

Qualität in Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege

Eine Interventionsstudie mit dem Resident Assessment Instrument
RAI 2,0

Vorgelegt von Diplompflegewirtin Kathrin Engel
aus Dresden.

Von der Fakultät VIII – Wirtschaft und Management
Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktorin der Gesundheitswissenschaften (Dr. P.H.)

genehmigte Dissertation.

Promotionsausschuss:

Vorsitzende: Frau Prof. Dr. U. Maschewsky-Schneider; TU Berlin
1. Gutachterin: Frau Prof. Dr. V. Garms-Homolová; TU Berlin
2. Gutachter: Herr Prof. Dr. R. Koch; TU Dresden

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 01. Juni 2006

Berlin 2007

D 83

Quality in long term care facilities

- An interventional trial using the Resident Assessment Instrument RAI 2,0 -

Author: Kathrin Engel academic degree (diploma) in care management

Background: Against the background of changing social requests, but at the introduction of the "Act of quality assessment in care" Care Quality Control Law (PQSG) at the latest, the providers and cost units of care services are increasingly interested in how care quality can be achieved and measured. So far however, the quality control situation turns out to be inadequate. Particularly required are methods which tie in at the direct process of service provision and which enable members of staff - as the main providers of care - to provide professional quality, to control it by themselves and thereby actively take part in the quality process.

Purpose: This thesis analysed which changes can be generated by a structured, standardised and systematic documentary practice. Is it possible to improve the determination of situations - as prerequisite for individual and purposeful care - and does care planning get more systematic and cause-oriented? Do members of staff possess with this instrument a tool for quality-oriented self-control? And finally, is it possible to extract clues for systematic quality improvement from information collected in daily care routine.

Methods: For this study the 'Resident Assessment Instrument RAI 2,0' (Morris et al. 1991; German version: Garms-Homolová/Gilgen 2000) was used. The RAI is a quality instrument that is based upon a structured estimation of clients by using a fully standardised data set (MDS) and which is characterised by one-step operation. On the basis of this collection of information, evidence based alarm signals that indicate problems, risks and resources are identified. These are analysed with the use of so-called Resident Assessment Protocols/RAPs considering their causes and in relation to possibilities of intervention, before being put into the care plan.

An intervention clinical trial was carried out in 4 nursing homes with 205 subjects. A longitudinal design was chosen; during one year assessments were taken at three measuring times. The experience of members of staff (25 training participants, 37 assessment coordinators) was evaluated using partially standardised questionnaires.

Results: The results prove that the use of RAI improved the quality of care:

1. Members' of staff perspective: the improvements in documentation behaviour were measured on the basis of more exact knowledge and current state observation of the clients (among other things completeness of documentation, achieving routine). The increase of communication between all persons participating in care (among other things more people participating in the documentation) speaks in favour of the improvement of documentation behaviour. The improvement in care planning practice was, among other things, indicated by an increase in accomplished clarification aids (significant improvement in 4, trends indicating improvement in 6 out of a total of 18 fields that were relevant to planning) and an increase in the allowance made for problems in planning (significant improvement in 6, trends indicating improvement in 4 out of 18 fields). However, a more profound analysis in the areas of falls and dehydration indicated that the methodical steps of the RAI were not correctly followed by some of the members of staff - especially in the case of terminally ill people, a dissenting care planning practice could be observed.

2. Residents' perspective: on the basis of the collected data, indications for quality potentials in the areas of falls, mobility, constrictions in personal freedom and psychotropic drugs could be gained. Nurses get clues for specific quality improvement and are able to evaluate their work. However, a prerequisite for quality measuring is a documentation that is largely error-free, a condition that could not always be guaranteed in this study.

Summary: The positive effects RAI has on the quality of care, proved under the described circumstances, recommend it as a promising method with potential. The sufficient training of staff members as well as adequate general conditions during the implementation prove to be indispensable. Extensive clinical trials using this instrument would be desirable, especially against the background of the insufficient research situation in Germany concerning quality of care in nursing homes.

Qualität in Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege - Eine Interventionsstudie mit dem Resident Assessment Instrument RAI 2,0 -

Autorin: Diplompflegewirtin Kathrin Engel

Hintergrund: Vor dem Hintergrund sich ändernder gesellschaftlicher Anforderungen, spätestens aber seit Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes interessiert die Anbieter und Kostenträger von Pflegeleistungen vermehrt, wie Pflegequalität erreicht und gemessen werden kann. Die bisherige Situation der Qualitätssicherung in der Praxis stellt sich aber insuffizient dar. Insbesondere werden Verfahren benötigt, die am unmittelbaren Prozess der Leistungserbringung ansetzen und die Mitarbeiter/innen - als Hauptakteure der Pflege - in die Lage versetzen, professionelle Qualität zu erbringen, diese selbst zu überprüfen und so aktiv am Qualitätsprozess zu partizipieren.

Zielstellung: In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, zu welchen Veränderungen ein strukturiertes einheitliches und systematisches Dokumentationsverfahren führt. Lässt sich die Zustandsfeststellung - als Voraussetzung einer individuellen und zielgerichteten Pflege - verbessern, und wird die Pflegeplanung auf der Grundlage des Verfahrens systematischer und ursachenorientierter? Verfügen die Mitarbeiter/innen mit diesem Instrument über ein Handwerkszeug zur qualitätsorientierten Selbstkontrolle? Und können aus den im Pflegealltag erhobenen Informationen Hinweise für die gezielte Qualitätsverbesserung gewonnen werden?

Methodisches Vorgehen: Gearbeitet wurde mit dem Resident Assessment Instrument RAI 2,0 (Morris et al.1991; deutsche Version: Garms-Homolová/Gilgen 2000). Das RAI ist ein Qualitätsinstrument, das auf einer strukturierten Beurteilung der Klient/innen mittels eines vollstandardisierten Datensatzes (MDS) basiert und durch ein schrittweises Vorgehen gekennzeichnet ist. Auf der Grundlage der Informationssammlung werden evidenzbasierte Alarmzeichen, die Probleme, Risiken und Ressourcen anzeigen, identifiziert. Diese werden mittels sog. Abklärungshilfen (Resident Assessment Protocols/RAPs) hinsichtlich ihrer Ursachen und in Bezug auf Interventionsmöglichkeiten untersucht, bevor die Aufnahme in den Pflegeplan erfolgt.

Durchgeführt wurde eine Interventionsstudie in 4 Pflegeheimen mit 205 Zielpersonen. Gewählt wurde ein longitudinales Design; im Verlauf eines Jahres wurden zu drei Messzeitpunkten Assessments erhoben. Die Erfahrungen der Mitarbeiter/innen (25 Schulungsteilnehmer/innen, 37 Assessmentkoordinator/innen) wurden mittels teilstandardisiertem Fragebogen evaluiert.

