindung werden eine klare Rollendefinition, eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Familienangehörigen und Mitarbeitern der Einrichtung sowie Schulungs- und Informationsangebote für Angehörige diskutiert. Betont wird außerdem, dass die Einbindung der Angehörigen so früh wie möglich nach dem Heimeinzug gefördert werden sollte (Gsottschneider et al. 2006).

Im Rahmen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen“ wurde aufgezeigt, dass 62% aller Einrichtungen in Deutschland regelmäßig Angehörigenabende und 46% spezielle Beratungsangebote anbieten. In weiteren 36% der Einrichtungen haben Angehörige Selbsthilfegruppen gebildet. In 34% der Einrichtungen werden Zimmer für Angehörige angeboten. In einer Angehörigenbefragung, die im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführt wurde, gaben 80% der befragten Personen an, dass es eine regelmäßige Anleitung und Beratung in der Einrichtung gibt. Jedoch haben nur 30% der Befragten dieses Angebot genutzt, was auf ein geringes Erfordernis, geringes Interesse auf Seiten der Angehörigen oder auch auf geringe Bekanntheit des Angebots zurückzuführen war. Jeweils ca. 40% der Befragten berichten von Fortbildungskursen und Selbsthilfegruppen in der Einrichtung, die auch von der Hälfte in Anspruch genommen wurde. Etwa die Hälfte der befragten Personen gibt an, dass es Übernachtungsmöglichkeiten in der Einrichtung gibt, die jedoch nur von knapp 14% genutzt werden, da häufig die Einrichtung im Wohnort der Befragten liegt (Engels/Pfeuffer 2007).

Im Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ wurden inhaltliche Kernpunkte eines Rahmenkonzepts zur Zusammenarbeit mit Angehörigen entwickelt und erprobt. Das Konzept hat das Ziel, eine konzeptgestützte und bewusste Angehörigenarbeit und damit eine kontinuierliche soziale Unterstützung des Bewohners durch seine Angehörigen zu fördern. Ein Schwerpunkt der Konzeptentwicklung lag neben strukturellen Anforderungen (wie z. B. das Vorhandensein eines Hauptansprechpartners) auf den Themenbereichen „Information und Beratung“ sowie „Einbeziehung in die Versorgung des Bewohners“. Eine individuelle Information und Beratung der Angehörigen sind zentrale Bestandteile der Angehörigenarbeit. Ein regelmäßiger Austausch zwischen einer Einrichtung und den Angehörigen wird als ein zentraler Aspekt bezeichnet, um Bedürfnisse, aber auch Probleme frühzeitig zu erkennen sowie Verfahrensweisen zur Problemlösung gemeinsam festzulegen. Angehörige sollten darüber informiert werden, dass und auf welche Art sie in die pflegerische, hauswirtschaftliche und psychosoziale Versorgung des Bewohners einbezogen und wie sie dabei unterstützt werden können. Die individuellen Möglichkeiten und Wünsche der Angehörigen sollten ermittelt, dokumentiert und berücksichtigt werden. Neben der direkten Einbindung in die Versorgung des Bewohners sollten Angehörige auch in das pflegerische Assessment, die Biografieerfassung und in die Erstellung der Pflegeplanung einbezogen werden (Korte-Pötters et al. 2007).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

In der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wird in drei Artikeln auf das Thema eingegangen. Im Artikel 4 „Pflege, Betreuung und Behandlung“ wird die Zusammenarbeit mit Angehörigen definiert. In Artikel 5 „Information, Beratung und Aufklärung“ ist festgehalten, dass die Erfahrungen und die Vorstellungen oder Wünsche der Angehörigen, was

die Betreuung und Pflege der betroffenen Person angeht, aufgenommen und berücksichtigt werden sollen. Artikel 8 „Palliative Begleitung, Sterben und Tod“ beinhaltet u. a. die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Sterbebegleitung (BMFSFJ/BMG 2010).

Auch das Heimverzeichnis der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V. formuliert verschiedene Kriterien zur Angehörigenarbeit, u. a. ob die Mitwirkung von Angehörigen an den Angeboten der Einrichtung gefördert wird und ob es Räume oder andere Kommunikationsmöglichkeiten gibt, in denen sich Bewohner mit ihren Angehörigen treffen und austauschen können (BIVA 2010).

In der Pflege-Transparenzvereinbarung (stationär) finden sich zwei Fragen, die dem Bereich Angehörigenarbeit zuzuordnen sind. Es wird geprüft, ob es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu Angehörigen gibt und ob bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Pflegeplanung einbezogen werden (MDS 2009).

Messverfahren

Die Einschätzungen der Angehörigen zu der Zusammenarbeit mit der Einrichtung wurden im Rahmen einer schriftlichen Befragung ermittelt. In dieser schriftlichen Befragung wurden die Angehörigen um ihre Beurteilung zu den Teilbereichen

- Information über den Gesundheitszustand und die Versorgung des Bewohners,
- Information über Aktivitäten in der Einrichtung,
- Mitwirkung bei der Unterstützung des Bewohners,
- Einbeziehung in die Planung der Versorgung des Bewohners und
- Erfahrung mit Beschwerden

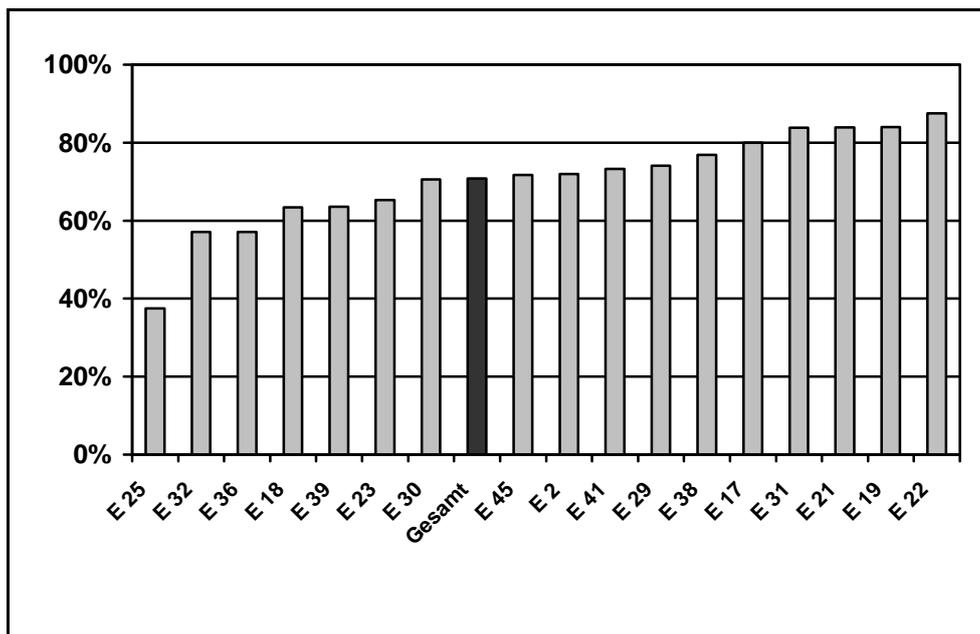
gebeten.

Diese fünf Kriterien werden zur Berechnung des Indikators zusammengefasst. Es werden dabei jeweils die positiven Angaben in den Bereichen, die von den Angehörigen als relevant angegeben wurden, berücksichtigt. Gewertet wird dann in einem zweiten Schritt die Anzahl der Angehörigen, die zu drei von vier, drei von fünf oder zwei von drei für sie relevanten Themen eine positive Antwort gegeben haben.

Erprobungsergebnisse

Der Indikator wurde im Rahmen der Bewohner- und Angehörigenbefragung am ersten und dritten Erhebungszeitpunkt in 17 Einrichtungen erhoben. Insgesamt liegen die Antworten von 497 Angehörigen vor. Im Gesamtdurchschnitt bewerteten 70,8% von ihnen die Zusammenarbeit mit der Einrichtung als positiv. Dieser Anteil streut recht breit zwischen 37,5% und 87,5%. In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen dargestellt.

Abb. 30: Anteil der Angehörigen mit positiver Bewertung der Zusammenarbeit



Die Ergebnisse werden mit Hilfe eines dreistufigen Rasters bewertet:

Ergebnis	Bewertungskriterien
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (80,1%-87,5%) wird als überdurchschnittlich gut bewertet.
O durchschnittliches Ergebnis	Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (63,5%-80,0%) gelten als durchschnittlich.
- unterdurchschnittliches Ergebnis	Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (37,5%-63,4%) wird als unterdurchschnittlich eingeordnet.

Wie in der folgenden Tabelle dargestellt erreichen jeweils vier Einrichtungen ein über- bzw. unterdurchschnittliches Ergebnis. Neun Einrichtungen werden als durchschnittlich eingestuft.

Tab. 68: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Zusammenarbeit mit Angehörigen

Einrichtung	Anzahl der Angehörigen mit positiver Bewertung der Zusammenarbeit	Anzahl der einbezogenen Angehörigen	Anteil der Angehörigen mit positiver Bewertung der Zusammenarbeit	Bewertung
25	6	16	37,5%	-
32	8	14	57,1%	-
36	8	14	57,1%	-
18	26	41	63,4%	-
39	42	66	63,6%	O
23	32	49	65,3%	O
30	12	17	70,6%	O
45	38	53	71,7%	O
2	18	25	72,0%	O
41	22	30	73,3%	O
29	20	27	74,1%	O
38	20	26	76,9%	O
17	12	15	80,0%	O
31	20	24	83,3%	+
21	26	31	83,9%	+
19	21	25	84,0%	+
22	21	24	87,5%	+
Gesamt	352	497	70,8%	

Fazit

Aus den Ergebnissen des Indikators können wichtige Hinweise für das Qualitätsmanagement einer Einrichtung abgeleitet werden, wie erfolgreich sie sich um eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen ihrer Bewohner bemüht. Die Ergebnisse können Anlass dazu sein, die Strukturen und Prozesse zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Voraussetzung dafür ist, dass eine Einrichtung regelmäßig eine schriftliche Befragung ihrer Angehörigen organisiert.

Werden Befragungen von Angehörigen einheitlich und regelmäßig in Einrichtungen durchgeführt, könnte der Indikator auch im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung für einen Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen herangezogen werden.

6. Begrenzt einsetzbare und ausgeschlossene Indikatoren

6.1 Begrenzt einsetzbare Indikatoren

Einige der im Projekt erprobten Indikatoren weisen Begrenzungen auf und eignen sich nicht für *vergleichende* Qualitätsbeurteilungen. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. Bei der Datenerhebung zu einigen Indikatoren zeigten sich methodische Probleme, die dazu führten, dass das Vorliegen eines bestimmten Sachverhaltes (z. B. einer Kontraktur) nicht zweifelsfrei nachzuweisen ist. Bei anderen Themen ist der Einfluss pflegerischen Handelns auf das zu bewertende Ergebnis begrenzt (z. B. das Auftreten bestimmter Verhaltensweisen), so dass dieses nicht ohne weiteres als Resultat der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung gelten kann. Dennoch können die mit diesen Indikatoren erfassten Ergebnisse im Rahmen des internen Qualitätsmanagements wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme liefern oder im Zeitverlauf die Wirksamkeit von Veränderungen auf der Struktur- und Prozessebene verdeutlichen, z. B. die Auswirkungen neu eingeführter Betreuungsansätze auf das Verhalten demenzkranker Bewohner. Im Folgenden werden die bei der Erprobung erzielten Ergebnisse und die Potenziale der einzelnen Indikatoren für das Qualitätsmanagement stationärer Pflegeeinrichtungen dargestellt.

6.1.1 Gesundheitsbezogene Indikatoren

Häufigkeit von Sondenernährung

Eine dauerhafte Sondenernährung ist grundsätzlich nicht erstrebenswert, da sie die Lebensqualität des Bewohners erheblich einschränkt. Darüber hinaus können Komplikationen, wie z. B. Infektionen, entstehen, mit der Folge eines zunehmenden pflegerischen Bedarfs. Alle beteiligten Berufsgruppen sollten daher das Ziel verfolgen, dauerhafte Abhängigkeit von Sondenernährung so weit wie möglich zu vermeiden. Die Entscheidung liegt jedoch in ärztlicher Verantwortung. Einflussmöglichkeiten der Einrichtung bestehen bei der Entwöhnung von einer Sonde, sofern nicht zwingende medizinische Gründe dagegen sprechen. So können Pflegenden Einfluss nehmen durch Bemühungen zur Verbesserung der Schluckfähigkeit oder durch eine regelmäßige Überprüfung der Indikation (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007).

Das Thema Häufigkeit von Sondenernährung wird vor allem in Studien zur Qualitätsmessung in vollstationären Einrichtungen untersucht (Rantz et al. 2004; Unruh/Wan 2004). Die Häufigkeit von Sondenernährung kann in einer Einrichtung vor allem als Marker eingesetzt werden, um eventuell einen Bedarf an speziellen Qualitätsuntersuchungen zu identifizieren (Philipps 1991).

In einer Erhebung in Bremer Altenpflegeeinrichtungen im Jahr 2009 lag der durchschnittliche Anteil der Personen, die über eine Sonde ernährt wurden, bei 6,7%. In der Untersuchung zeigte sich weiterhin, dass für viele Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen eine enterale Ernährung über PEG-Sonden zur Dauerernährung geworden ist. So liegen 6 von 10

Sonden länger als zwei Jahre. Ein weiteres Ergebnis der Studie war, dass die Initiative zum Legen einer Sonde in über 70% der Fälle von den behandelnden Ärzten ausging. Angehörige und Mitarbeiter der Einrichtung waren mit jeweils 13% nur zum Teil beteiligt. Bei den Bewohnern, die über eine Sonde ernährt wurden, handelte es sich zu einem großen Teil um Schlaganfallpatienten und Personen mit demenziellen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium (Becker/Hilbert 2010).

In der Erprobungsphase wurde die Häufigkeit von Sondenernährung in dem Modul „Selbstversorgung“ aus dem NBA erfasst. Der Anteil der Bewohner, die teilweise oder vollständig über eine Sonde ernährt wurden, lag im Durchschnitt aller Einrichtungen bei ca. 5%. Der Anteil bleibt über den Erhebungszeitraum von sechs Monaten konstant:

Tab. 69: Häufigkeit von Sondenernährung bei Bewohnern

	Bewohner mit Sondenernährung	Bewohner gesamt	Anteil Bewohner mit Sondenernährung
T0	83	1.634	5,1%
T1	81	1.634	5,0%
T2	86	1.634	5,3%

Werden nur die Einrichtungen betrachtet, in denen Vollerhebungen durchgeführt wurden, zeigt sich ebenfalls, dass die Zahl der Bewohner mit Sondenernährung innerhalb der Einrichtungen im Verlauf von sechs Monaten sehr stabil bleibt.

Tab. 70: Häufigkeit von Sondenernährung bei Bewohnern (Vollerhebungseinrichtungen, N=612)

Einrichtung	1. Erhebungszeitpunkt		2. Erhebungszeitpunkt		3. Erhebungszeitpunkt		Einbezogene Bewohner
	Bewohner mit Sondenernährung	Anteil Bewohner mit Sondenernährung	Bewohner mit Sondenernährung	Anteil Bewohner mit Sondenernährung	Bewohner mit Sondenernährung	Anteil Bewohner mit Sondenernährung	
2	5	8,1%	5	8,1%	5	8,1%	62
17	2	3,6%	1	1,8%	2	3,6%	55
18	9	10,2%	10	11,4%	10	11,4%	88
19	3	8,1%	2	5,4%	2	5,4%	37
21	6	11,3%	6	11,3%	6	11,3%	53
22	4	8,0%	4	8,0%	4	8,0%	50
29	6	7,6%	6	7,6%	7	9,0%	79
30	5	9,1%	5	9,1%	5	9,1%	55
36	2	4,0%	1	2,0%	1	2,0%	50
41	2	2,4%	2	2,4%	2	2,4%	83
gesamt	44	7,2%	42	6,9%	44	7,2%	612

Der Anteil der Bewohner, die Nahrung über eine Sonde aufnehmen, bietet für sich genommen keine geeignete Grundlage für Qualitätsvergleiche zwischen Einrichtungen. Ein Einfluss der Einrichtungen auf die Häufigkeit von Sondenernährung ist aufgrund der ärztlichen Versorgungspraxis nur bedingt gegeben. Zudem erschweren gesundheitliche Störungen (z. B. Schlaganfall) eine Entwöhnung von der Sonde oder machen sie unmöglich. Auffällige Veränderungen des Anteils im Zeitverlauf geben jedoch Hinweise für das interne Qualitätsmanagement und sollten Anlass zur Überprüfung von Strukturen und Prozessen sein, was ggf. einschließt, die individuellen Indikationen mit den verantwortlichen Ärzten zu erörtern.

Sturzhäufigkeit

Sturzereignisse stellen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung ein schwerwiegendes Problem dar. Insbesondere bei Personen, die in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung leben, besteht eine erheblich erhöhte Sturzgefährdung. Die Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen in der stationären Altenhilfe gilt als wichtiges pflegerisches Aufgabengebiet. Mit dem nationalen Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2006a) liegen konsenterte Fachempfehlungen vor, die das pflegerische Aufgabengebiet abstecken und Handlungsempfehlungen geben. Die Verwendung des Indikators Sturzhäufigkeit zur Beurteilung von Ergebnisqualität ist dennoch in mehrfacher Hinsicht problematisch:

- Bei der Erfassung von Sturzereignissen, aus denen keine offensichtlichen Verletzungen resultieren, ist mit einer Dunkelziffer nicht beobachteter bzw. dokumentierter Stürze zu rechnen (Gostynski et al. 1999; Pierobon/Funk 2007).
- Einrichtungen mit gut funktionierender Sturzdokumentation werden bei der Verwendung der Sturzrate als Qualitätsmaß möglicherweise gegenüber den Einrichtungen benachteiligt, die Stürze weniger gut erfassen.
- Nicht jeder Sturz ist mit gravierenden Konsequenzen für den betroffenen Bewohner verbunden. In diesen Fällen ist es fraglich, das Sturzereignis als Qualitätsdefizit zu werten.

Deshalb wurde bereits in der frühen Phase des Projektes empfohlen, den Indikator nicht zur externen Qualitätsbewertung heranzuziehen. Gleichwohl wurden im Rahmen der Erprobung Daten zur Sturzhäufigkeit unter den Bewohnern der teilnehmenden Einrichtungen erhoben und ausgewertet.

Die Ergebnisse hierzu wurden bereits in Kapitel 5.2.2 dargestellt. Sie dokumentieren, dass – wie auch die folgende Tabelle noch einmal zeigt – zum Teil mit Dokumentationslücken gerechnet werden muss. Auch im Rahmen des internen Qualitätsmanagements ist die Verwendung von Informationen zur Sturzhäufigkeit nur dann nützlich, wenn es gelingt, eine halbwegs vollständige Sturzerfassung sicherzustellen.

Tabelle 71: Stürze bei Bewohnern von Vollerhebungseinrichtungen unterschieden nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung (n=507)

Einrichtung	Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen			Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen		
	Gestürzte Bewohner	Einbezogene Bewohner	Anteil gestürzter Bewohner	Gestürzte Bewohner	Einbezogene Bewohner	Anteil gestürzter Bewohner
2	3	20	15,0%	13	28	46,4%
17	0	20	0,0%	9	26	34,6%
18	2	15	13,3%	21	50	42,0%
19	1	7	14,3%	9	24	37,5%
21	1	10	10,0%	14	35	40,0%
22	6	16	37,5%	9	22	40,9%
29	4	41	9,8%	5	25	20,0%
30	4	23	17,4%	4	29	13,8%
36	5	24	20,8%	8	21	38,1%
41	11	31	35,5%	17	40	42,5%
gesamt	37	207	17,9%	109	300	36,3%

Entstehung von Kontrakturen

Experten gehen davon aus, dass ältere Menschen aufgrund von Mobilitätseinschränkungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates ein insgesamt hohes Risiko tragen, Gelenkkontrakturen zu entwickeln (Schäufele et al. 2008). Aussagekräftige Studien zum Vorkommen von Kontrakturen bei Pflegebedürftigen in Deutschland liegen allerdings nicht vor. Wissenschaftliche Untersuchungen beziehen sich – auch auf internationaler Ebene – in der Regel auf das Auftreten von Kontrakturen und Bewegungseinschränkungen infolge bestimmter Krankheitsbilder. Interventionsstudien heben vor allem auf die Effektivität medizinischer oder physiotherapeutischer Interventionen zur Beseitigung oder Vermeidung von Kontrakturen bei bestimmten Erkrankungen des Bewegungsapparates ab (Moseley et al. 2005; Rajan et al. 2004). Hinzu kommt, dass keine verbindlichen Definitionen von Kontrakturen existieren und Grenzwerte, die eine Unterscheidung zwischen pathologischen und altersbedingten Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit bei älteren Menschen ermöglichen, nicht verfügbar sind (Gnass et al. 2010). Wissenschaftliche Erkenntnisse um die Verbreitung und Entstehung von Kontrakturen bei Pflegebedürftigen weisen, so kann zusammengefasst werden, große Lücken auf.

Nach Expertenmeinung kann das Auftreten von Kontrakturen bei Pflegebedürftigen durch Erhalt der Mobilität reduziert werden. In Fachbüchern und Orientierungshilfen werden außerdem gezielte Maßnahmen zur Kontrakturenprophylaxe, z. B. das regelmäßige aktive oder passive Durchbewegen gefährdeter Gelenke oder ihre Lagerung in physiologischer Mittelstellung, empfohlen (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003; Landespflegeausschuss Sachsen 2009). Allerdings muss konstatiert werden, dass es für die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wenig wissenschaftliche Evidenz gibt.

Das Bestehen oder die Neuentstehung von Kontrakturen wird trotz der Wichtigkeit des Themas ausgesprochen selten als Indikator für die Qualität der Heimversorgung herangezogen.

Einige Qualitätsprojekte ziehen die Prävalenz von Kontrakturen heran, um den Mobilitätsstatus von Einrichtungsbewohnern abzubilden (Castle 2003; Schmidt et al. 2008; Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007). Ältere Literaturanalysen weisen auf die Verwendung der Kontrakturinzidenz als Qualitätsparameter hin, ohne darzulegen wie diese erfasst und bewertet wird (Unruh/Wan 2004).

Der Indikator „Entstehung von Kontrakturen“ war so konzipiert, dass mit ihm der Anteil der Bewohner einer Einrichtung, bei denen in einem Zeitraum von sechs Monaten eine Kontraktur an Hüft-, Knie-, Sprung- oder Ellenbogengelenk neu entstanden war, erfasst wurde. Diese Gelenke wurden einbezogen, weil ihre Beweglichkeit vergleichsweise gut einzuschätzen ist. Kontrakturen, die sich vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entwickelt hatten, blieben dabei außer Betracht.

Die Mitarbeiter wurden gebeten zu beurteilen, ob bei einem Bewohner eine Kontraktur vorliegt und, wenn dies der Fall war, deren Entstehungsort zu dokumentieren. Zur Erfassung dieser Informationen wurde das nachfolgend dargestellte Fragebogenmodul genutzt.

Kontrakturen	
11.1	<p>Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Hüftgelenk vor?*</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11.2)</p> <p>Wo ist die Kontraktur entstanden?</p> <p><input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug)</p> <p><input type="checkbox"/> woanders, und zwar:</p>
11.2	<p>Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Kniegelenk vor?*</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11.3)</p> <p>Wo ist die Kontraktur entstanden?</p> <p><input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug)</p> <p><input type="checkbox"/> woanders, und zwar:</p>
11.3	<p>Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Sprunggelenk („Spitzfuß“) vor?*</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11.4)</p> <p>Wo ist die Kontraktur entstanden?</p> <p><input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug)</p> <p><input type="checkbox"/> woanders, und zwar:</p>
11.4	<p>Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Ellbogengelenk vor?*</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12)</p> <p>Wo ist die Kontraktur entstanden?</p> <p><input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug)</p> <p><input type="checkbox"/> woanders, und zwar:</p>

Auf Basis dieser Daten wurden die Bewohner ermittelt, bei denen zum ersten Erhebungszeitpunkt keine Kontraktur angegeben wurde, bei denen dies aber zum zweiten oder dritten Erhebungszeitpunkt der Fall war. War an einem der erfassten Gelenke eine Kontraktur neu hinzugekommen, wurde für den Bewohner die Entstehung einer Kontraktur konstatiert. Aus der Berechnung der Ergebnisse wurden Bewohner ausgeschlossen, die keine oder nur geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität aufwiesen, da Immobilität als zentraler Risikofaktor für die Entstehung von Kontrakturen gilt (Gnass et al. 2010). Als Grundlage für die Zuordnung eines Bewohners in die entsprechende Gruppe wurde das Ergebnis des Moduls „Mobilität“ des NBA herangezogen.

Hinweise aus den Regionalgruppen lassen vermuten, dass vor allem das Einschätzen schwach ausgeprägter Kontrakturen den Mitarbeitern der Einrichtungen erhebliche Probleme bereitet. Deshalb wurden in zwei Einrichtungen bei insgesamt 58 Bewohnern unabhängig voneinander Einschätzungen zum Vorliegen von Kontrakturen durch Pflegekräfte und Physiotherapeuten erhoben, um die Übereinstimmung dieser Beurteilungen zu ermitteln. Hinsichtlich der Frage, ob bei einem Bewohner mindestens eine Kontraktur vorliegt, deckten sich die Einschätzungen der beiden Berufsgruppen zu 74,1%. Bezogen auf die einzelnen zu erfassenden Gelenke zeigten sich teilweise größere Abweichungen. Der Grad der Übereinstimmung unterschied sich nicht wesentlich zwischen den beiden beteiligten Einrichtungen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 72: Übereinstimmung zwischen Pflegekräften und Physiotherapeuten zum Vorliegen von Kontrakturen bei Bewohnern mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen, N=58

Fragestellung	Anteil übereinstimmender Einschätzungen von Pflegekräften und Physiotherapeuten
Liegt eine Kontraktur am Hüftgelenk vor?	69%
Liegt eine Kontraktur am Kniegelenk vor?	69%
Liegt eine Kontraktur am Sprunggelenk vor?	69%
Liegt eine Kontraktur am Ellenbogen vor?	79,3%
Liegt bei dem Bewohner mindestens 1 Kontraktur vor?	74,1%

Unterstellt man, dass Physiotherapeuten aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation zu einer sichereren Einschätzung in der Lage sind, wurden durch die Pflegekräfte, abhängig von der Lokalisation der potenziellen Kontraktur, in 21% bis 31% der Fälle Fehleinschätzungen getroffen. Dabei handelt es sich nach Einschätzung der Physiotherapeuten überwiegend um das Nichterkennen einer bestehenden Kontraktur. Seltener wurde von den Pflegekräften das Vorliegen einer Kontraktur angegeben, die nach Einschätzung der Physiotherapeuten nicht vorlag.

Die Ergebnisse der Erprobung machen, auch wenn angesichts der Unsicherheiten bei der Datenerhebung Zurückhaltung geboten ist, deutlich, dass die Entstehung von Kontrakturen ein hochrelevantes Problem in der stationären Langzeitversorgung darstellt. Von 888 einbezogenen Bewohnern entwickelten 94 (10,6%) nach Angaben der Pflegekräfte neue Kontrakturen. Lediglich in 13 von 45 Einrichtungen war dies bei keinem der Bewohner der Fall. In den Einrichtungen mit Vollerhebungen betrug der Anteil der Bewohner mit neu erworbener Kontraktur 11,8%. Die Anteilswerte schwankten zwischen 5,4% und 27% der Bewohner. Einen Überblick über die Neuentstehung von Kontrakturen gibt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 73: Entstehung von Kontrakturen bei Bewohnern mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen in Vollerhebungseinrichtungen

Einrichtung	Bewohner mit neuen Kontrakturen	Einbezogene Bewohner	Anteil der Bewohner mit neuen Kontrakturen
21	2	37	5,4%
41	3	43	7,0%
22	3	38	7,9%
17	2	25	8,0%
30	3	35	8,6%
36	2	21	9,5%
19	2	20	10,0%
29	5	44	11,4%
18	9	48	18,8%
2	10	37	27,0%
gesamt	41	348	11,8%

Der Indikator kann trotz bestehender Probleme bei der Datenerhebung für das interne Qualitätsmanagement stationärer Pflegeeinrichtungen empfohlen werden. Voraussetzung ist allerdings eine einheitliche Richtschnur, anhand derer die Einschätzung zum Vorliegen einer Kontraktur getroffen wird. Dafür sind unter Umständen Schulungen der beteiligten Mitarbeiter notwendig.

Intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen

Ein intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen ist von hoher Relevanz für den Bewohner. Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen nehmen aufgrund ihres eingeschränkten Gesundheitszustandes häufig eine Vielzahl verschiedener Präparate ein. Die Gefahr und die Zahl unerwünschter Neben- oder Wechselwirkungen steigen mit der Anzahl eingenommener, verschiedener Medikamente. Dies gefährdet die Gesundheit der Bewohner. Beispielsweise geht man schon ab drei eingenommenen Medikamenten von einem erhöhten Sturzrisiko aus (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007).

Es ist daher besonders wichtig, die Medikation auf mögliche Wechselwirkungen hin überprüfen zu lassen. Auch wenn die Medikamente durch die behandelnden Ärzte verschrieben werden, gibt es Einflussmöglichkeiten für die Einrichtung. Es sind Koordinationsmöglichkeiten gegeben, wenn mehrere verordnende Ärzte beteiligt sind.

Die Einrichtung kann außerdem durch Kooperationsverträge mit Apotheken eine Überprüfung möglicher Wechselwirkungen sicherstellen. Nach § 12a Apothekengesetz sind Apotheker verpflichtet, bei der Versorgung der Heimbewohner mit Arzneimitteln mit der Einrichtung einen Kooperationsvertrag zu schließen. Ziel dieses Vertrages ist die Verbesserung der Versorgung der Heimbewohner mit Arzneimitteln. Mit diesem Kooperationsvertrag ist der Apotheker verpflichtet, die ordnungsgemäße Versorgung der Heimbewohner zu gewährleisten. Dazu gehört neben Information und Beratung auch die regelmäßige inhaltliche Überprüfung der Verordnung nach möglichen Interaktionen der verschriebenen Medikamente und ggf. Information des behandelnden Arztes (Bundesapothekerkammer 2009).

Die Frage, ob bei einem Bewohner ein intensiver Medikamenteneinsatz vorliegt, wird regelmäßig als Indikator zur Qualitätsbeurteilung in der Langzeitversorgung genutzt (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004). International werden größtenteils Bewohner mit neun oder mehr Medikamenten in die Bewertung einbezogen (The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) 2004). Eine Kombination mit einer Überprüfung durch einen Arzt oder einen Apotheker ist in anderen Ländern nicht üblich.

In den Erprobungsergebnissen wurde der Anteil der Bewohner betrachtet, die mehr als fünf verschiedene Medikamente regelmäßig einnehmen und bei denen mögliche Wechselwirkungen nicht durch einen Arzt oder Apotheker überprüft wurden. Die Mitarbeiter füllten dazu folgende Fragen im Erhebungsbogen auf Grundlage der Dokumentation in der Einrichtung aus.

Extensiver Medikamenteneinsatz	
13.1	Bitte geben Sie an, wie viele verschiedene ärztlich verordnete Medikamente der Bewohner regelmäßig einnimmt oder verabreicht bekommt.* Anzahl der Medikamente: _____
13.2	Werden mögliche Wechselwirkungen der Medikamente durch eine Apotheke oder einen Arzt überprüft?*
	<input type="checkbox"/> ja, in regelmäßigen Zeitabständen <input type="checkbox"/> ja, bei Veränderungen der Medikation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
13.3	Bezieht der Bewohner seine Medikamente eigenständig, ohne dass die Einrichtung ihn dabei unterstützt?*
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

In den Ergebnissen zeichnet sich ebenfalls die hohe Relevanz der Thematik ab. Im Durchschnitt nahmen die Bewohner der einbezogenen Einrichtungen 6,4 verschiedene Medikamente ein. Die Hälfte der Bewohner (52,9%) nahm mehr als fünf verschiedene Medikamente ein.

Die Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen wurde in den Einrichtungen sehr einheitlich gehandhabt. In den Einrichtungen mit Vollerhebung gab es keine Überprüfung nur bei 12,8% der Bewohner (siehe Tabelle). Auch in der Gesamtstichprobe zeigte sich ein ähnliches Bild. Der Anteil lag hier bei 12,1%.

Tab. 74: Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen bei Bewohnern, die mehr als fünf Medikamente regelmäßig einnehmen (Vollerhebungseinrichtungen)

Bewohner ohne Überprüfung der Wechsel-/Nebenwirkungen	Bewohner gesamt	Anteil Bewohner ohne Überprüfung
57	444	12,8%

In 9 von den 10 berücksichtigten Einrichtungen wurde eine Überprüfung bei 100% der Bewohner durchgeführt. In einer Einrichtung war die Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen den Mitarbeitern bei allen Bewohnern nicht bekannt. Diese wurde wie eine feh-

lende Überprüfung der Neben-/Wechselwirkungen gewertet. Eine systematische Überprüfung ist nicht im Konzept dieser Einrichtung verankert.

Die Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen wird innerhalb einer Einrichtung somit sehr einheitlich gehandhabt, d. h. sie findet für sämtliche Bewohner statt oder für nur sehr wenige. Ein Mehr oder Weniger an Ergebnisqualität lässt sich mit diesem Indikator nicht darstellen. Es handelt sich also um ein Merkmal, dass eher auf der Struktur- und Prozessebene überprüft werden könnte.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Information über wahrscheinliche Wechselwirkungen bei Multimedikation zwar eine wichtige Voraussetzung für eine Korrektur ist, aber für sich genommen nicht ausreicht, um das dahinter stehende Versorgungsproblem zu lösen.

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Thema Verhaltensauffälligkeiten ist von hoher Relevanz für die pflegerische Versorgung in vollstationären Einrichtungen (Castle 2006). Verhaltensweisen wie zielloses Umhergehen, Aggressivität oder Apathie können hohe Anforderungen und Belastungen für die Pflegenden mit sich bringen. Sie nehmen außerdem Einfluss auf die Person, die dieses Verhalten zeigt, ebenso auf das Wohlbefinden des Personals und anderer Bewohner in der Einrichtung sowie auf die gesamte Atmosphäre in dem Pflegeheim (Commonwealth of Australia 2006). Einem professionellen Umgang mit dieser Thematik kommt angesichts des steigenden Anteils von Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen eine immer größere Bedeutung zu.

Das Thema Verhaltensauffälligkeiten wird in verschiedener Form zur Bewertung von Ergebnissen der Langzeitversorgung herangezogen. U. a. wird das Thema durch einen Indikator in der National Database of Nursing Quality Indicators der American Nurses Association abgebildet (Montalvo 2007).

In der Erprobungsphase wurde der Anteil der Bewohner, die in den letzten 14 Tagen bestimmte Verhaltensweisen oder psychische Problemlagen zeigten, betrachtet. Die Häufigkeit von Verhaltensweisen wurde von den Einrichtungsmitarbeitern mit dem Modul „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ aus dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) an den drei Erhebungsstichtagen eingeschätzt.

5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0 = nie 1 = maximal 1x wöchentlich 2 = mehrmals wöchentlich 3 = täglich			
5.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Beschädigung von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	Andere vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13	Sonstige inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Anteil der Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten lag in der Gesamtstichprobe bei der ersten Erhebung bei 73,2% (Min. 25,0% Max. 100%), zum zweiten Erhebungszeitpunkt bei 69,0% (Min. 31,6%, Max. 97,4%) und zum dritten Erhebungszeitpunkt bei 71,2% (Min. 25,0%, Max. 100%). Der Anteil streut relativ stark zwischen den Einrichtungen. Dies wird bereits deutlich, wenn nur die Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebung betrachtet werden.

Tab. 75: Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern (Vollerhebungseinrichtungen, N=612)

Einrichtung	1. Erhebungszeitpunkt		2. Erhebungszeitpunkt		3. Erhebungszeitpunkt		Einbezogene Bewohner
	Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten	Anteil Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten	Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten	Anteil Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten	Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten	Anteil Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten	
2	47	75,8%	41	66,1%	45	72,6%	62
17	28	50,9%	23	41,8%	32	58,2%	55
18	72	81,8%	70	79,5%	73	83,0%	88
19	34	91,9%	33	89,2%	30	81,1%	37
21	46	86,8%	36	67,9%	40	75,5%	53
22	36	72,0%	31	62,0%	28	56,0%	50
29	24	30,4%	25	31,6%	26	32,9%	79
30	30	54,5%	31	56,4%	42	76,4%	55
36	33	66,0%	34	68,0%	37	74,0%	50
41	62	74,7%	63	75,9%	66	79,5%	83
gesamt	412	67,3%	387	63,2%	419	68,5%	612

Betrachtet man nur den Anteil der Bewohner, die in den letzten 14 Tagen mindestens erhebliche Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Problemlagen gezeigt haben, ergibt sich ein sehr ähnliches Bild. Auch hier gibt es sehr große Unterschiede zwischen den Einrichtungen.

Tab. 76: Häufigkeit von erheblichen Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern (Vollerhebungseinrichtungen, N=612)

	Bewohner mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten	Bewohner gesamt	Anteil Bewohner mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten	Minimum	Maximum
T0	914	1.634	55,9%	15,2%	89,5%
T1	865	1.634	52,9%	20,3%	94,4%
T2	926	1.634	56,7%	16,7%	100,0%

Aus diesen Ergebnissen und verschiedenen Forschungsbefunden kann geschlossen werden, dass Vergleiche zwischen Einrichtungen nur bedingt möglich sind. Zum einen streuen die Anteile der Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten stark zwischen und innerhalb der Einrichtungen. Zum anderen können diese Unterschiede nur bedingt durch das Handeln der Einrichtungen erklärt werden. Eine Einrichtung kann zwar einen Beitrag zur Reduzierung problematischer Verhaltensweisen leisten, indem z. B. geeignete Rahmenbedingungen im Lebensalltag geschaffen werden (z. B. Zimmereinrichtung, Beleuchtung, Tagesstrukturierung) oder geeignete Angebote (z. B. biografieorientierte Aktivierungsangebote) vorgehalten werden (Davis/Burgio 1999; De Young et al. 2002; Fitzwater/Gates 2002). Allerdings werden derartige Verhaltensweisen durch zahlreiche andere Faktoren beeinflusst, vor allem durch das Vorliegen kognitiver Einbußen (Bartholomeyczik et al. 2006). Das Ergebnis einer Einrichtung ist somit in einem hohen Maße von deren Bewohnerstruktur abhängig. Verhaltensweisen sind im Übrigen wenig stabil im Zeitverlauf.

Beim jetzigen Stand der Forschung sollte daher die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten nicht zum Vergleich zwischen Einrichtungen herangezogen werden. Eine einrichtungsinterne Verwendung ist aber möglich und sinnvoll, beispielsweise wenn die Wirkungen pflegerischer Interventionskonzepte, die in einer Einrichtung genutzt werden, überprüft und optimiert werden sollen.

Anders gesagt: Es gibt eine gewisse empirische Evidenz, dass sich Verhaltensprobleme von Heimbewohnern mit pflegerischen Mitteln beeinflussen lassen (vgl. Wingenfeld et al. 2011). Ein Vergleich zwischen den Einrichtungen wirft aber zu viele methodische Probleme und Unsicherheiten auf.

Management von Harninkontinenz

Das Management von Kontinenzproblemen bei Bewohnern stationärer Einrichtungen wird als wichtige pflegerische Aufgabe angesehen. Es gibt international und auch national Standards und Akkreditierungskriterien, die das Aufgabenfeld der Pflege für diesen Bereich ab-

stecken. Das Augenmerk liegt dabei auf der Sicherstellung eines angemessenen Kontinenzmanagements bzw. einer angemessenen Kontinenzförderung (DNQP 2006b). Ein wichtiger Zwischenschritt bei der Verwirklichung dieser Ziele ist die Planung von Maßnahmen zum Erhalt oder der Verbesserung des Kontinenzstatus eines Bewohners, wenn dieser von Inkontinenz betroffen oder bedroht ist. Dieser Sachverhalt wurde für inkontinente Bewohner im Rahmen der Erhebungen erfragt.

Auf Basis der so gewonnenen Daten wurde der Anteil der Bewohner berechnet, die unter einer Harninkontinenz leiden und bei denen ein Maßnahmenplan zum Erhalt und/oder der Verbesserung des Kontinenzstatus vorlag. Dabei zeigte sich, dass dies bezogen auf die Einrichtungen mit Vollerhebung nur bei 74,3% der Bewohner der Fall war. Beim Vergleich der einzelnen Einrichtungen zeigt sich eine Spannweite der Ergebnisse zwischen 38,2% und 97,4%. Dies war insofern überraschend, als ein Großteil der Einrichtungen im Vorfeld signalisiert hatte, dass bei inkontinenten Bewohnern regelhaft Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung des Kontinenzstatus geplant werden. Das Ergebnis der Erprobung macht in dieser Hinsicht deutlich, wie wichtig eine regelmäßige Überprüfung von Versorgungsprozessen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann und dass dabei durchaus unerwartete Defizite aufgedeckt werden können.

Häufigkeit von Medikationsfehlern

Medikationsfehler sind von hoher Relevanz, da sie drastische Folgen für den Bewohner haben können (Millar et al. 2004). Die Pflegesensitivität ist hoch, da die Pflegekräfte in den Heimen für die Austeilung und Verabreichung der Medikamente verantwortlich sind. Der Indikator ist relativ unabhängig von der Bewohnerstruktur (White/McGillis Hall 2003).

Der Indikator wird sehr häufig zur Qualitätsbeurteilung in der Akutversorgung herangezogen, wird aber auch in der Langzeitpflege erprobt (z. B. in den Indikatorensets der OECD und der ESQH). Häufig wird der Indikator wie folgt definiert: Anteil der Bewohner, bei denen es in der Einrichtung zu Medikationsfehlern (falsche Dosis, falscher Zeitpunkt, falsches Medikament, falsche Verabreichung oder vergessene Verabreichung) gekommen ist.

Es treten jedoch erhebliche Probleme bei der Erfassung auf, da eine hohe Dunkelziffer zu vermuten ist. Medikationsfehler bleiben häufig unentdeckt, gerade wenn sie nur geringe oder keine Konsequenzen haben (White/McGillis Hall 2003). Eine vergleichende Bewertung ist daher nicht tragfähig, da möglicherweise Einrichtungen mit einer guten Fehlerdokumentation benachteiligt werden können.

Aufgrund der unsicheren Informationslage ist der Indikator auch im internen Qualitätsmanagement nur begrenzt nutzbar. Da das Thema für die Bewohner äußerst wichtig ist und die Vermeidung von Medikationsfehlern auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität im internen Qualitätsmanagement häufig ein wichtiges Thema darstellt, sollten die Möglichkeiten seines Einsatzes in diesem Aufgabenfeld jedoch geprüft und ausgeschöpft werden.

6.1.2 Indikatoren der Bereiche 4 und 5

Die hier benannten Indikatoren wurden im Rahmen der Erprobungsphase getestet und können derzeit nur eingeschränkt empfohlen werden. Sechs der Indikatoren sind bereits für das interne Qualitätsmanagement zu empfehlen, ein Indikator konnte während der Projektlaufzeit noch nicht zur vollständigen Anwendungsreife geführt werden. Für den Indikator „Mitarbeiterzeit“ wird eine weitere Prüfung in größeren Stichproben empfohlen. Zwei der Indikatoren („Risiko soziale Deprivation“ und „Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten“) könnten nach weiteren Entwicklungsarbeiten auch für eine externen Qualitätsbeurteilung verwandt werden. Für den Indikator „Risiko soziale Deprivation“ wird neben der Entwicklung eines geeigneten Verfahrens der Einzelfallanalyse zur externen Validierung auch ein gesellschaftlicher Konsens über das einzuhaltende Maß an sozialen Kontaktmöglichkeiten für die Gruppe der in ihrer Mobilität deutlich eingeschränkten Bewohner zu treffen sein. Dabei handelt es sich um die Kontaktmöglichkeiten, die über eine Versorgung von körperlichen Bedürfnissen hinausreichen. Aufgrund der besonderen Relevanz der beiden Indikatoren wird eine Fortführung der Entwicklung empfohlen.

Zur Anwendung in eingeschränkten Bereichen empfohlen werden können die Indikatoren:

- Wunschgemäßer Zimmertyp aus Nutzersicht
- Grad der Möglichkeit zur Möblierung
- Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht
- Risiko soziale Deprivation
- Späte Unterstützung: Quote kritischer Schmerzereignisse
- Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten.

Zur abschließenden Entwicklung empfohlen werden die Indikatoren

- Mitarbeiterzeit
- Risiko soziale Deprivation (zur Nutzung in externen Qualitätsbeurteilungen)
- Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten (zur Nutzung in externen Qualitätsbeurteilungen).

Wunschgemäßer Zimmertyp aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Der Indikator erfasst, ob der Bewohner im gewünschten Zimmertyp lebt.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben (= Anzahl der Bewohner, die wunschgemäß untergebracht sind) aus Bewohnersicht.

Ergebnis 2: Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben (= Anzahl der Bewohner, die wunschgemäß untergebracht sind) aus Angehörigensicht.

Relevanz

Der Indikator ist aus Verbraucherperspektive als relevant einzustufen. Bewohner benennen häufig die Vorteile der jeweiligen Wohnform (Einzel- oder Doppelzimmer) für ihre individuelle Lebensqualität. Der Wunsch nach einer bestimmten Unterbringungsform hängt von den individuellen Wünschen ab. In Fällen, in denen dieser Wunsch nicht erfüllt werden kann, wird dies von Bewohnern als belastend erlebt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Regulation der Privatheit gestört wird und Rückzugsmöglichkeiten fehlen. 99% der Personen, die in einem Einzelzimmer leben, sind mit dieser Wohnform zufrieden, aber nur 73,5% der Bewohner von Doppelzimmern. Trotz dieses deutlichen Unterschiedes kann hieraus nicht abgeleitet werden, dass alle Bewohner ein Einzelzimmer wünschen. Als Vorteile des Doppelzimmers werden von den Befragten vor allem die soziale Nähe, die Möglichkeit zur gegenseitigen Unterstützung und ein reduziertes Angstempfinden benannt. Wesentlich im Sinne des individuellen Wohlbefindens ist die Passung zwischen dem individuellen Zimmerwunsch und dem bewohnten Zimmertyp.

Tab. 77: Art des Zimmers entspricht den Wünschen des Bewohners (Erprobungsphase 1 und 2, N=426)

			Art des Zimmers		Gesamt
			Einzelzimmer	Doppelzimmer	
Entspricht Wünschen des Bewohners	Ja	Anzahl	341	61	402
		% innerhalb von Art des Zimmers	99,4%	73,5%	94,4%
	Nein	Anzahl	2	22	24
		% innerhalb von Art des Zimmers	,6%	26,5%	5,6%
Gesamt		Anzahl	343	83	426
		% Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Eine Beeinflussbarkeit ist langfristig gegeben mittels Anpassung der Angebotsstruktur (z. B. architektonisch) auf die Marktbedürfnisse und mittelfristig durch ein geeignetes Platzvergabeverfahren bei frei werdenden Ressourcen an Neukunden und Bewohner.

Methodische Güte

Der Indikator lässt sich von den befragten Personen leicht beantworten. Das Ergebnis der Wiederholungsbefragung ist sehr stabil (100%, N=40).

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird z. B. im „Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach (2008): Vergleich mit anderen Heimen in NRW“ eingesetzt, ebenso wird die Zufriedenheit mit der Wohnsituation von G. Ströhlein (2009) verwendet. Der National Care Standard – Scottish Executive (Scottish Executive Health Department 2007) weist auf den Anspruch auf ein Einzelzimmer seit 2007 hin.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Eingesetzt wurden das Bewohnerinterview und die schriftliche Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortkategorien:

Tab. 78: Bewohnerbefragung „Wunschgemäßer Zimmertyp“

Nr.	Bewohnerbefragung	Antwortkategorien
1	1. Sie leben hier in einem ...	„Einzelzimmer“ – „Doppelzimmer“ – „Mehrbettzimmer“
2	2. Entspricht das Ihren Wünschen?	„Ja“ – „Nein“

Tab. 79: Angehörigenbefragung „Wunschgemäßer Zimmertyp“

	Angehörigenbefragung	Antwortkategorien
1	1. Welchen Zimmertyp bewohnt Ihr Angehöriger?	„Einzelzimmer“ – „Doppelzimmer“ – „Mehrbettzimmer“ – „Ist mir nicht bekannt“
2	2. Entspricht das seinen Wünschen?	„Ja“ – „Nein“

Ein alternatives Verfahren mit Erfassung der Daten durch Mitarbeiter der Einrichtungen wurde ebenfalls geprüft. Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben, lag bei Erfassung durch das Einrichtungspersonal bei 97,7% (N=1.964, Min.: 88,1%; Max.: 100%). Innerhalb der Stichprobe der Einrichtungen mit Bewohner- und Angehörigenbefragung beurteilten die Mitarbeiter den Anteil wunschgemäß untergebrachter Bewohner im Durchschnitt höher als diese selbst oder ihre Angehörigen. Die Erfassung über Mitarbeiterbefragung ist somit störanfällig und nicht stabil. Die Generierung eines positiveren Ergebnisses ist durch einen Ausschluss von Bewohnern möglich. Die angegebene Ausschlussquote von Bewohnern beträgt bei den Einrichtungen zwischen 0% und 52,2%. Es konnte kein systematischer Zusammenhang zwischen dem Ausschluss („Wunsch des Bewohners kann nicht angegeben werden“) und dem kognitiven Status eines Bewohners festgestellt werden.

Erprobungsergebnisse

Die Wahrscheinlichkeit, in einem Einzelzimmer zu leben, ist für den Kreis der als „nicht befragbar“ eingestuften Personen deutlich geringer. So leben 78,8% (N=659) der als befragbar

einzustufenden Bewohner der Gesamtstichprobe des Projekts in einem Einzelzimmer, während dieser Anteil in der Gruppe der nicht befragbaren Bewohner 58,8% (N=1.259) beträgt.

Tab. 80: Bewohnter Zimmertyp in Abhängigkeit von Befragbarkeit (N=1.918)

			befragbare Bewohner	nicht befragbare Bewohner	gesamt
Zimmer	Einzelzimmer	Anzahl	519	740	1259
		%	78,8%	58,8%	65,6%
	Zweibettzimmer	Anzahl	140	505	645
		%	21,2%	40,1%	33,6%
	Mehrbettzimmer	Anzahl	0	14	14
		%	,0%	1,1%	,7%
Gesamt		Anzahl	659	1259	1918
			100,0%	100,0%	100,0%

Es sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar, 66,4% der Frauen und 65,4% der Männer leben in einem Einzelzimmer. Einen wesentlichen Einfluss hat jedoch die Pflegestufe. In der Pflegestufe 1 liegt die Einzelzimmerquote bei 78,3%, in der Pflegestufe 3 bei 50,9%.

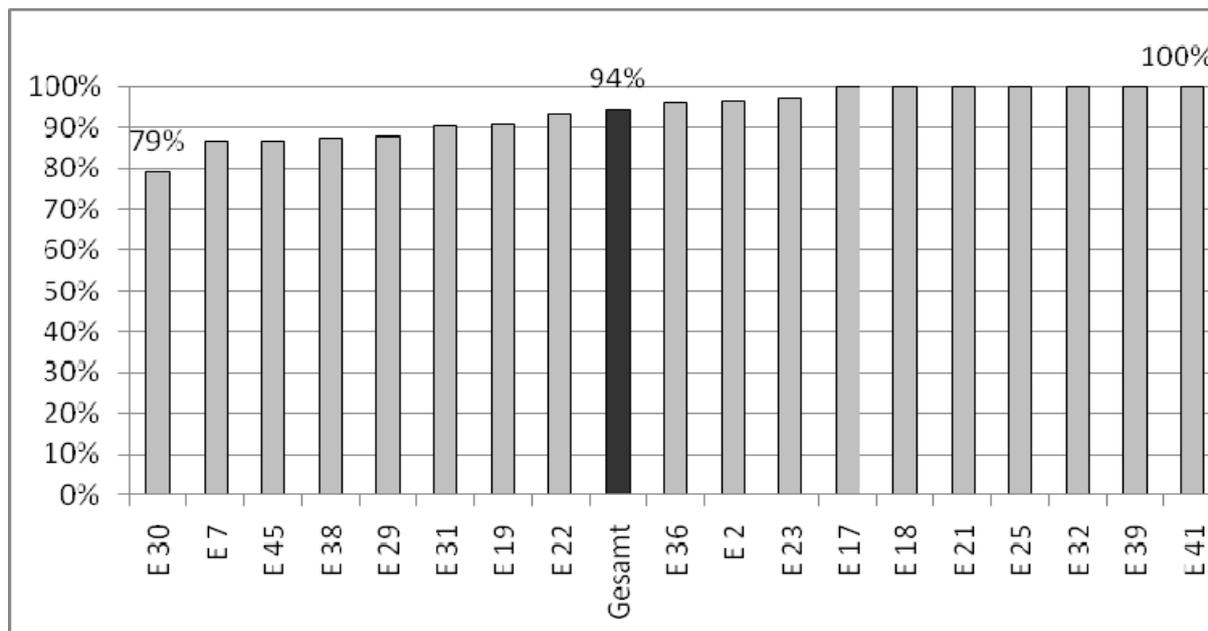
Tab. 81: Bewohnter Zimmertyp nach Pflegestufenverteilung (N=1.916)

Zimmertyp und Pflegestufenverteilung								
			Pflegestufe					Gesamt
			Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Pflegestufe 3 + Härtefall	
	Einzelzimmer	Anzahl	47	493	510	201	6	1257
		%	75,8%	78,3%	62,7%	50,9%	37,5%	65,6%
	Zweibettzimmer	Anzahl	15	134	301	185	10	645
		%	24,2%	21,3%	37,0%	46,8%	62,5%	33,7%
	Mehrbettzimmer	Anzahl	0	3	2	9	0	14
		%	0,0%	0,5%	0,2%	2,3%	0,0%	0,7%
Gesamt		Anzahl	62	630	813	395	16	1916
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Das strukturelle Angebot unterscheidet sich deutlich zwischen den Einrichtungen. Im Durchschnitt beträgt der Anteil an Einzelzimmern 73,1% (Min.: 11,7%; Max.: 100%).

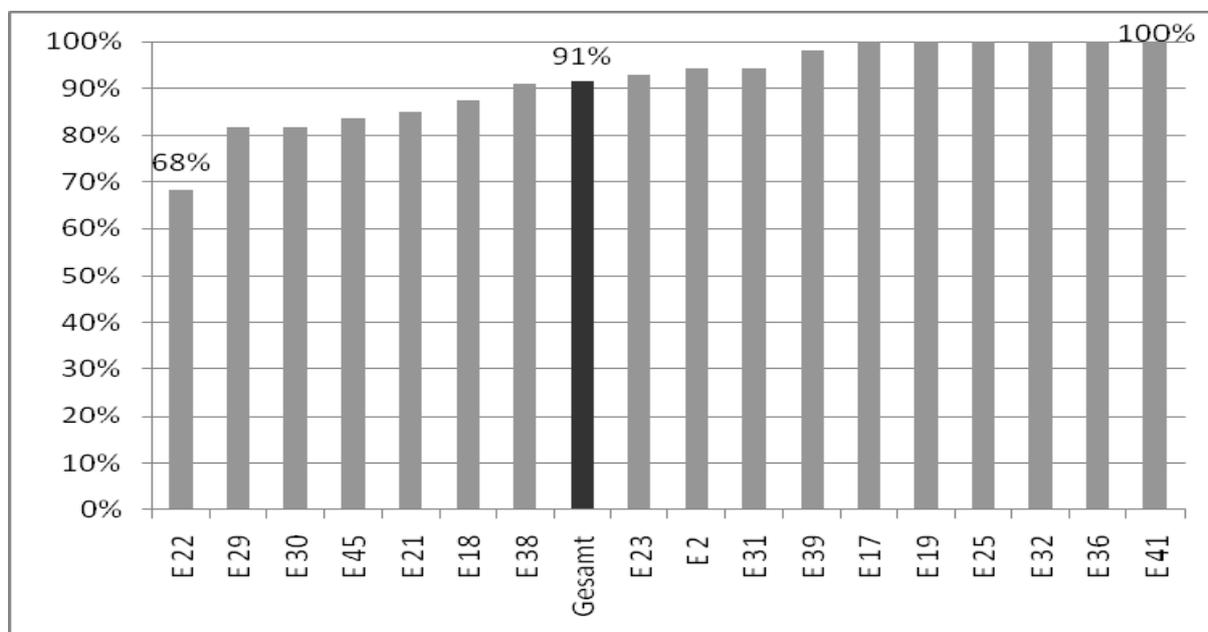
Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben, liegt aus Bewohnersicht bei 94% (Min.: 79%; Max.: 100%; N=427). Wenn der Wunsch nach einem Zimmerwechsel besteht, handelt es sich in der Regel (75%) um den Wunsch nach einem Einzelzimmer.

Abb. 31: Anteil der Bewohner, die angeben im gewünschten Zimmertyp zu leben (18 Einrichtungen, N=427)



Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben, liegt aus Angehörigensicht bei 91% (Min.: 68%; Max.: 100%; N=380) und variiert zwischen den Einrichtungen deutlich.

Abb. 32: Anteil der Bewohner, die aus Angehörigensicht im gewünschten Zimmertyp leben (17 Einrichtungen, N=380)



Auch wenn insgesamt bereits ein hoher Grad der Bedürfnisdeckung der Bewohner erreicht ist, lässt sich mittels dieses Verfahrens eine Einrichtung erkennen, in der jeder 5. Befragte angegeben hat, nicht im gewünschten Zimmertyp zu leben (vgl. tabellarische Übersicht).

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator eignet sich zum Einsatz im internen Qualitätsmanagement, um eine Fehlunterbringung von Bewohnern, die sich ggf. nicht aktiv hierzu äußern, zu vermeiden. Eine Verwendung in externen Qualitätsprüfungen ist möglich.

Zusammenfassung

Der Indikator ist leicht und stabil erfassbar. Er eignet sich vor allem für das interne Qualitätsmanagement. Für die externe Darstellung ist aus Verbrauchersicht eher eine Angabe von Strukturdaten (Anzahl der Einzel- und Doppelzimmer der Einrichtung) sinnvoll.

Grad der Möglichkeit zur Möblierung

Inhaltliche Definition

Der von der Einrichtung angebotene Grad der Möglichkeit zur Mitnahme eigener Möbel in Abhängigkeit vom Zimmertyp (Einzelzimmer und Doppelzimmer).

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Der Indikator wird als Hilfsindikator eingesetzt. Ergebnis ist einer von 7 Gestaltungstypen, die sich anhand der Kombination folgender Gestaltungsgrade I bis IV für die beiden Zimmertypen ergeben:

- Grad I: Es besteht keine Möglichkeit, Möbel mitzubringen.
- Grad II: Es besteht die Möglichkeit, bis zu 2 Kleinmöbel mitzubringen.
- Grad III: Es besteht die Möglichkeit, mehr als 2 Kleinmöbel und/oder größere Möbelstücke mitzubringen.
- Grad IV: Der Raum kann vollständig mit eigenen Möbeln ausgestattet werden (Ausnahme Pflegebett).

Relevanz

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ 2009) benennt in Artikel 3 das Recht auf die Gestaltung des bewohnten Zimmers mit Kleinmöbeln, auch bei einem Doppelzimmer. Ein hoher Grad der Möglichkeit zur Mitnahme eigener Möbel erlaubt den Bewohnern die Fortführung individueller Präferenzen, bildet einen Rückbezug zum Leben vor dem Heimeinzug und ist Ausdruck ihrer Individualität. Aus ökopsychologischer Sicht ist mit einem verhaltenslenkenden Effekt zu rechnen. Die Orientierung und die häufig als kritisches Lebensereignis erlebte Phase des Einlebens in der Einrichtung werden positiv unterstützt. Das Zimmer wird für Mitarbeiter als persönlicher Raum des Bewohners leichter wahrnehmbar, die Regulation der Privatheit wird erleichtert.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Eine Beeinflussbarkeit ist in hohem Maße gegeben. Feste Einbaumöbel in den Zimmern wirken erschwerend bei der individuellen Gestaltbarkeit des Raumes.

Methodische Güte

Es ist von einer korrekten Erfassung auszugehen. Das übermittelte Ergebnis ist leicht durch eine Begehung vor Ort überprüfbar.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Die Gestaltungsmöglichkeiten des Bewohnerzimmers werden in anderer Form (meist durch qualitative Beurteilung) bereits in anderen Verfahren (z. B. BIVA) eingesetzt. Die Ergebnisse erfordern dabei zum Teil eine Interpretationsleistung einer beurteilenden Person. Das Ergebnis kann zwischen verschiedenen beurteilenden Personen divergieren.

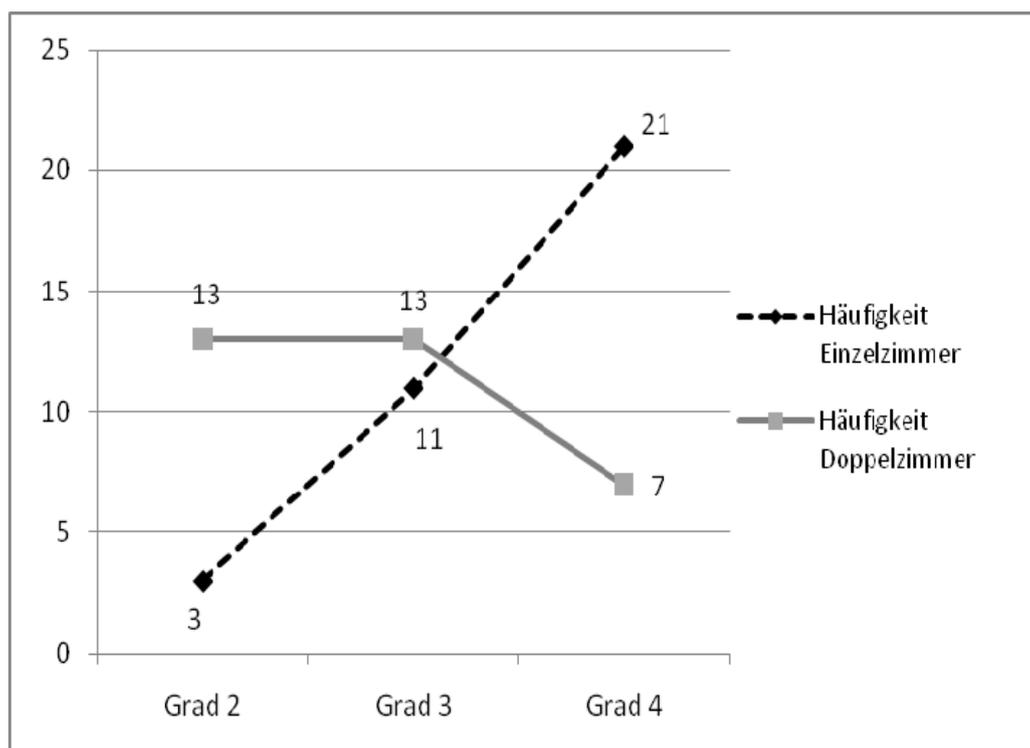
Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Erfassung erfolgt durch einen Heimleiterfragebogen. Alternativ könnte das Ergebnis mittels einer Begehung in der Einrichtung ermittelt werden.

Erprobungsergebnisse

Die Möglichkeit zum Grad der Möblierung hängt mit dem bewohnten Zimmertyp zusammen. In einem Einzelzimmer besteht meist ein höherer Grad der Möglichkeit zur Eigenmöblierung als in einem Doppelzimmer (vgl. folgende Abbildung).

Abb. 33: Grad der Möglichkeit zur Möblierung in Abhängigkeit vom Zimmertyp (36 Einrichtungen)



Bewertungssystematik

Die Typenbildung und Ergebnisbewertung erfolgt anhand des folgenden Schemas:

Grad der Möglichkeit zur Möblierung		
Typ	zu erfüllendes Kriterium	Bewertung
Typ A	Grad IV in allen Zimmern	Höchster Grad der Möglichkeit zur Möblierung für <u>alle</u> Bewohner
Typ B	Kombination von Grad III und Grad IV	Höchster oder hoher Grad der Möglichkeit zur Möblierung für alle der Bewohner
Typ C	Grad III in allen Zimmern <i>Alternativ:</i> Kombination von Grad II und Grad IV	Hoher Grad der Möglichkeit zur Möblierung für <u>alle</u> Bewohner <i>Alternativ:</i> Höchster Grad der Möglichkeit zur Möblierung für einen Teil der Bewohner <u>und</u> geringer Grad der Möglichkeit zur Möblierung für den anderen Teil der Bewohnerschaft
Typ D	Kombination von Grad II und Grad III	Hoher Grad der Möglichkeit zur Möblierung für einen Teil der Bewohner <u>und</u> geringer Grad der Möglichkeit zur Möblierung für den anderen Teil der Bewohnerschaft
Typ E	Grad II in allen Zimmern	Geringer Grad der Möglichkeit zur Möblierung für <u>alle</u> Bewohner
Typ F	Kombination von Grad I und Grad II	Geringer Grad zur Gestaltungsmöglichkeit für einen Teil der Bewohnerschaft und keine Möglichkeit zur Möblierung für den anderen Teil der Bewohnerschaft
Typ G	Grad I in allen Zimmern	Es besteht keine Möglichkeit zur Möblierung

Die Streuung der Ergebnisse zwischen den Einrichtungen bewegt sich zwischen Typ A (höchster Grad der Möglichkeit zur Möblierung für alle Bewohner) und Typ E (geringer Grad der Möglichkeit zur Möblierung für alle Bewohner). Hohe Gestaltungsgrade (Typ A und B) sind häufiger vertreten als geringe Gestaltungsgrade. Zwischen den Einrichtungen sind deutliche Unterschiede der Möglichkeiten zur Möblierung der Zimmer erkennbar (vgl. die folgende tabellarische Übersicht).

Tab. 82: Ergebnisverteilung Grad der Möglichkeit zur Möblierung (35 Einrichtungen)

Kombinationstyp	Typ E ⁴⁵	Typ D	Typ C	Typ B	Typ A	Summe
Anzahl der Einrichtungen	2	5	14	5	9	35
% Anteil der Einrichtungen	6%	14%	40%	14%	26%	100%
Ergebnis Beurteilung	Unterdurchschnittlich		←————→			Überdurchschnittlich

⁴⁵ Vgl. hierzu die Erläuterungen „formale Definition“.

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator wird als ergänzender Hilfsindikator für den Bereich Wohnen eingesetzt. Seine Ausgabe ist im Sinne einer Strukturbeschreibung auch für Kunden von Interesse. Er schafft im Sinne einer externen Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen für Kunden Transparenz bezüglich deren Möglichkeiten zur Möblierung.

Zusammenfassung

Der Hilfsindikator bildet deutliche Unterschiede der Möglichkeiten zur Möblierung der Zimmer zwischen den Einrichtungen ab. Er schafft im Sinne einer externen Vergleichbarkeit für Kunden Transparenz bezüglich deren Möglichkeiten zur Möblierung in Abhängigkeit vom gewünschten Zimmertyp und vermittelt damit einen Eindruck über die Gestaltungsfreiheit sowie Unterstützung biografischer Kontinuität der Einrichtung.

Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Erfasst wird, ob Bewohner immer etwas zu trinken erhalten, wenn sie Durst haben.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil der positiven Antworten auf die Frage, ob bei Durst immer ein Getränk erhältlich ist, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht

Ergebnis 2: Anteil der positiven Antworten auf die Frage, ob bei Durst immer ein Getränk erhältlich ist, an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht

Relevanz

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ 2009) besagt in Artikel 4: „... Getränke sollen jederzeit zur Verfügung stehen. Die Speisen und Getränke müssen so serviert werden, dass Sie diese gut erreichen können.“ Eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung ist insbesondere für den alternden Menschen von hoher Relevanz, so führt eine nicht ausreichende Versorgung mit Flüssigkeit neben physischen Beeinträchtigungen auch zu Störungen im kognitiven Bereich. Gleichzeitig fällt es vielen alten Menschen schwer, ausreichend Flüssigkeit in kurzen Zeitabständen zu sich zu nehmen, deshalb ist ein kontinuierliches Getränkeangebot eine wesentliche Voraussetzung, um den Flüssigkeitsbedarf abzudecken.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Es besteht ein hoher Grad der Beeinflussbarkeit durch die Einrichtungen.

Methodische Güte

Die methodische Güte kann innerhalb der kleinen Stichprobe nicht beurteilt werden, da der Indikator keine Streuung aufweist, ein niedriger Ergebniswert ist in kaum einer Einrichtung zu

erwarten. Nahezu alle Bewohner, die an der Befragung teilgenommen haben, waren in der Lage, sich selbst mit Getränken zu versorgen, nur in wenigen Ausnahmefällen war dies nicht der Fall. Gerade in diesen Fällen wäre der Indikator jedoch von großer Bedeutung für die betroffenen Bewohner.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird im Rahmen der Kundenbefragung des MDK eingesetzt, ebenso verweist der „Care Standard Scottish Executive (2007)“ auf den Indikator.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator hat ein Kriterium.

Tab. 83: Bewohnerbefragung „Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Bekommen Sie <u>immer</u> etwas zu trinken, wenn Sie Durst haben?	„Ja“ – „Nein“

Tab. 84: Angehörigenbefragung „Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht“

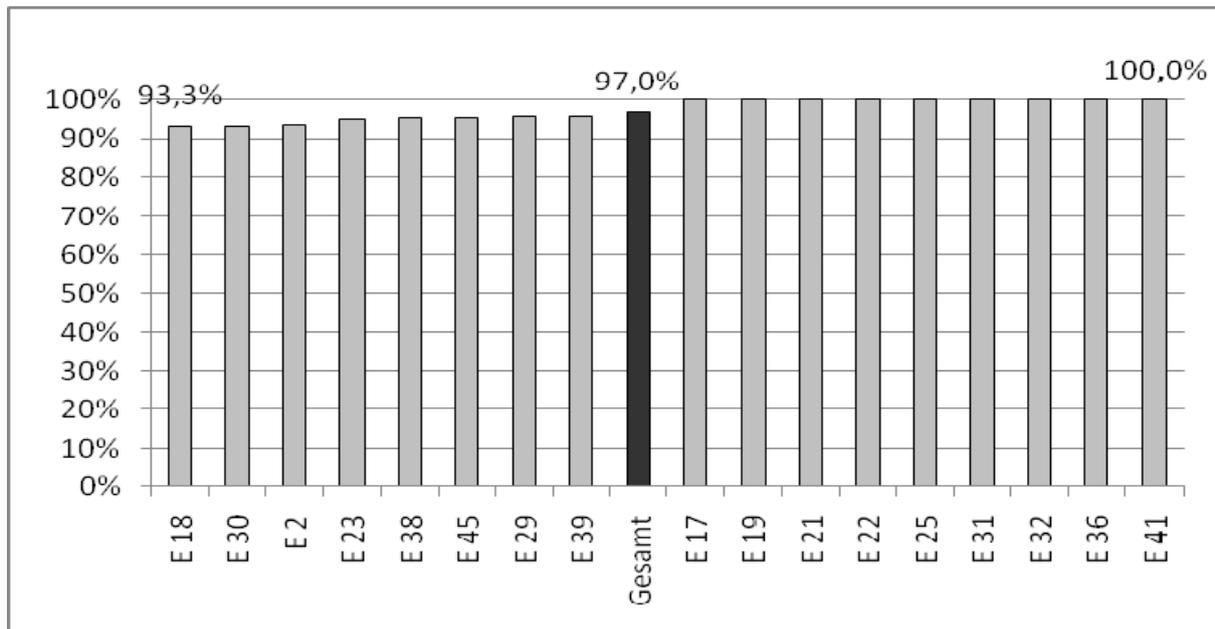
Nr.	Frage	Antwortkategorien
1	Bekommen Ihr Angehöriger <u>immer</u> etwas zu trinken, wenn er Durst hat?	„Ja“ – „Nein“

Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die angeben, bei Durst immer ein Getränk zu erhalten, liegt bei 100% (N=422).

Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die angeben, dass ihr Angehöriger bei Durst immer ein Getränk erhält, liegt bei 97% (N=397). Die Ergebnisse streuen geringfügig zwischen 93,3% und 100%.

Abb. 34: Anteil der Angehörigen, die ein ständiges Getränkeangebot angeben (17 Einrichtungen, N=397)



Bewertungssystematik

Bei diesem Indikator ist als Ergebnis ein Wert von 100% positiver Antworten zu erzielen. Eine Abweichung von max. einer negativen Antwort von bis zu 50 befragten Personen ist zulässig. Ab 50 befragten Personen sind 2 negative Antworten zulässig. Höhere Abweichungen bedürfen einer Prüfung durch externe Qualitätskontrollen bzgl. des Managements der Versorgung mit Flüssigkeit von Bewohnern.

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator wird vor allem für das interne und externe Qualitätsmanagement empfohlen. Er bietet Hinweise darauf, ob die in der Einrichtung praktizierte Versorgung mit Getränken aus Nutzersicht eine Unterversorgung verhindert.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse des Indikators streuen kaum. Trotz der fehlenden Streuung ist dieser Indikator als wichtig einzustufen, da er ein basales menschliches Bedürfnis betrifft. Er ermöglicht die Ermittlung von Einrichtungen, in denen es Probleme im Bereich der Flüssigkeitsversorgung gibt. Einschränkend ist zu benennen, dass auch bei vorliegenden guten Ergebnissen des Indikators Probleme in der Flüssigkeitsversorgung von Personen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf in diesem Bereich nicht sicher ausgeschlossen werden können.

Risiko soziale Deprivation

Inhaltliche Definition

Der Indikator ermittelt die Anzahl der Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität, die maximal an einem Tag pro Woche das Zimmer verlassen haben. Bei diesen Bewohnern be-

steht neben dem Risiko einer sozialen Isolation auch das Risiko einer Deprivation durch geringe Anregungsreize der Umwelt, sofern nicht ausreichende Einzelangebote innerhalb des Zimmers substituierend eingesetzt werden.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Anteil der Bewohner mit einem deutlich eingeschränkten Grad der Mobilität (schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bis zu völligem Verlust der Selbständigkeit im Bereich Mobilität, Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA), die maximal an einem Tag pro Woche das Zimmer verlassen haben. Ausgeschlossen wurden Bewohner, die prinzipiell ein Verlassen des Zimmers ablehnen oder gesundheitsbedingt das Zimmer nicht verlassen konnten, dies sind:

- a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung
- b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation
- c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.

Relevanz

Die Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen, bildet eine wesentliche Grundlage zur Teilhabe am sozialen Leben einer Einrichtung. Die mögliche Anregung, die Bewohner in einer Einrichtung erleben, hängt damit zusammen, inwieweit sie trotz Mobilitätseinschränkung ihr Zimmer verlassen können. Einsamkeit hat weitreichende Folgen für das seelische Gleichgewicht und die Fähigkeit zur Alltagsgestaltung: „Loneliness has been associated with cognitive deterioration, social isolation, hopelessness, and the inability to perform independent activities of daily living“ (Hicks 2000). Außerhalb des Zimmers bietet sich sowohl die Möglichkeit zur aktiven Kommunikation und Kontaktaufnahme zu anderen Personen sowie zum Personal als auch die Möglichkeit zur passiv beobachtenden Teilhabe am Gruppengeschehen: „Die passive Beteiligung, also Zuschauen, ist genauso Beteiligung wie die aktive Beteiligung“ (gos-Assessment Demenz, Gesellschaft für Organisationsentwicklung und Sozialplanung mbH 2008). Das Risiko einer sozialen Deprivation wird reduziert.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist sehr gut beeinflussbar und hängt eng mit der erbrachten Unterstützungsleistung beim Transfer aus dem Zimmer zusammen.

Methodische Güte

Der Indikator misst systematisch vergleichend die Häufigkeit, wie oft Bewohner aus dem Zimmer kommen.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Der Indikator wird bislang nicht in dieser Form in Qualitätsbeurteilungen eingesetzt. Die Erfassung der Häufigkeit des Verlassens des Zimmers spielt jedoch z. B. im gos-Assessment Demenz bereits eine Rolle.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Während des Verlaufs einer Woche wird systematisch erfasst und dokumentiert, an welchen Wochentagen sich der Bewohner außerhalb des Zimmers aufgehalten hat. Zusätzlich werden täglich gesundheitliche Einschränkungen dokumentiert. Das Verfahren ist einheitlich und systematisch.

Abb. 35: Ausschnitt aus dem Instrument zur Erfassung des Aktionsradius

Aufenthaltsort	Montag	Dienstag
<i>Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen das Zimmer nicht verlassen</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner hat sich außerhalb des Bettes aufgehalten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner hat sich außerhalb des Zimmers aufgehalten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Erprobungsergebnisse

In der überwiegenden Zahl der Einrichtungen wird auch Bewohnern mit einer deutlichen Mobilitätseinschränkung häufiger als an einem Tag pro Woche ein Aufenthalt außerhalb des Zimmers ermöglicht. In einzelnen Einrichtungen bestehen hier jedoch Probleme. Im Frühjahr 2010 waren 6%, im Herbst 2010 5% der Bewohner mit einer schweren Mobilitätsbeeinträchtigung in diesem Bereich gefährdet. Um die tatsächliche Quote der von einer sozialen Deprivation Betroffenen zu ermitteln, ist die Durchführung einer Einzelfallanalyse erforderlich.

Tab. 85: Risiko sozialer Deprivation (N=486 und N=482)

Bewohnerquote mit dem Risiko sozialer Isolation bei vorliegender schwerer Mobilitätsbeeinträchtigung							
ID	Quote in Erprobungsphase 1	N	Anzahl Bew. max.1 Tag pro Woche außerhalb des Zimmers	ID	Quote in Erprobungsphase 2	N	Anzahl Bew. max.1 Tag pro Woche außerhalb des Zimmers
31 Einrichtungen	0%	/	0	31 Einrichtungen	0%	/	0
41	4%	23	1	41	3%	29	1
44	5%	21	1	45	4%	25	1
45	5%	19	1	22	4%	24	1
12	7%	15	1	7	11%	18	2
30	8%	24	2	4	13%	8	1
14	10%	10	1	29	14%	21	3
29	10%	20	2	14	20%	15	3
37	13%	8	1	3	20%	15	3
13	17%	6	1	19	25%	12	3
23	21%	14	3	1	25%	4	1
1	29%	7	2	39	31%	13	4
7	33%	6	2	Gesamt	5%	482	23
38	40%	10	4				
3	82%	11	9				
Gesamt	6%	486	31				

Bewertungssystematik

Das Ergebnis ist per Einzelfallprüfung zu validieren. Wurden ausreichend viele anregende Einzelmaßnahmen und soziale Kontakte innerhalb des Zimmers durchgeführt, ist der Fall aus der Ergebnisbewertung auszuschließen. Einrichtungen, die nach der Einzelfallprüfung einen Wert über 0% erreichen, sind in diesem Bereich als unzureichend einzustufen.

Empfohlener Einsatzbereich

Im internen Qualitätsmanagement können mittels des Indikators Bewohner mit hohem Risiko der sozialen Isolation ermittelt werden. Daran anknüpfend kann eine Einzelfallprüfung erfolgen und gezielte Interventionsmaßnahmen können geplant werden.

Im Rahmen von externen Qualitätsprüfungen können Hinweise auf das Vorliegen einer unzureichenden Versorgungsleistung im Bereich der sozialen Teilhabe ermittelt werden. Die Ergebnisse müssen jedoch in einer Einzelfallanalyse validiert werden. Insbesondere ist zu prüfen, ob ggf. mittels geeigneter Interventionsmaßnahmen Zustände der sozialen Deprivation gemildert oder verhindert werden. Die Durchführung der Maßnahmen ist zu prüfen. Hier besteht weiterer Entwicklungsbedarf bezüglich der Einzelfallanalyse.

Für die öffentliche Qualitätsberichterstattung kann der Indikator nur eingeschränkt nach einer Ergebnisvalidierung mittels externer Einzelfallprüfung empfohlen werden.

Zusammenfassung

Der Indikator bietet sehr wichtige Hinweise auf den Anteil der Bewohner mit einem Risiko der sozialen Deprivation. Er ist stabil erfassbar und kann grundsätzlich extern validiert werden, hierzu bedarf es noch eines Konsenses bezüglich der mindestens zu ermöglichenden Kontakthäufigkeit im sozialen Bereich. Er unterscheidet sich zwischen den Einrichtungen. Sehr vielen Einrichtungen gelingt es, allen Bewohnern unabhängig von deren Mobilitätsstatus einen (nahezu) täglichen Aufenthalt außerhalb des Zimmers zu ermöglichen; dadurch sinkt das Risiko einer sozialen Deprivation und die Lebensqualität wird geschützt.

Späte Unterstützung: Quote kritischer Schmerzereignisse

Inhaltliche Definition

Die Quote kritischer Schmerzereignisse durch fehlende oder späte Unterstützung bei notwendigen Lage-/Positionswechseln für Bewohner (Bewohner-/Angehörigensicht) ergibt sich aus einer Einzelauswertung von Kriterien des Indikators „Unterstützung für Bewohner“ (vgl. hierzu 5.4.6). Als kritisches Schmerzereignis werden alle Fälle beurteilt, in denen befragte Bewohner „häufig“ oder „manchmal“ Schmerzen angeben, weil die Unterstützung beim Aufstehen oder beim Lagewechsel im Bett aus subjektiver Sicht zu spät erfolgte. Ausgeschlossen wird der als „selten“ beurteilte Schmerzfall. Bei Angehörigen erfolgt keine Beurteilung der Häufigkeit. Es wird davon ausgegangen, dass Angehörige i. d. R. keine Kenntnis von singulären Schmerzereignissen haben, weil sie nicht kontinuierlich anwesend sind.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil positiver Antworten zum Auftreten von Schmerzen (manchmal oder häufig) aufgrund fehlender Unterstützung bei Lage-/Positionswechseln an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.

Ergebnis 2: Anteil positiver Antworten zum Auftreten von Schmerzen aufgrund fehlender Unterstützung bei Lage-/Positionswechseln an allen gültigen Antworten aus Angehörigen-sicht.

Relevanz

Das Auftreten von Schmerzen durch fehlende Unterstützung stellt eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität dar.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Während Schmerzereignisse im Allgemeinen stark durch das subjektive Empfinden beeinflusst werden, ist dieser Indikator durch eine gute und schnelle Versorgungsleistung in der Unterstützung beim Aufstehen und Lagewechsel im Bett gut beeinflussbar. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass befragte Personen die Ursache der Schmerzen ggf. falsch zuordnen.

Methodische Güte

Die ermittelten Fallzahlen in der Bewohnerbefragung reichen in der Regel nicht aus, um statistisch repräsentativ zu sein. Nur in 2 von 18 Einrichtungen wurden Fallzahlen von mindestens 15 Personen ermittelt.

Die Angaben von Angehörigen müssen in diesem Bereich ebenfalls mit Zurückhaltung bewertet werden, da eine trennscharfe Ermittlung kritischer Schmerzereignis von seltenen Schmerzereignissen nicht sichergestellt werden kann.

Die Ergebnisse können jedoch wichtige Hinweise für das interne Qualitätsmanagement geben, um die betroffenen Unterstützungsprozesse innerhalb der Einrichtung ggf. zu prüfen und bei Bedarf zu optimieren.

Messverfahren

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst zwei Kriterien.

Tab. 86: Bewohnerbefragung „Auftreten von Schmerzen durch späte Unterstützung“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
<i>Mittels Filterung nehmen nur Bewohner mit Unterstützungsbedarf im jeweils abgefragten Bereich Beurteilungen vor.</i>		
1	Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie zu lange sitzen bleiben mussten? Falls ja: Wie oft ist das vorgekommen?	„Ja“ – „Nein“ „Oft“- „Manchmal“- „Selten“
2	Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie lange im Bett in einer Position liegen mussten? Falls ja: Wie oft ist das vorgekommen?	„Ja“ – „Nein“ „Oft“- „Manchmal“- „Selten“

Tab. 87: Angehörigenbefragung „Auftreten von Schmerzen durch späte Unterstützung“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
<i>Mittels Filterung nehmen nur Angehörige von Bewohnern mit Unterstützungsbedarf im jeweils abgefragten Bereich Beurteilungen vor.</i>		
1	Hatte Ihr Angehöriger in letzter Zeit Schmerzen, weil er zu lange sitzen bleiben musste?	„Ja“ – „Nein“ – „Ist mir nicht bekannt“
2	Hatte Ihr Angehöriger in letzter Zeit Schmerzen, weil er zu lange im Bett in einer Position liegen musste?	„Ja“ – „Nein“

Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Im Durchschnitt traten bei 19,1% der Bewohner mit einem Unterstützungsbedarf beim Aufstehen oder Lagewechsel im Bett „manchmal“ oder „häufig“ Schmerzen durch subjektiv als zu spät wahrgenommene Unterstützung auf. Diese Ergebnisse sind auf der Einrichtungsebene aufgrund der geringen Fallzahl i. d. R. (16 Fälle) nicht als repräsentativ zu bewerten. Trotzdem weist die Quote in der Gesamtstichprobe darauf hin, dass hier ein relevantes Problem in der Organisationspraxis besteht, von dem immerhin jeder Fünfte betroffen ist. In 7 Einrichtungen traten bei keinem Bewohner kritische Schmerzereignisse auf (vgl. folgende Tabelle).

**Tab. 88: Kritische Schmerzereignisse durch späte Unterstützung aus Bewohnersicht
(N=18 Einrichtungen)**

ID	Schmerzen durch zu späte Lagerung oder zu späte Aufstehhilfe (Bewohnersicht)	Bewohner mit Unterstützungsbedarf	Schmerzquote (%)
7	0	6	0,0%
17	0	10	0,0%
18	0	2	0,0%
19	0	8	0,0%
22	0	5	0,0%
29	0	11	0,0%
41	0	7	0,0%
23	2	13	15,4%
31	1	6	16,7%
45	2	11	18,2%
38	2	9	22,2%
25	2	8	25,0%
36	2	8	25,0%
2	3	11	27,3%
39	6	22	27,3%
30	6	19	31,6%
21	4	11	36,4%
32	3	6	50,0%
Gesamt	33	173	19,1%

Ergebnisse, denen weniger als 15 Fälle zugrunde liegen, werden kursiv ausgewiesen. Sie sind nicht als statistisch repräsentativ für die Einrichtung zu beurteilen.

Ergebnis 2: Nach Angaben der Angehörigen traten im Durchschnitt bei 18,3% der Bewohner mit einem Unterstützungsbedarf beim Aufstehen oder Lagewechsel Schmerzen durch subjektiv als zu spät wahrgenommene Unterstützung auf. In 5 Einrichtungen traten nach Angaben der Angehörigen bei Bewohnern keine kritischen Schmerzereignisse auf. Die Ergebnisse von 6 Einrichtungen sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht als repräsentativ zu bewerten (vgl. folgende Tabelle):

Tab. 89: Kritische Schmerzereignisse durch späte Unterstützung aus Angehörigensicht (N=17 Einrichtungen)

ID	Schmerzen durch zu späte Lagerung/ Aufstehhilfe (Angehörigensicht)	Bewohner mit Unterstützungsbedarf	Schmerzquote (%)
17	0	8	0,0%
31	0	19	0,0%
32	0	10	0,0%
36	0	5	0,0%
19	0	23	0,0%
29	1	16	6,3%
21	4	28	14,3%
38	3	15	20,0%
45	7	33	21,2%
30	2	9	22,2%
22	3	13	23,1%
39	9	38	23,7%
18	5	20	25,0%
41	6	20	30,0%
23	9	29	31,0%
2	5	16	31,3%
25	2	4	50,0%
Gesamt	56	306	18,3%

Ergebnisse, denen weniger als 15 Fälle zugrunde liegen, sind kursiv ausgewiesen. Sie sind nicht als statistisch repräsentativ für die Einrichtung zu beurteilen.

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator wird für das interne Qualitätsmanagement empfohlen. Der Indikator kann (ggf. auch im Vergleich von Wohnbereichen) einer Einrichtung Hinweise auf problematische Prozessergebnisse in diesem Bereich liefern. Diese sollten im nächsten Schritt einer Einzelfallprüfung unterzogen werden, um das Ergebnis zu validieren. Sollte das Ergebnis auf fehlerhafte Prozessabläufe oder mangelhafte Prozessumsetzung zurückzuführen sein, können diese optimiert werden. Für das externe Qualitätsmanagement eignet sich der Indikator nur in geringem Maße, da die angegebenen Schmerzen ggf. auch eine andere Ursache als die zu späte Unterstützung bei einem Lagewechsel haben könnte. Es ist nicht davon auszugehen, dass Bewohner mit einer bestehenden Schmerzproblematik hier immer klar differenzieren können.

Zusammenfassung

Der Indikator bietet wichtige Hinweise auf die die Lebensqualität der Bewohner einschränkende Aspekte in Form kritischer Schmerzerlebnisse aufgrund subjektiv wahrgenommener zu später Unterstützung und kann für das interne Qualitätsmanagement eingesetzt werden.

Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten

Inhaltliche Definition

Erfasst wird der wahrgenommene Grad von Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten bezogen auf die Pflegeform, eine bedürfnisgerechte Pflegehäufigkeit in der gewünschten Form und die Berücksichtigung des Bewohnerwunsches bzgl. des Geschlechts der versorgenden Pflegekraft.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Anteil positiver Antworten bezogen auf die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in der Pflege an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.

Relevanz

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMFSFJ 2009) besagt in Artikel 1, dass der hilfe- und pflegebedürftige Mensch über ein Wahl- und Selbstbestimmungsrecht im Bereich der „Durchführung (...) pflegerischer oder therapeutischer Maßnahmen“ verfügt, das von den an der Pflege beteiligten Personen zu beachten ist. Selbstbestimmung (auch der Pflegeform), wird von zwei Dritteln der Heimbewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität betrachtet, lediglich 8% halten sie für nicht so wichtig (vgl. Heusel et al. 2009). Die Selbstbestimmung wird auch im internationalen Kontext als relevanter Standard eingesetzt.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist durch Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner gut beeinflussbar. Hierzu gehört auch eine Organisationspraxis, die aktiv Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten im alltäglichen Pflegeprozess anbietet.

Methodische Güte

Die Güte des Indikators kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Sehr vielen Bewohnern erschien der Gedanke einer Wahlmöglichkeit insbesondere hinsichtlich der Häufigkeit einer Pflegeleistung fremd. Dies verdeutlicht die Relevanz der Fragestellung. Häufig wurde von den befragten Personen mitgeteilt, dass es „feste Duschtage“ gebe und man nicht wisse, ob man sich hier etwas aussuchen könne. Ebenso auffällig war, dass es manchen Bewohnern nicht bekannt war, dass die Möglichkeit zum Baden in der Einrichtung besteht. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung sind instabil, es ist möglich, dass die Bewohner zwischen den Befragungsterminen (Erstbefragung und Wiederholungsbefragung) hierzu Informationen erhalten haben. Vor einem Einsatz wäre eine erneute differenzierte Testung notwendig.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

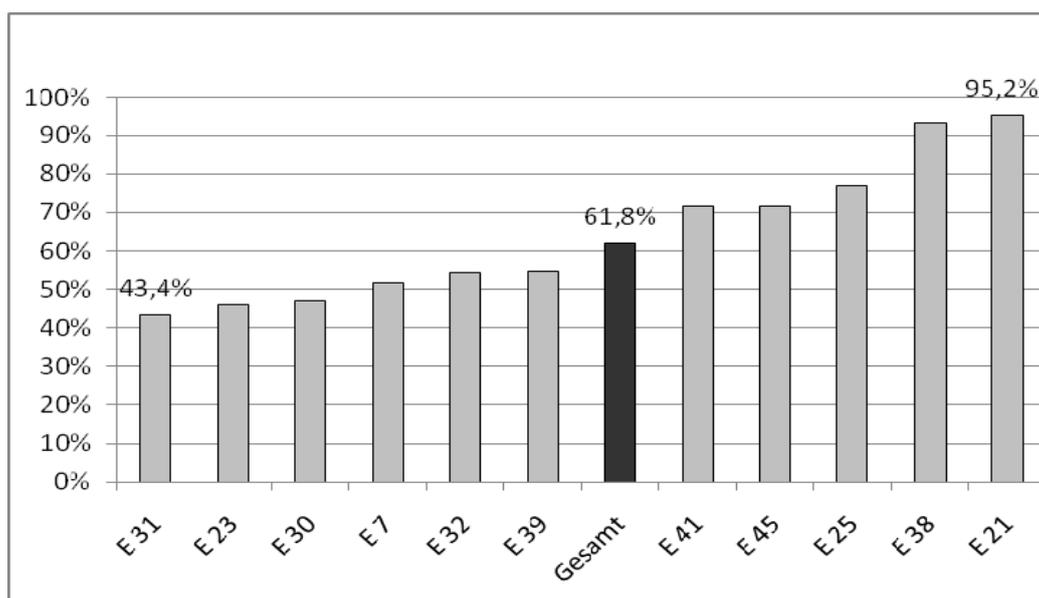
Das Ergebnis wird mittels einer Bewohnerbefragung erfasst. Der Indikator umfasst vier Kriterien (vgl. folgende Tabelle):

Tab. 90: Bewohnerbefragung „Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten“

Nr.	Frage	Antwortkategorien
	<i>Die Kriterien 1 bis 3 werden nur berücksichtigt, wenn die befragte Person „Ja“ als Antwort wählt.</i>	
1	Ist es Ihnen wichtig, nur von Frauen oder nur von Männern gepflegt zu werden? Falls Ja: Richten sich die Mitarbeiter nach Ihrem Wunsch, von einem Mann/einer Frau gepflegt zu werden?	„Ja“ – „Nein“ „Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“
2	Baden Sie gerne? Falls Ja: Können Sie hier so oft baden, wie Sie das möchten?	s. Frage 1
3	Duschen Sie gerne? Falls Ja: Können Sie hier so oft duschen, wie Sie das möchten?	s. Frage 1
4	Können Sie hier aussuchen, ob Sie baden, duschen oder sich waschen möchten?	„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“

Erprobungsergebnis

Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die eine Wahl- und Entscheidungsmöglichkeit im Bereich Pflege wahrnehmen, beträgt 61,8% (N=702 Antworten). Die Ergebnisse streuen gut zwischen den Einrichtungen (Min.: 43,4%; Max.: 95,2%). Bewohner berichten oft, dass ihnen das Geschlecht der pflegenden Person nicht mehr wichtig sei „man habe sich daran gewöhnt“. In Fällen, in denen der Wunsch nach einer geschlechts-spezifischen Pflege fortbesteht, wird diese oft (85% der Fälle) respektiert. Mehr als die Hälfte der Bewohner (56,5%, N=262) gibt an, gerne zu baden. Von diesen Personen sagen 40,6%, dass sie so häufig baden können, wie sie möchten. Die Pflegeform duschen ist insgesamt beliebter (89,5%, N=275), hier geben 62,6% der Personen, die gerne duschen, an, dies so häufig tun zu können, wie sie es wünschen.

Abb. 36: Anteil positive Beurteilungen zu Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in der Pflege (11 Einrichtungen, N=702 gültige Antworten) von 246 Personen

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren empfohlen (vgl. 5.4).