Ergebnisse: Die Befunde belegen, dass die Anwendung des RAI die Pflegequalität verbesserte:

1. Perspektive der Mitarbeiter/innen: Verbesserungen des Dokumentationsverhaltens wurden anhand der genaueren Kenntnis und Zustandsfeststellung der Klient/innen (u.a. Vollständigkeit der Dokumentation, Erlangen von Routine) gemessen. Für eine Verbesserung des Dokumentationsverhaltens spricht auch die Zunahme der Kommunikation zwischen den an der Pflege Beteiligten (u.a. mehr Mitwirkende bei der Dokumentation). Die Verbesserung der Pflegeplanungspraxis wurde u.a. durch eine Zunahme der durchgeführten Abklärungshilfen (signifikante Verbesserungen in 4, tendenzielle Verbesserungen in 6 von insgesamt 18 planungsrelevanten Bereichen) und eine Zunahme der in die Planung aufgenommenen Probleme (signifikante Verbesserungen in 6, tendenzielle Verbesserungen in 4 der 18 Bereiche) angezeigt. Die tiefere Analyse der Bereiche Stürze und Dehydratation zeigte aber, dass die Verfahrensschritte des RAI von einem Teil der Mitarbeiter/innen nicht korrekt eingehalten wurden - speziell bei terminal Erkrankten wurde eine abweichende Planungspraxis beobachtet.
2. Perspektive der Bewohner/innen: Auf der Grundlage der erhobenen Daten konnten Hinweise zu Qualitätspotentialen in den Bereichen Stürze, Mobilität, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Psychopharmaka gewonnen werden. Die Pflegekräfte erhalten Anhaltspunkte für die gezielte Qualitätsverbesserung und werden in die Lage versetzt, ihre Arbeit zu beurteilen. Voraussetzung für die Qualitätsmessung ist aber eine weitestgehend fehlerfreie Dokumentation, die in der vorliegenden Studie wahrscheinlich nicht immer erfolgte.

Zusammenfassung: Die auch unter hiesigen Bedingungen nachgewiesenen positiven Effekte des RAI auf die Pflegequalität empfehlen es als potentielles und vielversprechendes Verfahren. Die ausreichende Schulung der Mitarbeiter/innen und geeignete Rahmenbedingungen bei der Implementation erweisen sich aber als unabdingbar. Großflächige vertiefende Studien mit diesem Instrument wären auch vor dem Hintergrund der insuffizienten Forschungslage in Deutschland zur Pflegequalität im Heimbereich wünschenswert.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein erster herzlicher Dank geht an Frau Prof. Dr. Garms-Homolová von der TU Berlin für die Anregungen und Hinweise zur Bearbeitung des gewählten Themas, für die Vermittlung von Wissen und Erfahrungen, für Geduld, Zeit und Kritik; insgesamt für die hervorragende Betreuung und Zusammenarbeit während der Dissertation. Herrn Prof. Dr. Koch von der TU Dresden möchte ich ebenfalls herzlich für die Beratung, Hilfe und Betreuung bei der Erarbeitung der statistischen Aspekte der vorliegenden Arbeit danken. Zu jeder Zeit konnte ich mit ihrer Förderung und Unterstützung rechnen.

Für das Engagement und die gute Zusammenarbeit geht mein Dank zudem an die Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeiter/innen, die sich an der vorliegenden Studie beteiligten und an das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, das die Verbindung zu diesen Einrichtungen ermöglichte.

Verbunden bin ich auch der Robert Bosch Stiftung, die das Zustandekommen der Arbeit in der Abschlussphase finanziell unterstützte - hier geht mein besonderer Dank an Frau Dr. Satrapa-Schill und Frau Haase.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinen Freundinnen und Freunden für die vielfältige Unterstützung, die Geduld und die Ermutigungen aufrichtig bedanken.

Zu großem Dank bin ich aber vor allem meinen Eltern und meiner Schwester Sabine verpflichtet, die mich in der zurückliegenden Zeit - hauptsächlich durch die liebevolle Betreuung meines Sohnes Till - tatkräftig unterstützten. Ohne ihre Hilfe hätte diese Arbeit nicht zustande kommen können.

Kathrin Engel

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|---|-------|
| I. EINFÜHRUNG | |
| 1. Problemstellung..... | 1 |
| 2. Zielsetzung der Arbeit..... | 5 |
| 3. Public Health Relevanz..... | 6 |
| 4. Verwendete Begriffe..... | 8 |
| 5. Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche..... | 10 |
| II. AUSGANGSSITUATION UND THEORETISCHER HINTERGRUND | |
| 1. Steigender Bedarf an stationärer Pflege..... | 13 |
| 1.1. Steigender Bedarf als Folge der demographischen Entwicklung..... | 14 |
| 1.2. Steigender Bedarf als Folge der Entwicklung im Krankenhausbereich..... | 17 |
| 2. Die steigende Bedeutung von Qualität..... | 18 |
| 2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen zu Qualität in der Pflege..... | 18 |
| 2.2. Relevanz der Qualität als Folge marktwirtschaftlicher Entwicklungen..... | 20 |
| 2.3. Relevanz der Qualität aus Sicht der Verbraucher..... | 21 |
| 3. Stand der Forschung zu Qualität in der stationären Langzeitversorgung..... | 23 |
| 3.1. Untersuchungen aus Deutschland..... | 25 |
| 3.1.1. Aspekt der Strukturqualität..... | 25 |
| 3.1.2. Aspekt der Prozessqualität..... | 32 |
| 3.1.3. Aspekt der Ergebnisqualität..... | 39 |
| 3.2. Ausgewählte internationale Studien - Forschung mit RAI..... | 44 |
| 3.2.1. Internationale Forschungsarbeiten zur Strukturqualität..... | 44 |
| 3.2.2. Internationale Forschungsarbeiten zur Prozessqualität..... | 46 |
| 3.2.3. Internationale Forschungsarbeiten zur Ergebnisqualität..... | 47 |
| 4. Qualität im Pflegebereich..... | 49 |
| 4.1. Allgemeiner Qualitätsbegriff..... | 49 |
| 4.2. Begriff der Qualität im Dienstleistungsbereich..... | 49 |
| 4.3. Begriff der Qualität im Pflegebereich..... | 52 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 5. | Anforderungen an die Qualität in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen..... | 57 |
| 5.1. | Klinischer Bereich - Genaue Kenntnis der Bewohner/innen..... | 57 |
| 5.2. | Professioneller Bereich - Befähigung der Mitarbeiter/innen zur Qualitätsarbeit..... | 59 |
| 5.3. | Administrativer Bereich - Schwerpunktverschiebung von der externen Qualitätskontrolle auf interne Maßnahmen der Eigenüberwachung..... | 62 |
| 6. | Gesetzliche Bestimmungen zur Pflegequalität..... | 65 |
| 6.1. | Pflege-Versicherungsgesetz und Pflege-Qualitäts- sicherungsgesetz..... | 66 |
| 6.2. | Heimgesetz..... | 68 |
| 6.3. | Bundessozialhilfegesetz..... | 69 |
| 6.4. | Der MDK als Prüfinstanz im Auftrag der Pflegekassen..... | 70 |
| 6.4.1. | MDK-Prüfkonzept: Inhaltliche Schwerpunkte der Qualitätsprüfung in den Pflegeeinrichtungen..... | 71 |
| 6.4.2. | MDK-Prüfkonzept: Inhaltliche Schwerpunkte der Qualitätsprüfung bei den Bewohner/innen..... | 73 |
| 7. | Situation der Qualitätssicherung in der Praxis..... | 75 |
| 7.1. | Verwendete Instrumente in der Praxis..... | 75 |
| 7.2. | Beschreibung ausgewählter Qualitätsinstrumente..... | 78 |
| 7.2.1. | Die Normenreihe ISO 9000 ff..... | 79 |
| 7.2.2. | Das EFQM-Modell..... | 80 |
| 7.2.3. | Das Selbstbewertungssystem des Fraunhofer Institutes für stationäre Einrichtungen der Altenpflege..... | 82 |
| 7.2.4. | Der Pflegeprozess..... | 83 |
| 7.2.5. | Pflegevisiten..... | 86 |
| 7.2.6. | Praxisleitlinien..... | 88 |
| 7.2.7. | Standards oder Standardisierte Pflegepläne..... | 89 |
| 7.3. | Wirkungsbereiche der Qualitätsinstrumente..... | 90 |
| 7.4. | Lücken der Qualitätssicherung im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen..... | 93 |
| III. | EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG: INTERVENTIONSSTUDIE MIT DEM RAI 2,0 | |
| 1. | Forschungsfragen..... | 95 |
| 2. | Ebenen der Untersuchung..... | 96 |
| 3. | Design..... | 102 |
| 3.1. | Untersuchte Stichproben..... | 102 |
| 3.1.1. | Auswahl und Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen..... | 103 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 3.1.2. | Stichprobe der Mitarbeiter/innen..... | 106 |
| 3.1.3 | Stichprobe der Bewohner/innen..... | 107 |
| 3.1.3.1. | Verteilungsunterschiede zur Referenzpopulation..... | 107 |
| 3.1.3.2. | Ausgeschiedene Personen (Drop outs)..... | 109 |
| 3.1.3.3. | Die Gruppe der nichtausgeschiedenen Personen als spezielle Analysestichprobe..... | 110 |
| 3.2. | Instrumente..... | 111 |
| 3.2.1. | Das Resident Assessment Instrument (RAI 2,0)..... | 112 |
| 3.2.1.1. | Entstehungsgeschichte..... | 113 |
| 3.2.1.2. | Beschreibung des RAI 2,0..... | 114 |
| 3.2.1.3. | Das Minimum Data Set des RAI 2,0..... | 118 |
| 3.2.1.4. | Die Abklärungszusammenfassung..... | 121 |
| 3.2.2. | Fragebogen zur Evaluation der Schulungen..... | 121 |
| 3.2.3. | Evaluationsbogen zur Durchführung der Assessments..... | 122 |
| 3.3. | Vorgehen in den stationären Pflegeeinrichtungen..... | 123 |
| 3.3.1. | Vorbereitungsphase..... | 123 |
| 3.3.2. | Implementationsphase..... | 124 |
| 3.3.3. | Zeitlicher Ablauf der Messungen..... | 125 |
| 3.4. | Auswertungsverfahren..... | 127 |
| IV. | ERGEBNISSE | |
| 1. | Qualität im professionellen Bereich: Befunde zur Strukturqualität..... | 129 |
| 1.1. | Veränderung des Wissensstandes der Mitarbeiter/innen durch die Schulungen..... | 129 |
| 1.2. | Messung des Kompetenzerwerbs durch das Erlangen von Routine und Sicherheit bei der Assessmentdurchführung..... | 133 |
| 2. | Qualität im professionellen Bereich: Befunde zur Prozessqualität..... | 140 |
| 2.1. | Verbesserung der Zustandsfeststellung - Vollständigkeit der Dokumentation..... | 141 |
| 2.2. | Mitwirkende an der Dokumentation..... | 143 |
| 3. | Qualität im professionellen Bereich: Befunde zur Ergebnisqualität..... | 147 |
| 3.1. | Veränderungen des Pflegeplanungsverhaltens..... | 147 |
| 3.1.1. | Erstellte Abklärungszusammenfassungen..... | 150 |
| 3.1.2. | Durchgeführte Abklärungshilfen (Resident Assessment Protocols - RAPs)..... | 150 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 3.1.3 | Aufnahme von abgeklärten Problemen in die Pflegeplanung..... | 151 |
| 3.2. | Analysen zum systematischen Vorgehen mit dem RAI in ausgewählten Bereichen..... | 153 |
| 3.2.1. | Bereich "Stürze"..... | 153 |
| 3.2.2. | Bereich "Dehydratation"..... | 157 |
| 4. | Qualität im klinischen Bereich: Befunde zu Ergebnisqualität..... | 161 |
| 4.1. | Charakteristika der Stichprobe am Ausgangspunkt der Untersuchung..... | 164 |
| 4.1.1. | Befunde zum Funktionsstatus der Untersuchungsgruppe..... | 164 |
| 4.1.2. | Klinische Charakteristika, Medikation, Behandlungen und Programme..... | 173 |
| 4.1.3. | Zusammengefasste Darstellung des Funktionsstatus..... | 179 |
| 4.2. | Analyse der interindividuellen Entwicklung der Bewohner/innen (Messung von Veränderungen auf der Prävalenzebene)..... | 181 |
| 4.2.1. | Entwicklung des Funktionsstatus - zusammengefasste Darstellung..... | 181 |
| 4.2.2. | Entwicklung des Funktionsstatus - differenzierte Betrachtung einzelner Merkmale..... | 184 |
| 4.2.2.1. | Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen..... | 185 |
| 4.2.2.2. | Entwicklung der Urinkontinenz..... | 186 |
| 4.2.3. | Darstellung der Zustandsveränderungen mit Hilfe von Indizes..... | 187 |
| 4.2.3.1. | Darstellung von Veränderungen auf der Grundlage des ADL - Scores..... | 188 |
| 4.2.3.2. | Darstellung von Veränderungen mit Hilfe der Cognitiv Performance Scale..... | 190 |
| 4.3. | Analyse der intraindividuellen Entwicklung der Bewohner/innen (Messung von Veränderungen auf der Inzidenzebene)..... | 193 |
| 4.3.1. | Intraindividuelle Entwicklung der Variable "Bewegung im Bett"..... | 193 |
| 4.3.2. | Intraindividuelle Entwicklung der Variable "Stuhlkontinenz"..... | 194 |
| 4.4. | Erforschung von Zusammenhängen zur Identifizierung von Potentialen zur Qualitätsverbesserung..... | 196 |
| 4.4.1. | Qualitätshinweise im Bereich "Bewegung im Bett"..... | 196 |
| 4.4.2. | Qualitätshinweise im Bereich "Stürze"..... | 199 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 4.4.3. | Qualitätshinweise im Bereich "Psychopharmaka"..... | 202 |
| 4.4.4. | Qualitätshinweise im Bereich "Freiheitsbeschränkende Maßnahmen"..... | 204 |
| V. | DISKUSSION | 205 |
| VI. | WEITERFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN | 226 |
| 1. | Konsequenzen aus den Mängeln des Forschungsbestandes..... | 226 |
| 2. | Empfehlungen für den Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen..... | 228 |
| VII. | SCHLUSSBETRACHTUNG | 231 |
| VIII. | LITERATURVERZEICHNIS | 235 |
| IX. | VERZEICHNIS DER ZITIERTEN GESETZE UND VERORDNUNGEN | 261 |
| X. | ANHANG | 263 |