Empfohlener Einsatzbereich

Dieser Indikator wird vorerst unter Vorbehalt für das interne Qualitätsmanagement empfohlen, da sich die Bewohner oft der Wahlmöglichkeiten in der Einrichtung nicht bewusst sind.

Zusammenfassung

Der Indikator erweist sich momentan als noch nicht ausreichend stabil, jedoch als wichtig. Bewohner sind sich ihrer Wahlmöglichkeiten häufig nicht bewusst, hier scheinen Defizite zu bestehen. Eine Optimierung und differenzierte Testung für eine zukünftige Verwendung wird empfohlen.

Mitarbeiterzeit

Inhaltliche Definition

Erfasst wird ein indexbasierter Vergleichswert der rechnerisch zur Verfügung stehenden Mitarbeiterzeit pro Bewohner, wobei Mitarbeiter des Pflege-, Sozial- und Betreuungsdienstes berücksichtigt wurden, unterteilt nach Fachkräften und Hilfskräften. Erfasst werden die Mitarbeiterstunden laut Dienstplan eines Stichprobenmonats (abzgl. Krankheitszeiten) gewichtet nach Bewohnerstruktur und Rahmenvereinbarungen (Pflegeschlüssel). In das Stundenvolumen werden auch die Personalstunden von Mitarbeitern einbezogen, die nicht der Stammbesatz angehören. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Personen, die in Krankheitsfällen zusätzlich zur Stammbesatzschaft engagiert werden.

Die Anzahl an Mitarbeitern, die einer Einrichtung zur Verfügung steht, wird im Wesentlichen durch die folgenden Faktoren bestimmt:

- Rahmenvereinbarungen des jeweiligen Bundeslandes⁴⁶
- Verteilung der Pflegestufen der Bewohnerschaft
- Anzahl der Bewohner mit Anspruch auf Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI
- Ergebnisse der Verhandlungen mit den Kostenträgern vor Ort
- die auf dem regionalen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte (vor allem Angebot an Fachkräften).

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Die Ergebnisse werden getrennt für Fachkräfte und Hilfskräfte ausgewiesen.

⁴⁶ Derzeit ist die Lage zu diesem Punkt noch heterogen. Nicht in allen Bundesländern sind derzeit konkrete Personalschlüssel vereinbart.

1. Abweichung vom Landesmittelwert der Fachkräfte-Mitarbeiterstunden geteilt durch eine nach Landesrahmenvereinbarung und Pflegestufenvereinbarung gewichtete Bewohnerschaft.
2. Abweichung vom Landesmittelwert der Hilfskräfte-Mitarbeiterstunden geteilt durch eine nach Landesrahmenvereinbarung und Pflegestufenvereinbarung gewichtete Bewohnerschaft.

Relevanz

Die Literatur zum Thema zeigt, dass sich die Einflüsse der Mitarbeiterzeit und -fluktuation auf viele Bereiche (Collier/Harrington 2008) der Pflegequalität auswirken. Es konnten Zusammenhänge zu mehreren medizinisch relevanten Faktoren der Pflegequalität gefunden werden. So gibt es Hinweise darauf, dass eine geringe Mitarbeiterzeit unter anderem verstärkte Dekubitusentwicklung, häufigere Harnwegsinfektionen, höheren Medikamenteneinsatz, höhere Inkontinenzraten, häufigere Mangelernährung und Dehydratation, unzureichende Hygiene, häufigere Mängel bei der Lagerung und darüber hinaus eine erhöhte Sterblichkeit der Bewohner nach sich ziehen können. Des Weiteren finden die sozialen Bedürfnisse der Bewohner bei geringer Personalausstattung oft keine ausreichende Beachtung, was sich nicht zuletzt in einer mangelhaften Kommunikation äußert. So ist die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohner „typischerweise aufgabenorientiert, findet nebenbei statt, und besteht zum Großteil aus Anweisungen an den Bewohner“ (Jarrett/Payne 1995). Außerdem wird die Kommunikation meist kontrolliert auf „sichere Themen“ und leichte, soziale Konversation begrenzt (ebenda). Dies wird den sozialen Anforderungen der Bewohner, die hier ihr zentrales soziales Umfeld, also ihr „Zuhause“ haben, meist nicht gerecht. Die Mitarbeiterfluktuation hängt wiederum zusammen mit der Mitarbeiterzeit: Niedrige Mitarbeiterzeiten können die Fluktuation steigern, dies steht dem Wunsch nach einer kontinuierlichen Bezugspflege entgegen.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Die Einrichtung kann diesen Indikator zum Teil beeinflussen. Da die Ergebnisse nach den in der Landesrahmenvereinbarung vereinbarten Personalschlüsseln gewichtet werden und der Vergleich der Ergebnisse nur auf der Landesebene erfolgt, sind die darüber hinausgehenden Effekte dem Handeln der Einrichtung zuzurechnen: Organisation des Personaleinsatzes, Substitution von krankheitsbedingten Fehlzeiten durch zusätzliches Personal, Verteilung finanzieller Ressourcen innerhalb der Einrichtung, Einsatz von Auszubildenden und Langzeitpraktikanten, zeitnahe Beantragung von § 87b (SGB-XI)-Kräften und ein gut funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement.

Methodische Güte

Die Güte kann derzeit nicht sicher beurteilt werden und muss in größeren Gruppen geprüft werden. Aktuell ist aufgrund der geringen Fallzahlen nur in einem Bundesland eine vergleichende Betrachtung möglich gewesen, die jedoch zu klein ist, um die methodische Güte abschließend zu beurteilen.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

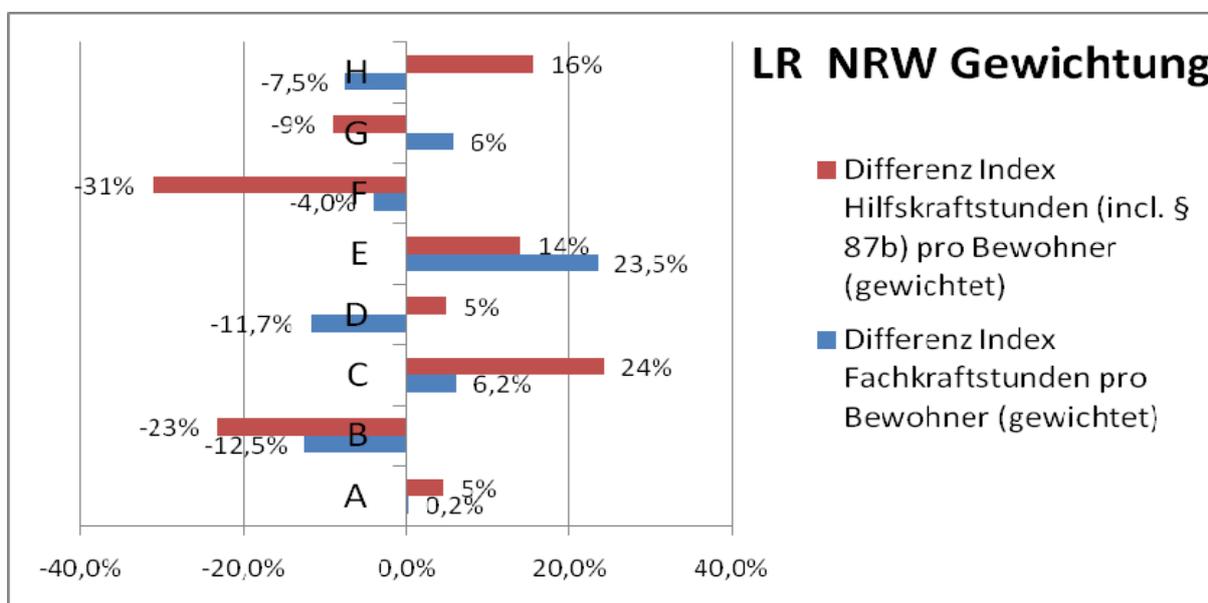
Die Erfassung der Dienstplanstunden und Pflegestufenverteilung erfolgt durch die Einrichtungen. Daraus wird über ein Gewichtungsverfahren (anhand vereinbarter Personalschlüssel der Landesrahmenvereinbarung und der Pflegestufenverteilung) eine normierte Bewohnerschaft gebildet. Ausgegeben wird ein indexbasierter Vergleichswert, der die prozentuale Abweichung der Personalstunden im Landesvergleich ausweist.

Alternativ wäre es im Sinne des Verbrauchers möglich, die in der Einrichtung geltenden Personalschlüssel transparent zu machen und offen zu legen, dies sollte gegebenenfalls unter Berücksichtigung der jeweiligen Krankheitsquote erfolgen.

Erprobungsergebnisse

Die Ergebnisse streuen deutlich zwischen den Einrichtungen. Die differenzierte Erfassung von Fachkraft- und Hilfskraftstunden erbringt unterschiedliche Ergebnisse innerhalb einer Einrichtung (Fachkraftstunden: Max. +14%; Min. -12,5%; Hilfskraftstunden: Max. +24%, Minimum -31%). In der folgenden Grafik sind die unterschiedlichen Werte im Vergleich von 8 Einrichtungen⁴⁷ aus Nordrhein-Westfalen dargestellt. Nicht beurteilt werden kann, ob sich die Unterschiede auch im Verlauf des Gesamtjahres stabil verhalten oder sich ggf. gegenseitig nivellieren. Zukünftig wäre deshalb die Erfassung des Gesamtjahresstundenkontingents eine wichtige Voraussetzung zur Ermittlung stabiler Ergebnisse.

Abb. 37: Abweichungsgrad Mitarbeiterstunden



⁴⁷ Abweichend von der ansonsten ausgewiesenen ID in Zahlenform für die Einrichtungen werden hier Buchstaben von „A“ bis „H“ als ID vergeben, um eine Aufhebung der Anonymität der Einrichtungen durch die Zuordnung des Bundeslandes in dieser Ergebnisauswertung und der Ergebnisse der anderen Indikatoren zu verhindern.

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator kann noch nicht für einen Einsatz empfohlen werden, er wird jedoch aufgrund der Relevanz zur weiteren Prüfung bzw. für weitere Entwicklungsarbeiten empfohlen.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung wäre aus Verbrauchersicht der Einsatz des alternativen Verfahrens (Transparenz bezüglich der Personalschlüssel der Einrichtung) sinnvoll, da ein ausreichender Personaleinsatz für Angehörige und Bewohner ein wichtiges Kriterium ist.

Zusammenfassung

Der Indikator ergibt erste Hinweise auf die Möglichkeit zur Erfassung von bewohnerbezogener Personalzeit. Er kann allerdings noch nicht für einen Einsatz empfohlen werden, da die zur Verfügung stehende Datenbasis für eine abschließende Empfehlung zu gering ist. Der Indikator wird aufgrund der Relevanz jedoch zur weiteren Prüfung und für eine weitere Entwicklungsarbeit empfohlen. Kurzfristig wird empfohlen, die Personalschlüssel der Einrichtungen transparent zu machen.

6.2 Ausgeschlossene Indikatoren

6.2.1 Gesundheitsbezogene Indikatoren

Entwöhnung von der Sondenernährung

Es war angedacht, einen Indikator zu erproben, der den Fokus auf die Entwöhnung von der Sondenernährung legt. Dieser Indikator schien besser für eine vergleichende Qualitätsbeurteilung geeignet als die Betrachtung der bloßen Häufigkeit von Sondenernährung. Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden 122 Bewohner über eine Ernährungssonde ernährt. Um eine Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen zu erreichen, ist es notwendig, komatöse Bewohner und Bewohner mit Schluckstörungen, bei denen eine Entwöhnung von der Sonde unmöglich ist, auszuschließen. Denn bestimmte, schwerwiegende Erkrankungen können eine Entwöhnung erheblich erschweren oder unmöglich machen.

Bei Anwendung dieser Ausschlusskriterien blieben nur noch zwei Fälle übrig, bei denen eine Entwöhnung von der Sonde theoretisch möglich wäre. Der Indikator erwies sich daher aufgrund dieser sehr geringen Fallzahlen als nicht praktikabel. Sie lassen eine vergleichende Bewertung von Einrichtungen nicht zu. Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements kann es sinnvoll sein, Möglichkeiten der Entwöhnung von der Sondenernährung bei den betreffenden Bewohnern zu erfassen und zu prüfen, ob die individuelle Pflegeplanung darauf ausgerichtet ist. Es erscheint aber wegen der sehr geringen Fallzahlen nicht sinnvoll, hierzu einen quantifizierenden Indikator einzusetzen.

Ungeplante Krankenhauseinweisungen

Das Thema Ungeplante Krankenhauseinweisungen wird nur vereinzelt zur Messung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe eingesetzt, beispielsweise im International Quality Indicator Project (International Quality Indicator Project o.J.). Es wäre denkbar, den Anteil der Bewohner zu erfassen, die ungeplante Krankenhausaufenthalte erleben.

Der Einsatz des Indikators ist aus verschiedenen Gründen problematisch. Insbesondere ist die Bewertung des Indikators schwierig, sie erfordert häufig eine Prüfung des Einzelfalls, die nicht standardisiert erfolgen kann. Eine Einweisung kann ein erwünschtes Ergebnis sein, eine fachlich angemessene Reaktion auf ein in der Einrichtung nicht zu lösendes Gesundheitsproblem. Es kann aber auch ein unerwünschtes Ergebnis sein, ein fachlich nicht ausreichend gerechtfertigtes Ereignis mit Risiken und Belastungen für die Bewohner (und vermeidbaren Kosten) (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007).

Häufigkeit von Harnwegsinfekten

Das Thema Häufigkeit von Harnwegsinfekten wird vor allem in der Krankenhausversorgung genutzt, nur vereinzelt in der Langzeitversorgung. Es war angedacht, folgende Operationalisierung zu verwenden: Anteil der Bewohner, die in einem definierten Zeitraum an einem Harnwegsinfekt erkrankt sind oder am Stichtag an einem Harnwegsinfekt leiden.

Die verlässliche Identifizierung eines Harnwegsinfekts erfordert jedoch eine medizinische Diagnostik. Problematisch ist die Tatsache, dass es vermutlich eine große Dunkelziffer nicht erkannter Infektionen gibt, da eine Abklärung in der Langzeitversorgung häufig unterbleibt bzw. eine Abstrichuntersuchung in der Regel nur beim Vorliegen von Symptomen durchgeführt wird. Die Häufigkeit von Harnwegsinfekten kann nur sehr begrenzt durch die Pflege beeinflusst werden. Die Rate vermeidbarer Infektionen lässt sich nicht ausreichend quantifizieren, um die Größenordnung des pflegerischen Beitrags zur Infektionsvermeidung zu benennen (White/McGillis Hall 2003). Grundsätzlich lassen sich durch ein angemessenes Kontinenzmanagement wesentliche Risikofaktoren, z. B. Katheterapplikationen, reduzieren. Es bleibt allerdings ein erhebliches, pflegeunabhängiges Risiko (NHS Quality Improvement Scotland 2005).

Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten

Die Veränderung der kognitiven Fähigkeiten wird nur sehr selten als Qualitätsindikator verwendet. Daten zur kognitiven Leistungsfähigkeit werden bei der Beurteilung von Ergebnisqualität in der Langzeitpflege in erster Linie zur Risikoadjustierung erfasst und genutzt. Möglich wäre es beispielsweise, den Anteil der Bewohner mit Erhalt, Verbesserung oder Verschlechterung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten zu betrachten.

Der Einsatz eines Indikators, der die Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten eines Bewohners verbessert, ist vor allem deshalb problematisch, weil der Einfluss pflegerischer In-

terventionen auf die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten sehr begrenzt und wissenschaftlich kaum nachweisbar ist. Es ist eine hohe Abhängigkeit von krankheits- und altersbedingten Veränderungen gegeben. Die Erfassung kognitiver Fähigkeiten und ihrer Veränderungen im Zeitverlauf ist auf der Ebene des individuellen Pflegeprozesses enorm wichtig (Chodosh et al. 2008). Eine Kennzahl zur Beurteilung solcher Veränderungen in der Bewohnerschaft insgesamt ist jedoch auch für das interne Qualitätsmanagement von geringem Nutzen. Für das Qualitätsmanagement ist der kognitive Status zur Unterscheidung von Risikogruppen sehr wichtig, aber nicht als Indikator für Ergebnisqualität.

Depression

Das Thema Depression wird international zur Beurteilung der Versorgungsqualität genutzt. Manche Indikatoren erfassen den Anteil der Bewohner, bei denen aufgrund einer standardisierten Einschätzung Hinweise auf eine Depression vorliegen (Minnesota Department of Human Services 2007; Steering Committee Responsible Care 2008).

Das Thema Depression ist von hoher Relevanz für die Langzeitversorgung, auch weil bei vielen älteren Menschen die Krankheit nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt wird (Brown 2003; Charbonneau et al. 2004). Die Pflegesensitivität ist jedoch gering, da eine starke Abhängigkeit von der fachärztlichen Versorgung besteht. Das Pflegepersonal kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass eine Depression erkannt wird, indem sie wichtige Informationen sammelt und bestimmte Anzeichen sowie Symptome beobachtet (Burrows et al. 2000). Darüber hinaus ist das Vorliegen von Symptomen einer Depression in hohem Maße abhängig von bestimmten Erkrankungen, die pflegerisch nicht beeinflusst werden können. Zudem bestehen methodische Probleme bei der Identifizierung (Nakajima/Wenger 2007).

Angst

Der Anteil der Bewohner, bei denen Angstzustände innerhalb eines definierten Zeitraumes neu aufgetreten sind oder sich verstärkt haben, wird bislang selten zur Messung von pflegerischer Ergebnisqualität genutzt. Die Einflussmöglichkeiten der Einrichtungen sind begrenzt. Das Pflegepersonal kann, ähnlich wie bei dem Thema Depression zuvor beschrieben, einen Beitrag zur Identifizierung von Ängsten bei Bewohnern leisten und eine Behandlung oder soziale Unterstützung anregen. Es besteht jedoch eine starke Abhängigkeit von der jeweiligen Erkrankung. Des Weiteren gibt es methodische Probleme. Ängste sind schwer von anderen psychischen Erkrankungen oder Problemlagen (z. B. Schmerzen, Trauer nach Verlust von Freunden/Angehörigen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Depression) abzugrenzen (Centers for Medicare & Medicaid Services 2010b). Zudem existieren kaum Instrumente zur standardisierten Erfassung bei Heimbewohnern.

Inadäquater Psychopharmakaeinsatz

Der inadäquate Einsatz antipsychotischer Medikamente gilt als Qualitätsproblem, insbesondere in der stationären Langzeitversorgung (Hach et al. 2004; Osborne et al. 2003). Eine Operationalisierung als Anteil der Bewohner, deren Psychopharmakotherapie nicht angemessen ist, wäre denkbar.

Allerdings liegt die Zuständigkeit für die Verordnung von Medikamenten bei den behandelnden Ärzten. Es ist zwar durchaus eine Aufgabe der Pflege, die Umsetzung des Medikamentenregimes zu koordinieren und zu überwachen. Dies bedeutet auch, dass beim Verdacht inadäquater Pharmakotherapie (z. B. bei unerwünschten Nebenwirkungen / Nichterreichung der Therapieziele) die behandelnden Ärzte entsprechende Hinweise erhalten, eine Anpassung der Medikation also durch die Pflege angeregt wird. Die Entscheidungsverantwortung und somit der größte Einfluss auf das Ergebnis liegt jedoch beim behandelnden Arzt. Zudem ergeben sich bei der Erfassung des Indikators Probleme. Die Beurteilung, ob eine Psychopharmakotherapie angemessen ist, stellt hohe fachliche Anforderungen und macht u. U. den Einsatz zeitaufwändiger diagnostischer Verfahren notwendig (Unruh/Wan 2004).

Im Krankenhaus verstorbene Bewohner

Das Thema würdevolles Sterben gilt als Standard für die Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen (Health Information and Quality Authority 2009). Es wurde überlegt, den Anteil der Bewohner, die im Krankenhaus verstorben sind, zu erheben.

Von Seiten der Einrichtungen sollte ein Sterben in einer Umgebung, die für den Bewohner einem würdevollen Sterben am ehesten entspricht, ermöglicht werden. Neben der Anwendung wirkungsvoller Maßnahmen zur Behandlung von Schmerzen und anderer belastender Symptome gehört dazu auch, unnötige Transfers in eine fremde Umgebung wie z. B. Krankenhäuser, wenn keine Notwendigkeit dazu besteht, zu vermeiden.

Die Einflussmöglichkeiten der Einrichtungen sind – ähnlich wie weiter oben bei dem Thema Ungeplante Krankenhauseinweisungen beschrieben – jedoch begrenzt, da die Entscheidung über die Krankenhauseinweisung abhängig vom Arzt ist und häufig auch die Angehörigen eine Rolle spielen. Zudem ist eine Bewertung des Indikators schwierig. Es muss immer im Einzelfall geprüft werden, ob eine Einweisung als positiv oder negativ einzustufen ist.

Vorliegen einer Stuhlinkontinenz

Ein Indikator zum Thema Stuhlinkontinenz kommt in der stationären Langzeitversorgung kaum zur Anwendung. Möglich wären folgende Operationalisierungen: Zwar können durch die Pflege kontinenzfördernde Maßnahmen ergriffen werden, deren Auswirkungen sind allerdings schwer zu quantifizieren. Um den Beitrag der Pflege zu beurteilen wird – allerdings auch weit seltener als für den Indikator Harninkontinenz – auf Prozessergebnisse, wie die Erstellung eines Toilettenplanes, zurückgegriffen, wenn es um Qualitätsmessung geht.

Nosokomiale Infektionen

Die Häufigkeit von nosokomialen Infektionen wird hauptsächlich in der Krankenhausversorgung zur Qualitätsbeurteilung herangezogen und wurde vereinzelt auch in der stationären Langzeitversorgung erprobt. Möglich wäre es, den Indikator als Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einer nosokomialen Infektion gekommen ist, zu definieren.

Die Bewertung wirft jedoch erhebliche Probleme auf. Als nosokomial werden alle Infektionen bezeichnet, die sich nach der Aufnahme in die Einrichtung entwickeln. Diese Einstufung muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass die Einrichtung durch fachlich unangemessenes Handeln, z. B. die Vernachlässigung hygienischer Notwendigkeiten, die Infektion verursacht oder begünstigt hat. Die Häufigkeit von Infektionen insgesamt kann zwar durch entsprechende hygienische Maßnahmen reduziert werden. Die Größenordnung, in der dies möglich ist, kann jedoch nicht beziffert werden (Smith/Rusnak 1997; White/McGillis Hall 2003). Sinnvoll ist die Verwendung dieses Indikators primär für die akutstationäre Versorgung, bei der das Infektionsrisiko stark von der fachgerechten Durchführung medizinisch-pflegerischer Maßnahmen (z. B. künstliche Beatmung, invasive Maßnahmen) abhängt.

Symptomstatus

Erfasst werden kann der Symptomstatus der Bewohner zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem festgelegten Zeitfenster. Der Einsatz entsprechender Indikatoren ist in verschiedener Hinsicht problematisch. Eine Vielzahl möglicher Symptome wird in einem einzigen Indikator zusammengefasst, obwohl sowohl die Beeinflussbarkeit als auch die Relevanz verschiedener Symptome unterschiedlich hoch sein können.

Zudem kann der Indikator nur schwer objektiv erfasst werden, da Symptome und deren Schwere subjektiv unterschiedlich empfunden und beurteilt werden (Dodd et al. 2001). Die Entwicklung und Therapie bestehender Erkrankungen, die für das Auftreten und die Ausprägung einzelner Symptome am meisten verantwortlich sind, ist kaum von der Pflege zu beeinflussen. Aufgrund des Zusammenhangs mit bestehenden Erkrankungen ist die Ausprägung des Indikators außerdem sehr von der Bewohnerstruktur abhängig.

Grippeimpfungen

Überprüft werden kann, ob Bewohner eine Gripeschutzimpfung (die empfohlen ist) erhalten haben. Indikatoren, die das Thema Grippeimpfungen aufgreifen, kommen vereinzelt in der Qualitätsbeurteilung zur Anwendung.

Das Angebot einer Gripeschutzimpfung wird als Beitrag zur Infektionsprävention in der Einrichtung gesehen (Fahey et al. 2003). Die Teilnahme an dieser Impfprävention ist jedoch (zumindest in Deutschland) freiwillig, so dass der Einfluss der Einrichtung systematisch begrenzt ist. Hilfsweise wird gelegentlich die Zahl der Bewohner erhoben, denen eine Impfung zumindest angeboten wurde. Auch dies fällt in Deutschland nicht in das Aufgabenfeld einer

Pflegeeinrichtung. Insgesamt weist der Indikator also geringe Pflegesensitivität auf, bildet nur einen schmalen Ausschnitt infektionsprophylaktischer Maßnahmen einer Einrichtung ab und lässt nur indirekte Schlüsse auf das damit verbundene Ergebnis zu.

Mortalität

Indikatoren zur Mortalität werden hauptsächlich in der Akutversorgung verwendet. Mortalität ist für die Langzeitversorgung nicht aussagekräftig. Die Sterblichkeit unter den Bewohnern lässt keine Rückschlüsse auf die Qualität einer Einrichtung zu. Sie wird in erster Linie durch individuelle Gesundheitsstörungen der Bewohner beeinflusst, die (teils nur eingeschränkt) durch deren medizinische Behandlung beeinflusst werden können (Höwer 2002). Sinnvoll ist der Einsatz dieses Indikators in der akutstationären Versorgung, wenn die Sterblichkeit im Zusammenhang mit der Durchführung medizinischer Behandlungen, z. B. Operationen, betrachtet wird.

Chronische Wunden

Die Einbeziehung des Auftretens von chronischen Wunden als Qualitätsindikator findet in der stationären Langzeitversorgung kaum statt. Zwar fallen bestimmte Maßnahmen (z. B. Wundversorgung, Wunddokumentation und -einschätzung) in den Verantwortungsbereich der Pflege. Die Steuerung der Therapie obliegt jedoch in der Regel den behandelnden Ärzten. Die Pflegesensitivität wird insgesamt als gering betrachtet.

Frakturen/Verletzungen

Die Betrachtung der Häufigkeit von Frakturen/Verletzungen kann helfen, zu überprüfen, ob stationäre Pflegeeinrichtungen in ausreichendem Maße für die Sicherheit ihrer Bewohner sorgen. Angesprochen sind, abgesehen von Sturzfolgen, in erster Linie Verletzungen infolge von Stößen, Verbrennungen, Verbrühungen und Schnittwunden. Anders als beim Indikator Sturz handelt es sich um Sachverhalte, für die keine spezifischen präventiven Maßnahmen ausgewiesen werden und die vergleichsweise selten vorkommen. Entsprechende Indikatoren werden international nur vereinzelt verwendet.

6.2.2 Indikatoren aus der Befragung von Bewohnern und Angehörigen

Die Indikatoren „Emotionales Wohlbefinden“ und „Alternatives Verfahren zur Erfassung der Qualität des Mahlzeitenangebotes“ wurden im Projekt erprobt. Die Ergebnisse machten jedoch deutlich, dass sie sich nicht für den Einsatz im Rahmen des Qualitätsmanagements von Pflegeeinrichtungen eignen. Die Erprobungsergebnisse, die zum Ausschluss geführt haben, werden bei diesen Indikatoren kurz vorgestellt.

Emotionales Wohlbefinden

Erfasst wurde der Status des subjektiven emotionalen Befindens der letzten 14 Tage mit den Ausprägungen: Langeweile, Ärger, Ausgeglichenheit und Entspannung, Sorgen, Interesse zeigen, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Einsamkeit, Glücklichkeit auf einer Skala mit vier Häufigkeitsausprägungen: Oft – manchmal – selten – nie. Der Indikator wird z. B. im Minnesota Resident Satisfaction Survey (2007) zur Qualitätsbeurteilung eingesetzt. Das emotionale Wohlbefinden eines Menschen ist von zentraler Bedeutung für dessen Lebensqualität.

Die Erfassung erfolgte über eine Bewohnerbefragung mittels einer standardisierten 4-Punkt-Skala.

Die eingesetzte Skala des Resident Minnesota Satisfaction Survey hat sich in der Wiederholungsbefragung mit einem Gesamtwert von 57% als sehr instabil erwiesen. Hinzu kommen die sehr häufigen Hinweise und Erläuterungen der befragten Bewohner, dass die Beurteilung einer Kategorie durch private Umstände bedingt sei und nicht mit dem Handeln der Einrichtung zusammenhänge. Der Indikator wird nach dem ersten Einsatz in den Bewohnerbefragungen als nicht geeignet beurteilt, um Ergebnisqualität abzubilden. In der Befragungssituation weisen die Bewohner sehr häufig darauf hin, dass ihre Gefühle oft nichts mit dem Handeln der Einrichtung oder der Mitarbeiter zu tun haben, sondern familiär oder biografisch bedingt seien.⁴⁸ Ein relevanter Anteil der Bewohner zeigt deutliche psychische Belastungsreaktionen bei diesen Fragen (Irritation, Antwortverweigerung, Weinen bei einzelnen Fragestellungen). Diese Fragen werden als sehr persönlich wahrgenommen. Häufig wurde es von Bewohnern auch als entlastend wahrgenommen, über solche Themen sprechen zu können.

Der Indikator kann zwar aufgrund der Instabilität in der Wiederholungsbefragung, dem nicht ausreichend sicheren Bezug zum Handeln der Einrichtungen und dem ausgeprägten Einfluss persönlicher Lebensaspekte nicht zur Anwendung empfohlen werden. Wünschenswert wäre jedoch zukünftig die Berücksichtigung des Einsatzes von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität (auch bei Demenz), die neben der reinen Erfassung der Lebensqualität auch die Planung individueller Interventionsmaßnahmen zur Steigerung der individuellen Lebensqualität umfassen.

Alternatives Verfahren zur Erfassung der Qualität des Mahlzeitenangebotes

Während der Erprobungsphase wurde neben der Nutzerbefragung ein Verfahren getestet, das die Qualität des Mahlzeitenangebotes durch die Erfassung von Einrichtungsdaten ermitteln sollte. Die hierfür gewählten Kriterien lauteten: (a) Variabilität des Speiseangebotes, (b) Variabilität des Speiseangebotes bei Diätkost, (c) spezifische Speiseangebote für Bewohner mit demenziellen Veränderungen, (d) kurzfristige Möglichkeit, Speisewünsche abzugeben oder zu ändern, und (e) Erfüllung des Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für

⁴⁸ So wird beispielsweise auf den Tod des Partners oder seltene Besuche der Angehörigen, aktuelle Erkrankungen von Verwandten, aber auch auf finanzielle Nöte im Alter verwiesen. Besondere Irritationen rief die Frage nach dem Status des „Glücklichkeit“ hervor. Häufig äußerten die befragten Personen, dass dies kein relevantes Kriterium in ihrem Alter sei.

Ernährung zum Einsatz von Lebensmitteln im wöchentlichen Gesamtangebot der Vollverpflegung.

Die Erfassung der Daten erfolgte mittels einer Einrichtungsbefragung und Speiseplananalyse von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderwochen. Dabei war festzustellen, dass deutliche Unterschiede bezüglich der Auswahlmöglichkeiten für Bewohner mit und ohne Diabetes bestehen. Personen mit Diabetes erhalten seltener eine Wahlmöglichkeit zwischen 2 Gerichten als Personen ohne Diabetes. Während nur in 6 von 36 Einrichtungen für alle Bewohner keine Wahlmöglichkeit besteht, betrifft dies Personen mit Diabetes in 19 von 36 Einrichtungen. Die Möglichkeit zur kurzfristigen Änderung von Speisewünschen weist kaum eine Streuung auf, 32 von 36 Einrichtungen geben diese Möglichkeit für alle Mahlzeiten an. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Angaben bezüglich der für diesen Zweck tatsächlich vorgehaltenen Zusatzportionen ist die faktische Umsetzungsmöglichkeit vor Ort jedoch qualitativ unterschiedlich zu beurteilen. Die Werte sind nicht wirklich miteinander vergleichbar. Deutliche Unterschiede traten bezüglich der Erfüllung von 5 Kriterien zu demenzspezifischen Speiseangeboten auf (vgl. folgende Tabelle):

Tab. 91: In der Einrichtung vorgehaltene demenzspezifische Speiseangebote

Demenzspezifisches Speiseangebot						
Anzahl erfüllter Kriterien	1	2	3	4	5	Gesamt
Prozentualer Anteil	14%	19%	25%	25%	17%	100%
Häufigkeit	5	7	9	9	6	36

Während ein hochkalorisches Nahrungsangebot in 35 von 36 Einrichtungen vorgehalten wird, fällt der Einsatz der anderen vier Kriterien deutlich ab. Die Verwendung kontrastreicher Geschirrfarben geben 67%, Fingerfood 61%, geschmacksangepasste Speisen 50% und die Möglichkeit zum „Eat by walking“ 36% der Einrichtungen (N=36) an. Dies hängt damit zusammen, dass sich die Kriterien teilweise an sehr spezifische Bewohnerbedürfnisse richten oder innerhalb der Einrichtung ein alternatives Verfahren angewendet wird, das für den Bewohner auch zu guten Qualitätsergebnissen führen kann.

Die Speiseplananalyse erwies sich als sehr zeitaufwändig und wenig aussagekräftig. Das getestete Verfahren kann zur Erfassung von Ergebnisqualität derzeit nicht empfohlen werden, da die ermittelten Daten nicht sicher miteinander vergleichbar sind. Es empfiehlt sich eher eine qualitativ vertiefende Beurteilung im Rahmen externer Qualitätsprüfungen. Wünschenswert wäre eine ergänzende Verbraucherinformation in der Qualitätsberichterstattung über Auswahlmöglichkeiten für alle Bewohner und die bereitgehaltenen spezifischen Ernährungsangebote für Bewohner mit Demenz.

Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen und organisatorischer Absprachen

Erfasst wird der subjektiv wahrgenommene Grad der Einhaltung von Vereinbarungen und Versprechungen, wie z. B. in Hinblick auf Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit sowie verlässliche Ausführung der vereinbarten Dienstleistung.

Raumtemperatur

Erfasst wird entweder eine subjektiv als angenehm wahrgenommene Raumtemperatur oder der vorliegende Temperaturwert wird per Temperaturmessung ermittelt. Der Indikator bietet in beiden Varianten kaum Erkenntniswert. Es ist davon auszugehen, dass in der stationären Altenhilfe angemessene Werte der Raumtemperatur vorliegen.

Wohnzufriedenheit

Der Indikator ermittelt die allgemeine Wohnzufriedenheit der Nutzer. Er wird vor allem in der Evaluation betreuter Wohnformen eingesetzt. Es spielen Aspekte hinein, die durch eine Einrichtung nicht oder kaum beeinflussbar sind: Biografie, Entfernung zu Verwandten und Freunden, finanzielle Situation sowie fehlende Unterstützung bei der Mitnahme eigener Möbel durch das soziale Umfeld. Der Indikator ist somit für einen sicheren Vergleich zwischen Einrichtungen nicht geeignet, kann jedoch im internen Qualitätsmanagement ggf. Schwachstellen und Potenziale der Wohnsituation ermitteln.

Intensität sozialer Kontakte

Ausgewiesen wird die Häufigkeit von Kontakten von Bewohnern zu Mitbewohnern, Angehörigen und (ehrenamtlichen) Mitarbeitern. Hierzu werden unterschiedliche Methoden eingesetzt: Nutzerbefragungen und Dokumentation durch Mitarbeiter. Eine Dokumentation durch Mitarbeiter erfordert einen unangemessen hohen täglichen Zeiteinsatz, um für alle Bewohner hier eine umfassende Dokumentation der Kontakte anzufertigen und wird als wenig praktikabel betrachtet. Der subjektiv als angenehm empfundene Intensitätsgrad sozialer Kontakte fällt sehr unterschiedlich aus.

Vorhandensein eines verlässlichen Ansprechpartners oder einer Vertrauensperson

Mittels Befragung wird ermittelt, ob Bewohner innerhalb ihres Umfeldes (privater Kontakt oder Mitarbeitende) eine Vertrauensperson haben, mit der sie über persönliche Fragen oder Sorgen sprechen können. Eine solche Entlastungsmöglichkeit ist im Sinne des psychischen Wohlbefindens von Bedeutung. Der Einfluss der Einrichtungen auf der Ebene der Ergebnisqualität ist hier jedoch nur in einem eingeschränkten Maße gegeben. Die Akzeptanz einer anderen Person als vertrauenswürdig hängt ggf. stark mit biografischen Aspekten oder Persönlichkeitszügen eines Menschen zusammen. Unabhängig von der Ergebnisqualität kann jedoch auf der Ebene des Angebotes von psychosozialer Unterstützung einer Einrichtung ggf. hier ein Qualitätsunterschied festgestellt werden.

7. Nicht abgebildete Themenbereiche

Die bereits dargestellten Indikatoren decken nicht alle Bereiche der Unterstützung ab, die für die Bewohner wichtig sind. Es existieren weitere, die ebenfalls von hoher Relevanz für die Bewohner und für die pflegerische Versorgung sind. Diese Themenbereiche lassen sich jedoch nicht oder nur begrenzt mit klassischen Indikatoren für Ergebnisqualität darstellen und bilden eher Prozessqualität oder sogar Strukturqualität ab.

Im Projekt fand auf Anregung des Beirats eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen Themenbereichen und möglichen Indikatoren statt. Es handelte sich dabei insbesondere um Themen, die besondere Versorgungssituationen oder Bedarfslagen sowie Fragen der Kooperation betreffen.

Zu entscheiden war, ob diese wichtigen Themenbereiche einbezogen werden oder ausgeklammert bleiben sollten, da sie sich aus methodischen Gründen nicht auf der Ebene der Ergebnisqualität abbilden lassen. Gemessen an der Relevanz für die Bewohner wäre zweifellos eine Einbeziehung sinnvoll gewesen. Der Nachteil einer solchen Entscheidung läge allerdings darin, dass die in der deutschen Diskussion mit Nachdruck eingeforderte methodische Stringenz bei der Unterscheidung und Darstellung von Qualitätsbereichen verloren gegangen wäre. Es wurde die Entscheidung getroffen, eher dem Grundsatz der methodischen Stringenz zu folgen. Damit blieb der Fokus auf Indikatoren gerichtet, die tatsächlich Ergebnisqualität abbilden.

Ein wichtiges Ergebnis der zahlreichen Diskussionen und verschiedenen Projektarbeiten bestand allerdings darin, dass trotz aller Bedeutung und Chancen, die mit der Beurteilung von Ergebnisqualität in Verbindung gebracht werden, nicht übersehen werden darf, dass die Beurteilung von Strukturen und Prozessen auch weiterhin ein unverzichtbares Standbein der Qualitätsbewertung und Qualitätssicherung bleibt. Abgesehen davon, dass nicht alle relevanten Aspekte der Versorgung auf dieser Ebene beurteilbar sind, gibt es Aspekte der Struktur- und Prozessqualität, deren Beurteilung nicht verzichtbar ist.

Im Folgenden werden die Themenbereiche und Kriterien, die in Betracht gezogen worden sind, zusammenfassend vorgestellt und erläutert.

Heimeinzug

- Schriftliches Konzept zur Unterstützung des Bewohners beim Heimeinzug
- Hauptansprechpartner für neue Bewohner

Sterbephase

- Schriftliches Konzept zur Sterbebegleitung
- Mitarbeiter mit palliativpflegerischer Qualifikation
- Informationen über externe Kooperationspartner in der Sterbebegleitung

Krankenhausaufenthalte

- Schriftliches Konzept zur Überleitung bei Krankenhausaufenthalten der Bewohner
- Informationsübermittlung bei der Überleitung in ein Krankenhaus

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen

- Mitarbeiter mit gerontopsychiatrischer oder psychiatrischer Fachweiterbildung

Angehörigenarbeit

- Schriftliches Konzept zur Angehörigenarbeit
- Hauptansprechpartner für Angehörige
- Einschätzung der Bereitschaft von Angehörigen zur Mitwirkung
- Einbeziehung der Angehörigen in die Pflegeplanung für kognitiv beeinträchtigte Bewohner

Kooperation mit Ärzten und Apotheken

- Schriftliche Information über Zusammenarbeit für Ärzte
- Feste Ansprechpartner für Ärzte

Einbeziehung freiwilliger Helfer

- Schriftliches Konzept zur Integration von Freiwilligenhilfe
- Integration und Begleitung freiwilliger Helfer
- Intensität der Mitwirkung freiwilliger Helfer

Heimeinzug

Die Unterstützung neu eingezogener Bewohner und die Förderung der Phase des Einlebens stellen wichtige Aufgaben einer Einrichtung im Rahmen des Heimeinzugs dar. Eine Pflegeeinrichtung sollte Unterstützung für den neu eingezogenen Bewohner (u. a. Information, Beratung und Begleitung) gewährleisten und Rahmenbedingungen schaffen, die das Einleben fördern. Das Thema Heimeinzug wird national und international in verschiedenen Systemen aufgegriffen, z. B. in den Transparenzkriterien, im Heimverzeichnis der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V., in den Referenzmodellen zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege und in den National Care Standards Scotland.

Zum Thema Heimeinzug wurden neben dem Indikator „Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug“ weitere Überlegungen angestellt. Es wäre denkbar, eine Qualitätsbeurteilung daran fest zu machen, ob in einer Einrichtung ein schriftliches Konzept vorliegt, das Vorgaben zu bestimmten Aspekten der Unterstützung beim Heimeinzug beinhaltet, u. a. zu einer besonderen Unterstützung des neuen Bewohners, zu personellen Zuständigkeiten und zur Überprüfung des Verlaufs der Phase des Einlebens. Auch ein namentlich benannter Hauptansprechpartner gilt mitunter als Möglichkeit, den Bewohner in der Phase des Einlebens zu unterstützen.

Begleitung sterbender Bewohner

Angesichts der sinkenden Verweilzeit der Bewohner sind stationäre Pflegeeinrichtungen immer mehr zu Orten der Pflege und Versorgung von Menschen in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheiten geworden. Sterben und Tod gehören zum Alltag in Heimen und werden in Zukunft noch stärker an Bedeutung gewinnen (Schaeffer et al. 2003; World Health Organization 2004). Es ist Aufgabe einer Einrichtung, Voraussetzungen zu schaffen und Unterstützung zu leisten, um für jeden Bewohner ein Sterben in Würde zu ermöglichen (BMFSFJ/BMG 2010). Dazu gehört beispielsweise ein Konzept zur Sterbebegleitung, Weiterbildung der Mitarbeiter oder auch die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren.

Die Versorgung am Lebensende ist in anderen Ländern verschiedentlich Gegenstand von Standards und Leitlinien. Beispielsweise findet sich das Thema in „National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland“ wieder, aber auch im Artikel 8 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen oder im Diakonie-Siegel Pflege.

Das Ergebnis der Begleitung sterbender Heimbewohner lässt sich aufgrund methodischer und ethischer Grenzen jedoch nicht zuverlässig erfassen und beurteilen. Deshalb wurden im Projektverlauf Möglichkeiten geprüft, diesen Ergebnisbereich indirekt zu erfassen. Eine Bewertung könnte beispielsweise Verfügbarkeit und Aufbau einer schriftlichen Konzeption in den Blick nehmen. Weiterhin war angedacht, die Verfügbarkeit einer palliativpflegerischen Qualifikation unter den Mitarbeitern zu bewerten. Ein Kriterium, ob schriftliche Informationen für Angehörige/Betroffene existieren, die darüber informieren, welche externen Kooperationspartner (z. B. Seelsorger, Hospizdienste) mit Hilfe der Einrichtung im Sterbefall einbezogen werden können, könnte ebenfalls in eine Bewertung einbezogen werden.

Krankenhausaufenthalte

Um den Übergang von Bewohnern ins Krankenhaus reibungslos zu gestalten und die damit verbundenen Belastungen so weit wie möglich zu reduzieren, sollten Pflegeeinrichtungen über ein geregeltes Überleitungsverfahren verfügen. Standards und planvolle Maßnahmen zur Unterstützung des Übergangs zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern werden als wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität betrachtet.

Ein mögliches Kriterium wäre auch hier die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts, das Vorgaben zur Unterstützung der Bewohner durch die Einrichtungen, zu Art und Umfang der Informationsübermittlung an das Krankenhaus und zu anderen Aspekten der Überleitung macht. Ebenfalls könnte dargestellt werden, ob eine Einrichtung über einen Überleitungsbogen und weitere Dokumentationsinstrumente verfügt, die bestimmten inhaltlichen Anforderungen genügen, die also beispielsweise Auskunft geben über:

- wesentliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten des Bewohners
- den Bedarf an körperbezogenen Maßnahmen und psychosozialer Unterstützung
- Verhaltensauffälligkeiten, Gewohnheiten und Tagesstruktur sowie Kommunikationsmöglichkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
- die aktuelle Medikation und weitere ärztlich verordnete Maßnahmen

- Angaben zu Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuern
- Angaben zu zuständigen Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung und Möglichkeiten der Kontaktaufnahme
- ärztliche Überweisungen/Einweisungsunterlagen.

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen

Verhaltensauffälligkeiten treten im Verlauf von Demenzerkrankungen häufig auf und betreffen daher einen Großteil der Bewohnerschaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Zur fachlich angemessenen Versorgung von demenziell erkrankten Bewohnern bedarf es eines ausreichend qualifizierten Personals (Landtag NRW 2005). Der Einsatz von Mitarbeitern mit entsprechender Zusatzqualifikation bei der Versorgung von Menschen mit kognitiven Einbußen oder anderen psychischen Problemlagen wird verschiedentlich als notwendig betrachtet und empfohlen (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen 2009). Manche Indikatorensysteme ziehen die Durchführung fachlich anspruchsvoller Pflegemaßnahmen durch speziell ausgebildete Pflegekräfte als Qualitätsmerkmal heran (Steering Committee Responsible Care 2008).

Neben den Indikatoren „Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen“, der in das erprobte Indikatorenset aufgenommen wurde, gab es Überlegungen zu einem weiteren Indikator zum Umgang einer Einrichtung mit dem Bedarf der betreffenden Bewohner. So könnte das Verhältnis vollzeitbeschäftigter Mitarbeiter mit gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung zur Anzahl der Bewohner mit kognitiven Einbußen in Beziehung gesetzt werden (umgerechnet in eine Betreuungsrelation „Vollzeitäquivalente je 100 Bewohner“). Das Ergebnis gäbe im Vergleich zwischen den Einrichtungen einen (allerdings sehr groben) Hinweis auf die in der Einrichtung verfügbare Fachkompetenz.

Angehörige

Angehörigenarbeit ist von hoher Relevanz für die Bewohner, aber auch für die Einrichtung, da sie u. a. die Integration der Bewohner und die Zufriedenheit der Mitarbeiter positiv beeinflussen kann. Eine Einrichtung sollte Rahmenbedingungen schaffen, die eine erfolgreiche Angehörigenarbeit fördern. Das Thema Angehörigenarbeit wird in verschiedenen Qualitätssystemen diskutiert, z. B. in den Artikeln 4, 5 und 8 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, in den Transparenzkriterien und in den Referenzmodellen zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege.

Auch hier wäre prinzipiell die Frage nach einem schriftlichen Konzept möglich, das bestimmte Anforderungen berücksichtigt. Es wäre außerdem denkbar, einen Indikator einzusetzen, der den Anteil der Bewohner abbildet, für deren Angehörige es einen namentlich benannten Hauptansprechpartner gibt⁴⁹. Die Überprüfung der Möglichkeiten und der Bereitschaft von Angehörigen zur Mitwirkung bei der Versorgung und der Anteil der Bewohner mit kognitiven

⁴⁹ Gemeint ist eine Person, die regelmäßig bei der pflegerischen Versorgung oder sonstigen Unterstützung im Wohnbereich mitwirkt (im Idealfall die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft).