| Verzeichnis der Tabellen | Seite |
|--|--------------|
| Tabelle 1: Darstellung der freiwilligen Maßnahmen der Qualitätssicherung der Verbände der Träger der freien Wohlfahrts- pflege und der Verbände privater Träger im stationären Bereich (Stand 2000)..... | 76 |
| Tabelle 2: Wirkungsbereiche der Qualitätssicherungsinstrumente und -maßnahmen..... | 92 |
| Tabelle 3: Darstellung der Forschungsfragen und Indikatoren..... | 98 |
| Tabelle 4: Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen..... | 104 |
| Tabelle 5: Teilnehmende Einrichtungen..... | 105 |
| Tabelle 6: Teilnehmer/innen der Studie..... | 106 |
| Tabelle 7: Altersverteilung männlicher Personen in Pflegeheimen..... | 108 |
| Tabelle 8: Altersverteilung weiblicher Personen in Pflegeheimen..... | 108 |
| Tabelle 9: Verteilung der Pflegestufen bei Heimbewohner/innen..... | 108 |
| Tabelle 10: Gründe für das Ausscheiden aus dem Projekt..... | 109 |
| Tabelle 11: Überblick zu den Erhebungsmethoden..... | 112 |
| Tabelle 12: Erfassungsbereiche des MDS | 120 |
| Tabelle 13: Problembereiche im Formular Abklärungszusammenfassung..... | 121 |
| Tabelle 14: Schulungsinhalte..... | 124 |
| Tabelle 15: Qualität im professionellen Bereich: Forschungsfragen zur Strukturqualität..... | 130 |
| Tabelle 16: Organisatorische Aspekte der Schulungen (n=25)..... | 131 |
| Tabelle 17: Vermittlung der Schulungsinhalte (n=25)..... | 132 |
| Tabelle 18: Einschätzung der Schulungsinhalte/Wissenszuwachs (n=25)..... | 134 |
| Tabelle 19: Anzahl der Besuche, die zur Assessmentdurchführung notwendig waren..... | 135 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabelle 20: | Zeitdauer (halbstündige Intervalle) für die Erhebung der Assessments..... | 136 |
| Tabelle 21: | Qualität im professionellen Bereich: Forschungsfragen zur Prozessqualität..... | 140 |
| Tabelle 22: | Fehlangaben im Bereich P/Spezielle Behandlungen..... | 142 |
| Tabelle 23: | Mitwirkende an der Dokumentation..... | 143 |
| Tabelle 24: | Mitwirkungsbereitschaft der Informant/innen..... | 144 |
| Tabelle 25: | Bereiche mit Problemen bei der Informationsbeschaffung..... | 145 |
| Tabelle 26: | Qualität im professionellen Bereich: Forschungsfragen zur Ergebnisqualität..... | 149 |
| Tabelle 27: | Anzahl der durchgeführten Abklärungszusammenfassungen..... | 150 |
| Tabelle 28: | Abgeklärte Bereiche..... | 151 |
| Tabelle 29: | Abgeklärte und in die Pflegeplanung übernommene Bereiche..... | 152 |
| Tabelle 30: | Analyse des Pflegeplanungsverhaltens im Bereich Stürze..... | 155 |
| Tabelle 31: | Analyse des Pflegeplanungsverhaltes im Bereich Dehydratation..... | 158 |
| Tabelle 32: | Qualität im klinischen Bereich: Forschungsfragen zur Ergebnisqualität..... | 163 |
| Tabelle 33: | Baselinestatus/ADL-Leistungsfähigkeit /Eigenleistung (n=205)..... | 166 |
| Tabelle 34: | Baselinestatus/Transferart (n=205)..... | 166 |
| Tabelle 35: | Baselinestatus/Aufteilung von ADL-Aktivitäten/Rehabilitationpotential (n=205)..... | 167 |
| Tabelle 36: | Baselinestatus/Kognitive Fähigkeiten - Gedächtnis..... | 168 |
| Tabelle 37: | Baselinestatus/Kognitive Fähigkeiten - konkrete Situationen (n=204)..... | 168 |
| Tabelle 38: | Baselinestatus/Kognitive Fähigkeiten - alltägliche Entscheidungen (n=204)..... | 169 |
| Tabelle 39: | Baselinestatus/Hinweise auf ein Delir (n=204)..... | 169 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabelle 40: | Baselinestatus/Depression Rating Scale (DRS) (n=204)..... | 170 |
| Tabelle 41: | Baselinestatus/Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten (n=204)..... | 171 |
| Tabelle 42: | Baselinestatus/Initiative und Beteiligung (n=204)..... | 172 |
| Tabelle 43: | Baselinestatus/Kommunikative Fähigkeiten (n=204)..... | 173 |
| Tabelle 44: | Baselinestatus/Gesundheitszustand (n=205)..... | 174 |
| Tabelle 45: | Baselinestatus/Kreuztabelle zu Häufigkeit und Intensität der Schmerzen (n=205)..... | 175 |
| Tabelle 46: | Baselinestatus/Ulcera (n=205)..... | 175 |
| Tabelle 47: | Baselinestatus/Kategorien der Kontinenzkontrolle (n=205)..... | 176 |
| Tabelle 48: | Baselinestatus/Kreuztabelle zu Urinkontinenz und Toilettenplan (n=205)..... | 177 |
| Tabelle 49: | Baselinestatus/Kreuztabelle zu Stuhlkontinenz und Toilettentraining (n=205)..... | 177 |
| Tabelle 50: | Baselinestatus/Spezielle Behandlungen (n=205)..... | 178 |
| Tabelle 51: | Zusammengefasste Darstellung der Funktionsfähigkeit (Baselinestatus)..... | 180 |
| Tabelle 52: | Funktionsstatus der im Messverlauf nichtausgeschiedenen Personen - Zusammengefasste Darstellung (n=120)..... | 182 |
| Tabelle 53: | Differenzierte Betrachtung einzelner Merkmale..... | 184 |
| Tabelle 54: | Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen (n=120)..... | 185 |
| Tabelle 55: | Entwicklung der Urinkontinenz (n=120)..... | 187 |
| Tabelle 56: | Entwicklung der körperlichen Funktionsfähigkeiten (ADL-Score) (n=120)..... | 188 |
| Tabelle 57: | Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS) (n=120)..... | 191 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabelle 58: | Intraindividuelle Entwicklung der Variable Bewegung im Bett (n=120)..... | 194 |
| Tabelle 59: | Intraindividuelle Entwicklung der Variable Stuhlkontinenz (n=120) | 195 |
| Tabelle 60: | Kreuztabelle zu Bewegung im Bett und Urinkontinenz (n=120)..... | 197 |
| Tabelle 61: | Kreuztabelle zu Urinkontinenz und Bewegung im Bett (n=120)..... | 197 |
| Tabelle 62: | Kreuztabelle zu Bewegung im Bett und Stuhlkontinenz (n=120)..... | 197 |
| Tabelle 63: | Kreuztabelle zu Stuhlkontinenz und Bewegung im Bett (n=120)..... | 198 |
| Tabelle 64: | Kreuztabelle zu Bewegung im Bett und Ulcera (n=120)..... | 198 |
| Tabelle 65: | Kreuztabelle Ulcera und Bewegung im Bett (n=120)..... | 198 |
| Tabelle 66: | Kreuztabelle zu Unsicherer Gang und Sturz (n=120)..... | 199 |
| Tabelle 67: | Kreuztabelle zu Sturz und Unsicherer Gang (n=120)..... | 199 |
| Tabelle 68: | Kreuztabelle zu Schwindel/Benommenheit und Sturz (n=120)..... | 200 |
| Tabelle 69: | Kreuztabelle zu Sturz und Schwindel/Benommenheit (n=120)..... | 200 |
| Tabelle 70: | Kreuztabelle zu Antidepressiva und Sturz (n=120)..... | 201 |
| Tabelle 71: | Kreuztabelle zu Sturz und Antidepressiva (n=120)..... | 201 |
| Tabelle 72: | Kreuztabelle zu Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Urinkontinenz (n=120)..... | 202 |
| Tabelle 73: | Kreuztabelle zu Urinkontinenz und Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (n=120)..... | 202 |
| Tabelle 74: | Kreuztabelle zu Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Stuhlkontinenz (n=120)..... | 203 |
| Tabelle 75: | Kreuztabelle zu Stuhlkontinenz und Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (n=120)..... | 203 |
| Tabelle 76: | Kreuztabelle zu Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Ulcera (n=120)..... | 204 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabelle 77: | Kreuztabelle zu Ulcera und Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (n=120)..... | 204 |
| Tabelle 78: | Übersicht - Vergleich ausgewählter Forschungsergebnisse zu den Befunden der vorliegenden Arbeit..... | 221 |