Beeinträchtigungen, bei denen die Angehörigen in die Erstellung der aktuellen Pflegeplanung einbezogen worden sind, wurden ebenfalls in Betracht gezogen.

Ärzte und Apotheken

Zur Förderung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Heimbewohnern bedarf es einer funktionierenden Kooperation zwischen Pflege und Medizin (Landtag NRW 2005). Der Erfolg von Kooperationsbemühungen seitens der Einrichtungen ist allerdings in hohem Maße von der Bereitschaft der behandelnden Ärzte abhängig. Aufgabe einer Einrichtung ist es, die Entwicklung einer erfolgreichen Kooperation mit Ärzten und Apotheken im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu fördern. Aktivitäten der Einrichtungen in diesem Bereich ließen sich beispielsweise durch folgende Kriterien abbilden:

- Verfügbarkeit einer schriftlichen Information für niedergelassene Ärzte, in der das angestrebte Konzept der Zusammenarbeit bzw. Kooperationsangebote und -erwartungen dargestellt werden
- Benennung von Pflegefachkräften als feste Ansprechpartner für Ärzte, die über den jeweiligen Bewohner kompetent Auskunft geben können.

Freiwillige Helfer

Das Engagement freiwilliger Helfer gewinnt insbesondere in der Versorgung Demenzkranker an Bedeutung. Eine stationäre Pflegeeinrichtung sollte die Kooperation mit freiwilligen Helfern fördern und sie in den Versorgungsalltag einbinden (BMFSFJ/BMG 2010; Landtag NRW 2005). Das Thema wird auch z. B. vom Diakonie-Siegel Pflege und im Heimverzeichnis der BIVA aufgegriffen.

Ähnlich wie bei den vorangestellten Themenbereichen könnte hier geprüft werden, ob ein schriftliches Konzept zur Integration von Freiwilligenhilfe in den Lebens- und Versorgungsalltag vorliegt, das beispielsweise konkrete Aussagen zu folgenden Punkten enthält:

- Aufnahmeverfahren für freiwillige Helfer
- Einarbeitung, Unterstützung und Begleitung von freiwilligen Helfern
- Personelle Zuständigkeiten für die Koordination von freiwilligen Helfern
- Zuordnung von Ansprechpartnern für freiwillige Helfer
- Fortbildungs- und Reflexionsangebote.

Transparente Strukturen zur Integration und Begleitung freiwilliger Helfer könnten ebenfalls als Bewertungskriterium in Betracht gezogen werden. Weitere Überlegungen erstreckten sich auf einen möglichen Indikator „Intensität der Mitwirkung freiwilliger Helfer“ (dargestellt als Betreuungsrelation). Eine solche Information könnte bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung eine gewisse Relevanz besitzen.

Wie ersichtlich, bezogen sich diese Überlegungen durchweg auf Kriterien, die der Ebene der Struktur- und Prozessqualität zuzuordnen sind. Kritisch diskutiert wurde auch die „Konzeptlastigkeit“ dieser Kriterien. Letztlich wurde darauf verzichtet, „Hilfsindikatoren“ für Ergebnisqualität, d. h. Struktur- und Prozessmerkmale vermehrt in das Indikatorenset zu integrieren.

Die Relevanz der angesprochenen Versorgungsfragen bleibt davon unberührt. Perspektivisch könnte in Betracht gezogen werden, eine indikatorengestützte, vergleichende Bewertung von Qualität auch auf die Ebene der Strukturen und Prozesse auszudehnen. Ansätze dieser Art werden vermehrt diskutiert, bislang allerdings mit weniger methodischer Strenge als im Falle der Indikatoren für Ergebnisqualität.

8. Praktikabilität

8.1 Erprobungserfahrungen mit den Indikatoren der Bereiche 1 bis 3

Um Aussagen zur Praktikabilität und Anschlussfähigkeit des Verfahrens an die Praxis zu treffen, wurde die Erprobungsphase auf verschiedene Weise ausgewertet. Zum einen wurden die Daten anhand verschiedener Fragestellungen geprüft, zum anderen erfolgte eine gemeinsame Auswertung der Erprobungsphase mit den beteiligten Einrichtungen und ausgewählten Experten.

Die Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen hielt sich zu allen drei Erhebungszeitpunkten in einem praktikablen Rahmen:

- 1. Erhebungszeitpunkt: durchschnittlich 21 Minuten (Minimum 5 Min., Maximum 75 Min.)
- 2. Erhebungszeitpunkt: durchschnittlich 15 Minuten (Minimum 2 Min., Maximum 70 Min.)
- 3. Erhebungszeitpunkt: durchschnittlich 14 Minuten (Minimum 1 Min., Maximum 65 Min.)

Mit zunehmender Routine und Übung konnte der zeitliche Aufwand verringert werden. In den Gesprächen mit und Rückmeldungen aus den beteiligten Einrichtungen wurde darüber hinaus deutlich, dass der Zeitaufwand erheblich geringer war, wenn die erhebende Pflegekraft den Bewohner gut kannte und die Daten schnell aus der Dokumentation entnommen werden konnten, d. h. wenn die Datenerfassung durch die Bezugspflegerinnen erfolgte.

In der gemeinsamen Auswertung mit den Einrichtungen wurde die Anwendung der Instrumente ausführlich reflektiert. Bei der Datenerfassung gab es nur in wenigen Punkten Schwierigkeiten, allerdings keine gravierenden. Sie betrafen bestimmte Einschätzungen im Bereich der Selbständigkeit und die Erfassung von Kontrakturen. Zum größten Teil verlief die Datenerhebung unproblematisch, die meisten geforderten Informationen konnten der bisherigen Dokumentation der Einrichtungen entnommen oder durch eine Einschätzung erfasst werden. Ein Erfordernis zur Anpassung der Dokumentation gab es nur selten. Im Blick auf zukünftige Formen der Erfassung von Ergebnisqualität wäre es allerdings sinnvoll, eine Anpassung der Routedokumentation vorzunehmen, weil dadurch der Arbeitsaufwand zu den Erhebungstagen verringert werden könnte. Der ohnehin überschaubare Zusatzaufwand, der durch

die Ergebnisindikatoren verursacht wurde, ließe sich damit noch einmal reduzieren. Eine Integration des Verfahrens in den Routinebetrieb wird von den meisten Einrichtungen als unproblematisch eingestuft.

Wie in den Indikatorenbeschreibungen in Kapitel 5 ausführlicher dargestellt, sind viele Informationen, die benötigt werden, bereits heute gut in den Einrichtungen dokumentiert. Vor allem Informationen zu den Indikatoren aus dem Qualitätsbereich 2 (wie z. B. Sturzfolgen oder Dekubitus) werden schon heute für externe Prüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (von den Einrichtungen) vorgehalten.

Im Bereich 1 „Erhalt und Förderung von Selbständigkeit“ werden neue Informationen mit einem neuen Einschätzungsverfahren in definierten Zeitabständen erhoben. Den Erprobungserfahrungen zufolge ist davon auszugehen, dass diese Herausforderungen in den meisten Fällen ohne große Probleme zu bewältigen sind und im Routinebetrieb einen relativ geringen Aufwand nach sich ziehen. Die eingesetzten Einschätzungsverfahren erwiesen sich als praktikabel und wenig zeitaufwendig. Fachlich gesehen ist ihr Einsatz für die Einrichtungen ein Gewinn, weil durchgängig Einschätzungen vorgenommen werden, die für den individuellen Pflegeprozess relevant sind.

Eine sorgfältige Auswahl der Mitarbeiter und eine intensive Einweisung in das Instrumentarium sind notwendig, um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten. Der Aufwand für die Qualifizierung des Pflegepersonals zum Umgang mit dem Instrumentarium wird realistisch in einer zweitägigen Schulungsveranstaltung zu veranschlagen sein. Erfahrungen in der Anwendung standardisierter Einschätzungsinstrumente sollten bei den Mitarbeitern, die die Erhebungen durchführen, vorhanden sein.

Auch die Gesprächsrunden mit den Experten zu den Themen „Internes Qualitätsmanagement“ und „Externe Qualitätsprüfungen“ bestätigten, dass eine Integration in die Qualitätsmanagementsysteme der Pflegeeinrichtungen in den meisten Fällen möglich ist, ohne die Einrichtungen bzw. ihr Qualitätsmanagement vor übermäßige Anforderungen zu stellen. Die Praktikabilität wurde vom Großteil der Experten als gut eingestuft. Im Hinblick auf die organisatorische Einbindung in das interne Qualitätsmanagement wurden ebenfalls keine gravierenden Probleme erwartet. Herausforderungen sind allerdings bei der flächendeckenden Einführung eines neuen Erhebungsinstrumentes sowie der Integration in den individuellen Pflegeprozess zu erwarten. Um neue Einschätzungsverfahren in die bestehenden Abläufe zu integrieren und die positiven Effekte der Indikatoren und Einschätzungen im Versorgungsalltag ausschöpfen zu können, bedürfte es einiger Umstellungen. Hinzu kommt der Zusatzaufwand. Auch wenn dieser Aufwand verhältnismäßig gering ist, muss er einkalkuliert werden, um die erforderlichen Vorbereitungen und ein reibungsloses Erhebungsverfahren zu gewährleisten.

Die Aussagekraft der Indikatoren wurde mit den beteiligten Einrichtungen in den Regionalgruppen diskutiert bzw. über eine schriftliche, nicht standardisierte Befragung der Einrichtung nach der letzten Sitzung der Regionalgruppen schriftlich dokumentiert. Die Ergebnisse der Befragung bestätigten noch einmal die Praktikabilität. Die Aussagekraft der Indikatoren wurde ebenfalls positiv beurteilt. Nur ein kleiner Teil der Einrichtungen signalisierte, dass manche Ergebnisse nicht so einfach nachvollzogen werden könnten, was aber häufig damit zu-

sammenhing, dass sich die Beurteilung auf einen Wohnbereich bezog und nicht, wie im Falle der Vollerhebung, ohne weiteres auf die Einrichtung insgesamt übertragen werden darf. Der Großteil der Einrichtungen befand die Ergebnisse aber als aussagekräftig und sah die Stärken und Schwächen der jeweiligen Einrichtung bzw. des Wohnbereichs bestätigt. Teilweise sahen Einrichtungen auch eine Verbindung zu eigenen Qualitätsentwicklungsprozessen, deren Effekte sich in einer Veränderung der jeweiligen Ergebnisse im Verlauf der Erprobungsphase ausdrückten.

Somit darf die Praktikabilität der Bewertung von Ergebnisqualität in den Bereichen „Erhalt oder Verbesserung der Mobilität“, „Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen“ und „Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen“ als hinreichend gegeben gelten. Die Anforderungen und Schwierigkeiten des Verfahrens liegen nicht so hoch, wie vom IPW und sicherlich auch von den Einrichtungen zu Beginn des Projektes erwartet wurde.

8.2 Erprobungserfahrungen mit den Indikatoren der Bereiche 4 und 5

Bewohnerbefragung

Die Bewohnerbefragung bewährte sich in der praktischen Anwendung in methodischer und organisatorischer Hinsicht und erwies sich als praktikabel. Die Bereitschaft zur Mitwirkung der befragten Personen war sehr hoch und die Befragung wurde hinsichtlich der Länge, des Schwierigkeitsgrades und der Inhalte – mit Ausnahme der Skala zur Erfassung des emotionalen Status – von den Bewohnern in einer anschließenden Nachbefragung zur Interviewführung durchweg positiv bewertet. Die positive Resonanz war auch daran ablesbar, dass nahezu alle Bewohner, die nach der Durchführung des Interviews um eine weitere Teilnahme an der Wiederholungsbefragung nach einer Woche gebeten wurden, zustimmten. In den Wiederholungsbefragungen war zu beobachten, dass die Bewohner die Fragen vor der Abgabe ihrer Bewertung erneut intensiv durchdachten. Ein Trend, alle Aspekte positiv zu bewerten („Soziale Erwünschtheit“), trat nicht auf. Die eingesetzten Skalen bereiteten keine Schwierigkeiten bei der Beurteilung. Bewohner äußerten oft, dass sie es gut finden, nach ihrer Meinung gefragt zu werden. Ebenso begrüßt wurde die Durchführung der Befragung durch externe Personen.

Ein kritischer Aspekt war der Einsatz einer Skala zur Messung des emotionalen Status in der ersten Erhebungsphase. Die Skala wurde erst am Ende des Interviews eingesetzt, um keine Verzerrung anderer Indikatoren aufgrund emotionaler Stimmungswechsel während der Befragung zu riskieren. Bei der Beurteilung der Fragen zum emotionalen Status traten in mehreren Fällen starke emotionale Reaktionen bis hin zum Weinen auf, die ein unterstützendes Gespräch erforderlich machten. Mehrere Bewohner äußerten, dass sie diese Fragestellungen als sehr persönlich empfinden. Die Beantwortung der Skala wurde in der Wiederholungsbefragung vergleichsweise häufig abgelehnt. Die Skala musste im Kontext von Bewohnerbefragungen als nicht geeignet beurteilt werden, zusätzlich erwies sich die Reliabilität der Skala als sehr instabil. Sehr häufig wurde bei der Abgabe der Bewertung auf äußere, von der Einrichtung nicht beeinflussbare Ursachen hingewiesen.

Beide getesteten Verfahrensvarianten (Variante 1: Interviewführung durch ein externes Institut und Variante 2: Rotationssystem mit Austausch von Mitarbeitern) erwiesen sich als praktikabel, die Organisation des Rotationsverfahrens erwies sich jedoch als aufwändig. In beiden Varianten traten ähnliche Streuungen der Ergebnisse auf. Die Übereinstimmung der Ergebnisdokumentation durch einen teilnehmenden Beobachter der Befragung lag bei 98,5% (N=23 Interviews), eine Verzerrung von Ergebnissen durch Interviewerinterpretationen von Bewohnerbewertungen kann somit ausgeschlossen werden und die Methodik erwies sich als verlässlich in der Anwendung. Die 10 beobachteten Interviews zur Beurteilung der fachlichen Umsetzung des Verfahrens durch die Interviewer zeigte eine gute Umsetzung der Befragungstechnik unabhängig von der jeweiligen beruflichen Vorbildung. Bei einem sehr seltenen Einsatz als Interviewer wäre jedoch eine Auffrischung der Fragetechnik zu empfehlen.

Die eintägige Schulung reichte aus, um die Interviewer ausreichend zur Anwendung des Verfahrens zu qualifizieren. Zu empfehlen ist aus Sicht der zu Befragungen eingesetzten Mitarbeiter ein Zeitraum von wenigstens 2 Tagen zwischen der Schulung und dem Einsatz am Befragungsort, um ausreichend Zeit zur Nachbearbeitung des Materials und für den Umgang mit der Befragungssoftware zu haben. Während der Einsatzphase gab es keine Rückfragen der Interviewer zum Einsatz der Software oder der Fragetechnik. Schwierigkeiten bereiteten jedoch der Export und die Übermittlung der Daten in 3 von 11 Fällen. Zwei der Fälle konnten durch telefonischen Support gelöst werden, in einem Fall war die Hilfe des Programmierers⁵⁰ notwendig.

Sehr positiv bewertet wurde der Einsatz der optischen Befragungshilfe für die Bewohner. Etwas ungünstig in der praktischen Handhabung war jedoch die technisch bedingte unterschiedliche Nummerierung der Bildschirmfragen und der optischen Befragungshilfe bei der Filterführung. Dieses Problem wäre bei einem zukünftigen Einsatz eines speziell für die Befragung entwickelten Bildschirminterviews mit automatisierter Filterprogrammierung zu umgehen. Im Rahmen der Erprobungsphase musste hier aus Kostengründen eine pragmatische Lösung gefunden werden.

Die Organisation innerhalb der Einrichtungen verlief reibungslos, in allen Einrichtungen trafen die Interviewer auf gut vorbereitete Bewohner. Die Vorbereitung durch die Einrichtungen umfasste die Information der Bewohner, die Terminvereinbarung und eine vorher eingeholte Einverständniserklärung zur Teilnahme. Das zur Ermittlung der befragungsfähigen Bewohner entwickelte Kurzverfahren zur Erfassung des kognitiven und kommunikativen Status wurde problemlos eingesetzt, ebenso das danach anzuwendende Verfahren zur Ermittlung der Stichprobengröße und die Stichprobenziehung. In einigen wenigen Fällen war ein Rücksprachebedarf zu einzelnen Details notwendig. Dies betraf auch Fragestellungen, die dem Anleitungstext zu entnehmen waren. Eine zentrale Stelle zur Organisation und Koordination des Rotationsverfahrens mit dem Angebot eines Supports wäre auch zukünftig erforderlich.

Das Verfahren hat sich als praktikabel erwiesen, der Zeitaufwand war angemessen. Pro Bewohnerinterview wurden im Durchschnitt ca. 23 Minuten benötigt.

⁵⁰ Ursache war ein fehlendes Update.

Die Angehörigenbefragung

Die Durchführung der Angehörigenbefragung erforderte die Kooperation zwischen einem externen Institut und der beteiligten Einrichtung. Die Organisation der Befragung und der Versand durch die Einrichtungen funktionierten problemlos, die Zuordnung zu den Befragungsgruppen bereitete keine Schwierigkeiten. Die Rücklaufquoten waren mit 60% sehr zufriedenstellend. Beteiligte Einrichtungen berichteten im Rahmen eigener Angehörigenbefragungen, geringere Rücklaufquoten zu erzielen. Die Angehörigen beurteilten die Fragen differenziert und nutzten die Kategorie „Ist mir nicht bekannt“, um nur Sachverhalte zu beurteilen, zu denen sie Stellung nehmen konnten. Es befanden sich nur wenige Anmerkungen von Angehörigen auf den Fragebögen. Das Verfahren erwies sich als praktikabel, der Zeitaufwand entsprach dem üblichen Zeitaufwand für eine schriftliche Befragung.

Von 18 Einrichtungen haben in einem Nachgespräch 16 die erzielten Ergebnisse der Bewohner- und Angehörigenbefragung als zu ihrer Einrichtung passend qualifiziert, diese Rückmeldung umfasste durchaus auch kritische Ergebnisse. Zwei Einrichtungen hatten Schwierigkeiten mit den Ergebnissen einzelner Indikatoren. Einige Einrichtungen haben bereits Veränderungen in ihren Qualitätsabläufen auf der Basis der Befragungsergebnisse eingeleitet, andere sind aktuell dabei.

Erprobungserfahrungen mit der Erfassung des Aktionsradius

Die Erfassung des Aktivitätsradius über eine Woche erwies sich in der ersten Erprobungsphase als problematisch hinsichtlich der verschiedenen Radien, die über das Verlassen des Zimmers hinausreichten. Schwierigkeiten bestanden nach Angaben der beteiligten Einrichtungen vor allem hinsichtlich der Erfassung von Aktivitäten bei Bewohnern, die sehr selbstständig im Bereich der Mobilität waren. Dies führte jedoch zu Problemen bei der vergleichenden Ergebnisbetrachtung. Keinerlei Probleme bereitete hingegen die Erfassung des Aktionsradius anhand der vereinfachten Kategorien „Bett verlassen“ und „Aufenthalt außerhalb des Zimmers“. Diese Variante wurde deshalb in der zweiten Erprobungsphase getestet und erwies sich als praktikabel. Die Möglichkeit zu Aufenthalten im Freien wird über die Bewohner- und Angehörigenbefragung erfasst (zur Dauer der Erfassung siehe folgenden Abschnitt).

Erprobungserfahrungen mit der Erfassung der Teilnahme an Aktivitäten

Die Erfassung der Teilnahme an Aktivitäten wurde von den Einrichtungen als sehr unterschiedlich aufwändig beurteilt. Hier war ein Zusammenhang zur vorliegenden bestehenden Dokumentation erkennbar. In 58,8% der Fälle betrug nach Angaben der Einrichtungen der tägliche Aufwand zur Erfassung der Daten maximal 2 Minuten, 90,5% der Fälle wurden in maximal 5 Minuten ermittelt (inkl. Erfassung des Aktionsradius). Der Zeiteinsatz wird von den beteiligten Einrichtungen insgesamt als praktikabel beurteilt. Im Großen und Ganzen gelang es gut, die sehr heterogenen Angebotsstrukturen der Einrichtungen in den gewählten Kategorien abzubilden.

Erprobungserfahrungen zur Erfassung der ergänzenden Indikatoren zur Qualität des Mahlzeitenangebots und der Wäscheversorgung, Möglichkeiten zum Grad der Möblierung, des Angebotsspektrums auf Gruppen- und Einzelebene und der Mitarbeiterzeit

Die Angaben zur Qualität des Mahlzeitenangebotes bereiteten Probleme bei der Übermittlung vollständiger Lebensmittelpläne, die auch das Frühstücks- und das Abendessenangebot umfassten. Zur Auswertung fehlte häufig die Angabe des Fettgehaltes von Milchprodukten.

Die Erfassung betrieblicher Kennzahlen zur Qualität der Wäscheversorgung war nur in Einzelfällen möglich, eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse war aufgrund der sehr unterschiedlichen Qualität der Daten jedoch kaum gegeben. Die einzige Ausnahme bildete die durchschnittliche Rückgabedauer der Wäsche.

Die Erfassung des Grades zur Möglichkeit der Möblierung bereitete kaum Schwierigkeiten. Eine vergleichbare Erfassung des Angebotsspektrums war nicht möglich. Die angegebenen Aktivitäten unterschieden sich inhaltlich und in ihrer Anzahl sehr deutlich voneinander.

Zurückhaltung und Bedenken seitens der Einrichtungen gab es insbesondere bei der Dokumentation und Herausgabe der Mitarbeiterzeiten, diese wurde auch als sehr zeitintensiv befunden.

8.3 Exkurs: Ergebnisqualität und Vergütungsverhandlungen

Im Projekt war auch der Frage nachzugehen, inwieweit Indikatoren für Ergebnisqualität perspektivisch in Vergütungsverhandlungen einfließen könnten. Um der Klärung dieser Frage näher zu kommen, wurde ein Expertenworkshop mit sieben Personen durchgeführt, die auf diesem Themenfeld einschlägige Erfahrungen aufwiesen. Kostenträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) waren ebenso vertreten wie Leistungsanbieter.

Das Ziel des Expertengesprächs bestand darin, grundsätzliche Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen der Nutzbarkeit von Beurteilungen der Ergebnisqualität bei der Festlegung von Vergütungen anzustellen. Im Unterschied zu den anderen Expertengruppen, die im Verlauf des Projekts durchgeführt wurden, ging es nicht so sehr um die Verwendbarkeit der einzelnen Indikatoren. Im Mittelpunkt der Erörterung stand vielmehr die Frage, welche Chancen und Risiken zu erwarten wären, wenn Vergütungen und Kriterien der Ergebnisqualität in irgendeiner Form miteinander verknüpft würden.

Dabei konzentrierte sich die Diskussion auf zwei Ansätze: Erstens könnte die Höhe von Vergütungen davon abhängig gemacht werden, welche Ergebnisqualität eine Einrichtung in der Vergangenheit erreicht hat (Bonus-Malus-System). Zweitens könnte Ergebnisqualität als Kriterium verwendet werden, um die Erreichung von Zielen, die von den Vertragspartnern vereinbart wurden, zu überprüfen.

Vergütungshöhe in Abhängigkeit von Ergebnisqualität?

Im Rahmen des Expertengesprächs bestand Einigkeit unter allen Beteiligten, dass aufgrund der möglicherweise gravierenden Folgen, die eine Verknüpfung von Ergebnisindikatoren und Vergütungen für die Einrichtungen mit sich bringen kann, eine hohe Genauigkeit der Daten gefordert ist. Inwieweit diese Genauigkeit in allen Bereichen, die mit den im Projekt entwickelten Indikatoren abgebildet werden, auch tatsächlich erreicht wird, muss sich zunächst noch in der Praxis erweisen. Gewisse Ungenauigkeiten sind bei Datenerhebungen immer einzukalkulieren, sie können jedoch im Rahmen der Qualitätsbeurteilung durch geeignete Verfahren der Bewertung von Erhebungsergebnissen kompensiert werden. Und selbst wenn eine Unschärfe in den Daten im Ausnahmefall zu einer vorübergehend leichten Über- oder Unterschätzung der Qualität in einer Einrichtung führt, so ist dies aus der Perspektive der Einrichtung zwar unerfreulich, aber verkraftbar und innerhalb einer überschaubaren Zeitspanne zu korrigieren. Sobald jedoch finanzielle Fragen berührt sind, müssen die Konsequenzen als einschneidend bezeichnet werden. Von daher ist eine hohe methodische Sicherheit unerlässlich. Ob diese Sicherheit gegeben ist, müsste, so die einhellige Auffassung der Expertengruppe, im Laufe der Zeit durch praktische Erfahrungen in der Breite der Versorgung unter Beweis gestellt werden.

Die einzelnen Indikatoren, die im Rahmen des Projektes entwickelt und erprobt wurden, waren, wie bereits angemerkt, nicht Gegenstand der Diskussion in der Expertengruppe. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass es vor dem Hintergrund der geforderten Genauigkeit und methodischen Verlässlichkeit eher fraglich sei, ob sich aus den Ergebnissen einer Nutzerbefragung so große Qualitätsunterschiede ableiten lassen, dass sich monetäre Konsequenzen hinreichend begründen ließen. Außerdem lässt sich den Erprobungsergebnissen zufolge zwar feststellen, welche Einrichtungen über- oder unterdurchschnittliche Ergebnisse erreichen, allerdings kann in den Bereichen 4 und 5 selbst ein unterdurchschnittliches Ergebnis noch ein recht gutes Ergebnis sein, mit dem sich ein „Malus“ schwerlich begründen ließe.

Ein zweiter grundlegender Aspekt, der die Diskussion in der Expertengruppe prägte, betrifft die Frage, ob es im Interesse von Fachlichkeit, im Interesse der Bewohner und auch generell im Hinblick auf die Sicherstellung eines hohen Qualitätsniveaus wünschenswert sein kann, in Abhängigkeit von den Versorgungsergebnissen Zu- oder Abschläge bei der Vergütung vorzunehmen. Für Außenstehende mag es plausibel erscheinen, wenn gute Qualität auch mit hohen Pflegesätzen „belohnt“ wird. Ob damit aber mittel- und langfristig die Qualität gefördert wird, ist den Ergebnissen der Expertendiskussion zufolge eher fraglich. Wenn Einrichtungen, die in der Vergangenheit eine überdurchschnittliche Ergebnisqualität vorweisen konnten, Zuschläge auf Vergütungen erhalten, so würde das für diese Einrichtungen sicherlich eine Motivation darstellen, sich weiterhin um eine hohe Ergebnisqualität zu bemühen. Für eine Verbesserung der Qualität wäre dies möglicherweise jedoch irrelevant, da es der betreffenden Einrichtung ja bereits gelungen ist, eine überdurchschnittliche Qualität zu realisieren. Umgekehrt würde man durch Abschläge bei schlechter Qualität eine Situation herbeiführen, in der den betroffenen Einrichtungen zur Behebung von Qualitätsdefiziten bzw. zur Qualitätsentwicklung weniger Ressourcen als in der Vergangenheit zur Verfügung stünden. Finanzielle Abschläge könnten sich insofern als Hemmnis für die Weiterentwicklung von Qualität erweisen.

Ein weiteres Problem, das mit solchen Bonus-Malus-Systemen zusammenhängt, ist die Frage nach einer Bezugsgröße. Derzeit lässt sich aus den Projektergebnissen nicht ableiten, inwieweit eine Qualitätsbeurteilung mit Hilfe der entwickelten Indikatoren zu unterschiedlichen Ergebnissen in den Bundesländern führt. Sollte es solche Unterschiede geben, so stellt sich die Frage, welche Region als Referenz in einem Bonus-Malus-System zugrunde gelegt werden sollte. Bei einer Verknüpfung von Qualitätsbeurteilung und Vergütungshöhe müsste eine definitive Festlegung auf einen bestimmten Maßstab erfolgen. Tendenziell sprachen sich die beteiligten Experten eher für den regionalen Durchschnitt als Bezugsgröße aus, weil dies eine bessere (gerechtere) Vergleichbarkeit der Einrichtungen bzw. der Bedingungen, unter denen sie arbeiten, ermögliche. Das allerdings könnte dazu führen, dass Einrichtungen mit vergleichbarer Ergebnisqualität, die jeweils in anderen Regionen angesiedelt sind, mit unterschiedlichen finanziellen Konsequenzen zu rechnen hätten – was unter sachlichen, aber auch rechtlichen Gesichtspunkten kritisch zu diskutieren wäre.

Darüber hinaus wurde die Frage aufgeworfen, ob es überhaupt sinnvoll sei, im Hinblick auf die Vergütung den Durchschnitt der Einrichtungen als Maßstab zu wählen. Es könnte zielführend sein, darüber nachzudenken, eine Grenzziehung zwischen besonders „guten“ oder besonders „schlechten“ Einrichtungen vorzunehmen. Hierzu müsste ein anderer Maßstab verwendet werden, der Durchschnitt ermöglicht dies nicht. Bislang gibt es jedoch keine Anhaltspunkte dafür, wie und mit welchen Werten eine tragfähige Festlegung zu bewerkstelligen wäre.

Eher skeptisch wurden auch die finanziellen Konsequenzen von Vergütungszuschlägen für die Bewohner und für die Situation mancher Einrichtungen diskutiert, die unter hohem Wettbewerbsdruck stehen. Eine Erhöhung von Pflegesätzen führt zunächst einmal dazu, dass das vom Leistungsnutzer aufzubringende Heimentgelt steigt. Sofern es sich um Selbstzahler handelt, wären also die Bewohner bzw. Angehörigen diejenigen, die einen durch gute Qualität begründeten Zuschlag auf die Vergütungen finanzieren würden. Reichen ihre finanziellen Mittel nicht aus, stünden die Sozialhilfeträger, nicht die Pflegekassen in der Pflicht.

Es ist auch davon auszugehen, dass manche Einrichtungen gar nicht unbedingt daran interessiert sind, unter den bestehenden Wettbewerbsbedingungen erhöhte Pflegesätze zu erlangen. In manchen Regionen, in denen die bestehenden Kapazitäten nicht ausgelastet sind, existiert ein Wettbewerb, der auch über den Preis geführt wird. Eine Einrichtung, deren Pflegesätze sich aufgrund guter Qualität in der Vergangenheit erhöhen, wird also aus der Perspektive von Bewohnern oder Angehörigen möglicherweise weniger attraktiv, und so könnte eine Erhöhung von Pflegesätzen dort, wo der Wettbewerb besonders scharf ausgeprägt ist, von der Einrichtung eher als kontraproduktiv empfunden werden.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ist auch zu diskutieren, welche Höhe der Zu- oder Abschläge ins Auge gefasst werden könnten. Wenn Zuschläge nicht eine Höhe erreichen, mit der die Einrichtungen Strukturen verbessern können (beispielsweise zusätzliches Personal einstellen können), würde der angestrebte Effekt auf die Qualitätsentwicklung nicht eintreten. Die Differenz müsste also deutlich spürbar sein – womit sie aus den dargestellten Gründen auch für die Bewohner und die Angehörigen zur finanziellen Belastung würde.

Davon abgesehen gibt es bislang keine Kriterien, nach denen man das Niveau der Ergebnisqualität und das Niveau der Vergütungen so in Beziehung setzen könnte, dass eine begründete Quantifizierung erfolgen könnte.

Im Gesamtbild zeigte sich während der Expertenrunde, dass ein Bonus-Malus-System unter den heutigen Rahmenbedingungen vermutlich keinen wünschenswerten Effekt, insbesondere keinen Anreiz zur nachhaltigen Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen erwarten ließe. Bei genauerer Betrachtung lassen sich kaum belastbare Argumente dafür vorbringen. Zahlreiche Fragen im Zusammenhang mit einem solchen Ansatz sind bislang noch ungeklärt, die Konsequenzen für die Einrichtungen, Bewohner und auch für die Kostenträger nicht abschätzbar. Die auf den ersten Blick interessante Idee, durch finanzielle Anreize Qualität zu fördern, lässt sich aus den genannten Gründen – also aus strukturellen Gründen – vermutlich gar nicht realisieren. Zum jetzigen Zeitpunkt, zu dem mit dem neuen Qualitätsbeurteilungssystem noch keine Erfahrungen im großen Maßstab vorliegen, *kann eine Empfehlung für ein Bonus-Malus-System nicht ausgesprochen werden.*

Eine Sanktionierung von Einrichtungen durch verringerte Ressourcen wäre unter den heutigen Rahmenbedingungen nur dann eine Option, wenn negative Konsequenzen für die Bewohner (und damit auch eine Verringerung der Personalressourcen) auszuschließen wären. Nachzudenken wäre ggf. über eine Begrenzung auf die Schaffung von Anreizen für besonders gute Qualität (reines Bonus-System). Allerdings wäre auch hier zu diskutieren, ob die zur qualitätsabhängigen Aufstockung der Vergütungen verwendeten finanziellen Ressourcen nicht sinnvoller eingesetzt werden könnten, um die Qualität in der Versorgung insgesamt zu verbessern. Im Gesamtbild jedenfalls zeigte sich in der Expertengruppe eine einhellige Skepsis gegenüber solchen Überlegungen.

Ergebnisqualität als Nachweis für den Erfolg definierter Programme

Der *zweite Ansatz*, Informationen zur Ergebnisqualität für Vergütungsverhandlungen nutzbar zu machen, wurde im Hinblick auf negative Konsequenzen weniger skeptisch beurteilt als ein Bonus-Malus-System, lässt aus Sicht der befragten Experten jedoch ebenfalls viele Fragen offen. Dieser Ansatz geht von der Grundüberlegung aus, Versorgungsergebnisse zu verwenden, um die Einhaltung von Vereinbarungen zu verifizieren und/oder den sachgemäßen Umgang mit Sondermitteln für spezielle Versorgungskonzepte zu überprüfen. Ergebnisqualität wird dann als Kriterium verwendet, um die Erreichung von Zielen, die von den Vertragspartnern vereinbart wurden und für die ein Zuschlag auf Pflegesätze gezahlt wird, zu überprüfen. So könnte eine Einrichtung beispielsweise für einen Teil ihrer Bewohner ein Konzept der aktivierenden Pflege vorlegen, für deren Umsetzung dann mehr Personal und dementsprechend höhere Pflegesätze erforderlich sind. Nach einem Jahr der Durchführung dieses Konzepts könnte dann anhand von Ergebnisindikatoren geprüft werden, ob sich die Fähigkeiten der betreffenden Bewohner tatsächlich verbessert haben. Dies entspricht vor allem der Ausrichtung der Ergebnisindikatoren im Qualitätsbereich 1 „Erhalt und Förderung von Selbständigkeit“. Auf dieser Grundlage könnten dann weitere Vereinbarungen über zukünftige Vergütungen getroffen werden. Zeigen sich deutliche Effekte, so läge es in diesem Beispiel nahe, die Sonderfinanzierung weiterzuführen.

Es gibt vergleichbare Finanzierungskonzepte in Ländern, in denen Heimentgelte nicht allein nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohner festgelegt werden, sondern in denen eine differenziertere Zuordnung zu Fallgruppen erfolgt. Ein Beispiel sind die USA, in denen sogenannte Resource Utilization Groups (RUGs) zur Anwendung kommen, die jeweils unterschiedliche Mittel für die Versorgung der Bewohner zur Verfügung stellen. Darunter finden sich u. a. Fallgruppen für Personen, die einen Bedarf an ressourcenfördernder Versorgung („rehabilitativ orientierte Pflege“) benötigen.

In der Diskussion wurde allerdings deutlich, dass es bislang wenige Erkenntnisse darüber gibt, für welche Personengruppen gesonderte Pflegesätze festgelegt werden könnten und wie groß diese Bewohnergruppen eigentlich sind. Auch Einzelheiten der Festlegung von Entgelten sind in diesem Zusammenhang völlig offen. So wurde auch diese Überlegung im Grundsatz zwiespältig beurteilt. Einerseits erscheint eine solche Verknüpfung von Ergebnisindikatoren und Vergütungen realistischer als ein Bonus-Malus-System, und auch die unerwünschten Effekte, die in den vorangegangenen Ausführungen beschrieben wurden, wären bei einem solchen Anreizsystem nicht zu erwarten. Allerdings müsste, so ein Fazit aus der Diskussion in der Expertengruppe, auch in diesem Fall zunächst einmal auf der Grundlage von umfangreichen Erprobungserfahrungen überprüft werden, inwieweit es sich hierbei um eine realistische Option handelt. Denn die zur Finanzierung des betreffenden Konzepts gewährten Zusatzmittel müssten auch in diesem Fall so umfangreich sein, dass eine Erweiterung der strukturellen Voraussetzungen (in der Regel mehr Personal) möglich wäre. Hierzu wäre zu klären, ob die Bewohnergruppen, die für ein solches Vorgehen in den Blick genommen werden könnte, groß genug sind, um solche Erweiterungen zu erreichen.

Immerhin schließt ein solches Verfahren an Strukturen an, die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 eingeführt wurden. Nach dem neuen § 87a Abs. 4 SGB XI erhalten „Pflegeeinrichtungen (...) von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1.536 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. (...) Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird“.

Bei beiden Ansätzen, die diskutiert wurden, muss man berücksichtigen, dass die Einbeziehung von Ergebnisqualität bei der Festlegung von Vergütungen eine erhebliche Veränderung der heutigen Pflegesatzverhandlungen nach sich ziehen würde. Die einzelnen Bundesländer haben in diesem Punkt sehr unterschiedliche Wege eingeschlagen. So wird beispielsweise im Land Nordrhein-Westfalen die individuelle Kostenstruktur einer Einrichtung sehr differenziert in die Berechnung von Heimentgelten einbezogen. Grundsätzlich hat die Festlegung von Pflegesätzen Verhandlungscharakter. Zwar werden Anhaltswerte für den Personalbedarf zugrunde gelegt, diese unterscheiden sich jedoch je nach Bundesland und werden eben nur als „Anhaltswerte“ verwendet, nicht als Maßstab zur linearen Ableitung von Personalbedarf. Es ist, so eines der Ergebnisse der Expertendiskussionen, schwer einschätzbar, inwieweit sich ein zusätzliches „objektives“ Kriterium in die heutige Praxis der Festlegung von Vergütungen harmonisch einfügen würde, wenn nicht zugleich eine grundlegende Anpassung des Verfahrens der Ermittlung von Pflegesätzen erfolgen würde.

Fazit

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt, so lässt sich das Ergebnis des Expertengesprächs zusammenfassen, ist die Frage, ob eine Verknüpfung der Festlegung von Vergütungen mit der Ergebnisqualität einer Einrichtung möglich und sinnvoll wäre, nicht eindeutig zu beantworten. Von entsprechenden Festlegungen ist angesichts der vielen ungelösten Fragen derzeit abzuraten. Ein Bonus-Malus-System kann unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht empfohlen werden, und es ist auch unsicher, ob ein solches System unter anderen Bedingungen zu befürworten wäre. Insbesondere ist unklar, ob dieser Ansatz tatsächlich Qualitätsentwicklungen anstoßen würde und nicht umgekehrt ungewollte, kontraproduktive Effekte aufträte.

Chancenreicher wäre möglicherweise der zweite Ansatz, in dem für definierte Bewohnergruppen und für definierte Leistungen konkrete Vereinbarungen mit Festlegung von Ressourcen getroffen werden, bei denen die Ergebnisindikatoren zur Überprüfung von „Outcomes“, also von Versorgungsergebnissen herangezogen werden. In diesem Fall würde keine allgemeine Verknüpfung von Vergütung und Indikatoren stattfinden, sondern für ganz bestimmte Bereiche der Versorgung eine Festlegung getroffen, wie die betreffende Bewohnergruppe zu versorgen ist. Ergebnisindikatoren hätten nur die Funktion, Erfolg oder Misserfolg solcher Programme zu beurteilen, womit sie eine Grundlage für die Entscheidung der Fortführung oder Beendigung solcher Programme zur Verfügung stellen. Es kann sinnvoll sein, diese Option weiterzuerfolgen.

Ein solcher Ansatz, dies sei abschließend noch erwähnt, setzt anders als ein Bonus-Malus-System keine flächendeckende Erfassung von Ergebnisqualität voraus, sondern könnte theoretisch bereits heute (unter Einsatz geeigneter Einschätzungsverfahren, die mit dem Projekt zu Verfügung stehen) in einer Einrichtung installiert werden. Der große Vorteil einer flächendeckenden Anwendung von Ergebnisindikatoren besteht allerdings darin, dass eine breite und verlässliche Datenbasis zur Verfügung steht, anhand derer sich individuelle Vereinbarungen für einzelne Einrichtungen und die jeweiligen Ergebnisse einer Einrichtung besser beurteilen lassen.

9. Fazit und Überlegungen zur Verwendbarkeit der Indikatoren

Vor dem Hintergrund einer zunehmend intensiven Qualitätsdiskussion haben das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Projektauftrag „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ vergeben. Das Projekt wurde von Dezember 2008 bis Januar 2011 arbeitsteilig vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) durchgeführt.

In einer ersten Arbeitsphase wurden Qualitätsindikatoren sowie die entsprechenden Erhebungsinstrumente entwickelt und anschließend in einer zehnmonatigen Praxisphase in 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen erprobt. Auf der Grundlage der Erprobungsergebnisse erfolgte eine Überarbeitung der Indikatorenauswahl. Mit dem vorliegenden Abschlussbericht werden die Ergebnisse dieser Arbeiten vorgelegt. Der Anhang zu diesem Bericht beinhaltet alle Instrumente und die dazugehörigen Verwendungshinweise, die für die Erfassung und Beurteilung von Ergebnisqualität erforderlich sind.

Mit dem Projekt wurden Indikatoren unterschiedlicher Art entwickelt. Der Bericht unterscheidet pragmatisch zwischen

- gesundheitsbezogenen Indikatoren, wobei der Begriff „Gesundheit“ körperliche, mentale und soziale Aspekte anspricht (Qualitätsbereiche 1 bis 3, Bearbeitung durch das IPW),
- Indikatoren zur Erfassung von weiteren Aspekten der Lebensqualität, die überwiegend über Befragungen von Bewohnern und Angehörigen erhoben werden (Qualitätsbereiche 4 und 5, Bearbeitung durch das ISG) und
- einem Indikator zur Bewertung von Ergebnissen der Zusammenarbeit mit Angehörigen, deren Beurteilung ebenfalls über eine schriftliche Befragung ermittelt wurde (gesonderter Qualitätsbereich, IPW).

9.1 Qualitätsbereiche 1 bis 3 (gesundheitsbezogene Indikatoren)

In der internationalen Diskussion gibt es ein gemeinsames Grundverständnis von Versorgungsergebnissen („outcomes“), in dem die Veränderung des Gesundheitszustands (bei einem weiten Gesundheitsbegriff) und dessen Beeinflussbarkeit durch professionelle Unterstützung im Mittelpunkt steht. Dieses Grundverständnis lag auch im vorliegenden Projekt zugrunde. *Ergebnisse* der vollstationären pflegerischen Versorgung umfassen danach *messbare Veränderungen des Gesundheitszustands, der Wahrnehmung und des Erlebens der Bewohner, die durch die Unterstützung der Einrichtung bzw. durch das Handeln ihrer Mitarbeiter bewirkt werden. Ergebnisqualität ist dementsprechend eine Eigenschaft von Versorgungsergebnissen, die mit einer bewertenden Aussage beschrieben wird.*

Aus diesem Verständnis ergeben sich verschiedene Anforderungen an Indikatoren für Ergebnisqualität. Besonders wichtig war die Anforderung, dass sich die Indikatoren auf Ergebnisse beziehen, die von einer Einrichtung und ihren Mitarbeitern *maßgeblich* beeinflusst wer-

den können. Darüber hinaus sollten sie sich für einen seriösen Vergleich der Qualität zwischen Einrichtungen eignen.

Gesundheitsbezogene Indikatoren, die sich zur vergleichenden Qualitätsbeurteilung eignen

Im Verlauf des Projekts wurden zahlreiche Kriterien, die in der Literatur oder in Konzeptdokumentationen beschrieben werden, auf ihre Nutzbarkeit als Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen überprüft. Dabei erwiesen sich 15 Indikatoren als geeignet für vergleichende Qualitätsbeurteilungen. Sie erfüllen die inhaltlichen und methodischen Voraussetzungen, um Qualitätsunterschiede aufzuzeigen, und sind in den Handlungsfeldern internes Qualitätsmanagement, externe Qualitätsprüfungen und öffentliche Qualitätsberichterstattung einsetzbar. Sie sind in drei Bereiche unterteilt:

Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität (zwei Indikatoren)
 - von Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - von Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

- Dekubitusentstehung (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko
 - bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko
- Stürze mit gravierenden Folgen (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (zwei Indikatoren)
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen

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).

Begrenzt einsetzbare und nicht empfohlene Indikatoren

Andere Kriterien können zur Anwendung bei der Beurteilung von Ergebnisqualität nicht empfohlen werden oder sind nach dem derzeitigen Stand des Wissens nur im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sinnvoll nutzbar. Zur zuletzt genannten Gruppe gehören:

- Häufigkeit von Sondenernährung
- Sturzhäufigkeit
- Entstehung von Kontrakturen bei Bewohnern mit erheblichen Mobilitätseinbußen
- Intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Management von Harninkontinenz
- Häufigkeit von Medikationsfehlern.

Die Erfassung und Bewertung dieser Sachverhalte geben wichtige Hinweise für das interne Qualitätsmanagement, doch sind die entsprechenden Indikatoren aus methodischen Gründen nicht für eine vergleichende Qualitätsbewertung geeignet.

Bei verschiedenen weiteren Indikatoren, die im Verlauf des Projektes geprüft wurden, wirkt auch der begrenzte Einsatz im internen Qualitätsmanagement Probleme auf. Vielfach steht in Frage, ob hier tatsächlich von einem relevanten Einfluss der Einrichtungen ausgegangen werden kann. Eine Information über den jeweiligen Sachverhalt kann zwar nützlich sein, gibt aber in der Regel keinen verlässlichen Hinweis auf mögliche Schwachstellen in den von der Einrichtung zu verantwortenden Prozessen:

- Entwöhnung von der Sondenernährung
- Ungeplante Krankenhaus-Einweisungen
- Häufigkeit von Harnwegsinfekten
- Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten
- Depression
- Angst
- Inadäquater Psychopharmakaeinsatz
- Im Krankenhaus verstorbene Bewohner
- Vorliegen einer Stuhlinkontinenz
- Nosokomiale Infektionen
- Symptomstatus
- Grippeimpfungen
- Mortalität
- Chronische Wunden
- Frakturen/Verletzungen.

Praktikabilität

Die Indikatoren, die für den Zweck einer vergleichenden Qualitätsbeurteilung zu empfehlen sind, bringen in der praktischen Anwendung unterschiedliche Schwierigkeitsgrade mit sich. Im Gesamtbild wirkt die Anwendung jedoch keine besonderen Probleme auf. Das entwickelte Instrumentarium ist unter den heutigen Bedingungen in den Pflegeeinrichtungen anschlussfähig an die Praxis und in bestehende Abläufe integrierbar. Es ist mit deutlich weniger Zusatzaufwand verbunden als von vielen Beteiligten zu Beginn des Projektes erwartet wurde. Es stellte die Einrichtungen vor verschiedene fachliche Herausforderungen, die sie jedoch in den meisten Fällen – selbst unter den nicht immer idealen Rahmenbedingungen des Projektes – ohne größere Schwierigkeiten lösen konnten.

Bewertungsmethoden

Die Qualitätsbewertung orientiert sich an der Vorgehensweise in vergleichbaren System anderer Länder, beispielsweise den Niederlanden oder den Vereinigten Staaten: 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 Einrichtungen im Vergleich zum Durchschnitt aller Einrichtungen. Um Unschärfen der Bewertung (insbesondere bei geringen Fallzahlen) zu vermeiden und den Einfluss temporärer oder situativer Besonderheiten zu minimieren, wurde auf eine zu starke Graduierung verzichtet und eine dreistufige Bewertung zugrunde gelegt. Die Bewertung drückt also aus, ob der betreffende Aspekt der Ergebnisqualität einer Einrichtung als überdurchschnittlich gut, durchschnittlich oder unterdurchschnittlich einzustufen ist.