| Verzeichnis der Abbildungen | Seite |
|---|--------------|
| Abbildung 1: Ausgeschiedene Personen..... | 109 |
| Abbildung 2: Vorgehen mit dem RAI 2,0..... | 117 |
| Abbildung 3: Implementationsschritte..... | 125 |
| Abbildung 4: Zeitliche Durchführung der Studie..... | 126 |
| Abbildung 5: Zeit zur Durchführung des MDS..... | 135 |
| Abbildung 6: Zeitaufwendigste Bereiche..... | 137 |
| Abbildung 7: Bereiche mit Verständnisproblemen..... | 138 |
| Abbildung 8: Analyse zum systematischen Vorgehen mit dem RAI: Gegenüberstellung Verstorbene und Nichtausgeschiedene im Bereich Stürze..... | 157 |
| Abbildung 9: Analyse zum systematischen Vorgehen mit dem RAI: Gegenüberstellung Verstorbene und Nichtausgeschiedene im Bereich Dehydratation..... | 160 |
| Abbildung 10: Auswertung des Initialassessments..... | 161 |
| Abbildung 11: Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen (n=120)..... | 186 |
| Abbildung 12: Entwicklung der Urinkontinenz (n=120)..... | 187 |
| Abbildung 13: Entwicklung der körperlichen Funktionsfähigkeiten (ADL-Score) (n=120)..... | 189 |
| Abbildung 14: Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS) (n=120).... | 192 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|---------------------------------------|
| Abb. | - Abbildung |
| Abs. | - Absatz |
| Abschn. | - Abschnitt |
| ADL | - Activities of Daily Living |
| Anm.d.V. | - Anmerkung der Verfasserin |
| Ass./ASS | - Assessment |
| Bez. | - Bezeichnung |
| BGBI. | - Bundesgesetzblatt |
| BSHG | - Bundessozialhilfegesetz |
| bspw. | - beispielsweise |
| bzw. | - beziehungsweise |
| ca. | - circa |
| CPS | - Cognitive Performance Scale |
| df | - degree of freedoms (Freiheitsgrade) |
| d.h. | - das heißt |
| DRS | - Depression Rating Scale |
| DS | - Drucksache |
| DZA | - Deutsches Zentrum für Altersfragen |
| ebd. | - ebenda |
| et al. | - et alii (und andere) |
| evt. | - eventuell |
| exempl. | - exemplarisch |
| ggf. | - gegebenenfalls |
| Hg. | - Herausgeber |
| i.d.R. | - in der Regel |

| | |
|---------|--|
| i.S.d. | - im Sinne des |
| i.V.m. | - in Verbindung mit |
| Kap. | - Kapitel |
| KDA | - Kuratorium Deutsche Altershilfe |
| lt. | - laut |
| LT (DR) | - Landtag (Drucksache) |
| LQN | - Leistungs- und Qualitätsnachweis(e) |
| LQV | - Leistungs- und Qualitätsvereinbarung(en) |
| MDK | - Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen |
| MDS | - Minimum Data Set |
| MDS | - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherungen |
| n.s. | - non signifikant |
| o.ä. | - oder ähnliche(s) |
| o.g. | - oben genannte(n) |
| Pers. | - Personen |
| RAI | - Resident Assessment Instrument |
| RAPs | - Resident Assessment Protocols (Abklärungshilfen) |
| rd. | - rund |
| SGB | - Sozialgesetzbuch |
| s. | - signifikant |
| sog. | - sogenannt(e) |
| Tab. | - Tabelle |
| u.a. | - unter anderem |
| u.U. | - unter Umständen |
| v. | - von |
| vgl. | - vergleiche |

| | |
|------|-----------------------------|
| WHO | - World Health Organization |
| z.B. | - zum Beispiel |
| z.T. | - zum Teil |

I. EINFÜHRUNG

1. Problemstellung

Nachdem die deutsche Fachdebatte um Qualität in der Pflege hinter der internationalen Diskussion lange Zeit zurückzubleiben schien (vgl. exempl. Roth 2004; Görres/Martin 2003; Roth 2002; Smith/Zank 2002; Schnabel/Schöneberg 1998), ist spätestens seit Einführung der Pflegeversicherung die Pflege und deren Qualität zu einem bedeutenden gesellschaftlichen Thema geworden. Dabei kommt der vollstationären Langzeitversorgung innerhalb des deutschen Gesundheitssystems - insbesondere bei der Betreuung hochgradig abhängiger Klient/innen - eine wichtige Rolle zu. Die fachgerechte Versorgung hilfebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen nimmt heute in der Öffentlichkeit einen breiten Raum ein und besetzt einen prominenten Platz in der pflegepolitischen Diskussion.

Diese Diskussion steht in Zusammenhang mit dem zunehmenden "Problemdruck" aufgrund des wachsenden Anteils alter Menschen in der Bevölkerung. Steigende Anforderungen ergeben sich aus veränderten Rahmenbedingungen, u.a. aus der durch die Gesetzgebung initiierten Entwicklung im Krankenhausbereich. Die Relevanz des Themas Qualität ist aber vor allem der - im Zusammenhang mit der Gesetzgebung stehenden - Verbrauchersouveränität und marktwirtschaftlichen Situation in der bundesdeutschen Pflegelandschaft geschuldet.

Für die Programmatik der Qualitätssicherung in der Pflege stehen in erster Linie die Schlüsselvorschriften des § 80 und des §112 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (SGB XI). Mit diesen Vorschriften werden Grundsätze zur Qualität der Versorgungsleistung festgelegt; die Qualitätserbringung und -kontrolle wird verpflichtend bei den Einrichtungen und deren Trägern verortet. Erklärtes Anliegen des Gesetzgebers ist es, den Klient/innen der Pflegeheime eine bedarfsgerechte und dem Stand der Kenntnis angemessene medizinisch-pflegerische Versorgung zu garantieren.

Gleichzeitig gestattet die Qualitätssicherung und -darlegung den Kostenträgern, die Güte pflegerischer Dienstleistungen und die Kosten ihrer Erbringung zu kontrollieren. Für die Einrichtungen bildet die Qualitätsdarlegung eine Grundlage für die Kostenverhandlungen und bietet eine Möglichkeit, erbrachte Leistungen in der Öffentlichkeit transparent darzulegen und so das Einrichtungimage zu verbessern (vgl. Göpfert-Divivier/Robitzsch 2002; Igl/Klie 2002; Wittmann 2001; Schmidt 2000; Garms-Homolová 1998).

Gegenwärtig bemüht sich deshalb eine Vielzahl von Einrichtungen um die Implementation der Qualitätssicherung in die Organisation. Bislang finden vor allem unterschiedliche

externe freiwillige Zertifizierungen Verwendung. Trotz der Zunahme der Pflegeheime, die über solche Qualitätszertifizierungen verfügen oder diese anstreben, bestehen aber hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzung und Erbringung von Qualität erhebliche Defizite (Bartholomeyczik/Schrems 2004; Garms-Homolová/Roth 2004; Güttler/Lehmann 2003). In der Presse veröffentlichte Pflegeskandale und Berichte über gravierende Pflegemängel, die auch zertifizierte Einrichtungen betreffen, weisen darauf hin, dass diese Zertifizierungen wenig über die de facto geleistete Pflege und deren Ergebnisse aussagen.

Aber auch die auf gesetzlicher Basis regelmäßig stattfindenden Kontrollen in den Einrichtungen und immer neue Anforderungen zur Pflegequalität bewirken bis zum jetzigen Zeitpunkt kaum Anzeichen einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Dies zeigt sich an den seit Jahren gleichbleibend hohen Qualitätsmängeln, die bei den Kontrollen von MDK oder Heimaufsicht festgestellt werden. Zumeist werden die gesetzlichen (Mindest-Vorgaben zur Qualitätssicherung von den Einrichtungen nur punktuell erfüllt (MDS 2004; Brüggemann 2002, 2003).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie Qualität im Pflegebereich dauerhaft erreicht werden kann. Dies ist auch Thema der vorliegenden Arbeit.

Langjährige internationale Erfahrungen in der Qualitätsarbeit zeigen, dass für eine dauerhafte Qualitätsverbesserung neben der externen Qualitätssicherung, die vornehmlich auf Kontrolle ausgerichtet ist, andere Ansätze zum Tragen kommen müssen. Insbesondere werden Verfahren benötigt, in deren Mittelpunkt das Potential der Mitarbeiter/innen zur Qualitätserbringung steht.