Dieser Bewertungsansatz ließ sich allerdings nicht in allen Indikatorenbereichen uneingeschränkt anwenden. 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.

Zur Zusammenführung der Indikatorenbewertungen wurde je Qualitätsbereich ein gesonderter Verfahren entwickelt. Dies war notwendig, weil die Indikatoren mitunter stark voneinander 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.

Struktur- und Prozessqualität

Die Projektergebnisse unterstreichen den Nutzen und die Praktikabilität einer indikatorengestützten Bewertung von Ergebnisqualität. Im Verlauf der Entwicklungsarbeiten wurde allerdings ebenso deutlich, dass ein solcher Ansatz die Beurteilung von Prozessen und Strukturen nicht überflüssig macht. Vor allem zwei Punkte sind in diesem Zusammenhang zu beachten. Zum einen existieren Handlungsfelder, in denen sich Ergebnisse nicht mit den verfügbaren Mitteln erfassen und bewerten lassen. Ein Beispiel hierfür ist für die Begleitung sterbender Heimbewohner, deren Ergebnisse teils aus methodischen, teils aus ethischen Gründen nicht zuverlässig erfasst und beurteilt werden können. Zum anderen existieren wichtige Struktur- und Prozessmerkmale, die durch Ergebnisindikatoren nicht abgedeckt werden können. Dies gilt etwa für den gesamten Bereich der Zusammenarbeit mit Ärzten oder anderen externen Institutionen wie Krankenhäusern. *Ergebnisse* sind hier in Form einer vergleichenden Qualitätsbeurteilung nicht darstellbar. Perspektivisch wäre in solchen Fällen möglicherweise eine indikatorengestützte Beurteilung auf den Ebenen der Struktur- und Prozessqualität in Erwägung zu ziehen.

Ein differenziertes Konzept zur Festlegung, wie zukünftig die Bewertung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in zentralen Versorgungsfeldern ineinandergreifen kann, wäre sehr wünschenswert.

Risiko nicht intendierter Wirkungen

Bei einem flächendeckenden Einsatz von Ergebnisindikatoren wäre es gerade aufgrund der angesprochenen inhaltlichen Begrenzungen sinnvoll, Sensibilität für mögliche unerwünschte Nebeneffekte zu entwickeln. Erfahrungsgemäß tendieren nicht wenige Einrichtungen dazu, ihre Bemühungen um Qualitätsentwicklung weitestgehend auf Kriterien zu konzentrieren, die vorgegeben werden. Das bedeutet umgekehrt, dass Themen, die nicht in den Ergebnisindikatoren vertreten 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.

Überlegungen zur Verwendbarkeit der Indikatoren im Regelbetrieb

Mit den gesundheitsbezogenen Indikatoren und dem dazugehörigen Instrumentarium sind die Voraussetzungen geschaffen, die Qualitätsbeurteilung in Deutschland um einen grundlegend neuen Ansatz zu ergänzen. Dieser neue Ansatz stellt keine punktuelle Erweiterung oder den Austausch einer bereits genutzten Methode durch eine andere dar. Er bringt vielmehr eine Weiterentwicklung mit sich, die gänzlich neue Möglichkeiten der Qualitätsbeurteilung eröffnet, aber auch die Anpassung bestehender Formen der externen und internen Qualitätssicherung erfordert.

Die Indikatoren ermöglichen den *Aufbau eines Systems zur systematischen Beurteilung der Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen*. Tatsächliche Veränderungen der gesundheitlichen (körperlichen wie psychischen) und sozialen Situation stehen im Mittelpunkt eines solchen Systems. Voraussetzung wäre allerdings eine *umfassende*, regelgeleitete Einschätzung. Kleine Stichprobengrößen reichen nicht aus, vielmehr muss die Gesamtheit der Bewohner einer Einrichtung⁵¹ einbezogen werden. Dies ist auch das Vorgehen in anderen Ländern mit Systemen, die Ergebnisqualität für eine öffentliche Qualitätsberichterstattung erfassen.

Eine umfassende Beurteilung ist nur mit Hilfe von Daten möglich, die von den Einrichtungen selbst bereitgestellt werden. Für externe Prüfungen wäre der Aufwand viel zu hoch. Weil ein großer Teil der Daten, die man benötigt, im Rahmen der Routedokumentation ohnehin erfasst wird, bliebe der Mehraufwand für die Einrichtungen überschaubar. Externe Prüfungen müssten allerdings weiterhin stattfinden, weil eine reine Selbstevaluation zu Recht kritisch hinterfragt und auf Akzeptanzprobleme stoßen würde. Ein System zur Erfassung von Ergebnisqualität mit den gesundheitsbezogenen Indikatoren bringt also ein *neues Zusammenspiel zwischen internem Qualitätsmanagement und externen Qualitätsprüfungen* mit sich. Nach den im Projekt entwickelten Überlegungen könnte ein entsprechendes System folgendermaßen aussehen:

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements erfolgt zu vorgegebenen Zeitpunkten in regelmäßigen Abständen (alle sechs Monate) eine Datenerhebung ganz wie in der Erprobungsphase des Projektes (Zusammenstellung von Daten aus der Routedokumentation und Einschätzung von ausgewählten Aspekten der Pflegebedürftigkeit). Auf dieser Grundlage werden Qualitätsbeurteilungen erstellt. Entweder nimmt die Einrichtung selbst eine entsprechende Datenauswertung vor, oder sie liefert ihre Daten an eine andere zentrale Stelle, die mit der Auswertung beauftragt wird (ähnlich der heutigen Clearingstelle im Rahmen der Transparenzvereinbarungen).

Eine externe Kontrolle der Verlässlichkeit der Datenerfassungen in den Einrichtungen könnte und sollte durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung geleistet werden. Die MDK hätten also die Richtigkeit und Plausibilität der Angaben der Einrichtungen stichprobenartig zu prüfen. Hierzu reicht das heutige Stichprobenverfahren bei MDK-Prüfungen völlig aus. Die Einrichtungen müssten stets damit rechnen, dass der MDK wie bereits heute unangemeldet eintrifft und mit der externen Prüfung auch eine Kontrolle der Ergebnisdarstellung der Einrichtungen vornimmt.

Bei Einführung eines solchen Systems müssten verschiedene Detailfragen geklärt werden, die an dieser Stelle nicht näher diskutiert werden. Dazu gehört beispielsweise der Umgang mit Situationen, in denen die Verlässlichkeit der von einer Einrichtung dokumentierten Ergebnisse in Frage steht.

Dieses neue Zusammenspiel zwischen externen Prüfungen und internem Qualitätsmanagement würde relativ wenig Mehraufwand mit sich bringen. Zahlreiche Informationen, die für die Ergebnisindikatoren benötigt werden, sind bereits heute Bestandteil der Routedoku-

⁵¹ Alle Bewohner (ggf. alle Bewohner mit bestimmten Merkmalen wie kognitive Beeinträchtigungen) bis auf klar definierte Ausnahmen (wie z. B. Bewohner in der Sterbephase).

mentation und auch Gegenstand von MDK-Prüfungen. Das gilt beispielsweise für folgende Informationen, die für die Erfassung der beiden Indikatoren zur Dekubitusentstehung benötigt werden:

1. Hatte der Bewohner während der vergangenen sechs Monate einen Dekubitus?
2. Maximale Schwere des Dekubitus
3. Wo ist der Dekubitus entstanden?

Diese Informationen gehören zu einer fachgerechten Dokumentation und müssen von den Einrichtungen bereits heute erfasst werden. Hinzu kommt lediglich eine bestimmte Form der Einschätzung der Mobilität, um die Unterscheidung von Risikogruppen vornehmen zu können. Deren Aufwand ist, wenngleich hierzu eine neue Methode erforderlich ist, gering. Auch diese Einschätzung gehört im Übrigen zu einer fachgerechten Pflege.

Bei vielen Ergebnisindikatoren finden sich große Schnittmengen mit den bei heutigen Qualitätsprüfungen verlangten Informationen. Eine Ausnahme bilden diejenigen Indikatoren, bei denen eine Einschätzung der Selbständigkeit und Fähigkeiten der Bewohner erforderlich ist.

Mit dem Abschluss des Projekts „Ergebnisqualität“ stehen Indikatoren und Instrumente zur Verfügung, die theoretisch sofort genutzt werden könnten. Für den praktischen Einsatz in der breiten Fläche der Versorgung müssten aber darüber hinaus konkrete Verfahrensweisen definiert und umgesetzt werden, die für ein funktionales Zusammenspiel von externen Prüfungen und internem Qualitätsmanagement erforderlich wären.

Da mit einer indikatorengestützten Erfassung von Ergebnisqualität eine neue Stufe der Qualitätsbeurteilung und -berichterstattung beschritten wird, sollte im Falle einer flächendeckenden Umsetzung eine *angemessene Phase der Vorbereitung* von mindestens einem Jahr bis zum Regelbetrieb einkalkuliert werden. Diese umfasst unter anderem die Entwicklung einer differenzierten Verfahrensbeschreibung (aufbauend auf den Vorarbeiten im Projekt), Vorbereitungen in den Einrichtungen und bei den MDK, eine Probephase und weitere Vorarbeiten.

Im Beirat des Projekts Ergebnisqualität ist wiederholt angemerkt worden, dass ein Verfahren zur Erfassung von Ergebnisqualität in vieler Hinsicht Neuland betritt und dass es daher sinnvoll ist, das System nach und nach weiterzuentwickeln (Erweiterung des Indikatorensets, Verfeinerung von Methoden etc.). Auch die Frage, wie das bewerkstelligt werden könnte, wäre bei der Erörterung der praktischen Umsetzung zu berücksichtigen.

Fazit

Mit dem vorgestellten Set gesundheitsbezogener Indikatoren stehen die Voraussetzungen für ein innovatives Qualitätsberichtssystem zur Verfügung. Mit einem solchen System würde der Anspruch, Ergebnisqualität in den Mittelpunkt von Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung zu stellen, nach vielen Jahren Diskussion umgesetzt. In Deutschland würde damit auch frühzeitig Anschluss gefunden an den aktuellen internationalen Entwicklungstrend. Vor allem in Europa entstehen immer mehr Initiativen, die nach ähnlichen Lösungen suchen.

Der für die Bewohner wichtigste Effekt wäre die Stärkung und Verbesserung des internen Qualitätsmanagements, das für eine nachhaltige Sicherung von Qualität von elementarer Bedeutung ist. Die Eigenverantwortung der Einrichtungen würde gestärkt und ein erheblicher Anreiz für „gute Pflege“ im Interesse des Bewohners geschaffen, denn bewertet wird (wie schon oft betont) das, was beim Bewohner tatsächlich ankommt. Ergebnisindikatoren wären nicht zuletzt deshalb von großem Nutzen, weil sie das Qualitätsmanagement motivieren, ihre Aufmerksamkeit und Bemühungen auf die tatsächliche Bewohnersituation zu richten.

9.2 Qualitätsbereiche 4 und 5

9.2.1 „Objektive“ Indikatoren der Bereiche 4 und 5 im Regelbetrieb

Betrachtet man zunächst die objektiven Indikatoren der Bereiche 4 und 5, so werden folgende sechs Indikatoren als geeignet für eine Integration im Regelbetrieb angesehen:

- Grad der Möglichkeit zur Möblierung
- Qualität der Wäscheversorgung
- Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation
- Aktionsradius von Bewohnern mit deutlichen Mobilitätseinschränkungen
- Risiko sozialer Isolation (mit Bedarf an Weiterentwicklung)
- Mitarbeiterzeit pro Bewohner (mit Bedarf an Weiterentwicklung)

Diese Indikatoren könnten im Regelbetrieb im Zusammenspiel zwischen internem Qualitätsmanagement und externen Prüfungen erhoben werden (vgl. hierzu auch 9.1.1). Zur Beurteilung einer vorliegenden Mobilitätseinschränkung können die für die Bereiche 1, 2 und 3 erfassten Werte verwandt werden. Die Erfassung der Daten erfolgt regelmäßig intern durch Mitarbeiter der Einrichtung, der MDK führt punktuelle externe Prüfungen durch, um die Verlässlichkeit dieser Dokumentation zu kontrollieren. Um das Funktionieren einer solchen Kombination sicherzustellen, ist eine geeignete Sanktionierung von Fehlangaben zu gestalten, die ausreichend Wirksamkeit entfaltet. Zusätzlich wird die Implementation eines Bonusystems für sehr gute Leistungen einer Einrichtung empfohlen. Dazu wäre z. B. eine seltenere Prüfungsfrequenz geeignet.

9.2.2 Möglichkeiten einer Bewohner- und Angehörigenbefragung im Regelbetrieb

Bildung der Befragungsgruppen

Für die Befragung von Bewohnern wurde im Rahmen des Projektes ein systematisches Verfahren zur Beurteilung der Befragungsfähigkeit erprobt, das grundsätzlich auch für die Fortsetzung im Regelbetrieb geeignet ist und den für die Bereiche 1, 2 und 3 erfassten Daten entnommen werden kann (Skala „kommunikative und kognitive Fähigkeiten“, NBA). Auf dieser Grundlage wurden die Bewohner den beiden Gruppen „selbst befragbar“ und „nicht selbst befragbar“ zugeordnet. Für die zweite Gruppe wurden ersatzweise Angehörige befragt, wobei nicht davon auszugehen ist, dass Angehörige „an Stelle“ des Bewohners dessen Meinung wiedergeben können, sondern für Angehörige wurde ein modifizierter Fragebogen entwickelt, der nur solche Fragen enthält, die Angehörige auf der Erfahrungsgrundlage ihrer Besuche in der Einrichtung beantworten können. In einem zweiten Schritt wurde dann die Gruppe der befragbaren Bewohner persönlich-mündlich befragt, während bei nicht befragbaren Bewohnern ein nahestehender Angehöriger schriftlich befragt wurde.

Auf die im Rahmen des Projektes getroffene Auswahl von Angehörigen könnte zukünftig im Regelbetrieb verzichtet und auf die Gesamtgruppe aller Angehörigen erweitert werden. Dafür sprechen mehrere Gründe:

1. Vereinfachung: Das Verfahren würde deutlich vereinfacht, die Befragung kann zeitlich unabhängig von der aktuellen erreichten kognitiven Einstufung eines Bewohners durchgeführt werden.
2. Effizienzsteigerung: Eine zusätzliche Befragung von Angehörigen für den Bereich 6 „Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen“ entfielen.
3. Gesteigerte Transparenz: Für nicht befragte Angehörige ist es wenig transparent, weshalb sie nicht in die Befragung einbezogen werden. Verbraucher müssen nicht differenzieren zwischen unterschiedlichen Angehörigengruppen für den Indikator „Ergebnisse Zusammenarbeit mit Angehörigen“ (alle Angehörigen)⁵² und den weiteren Indikatoren (nur Angehörige nicht befragbarer Bewohner).

Mögliche Organisationsvarianten

Im Gegensatz zu den Bereichen 1, 2, 3 und den „objektiven Indikatoren“ der Bereiche 4 und 5 bestehen Vorbehalte gegenüber einer Fortführung der Befragungen mittels Durchführung und Datenerhebung durch Mitarbeiter innerhalb der eigenen Einrichtung. Es bestünde ein hohes Risiko an erwünschtem Antwortverhalten und einer Ergebnisverzerrung. Empfohlen wird dagegen, die Bewohner- und Angehörigenbefragungen weiterhin durch eine externe Instanz durchführen zu lassen. Dazu wurden mehrere Varianten entwickelt, von denen die Varianten 1 und 2 bereits während der Erprobungsphase getestet wurden:

- Variante 1: Externe Institution (hier: Mitarbeiter des ISG-Instituts)
- Variante 2: Rotationssystem zwischen Einrichtungen
- Variante 3: Durchführung der Befragungen durch den MDK
- Variante 4: Durchführung der Befragungen durch die kommunale Altenhilfe.

Unabhängig von der gewählten Organisationsvariante sind die folgenden allgemeinen Voraussetzungen zu erfüllen:

- Einstufung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten des Bewohners zur Ermittlung der Befragungsfähigkeit (Bewohner mit einem Wert von 0 – 5 können selbst befragt werden)
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Frühzeitige Information des Bewohners bzw. des gesetzlichen Betreuers oder der Angehörigen
- Akzeptanz der Ergebnisse durch alle Beteiligten

⁵² In zwei Einzelfällen kam es in der Erprobungsphase bei Angehörigen zum Eindruck, sie würden aus der Befragung gezielt ausgeschlossen. Dies war nicht der Fall, sondern durch die Gruppenbildung bedingt.

Variante 1: Durchführung der Befragungen durch eine externe Institution

In Variante 1 erfolgen die Bewohner- und Angehörigenbefragungen in Kooperation einer externen Institution mit der Einrichtung. Die Einrichtung übernimmt die interne Organisation (Einstufung der Befragungsfähigkeit, Information der Bewohner, Terminvereinbarung, Versand des schriftlichen Befragungsmaterials an die Angehörigen), während die externe Institution die Befragung der Bewohner, die Datenerfassung und -auswertung der Bewohner- und Angehörigenbefragung durchführt. Die Variante 1 wurde in der ersten Erprobungsphase im März 2010 getestet und hat sich als gut durchführbar erwiesen. Die Durchführung durch ein externes Institut ist eine sichere Methode mit hohem Akzeptanzwert, erfordert für eine Umsetzung im Regelbetrieb allerdings den Aufbau einer bundesweiten Struktur und ist damit vergleichsweise kostenintensiv.

Variante 2: Rotationssystem zwischen Einrichtungen

In einem Rotationssystem tauschen Einrichtungen gegenseitig in der Befragungstechnik geschulte Mitarbeiter zur Durchführung der Bewohnerbefragung aus, um eine unabhängige Befragungssituation sicherzustellen. Dazu wird jeweils ein Mitarbeiter einer Einrichtung mit dem Befragungsinstrument geschult und führt dann in einer anderen Einrichtung die Bewohnerbefragung durch. Mitarbeiter aus dieser Einrichtung werden wiederum in einer dritten Einrichtung eingesetzt, um reziproke Strukturen zu vermeiden. In der im September 2010 erfolgten zweiten Bewohner- und Angehörigenbefragung wurde diese Variante in 11 Einrichtungen bundesweit getestet. Der Test ergab, dass die Befragungen im Rotationsverfahren durchführbar sind, allerdings war die Organisation des Rotationsverfahrens mit einem erheblichen Aufwand für das externe und schulende Institut verbunden. Eine Reduktion des Aufwandes mittels autonomer Organisation der Rotation durch Einrichtungen erscheint auch zukünftig kaum möglich. Die Befragung der Angehörigen erfolgte wie bei Variante 1 in Kooperation zwischen der teilnehmenden Einrichtung (Versand der Befragungsmaterialien) und einer externen Institution (ISG-Institut GmbH, Datenerfassung und Auswertung). Der größte langfristige Nachteil eines Rotationssystems bei der Umsetzung im Regelbetrieb besteht in der ständigen Notwendigkeit von Nachschulungen, wenn Interviewer selten eingesetzt werden. Ein weiteres Problem ist, dass die Anzahl der zu schulenden Personen sehr groß ist. Im ersten Jahr fielen ca. 12.000 Arbeitstage von Mitarbeitern der stationären Altenhilfe für die Teilnahme an der Schulung an, die hierfür zu schaffende Infrastruktur müsste bei einer Kursgröße von 30 Teilnehmern pro Schulungsgruppe rund 400 Schulungsveranstaltungen pro Jahr anbieten. Im zweiten Jahr könnte dieses Angebot reduziert werden. Die Kosten zum Erhalt der Befragungskompetenz bei seltenem Einsatz der Interviewer würden somit langfristig betrachtet relativ hoch ausfallen. Zusätzlich ist es im Falle eines Rotationssystems erforderlich, für die Angehörigenbefragung eine externe Institution zu schaffen, eine Datenerfassung innerhalb der eigenen oder durch eine andere Einrichtung kann im Sinne der Sicherstellung einer vergleichenden Ergebnisbeurteilung nicht befürwortet werden. Interessenskonflikte sind nicht sicher auszuschließen. Deshalb ist eine für alle beteiligten Akteure neutrale Stelle zu schaffen. Insgesamt betrachtet verlagert die Befragung durch Einrichtungsmitarbeiter im Rotationsverfahren den größten Teil der Kosten auf die Einrichtungen (die aber auch davon profitieren) und ist mit einem hohen Organisations- und Schulungsaufwand verbunden.

Variante 3: Durchführung der Befragungen durch den MDK

In einem Expertengespräch „Externe Qualitätsprüfungen“ mit Vertretern des MDK wurde eine Einbindung der Befragungen in die Prüfungen des MDK grundsätzlich für möglich gehalten. Die bisher im Rahmen der MDK-Prüfungen durchgeführten Bewohnerbefragungen mit kleinen Stichproben würden dadurch ersetzt werden. Eine Durchführung der Befragungen durch den MDK würde durch dessen bestehende bundesweite Organisationsstruktur erleichtert. Die Befragungen könnten durch Personen ohne medizinische Fachausbildung durchgeführt werden. Das Problem dieser Variante besteht darin, dass der MDK in diesem Falle eine neutral-unterstützende Funktion haben sollte, was mit seiner Kontrollfunktion in Spannung treten und zu Akzeptanzproblemen seitens der Einrichtungen oder Befragungsteilnehmer führen könnte.

Variante 4: Durchführung der Befragungen durch die kommunale Altenhilfe

Grundsätzlich wäre die Durchführung der Bewohner- und Angehörigenbefragungen auf der Ebene der kommunalen Altenhilfe zu begrüßen und böte mehrere Vorteile. Die Organisation, Schulung, Durchführung und Auswertung von Bewohnerbefragungen auf kommunaler Ebene hätte den Vorteil, in einem überschaubaren Rahmen durchführbar zu sein, der Schulungsaufwand für Interviewer wäre aufgrund des häufigen Einsatzes vergleichsweise gering. Zu klären wäre, wie die Ergebnisse auf überregionaler Ebene zusammengeführt und berechnet werden können, dafür wäre eine zusätzliche Instanz erforderlich. Grundsätzlich kann diese Variante von der Bundesebene aus nur empfohlen (und ggf. bezuschusst) werden und müsste in kommunaler Eigenverantwortung entschieden werden. Weiterhin wäre zu klären, inwiefern eine Beteiligung an den Kosten durch die Einrichtungen geleistet werden könnte.

In der folgenden Übersicht wurden die jeweiligen Vorteile, spezifischen Besonderheiten und ggf. zu erwartende Probleme anhand von Kriterien wie Akzeptanz, organisatorischer Aufwand, Ergebnisauswertung etc. detailliert zusammengestellt.

Tab. 92: Vergleichende Übersicht der Organisationsvarianten im Regelbetrieb

Aspekt	Organisationsvarianten Befragungen			
	<i>Rotationsprinzip zwischen Einrichtungen</i>	<i>MDK</i>	<i>externe Institution</i>	<i>kommunale/ regionale Ebene</i>
Interviewer	Fachkräfte der Altenpflege oder des sozialen Betreuungsdienstes. Hohe Fluktuation der Mitarbeiter und der sich bereits abzeichnende Fachkräftemangel könnte langfristig zu Problemen bei der Freistellung von Mitarbeitern zur Interviewführung führen.	Geschulte Fachkräfte der Verwaltung. Medizinische Kenntnisse sind für die Befragung nicht erforderlich, jedoch Erfahrungen in der Kommunikation mit älteren Menschen.	Div. Möglichkeiten. Medizinische Kenntnisse sind für die Befragung nicht erforderlich, jedoch Erfahrungen in der Kommunikation mit älteren Menschen.	Kommunale Altenfachberatung
Unabhängigkeit des Interviewers	Ist gegeben. Bei der Rotationszuteilung ist zu berücksichtigen, dass keine direkte Konkurrenzsituation besteht. Der Austausch der Interviewer ist deshalb regional und trägerübergreifend zu gestalten.	Konflikt mit Kontrollfunktion des MDK? Notwendig ist eine Trennung der Befragung von der jährlichen MDK-Prüfung, um die Befragung vorbereiten zu können (Ermittlung der befragungsfähigen Bewohner).	Unabhängigkeit ist gegeben.	Unabhängigkeit ist i. d. R. gegeben (auch gegenüber Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft).
Schulung	Schriftliches Informationsmaterial, ggf. Schulungsteilnahme. Aufgrund des seltenen Einsatzes als Interviewer ist es notwendig, die Schulungsinhalte regelmäßig zu wiederholen.	Schriftliches Informationsmaterial, ggf. Schulungsteilnahme. Aufgrund des häufigen Einsatzes reicht die Teilnahme an einer Schulung aus.	Schriftliches Informationsmaterial, ggf. Schulungsteilnahme. Aufgrund des häufigen Einsatzes reicht die Teilnahme an einer Schulung aus.	Schriftliches Informationsmaterial, ggf. Schulungsteilnahme. Aufgrund des häufigen Einsatzes reicht die Teilnahme an einer Schulung aus.
Dateneingabe	Bewohnerbefragung: erfolgt während der Befragung. Angehörige: externe Dateneingabe ist erforderlich.	Kann durch befragende Institution erfolgen.	Kann durch befragende Institution erfolgen.	Kann durch befragende Institution erfolgen.

Aspekt	Organisationsvariante			
	<i>Rotationsprinzip zwischen Einrichtungen</i>	<i>MDK</i>	<i>externe Institution</i>	<i>kommunale/regionale Ebene</i>
Auswertungs-kompetenz	Muss extern sicher-gestellt werden. Zentrale Stelle (auf Regional-, Landes- oder Bundesebene) zur Datensammlung und Ermittlung der Mittelwerte erforder-lich.	Liegt vor. Zentrale Datensammlung und Ermittlung der Mit-telwerte durch befra-gende Institution möglich.	Liegt vor. Zentrale Datensammlung und Ermittlung der Mit-telwerte durch befra-gende Institution möglich.	Kann implementiert werden. Zentrale Stelle (Regional-, Landes- oder Bun-desebene) zur Da-tensammlung und Ermittlung der Mit-telwerte erforderlich.
Organisa-torischer Aufwand	Eine zentral koordi-nierende Stelle ist notwendig (Zuteilung der Rotationspartner, Bereithalten des Informationsmateri-als, Angebot von Schulungen oder Beratung bei Fragen zum Informationsma-terial). In der An-wendung des Ver-fahrens treten ggf. Fragen auf, die nicht rein auf der schriftli-chen Ebene zu be-antworten sind.	Organisationsstruktur kann intern imple-mentiert werden.	Organisationsstruktur vorhanden.	Organisationsstruktur kann teilweise intern implementiert wer-den. Zusätzlich sind ggf. Organisations-strukturen auf regio-naler, Landes- oder Bundesebene erfor-derlich.
Kosten	Organisationsmodell mit hoher Kostenbe-teiligung der Einrich-tungen, da ein Groß-teil der zu investie-renden Zeit auf die Interviewführung entfällt. Zu berück-sichtigen ist die hier von der Einrichtung getätigte personelle Investition ggf. bei Vergütungsverhand-lungen.	Zusätzliche Perso-nalstunden sind aufgrund der vergrößerten Stichproben notwendig. Eine Kostenbegrenzung ist möglich: Derzeit werden Bewohnerbefragungen inner-halb der jährlichen Prüfung durch höher qualifiziertes Perso-nal durchgeführt. Neben den Inter-viewzeiten fallen Arbeitsstunden für die Stichprobenzie-hung und Kontaktaufnahme zu Be-treuern/Angehörigen an. Diese Stunden der MDK-Prüfer könnten eingespart und der Befragungs-turnus auf 2 Jahre verlängert werden.	Kosten fallen zusätz-lich an.	Zusätzliche Perso-nalkapazitäten sind notwendig. <i>Beispiel:</i> In einem Landkreis mit 30 Heimen wer-den durchschnittlich 40 Bewohner pro Heim befragt, also 30 x 40 x 45 Min. = 900 Std.; zuzüglich Or-ganisation und Aus-wertung (+150 Std.); dies entspricht etwa einer 2/3-Stelle bei jährlicher und einer 1/3-Stelle bei zwei-jährlicher Befragung.
Befragungs-rhythmus	Alle 2 Jahre	Alle 1 – 2 Jahre	Alle 1 – 2 Jahre	Alle 1 – 2 Jahre

Anwendung des Befragungsverfahrens in kleinen Einrichtungen

Das Verfahren zur Ergebnisbewertung wurde so gestaltet, dass es grundsätzlich auch in kleineren Gruppen eingesetzt werden kann, gleichzeitig soll aber ein maßgeblicher Einfluss auf ein Ergebnis durch einzelne Bewohner ausgeschlossen sein. Dies macht eine veränderte Bewertungssystematik in Einrichtungen mit nur 10 – 15 Befragungsteilnehmern erforderlich (bei weniger als 10 befragbaren Bewohnern halten wir das Ergebnis für nicht verwendbar).

Aufgrund der geringen Fallzahlen sollte bei kleinen Befragungsgruppen die sonst verwendete Bewertung auf einer 5-stufigen Skala („überdurchschnittlich“ – „leicht überdurchschnittlich“ – „durchschnittlich“ – „leicht unterdurchschnittlich“ – „unterdurchschnittlich“) nicht vorgenommen werden, da der Einfluss einzelner Bewertungen zu stark wäre. Betroffen hiervon ist vor allem der Bereich 5 mit 3 von 7 Indikatoren, die jeweils nur auf einer einzelnen Fragestellung beruhen:

Indikator 5.8 Ergebnisse des Beschwerdemanagements

Indikator 5.9 Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht

Indikator 5.10 Weiterempfehlung.

Für diese kleinen Befragungsgruppen empfiehlt sich deshalb eine 3-stufige Bewertung aller Ergebnisse nach folgendem Schema:

Bewertung des Ergebnisses	Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... % ab	Interpretation der Ergebnisklassen
überdurchschnittliches Ergebnis	über +15%	Das Ergebnis liegt über der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.
durchschnittliches Ergebnis	+/- 15%	Das Ergebnis entspricht dem, was aktuell in einer stationären Altenhilfeeinrichtung im Durchschnitt erreicht wird.
unterdurchschnittliches Ergebnis	unter -15%	Das Ergebnis liegt unter der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.

Bei einer grundsätzlich analogen Anwendung der unter 5.4.5 und 5.5.8 dargestellten Verfahrensweise der Bewertung des Gesamtbereiches ergibt sich für Einrichtungen mit 10 bis 15 Bewohnern folgender Anpassungsbedarf des Verfahrens:

Jedem Ergebnis eines Indikators wird ein Scorewert zwischen 2 und -2 zugeordnet. Für ein überdurchschnittliches Ergebnis wird ein Wert von 2 zugeteilt, für ein durchschnittliches Ergebnis ein Wert von 0 etc. (vgl. hierzu die folgende Tabelle).

Tab. 93: Indikatorenbewertung der Bewohner- und Angehörigenbefragung in kleinen Erhebungsgruppen (10 – 15 Befragungsteilnehmer)

Erzieltes Indikatorergebnis	entspricht Score
überdurchschnittlich	2
durchschnittlich	0
unterdurchschnittlich	- 2

Da die Summe der Bereichsbewertung somit eine andere Zusammensetzung abbildet, als es in größeren Gruppen der Fall ist, ist es erforderlich, für Einrichtungen mit 10 – 15 Befragungsteilnehmern eine eigene Vergleichsgruppe zu bilden, um zu einer vergleichbaren Ergebnisbewertung gelangen zu können. Hierauf sollte bei der Ergebnisausweisung deutlich hingewiesen werden.

In Einrichtungen, in denen weniger als 10 Personen befragt werden können, sollten die Ergebnisse und der erreichte Durchschnittswert der Gesamtgruppe zwar ermittelt und ausgewiesen werden, die Ergebnisse müssen aber als „nicht repräsentativ“ gekennzeichnet werden. In diesen Einrichtungen können jedoch alternativ auch verlässliche Ergebnisse ggf. über die Angehörigenbefragung und die objektiv erfassten Daten ermittelt werden.

Anwendung des Befragungsverfahrens in großen Einrichtungen

Bei einem zukünftigen Einsatz des Verfahrens im Regelbetrieb wäre eine Stichprobenziehung, wie sie in der Erprobungsphase durchgeführt wurde, zu kompliziert und ist daher nicht zu empfehlen. Vielmehr sollten alle Personen einbezogen werden, die befragungsfähig sind, um das Qualitätsbild einer Einrichtung möglichst umfassend und differenziert darstellen zu können. Die durchschnittlich zu erwartenden Fallzahlen machen dies bei einem zweijährigen Befragungsrhythmus auch nicht erforderlich. Etwa 82% der Einrichtungen bundesweit hatten 2007 weniger als 100 Bewohner, hier ist im Durchschnitt somit von maximal 37 befragungsfähigen Personen auszugehen (Pflegerstatistik 2007). Weitere 13,9% hatten zwischen 101 und 150 Bewohner, in diesen Fällen wäre im Maximalfall mit 55 Befragungsteilnehmern zu rechnen. Zusätzlich ist stets von einem Verlust an Befragungsteilnehmern durch eine Teilnahmeablehnung oder akute Erkrankung auszugehen. Mehr als 150 Bewohner leben nur in ca. 4,1% der Einrichtungen, so dass nur in sehr wenigen Fällen mit mehr als 55 Befragungsteilnehmern zu rechnen ist.

In der Erprobungsphase konnten die Interviewer zwischen 12 und 17 Interviews (inkl. Dokumentation) an einem Arbeitstag führen. Somit sind im Durchschnitt pro Einrichtung max. 2 bis 4 Arbeitstage bei Einsatz eines Interviewers zu veranschlagen.

Literaturverzeichnis

- AGP Institut für angewandte Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule (2007): Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Best-Practice-Bericht zum Projekt ReduFix Praxis. Stuttgart: AGP Institut für angewandte Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule
- ActiZ; IGZ; LOC; NVVA; Sting; V&VN; VWS; ZN (eds.; 2007): Quality Framework Responsible Care: The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/or complex care
- Allardt, E. (1973): About Dimensions of Welfare, Research Group for Comparative Sociology, Research Report No. 1, University of Helsinki
- American Nurses Association (2009): Nursing-sensitive quality indicators for acute care settings and ANA's Safety & Quality Initiative. Verfügbar unter: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/NDNQI/Research/QforAcuteCareSettings.aspx> (12.01.2009)
- Andersen, C.K./Wittrup-Jensen, K.U./Lolk, A./Andersen, K./Karagh-Sørensen, P. (2004): Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. Health and Quality of Life Outcomes 2, Nr. 52, o.S.
- Arbesman, M.C./Wright, C. (1999): Mechanical restraints, rehabilitation therapies, and staffing adequacy as risk factors for falls in an elderly hospitalized population. Rehabil Nurs 24, Nr. 3, 122-128
- Arling, G./Kane, R.L./Lewis, T./Mueller, C. (2005): Future development of nursing home quality indicators. The Gerontologist 45, Nr. 2, 147-156
- Bartholomeyczik, S./Halek, M./Riesner, C. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Bartholomeyczik, S./Schreier, M.S./Volkert, D./Chim Bai, J. (2008): Qualitätsniveau II : orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung. Heidelberg: Economica
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen (2009): Konzept zur Weiterbildung Gerontopsychiatrische Pflege, Teil I und II. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
- Becker, C./Kron, M./Lindemann, U./Sturm, E./Eichner, B./Walter-Jung, B./Nikolaus, T. (2003): Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 51, Nr. 3, 306-313
- Becker, S./Kruse, A./Schröder, J./Seidl, U. (2005): Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.), in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Nr. 38, 108-121
- Becker, W./Hilbert, T. (2010): Enterale Ernährung in der stationären Altenpflege in Bremen: Hat sich die Prävalenz von PEG-Sonden geändert? Bremen: Gesundheitsamt Bremen
- Bourret, E.M./Bernick, L.G./Cott, C.A./Kontos, P.C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. Journal of Advanced Nursing 37, Nr. 4, 338-345
- Brown, E. (2003): Depression is more than just an OASIS Item. Home Healthcare Nurse 21, Nr. 9, 636

- Bundesapothekerkammer (2009): Empfehlungen der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung. Versorgung der Bewohner von Heimen. Verfügbar unter: http://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische_Hilfen/Handlungsanweisungen/Heimversorgung/LL_Heimversorgung.pdf (04.01.2011)
- BQS - Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2008): Informations- und Servicepaket zur Einführung des Generalindikators Dekubitusprophylaxe. Verfügbar unter: <http://www.bqs-qualify.com/online/public/leistungen/exqual/lbs/2008/dekubitus2> (17.11.2010)
- BIVA - Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V. (2010): Welche Qualitätskriterien liegen der Beurteilung von Lebensqualität zugrunde? Verfügbar unter: <http://www.heimverzeichnis.de/index.php?id=19> (04.11.2010)
- BMFSFJ/BMG - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,
- Burrows, A.B./Morris, J.N./Simon, S.E./Hirdes, J.P./Philipps, C.D. (2000): Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age and Ageing* 29, 165-172
- Cameron, I.D./Cumming, R.G./Kurrle, S.E./Quine, S./Lockwood, K./Salkeld, G./Finnegan, T. (2003): A randomised trial of hip protector use by frail older women living in their own homes. *Injury Prevention* 9, Nr. 2, 138-141
- Campbell, S.M./Braspenning, J./Hutchinson, A./Marshall, M./Full, N. (2002): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & Safety in Health Care* 11, Nr. 4, 358-364
- Capezuti, E./Maislin, G./Strumpf, N./Evans, L.K. (2002): Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 50, Nr. 1, 90-96
- Capezuti, E./Strumpf, N.E./Evans, L.K./Grisso, J.A./Maislin, G. (1998): The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *Journals of Gerontology Series a - Biological Sciences and Medical Sciences* 53, Nr. 1, M47-M52
- Capon, A./Pavoni, N./Mastromattei, A./Di Lallo, D. (2007): Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *Journal of Advanced Nursing* 58, Nr. 3, 263-272
- Carpenter, G.I./Hastie, C.L./Morris, J.N./Fries, B.E./Ankri, J. (2006): Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatrics* 6, Nr. 7
- Carr, E.C.J./Mann, E.M. (2002): Schmerz und Schmerzmanagement. Bern: Verlag Hans Huber
- Cassidy, E.L./Rosen, C./Cook, J./Greenbaum, M.A./Chow, H./Solano/N/Sheikh, J.I. (2005): Assessment to intervention: utilizing a staff needs assessment to improve care for behaviorally challenging residents in long-term care (Part II). *Clinical Gerontologist* 29, Nr. 1, 27-38
- Castle, N.G. (2003): Providing outcomes information to nursing homes: can it improve quality of care? *The Gerontologist* 43, Nr. 4, 483-492
- Castle, N.G. (2006): Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes. *Administration and Policy in Mental Health* 33, Nr. 6, 696-704
- CMS - Centers for Medicare & Medicaid Services (2010a): MDS Quality Measure/Indicator Report. Quality of Life- April/June 2010. Verfügbar unter: http://www.cms.gov/MDSPubQlandResRep/02_qmreport.asp?isSubmitted=qm3&group=11&qtr=22 (13.12.2010)

- CMS - Centers for Medicare & Medicaid Services (2010b): Design for Nursing Home Compare Five-Star Quality Rating System: Technical Users' Guide. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services
- Charbonneau, A./Rosen, A.K./Owen, R.R./Spiro, A./Ash, A.S./Miller, D.R./Kazis, L.E./Kader, B./Cunningham, F./Berlowitz, D.R. (2004): Monitoring Depression Care. In search of an accurate quality indicator. *Medical Care* 42, Nr. 6, 522-531
- Chenot, J.F. (2010): Quality indicators for managing patients with low back pain. *Schmerz* 24, Nr. 3, 213
- Chodosh, J./Edelen, M.O./Buchanan, J.L./Yosef, J.A./Ouslander, J.G./Berlowitz, D.R./Streim, J.E./Saliba, D. (2008): Nursing home assessment of cognitive impairment: development and testing of a brief instrument of mental status. *Journal of the American Geriatrics Society* 56, Nr. 11, 2069-2075
- Clarke, P./Chan, P./Santaguida, L./Colantonio, A. (2009): The use of mobility devices among institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health* 21, Nr. 4, 611-626
- Cohen-Mansfield, J. (2001): Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9, Nr. 4, 361-381
- Cohen, J./Gorenberg, B./Schroeder, B. (2000): A study of functional status among elders at two academic centers. *Home Care Provider* 5, 108-112
- Collier, E./Harrington, C. (2008): Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Research in Gerontological Nursing* 1, Nr. 3, 157-170
- Commonwealth of Australia (2006): Developing resident-centered quality indicators in residential aged care. Barton: Commonwealth of Australia
- Commonwealth of Australia (Hg.) (2007a): A literature review and description of the regulatory framework to support the project for the evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes Canberra: Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing
- Commonwealth of Australia (2007b): Developing resident-centered quality indicators in residential aged care. Barton: Commonwealth of Australia
- Compton, F./Strauss, M./Hortig, T./Frey, J./Hoffmann, F./Zidek, W./Schafer, J.H. (2008): Validity of the Waterlow scale for pressure ulcer risk assessment in the intensive care unit: a prospective analysis of 698 patients. *Pflege* 21, Nr. 1, 37-48
- Cutler, D.M. (2001): Declining disability among the elderly. *Health Affairs* 20, Nr. 6, 11-27
- Dassen, T. (2007): Prävalenzerhebung 2007: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Berlin: Charité - Institut für Medizin- / Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Davies, H. (2005): Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. St. Andrews: NHS Scotland
- Davis, L.L./Burgio, L.D. (1999): Planning cognitive-behavioral management programs for long-term care. *Issues in Mental Health Nursing* 20, Nr. 6, 587-601
- De Young, S./Just, G./Harrison, R. (2002): Decreasing aggressive, agitated, or disruptive behavior: Participation in a behavior management unit. *Journal of Gerontological Nursing* 28, Nr. 6, 22-31
- Delbaere, K./Crombez, G./Vanderstraeten, G./Willems, T./Cambier, D. (2004): Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing* 33, Nr. 4, 368-373

- Deutsche Alzheimergesellschaft (2008): Stationäre Versorgung von Demenzkranken. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Schriftenreihe der deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Band 3, Wetzlar.
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006a): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006b): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2008a): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2008b): Arbeitstexte zur 7. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010a): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010b): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung - vorläufige Version. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2010c): Literaturanalyse zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung - vorläufige Version. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Dodd, M./Janson, S./Facione, N./Faucett, J./Froelicher, E.S./Humphreys, J./Lee, K./Miaskowski, C./Puntillo, K./Rankin, S./Taylor, D. (2001): Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing* 33, Nr. 5, 668-676
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* No. 3, Part. 2, 166-206.
- Donabedian, A. (1980): Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press
- Doran, D.D./Harrison, M.B./Laschinger, H./Hirdes, J./Rukholm, E./Sidani, S./McGillis Hall, L./Tourangeau, A.E./Cranley, L. (2006a): Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in Nursing & Health* 29, Nr. 1, 61-70
- Doran, D.M. (2003): Functional Status. In: Doran, D.M. (Hg.): *Nursing Sensitive Outcomes - State of the Science*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers, 17-64

- Doran, D.M./Harrison, M.B./Laschinger, H.S./Hirdes, J.P./Rukholm, E./Sidani, S./Hall, L.M./Tourangeau, A.E. (2006b): Nursing-sensitive outcomes data collection in acute care and long-term-care settings. *Nursing Research* 55, Suppl. 2, 75-81
- Douglas, S./James, I./Ballard, C. (2004): Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, Nr. 3, 171-179
- Dunn, K.S. (2001): The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *Journal of Gerontological Nursing* 27, Nr. 10, 40-48
- Elkeles, B./Fischer, K./Fuchs, K. (2008): Schmerztherapie in Seniorenheimen - Ein unterschätztes Problem. *Notfall & Hausarztmedizin* 34, Nr. 8/09, 440-445
- Engels, D./Pfeuffer, F. (2007): Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. Köln. Verfügbar unter: <http://www.isg-institut.de/download/ISG-Bericht%20MuG4.pdf>
- ESQH (2007): Establishing a set of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE - Work Package 4. Verfügbar unter: http://www.hope.be/03activities/docsactivities/SIMPATIE_Patient_safety_establishing_indicators.pdf (27.01.2009)
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Hg.) (2010): Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004): Quality of Life in Europe, Dublin
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009): Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel
- Fahey, T./Montgomery, A.A./Barnes, J./Protheroe, J. (2003): Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ* 326, Nr. 7389, 580
- Feichtinger, L./Thiele, C./Baumann, U./Mitmansgruber, H./Somweber, M. (2002): Der Umzug ins Seniorenheim aus der Sicht von nicht institutionalisierten Senioren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 15, Nr. 3, 125-137
- Fitzwater, E.L./Gates, D.M. (2002): Testing an intervention to reduce assaults on nursing assistants in nursing homes: a pilot study. *Geriatric Nursing* 23, Nr. 1, 18-23
- Fox, P.L./Raina, P./Jadad, A.R. (1999): Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal* 160, Nr. 3, 329-333
- Fraunhofer IAO (2005): Pflege ohne Druck - Dekubitus; Ursachen der Entstehung, prophylaktische Maßnahmen und Rahmenbedingungen in der häuslichen und stationären Altenhilfe in Bayern. Stuttgart: Fraunhofer IAO
- Frick, V./Mader, S./Bischoff, S.C. (2009): Mangelernährung bei Heimbewohnern und geriatrischen Risikogruppen: Ursachen, Häufigkeiten und Interventionsmöglichkeiten. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg.): Abstractband zum 46. wissenschaftlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Bonn: Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.
- Galvan, O./Strauhal, I./Matteucci Gothe, R./Hackl, M. (2006): Prävalenz der Mangelernährung bei alten Menschen. *Journal für Ernährungsmedizin* 1, Nr. 8, 13-20

- Gebert, A./Kneubühler, H.-U. (2003): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Bern: Huber Verlag.
- Gesellschaft für Organisationsentwicklung und Sozialplanung mbH (2008): gos-Assessment Demenz – zentrale Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit Demenz (in der stationären Pflege), Version 1.0. Berlin
- Glatzer, W./Zapf, W./ (Hg.) (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Frankfurt/New York: Campus-Verlag
- Gnass, I./Bartoszek, G./Thiesemann, R./Meyer, G. (2010): Joint contractures in older age. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43, Nr. 3, 147-157
- Görres, S./Reif, K. et al. (2006b) Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, Nr. 3, 159-165
- Görres, S./Ros, M./Mittnacht, B./Biehl, M./Klün, S. (2006a) Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Heidelberg: C.H. Müller
- Gostynski, M./Ajdacic-Gross, V./Gutzwiller, F./Michel, J.P./Herrmann, F. (1999): Epidemiological analysis of accidental falls by the elderly in Zurich and Geneva. Schweizer Medizinische Wochenschrift 129, Nr. 7, 270-275
- Grouven, U./Bender, R./Ziegler, A./Lange, S. (2007): Der Kappa-Koeffizient. Artikel Nr. 23 der Statistik-Serie in der DMW. Deutsche Medizinische Wochenschrift 132, e65-e68
- Gsottschneider, A./Baumann, U./Messer, R. (2006): Integration von Angehörigen in Seniorenheime. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19, Nr. 3, 161-177
- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Frankfurt: Suhrkamp-Verlag
- Habermas, J. (2009): Zwischen Naturalismus und Religion, Frankfurt: Suhrkamp-Verlag
- Hach, I./Rentsch, A./Krappweis, J./Kirch, W. (2004): Psychopharmaceutical prescriptions to older people. A comparison between patients in aged- and nursing homes, outpatient treatment with nursing care and outpatients without nursing care. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37, Nr. 3, 214-220
- Halek, M. (2003): Wie misst man Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung von Pflegebedürftigkeit. Hannover: Schlütersche
- Halek, M./Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche
- Hamilton, L./Lyon, P.S. (1995): A nursing-driven program to preserve and restore functional ability in hospitalized elderly patients. Journal of Nursing Administration 25, 30-37
- Health Information and Quality Authority (2009): National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland. Dublin: Health Information and Quality Authority
- Heinze, C. (2008): Sturzereignisse. In: Dassen, T. (Hg.): Prävalenzerhebung 2008: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Berlin: Charité - Institut für Medizin- / Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Heinze, C. (2009): Sturz. In: Dassen, T. (Hg.): Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Henderson, V. (1997): Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber, 39-54