Bei der Anwendung von Qualitätskonzepten in der Pflege scheint es sinnvoll, von Erkenntnissen und Erfahrungen aus dem industriellen und dem Dienstleistungsbereich zu profitieren.

Begründet durch die Komplexität und Besonderheiten von Pflege als spezieller Dienstleistung können jedoch Normen, Begrifflichkeiten und Konzepte aus diesen Bereichen nicht ohne Weiteres auf die Pflege übertragen werden. Weil Pflege prozess- und beziehungsorientiert ist, muss die Qualitätsarbeit auf den unmittelbaren Prozess der Leistungserbringung, der genaue Kenntnisse über den Bedarf der Klient/innen voraussetzt, ausgerichtet sein. Genügen kann diesen Anforderungen nur ein Instrument, das speziell auf die Klientel im Pflegebereich zugeschnitten ist, in den Pflegealltag integriert werden kann und die Mitarbeiter/innen - die als "Hauptakteure" in der Pflege eine Schlüsselposition einnehmen - in die Lage versetzt, Qualität zu erbringen. Benötigt werden interne Verfahren der Qualitätssicherung; auch hierzulande zeichnet sich nun eine Schwerpunktverschiebung von der externen Qualitätskontrolle auf interne Maßnahmen der Eigenüber-

wachung ab.

Die Konzepte, die derzeit in der Pflege in Deutschland zum Einsatz kommen, bilden aber jeweils nur einzelne Bereiche der pflegerischen Leistungserbringung ab und sind zu einer umfassenden Verbesserung des Prozesshandelns der Pflegenden - d.h. zur Verbesserung einer qualitätsgerechten Berufsausübung - sowie zur Handlungs- und Ergebniskontrolle wenig geeignet.

Verfahren, die sich a.) am Pflegeprozess orientieren und seine Schritte - zu denen die Informationssammlung, Identifizierung von Problemen und Ressourcen, Planung und Verrichtung sinnvoller Maßnahmen sowie Wirkungsmessung gehören - umfassen, mit denen b.) die Mitarbeiter/innen in die Lage versetzt werden, Pflege individuell, geplant und damit langfristig erfolgversprechend auszuführen, und die c.) die Pflegekräfte dazu befähigen, die Qualität ihrer Arbeit auch selbst zu kontrollieren, kommen in Deutschland bislang kaum zur Anwendung.

Einen theoretischen und empirischen Beitrag zur Schließung dieser Lücke will die vorliegende Arbeit leisten.

Dazu erfolgt zuerst eine Annäherung an das Thema Pflegequalität aus verschiedenen Perspektiven. Betrachtet werden insbesondere:

1. Die steigende Bedeutung der Pflegequalität. Erörtert wird zunächst der steigende Bedarf an stationären Pflegeleistungen als Folge der demographischen Entwicklungen und der Entwicklungen im Krankenhausbereich. In einem zweiten Schritt wird beleuchtet, wie diese Zunahme des Bedarfs mittelbar zu einem Bedeutungszuwachs des Themas "Qualität in der Pflege" geführt hat.
2. Der Stand der Forschung zur Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege. Im Vordergrund steht dabei die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität im stationären Langzeitpflegebereich und die Befähigung der Mitarbeiter/innen zur Qualitätserbringung.
3. Die Merkmale von Dienstleistungen, insbesondere der Pflege als spezieller Dienstleistung. Die Betrachtung der Besonderheiten von Pflege erweist sich als bedeutsam für die Verwendung des Qualitätsbegriffes im pflegerischen Bereich sowie bei der Übertragung von Prinzipien aus Qualitätskonzepten anderer Bereiche.
4. Anforderungen an die Qualität in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Herausgearbeitet wird, welche Überlegungen sich als unabdingbar zur Beant-

wortung der Fragestellung erweisen. Ausgehend von den Prinzipien bewährter Qualitätskonzepte werden Anhaltspunkte und Prämissen extrahiert, die für die Qualitätsverbesserung der pflegerischen Leistungserbringung bedeutsam sind.

5. Gesetzliche Bestimmungen zur Qualität in der vollstationären Langzeitpflege.
6. Bereits verwendete Instrumente. Anhand der gebräuchlichsten Instrumente soll gezeigt werden, inwieweit diese sich im Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung als angemessen erweisen bzw. welche Bereiche der Qualität in der Pflege mit diesen Verfahren abgedeckt werden können.

Ausgehend von diesen Überlegungen wird untersucht, wie die Pflegequalität in Einrichtungen der vollstationären Langzeitversorgung verbessert werden kann.

Freilich kann innerhalb der vorliegenden Arbeit nur ein kleiner Ausschnitt der Qualität betrachtet werden. Fokussiert werden insbesondere Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung, die auf einer verbesserten Befähigung der Mitarbeiter/innen zur Qualitätserbringung auf der Grundlage eines veränderten Dokumentations- und Planungsverhaltens fußen.

Unter "Befähigung" wird im Rahmen dieser Arbeit aber weniger die formale Qualifikation der Mitarbeiter/innen verstanden, auf die sich u.a. das SGB XI oder die Qualitätsgrundsätze der Leistungserbringer und Kostenträger beziehen. Vielmehr ist die tatsächliche Fähigkeit des Pflegepersonals, "professionelle" Qualität zu erbringen, diese Qualität eigenständig zu kontrollieren und so aktiv am Qualitätsprozess zu partizipieren, gemeint. Unter professioneller Qualitätserbringung durch das Pflegepersonal soll diagnostisches, geplantes, auf dem Stand der Kenntnis basierendes und auf die Erhaltung der Autonomie der Klient/innen gerichtetes Handeln verstanden werden (vgl. Kämmer/Sirsch 2005).

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung wird aufgezeigt, inwieweit sich die Implementation eines Qualitätsinstrumentes - des Resident Assessment Instrument (RAI 2,0) - auf ausgewählte Aspekte der Qualität auswirkt. Dieses Instrument zielt auf eine Verbesserung des Kenntnisstandes der Mitarbeiter/innen, ist am Pflegeprozess orientiert und umfasst verschiedene Schritte. Grundlage des RAI und Schwerpunkt der Studie ist eine strukturierte und standardisierte Informationssammlung - als erster Schritt des Pflegeprozesses und Voraussetzung der Qualitätserbringung.

Für die Studie wurde das RAI in vier Pflegeeinrichtungen in Sachsen im Verlauf eines Jahres erprobt und evaluiert.

2. Zielsetzung der Arbeit

Im Sinne der Gesundheitsforschung soll nachgewiesen werden, wie sich die Einführung eines standardisierten und umfassenden Assessmentverfahrens in den Einrichtungen hinsichtlich des Prozesshandelns bei der Versorgung der Bewohner/innen auswirkt; im Mittelpunkt steht die Befähigung und Verhaltensänderung der Mitarbeiter/innen bei der Zustandsfeststellung und Maßnahmenplanung. Ferner soll untersucht werden, ob sich die im Pflegealltag erhobenen Daten eignen, die Qualität der erbrachten Pflege zu kontrollieren und ob aus diesen Angaben Hinweise für gezielte Qualitätsverbesserungen gewonnen werden können. Insgesamt soll gezeigt werden, inwieweit das Resident Assessment Instrument als Instrument zur Verbesserung der Pflegequalität in stationären Langzeiteinrichtungen geeignet ist.

Schwerpunkte der Untersuchung sind:

1. ***Handlungs- und Prozessorientierung, Befähigung der Mitarbeiter/innen***
 - Steigert das Instrument die Befähigung der Mitarbeiter/innen zu einer qualitätsgerechten Berufsausübung? Bewirkt es einen messbaren Wissenszuwachs und eine Kompetenzerweiterung hinsichtlich pflegerelevanter Kenntnisse?
 - Fördert die Arbeit mit dem RAI die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Professionen bei der Versorgung alter Menschen?
 - Verbessert das Instrument die Partizipation und Befähigung der Mitarbeiter/innen den Pflegeprozess aktiv mitzugestalten? Verändert sich das Dokumentationsverhalten als Voraussetzung der Qualitätserbringung? Beeinflusst der Einsatz des RAI das Pflegeplanungsverhalten? Fördert die Arbeit mit dem RAI eine ressourcenorientierte und aktivierende Pflege, die auf eine Erhaltung und Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeiten der Klient/innen ausgerichtet ist?
2. ***Bewohner/innenorientierung***
 - Können auf der Grundlage der genauen Zustandsfeststellung (also der genauen "Kenntnis") der Bewohner/innen Potentiale und Zusammenhänge für eine gezielte Verbesserung der Pflegequalität generiert werden?
 - Erhalten die Mitarbeiter/innen ein Feedback über ihre Tätigkeit und verfügen sie mit diesem Instrument über ein "Handwerkszeug" zur qualitätsorientierten Selbstkontrolle?

3. Public Health Relevanz

Die speziellen Charakteristika des Gesundheitszustandes der alten und hochbetagten Bevölkerungsgruppen (siehe II. 1.1.) verursachen einen besonderen Versorgungsbedarf. Sie erfordern multiprofessionelle, komplexe und integrierte Versorgungsstrategien und ein langzeitorientiertes Management, das auf die besonderen Verläufe alterstypischer Veränderungen eingeht und die besondere Situation der Betroffenen berücksichtigt (exempl. Garms-Homolová/Schaeffer 2000a; Olbrich 1998; Bartholomeyczik 1998; Schaeffer/Moers 1998; Garms-Homolová 1998). Speziell in Pflegeeinrichtungen ist die Prävalenz chronischer Veränderungen im Alter in hohem Maße davon abhängig, ob die Betreuung wirklich im Sinne einer aktivierenden und ganzheitlichen Pflege wahrgenommen wird und inwieweit noch bestehende Ressourcen und Rehabilitationspotentiale ausgeschöpft werden (exempl. Garms-Homolová/Schaeffer 2000a; Schaeffer/Moers 1998). Den Mitarbeiter/innen der Pflege kommt hier eine herausragende Rolle zu. Ihre Befähigung, die Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen der Bewohner/innen zu erkennen und adäquate Maßnahmen abzuleiten wirkt sich unmittelbar auf den Erfolg und die Qualität der Pflege aus.

Um eine angemessene Qualität der Pflege, die auf eine Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen abzielt, zu garantieren, gibt der Gesetzgeber im Pflege-Versicherungsgesetz Vorgaben zur Qualitätssicherung. Auffällig ist, dass die Vorlagen des Gesetzgebers durch unspezifische Formulierungen geprägt sind (siehe II. 6). Dies dürfte zumindest teilweise durch Wissens- und Forschungsdefizite speziell im Bereich der Versorgungsforschung und der Qualitätsforschung als pflegewissenschaftlicher Disziplin der Versorgungsforschung, begründet sein (Garms-Homolová/Roth 2004; Görres/Martin 2003; Nauerth 2003; Smith/Zank 2002; Badura/Strodtholz 2000).

Die Umsetzung grundlegender Qualitätsziele in der Pflege, wie die Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität auch unter den Bedingungen degenerativer Veränderungen im Alter, die Absenkung der Inzidenzrate von Krankheit, Behinderungen oder durch mangelnde Pflege verursachten Gesundheitsschäden bei den Betroffenen - aber auch die Umsetzung wichtiger gesundheitspolitischer Ziele, wie die Vermeidung unnötiger Behandlungs- oder Folgekosten - erfordern fundierte Kenntnisse, die auf wissenschaftlichen Untersuchungen und Forschungsergebnissen basieren müssen.

Vor diesem Hintergrund sollten gerade Analysen der Wirksamkeit (Ergebnisqualität) von Versorgung (einschließlich der Pflege- und Therapiekonzepte) einen größeren

Stellenwert erhalten, nicht zuletzt, um wirksame, aber auch unwirksame oder überbeuerte Leistungen zu identifizieren (Badura/Strodtholz 2000). Um zentrale Aufgaben von Public Health, wie die Vorbeugung und Hinauszögerung des Eintritts von Alterserkrankungen und die Rehabilitation bei bereits bestehenden Erkrankungen zu gewährleisten, erweisen sich wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse als unabdingbar. Daneben erfordert auch die Bereitstellung bedarfsgerechter Angebote für einzelne Bevölkerungsgruppen und die Entwicklung geeigneter Konzepte für die Versorgungs- und Qualitätssicherung empirische Grundlagen (Smith/Zank 2002; Garms-Homolová/Schaeffer 2000a; Brenner 1997; Schaeffer et al. 1994). Notwendig sind systematische Bestandsaufnahmen zur vorhandenen Pflegeklientel (Case Mix) in der stationären Altenhilfe und dem tatsächlich vorhandenen Pflegebedarf. Erforderlich sind aber auch Untersuchungen der Situation der Versorgungserfordernisse und -realität von Hochbetagten, Interventions- und Evaluationsstudien sowie Längsschnitt- und Querschnittsdaten der Versorgungs- und Pflegeforschung.

Ausgehend von ihrer Zielstellung soll die vorliegende Arbeit als praxisorientierte Interventions- und Aktionsstudie in der Versorgungsforschung einen Beitrag zur unter den gegenwärtigen Bedingungen mehr und mehr an Relevanz gewinnenden prozess- und outcomeorientierten Messung von Pflegequalität leisten und Ansätze darlegen, wie die Qualität der Versorgungsleistungen unter den Alltagsbedingungen in Pflegeheimen verbessert werden kann. Die vorliegende Untersuchung versteht sich somit als ein Beitrag zur evidenzbasierten Qualitätsforschung.

4. Verwendete Begriffe

Im Folgenden werden häufig verwendete Begriffe näher definiert und abgegrenzt:

- **Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement**

Obwohl im Rahmen dieser Arbeit beide Begriffe - Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement - zur Anwendung kommen, wird auf eine strikte inhaltliche Trennung dieser Bezeichnungen verzichtet. Beide Ausdrücke sollen weitestgehend synonym im Sinne von Qualitätsmanagement aufgefasst werden.

Dies entspricht nicht der Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ 2004, 1997), die empfiehlt, den Begriff der Qualitätssicherung ganz zu vermeiden bzw. durch den Begriff "Qualitätsmanagement-Darlegung" zu ersetzen. Nach allgemeinen Übereinkünften in den nationalen und internationalen Normungsgremien (Festlegung der ISO-Normen) repräsentiere der Ausdruck Qualitätssicherung lediglich ein Teilgebiet eines durch den Begriff Qualitätsmanagement bestimmten Gesamtkomplexes, der vielfältige Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung umfasst (DGQ 2004, 1997; DIN 1995; 1997).

Im Bereich des Gesundheitswesens und der Pflege hat sich aber die Bezeichnung "Qualitätsmanagement" gegen die tradierte Verwendung von Qualitätssicherung als Oberbegriff für alle Aktivitäten im Umgang mit Qualität (Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsdarlegung und Qualitätsverbesserung) bisher nicht durchsetzen können (exempl. Igl et al. 2002; Gerste et al. 2004).