- Heseker, H./Stehle, P. (2008): Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie). In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg.): Ernährungsbericht 2008. Frankfurt am Main: Druckerei Hennrich, 157-204
- Heusel, C./Maurer, A./Oswald, F./Wahl, H.-W. (2009): INSEL – Auf dem Wege zu einem neuen Instrument zur Erfassung von Lebensqualität in Einrichtungen für alte Menschen. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hicks, T J. (2000): What Is Your Life Like Now? Loneliness and Elderly Individuals Residing in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing* 26, Nr. 8, 15-19
- Hönig, T./Schäufele, M./Zimber, A./Weyerer, S. (2000): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bei Bewohnern stationärer Altenheimeinrichtungen - Ergebnisse einer Verlaufsstudie in Mannheim. In: Entzian, H./Giercke, K.I./Klie, T./Schmidt, R. (Hg.): Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 83-94
- Hopkins, A./Dealey, C./Bale, S./Defloor, T./Worboys, F. (2006): Patient stories of living with a pressure ulcer. *Journal of Advanced Nursing* 56, Nr. 4, 345-353
- Höwer, O. (2002): Pflegequalität - Was soll gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Frankfurt: Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt; Studiengang Pflege
- Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg & Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg (2006): Projekt „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe H.I.L.DE.“, Heidelberg
- International Quality Indicator Project (IQIP) (o.J.): Long Term Care Indicators. Verfügbar unter: http://www.internationalqip.com/Documents/Long_Term_Care_Indicators.zip (02.03.2009)
- Janig H./Jenull-Schiefer, B. (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* Nr. 37, 393-401
- Jarrett., N./Payne, S. (1995), zit. n.: Kayser-Jones, J.: "The Experience of Dying: An Ethnographic Nursing Home Study". *The Gerontologist*, Vol. 42, Special Issue III, 2002
- Jensen, J./Lundin-Olsson, L./Nyberg, L./Gustafson, Y. (2002): Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 136, Nr. 10, 733-741
- Keenan, G./Barkauskas, V./Stocker, J./Johnson, M./Maas, M./Moorhead, S./Reed, D. (2003): Establishing the validity, reliability, and sensitivity of NOC in an adult care nurse practitioner setting. *Outcomes Management* 7, Nr. 2, 74-83
- Knesebeck, O. v. d. et al. (2006): Aktives Altern und Lebensqualität - Evaluationsergebnisse eines WHO-Demonstrationsprojektes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2/2006, 82 ff.
- Kolanowski, A.M./Litaker, M.S./Baumann, M.A. (2002): Theory-based intervention for dementia behaviors: a within-person analysis over time. *Applied Nursing Research* 15, Nr. 2, 87-96
- Koller, M./Neugebauer, E.A.M./Augustin, M./Büssing, A./Farin, E./Klinkhammer-Schalke, M./Lorenz, W./Münch, K./Petersen-Ewert, C./von Steinbüchel, N./Wieseler, B. (2009): Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung - konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Gesundheitswesen* 71, Nr. 12, 864-872
- König, J. (2007): Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege. 3. Aufl., Hannover: Schlütersche

- Korte-Pötters, U./Wingefeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Einrichtungen. In: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hg.): Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege - Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Düsseldorf: MAGS
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2003): Qualitätshandbuch - Häusliche Pflege in Balance. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Lahmann, N. (2009): Dekubitus. In: Dassen, T. (Hg.): Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Lahmann, N.A./Halfens, R.J.G./Dassen, T. (2010): Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16, Nr. 1, 50-56
- Landespflegeausschuss Sachsen (2009): Empfehlung des Landespflegeausschusses Freistaat Sachsen. Orientierungshilfe zur Kontrakturenprophylaxe in der Pflege. Verfügbar unter: http://www.familie.sachsen.de/download/LPfA_4.3.2009_OH_Kontrakturenprophylaxe_Anlage.pdf
- Landtag NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Landtag NRW
- Lee, D./Woo, J./Mackenzie, A.E. (2002): A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing* 37, Nr. 1, 19-27
- Leffmann, C.J. (2004): Quality management in decubitus prevention. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37, Nr. 2, 100-108
- Lord, S.R./Sherrington, C./Menz, H.B. (2001): Falls in older people. Cambridge: Cambridge University Press
- Lucero, M. (2002): Intervention strategies for exit-seeking wandering behavior in dementia residents. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 17, Nr. 5, 277-280
- Mahoney, F./Barthel, D. (1965): Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 21, Nr. 14, 56-61
- Maier, C./Nestler, N./Richter, H./Hardinghaus, W./Pogatzki-Zahn, E./Zenz, M./Osterbrink, J. (2010): The Quality of Pain Management in German Hospitals. *Deutsches Arzteblatt International* 107, Nr. 36, 607-U614
- Marek, K.D. (1989): Outcome measurement in nursing. *Journal of Nursing Quality Assurance* 4, Nr. 1, 1-9
- Mares, A.S./Young, A.S./McGuire, J.F./Rosenheck, R.A. (2002): Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes. *Community Mental Health Journal* 38, Nr. 6, 447-458
- Mauelshagen, A. (2004): FAQ Qualitätsmanagement in der Altenpflege, Troisdorf: Bildungsverlag Eins
- Medicare (2010a): Nursing Home Compare. Verfügbar unter: <http://www.medicare.gov/NHCompare> (01.06.2010)
- Medicare (2010b): Nursing Home Compare - Quality Measures (Q1). Verfügbar unter: <http://data.medicare.gov/dataset/Nursing-Home-Compare-Quality-Measures-Q1-/gnfb-ghmy> (01.06.2010)

- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz /Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz (2008): Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte in der Pflege – Anforderungen an Inhalt und Darstellung – Konzeption
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien - MDK-Anleitung - Transparenzvereinbarung. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2009a): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007 - 2008. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2002): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes Berichtszeitraum 2001/2002.
- Meyer, G./Warnke, A./Bender, R./Muhlhauser, I. (2003): Effect on hip fractures of increased use of hip protectors in nursing homes: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 326, Nr. 7380, 76
- Meyer, G./Kopke, S./Haastert, B./Mulhauser, I. (2009): Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing* 18, Nr. 7, 981-990
- Mickus, M.A./Wagenaar, D.B./Averill, M./Colenda, C.C./Gardiner, J./Luo, Z. (2002): Developing effective bathing strategies for reducing problematic behavior for residents with dementia: the PRIDE approach. *Journal of Mental Health and Aging* 8, Nr. 1, 37-43
- Millar, J./Mattke, S./Members of the OECD Patient Safety Panel (2004): Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries. *OECD Health Technical Papers*. No. 18. Paris: OECD
- Minnesota Department of Human Services (2007): Minnesota Quality Indicators and Adjusters. Verfügbar unter: http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/aging/documents/pub/dhs_id_051942.pdf (05.03.2009)
- Minnesota Department of Human Services (2007): Resident Satisfaction Survey. Verfügbar unter: (http://www.vitalresearch.com/MNSurvey2007/MN2007_final_survey.pdf) (30.09.2009,11:07)
- Montalvo, I. (2007): The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). *The Online Journal of Issues in Nursing* 12, Nr. 3, Manuscript 2
- Moseley, A.M./Herbert, R.D./Nightingale, E.J./Taylor, D.A./Evans, T.M./Robertson, G.J./Gupta, S.K./Penn, J. (2005): Passive stretching does not enhance outcomes in patients with plantar-flexion contracture after cast immobilization for ankle fracture: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 86, Nr. 6, 1118-1126
- Mozley, C., Sutcliffe, C., Bagley, H., Cordingley, L., Challis, D., Huxley, P., Burns, A. (2004): Towards quality care: outcomes for older people in care homes. Aldershot: Ashgate Publishing Limited
- Mukamel, D.B./Ladd, H./Weimer, D.L./Spector, W.D./Zinn, J.S. (2009): Is There Evidence of Cream Skimming Among Nursing Homes Following the Publication of the Nursing Home Compare Report Card? *Gerontologist* 49, Nr. 6, 793-802
- Müller-Mundt, G. (2005): Chronischer Schmerz. Herausforderung für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Verlag Hans Huber

- Murphy, K./O'Shea, E./Cooney, A. (2007): Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing* 16, Nr. 11, 2167-2177
- Nakajima, G.A./Wenger, N.S. (2007): Quality indicators for the care of depression in vulnerable elders. *Journal of the American Geriatrics Society* 55, Nr. Supplement 2, 302-311
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (2010): Press Release: Not all pressure ulcers are avoidable. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel
- New Zealand Guidelines Group (2003): Prevention of hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington: New Zealand Guidelines Group
- NHS Health Scotland (2007): National adult mental health and well-being indicators for Scotland. Final briefing december 2007. Verfügbar unter: http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6011-mhi_brief_2702_22008.pdf (29.01.2009)
- NHS Quality Improvement Scotland (2005): The impact of nursing on patient clinical outcomes. Developing quality indicators to improve care. Verfügbar unter: <http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Nursing%20Quality%20Indicators%20Report%20FINAL.pdf> (28.01.2009)
- Noll, H.H. (2007): Subjektives Wohlbefinden und subjektive Indikatoren der Lebensqualität: Befunde, Daten und Methoden - Eine vorläufige Bilanz. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.
- Noll, H.H. (2005): Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievements and Current Trends. In: Genov, N. (Hg.): *Advances in Sociological Knowledge Over Half a Century*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 185-212
- Nonnemacher, M./Stausberg, J./Bartoszek, G./Lottko, B./Neuhaeuser, M./Maier, I. (2009): Predicting pressure ulcer risk: a multifactorial approach to assess risk factors in a large university hospital population. *Journal of Clinical Nursing* 18, Nr. 1, 99-107
- Norman, K./Kirchner, H./Lochs, H./Pirlich, M. (2006a): Malnutrition affects quality of life in gastroenterology patients. *World Journal of Gastroenterology* 12, Nr. 21, 3380-3385
- Norman, K./Kirchner, H./Freudenreich, M./Lochs, H./Pirlich, M. (2006b): Three month nutritional supplementation improves both muscle function and quality of life in malnourished GI patients - A prospective randomised controlled trial. *Gastroenterology* 130, Nr. 4, A153-A153
- Osborne, C.A./Hooper, R./Cameron, G.S./Jackson, S.H.D. (2003): Explicit, evidence-based criteria to assess the quality of prescribing to elderly nursing home residents. *Age and Ageing* 32, Nr. 1, 102-108
- Oswald, W.D./Ackermann, A./Gunzelmann, T. (2006): Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogramms (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 19, Nr. 2, 89-101
- Ovretveit, J. (2001): Quality evaluation and indicator comparison in health care. *International Journal of Health Planning and Management* 16, Nr. 3, 229-241
- Parsons, T. (1972): *Das System moderner Gesellschaften*, München: Juventa-Verlag.
- Phillips, C.J. (1991): Developing a method of assessing quality of care in nursing homes, using key indicators and population norms. *Journal of Aging Health* 3, Nr. 3, 407-422
- Pierobon, A./Funk, M. (2007): *Sturzprävention bei älteren Menschen. Risiken - Folgen - Maßnahmen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Port, C.L. (2004): Identifying changeable barriers to family involvement in the nursing home for cognitively impaired residents. *The Gerontologist* 44, Nr. 6, 770-778

- Powell, A.E./Davies, H.T./Thomson, R.G. (2003): Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Quality & Safety in Health Care* 12, Nr. 2, 122-128
- Pringle, D./Doran, D.M. (2003): Patient Outcomes as an Accountability. In: Doran, D.M. (Hg.): *Nursing Sensitive Outcomes - State of the Science*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers, 1-26
- Radzey, B./Kuhn, C./Rauh, J./Heeg, S. (2001): *Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise)*. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Rajan, R.A./Pack, Y./Jackson, H./Gillies, C./Asirvatham, R. (2004): No need for outpatient physiotherapy following total knee arthroplasty - A randomized trial of 120 patients. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 75, Nr. 1, 71-73
- Rantz, M.J./Hicks, L./Petroski, G.F./Madsen, R.W./Mehr, D.R./Conn, V./Zwygart-Staffacher, M./Maas, M. (2004): Stability and sensitivity of nursing home quality indicators. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 59, Nr. 1, 79-82
- Redfern, S.J./Norman, I.J. (1990): Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing* 15, Nr. 11, 1260-1271
- Resnick, B./Gruber-Baldini, A.L./Zimmermann, S./Galik, E./Pretzer-Abhoff, I./Russ, K./Hebel, J.R. (2009): Nursing home resident outcomes from the Res-Care Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* 57, Nr. 7, 1156-1165
- Reus, U./Huber, H./Heine, U. (2005): Pflegebegutachtung und Dekubitus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, 210-217
- Richardson, J./Bedard, M./Weaver, B. (2001): Changes in physical functioning in institutionalized older adults. *Disability and Rehabilitation* 23, Nr. 15, 683-689
- Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (2004): *Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzkranken Heimbewohnern*. Stuttgart: Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH
- Robert Koch Institut (2004): *Pflege. Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch Institut
- Robert Koch Institut (2009): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch Institut
- Rosen, A.K./Berlowitz, D.R./Anderson, J.J./Ash, A.S./Kazis, L.E./Moskowitz, M.A. (1999): Functional status outcomes for assessment of quality in long-term care. *International Journal for Quality in Health Care* 11, Nr. 1, 37-46
- Roth, G./Garms-Homolová, V. (2005): *Vorkommen, Ursachen, Vermeiden von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquête-Kommission "Situation der Pflege in Nordrhein-Westfalen"*. Düsseldorf: Präsident des Landtags NRW
- Rubenstein, L.Z. (2006): Falls in older People: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Aging* 35, Supplement 2, ii37 - ii41
- Schaeffer, D./Günnewig, J./Ewers, M. (2003): *Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P03-120. Bielefeld: IPW
- Schäufele, M (2008): *Das Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen in stationären Einrichtungen: eine interdisziplinäre Leitlinie*. Präsentation auf dem gemeinsamen Kongress der DGGG/ÖGGG/DGG/SGG von 3. bis 6. Dezember 2008 in Potsdam

- Schäufele, I./Hendlmeier, I./Teufel, S./Weyrer, S. (2008): Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. Heidelberg: Economica
- Schäufele, M./Köhler, L./Lode, S./Weyerer, S. (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) - Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 169-232
- Schmid-Büchi, S./Rettke, H./Horvarth, E./Marfurt-Russenberger, K./Schwendimann, R. (2008): Das auf Basis des "Quality of Health Outcome Model" (QHOM) entwickelte Zürcher Pflege-Qualitätsmodell: Eine neue Perspektive zur Messung der Pflegequalität. Pflege 21, Nr. 5, 309-317
- Schmid-Büchi, S./Rettke, H./Horvarth, E./Marfurt-Russenberger, K./Schwendimann, R. (2006): Modell zur Darstellung und Überprüfung der Qualität in der Pflege und Gesundheitsversorgung. Verfügbar unter: www.pflegedienst.unispital.ch/Documents/HealthProfessionals/ZEFP/Projektberichte/pflegequalitätsmodell_juni06.pdf (29.01.2009)
- Schmidt, S./Hesselhorn, M./Müller, B. (2008): 3Q-Studie - Qualität in Altenpflegeeinrichtungen, Sachbericht. Wuppertal: Bergische Universität Wuppertal
- Schneekloth, U./von Törne, I. (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) - Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53-168
- Scottish Government (2007): National Care Standards. Care Homes for older people. Verfügbar unter: <http://www.infoscotland.com/nationalcarestandards/files/care-homes-for-older-people.pdf> (05.10.2010)
- Smith, P.W./Rusnak, P.G. (1997): Infection prevention and control in the long-term-care facility. American Journal of Infection Control 25, Nr. 6, 488-512
- Sozialholding der Stadt Mönchengladbach GmbH (2008): Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach. Vergleich mit anderen Heimen in NRW
- Spilsbury, K./Nelson, A./Cullum, N./Iglesias, C./Nixon, J./Mason, S. (2007): Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. Journal of Advanced Nursing 57, Nr. 5, 494-504
- Steering Committee Responsible Care (2008): Quality Framework Responsible Care. Rijswijk: Steering Committee Responsible Care
- Stemmer, R. (2005): Zur aktuellen Lage der pflegsensitiven Outcommessung - eine Übersicht. PrIn-terNet 07-08, 430-435
- Ströhlein, G. (2004): Soziale Netzwerke im Alter. Verfügbar unter: <http://www.fernuni-hagen.de/OEKOPSYCH/Erhebungsinstrumente/FB-Netzwerke.pdf> (30.03.2009, 15:00)
- Stuck, A.E./Walthert, J.M./Nikolaus, T./Büla, C.J./Hohmann, C./Beck, J.C. (1999): Risk factors for functional status decline in community living elderly people: a systematic literature review. Social Science & Medicine 48, 445-469

- Tannen, A. (2009): Ernährung. In: Dassen, T. Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) (2004): Public Sector Residential Aged Care Quality of Care Performance Indicator Project Report. Bundoora: The Aged Care Branch of the Department of Human Services
- The Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd.: [http: www.accreditation.org.au](http://www.accreditation.org.au)
- Thiele, C./Feichtinger, L./Baumann, U./Mitmansgruber, H./Somweber, M. (2002): Der Umzug ins Seniorenheim - Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35, Nr. 6, 556-564
- U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services (2004): National Nursing Home Quality Measures - Users Manual. Cambridge, MA: Abt Associates Inc.
- Unbekannter Verfasser (2001): Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Journal of the American Geriatrics Society 49, Nr. 5, 664-672
- Unruh, L./Wan, T.T. (2004): A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. Journal of Medical Systems 28, Nr. 2, 197-214
- van Schoor, N.M./Asma, G./Smit, J.H./Bouter, L.M./Lips, P. (2003): The Amsterdam Hip Protector Study: compliance and determinants of compliance. Osteoporos Int 14, Nr. 4, 353-359
- Volkert, D. (2004): Nutritional status, energy and substrate metabolism in the elderly - DGEM and DGG Guideline Enteral Nutrition. Ernährungs-Umschau 51, Nr. 10, 396
- Wagner, E.H. (1997): Preventing decline in function. Evidence from randomized trials around the world. Successful Aging 167, Nr. 4, 295-298
- Wahl, H.-W. (2009): Lebensqualität von Heimbewohnern, in: Schneekloth, U.; Wahl, H.-W.: Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 30 ff.
- Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R. (2007): Der Qualitätsbericht. Transparenz schafft Vertrauen. Hannover: Vincentz
- Weick, S. (2006): Starke Einbußen des subjektiven Wohlbefindens bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Verlaufsanalyse mit dem Sozio-ökonomischen Panel. Informationsdienst Soziale Indikatoren 35, 12-15
- White, P./McGillis Hall, L. (2003): Patient Safety Outcomes. In: Doran, D.M. (Hg.): Nursing Sensitive Outcomes - State of the Science. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers, 211-242
- Williams, S.W./Williams, C.S./Zimmermann, S./Sloane, P.D./Preisser, J.S./Boustani, M./Reed, P.S. (2005): Characteristics associated with mobility limitation in long-term care residents with dementia. The Gerontologist 45, Nr. 1, 62-67
- Williams, S.A. (1998): Quality and Care: Patients' Perceptions. Journal of Nursing Care Quality 12, Nr. 6, 18-25
- Wilms, H.U./Riedel-Heller, S.G./Busse, A./Angermayer, M.C. (2001): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern: Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, 348-355
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

- Wingefeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P03-124. Bielefeld
- Wingefeld, K./Seidl, N. (2008): Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa, 56-79
- Wingefeld, K./Büscher, A./Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Verfügbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/./downloads/ipw_bericht_pflegebedurftigkeit.pdf (19.03.2009)
- Wingefeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Verfügbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf (12.05.2009)
- Wingefeld, K./Seidl, N./Ammann, A. (i. E.): Präventive Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten. Erscheint in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44
- World Health Organization (2004): Better Palliative Care for Older People. Kopenhagen: WHO
- Zimmerman, D.R. (2003): Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. International Journal of Geriatric Psychiatry 18, Nr. 3, 250-257

Anhang

- Anhang A: Übersicht über Ein- und Ausschlusskriterien im Projekt geprüfter Indikatoren
- Anhang B: Erhebungsbogen zur Erfassung von gesundheitsbezogenen Indikatoren
- Anhang C: Dokumentationsbogen zur Erfassung von Aktivitäten
- Anhang D: Leitfaden zur Implementierung des Instruments zur Datenerfassung
- Anhang E: Leitfaden zur Organisation und Durchführung der Bewohner- und Angehörigenbefragung
- Anhang F: Erhebungsbogen und Erläuterungen für begrenzt einsetzbare Indikatoren

Anhang A: Übersicht über Ein- und Ausschlusskriterien im Projekt geprüfter Indikatoren

Im Rahmen des Projektes wurden zahlreiche Indikatoren auf ihre Verwendbarkeit für das Qualitätsmanagement stationärer Pflegeeinrichtungen überprüft. Einige dieser Indikatoren wurden bereits zu einem frühen Zeitpunkt als nicht geeignet eingestuft, andere erst im weiteren Verlauf (nach ihrer praktischen Erprobung) als nicht oder nur begrenzt einsetzbar bewertet. Die wichtigsten Kriterien, die hinter diesen Einschätzungen stehen und die zum Ein- bzw. Ausschluss der einzelnen Indikatoren geführt haben, waren folgende:

- **Relevanz:** Der mit dem Indikator erfasste Sachverhalt ist für die Gesundheit oder das Wohlbefinden des Bewohners von großer Bedeutung.
- **Definierbarkeit:** Es kann eindeutig festgelegt werden, welcher Sachverhalt mit dem Indikator erfasst wird.
- **Beeinflussbarkeit:** Das mit dem Indikator erfasste Ergebnis ist durch die Pflegeeinrichtung bzw. deren Mitarbeiter maßgeblich beeinflussbar. Entscheidend ist, dass der Einfluss der Einrichtung im Regelfall den Einfluss anderer Faktoren übersteigt.
- **Messbarkeit:** Es sind Instrumente verfügbar (oder können entwickelt werden), mit denen der mit dem Indikator erfasste Sachverhalt zuverlässig gemessen werden kann.
- **Praktikabilität:** Die zur Erfassung des Indikators notwendigen Daten können im Regelbetrieb stationärer Pflegeeinrichtungen mit einem akzeptablen Aufwand erhoben werden.
- **Interpretierbarkeit:** Die Ergebnisse von Einschätzungen und Aussagen von Befragten sind eindeutig interpretierbar. Dies setzt voraus, dass ein erfasstes Ergebnis im Einzelfall eindeutig als positiv oder negativ bewertet werden kann und die Ergebnisse von Einrichtungen sich ausreichend stark unterscheiden (streuen), um Unterschiede aufzuzeigen.
- **Eignung für vergleichende (Qualitäts-)beurteilung:** Der Indikator erfüllt alle vorab genannten Kriterien.

Die nachfolgende Übersicht zeigt, inwieweit diese Kriterien von den Indikatoren erfüllt werden.

Legende: Kriterium erfüllt: ✓

Kriterium nicht erfüllt: Ø

Unklar, ob Kriterium erfüllt ist: ?

Indikator	Relevanz	Definierbarkeit	Beeinflussbarkeit	Messbarkeit	Praktikabilität	Interpretierbarkeit	Eignung für vergleichende Beurteilung
Indikatorenbereiche 1 bis 3							
Erhalt/Verbesserung von Mobilität	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Erhalt /Verbesserung von Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Erhalt/Verbesserung von Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dekubitus	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stürze mit gravierenden Folgen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Schmerzmanagement	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Integrationsgespräch	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gurtfixierungen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Einschätzung von Verhaltensweisen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kontrakturen	✓	✓	?	Ø	Ø	✓	Ø

Indikator	Relevanz	Definierbarkeit	Beeinflussbarkeit	Messbarkeit	Praktikabilität	Interpretierbarkeit	Eignung für vergleichende Beurteilung
Schmerzstatus	√	√	?	√	√	∅	∅
Häufigkeit von Sondenernährung	√	√	∅	√	√	∅	∅
Sturzhäufigkeit	√	√	√	?	√	∅	∅
Häufigkeit von Medikationsfehlern	√	√	√	∅	√	∅	∅
Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel- und Nebenwirkungen	√	√	√	√	√	?	∅
Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen	√	√	?	√	√	∅	∅
Kontinenzstatus	√	√	?	√	√	∅	∅
Management von Harninkontinenz	√	√	?	?	√	∅	∅
Ungeplante Krankenhaus-Einweisungen	√	√	?	√	√	∅	∅
Entwöhnung von der Sondenernährung	√	√	√	√	√	∅	∅
Häufigkeit von Harnwegsinfekten	√	√	?	∅	∅	∅	∅
Veränderung der kognitiven Fähigkeiten	√	√	?	√	∅	∅	∅
Depression	√	√	?	√	∅	∅	∅

Indikator	Relevanz	Definierbarkeit	Beeinflussbarkeit	Messbarkeit	Praktikabilität	Interpretierbarkeit	Eignung für vergleichende Beurteilung
Angst	√	√	?	?	∅	∅	∅
Inadäquater Psychopharmakaeinsatz	√	?	?	?	∅	∅	∅
Im Krankenhaus verstorbene Bewohner	√	√	?	√	√	∅	∅
Indikatorenbereiche 4 und 5							
Wunschgemäßer Zimmertyp aus Nutzersicht	√	√	?	√	√	∅	∅
Grad der Möglichkeit zur Möblierung (Hilfsindikator)	√	√	√	√	√	?	∅
Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Qualität der Wäscheversorgung Dokumentation	√	√	√	√	∅	√	∅
Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Qualität des Mahlzeitenangebots Dokumentation	√	√	√	?	∅	∅	∅
Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	?	∅

Indikator	Relevanz	Definierbarkeit	Beeinflussbarkeit	Messbarkeit	Praktikabilität	Interpretierbarkeit	Eignung für vergleichende Beurteilung
Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation	√	√	√	√	√	√	√
Aktionsradius	√	√	√	√	√	√	√
Respektvoller Umgang aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Privatheit aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Weiterempfehlung aus Nutzersicht	√	√	√	√	√	√	√
Risiko soziale Deprivation	√	√	√	?	√	?	?
Späte Unterstützung: Quote kritischer Schmerzereignisse	√	√	?	?	√	∅	∅
Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten	√	√	√	?	?	?	?
Mitarbeiterzeit Dokumentation	√	√	√	√	?	√	?

Indikator	Relevanz	Definierbarkeit	Beeinflussbarkeit	Messbarkeit	Praktikabilität	Interpretierbarkeit	Eignung für vergleichende Beurteilung
Emotionales Wohlbefinden	√	√	∅	∅	∅	∅	∅
Raumtemperatur	∅	√	√	√	√	√	∅
Wohnzufriedenheit	√	√	∅	?	√	∅	∅
Intensität sozialer Kontakte	√	√	√	√	∅	√	∅
Vorhandensein eines verlässlichen Ansprechpartners oder einer Vertrauensperson	√	√	∅	√	√	√	∅
Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen und organisatorischer Absprachen	?	√	√	?	√	?	?
Sonderbereich Angehörigenarbeit							
Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen	√	√	√	√	√	√	√

Anhang B: Erhebungsbogen zur Erfassung von gesundheitsbezogenen Indikatoren

(Sternchen* verweisen auf Hinweise im Implementationsleitfaden)

Datum der Erhebung:

Bewohner:

1. Allgemeine Angaben zum Bewohner

1.1 Datum des Heimeinzugs: ____/____/____

1.2 Liegt ein richterlicher Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor? ja nein

1.3 Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat?*

ja nein

Wenn ja, bitte die Erkrankung und deren Zeitpunkt angeben*:

Apoplex am:

Fraktur am:

Herzinfarkt am:

Sonstige Erkrankung (bitte angeben):am:

1.4 Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)?*

ja nein

Wenn ja, um welche Erkrankung oder Belastung handelt es sich (bitte angeben)?

.....

1.5 Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen?*

ja, Bewohner

ja, Angehörige/Betreuer

nein

Wenn ja, um welche Maßnahmen handelt es sich (bitte angeben)?

.....

.....

.....

1.6 Bewusstseinszustand*

wach schläfrig somnolent komatös

2. Mobilität*	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
2.1 Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
2.2 Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
2.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
2.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
2.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃

3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*	Die Fähigkeit ist: 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
3.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.2 Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.3 Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.4 Gedächtnis	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.7 Sachverhalte und Informationen verstehen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.8 Risiken und Gefahren erkennen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.10 Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.11 Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃

4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte*	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
4.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.2 Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.3 Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
4.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃

5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*		0 = nie 1 = maximal 1x wöchentlich 2 = mehrmals wöchentlich 3 = täglich			
5.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.4	Beschädigung von Gegenständen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.6	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.7	Andere vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.9	Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.10	Ängste	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.13	Sonstige inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

6. Selbstversorgung*

s1. Sondenernährung	<input type="checkbox"/> entfällt (keine Sondenernährung)
Die Person erhält	
<input type="checkbox"/> zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung, aber nur gelegentlich (nicht täglich)	
<input type="checkbox"/> 1 bis 3 x täglich Sondennahrung <u>und</u> täglich oral Nahrung	
<input type="checkbox"/> mindestens 4 x täglich Sondennahrung <u>und</u> täglich oral Nahrung (geringe Mengen)	
<input type="checkbox"/> ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung	
Art der Sondenernährung	Selbständigkeit
<input type="checkbox"/> Pumpe	<input type="checkbox"/> Bedienung selbständig
<input type="checkbox"/> Schwerkraft	<input type="checkbox"/> Bedienung mit Fremdhilfe
<input type="checkbox"/> Bolusgabe	
s2. Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> entfällt (keine parenterale Ernährung)
Art der parenteralen Ernährung	
<input type="checkbox"/> komplett	
<input type="checkbox"/> teilweise	
Selbständigkeit	
<input type="checkbox"/> Bedienung selbständig	
<input type="checkbox"/> Bedienung mit Fremdhilfe	

s3. Blasenkontrolle/Harnkontinenz

- Bewohner hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma (weiter mit s4.)
- ständig kontinent
- überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz
- überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent
- komplett inkontinent

s4. Darmkontrolle/Stuhlkontinenz

- Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma (weiter mit s5.)
- ständig kontinent
- überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent
- überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
- komplett inkontinent

s5. Künstliche Harnableitung

- entfällt (keine künstliche Harnableitung)
- suprapubischer Dauerkatheter
- transurethraler Dauerkatheter
- Urostoma

s6. Colo-/Ileostoma

- entfällt (nicht vorhanden)
- ja

		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig				
6.1	Vorderen Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.3	Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.4	Duschen oder Baden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.5	Oberkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.6	Unterkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.8	Essen	<input type="checkbox"/> _{nur Sonde}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.9	Trinken	<input type="checkbox"/> _{nur Sonde}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
6.11	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	<input type="checkbox"/> _{entfällt}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.12	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Stoma)	<input type="checkbox"/> _{entfällt}	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7. Dekubitus	
7.1	Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen Dekubitus?*
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8.1)
7.2	Wenn ja, bitte Zeitraum angeben: vom bis (ggf. „bis heute“)
7.3	Maximale Schwere des Dekubitus*:
	<input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> unbekannt
7.4	Wo ist der Dekubitus entstanden?
	<input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug) <input type="checkbox"/> woanders, und zwar:

8. Körpergröße und Gewicht	
8.1	Körpergröße: _____ cm
8.2	Aktuelles Körpergewicht: _____ kg
	Dokumentiert am (Datum): ____/____/____
8.3	Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären? (z.B. fortschreitende Krebserkrankung, medikamentöse Ausschwemmung) Bitte angeben*:

9. Sturzfolgen	
9.1	Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?*
	<input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein
9.2	Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? (Mehrfachangaben)
	<input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftige Wunden <input type="checkbox"/> andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden) <input type="checkbox"/> erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen* <input type="checkbox"/> erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität* <input type="checkbox"/> keine der genannten Folgen ist eingetreten

10. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

10.1 Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen **Gurtfixierungen** angewendet?*

ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11.1)

10.2 Wenn ja: welche? (Mehrfachangaben)

- Handfixierung
 Fußfixierung
 Hüftfixierung im Bett
 Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl

10.3 Wenn ja: wie oft wurden die Gurtfixierungen angewendet?

- täglich
 mehrmals wöchentlich
 1x wöchentlich
 seltener als 1x wöchentlich

11. Schmerz

11.1 Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?

ja nein

11.2 Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?*

ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)

Wenn ja: Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?

- ohne Nutzung eines Instrumentes
 mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes (bitte angeben welches):

.....

Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?

ja nein es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen

Wann wurde die letzte Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum):

Wann wurde die vorletzte Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum):

11.3 Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?

ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)

Wann erfolgte die Information (Datum):

12. Heimeinzug

- 12.1 Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen?
 ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 13.1)

- 12.2 Ist nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimeinzug mit dem Bewohner und/oder anderen Personen ein Gespräch über sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?*
- ja, und zwar am (Datum):
- nein (bei „nein“ weiter mit Frage 13.1)

Wenn ja, wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen (ohne Mitarbeiter der Einrichtung)?*

- Bewohner
- Angehörige
- Betreuer
- andere Personen (bitte angeben):

- 12.3 Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?
 ja nein

Wichtig! Kreuzen Sie bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden.

13. Einschätzung von Verhaltensweisen

- 13.1 Hat der Bewohner bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 5 Punkten erreicht?*
- nein ja

- 13.2 Wenn nein, wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?*
- ja, und zwar zuletzt am (Datum):
- nein

- 13.3 Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument?*
- (Mehrfachangaben)
- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- physisch aggressives Verhalten gegen Personen
- verbal aggressives Verhalten
- selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Angstzustände

- 13.4 Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? (Mehrfachangaben)
- Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht
- Häufigkeit des Verhaltens
- Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht

Anhang D

Leitfaden zur Implementierung des Instrumentariums zur Datenerfassung

Inhalt:

I. Organisatorische Vorbereitungen in der Einrichtung	2
II. Anpassung und Ergänzung der Bewohnerdokumentation.....	2
III. Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit.....	3
IV. Der Erhebungsbogen im Einzelnen	4
1. Allgemeine Angaben zum Bewohner	4
2. Mobilität.....	5
3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	6
4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	6
5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	6
6. Selbstversorgung.....	8
7. Dekubitus.....	9
8. Körpergröße und Gewicht.....	9
9. Sturzfolgen.....	10
10. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	10
11. Schmerz.....	11
12. Heimeinzug.....	12
13. Einschätzung von Verhaltensweisen.....	13
V. Dokumentationsbogen Bewohneraktivitäten.....	14
VI. Beschreibung von Aktivitäten und Fähigkeiten.....	17
Zu 2. Mobilität	17
Zu 3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....	19
Zu 4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	24
Zu 6. Selbstversorgung.....	27

I. Organisatorische Vorbereitungen in der Einrichtung

Aus methodischen Gründen ist die Benutzung des Erhebungsbogens bei bestimmten Bewohnergruppen nicht sinnvoll. Es handelt sich dabei um:

- Bewohner in der Sterbephase
- Bewohner in der Kurzzeitpflege
- Bewohner, die nicht mit erfasst werden möchten.

Bei Bewohnern, die zum Erhebungszeitpunkt im Krankenhaus liegen, sollte die Erhebung zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden.

II. Anpassung und Ergänzung der Bewohnerdokumentation

In wenigen Punkten kann es notwendig sein, die Dokumentation einzelner Informationen anders, als bislang gewohnt, durchzuführen. Nachfolgend finden Sie eine Erläuterung der Dokumentationsinhalte, bei denen dies der Fall sein könnte.

Stürze

Während der Erhebung werden Angaben zu Stürzen der Bewohner erfasst. Dabei legen wir die Definition zugrunde, die der nationale Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege trifft. Sie lautet:

„Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.“

Diesem Verständnis folgend ist auch ein „zu Boden gleiten“ oder „zu Boden sinken“ als Sturz anzusehen. Wenn in Ihrer Einrichtung derartige Ereignisse bislang nicht als Sturz dokumentiert wurden, sollte dies für den Zeitraum der Erhebung geändert werden.

Bei der Erfassung von Sturzfolgen wird erfragt, ob durch den Sturz ein erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen oder bei der Mobilität eines Bewohners entstanden ist. Diese Punkte sind nicht immer Bestandteil gängiger Sturzprotokolle. Falls das in Ihrer Einrichtung verwendete Sturzprotokoll keine Angaben zu diesen Punkten vorsieht, sollte nach einem Sturz im Pflegebericht vermerkt werden, ob der Bewohner in Folge des Sturzes mehr Unterstützung bei Alltagsverrichtungen oder in der Mobilität benötigt.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Der Pflegedokumentation muss zu entnehmen sein, ob in den vergangenen 4 Wochen Gurtfixierungen an Handgelenk, Fußgelenk oder Hüfte/Becken beim einzelnen Bewohner eingesetzt wurden. Wenn eine Fixierung auf ausdrücklichen Wunsch des Bewohners (nicht der Angehörigen oder des Betreuers) durchgeführt wird, sollte auch dieses dokumentiert sein. Es ist für das Erhebungsinstrument nicht erforderlich, die Dauer der einzelnen Fixierungen der Dokumentation entnehmen zu können.

Schmerzerfassung

Wenn bei Bewohnern eine Schmerzeinschätzung durchgeführt wird, sollte aus der Dokumentation hervorgehen, wann (Datum) und mit Hilfe welchen Instrumentes (z.B. NRS, VAS, Schmerzerfassungsbogen) diese durchgeführt wurde. Es sollte ebenfalls erkennbar sein, ob und in welcher Form der behandelnde Arzt über das Ergebnis der Schmerzeinschätzung informiert wurde.

III. Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit

Im vorliegenden Erhebungsbogen geht es mehrfach um Selbständigkeit bei bestimmten Aktivitäten. Bitte berücksichtigen Sie dabei Folgendes:

Selbständigkeit ist im vorliegenden Instrument definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung/Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung durch andere *Personen* bzw. ohne personelle Hilfe durchzuführen. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen.

Selbständigkeit wird im Erhebungsbogen mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Ausprägungen:

- 0 = selbständig
- 1 = überwiegend selbständig
- 2 = überwiegend unselbständig
- 3 = unselbständig.

0 = selbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel selbständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1 = überwiegend selbständig:

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.

2 = überwiegend unselbständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

3 = unselbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

!!! Wichtig !!!

Stellen Sie sich bei der Einschätzung von Selbständigkeit zunächst die Frage, ob

- **die gesamte (oder nahezu gesamte) Aktivität,**
- **der größte Teil einer Aktivität,**
- **der geringere Teil einer Aktivität oder**
- **kein nennenswerter Anteil der Aktivität**

selbständig ausgeführt werden kann. Nur wenn die Beurteilung dieser Frage mit Unsicherheit verbunden ist, sollte die Einschätzung in einem zweiten Schritt anhand der erforderlichen Formen der Unterstützung erfolgen.

IV. Der Erhebungsbogen im Einzelnen**1. Allgemeine Angaben zum Bewohner**

1.3 Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat?*

ja nein

Wenn ja, bitte die Erkrankung und deren Zeitpunkt angeben:

Apoplex am:

Fraktur am:

Herzinfarkt am:

Sonstige Erkrankung (bitte angeben):am:

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn:

- die Selbstständigkeit eines Bewohners (z.B. bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme oder der Fortbewegung) in Folge einer akuten Erkrankung oder der akuten Verschlechterung einer chronischen Gesundheitsstörung abgenommen hat
- und
- diese Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit ganz oder teilweise bis zum Erhebungstag fortbestehen.

Geben Sie dann die Art der Erkrankung und deren Entstehungszeitpunkt an. Zum Zeitpunkt ist eine ungefähre Angabe (z.B. Mitte September) ausreichend.

- 1.4 Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)?*
- ja nein
- Wenn ja, um welche Erkrankung oder Belastung handelt es sich (bitte angeben)?
-

Beantworten Sie die Frage mit „ja“ wenn bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen vorliegen, die einen ungewöhnlichen oder besonders hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf zur Folge haben. Dieser könnte z.B. durch aufwändige medizinische Therapien (z.B. Beatmung) oder ausgeprägte Krankheitssymptome (z.B. bei einer MS-Erkrankung) entstehen.

- 1.5 Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen?*
- ja, Bewohner
- ja, Angehörige/Betreuer
- nein
- Wenn ja, um welche Maßnahmen handelt es sich (bitte angeben)?
-

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn aus der Pflegedokumentation hervorgeht, dass der Bewohner oder seine Angehörigen bzw. der Betreuer die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen, die aus fachlicher Sicht notwendig wären, ablehnt. Bitte geben Sie auch an, um welche konkreten Maßnahmen es sich handelt.

- 1.6 Bewusstseinszustand*
- wach schläfrig somnolent komatös

- **wach:** Der Bewohner ist ansprechbar und kann an Aktivitäten teilnehmen,
- **schläfrig:** Der Bewohner ist ansprechbar und gut erweckbar, wirkt jedoch müde und ist verlangsamt in seinen Handlungen.
- **somnolent:** Der Bewohner ist sehr schläfrig und kann nur durch starke äußere Reize (z.B. kräftiges Rütteln an der Schulter oder mehrfaches, sehr lautes Ansprechen) geweckt werden.
- **komatös:** Der Bewohner kann durch äußere Reize nicht mehr geweckt werden.

2. Mobilität

Die Einschätzung richtet sich hier ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier also lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung oder Motivation des Bewohners. Hier wie auch in einigen anderen Bereichen wird nach der Selbständigkeit der Bewohner gefragt (vgl. Abschnitt C). Nähere Erläuterungen zu den fünf aufgeführten Aspekten der Mobilität finden Sie in Kapitel VI.

3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Hier ist einzuschätzen, inwieweit die aufgeführten Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Bitte beziehen Sie sich bei der Einschätzung auf die für den Bewohner typische Leistungsfähigkeit. Es werden vier Abstufungen unterschieden:

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Sind Sie sich nicht sicher, wie Sie den Grad der Beeinträchtigung bewerten sollen, schlagen Sie in Kapitel VI nach. Dort finden Sie zu den einzelnen kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten Erläuterungen und Beispiele.

4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

In diesem Abschnitt geht es wieder um die Einschätzung der Selbständigkeit. Bitte berücksichtigen Sie die Ausführungen im Abschnitt „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit“. Im Kapitel VI finden Sie außerdem ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Merkmalen bzw. Aspekten, die an dieser Stelle eingeschätzt werden sollen.

5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Erfasst wird in diesem Abschnitt die Häufigkeit, mit der ein Verhalten oder Problem *derzeit* auftritt. Es werden folgende Merkmalsausprägungen erfasst:

0 = nie

1 = selten, d.h. maximal 1x wöchentlich

2 = häufig, d.h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich

3 = täglich.

Die einzelnen Verhaltensweisen/Problemlagen sind folgendermaßen definiert:

1. **Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten:** Diese Kategorie fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen. Dazu gehören vor allem das (scheinbar) ziellose *Umhergehen* in der Einrichtung und der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die *Einrichtung zu verlassen* oder Orte aufzusuchen, die für diese Person unzugänglich sein sollten (z.B. Treppenhaus, Zimmer anderer Bewohner etc.). Ebenso zu berücksichtigen ist allgemeine Rastlosigkeit in Form von *ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen* auf dem Sitzplatz oder im und aus dem Bett. Für die Einschätzung ist es ohne Bedeutung, dass sich die betreffende Person ggf. nur mit Hilfsmitteln fortbewegen kann. Das Fahren mit einem Rollstuhl ist insofern mit dem Gehen gleichzusetzen.
2. **Nächtliche Unruhe:** Nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-/Nachtrhythmus (Wach sein in der Nacht, Schlafen während des Tages). Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind *nicht* zu werten.
3. **Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten:** Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, Essen oder Trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen.
4. **Beschädigung von Gegenständen:** Aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder wegschieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z.B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen.
5. **Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen:** Nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzungsversuche gegenüber anderen Personen mit Gegenständen.
6. **Verbale Aggression:** Verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen.
7. **Andere vokale Auffälligkeiten:** Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen.
8. **Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen:** Abwehr von Unterstützung (z.B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z.B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.
9. **Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen:** Visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z.B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; Vorstellung, verfolgt/bedroht/bestohlen zu werden usw.

10. **Ängste:** Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängstlichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen oder im Kontakt mit anderen Personen.
11. **Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage:** Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen.
12. **Sozial inadäquate Verhaltensweisen:** Distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.
13. **Sonstige inadäquate Handlungen:** Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Stereotypien), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierern, Urinieren in die Wohnung.

6. Selbstversorgung

In diesem Abschnitt werden zunächst besondere Bedarfsaspekte erfasst. Dazu gehören die künstliche Ernährung über einen enteralen Zugang (Nasen-, Magen- oder Dünndarmsonde) oder einen parenteralen Zugang, die künstliche Harn- oder Stuhlableitung, sowie Störungen der Blasen- und Darmkontrolle.

s1. Sondenernährung

<input type="checkbox"/> entfällt (keine Sondenernährung)

Erfolgt keine Sondenernährung über einen enteralen Zugang, ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen und mit dem Punkt s2. fortzufahren. Mit dem Begriff „Sondenernährung“ ist stets Nahrung gemeint, die nicht oral, sondern über eine Sonde aufgenommen wird.

s2. Parenterale Ernährung

<input type="checkbox"/> entfällt (keine parenterale Ernährung)

Erfolgt keine parenterale Ernährung, ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen und mit dem Punkt s3. fortzufahren.

Nach der Dokumentation dieser Besonderheiten erfolgt wieder die Einschätzung der Selbstständigkeit bei bestimmten Aktivitäten. Bitte berücksichtigen Sie die Ausführungen im Abschnitt „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbstständigkeit“ und Kapitel VI, wo sie ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Verrichtungen finden, die an dieser Stelle eingeschätzt werden sollen.

7. Dekubitus

7.1 Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen Dekubitus?*

ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8.1)

Gemeint sind alle Dekubitalgeschwüre, die in den vergangenen 6 Monaten beim Bewohner bestanden oder bis heute bestehen. Auch wenn der Zeitpunkt der Entstehung länger als 6 Monate zurückliegt, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten und das Entstehungsdatum unter 7.2 anzugeben.

7.3 Maximale Schwere des Dekubitus*:

Grad 1
 Grad 2
 Grad 3
 Grad 4
 unbekannt

Orientieren Sie sich bei der Beurteilung bitte an folgender Gradeinteilung:

Grad 1: Reversible Hautrötungen, eventuell mit Ödembildung, Verhärtung oder Überwärmung.

Grad 2: Teilverlust der Haut. Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis (Korium) ist geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und kann sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür darstellen.

Grad 3: Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann. Der Dekubitus zeigt sich klinisch als tiefes, offenes Geschwür.

Grad 4: Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (z.B. Sehnen, Bändern oder Gelenkkapseln).

8. Körpergröße und Gewicht

Die Angaben zu Körpergröße und Gewicht werden benötigt, um den Ernährungszustand des Bewohners zu beurteilen und Gewichtsveränderungen im Zeitverlauf zu erfassen.

8.3 Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären? Bitte angeben*:

Wenn sich eine starke Gewichtsabnahme auf medizinische Gründe, z.B. eine ärztlich verordnete Diät oder eine Diuretikatherapie zur gezielten Ausschwemmung zurückführen lässt, notieren Sie dies bitte unter 8.3.

9. Sturzfolgen

- 9.1 Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?*
- ja, einmal
 ja, mehrmals
 nein

Orientieren Sie sich bei der Beantwortung dieser Frage an den in der Pflegedokumentation bzw. in den Sturzprotokollen festgehaltenen Sturzereignissen.

- 9.2 Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten?* (Mehrfachangaben)
- Frakturen
 behandlungsbedürftige Wunden
 andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden)
 erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen*
 erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität*
 keine der genannten Folgen ist eingetreten

Von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen ist beispielsweise dann auszugehen, wenn durch den Sturz die Motorik der oberen Gliedmaße eingeschränkt ist, der Bewohner dadurch bei der Körperpflege mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung dokumentiert ist.

Von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Mobilität ist beispielsweise dann auszugehen, wenn durch den Sturz die Motorik der unteren Gliedmaße eingeschränkt ist, der Bewohner dadurch beim Gehen mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung dokumentiert ist.

10. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

- 10.1 Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurtfixierungen angewendet?*
- ja nein

Bitte berücksichtigen Sie hier ausschließlich Gurtfixierungen. Andere freiheitsbeschränkende Maßnahmen, z.B. das Anbringen von Bettgittern oder eines Tischbrettes bleiben außer Betracht.

Wenn bei einem Bewohner Gurtfixierungen angewendet wurden, geben Sie unter 10.3 bitte an, wie häufig dies geschah (täglich, mehrmals wöchentlich, einmal wöchentlich, seltener).

11. Schmerz

- 11.1 Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?
 ja nein

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn aus den Äußerungen des Bewohners oder der Dokumentation hervorgeht, dass Schmerzen über mehrere Wochen oder Monate bestehen oder eine Schmerzproblematik zwar mit Unterbrechungen, aber wiederholt auftritt. Auch die regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten oder die Anwendung anderer schmerzlindernder Maßnahmen (z.B. TENS-Therapie) lassen auf eine bestehende Schmerzproblematik schließen. Einmalig auftretende Schmerzen, z.B. Kopfschmerzen am Tag der Erhebung, sind nicht zu berücksichtigen.

- 11.2 Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?*

ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)

Wenn ja: Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?

ohne Nutzung eines Instrumentes

mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes (bitte angeben welches):

.....

Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?

ja nein es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen

Wann wurde die letzte Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum):

Wann wurde die vorletzte Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum):

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn in der Pflegedokumentation die Einschätzung der Schmerzproblematik des Bewohners dokumentiert ist. Eine Schmerzeinschätzung umfasst mindestens Angaben zu Schmerzstärke und Lokalisation. Weitere Aspekte können z.B. Schmerzqualität, Dauer, zeitliche Verlaufsmuster, verstärkende oder lindernde Faktoren sowie Auswirkungen des Schmerzes auf das Alltagsleben sein.

Bitte geben Sie ebenfalls an, ob die Schmerzeinschätzung mit Hilfe eines Instrumentes durchgeführt wurde (z.B. numerische Rangskala, visuelle Analogskala, Schmerzerfassungsbogen). Wenn ja, tragen Sie bitte ein, welches.

Geben Sie weiter an, ob sich der Schmerzstatus des Bewohners zwischen den letzten beiden Einschätzungszeitpunkten verändert hat. Dabei ist es unerheblich, ob die Veränderung als Verbesserung oder Verschlechterung zu betrachten ist. Wenn bislang nur eine Einschätzung durchgeführt wurde, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an. Geben Sie im nächsten Schritt sowohl das Datum der letzten, als auch der vorletzten Schmerzeinschätzung an. Wurde bislang nur eine Einschätzung durchgeführt, tragen Sie bitte unter dem „Datum“ zur vorletzten Einschätzung „nicht erfolgt“ ein.

11.3 Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?

ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)

Wann erfolgte die Information (Datum):

In welcher Form erfolgte die Information?

telefonisch per Fax im persönlichen Kontakt (z.B. während der Visite)

in anderer Form (bitte angeben):

Bitte geben Sie unter 11.3 an, ob der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert wurde. Bitte beantworten Sie die Frage nur dann mit ja, wenn die Informationsweitergabe an den Arzt schriftlich dokumentiert wurde. Falls eine Information erfolgt ist, geben Sie bitte an, wann und in welcher Form dies geschehen ist.

12. Heimeinzug

12.2 Ist nach Ablauf der 2. Woche und vor Ende der 6. Woche nach dem Heimeinzug mit dem Bewohner und/oder anderen Personen ein Gespräch über sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?*

ja, und zwar am (Datum):

nein (bei „nein“ weiter mit Frage 13.1)

Wenn ja, wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen (ohne Mitarbeiter der Einrichtung)?*

Bewohner

Angehörige

Betreuer

andere Personen (bitte angeben):

Mit der Frage 12.2 ist die Durchführung eines „Integrationsgespräches“ gemeint. Gemeint ist, dass das Gespräch **geplant und ausdrücklich zu dem Zweck** geführt wurde, das Einleben des Bewohners in der Einrichtung gemeinsam mit ihm und/oder anderen Bezugspersonen zu besprechen. Besprochen wird z.B., ob der Bewohner zufrieden mit der Tagesstrukturierung ist, oder ob er spezielle Wünsche im Hinblick auf die pflegerische Versorgung hat. **Nicht gemeint** sind zufällige Gespräche, die sich während der pflegerischen Versorgung ergeben.

Geben Sie bitte auch an, welche Personen an dem Integrationsgespräch teilgenommen haben. Mitarbeiter der Einrichtung sind dabei nicht zu berücksichtigen.

12.3 Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert*

ja nein

Wichtig! Kreuzen Sie bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden.

Kreuzen Sie unter 12.3 bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners und Ziele für die zukünftige Versorgung festgehalten wurden. Auch wenn der Bewohner keine Veränderungen wünscht und dies dokumentiert wurde, kreuzen Sie bitte „ja“ an.

13. Einschätzung von Verhaltensweisen

13.1 Hat der Bewohner bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 5 Punkten erreicht?*

nein ja

Beantworten Sie die Frage anhand der unter Modul 3 ermittelten Punktzahl.

13.2 Wenn nein, wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?*

ja, und zwar zuletzt am (Datum):

nein

Kreuzen Sie unter 13.2 bitte ein „ja“ an, wenn bei dem Bewohner eine Einschätzung des Verhaltens anhand einer vorgegebenen Liste möglicher Verhaltensweisen durchgeführt wurde. Dies kann beispielsweise mit Hilfe eines gesonderten Formulars oder in Form entsprechender Vorgaben im Anamnesebogen erfolgt sein.

13.3 Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument?*(Mehrfachangaben)

- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- physisch aggressives Verhalten gegen Personen
- verbal aggressives Verhalten
- selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Angstzustände

Wenn eine solche Einschätzung stattgefunden hat, kreuzen Sie unter 13.3 bitte an, welche der genannten Verhaltensweisen die in Ihrer Einrichtung verwendete Liste vorsieht. Erläuterungen dazu, was unter diesen Verhaltensweisen zu verstehen ist, finden Sie auf den Seiten 7 bis 8 dieses Leitfadens.

13.4 Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor?*(Mehrfachangaben)

- Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht
- Häufigkeit des Verhaltens
- Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht

Geben Sie unter 13.4 bitte an, welche Einschätzungen bei der Nutzung der in Ihrer Einrichtung verwendeten Liste getroffen werden sollen:

- Wird ausschließlich erhoben, ob der Bewohner ein bestimmtes Verhalten zeigt?
- Wird erhoben, wie häufig der Bewohner ein bestimmtes Verhalten zeigt?
- Wird auch erhoben und dokumentiert, ob aus einem bestimmten Verhalten pflegerischer Unterstützungsbedarf resultiert?

V. Dokumentationsbogen Bewohneraktivitäten

Die Aktivitäten der Bewohner werden durch Mitarbeiter des Wohnbereichs oder Sozialdienstes auf dem Dokumentationsblatt „**Teilnahme an Aktivitäten**“ während einer Woche an sieben aufeinander folgenden Kalendertagen erfasst.

Erfasst werden sollen alle Aktivitäten, an denen der Bewohner:

- selbständig,
- mit Unterstützung durch Angehörige, Freunde und ehrenamtliche Mitarbeiter,
- mit Unterstützung durch das Personal der Einrichtung

teilnimmt oder diese ausführt.

Nicht erfasst werden medizinisch-therapeutische Leistungen, die aufgrund eines ärztlichen Rezepts erfolgen, somit gesondert finanziert werden und kein Regelangebot für alle Bewohner der Einrichtung darstellen.

Prinzipielle Ablehnung von Mobilisierung oder Aktivitäten

Für Bewohner, die prinzipiell an keiner der genannten Aktivitätsformen teilnehmen möchten, geben Sie dies bitte in der Kopfzeile an. Erfassen Sie hier auch, wenn ein Bewohner prinzipiell das Bett oder das Zimmer nicht verlassen möchte. In beiden Fällen (Teilnahme an Aktivitäten und Mobilisierung) muss es sich um länger andauernde und anhaltende Zustände der prinzipiellen Ablehnung handeln, die auch nicht durch eine verstärkte Motivierung, ein individuelleres Angebot und Anreizsetzung seitens des Personals beeinflusst werden können.

Die Angabe „Bewohner wünscht prinzipiell keine Teilnahme an Aktivitäten“ kann nur in folgenden Fällen mit „Ja“ gemacht werden:

(A) Bei Bewohnern mit geringen/nicht vorhandenen kognitiven Einschränkungen:

Der Bewohner ist in der Lage seine Kontakt- und Freizeitaktivitäten selbständig zu strukturieren und auszuüben. Der Wunsch „prinzipiell an nichts teilzunehmen“ (also auch an keinem Einzelgespräch oder an Einzelaktivitäten) ist nicht durch ein fehlendes attraktives Angebot für diese Bewohnergruppe bedingt.

(B) Bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen:

Der Bewohner zeigt bei Kontaktversuchen (also auch bei Gesprächen, basale Stimulation o. ä.) ein deutliches Abwehrverhalten (z. B. um sich schlagen) oder deutlich negative Gefühle (z. B. weinen oder aggressives Verhalten).

Die Angabe „wünscht prinzipiell keine Teilnahme an Aktivitäten“ muss bei beiden Bewohnergruppen in einer Prüfsituation wiederholbar sein. Der Bewohner würde also ein Aktivitätsangebot ablehnen bzw. mit Abwehrverhalten reagieren. Andernfalls kann nicht von einer prinzipiellen Ablehnung ausgegangen werden.

Gesundheitliche Einschränkungen

Sollte dem Bewohner die Teilnahme an den genannten Aktivitäten oder das Verlassen des Bettes oder Zimmers aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sein, geben Sie dies bitte am jeweiligen Tag in den ersten drei Zeilen an. Als gesundheitliche Gründe gelten:

- ärztlich angeordnete Bettruhe
- ein akuter hochfieberhafter Infekt
- eine ansteckende Infektionskrankheit, die eine Zimmerisolation des Bewohners erfordert

Gruppen- und Einzelangebote

Ein Gruppenangebot ist jede Aktivität, die in einer Gruppe von mindestens 2 Bewohnern erfolgt. Ein Einzelangebot ist eine Aktivität, die sich nur an einen Bewohner richtet (z. B. Bewohner bekommt im Zimmer etwas vorgelesen). Nicht gemeint ist das reine „Anbieten“ einer Aktivität, die dann abgelehnt wurde. Der Bewohner muss das Angebot wahrgenommen haben.

Eine Zählung von Häufigkeiten innerhalb einer Kategorie (z. B. zwei Teilnahmen am Montag am Gruppenangebot „Spielen“) ist nicht erforderlich.

Ausnahme: Wurden innerhalb einer Kategorie ein Gruppenangebot und ein Einzelangebot wahrgenommen, kreuzen Sie in der Kategorie bitte die Kästchen „Gruppenangebot“ und „Einzelangebot“ an.

Beispiel: Herr S. hat montagsmorgens an der Sitzgymnastik in der Gruppe teilgenommen und am Nachmittag einen Spaziergang mit dem Zivildienstleistenden unternommen. Bitte kreuzen Sie Gruppenangebot und Einzelangebot an.

Aktivitätstyp	Montag	
Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen an keiner Aktivität teilnehmen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen das Bett nicht verlassen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen das Zimmer nicht verlassen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner hat sich außerhalb des Bettes aufgehalten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner hat sich außerhalb des Zimmers aufgehalten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Gruppen- angebot	Einzel- angebot
Aktivität zur Förderung/Erhalt der Mobilität (z. B. Gymnastik, Bewegung. → nicht im Rahmen körperbezogener Pflegemaßnahmen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Beschreibung der Kategorien

Kategorie „Aktivitäten zur Förderung oder zum Erhalt der Mobilität“

Dazu gehören alle Angebote und Aktivitäten, welche die körperliche Aktivität oder den Erhalt der Mobilität fördern. Diese können in der Einrichtung oder auf dem Außengelände der Einrichtung stattfinden (z. B. Spaziergänge, Sitztanzen). Ausgeschlossen sind die Aktivitäten, die im Rahmen körperbezogener Pflegemaßnahmen (z. B. Körperpflege, Unterstützung beim Toilettengang) erfolgen.

Kategorie „Orientierungs-/wahrnehmungs-/gedächtnisfördernde Aktivitäten“

Dazu gehören alle Aktivitäten, die der Wahrnehmungsförderung, der Gedächtnisförderung oder der Orientierung dienen (z. B. gemeinsames Lesen der Tageszeitung, basale Stimulation, Snoezelen).

Kategorie „Religiös/spirituell geprägte Aktivitäten“

Religiös/spirituell geprägte Aktivitäten (z. B. Gottesdienste, Andachten, Singen religiöser Lieder, Tischgebete) sind konfessions- und religionsunabhängig zu verstehen.

Kategorie „Gespräche“

Dazu gehören alle Aktivitäten, deren Schwerpunkt das gemeinsame Gespräch bildet (z. B. „Klön-Nachmittage“ oder Gesprächsrunden in der Gruppe. Einzelgespräche, die zur Bewältigung innerer oder äußerer Anforderungen erfolgen und nicht „zwischen Tür und Angel“ stattfinden). Ausgeschlossen sind die Gespräche, die im Rahmen körperbezogener Pflegemaßnahmen (z. B. Körperpflege, Unterstützung beim Toilettengang) erfolgen.

Kategorie „Beschäftigung I: Vorlesen“

Es wird erfasst, wenn den Bewohnern etwas vorgelesen wird – z. B. aus einem Roman – und dies vor allem der Beschäftigung dient.

Kategorie „Beschäftigung II: Singen, Musizieren und spielen“

Darunter fallen alle Aktivitäten, deren Schwerpunkt spielerischen Charakters ist und die vor allem der Beschäftigung dienen (Kartenspiele, Brettspiele, Quizspiele etc.). Im Bereich Musizieren und Singen werden sowohl aktives Musizieren und Singen wie in Chorproben oder Singkreisen als auch die Teilnahme an einem Konzert in der Einrichtung erfasst.

Kategorie „Beschäftigung III: Ausflüge und Feste“

Dazu gehören vor allem Aktivitäten, die der Bewohner außerhalb der Einrichtung erlebt (z. B. Cafébesuch im Stadtteil, Einkaufen, kulturelles Angebot). Zusätzlich wird hier auch die Teilnahme an Festen (auch innerhalb der Einrichtung) erfasst.

Kategorie „Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: hauswirtschaftliche Alltagsbeschäftigungen“

Eine Unterscheidung der Zielsetzung zwischen Angeboten zur Beschäftigung oder an der Biografie orientierten Angeboten ist nicht erforderlich. Die Aktivitäten haben einen hauswirtschaftlichen Schwerpunkt (z. B. Kochen, Tisch decken etc.).

Kategorie „Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: Werken, Basteln und Alltagsbeschäftigungen des häuslichen Umfeldes“

Eine Unterscheidung der Zielsetzung zwischen Angeboten zur Beschäftigung oder an der Biografie orientierten Angeboten ist nicht erforderlich. Die Aktivitäten haben einen Schwerpunkt im (hand-)werklichen Bereich (z.B. Werken, Malen, Basteln, Gartenversorgung etc.).

Sollte eine Aktivitätseinheit (z.B. der Morgenkreis) Elemente unterschiedlicher Aktivitätskategorien (z.B. „Singen“ und „Orientierungsübungen“) enthalten, kreuzen Sie trotzdem nur eine Aktivität an. Wählen Sie die Aktivität aus, die dem inhaltlichen/zeitlichen Schwerpunkt oder der Zielsetzung der Aktivität Ihrer Einschätzung nach am ehesten entspricht.

VI. Beschreibung von Aktivitäten und Fähigkeiten

Auszüge aus dem Manual zum „neuen Begutachtungsassessment“ – nur zur projektinternen Verwendung. Nummerierung der Items wurde dem Erhebungsbogen angepasst.

Zu 2. Mobilität

Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 2.1 bis 2.5 ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

2.1 Positionswechsel im Bett

Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen.

Selbständig: Selbständig ist auch eine Person, die ihre Position unter Nutzung von Hilfsmitteln (Aufrichter, Bettgitter, Strickleiter, elektrisch verstellbares Bett) allein verändern kann.

Überwiegend selbständig: Die Person kann beispielsweise nach Anreichen eines Hilfsmittels oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Überwiegend unselbständig: Eine Person, die beim Positionswechsel nur wenig mithelfen kann (z.B. auf den Rücken rollen, am Bettgestell festhalten, Aufforderungen folgen wie z.B. Arme vor der Brust verschränken, Kopf auf die Brust legen).

Unselbständig: Personen, die auch hierzu nicht in der Lage sind.

2.2 Stabile Sitzposition halten

Auf einem Bett oder Stuhl frei, d.h. ohne Rücken- oder Seitenstütze sitzen.

Selbständig: Selbständig ist eine Person auch dann, wenn sie sich mit den Händen abstützen muss, um die aufrechte Sitzposition zu halten.

Überwiegend selbständig: Eine Person, die sich ohne Seitenstütze nicht oder nur kurz selbständig in der Sitzposition halten kann, aber auf einem Sessel mit Armlehnen längere Zeit sitzen kann.

Überwiegend unselbständig: Person mit eingeschränkter Rumpfkontrolle, die aber in einem Sessel oder Lagerungsstuhl mit entsprechenden Rücken- und Seitenstützen gesichert längere Zeit aufrecht sitzen kann.

Unselbständig: Die Person kann sich auch mit Lagerungshilfsmitteln nicht in Sitzposition halten. Bei fehlender Rumpf- und Kopfkontrolle kann die Person nur im Bett oder Lagerungsstuhl liegend gelagert werden.

2.3 Aufstehen aus sitzender Position, Umsetzen

Von einer erhöhten Sitzfläche (Bettkante, Stuhl/Sessel, Bank, Toilette etc.) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl/Toilettenstuhl, Sessel o.ä. umsetzen.

Selbständig: Selbständig ist jemand auch dann, wenn er keine Personenhilfe benötigt, aber ein Hilfsmittel oder einen anderen Gegenstand zum Festhalten oder Hochziehen (z.B. Griffstangen) benutzt oder sich auf Tisch/Armlehnen oder sonstigen Gegenständen abstützen muss, um aufzustehen. *Als selbständig ist auch zu bewerten, wer zwar nicht stehen kann, aber sich mit Armkraft ohne personelle Hilfe umsetzen kann (z.B. Bett – Rollstuhl, Rollstuhl – Toilette).*

Überwiegend selbständig: Die Person kann aus eigener Kraft aufstehen oder sich umsetzen, wenn sie eine Hand oder einen Arm gereicht bekommt.

Überwiegend unselbständig: Die Pflegeperson muss beim Aufstehen/Umsetzen (erheblichen) Kraftaufwand aufbringen (hochziehen, halten, stützen, heben). Die beeinträchtigte Person hilft jedoch in geringem Maße mit, kann z.B. kurzzeitig stehen.

Unselbständig: Die Person muss gehoben oder getragen werden, Mithilfe ist nicht möglich.

2.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Stock, Rollator, Rollstuhl, Gegenstand). Als Anhaltsgröße für übliche Gehstrecken innerhalb einer Wohnung werden mindestens 8 m festgelegt. Die Fähigkeiten zur räumlichen Orientierung und zum Treppensteigen sind an anderer Stelle zu berücksichtigen.

Selbständig: Selbständig ist der Bewohner auch dann, wenn er sich ohne Hilfe anderer Personen unter Nutzung von Hilfsmitteln im Wohnbereich fortbewegen kann.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe ist beispielsweise erforderlich im Sinne von Bereitstellen von Hilfsmitteln (Rollator, Gehstock, Rollstuhl), Beobachtung aus Sicherheitsgründen oder gelegentlichem Stützen/Unterhaken.

Überwiegend unselbständig: Gehen in der Wohnung ist nur mit Stützung oder Festhalten der Person möglich.

Unselbständig: Die Person muss getragen oder im Rollstuhl geschoben werden.

2.5 Treppensteigen

Die Überwindung von Treppen zwischen zwei Etagen. Treppensteigen ist unabhängig davon zu bewerten, ob in der Wohnumgebung Treppen vorhanden sind.

Selbständig: Die Treppe kann ohne Personenhilfe sicher hoch- und hinabgestiegen werden.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die eine Treppe alleine steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos.

Überwiegend unselbständig: Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.

Unselbständig: Person muss getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden, keine Eigenbeteiligung.

Zu 3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Für diesen Bereich gilt eine ähnliche Graduierung wie im Falle der Selbständigkeit (vierstufige Skala). Der Unterschied liegt darin, dass hier keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt wird. Für die Bewertung ist unerheblich, ob ein zuvor selbständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder bei einem Kind eine Fähigkeit (noch) nicht ausgebildet ist. Die Bewertungsskala umfasst folgende Ausprägungen:

Die Fähigkeit ist

0 = vorhanden/unbeeinträchtigt

1 = größtenteils vorhanden

2 = in geringem Maße vorhanden

3 = nicht vorhanden

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

3.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

Die Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, d.h. Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.

Die Fähigkeit ist größtenteils vorhanden, wenn diese Personen beispielsweise erst nach einer längeren Zeit des Kontaktes in einem Gespräch erkannt werden oder wenn nicht täglich, aber doch in regelmäßigen Abständen Schwierigkeiten bestehen, vertraute Personen zu erkennen.

Von einer in geringem Maße vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die aus dem näheren Umfeld stammenden Personen nur selten erkannt werden oder wenn die Fähigkeit ggf. von der Tagesform abhängt, d. h. im Zeitverlauf erheblichen Schwankungen unterliegt.

Bei nicht vorhandener Fähigkeit werden auch Familienmitglieder nicht oder nur ausnahmsweise erkannt.

3.2 Örtliche Orientierung

Die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzu- steuern und zu wissen, wo man sich befindet.

Bei vorhandener örtlicher Orientierung kann die Frage, in welcher Stadt, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung die Person sich befindet, korrekt beantwortet werden. Außerdem werden regelmäßig genutzte Räumlichkeiten (beispielsweise eigenes Wohnzimmer, Küche etc.) stets erkannt.

Ein Verirren in den Räumlichkeiten der eigenen Wohnung (oder des Wohnbereichs in einer Einrichtung) kommt nicht vor und die Person findet sich auch in der näheren außerhäuslichen Umgebung zurecht. Sie weiß beispielsweise, wie sie zu benachbarten Geschäften, zu einer Bushaltestelle oder zu einer anderen nahe gelegenen Örtlichkeit gelangt.

Bei größtenteils vorhandener Fähigkeit bestehen Schwierigkeiten, sich in der außerhäuslichen Umgebung zu orientieren (beispielsweise nach Verlassen des Hauses wieder den Weg zurück zu finden). In den eigenen Wohnräumen existieren solche Schwierigkeiten hingegen nicht.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit bedeutet, dass die Person auch in einer gewohnten Wohnumgebung Schwierigkeiten hat, sich zurechtzufinden. Regelmäßig genutzte Räumlichkeiten und Wege in der Wohnumgebung werden nicht immer erkannt.

Bei nicht vorhandener Fähigkeit ist die Person selbst in der eigenen Wohnumgebung regelmäßig auf Unterstützung angewiesen.

3.3 Zeitliche Orientierung

Die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend etc.), Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.

Fähigkeit vorhanden: Die zeitliche Orientierung ist ohne nennenswerte Beeinträchtigungen vorhanden.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person ist die meiste Zeit über zeitlich orientiert, aber nicht durchgängig. Sie hat auch Schwierigkeiten, ohne äußere Orientierungshilfen (Uhr, Dunkelheit etc.) den Tagesabschnitt zu bestimmen

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die zeitliche Orientierung ist die meiste Zeit nur in Ansätzen vorhanden. Die Person ist auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zumeist nicht in der Lage, Tageszeiten zu erkennen, zu denen regelmäßig bestimmte Ereignisse stattfinden (z.B. Mittagessen).

Fähigkeit nicht vorhanden: Das Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ist kaum oder noch nicht vorhanden.

3.4 Gedächtnis

Die Fähigkeit, wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) wie auch länger zurückliegende (mehrere Tage oder Wochen bei Kindern bzw. aus fernerer Vergangenheit bei Erwachsenen). Möglichkeiten, unabhängig von der Fremdanamnese Aufschluss über die Fähigkeit des Erinnerns an kurz zurückliegende Ereignisse zu erhalten, bestehen beispielsweise in der Frage danach, was zum Frühstück gegessen wurde oder mit welchen Tätigkeiten man den Vormittag verbracht hat. Im Hinblick auf das Langzeitgedächtnis kommt beispielsweise bei Erwachsenen die Frage nach Geburtsjahr, Geburtsort oder wichtigen Bestandteilen des Lebensverlaufs wie Eheschließung, Berufstätigkeit etc. in Betracht.

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person Schwierigkeiten hat, sich an manche kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und/oder hierzu länger nachdenken muss, aber keine nennenswerten Probleme hat, Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Kurz zurückliegende Ereignisse werden häufig vergessen. Nicht alle, aber wichtige Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte sind dem Erwachsenen noch präsent.

Fähigkeit nicht vorhanden: Person ist nicht (oder nur selten) in der Lage, sich an Ereignisse, Dinge oder Personen aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

3.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

Die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen *in der richtigen Reihenfolge und bis zum Abschluss* ausführen bzw. steuern zu können. Die Betonung liegt in diesem Fall auch auf dem Begriff *Alltagshandlungen*. Gemeint sind *zielgerichtete* Handlungen, die diese Person täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag durchführt oder durchgeführt hat und die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, wie das komplette Ankleiden.

Fähigkeit vorhanden: Die Person ist in der Lage, die erforderlichen Handlungsschritte selbständig in der richtigen Reihenfolge auszuführen oder zu steuern, so dass das angestrebte Ergebnis der Handlung erreicht wird.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person verliert manchmal den Faden und vergisst, welcher Handlungsschritt der nächste ist. Erhält sie dabei eine Erinnerungshilfe, kann sie die Handlung aber selbständig fortsetzen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person hat erhebliche Schwierigkeiten. Sie wechselt regelmäßig die Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte oder vergisst einzelne, notwendige Handlungsschritte.

Fähigkeit nicht vorhanden: Mehrschrittige Alltagshandlungen werden erst gar nicht begonnen oder nach den ersten Versuchen aufgegeben.

3.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen

Auch in diesem Zusammenhang sollen nur *alltägliche* Entscheidungen einbezogen werden. Dazu gehört beispielsweise beim Erwachsenen die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen.

Zu klären ist hier die Frage, ob die Entscheidungen folgerichtig sind, d. h. geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen und/oder ein gewisses Maß an Sicherheit und Wohlbefinden oder Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten (z.B. warme Kleidung).

Als vorhandene Fähigkeit gilt, wenn Personen auch in unbekanntem Situationen folgerichtige Entscheidungen treffen können (beispielsweise der Umgang mit unbekanntem Personen, die an der Haustür klingeln).

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn im Rahmen der Alltagsroutinen oder zuvor besprochenen Situationen Entscheidungen getroffen werden können, die Person aber Schwierigkeiten hat, sich in unbekanntem Situationen zurechtzufinden.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person zwar Entscheidungen trifft, diese Entscheidungen jedoch in der Regel nicht geeignet sind, ein bestimmtes Ziel zu erreichen bzw. Sicherheit und Wohlbefinden (Bedürfnisbefriedigung) zu gewährleisten. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Person mit nur leichter Bekleidung bei winterlichen Temperaturen im Freien spazieren gehen will. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn Sicherheitsaspekte nicht berücksichtigt werden können (Beispiel: Person möchte das Haus verlassen, obwohl sie sich im außerhäuslichen Bereich nicht orientieren kann und ohne Unterstützung verlaufen würde) oder nur einfache Gebote/Verbote mehr oder weniger umgesetzt werden. Weiterhin liegt eine schwere Beeinträchtigung vor, wenn die Person ohne Unterstützung (in Form von Anleitung, Aufforderung, Aufzeigen von Handlungsalternativen) nicht in der Lage ist, zu Entscheidungen zu gelangen.

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten getroffen werden (keine deutbare Reaktion auf das Angebot mehrerer Entscheidungsalternativen).

3.7 Sachverhalte und Informationen verstehen

Die Fähigkeit, Situationen, Ereignisse oder schriftliche/mündliche Information aufzunehmen und richtig zu deuten. Erneut geht es in diesem Zusammenhang um Ereignisse und Inhalte, die Bestandteil des Alltagslebens der meisten Menschen sind. Gemeint ist etwa die Fähigkeit, zu erkennen, dass man sich in einer bestimmten Situation befindet (gemeinschaftliche Aktivitäten mit anderen Menschen, Versorgung durch eine Pflegekraft, MDK-Begutachtung) sowie die Fähigkeit, Informationen zum Tagesgeschehen aus den Medien (z.B. Fernsehgerät, Tageszeitung) aufzunehmen und inhaltlich zu verstehen. Gleiches gilt für mündlich von anderen Personen übermittelte Informationen.

Die Fähigkeit gilt als vorhanden, wenn Personen die Sachverhalte und Informationen aus dem Alltagsleben ohne nennenswerte Probleme verstehen können.

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor bei Personen, die einfache Sachverhalte und Informationen nachvollziehen können, bei komplizierten jedoch Schwierigkeiten haben.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person auch einfache Informationen häufig nur nachvollziehen kann, wenn sie noch einmal erklärt werden. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch dann vor, wenn das Verständnis sehr stark von der Tagesform abhängt.

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die Person weder verbal noch nonverbal zu erkennen gibt, dass sie Situationen und übermittelte Informationen verstehen kann.

3.8 Risiken und Gefahren erkennen

Hiermit sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen. Dazu gehören beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z.B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (verkehrsreiche Straßen, Baustellen etc.).

Als vorhanden gilt die Fähigkeit bei Personen, die solche Risiken und Gefahrenquellen im Alltagsleben ohne weiteres erkennen können.

Von einer größtenteils vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die Person meist nur solche Risiken und Gefahren erkennt, die sich in der vertrauten innerhäuslichen Wohnumgebung wiederfinden. Es bestehen aber beispielsweise Schwierigkeiten, Risiken im Straßenverkehr adäquat einzuschätzen oder Gefährdungen in ungewohnter Umgebung zu erkennen.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn Risiken und Gefahren, denen die Person häufiger begegnet (insbesondere in der Wohnumgebung), häufig nicht als solche erkannt werden.

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn Risiken und Gefahren so gut wie gar nicht erkannt werden.

3.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse

Die Fähigkeit, Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. zu äußern, bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Eine gezielte Frage nach elementaren Bedürfnissen kann beantwortet werden. Die Person äußert sich aber nicht immer von sich aus.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Elementare Bedürfnisse sind nur aus nonverbalen Reaktionen (Mimik, Gestik, Lautäußerungen) ableitbar, ggf. nach oder durch entsprechende(r) Stimulation. Oder die Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse, muss dazu ständig angeleitet werden, kann aber Zustimmung oder Ablehnung deutlich machen.

Fähigkeit nicht vorhanden: Die Person äußert nicht oder nur sehr selten Bedürfnisse, auch nicht in nonverbaler Form. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen. Keine deutbaren Reaktionen.

3.10 Verstehen von Aufforderungen

Die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z.B. essen, trinken, kleiden, beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.

Fähigkeit vorhanden: Beispielsweise werden verbal formulierte Aufforderungen des Gutachters verstanden und nach den individuellen Möglichkeiten umgesetzt.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Einfache Bitten und Aufforderungen (wie z.B. „setz dich bitte an den Tisch“, „zieh dir die Jacke über“, „komm zum Essen“, „prosit“) werden verstanden, Aufforderungen in nicht alltäglichen Situationen müssen erklärt werden. Ggf. sind laute Ansprache, Wiederholungen, Zeichensprache oder Schrift erforderlich, um Aufforderungen verständlich zu machen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person kann Aufforderungen/Bitten meist nicht verstehen, wenn diese nicht wiederholt geäußert und erläutert werden. Das Verständnis ist sehr von der Tagesform abhängig. Sie zeigt aber Zustimmung oder Ablehnung gegenüber nonverbalen Aufforderungen (z.B. Berührungen oder Geleiten an den Esstisch).

Fähigkeit nicht vorhanden: Die Person kann Anleitung und Aufforderungen nicht verstehen.

3.11 Beteiligung an einem Gespräch

Die Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen. Hierbei sind auch die Auswirkungen von Hör- und Sprechstörungen zu berücksichtigen.

Fähigkeit vorhanden: Die Person kommt sowohl in Einzel- als auch in Gesprächen kleiner Gruppen gut zurecht. Sie zeigt im Gespräch Eigeninitiative, Interesse und beteiligt sich, wenn vielleicht auch nur auf direkte Ansprache hin. Ihre Äußerungen passen zu den Inhalten des Gesprächs.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person kommt in Gesprächen mit einer Person gut zurecht, in Gruppen ist sie jedoch meist überfordert und verliert den Faden. Wortfindungsstörungen treten ggf. regelmäßig auf. Die Person ist häufig auf laute Ansprache oder Wiederholung von Worten/Sätzen angewiesen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person zeigt nur wenig Eigeninitiative, reagiert aber auf Ansprache/Fragen mit wenigen Worten (z.B. mit ja oder nein). Oder sie beteiligt sich am Gespräch, weicht aber in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab (führt mehr ein Selbstgespräch). Leichte Ablenkbarkeit durch Umgebungseinflüsse.

Fähigkeit nicht vorhanden: Ein Gespräch mit der Person, das über einfache Mitteilungen hinausgeht, ist auch unter Einsatz nonverbaler Kommunikation nicht möglich. Sie zeigt allenfalls Wohlbefinden.

Zu 4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

4.1 Den Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen

Nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben den Tagesablauf einteilen und bewusst gestalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten planen und ggf. an äußere Veränderungen anpassen. Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Zu beurteilen ist, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten sie im Laufe des Tages durchführen möchte, z.B. wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder ob und wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist. Der Gutachter kann dies prüfen, indem er sich z.B. den bisherigen oder künftigen Tagesablauf schildern lässt.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann sich bei vorgegebener Tagesstruktur an Zeiten halten, es reichen Erinnerungshilfen an einzelne vereinbarte Termine oder Orientierungshilfen, z.B. durch Anstellen von Radio oder Fernsehapparat zu regelmäßigen Sendungen, z.B. Tagesschau oder Kindersendungen. Die Routineabläufe können weitgehend selbständig gestaltet werden, bei ungewohnten Veränderungen ist Unterstützung notwendig.

Überwiegend unselbständig: Die Person benötigt Hilfe beim Planen des Tagesablaufs. Sie ist aber in der Lage, Zustimmung oder Ablehnung zu Strukturierungsangeboten zu signalisieren. Sie kann eigene Planungen häufig nicht einhalten, da diese wieder vergessen werden. Deshalb ist über den ganzen Tag hinweg eine Erinnerung bzw. Aufforderung erforderlich.

Unselbständig: Mitwirkung an der Tagesstrukturierung oder Orientierung an vorgegebenen Strukturen ist nicht möglich,

4.2 Ruhen und Schlafen

Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen, die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, sich ausruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person benötigt ggf. zeitliche Orientierungshilfen beim Wecken oder Aufforderung schlafen zu gehen, einzelne Hilfen wie z.B. Abdunkeln des Schlafraumes oder Hilfe beim Aufstehen oder Zu-Bett-Gehen. Die Nachtruhe ist meist ungestört, nur gelegentlich entsteht nachts ein Hilfebedarf.

Überwiegend unselbständig: Es treten *regelmäßig* Einschlafprobleme und/oder nächtliche Unruhe auf, die die Person größtenteils nicht allein bewältigen kann. Deshalb sind regelmäßige Einschlafrituale und beruhigende Ansprache des Nachts erforderlich.

Unselbständig: Die Person verfügt über keinen oder einen verkehrten Schlaf-Wach-Rhythmus. Dies gilt u.a. für mobile gerontopsychiatrisch erkrankte Personen und auch für Menschen, die keinerlei Aktivitäten ausüben, z.B. im Wachkoma.

4.3 Sich beschäftigen

Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. „Verfügbare Zeit“ ist in diesem Zusammenhang definiert als Zeit, die nicht durch Notwendigkeiten wie Ruhen/Schlafen, Essen, Mahlzeitenzubereitung, Körperpflege, Schule, Arbeit etc. gebunden ist („freie“ Zeit).

Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen und/oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und durchzuführen (z.B. Handarbeiten, Basteln, Bücher, Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer).

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Es ist nur in geringem Maße Hilfe erforderlich, z.B. Erinnerung an gewohnte Aktivitäten, Motivation, Zurechtlegen und Richten von Gegenständen (z.B.: Utensilien wie Bastelmaterial, Fernbedienung, Kopfhörer o.ä.) oder Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (Vorschläge unterbreiten).

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich unter Anleitung geringfügig an der Entscheidungsfindung beteiligen, z.B. durch Zustimmung oder Ablehnung. Sie beteiligt sich an angebotenen Beschäftigungen, kann diese aber in der Regel nicht ohne kontinuierliche Begleitung beibehalten.

Unselbständig: Die Person kann an der Entscheidung nicht nennenswert mitwirken. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen, beteiligt sich nicht nennenswert an angebotenen Beschäftigungen.

4.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Längere Zeitabschnitte überschauen und über den Tag hinaus planen. Dies kann beispielsweise anhand der Frage beurteilt werden, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfeste bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, z. B. vorgegebene Strukturen wie Wochen- oder Monatspläne nachvollzogen werden können.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person nimmt sich etwas vor, muss aber erinnert werden, dies auch durchzuführen.

Überwiegend unselbständig: Die Person plant von sich aus nicht, entscheidet aber mit Unterstützung durch andere Personen. Sie muss an die Umsetzung der eigenen Entscheidungen erinnert werden.

Unselbständig: Die Person verfügt nicht über Zeitvorstellungen für Planungen über den Tag hinaus, auch bei Vorgabe von Auswahloptionen wird weder Zustimmung noch Ablehnung signalisiert.

4.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern oder Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

Überwiegend selbständig: Umgang mit bekannten Personen erfolgt selbständig, zur Kontaktaufnahme mit Fremden ist Anstoß erforderlich. Z.B. Anregung, zu einem neuen Mitbewohner Kontakt aufzunehmen.

Überwiegend unselbständig: Die Person ergreift von sich aus kaum Initiative, reagiert aber auf Ansprache. Sie nimmt dabei nicht verbal Kontakt auf, aber deutlich erkennbar durch andere Formen der Kommunikation (Blickkontakt, Mimik/Gestik).

Unselbständig: Person reagiert kaum auf Ansprache. Auch nonverbale Kontaktversuche (z.B. Berührungen) führen zu keiner nennenswerten Reaktion.

4.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn gestalten (aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen). Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit einfachen technischen Kommunikationsmitteln wie Telefon umgehen zu können (Besuche verabreden oder Telefon- oder Brief- oder Mail-Kontakte).

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann planen, braucht aber Hilfe beim Umsetzen wie z.B. Erinnerungszettel bereitlegen oder Telefonnummern mit Namen (ggf. mit Bild) versehen, Erinnern und Nachfragen, ob Kontakt hergestellt wurde, oder Erinnern an Terminabsprachen. Pflegeperson wählt die Telefonnummer, die Person führt dann das Gespräch. Oder die Person beauftragt die Pflegeperson, ein Treffen mit Freunden/Bekanntem zu verabreden.

Überwiegend unselbständig: Die Kontaktgestaltung der Person ist eher reaktiv. Sie sucht von sich aus kaum Kontakt, wirkt aber mit, wenn beispielsweise die Pflegeperson die Initiative ergreift.

Unselbständig: Die Person nimmt keinen Kontakt auf und reagiert nicht auf Anregungen zur Kontaktaufnahme.

Zu 6. Selbstversorgung

6.1 Vorderen Oberkörper waschen

Sich Hände, Gesicht, den Hals, die Arme, Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen, z.B. Waschen unter den Achseln oder der Brust erhält.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich z.B. nur Hände oder Gesicht waschen.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren

Die tägliche Körperpflege im Bereich des Kopfes.

Selbständig: Die Person kann die Aktivitäten ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivitäten selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände bereitgelegt und/oder gerichtet werden (Aufdrehen der Zahnpastatube, Auftragen der Zahnpasta auf die Bürste, Aufbringen von Haftcreme auf die Prothese, Anreichen und/oder Säubern des Rasierapparates etc.). Alternativ sind punktuelle Teilhilfen erforderlich wie Korrektur nach dem Kämmen oder nur das Kämmen des Hinterkopfes, Zahn-/Mundpflege bzw. selbständigem Rasieren.

Überwiegend unselbständig: Die Person beginnt z.B. mit dem Zähneputzen oder der Rasur, ohne die Aktivität zu Ende zu führen.

Unselbständig: Die Person kann sich an den Aktivitäten nicht beteiligen.

6.3 Intimbereich waschen

Den Intimbereich waschen und abtrocknen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen erhält.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich z.B. nur den vorderen Intimbereich waschen.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.4 Duschen oder Baden

Bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades sind neben der Fähigkeit, den Körper waschen zu können, auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. (Teil-)Hilfen beim Waschen in der Wanne/Dusche sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder eine notwendige Überwachung während des Bades. Dazu gehören auch das Haare waschen, Abtrocknen und Föhnen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn Utensilien vorbereitet bzw. bereitgestellt werden, einzelne Handreichungen geleistet werden, z.B. Stützen beim Ein-/Aussteigen, Bedienung eines Badewannenlifters, Hilfe beim Haare Waschen und/oder Föhnen, beim Abtrocknen oder wenn während des (Dusch-)Bades aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen Anwesenheit erforderlich ist.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einen stark begrenzten Teil der Aktivität selbständig durchführen, z.B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.5 Oberkörper an- und auskleiden

Bereitliegende Kleidungsstücke (z.B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd) an- und ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist hier *nicht* zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist im Modul 5 zu berücksichtigen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn Kleidungsstücke passend angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe beim

Anziehen eines Hemdes etc.). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen erforderlich ist, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu, ebenso wenn nur Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.6 Unterkörper an- und auskleiden

Unterwäsche Hose/Rock, Strümpfe und Schuhe an-/ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationgerechte Auswahl der Kleidung ist hier *nicht* zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist im Modul 5 zu berücksichtigen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn ihr Schuhe bereitgestellt bzw. Kleidungsstücke angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen (z.B. Schnürsenkel binden) oder Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen. Beispielsweise gelingt das Hochziehen von Hose/Rock zur Taille selbständig, zuvor muss das Kleidungsstück jedoch von der Pflegeperson über die Füße gezogen werden.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.7 Nahrung mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen

Belegte Brotscheiben, Obst oder andere Speisen in mundgerechte Stücke zerteilen, Kleinschneiden von Fleisch, Zerdrücken von Kartoffeln, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke ohne ständiges Verschütten aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen. Ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Anti-Rutschbrett, Einhänderbesteck, Spezialbesteck.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Es ist punktuelle Hilfe erforderlich, z.B. beim Öffnen einer Flasche oder beim Schneiden von sehr harten Nahrungsmitteln.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht beteiligen.

6.8 Essen

Bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden (z.B. Brot, Kekse, Obst) aufnehmen, zum Mund führen, ggf. abbeißen, kauen und schlucken. Mundgerecht zubereitete Speisen mit Gabel oder Löffel aufnehmen, zum Mund führen und essen. Ggf. mit speziellen Hilfsmitteln wie adaptiertem Besteck. *Zu beurteilen ist hier insbesondere auch die Selbständigkeit bei der Steuerung der Nahrungsaufnahme, d.h. die Frage, ob ausreichend Nahrung aufgenommen wird.*

Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn die Nahrungsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Bei Nahrungsaufnahme *ausschließlich* über eine Sonde

bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Nahrungsaufnahme, ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann überwiegend selbständig essen, benötigt aber punktuelle Anleitung, muss beispielsweise aufgefordert werden, mit dem Essen zu beginnen oder weiter zu essen. Es sind punktuelle Hilfen erforderlich (wie z.B. Zurücklegen aus der Hand gerutschter Speisen oder Besteck in die Hand geben).

Überwiegend unselbständig: Es ist ständige Anwesenheit der Pflegeperson erforderlich, beispielsweise aufgrund von Aspirationsgefahr oder weil ständig zur Nahrungsaufnahme motiviert werden oder die Nahrung größtenteils gereicht werden muss.

Unselbständig: Die Nahrung muss komplett gereicht werden.

6.9 Trinken

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Hilfsmitteln wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene/gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird.

Die Beurteilung der Selbständigkeit ist wie im Fall von Punkt 6.8 auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Erfolgt sie hingegen *ausschließlich* über eine Sonde bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Flüssigkeitsaufnahme ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann selbständig trinken, wenn ein Glas/eine Tasse entsprechend dem Aktionsradius der Person positioniert oder sie ans Trinken erinnert wird.

Überwiegend unselbständig: Das Trinkgefäß muss beispielsweise in die Hand gegeben werden, das Trinken erfolgt jedoch selbständig oder die Person muss zu fast jedem Schluck motiviert werden.

Unselbständig: Getränke müssen komplett gereicht werden.

6.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen

Umfasst das Gehen zur Toilette, das Hinsetzen/Aufstehen, das Sitzen während der Blasen-/Darmentleerung, die Intimhygiene und das Richten der Kleidung. Die Fähigkeit zur Toilettenbenutzung ist auch bei Versorgung mit Hilfsmitteln (Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma, Ileo-/Colostoma) zu bewerten.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe kann sich beispielsweise beschränken auf:

- Bereitstellen und Leeren des Toilettenstuhls (alternativ Urinflasche/anderer Behälter)
- Orientierungshinweise zum Auffinden der Toilette, Begleitung auf dem Weg zur Toilette
- Anreichen von Toilettenpapier oder Waschlappen, Intimhygiene nur nach Stuhlgang
- Unterstützung beim Hinsetzen/Aufstehen von der Toilette
- Hilfe beim Richten der Bekleidung.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einzelne Handlungen selbst ausführen, z.B. Richten der Bekleidung oder Intimhygiene nach Wasserlassen.

6.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma

Umgang mit einer bestehenden Harninkontinenz, z.B. Inkontinenzsysteme (kleine Vorlagen, große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhose mit Klebestreifen oder Pants) sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch das Entleeren eines Urinbeutels bei Dauerkatheter oder Urostoma. *Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Harninkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen.*

Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereit gelegt oder entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen.

Unselbständig: Beteiligung ist nicht möglich.

6.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma

Inkontinenzsysteme, Analtampons, Stomabeutel sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. *Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Stuhlinkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen.*

Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereit gelegt und entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen, z.B. Mithilfe beim Wechsel eines Stomabeutels. Bei Vorliegen einer Stuhlinkontinenz sind Ressourcen beim Wechsel des Inkontinenzmaterials eher selten.

Unselbständig: Beteiligung ist nicht möglich.

Anhang E

Leitfaden zur Organisation und Durchführung der Bewohner- und Angehörigenbefragung

Der Leitfaden enthält im ersten Kapitel grundsätzliche Informationen zu den Inhalten der Interviewerschulung. Im zweiten Kapitel wird die Organisation der Befragungen innerhalb der Einrichtungen beschrieben. Das dritte Kapitel enthält alle Dokumente zur Organisation der Befragungen und die Befragungsinstrumente.

1. Inhalte und Ablauf der Interviewerschulung

Um eine vergleichende Bewertung von Ergebnisqualität durch Bewohnerbefragungen ermitteln zu können, ist es wichtig, dass die Interviewer über die dazu erforderlichen Kompetenzen verfügen. Die Qualifikation zum Interviewer für die Bewohnerbefragung kann mittels der Teilnahme an einer eintägigen Schulung erworben werden. Zur Qualifizierung ist keine spezifische berufliche Vorbildung notwendig. Innerhalb der Schulung werden neben praktischen Übungen Kenntnisse in den folgenden Bereichen vermittelt:

- Die Befragung als soziale Situation und Grundlagen der Kommunikation
- Grundregeln der Gestaltung der Befragungssituation
- Grundregeln der Kommunikation in einer Befragung
- Störfaktoren und Probleme
- Das Befragungsinstrument, die Erfassung der Daten und ergänzende Materialien
- Praktische Übung einer Befragung
- Feedbackrunde in der Gruppe
- Allgemeine Organisation der Befragung

Die Befragung als soziale Situation und Grundlagen der Kommunikation

Zuerst wird ein erweitertes Modell der Kommunikation behandelt, Lernziel ist die Erkenntnis, dass eine Mitteilung nicht immer vom Hörenden richtig interpretiert wird. Deshalb ist eine Interpretation von Äußerungen und eigene Zuordnung von Antwortkategorien während der Befragung unzulässig, wesentlich ist es, dass der Bewohner selber eindeutig eine Kategorie auswählt.

Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei einer Befragung um eine asymmetrische Kommunikationsform handelt, die auch von gegenseitigen Erwartungen und Rollen beeinflusst wird.

Jeder der Akteure verbindet mit der Situation unterschiedliche Rollenerwartungen und versucht ggf. auch, den Erwartungen des Gegenübers zu entsprechen. Für den Interviewer ist es wichtig, die eigene Rolle zu reflektieren und eine neutrale Haltung einzunehmen. Interviewer sind Datenerfasser und nicht Beurteiler. Sie sind weder „Gegner“ der Einrichtung oder Bewohner noch deren „Anwälte“. Es werden besondere Bedürfnisse der Befragungsgruppe und das Auftreten sozial erwünschter Angaben thematisiert.

Grundregeln der Gestaltung der Befragungssituation

Die Beachtung der Grundregeln der Gestaltung einer Befragungssituation sind wesentlich für einen guten Verlauf der Befragung. Zu beachten sind die folgenden Aspekte:

- Gute Atmosphäre schaffen (freundlich, offen, entspannt, persönliche Begrüßung), Vertrauen schaffen, den Zweck der Befragung erläutern, auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hinweisen, Anonymität zusichern, Hinweis darauf, dass es kein Problem ist, wenn einzelne Fragen nicht beantwortet werden können, kurzen Überblick über die Themen geben.
- Dem Befragungsteilnehmer Interesse an seiner Sichtweise signalisieren.
- Möglichkeit zu grundsätzlichen Rückfragen vor Beginn des Interviews geben.
- Das Gespräch sollte möglichst „unter vier Augen“ stattfinden, Angehörige sollten nur auf ausdrücklichen Wunsch des Bewohners anwesend sein, Mitarbeiter in keinem Fall.
- Das Gefühl vermitteln, dass genügend Zeit für die Befragung vorhanden ist, Zeitrahmen nennen, nicht gestresst agieren.
- Dem Bewohner anbieten, die Fragen mitlesen zu können.

Grundregeln der Kommunikation in einer Befragung

Während der Befragung ist es wichtig,

- ... den Gesprächsverlauf in der Hand zu behalten und das Gespräch streng entlang des Fragenkataloges zu strukturieren.
- ... Interesse, Aufmerksamkeit und Respekt zu signalisieren. Hierzu Blickkontakt aufbauen, Gegenüber ernst nehmen, Aufmerksamkeit durch ein neutrales „Mhm“ signalisieren.
- ... die Befragten als Experten zu betrachten. Die Befragten haben immer Recht: zentral ist ihre subjektive Sichtweise.
- ... nur neutrales Feedback zu geben. Ein Verurteilen oder Sanktionieren von Äußerungen (verbal und nonverbal) muss vermieden werden, keine verbale Konditionierung anwenden.
- ... den Befragten nicht unnötig zu unterbrechen. Er benötigt die Erinnerungszeit, um sich ein Urteil bilden zu können.

- ... die eigene Meinung zurück zu halten; folgende Reaktionen könnten das Erfassen objektiver Daten beeinträchtigen:
 - Übereinstimmung signalisieren („das habe ich von vielen Bewohnern hier gehört“; „wie bei meiner Großmutter“)
 - Skepsis (z. B.: „ist das wirklich so?“)
 - Überraschung oder Empörung zeigen („das ist ja unglaublich“)
 - Dem Bewohner widersprechen („das glaube ich nicht“, „das kann nicht sein“)
 - Verbale Konditionierung: mehrfaches einseitiges Verstärken bestimmter Aussagen, (z.d.B.: „das sehe ich genauso, da haben Sie völlig Recht.“) Das Loben bestimmter Aussagen kann dazu führen, dass diese Aussagen verstärkt geäußert werden, das Sanktionieren kann dazu führen, solche Äußerungen zu verhindern. Das Ergebnis wäre somit beeinflusst.

Störfaktoren und Probleme

Ein typisches Problem während der Befragung stellt das Abschweifen des Interviewpartners dar. Manche der älteren Menschen im Pflegeheim neigen ggf. dazu, während der Befragung nicht sofort zu antworten, sondern scheinbar abzuschweifen. Hier ist sensibel vorzugehen. Das Abschweifen kann verschiedene Ursachen haben oder Funktionen erfüllen:

- Der Bewohner aktiviert seine Erinnerungen, um die Frage angemessen beurteilen zu können.
- Er testet, ob der Interviewer sich tatsächlich für seine Sichtweise interessiert und zuhört. Besonders zu Beginn des Interviews sollte nicht vorschnell interveniert werden.
- Der Bewohner nutzt die Möglichkeit, ein Gespräch zu führen, für seine persönlichen Interessen.
- Der Bewohner hat Konzentrationsprobleme oder ist überfordert.
- Sonstige Gründe und Funktionen.

Im Falle des Abschweifens des Befragten muss der Interviewer einschätzen, welche dieser Ursachen vorliegen kann und daran seine Intervention ausrichten. Eine vorschnelle Intervention kann den weiteren Verlauf negativ beeinflussen. Deshalb sollte ein günstiger Moment abgewartet werden, um zur Befragung zurückzukehren. Der Interviewer kann darauf hinweisen, dass es ja sehr interessant ist, was der Bewohner berichtet, dass jedoch weitere Bewohner auf den Interviewer warten und er gerne noch die weiteren Fragen mit dem Bewohner durchgehen möchte. Als weitere Probleme werden der einheitliche Umgang mit der Verweigerung einzelner Fragen und die Ermüdung des Bewohners behandelt.

Nach der Besprechung dieser grundsätzlichen Aspekte erfolgt die Einführung in das Befragungsinstrument, die Datenerfassung und eingesetzte Software. Es ist wichtig, dass die Interviewer die Fragen nicht variieren oder frei formulieren. Es wird trainiert, die exakte Fragestellung vorzulesen, um nicht die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gefährden. Bei der Erfassung der Befragungsergebnisse gilt folgende Anweisung: Antwortkategorien dürfen nicht auf der Basis einer eigenen Interpretation der Äußerungen des Bewohners vorgenommen werden. Die Bewohner sollen nach jeder Frage aufgefordert werden, eine der zur Verfügung

stehenden Kategorien auszuwählen. Während die gewählte Kategorie angekreuzt wird, wiederholt der Interviewer die Beurteilung laut. Es erfolgen keine Hinweise auf Widersprüche zu vorherigen Aussagen in der Erinnerungsphase. Der Bewohner wählt seine Beurteilung selbstständig und erhält keine Ratschläge hierzu.

Praxishinweis

Beispiel: Der Bewohner berichtet über Erlebnisse mit unfreundlichen Mitarbeitern und wählt danach die Kategorie „Nein“. Weisen Sie nicht auf den Widerspruch zu den zuvor erzählten Erlebnissen hin, aber sichern Sie die Auswahl ab, um aufgetretene Missverständnisse der Fragestellung ggf. zu erfassen.

„Ich kreuze also bei der Frage: ‚Gab es in letzter Zeit Mitarbeiter, von denen Sie schlecht oder unfreundlich behandelt wurden?‘ die Antwort ‚Nein‘ an? Habe ich das richtig verstanden?“

Der Bewohner wird ihnen die Auswahl bestätigen oder Sie im Falle eines Missverständnisses korrigieren.

Die gesamte Befragung wird dann in Kleingruppen trainiert, wobei die Teilnehmer auch schwieriges Bewohnerverhalten simulieren und Lösungen entwickeln sollen. Das Feedback zu auftretenden Befragungsfehlern ist von enormer Bedeutung.

2. Die Organisation der Bewohner- und Angehörigenbefragung durch die Einrichtung

Bei der Organisation der Befragung dient die „Checkliste Bewohner- und Angehörigenbefragung“ in Kapitel 3 (s. S. 21) zur Orientierung, sie enthält alle wichtigen Planungsschritte. Im Folgenden wird das Verfahren dargestellt und erläutert.

2.1 Die Bewohnerbefragung

Die Fragen der Bewohnerbefragung sind Kapitel 3 ab Seite 26 zu entnehmen.

Ermittlung der befragbaren Bewohner und Bewohnerinnen

- I. Lassen Sie für **alle** Bewohner von der zuständigen Bezugspflegekraft die Befragungsfähigkeit ermitteln. Verwenden Sie zu diesem Zweck den Kurzerfassungsbogen „Einstufung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten“ (Kurzerfassungsbogen: S. 8, dazugehörige Ausfüllhilfe: S. 9 - 15).
- II. Grundsätzlich ausgeschlossen werden Bewohner in der Sterbephase und in der Kurzzeitpflege.

- III. Alle Bewohner, die im Kurzerfassungsbogen „Einstufung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten“ einen Gesamtwert zwischen 0 und 5 erreicht haben, werden als „befragbar“ eingestuft.

Bearbeiten Sie die folgenden Schritte nur für die Bewohner, die als Befragungsteilnehmer ermittelt wurden.

- IV. Sollte ein Bewohner einen gesetzlichen Betreuer haben, übersenden Sie diesem bitte vorab den „Informationsbrief für gesetzliche Betreuer“ (Vordruck s. S. 17). Bitte ergänzen Sie vor dem Druck den Namen Ihrer Einrichtung auf dem Brief. Wenn der Betreuer einer Teilnahme aktiv widerspricht, wird der Bewohner nicht in die Befragungen einbezogen.
- V. Bitte händigen Sie dem Bewohner den „Informationsbrief für Bewohner“ (s. S. 18) und zwei Exemplare der Einverständniserklärung (s. S. 19) aus. In diesem Brief wird der Bewohner über das Ziel der Befragung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymitätssicherung informiert und um seine Teilnahme gebeten.
- VI. Falls der Bewohner einer Befragung zustimmt, vereinbaren Sie mit dem Bewohner einen Termin (s. S. 16) und geben Sie ihm die „Terminerinnerung“ (s. S. 20). Nehmen Sie ein Exemplar der unterzeichneten Einverständniserklärung des Bewohners zur Teilnahme mit, das andere verbleibt beim Bewohner. Die Einverständniserklärung muss aus Anonymitätsgründen in Ihrer Einrichtung aufgehoben werden und am Befragungstag vorliegen.
- VII. Bitte händigen Sie die von Ihnen erstellte Terminplanung (s. S. 16) dem Interviewer am Befragungstag aus, damit dieser die Bewohner aufsuchen kann. Informieren Sie die Mitarbeiter der Wohnbereiche ebenfalls über die Befragungstermine. Nach Abschluss der Interviews wird die Terminplanung vom Interviewer an die Einrichtung zurückgegeben und kann vernichtet werden.
- VIII. Die Bewohner werden vor dem Interviewbeginn nochmals auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und Anonymität hingewiesen. Auf Wunsch des Bewohners kann ein Angehöriger/Freund bei dem Gespräch anwesend sein. Eine Anwesenheit von Mitarbeitern ist auszuschließen.

2.2 Die Angehörigenbefragung

- IX. Versenden Sie bitte für jeden Bewohner einen Angehörigenfragebogen (s. S. 22 - 25). Wählen Sie hierzu den Angehörigen aus, der den intensivsten Kontakt zum Bewohner pflegt. Der Begriff des Angehörigen umfasst auch Lebenspartner. Nicht einzubeziehen sind rechtliche Betreuer, sofern sie in keinem persönlichen Verhältnis zu dem Bewohner stehen, sondern vom Amtsgericht eingesetzt wurden.
- X. Der Rückversand erfolgt an eine unabhängige Stelle, die auch die Dateneingabe und -auswertung durchführt.

3. Materialien

- NBA-Modul „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“
- Zuordnung Befragungsgruppe
- Informationsbrief für gesetzliche Betreuer
- Informationsbrief für Bewohner
- Einverständniserklärung
- Terminerinnerung für Bewohner
- Checkliste Bewohner- und Angehörigenbefragung
- Fragebogen Angehörigenbefragung
- Fragebogen Bewohner

NBA-Modul „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“

Auszufüllen durch die Bezugspflegekraft – Weitergabe an den Befragungsbeauftragten: _____

Name: _____ Wohnbereich/Zimmer: _____

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor? Ja Nein

Wichtiger Hinweis:

Wird dieses Einschätzungsmodul ausschließlich im Rahmen der Bewohnerbefragung verwendet, kann die Einschätzung beendet werden, sobald ein Gesamtwert von mehr als 5 Punkten erreicht wurde.

Beispiel:

Bewohnerin X. hat in **3.1 „Personen aus dem näheren Umfeld erkennen“** einen Wert von 2 (=„in geringen Maße vorhanden“), in **3.2 „Örtliche Orientierung“** einen Wert von 3 (=„nicht vorhanden“) und in **3.3 „Zeitliche Orientierung“** einen Wert von 2 (=„in geringem Maße vorhanden“) erreicht. Der Gesamtwert liegt somit bei 7 (2 + 3 + 2). Eine Einstufung der Zeilen 3.4 bis 3.11 ist nicht mehr notwendig, da der Wert bereits über 5 liegt. Der Bewohner ist dann unter 3.12 als „nicht befragbar“ einzustufen.

Bitte beachten Sie bei der Einschätzung die Hinweise im Anhang D, Implementierungsleitfaden (Kapitel VI, S. 19ff).

3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Die Fähigkeit ist: 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
3.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.2 Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.3 Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.4 Gedächtnis	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.7 Sachverhalte und Informationen verstehen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.8 Risiken und Gefahren erkennen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.10 Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.11 Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
3.12 Liegt die Gesamtpunktzahl (3.1 bis 3.11) im Bereich von 0 bis 5? <input type="checkbox"/> Ja → Bewohner ist befragbar <input type="checkbox"/> Nein → Bewohner ist nicht befragbar	

Terminplanung Bewohnerbefragung

Auszufüllen durch den Befragungsbeauftragten

Bitte tragen Sie hier die Terminwünsche der Bewohner ein. Übergeben Sie das Dokument an den Interviewer. Das Dokument verbleibt nach Abschluss der Befragung in der Einrichtung.

Datum der Befragung:

Uhrzeit	Bewohnername	Zimmer und Wohnbereich
9.00 Uhr		
9.30 Uhr		
10.00 Uhr		
10.30 Uhr	Kein Interview planen/flexible Zeit für Verzögerungen im Ablauf	
10.45 Uhr		
11.30 Uhr		
12.00 Uhr		
12.30 Uhr	Mittagspause Interviewer	
13.00 Uhr		
13.30 Uhr		
14.00 Uhr		
14.30 Uhr		
15.00 Uhr	Pause Interviewer	
15.15 Uhr		
15.45 Uhr		
16.30 Uhr		

Informationsbrief für gesetzliche Betreuer

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine hohe Lebensqualität und gute Gesundheit im Alter ist ein wichtiges Ziel der Altenpflege. Wir möchten Sie heute über die geplante Durchführung einer Bewohnerbefragung informieren. Der/die von Ihnen gesetzlich betreute (*Name Bewohner*) wird um eine Teilnahme an der Befragung gebeten werden. Die Bewohnerbefragung soll ermitteln, wie gut die Unterstützung der Bewohner gelingt und eine gute Lebensqualität im Alltag im (*Name der Einrichtung*) gefördert wird. In der Befragung geht es um verschiedene Alltagsthemen wie zum Beispiel:

- Wohnen und Wäscheversorgung
- Mahlzeiten und Pflege
- Möglichkeiten zur Tagesgestaltung.

Die Befragung wird als persönliches Gespräch anhand eines Fragebogens geführt und dauert etwa 30 Minuten. Die Gespräche werden durch externe Personen (*Name Institution*) geführt.

Alle Antworten werden anonym erfasst. Es ist lediglich erkennbar, aus welcher Einrichtung und von welchem Wohnbereich die Antworten stammen. Ein Rückschluss darauf, um welchen Bewohner es sich namentlich handelt, ist nicht möglich. Die Teilnahme ist freiwillig, und der Bewohner wird darauf vor Befragungsbeginn durch die Interviewer nochmals hingewiesen. Er wird gebeten werden, dies schriftlich auf einer Einverständniserklärung zu bestätigen. Die unterzeichnete Einverständniserklärung verbleibt zur Wahrung der Anonymität im Seniorenheim bei der Heimleitung.

Wir fügen Ihnen zur Kenntnisnahme die verwendete Einverständniserklärung bei. Für weitere Rückfragen stehen Ihnen (*Name Ansprechpartner*) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Informationsbrief für Bewohner

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine hohe Lebensqualität und gute Gesundheit im Alter sind wichtige Ziele der Altenpflege. In der Pflegeeinrichtung, in der Sie leben, ist deshalb eine Bewohnerbefragung geplant. Damit soll ermittelt werden, wie gut die Unterstützung der Bewohner hier gelingt und eine gute Lebensqualität im Alltag im Seniorenheim gefördert wird. In der Befragung wird es um verschiedene Alltagsthemen gehen wie zum Beispiel:

- Wohnen und Wäscheversorgung
- Mahlzeiten und Pflege
- Möglichkeiten zur Tagesgestaltung.

Die Befragung wird als persönliches Gespräch anhand eines Fragebogens geführt und dauert etwa 30 Minuten, viele Bewohner werden zu einer Teilnahme eingeladen. Die Gespräche werden durch unabhängige Mitarbeiter aus anderen Seniorenheimen/Mitarbeiter eines unabhängigen Instituts geführt. Die Teilnahme ist freiwillig. Es wäre schön, wenn Sie sich zu einer Teilnahme entschließen würden.

Ihre Antworten werden anonym, also ohne Ihren Namen oder Ihre Zimmernummer erfasst. Wenn Sie sich entschließen teilzunehmen, bitten wir Sie darum, dies mit einer Unterschrift auf der beigelegten Einverständniserklärung zu bestätigen. Die Einverständniserklärung bleibt in Ihrer Einrichtung.

Für Rückfragen stehen Ihnen (*Name Ansprechpartner*) gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Einverständniserklärung

Teilnahme an der Bewohnerbefragung zur Beurteilung der Ergebnisqualität in *(Name der Einrichtung)*

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der Bewohnerbefragung. Mir ist bekannt, dass meine Angaben vertraulich und anonym ausgewertet werden. Ich bin über die Befragung ausreichend informiert worden. Ich hatte genügend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an der Bewohnerbefragung zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf der Einverständniserklärung ist an die Heimleitung zu melden.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Terminreminder Bewohnerbefragung

Ihr Termin zur Bewohnerbefragung ist

am: _____

um: _____ Uhr.

Bitte beachten Sie, dass es zu leichten Verschiebungen der Uhrzeit (ca. 15 Minuten) kommen könnte. Sie werden zum vereinbarten Termin auf Ihrem Zimmer aufgesucht werden, um das Gespräch miteinander zu führen.

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Teilnahme!

Checkliste Bewohner- und Angehörigenbefragung

Stichtag	To do	Zu verwendende Dokumente der Anlage	Wer ist verantwortlich?	Erledigt
14 Tage vor Beginn der Befragung	Für alle Bewohner ausfüllen: Kurzerfassungsbogen „Einstufung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten“ Weitergabe an den Befragungsbeauftragten	„Kurzerfassungsbogen Einstufung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten“ (S. 8)	Bezugspflegekraft	<input type="checkbox"/>
Spätestens eine Woche vor Befragungstermin	Druck und Versand „Informationsbrief an gesetzliche Betreuer“ (nur für Bewohner, die befragt werden und einen Betreuer haben)	„Information gesetzliche Betreuer Bewohnerbefragung“ (S. 17)	Befragungsbeauftragter/ Verwaltung	<input type="checkbox"/>
Spätestens eine Woche vor Befragungstermin	Druck und Ausgabe „Informationsbrief für Bewohner“ (inkl. Einholen der Einverständniserklärung) und Erstellen der Terminplanung	„Informationsbrief für Bewohner“ (S. 18) „Terminplanung“ (S. 16) „Einverständniserklärung“ (s. S. 19) „Terminerinnerung“ (s. S. 20)	Befragungsbeauftragter	<input type="checkbox"/>
Parallel zur Bewohnerbefragung	Vorbereitung der Angehörigenbefragung: Fragebogendruck, Erstellen der Adressliste	Angehörigenfragebogen (S. 22-25)	Befragungsbeauftragter/ Verwaltung	<input type="checkbox"/>
Parallel zur Bewohnerbefragung	Versand der Angehörigenbefragung	keine	Befragungsbeauftragter/ Verwaltung	<input type="checkbox"/>
An den Tagen der Bewohnerbefragung	8.30 Uhr am ersten Tag der Bewohnerbefragung: <ul style="list-style-type: none"> • kurze Führung des Interviewers zur räumlichen Orientierung in der Einrichtung • Übergabe der Terminplanung Falls möglich, sollte dem Interviewer ein Rückzugsraum zur Verfügung stehen (z. B. bei Ausfall eines Interviews)	keine	Befragungsbeauftragter	<input type="checkbox"/>

Angehörigenbefragung – Name der Einrichtung/des Wohnbereichs

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine hohe Lebensqualität und eine gute Gesundheit im Alter sind wichtige Ziele der Altenpflege. Im Seniorenheim werden viele Dinge unternommen, um die Gesundheit und Lebensqualität Ihres Angehörigen zu erhalten oder zu verbessern. Um erkennen zu können, wie gut die Unterstützung der Bewohner gelingt und wie eine gute Lebensqualität durch die Seniorenheime gefördert wird, möchten wir Ihnen einige Fragen stellen. Ihre Angaben werden **anonym** ausgewertet.

Wichtige Hinweise:

Bei dieser Befragung möchten wir Ihre Einschätzung als Angehöriger ermitteln, darin sollen aber die Befindlichkeit und Wünsche Ihres Angehörigen möglichst zum Ausdruck kommen. Bitte versuchen Sie sich daran zu erinnern, ob Ihr Angehöriger Ihnen in der letzten Zeit (in den vergangenen 6 Monaten) etwas zu dem jeweiligen Thema mitgeteilt hat. Wenn Ihr Angehöriger nicht mehr sprechen kann, können Sie vielleicht seinem Verhalten Hinweise zu seinem Erleben entnehmen. Beziehen Sie auch eigene Beobachtungen, die Sie während Ihrer Besuche in der Einrichtung in den letzten 6 Monaten gemacht haben, ein. Wenn Ihnen zu einer der Fragen nichts bekannt ist oder Sie sich unsicher bei der Beantwortung fühlen, kreuzen Sie bitte „Ist mir nicht bekannt“ an. Bitte kreuzen Sie immer nur eine Antwortmöglichkeit an.

Das Zimmer und der hauswirtschaftliche Service			
1. Welchen Zimmertyp bewohnt Ihr Angehöriger?			
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt
<i>Entspricht das den Wünschen Ihres Angehörigen?</i>			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	
2. Sind das Bad und die Toilette Ihres Angehörigen nach dem Putzen durch die Mitarbeiter sauber?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zum Teil	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt
3. Ist das Zimmer Ihres Angehörigen nach dem Putzen durch die Mitarbeiter sauber?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zum Teil	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt
4. Sind die anderen Räume (z. B. Aufenthaltsräume, Speisesaal, Flure) der Einrichtung sauber?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zum Teil	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt
5. Riecht es in der Einrichtung schlecht?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zum Teil	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt
6. Nutzt Ihr Angehöriger den Wäscheservice der Einrichtung?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	
 Falls „Nein“ oder „Ist mir nicht bekannt“, bitte weiter mit Frage 7			
6.a) Bekommt Ihr Angehöriger die Wäsche sauber zurück?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zum Teil	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt
6.b) Bekommt Ihr Angehöriger die Wäsche schnell genug zurück?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Zum Teil	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt
6.c) Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Ihr Angehöriger Wäsche abgegeben hat und etwas nicht zurückbekommen hat?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	
6.d) Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Ihr Angehöriger Wäsche abgegeben hat und etwas kaputt zurückbekommen hat?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt	

Pflege und Unterstützung der Bewohner

7. Benötigt Ihr Angehöriger Hilfe, um sich im Bett anders hinlegen zu können?

-
- Ja
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt

Falls ja: Hatte Ihr Angehöriger in letzter Zeit Schmerzen, weil er zu lange im Bett in einer Position liegen musste?

-
- Ja
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt

8. Benötigt Ihr Angehöriger Hilfe, um aus einem Stuhl oder Sessel aufzustehen?

-
- Ja
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt

Falls ja: Hatte Ihr Angehöriger in letzter Zeit Schmerzen, weil er zu lange sitzen bleiben musste?

-
- Ja
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt

9. Sorgen die Mitarbeiter in der Einrichtung dafür, dass beim Waschen oder Toilettengang niemand zusehen kann?

-
- Ja
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt

Die Mahlzeiten

10. Bekommt Ihr Angehöriger von der Einrichtung ausreichend Getränke, die ihm gut schmecken, ohne dafür zusätzlich bezahlen zu müssen?

-
- Ja
-
- Zum Teil
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt
-
-
- Erhält Sondenkost

11. Schmeckt Ihrem Angehörigen das Mittagessen in der Einrichtung gut?

-
- Ja
-
- Zum Teil
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt
-
-
- Erhält Sondenkost

12. Kann Ihr Angehöriger unter mehreren Gerichten auswählen, was er mittags essen möchte?

-
- Ja
-
- Zum Teil
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt
-
-
- Erhält Sondenkost

13. Ist das Mittagessen angenehm warm?

-
- Ja
-
- Zum Teil
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt
-
-
- Erhält Sondenkost

14. Bekommt Ihr Angehöriger immer etwas zu trinken, wenn er Durst hat?

-
- Ja
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt
-
-
- Erhält Sondenkost

Der Tagesablauf, soziale Kontakte und Aktivitäten

15. Falls Ihr Angehöriger in einem Mehrbettzimmer wohnt: Wenn Sie zu Besuch kommen, haben Sie dann die Möglichkeit, sich mit Ihrem Angehörigen ungestört zurückzuziehen?

-
- Ja
-
- Zum Teil
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt

16. Erhält Ihr Angehöriger genügend Freizeit- oder Beschäftigungsangebote von der Einrichtung? (Dazu zählen auch Einzelangebote im Zimmer wie z. B. Vorlesen oder Spielen)

-
- Ja
-
- Zum Teil
-
- Nein
-
- Ist mir nicht bekannt
-
-
- Mein Angehöriger möchte an nichts teilnehmen

Falls Ihr Angehöriger an nichts teilnehmen möchte: Passen die Freizeit- oder Beschäftigungsangebote der Einrichtung zu den Bedürfnissen/Fähigkeiten Ihres Angehörigen?

-
- Ja, die Angebote würden passen, aber mein Angehöriger möchte dennoch nicht teilnehmen.
-
-
- Nein, die Angebote passen nicht zu den Bedürfnissen/Fähigkeiten meines Angehörigen.
-
-
- Ist mir nicht bekannt

<p>17. Kommt Ihr Angehöriger so häufig hinaus, wie er es sich wünscht, wenn das Wetter es zulässt? (z. B. in den Park der Einrichtung)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt</p>
Der Umgang mit den Bewohnern
<p>18. Wie sprechen die Mitarbeiter Ihren Angehörigen an?</p> <p><input type="checkbox"/> „Herr/ Frau“ und „Sie“ <input type="checkbox"/> Andere Anrede (z. B. Vorname und Sie) <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt</p> <p><i>Falls „andere Anrede“: Fühlt Ihr Angehöriger sich mit dieser Anrede wohl?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt</p>
<p>19. Klopfen die Mitarbeiter an, bevor sie das Zimmer Ihres Angehörigen betreten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt</p>
<p>20. Wird Ihr Angehöriger von den Mitarbeitern respektvoll und höflich behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt</p>
<p>21. Haben die Mitarbeiter genügend Zeit für Ihren Angehörigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt</p>
<p>22. Gab es in letzter Zeit Mitarbeiter, von denen Ihr Angehöriger schlecht oder unfreundlich behandelt wurde?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, einzelner Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Ja, mehrere Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt</p>
<p>23. Hören die Mitarbeiter Ihrem Angehörigen aufmerksam zu, wenn er etwas sagt? (Beispiele hierfür sind: die Mitarbeiter antworten Ihrem Angehörigen oder schauen ihn an)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt</p>
Umgang des Seniorenheims mit den Angehörigen der Bewohner
<p>24. Erhalten Sie von der Einrichtung genügend Informationen über die Gesundheit und die Versorgung Ihres Angehörigen, oder wünschen Sie sich, besser informiert zu werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich erhalte genügend Informationen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wünsche mir, besser informiert zu werden</p>
<p>25. Erhalten Sie genügend Informationen über Feste, Veranstaltungen und andere Aktivitäten in der Einrichtung, oder wünschen Sie sich, besser informiert zu werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich erhalte genügend Informationen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wünsche mir, besser informiert zu werden</p>
<p>26. Ist es Ihnen wichtig, bei der Unterstützung Ihres Angehörigen mitzuwirken? (z. B. bei der Körperpflege, beim Essen oder bei Freizeitbeschäftigungen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Dazu fehlt mir die Zeit</p> <p><i>Wenn ja: Finden Sie, dass die Einrichtung Ihnen hierzu genug Möglichkeiten bietet?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die Einrichtung bietet mir genügend Möglichkeiten zur Mitarbeit.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, die Einrichtung sollte mir mehr Möglichkeiten zur Mitarbeit bieten.</p> <p><input type="checkbox"/> Das ist mir nicht wichtig.</p>
<p>27. Haben die Mitarbeiter der Einrichtung mit Ihnen darüber gesprochen, wie die alltägliche Pflege Ihres Angehörigen aussehen sollte? (z. B. welche Gewohnheiten berücksichtigt werden sollten, was Ihr Angehöriger möchte und was nicht etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, einmal</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, mehrmals</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ich kann mich nicht erinnern.</p>

28. Haben Sie sich schon einmal bei den Mitarbeitern der Einrichtung beschwert?

- Ja, einmal Ja, mehrmals Nein

Wenn ja: Wie wurde auf Ihre letzte Beschwerde reagiert?

- Das Problem wurde behoben.
 Man hat sich ausreichend darum bemüht, das Problem zu beheben, aber ohne Erfolg.
 Es wurde zu wenig getan, um das Problem zu beheben.
 Ich weiß nicht.

29. Wie häufig besuchen Sie normalerweise Ihren Angehörigen in der Einrichtung?

- mehrmals pro Woche etwa einmal pro Woche etwa alle 14 Tage
 etwa alle 4 Wochen seltener als alle 4 Wochen

30. Würden Sie diese Einrichtung anderen weiterempfehlen?

- Ja Zum Teil Nein

Bitte senden Sie den Fragebogen im beigefügten Briefumschlag bis zum *(Datum)* an:

(Adresse)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Bewohnerfragebogen – Name der Einrichtung/des Wohnbereichs

Wichtige Hinweise an Interviewer:

- Betonen Sie die Fragen, als würden Sie ein Gespräch führen. Lassen Sie dem Bewohner Zeit zum Nachdenken. Narrative Episoden helfen dem Bewohner bei der Erinnerung und Bewertung.
- Lesen Sie alle Fragen wörtlich vor.
- Lesen Sie immer alle Antwortkategorien vor. Tragen Sie keine vorschnell geäußerten Antworten ein.
- Tragen Sie nur Antworten ein, wenn der Bewohner die Kategorie klar benannt hat, interpretieren Sie nicht. Wiederholen Sie die Frage und Kategorien nochmals und bitten darum, eine der genannten auszuwählen.
- Wenn der Bewohner sich auch danach nicht entscheiden kann, ziehen Sie die Antwort in die Fragestellung hinein:

Beispiel für Frage 9, hier sagen Sie:

„Was passt denn aus Ihrer Sicht hier am besten? Würden Sie sagen: ‚Ja, es riecht schlecht in der Einrichtung‘ oder ‚Zum Teil riecht es schlecht in der Einrichtung‘ oder ‚Nein, es riecht nicht schlecht in der Einrichtung‘, was davon passt am besten?“

Das Zimmer und der hauswirtschaftliche Service	
1. Zuerst möchte ich mit Ihnen über Ihr Zimmer sprechen. Sie leben hier in einem ...	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer
2. Entspricht das Ihren Wünschen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe <i>Intervieweranweisung: Falls ja, weiter mit Frage 4</i>
3. Warum nicht? Wünschen Sie ...	<input type="checkbox"/> ein Einzelzimmer <input type="checkbox"/> ein Doppelzimmer <input type="checkbox"/> ein Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/> einen Umzug wegen Konflikten mit Mitbewohner <input type="checkbox"/> keine Angabe
4. Haben Sie die Möglichkeit, Ihr Zimmer abzuschließen, wenn Sie das wünschen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt <input type="checkbox"/> keine Angabe <i>Intervieweranweisung: Falls ja, weiter mit Frage 6</i>
5. Haben Sie eine andere Möglichkeit, Dinge wegzuschließen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist mir nicht bekannt <input type="checkbox"/> keine Angabe
6. Sind Ihr Bad und Ihre Toilette nach dem Putzen durch die Mitarbeiter so sauber, wie Sie es möchten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
7. Ist Ihr Zimmer nach dem Putzen durch die Mitarbeiter so sauber, wie Sie es möchten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
8. Sind die anderen Räume (z. B. Aufenthaltsräume, Speisesaal, Flure) der Einrichtung sauber?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
9. Riecht es in der Einrichtung schlecht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
10. Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zur Reinigung Ihrer Wäsche stellen: Nutzen Sie den Wäscheservice der Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe <i>Intervieweranweisung: Falls „Nein“ oder „keine Angabe“, bitte weiter mit Frage 15</i>

<p>11. Ich habe nun einige Frage zum Wäscheservice, bitte denken Sie dabei immer an <u>das letzte halbe Jahr</u> zurück. Bekommen Sie Ihre Wäsche sauber zurück?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>12. Bekommen Sie Ihre Wäsche schnell genug zurück?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>13. Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Sie Wäsche abgegeben haben und etwas nicht zurückbekommen haben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>14. Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Sie Wäsche abgegeben haben und etwas kaputt zurückbekommen haben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
Pflege und Unterstützung der Bewohner
<p>15. Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen stellen zur Pflege und zu den Hilfen, die Sie hier erhalten: Brauchen Sie von den Mitarbeitern Unterstützung, wenn Sie an einen bestimmten Ort möchten (z. B. in das Bad oder auf den Flur)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 17)</i></p>
<p>16. Bekommen Sie von den Mitarbeitern schnell genug Unterstützung, wenn Sie an einen bestimmten Ort möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>17. Brauchen Sie Hilfe, um aus einem Stuhl oder Sessel aufzustehen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 21)</i></p>
<p>18. Bekommen Sie schnell genug Hilfe, wenn Sie aufstehen möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>19. Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie zu lange sitzen bleiben mussten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 21)</i></p>
<p>20. Wie oft ist das vorgekommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>21. Brauchen Sie Hilfe beim Stuhlgang oder Wasserlassen? (z. B. Einlagen in der Hose, Inkontinenzmaterial, Hilfe beim Laufen zur Toilette etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 23)</i></p>
<p>22. Bekommen Sie rechtzeitig Hilfe, wenn Sie Stuhlgang haben oder Wasser lassen müssen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>23. Brauchen Sie Hilfe, um sich im Bett anders hinlegen zu können?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 27)</i></p>

<p>24. Bekommen Sie rechtzeitig Hilfe, wenn Sie sich im Bett anders hinlegen möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>25. Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie zu lange im Bett in einer Position liegen mussten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 27)</i></p>
<p>26. Wie oft ist das vorgekommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>27. Bekommen Sie von den Mitarbeitern ausreichend Hilfe, wenn Sie welche benötigen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>28. Duschen Sie gerne?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 30)</i></p>
<p>29. Können Sie hier so oft duschen, wie Sie das möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>30. Baden Sie gerne?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 32)</i></p>
<p>31. Können Sie hier so oft baden, wie Sie das möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>32. Können Sie hier aussuchen ob Sie baden, duschen oder sich waschen möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>33. Ist es Ihnen wichtig, nur von Frauen oder nur von Männern gepflegt zu werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 35)</i></p>
<p>34. Richten sich die Mitarbeiter nach Ihrem Wunsch, von einem Mann/einer Frau gepflegt zu werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>35. Sorgen die Mitarbeiter hier dafür, dass beim Waschen oder Toilettengang niemand zusehen kann?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
Die Mahlzeiten
<p>36. Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zum Thema Essen und Trinken stellen: Bekommen Sie von der Einrichtung ausreichend Getränke, die Ihnen gut schmecken, ohne dafür zusätzlich bezahlen zu müssen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>37. Können Sie unter verschiedenen Gerichten auswählen, was Sie mittags essen möchten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>38. Schmeckt Ihnen das Mittagessen hier gut?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>39. Ist das Mittagessen angenehm warm?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>40. Um wie viel Uhr frühstücken Sie meistens? _____</p>
<p>41. Und wann würden Sie gerne frühstücken?</p> <p><input type="checkbox"/> Lieber früher <input type="checkbox"/> Lieber später <input type="checkbox"/> Essenszeit ist genau richtig <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>

42. Um wie viel Uhr essen Sie meistens zu Abend? _____
43. Und wann würden Sie gerne zu Abend essen? <input type="checkbox"/> Lieber früher <input type="checkbox"/> Lieber später <input type="checkbox"/> Essenszeit ist genau richtig <input type="checkbox"/> keine Angabe
44. Bekommen Sie immer etwas zu trinken, wenn Sie Durst haben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Der Tagesablauf, soziale Kontakte und Aktivitäten
45. Nun habe ich einige Fragen zu Ihrem Tagesablauf, sozialen Kontakten und Aktivitäten: Um wie viel Uhr stehen Sie hier morgens auf? _____
46. Und wann würden Sie gerne aufstehen? <input type="checkbox"/> Lieber früher <input type="checkbox"/> Lieber später <input type="checkbox"/> Zeit ist genau richtig <input type="checkbox"/> keine Angabe Anmerkungen zur Bettgezeit: _____
47. Um wie viel Uhr gehen Sie abends zu Bett? _____
48. Und wann würden Sie gerne zu Bett gehen? <input type="checkbox"/> Lieber früher <input type="checkbox"/> Lieber später <input type="checkbox"/> Zeit ist genau richtig <input type="checkbox"/> keine Angabe Anmerkungen zur Aufstehzeit: _____
<i>Intervieweranweisung: Falls Bewohner in Einzelzimmer wohnt, weiter mit Frage 50</i>
49. Wenn Sie Besuch bekommen, haben Sie dann die Möglichkeit, sich mit Ihren Besuchern ungestört zurückzuziehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
50. Nun möchte ich Sie gerne etwas zu den Angeboten und Beschäftigungsmöglichkeiten hier im Heim fragen: Gibt es hier genügend Freizeit- oder Beschäftigungsangebote, an denen Sie gerne teilnehmen? (Beispiele: Spielnachmittage, Gedächtnistraining, Besuche von Mitarbeitern) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Wünsche keine Teilnahme <input type="checkbox"/> Die Freizeit- und Beschäftigungsangebote hier passen nicht zu mir
51. Kommen Sie so häufig hinaus, wie Sie es sich wünschen, wenn das Wetter es zulässt? (z. B. in den Park der Einrichtung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Der Umgang mit den Bewohnern
52. Nun habe ich noch einige Fragen dazu, wie die Mitarbeiter sich Ihnen gegenüber verhalten: Wie sprechen die Mitarbeiter Sie an? <input type="checkbox"/> „Herr/ Frau“ und „Sie“ <input type="checkbox"/> Andere Anrede (z. B. Ihr Vorname und Sie) <input type="checkbox"/> keine Angabe <i>Intervieweranweisung: „Herr/Frau und Sie“, weiter mit Frage 54</i>
53. Fühlen Sie sich mit dieser Anrede wohl? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
54. Klopfen die Mitarbeiter an, bevor sie ihr Zimmer betreten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
55. Fühlen Sie sich von den Mitarbeitern respektvoll und höflich behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
56. Haben die Mitarbeiter genügend Zeit für Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

<p>57. Gab es in letzter Zeit Mitarbeiter, von denen Sie schlecht oder unfreundlich behandelt wurden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, einzelner Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Ja, mehrere Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><i>Intervieweranweisung: Falls „Nein“ oder keine Angabe weiter mit Frage 59</i></p> <p>58. Und wie oft ist das vorgekommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>59. Hören Ihnen die Mitarbeiter aufmerksam zu, wenn Sie etwas sagen? (Beispiele hierfür sind: die Mitarbeiter antworten Ihnen oder schauen Sie an)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
<p>60. Würden Sie diese Einrichtung weiterempfehlen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Zum Teil <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Anhang F

Erhebungsbogen und Erläuterungen für begrenzt einsetzbare Indikatoren

14. Sondenernährung	
14.1	Hat der Bewohner derzeit eine Ernährungssonde? (bei „nein“ weiter mit Frage 14.3) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14.2	Wenn ja, gibt es gesundheitliche Störungen, die einer Entwöhnung von der Sondenernährung entgegen stehen (z.B. Schluckstörungen)? <input type="checkbox"/> ja (bitte angeben): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bewohner erhält trotz liegender Sonde derzeit keine Sondennahrung
14.3	Hatte der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten eine Ernährungssonde, die wieder entfernt wurde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

15. Kontrakturen	
15.1	Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Hüftgelenk vor?*
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 15.2)
	Wo ist die Kontraktur entstanden?
	<input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug) <input type="checkbox"/> woanders, und zwar:
15.2	Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Kniegelenk vor?*
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 15.3)
	Wo ist die Kontraktur entstanden?
	<input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug) <input type="checkbox"/> woanders, und zwar:
15.3	Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Sprunggelenk („Spitzfuß“) vor?*
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 15.4)
	Wo ist die Kontraktur entstanden?
	<input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug) <input type="checkbox"/> woanders, und zwar:
15.4	Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Ellbogengelenk vor?*
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 16)
	Wo ist die Kontraktur entstanden?
	<input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug) <input type="checkbox"/> woanders, und zwar:

16. Extensiver Medikamenteneinsatz

16.1 Bitte geben Sie an, wie viele verschiedene ärztlich verordnete Medikamente der Bewohner regelmäßig einnimmt oder verabreicht bekommt.*

Anzahl der Medikamente: _____

16.2 Werden mögliche Wechselwirkungen der Medikamente durch eine Apotheke oder einen Arzt überprüft?*

- ja, in regelmäßigen Zeitabständen
 ja, bei Veränderungen der Medikation
 nein
 nicht bekannt

16.3 Bezieht der Bewohner seine Medikamente eigenständig, ohne dass die Einrichtung ihn dabei unterstützt?*

- ja nein

17. Harninkontinenz (nur bei Bewohnern mit Harninkontinenz ausfüllen)

17.1 Sieht die Pflegeplanung Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung des aktuellen Kontinenzstatus vor?*

- ja nein

Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens

15. Kontrakturen

15.1 Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Hüftgelenk vor?*

ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 15.2)

Wo ist die Kontraktur entstanden?

in der Pflegeeinrichtung im Krankenhaus zuhause (vor dem Heimeinzug)
 woanders, und zwar:

Kontrakturen sind Veränderungen der an der Gelenkfunktion beteiligten Strukturen, die Funktions- und Bewegungseinschränkungen zur Folge haben, d.h. das betroffene Gelenk lässt sich nicht mehr vollständig beugen, strecken, ab- oder adduzieren.

Bitte beantworten Sie die Frage nach dem Vorliegen einer Kontraktur mit „ja“, wenn:

- Der Bewohner selbst das betreffende Gelenk nur eingeschränkt oder unter Schmerzen bewegen kann
und/oder
- Das passive Bewegen des Gelenkes, z.B. durch eine Pflegekraft, nur eingeschränkt oder unter Schmerzen möglich ist.

Beantworten Sie die Frage mit „nein“, wenn die Bewegungseinschränkung Folge einer **akuten Verletzung oder Behandlung** des Bewegungs- und Stützapparates ist (z.B. bei einer Fraktur, Verstauchung oder als Folge einer Operation).

Liegt eine Kontraktur vor, machen Sie bitte weitere Angaben zum Entstehungsort der Kontraktur.

16. Extensiver Medikamenteneinsatz

16.1 Bitte geben Sie an, wie viele verschiedene ärztlich verordnete Medikamente der Bewohner regelmäßig einnimmt oder verabreicht bekommt. *

Anzahl der Medikamente: _____

Bitte nur ärztlich verordnete Medikamente berücksichtigen, die mindestens 1x wöchentlich eingenommen werden. Einschließlich Bedarfsmedikation, wenn deren Einnahme regelmäßig vorkommt (ebenfalls mindestens 1x wöchentlich). Lokal wirksame Substanzen, z.B. auf Wunden aufgetragene Salben und Tinkturen, sind nicht zu berücksichtigen.

16.2 Werden mögliche Wechselwirkungen der Medikamente durch eine Apotheke oder einen Arzt überprüft?*

- ja, in regelmäßigen Zeitabständen
 ja, bei Veränderungen der Medikation
 nein
 nicht bekannt

Wenn Ihnen nicht bekannt ist, ob eine derartige Überprüfung auf Wechselwirkungen stattfindet, erkundigen Sie sich bitte bei der zuständigen Bezugspflegekraft oder der Wohnbereichsleitung. Nur wenn auch auf diesem Wege die notwendige Information nicht zu erhalten ist, kreuzen Sie bitte „nicht bekannt“ an.

16.3 Bezieht der Bewohner seine Medikamente eigenständig, ohne dass die Einrichtung ihn dabei unterstützt?*

ja nein

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn die Beschaffung der Medikamente durch den Bewohner selbst oder andere, nicht zu Ihrer Einrichtung gehörende Personen erfolgt.

17. Harninkontinenz

17.1 Sieht die Pflegeplanung Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung des aktuellen Kontinenzstatus vor?*

ja nein

Hier kommt eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen in Betracht. Entscheidend ist, dass die Maßnahme durchgeführt wird um:

- die Kontinenz des Bewohners - auch wenn diese bereits eingeschränkt ist - zu fördern oder zu erhalten (z.B. durch Beckenbodentraining oder Toiletentraining),
oder
- den Bewohner beim Umgang mit einer bestehenden Inkontinenz zu unterstützen (z.B. durch die Anleitung im Umgang mit Hilfsmitteln oder die Unterstützung beim Toiletten-gang).

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
11018 Berlin

Druck: Druckerei im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Stand: Mai 2011