- **Qualitätskontrolle**

Vom Qualitätsmanagement abgegrenzt werden soll die Qualitätskontrolle. Dieser Begriff steht für Maßnahmen der "Qualitätsüberwachung", bei denen Qualität im Gegensatz zu den Prinzipien des Qualitätsmanagements als statische Größe wahrgenommen wird, deren Erbringung mit dem Erreichen eines bestimmten Ziels (Messung dieses festgelegten Ziels durch kontrollierende Maßnahmen) abgeschlossen ist (Görres 1999; Eichhorn 1997; Staudt/Hinterwäller 1982).

- **Qualitätsverbesserung oder Continuous Improvement Management**

Unter diesen Bezeichnungen soll ein Ansatz verstanden werden, bei dem überall in der Organisation Maßnahmen zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz von Tätigkeiten und Prozessen ergriffen werden, um zusätzlichen Nutzen sowohl für die Organisation als auch für die Kunden zu erzielen (vgl. DGQ 2004). Wesentlicher Bestandteil der Aktivitäten des Continuous Improvement Management ist die Miteinbeziehung und Bevollmächtigung aller Mitarbeiterebenen mit dem Ziel, kontinuierliche Optimierungsaktivitäten - d.h. Qualitätsverbesserungen - zu entwickeln, zu unterstützen und umzusetzen

(vgl. exempl. Kämmer et al. 2001; Eichhorn 1997; Meffert/Bruhn 1997; Al-Ani 1996; Simon 1996; Meffert 1994; Oess 1994; Masing 1994; Kaminske/Brauer 1993; Steinberg 1991; Zink 1989; Wyckhoff 1988).

- Qualitätsbewertung

Qualitätsbewertung bezeichnet die systematische Untersuchung, inwieweit eine Organisation oder ein Teil der Organisation fähig ist, festgelegte Qualitätsanforderungen zu erfüllen (DGQ 1997). Untersucht wird also die Relation zwischen Erwartungen oder Anforderungen (z.B. professioneller oder administrativer Art) und der erreichten Realität (Bölicke/Wlosinski 2000).

- Qualitätsmessung

Qualitätsmessung meint die geplante, systematische und laufende Erfassung, Zusammenstellung und Organisation von Daten hinsichtlich der Qualität (Bölicke/Wlosinski 2000; Oess 1994; Fiechter/Meier 1993).

5. Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche

Für die Darstellung der theoretischen Grundlagen und des Forschungsstandes in Teil II der vorliegenden Arbeit, die Basis und Hintergrund der empirischen Untersuchung (Teil III) bilden, wurde eine Literaturrecherche vorgenommen.

Zuerst erfolgte eine thematische Recherche in der Literaturdatenbank GEROLIT des Deutschen Zentrums für Altersfragen in Berlin (DZA). Hierzu wurde anhand der vom DZA zur Verfügung gestellten Schlagwortliste unter verschiedenen Schlagworten und Suchbegriffen recherchiert. Suchbegriffe waren: Qualität, Pflegequalität, Qualitätsmanagement, Qualitätskonzepte, Qualitätsmessung, Qualitätsmängel, Qualitätsinstrumente, Qualitätssicherung, Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, stationäre Langzeitversorgung, Pflegeheime, Pflegeversicherung, Pflegeprozess, Pflegedokumentation, Pflegeplanung, Resident Assessment Instrument.

Dabei wurde Literatur unterschiedlicher Art auf Hinweise und Verwendungsmöglichkeiten für das zu bearbeitende Thema geprüft, so z.B. Veröffentlichungen des DZA, Sammelwerke, Monographien und Zeitschriftenartikel sowie "graue Literatur" wie Dissertationen, unveröffentlichte Forschungsberichte und Tagungs- oder Kongressberichte. Betrachteter Zeitraum sollten die Jahre von 1985 bis 2004 sein. Da die Anzahl der vorhandenen Publikationen bei dieser anfänglichen Recherche sehr umfangreich war (ca. 950 Publikationen), mussten systematische Einschränkungen vorgenommen werden. Dazu wurde die Zeitspanne für die zu sichtende Literatur auf das Jahr 1989 bis für die Schwerpunkte Qualität und Pflegequalität und auf 1999 (Entwurf des Pflegeversicherungsgesetzes lag bereits vor) für die Thematik Langzeitpflegeeinrichtungen, vollstationäre Pflege eingeschränkt. Zudem wurden die Suchbegriffe systematisch miteinander verknüpft, so dass für die Suche nun spezifischere Begriffe zur Verfügung standen.

Hierdurch konnte die Anzahl des verfügbaren relevanten Materials vorerst auf 560 Publikationen und durch weitere Systematisierungen und Einschränkungen auf ca. 320 Sammelwerke und Monographien begrenzt werden, die eingesehen wurden.

Ergänzend wurden systematisch die Jahrgänge 1999 bis 2004 von Zeitschriftenartikeln, die sich explizit mit Qualität und Qualitätsmessung im Gesundheits- und Pflegebereich befassen, recherchiert. Auch neuere Veröffentlichungen des DZA, die zur Erarbeitung des Themas relevant sein könnten, so z.B. die Publikationen des Informationsdienst Altersfragen (und hier insbesondere die Reihe GEROSTAT) und aktuellere Veröffentlichungen der gelben und weißen Reihe des DZA wurden unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und Qualitätsmessung ausgewertet.

Gesucht wurde auch in den Datenbanken DIMDI, MEDLINE und SSCI jeweils im Titel oder Abstract nach den Schlüsselbegriffen und Schlagwörtern, die auch bei der Literaturrecherche im DZA verwendet wurden. Zur Anwendung kamen dabei auch sog. "wildcards" (z.B. *pflege* oder *care*), mit denen sich Zeichenfolgen in Begriffen finden lassen. Die Suche wurde hier zunächst auf die Jahre 1995 bis 2004 eingegrenzt.

Daneben wurde in der Bibliothek der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin nach weiterer pflegewissenschaftlicher Literatur zu der bearbeiteten Thematik und nach Diplomarbeiten, welche die Qualitätsproblematik zum Thema haben oder tangieren, gesucht.

Zu internationalen Qualitätsansätzen und Konzepten im industriellen und im Dienstleistungsbereich wurde Literatur in der Sächsischen Landesbibliothek und Universitätsbibliothek Dresden und hier u.a. der Bereich der Wirtschaftswissenschaften eingesehen und genutzt. Als Zeitspanne für die Literaturrecherche wurden hier die Jahre 1965 bis 2004 festgelegt.

Recherchiert wurde zudem in den Dresdner Zweigbibliotheken für Medizin und Public Health und in den Beständen des Forschungsverbundes Public Health Dresden. In der Bibliothek des Sächsischen Staatsministeriums für Gesundheit, Soziales und Familie in Dresden wurde eine Reihe direkt zugänglicher Zeitschriften ab dem Jahrgang 1998 nochmals intensiver durchgesehen. Dies waren im Einzelnen folgende Publikationen: Altenpflege, Die Schwester/Der Pfleger, Das Gesundheitswesen, Zeitschrift für Sozialreform, Altenheim, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Geriatrie Praxis, Forum Sozialstation, Schriftenreihe Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung, Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, Background/Fachjournal Bundesverband Ambulante Dienste e.V., Krankenpflege, Pflege Aktuell, Managed Care, Pflegezeitschrift, Die Ersatzkasse, Pro Alter, Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Pflege- & Krankenhausrecht, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Altenpflegerin und Altenpfleger sowie die Zeitschrift Dr. med. Mabuse.

Weitere Quellen konnten nach dem Schneeballsuchsystem und via Anfrage bei Autoren oder Institutionen eruiert werden. So wurde bspw. Kontakt zum Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen in Kamenz aufgenommen. Dabei ging es in erster Linie um aktuelle Angaben zur Bevölkerungsstruktur und zu Daten der Pflegestatistik-Verordnung (§ 109 SGB XI).

Parallel zu diesen Bemühungen wurde auch das Internet als aktuelle Informationsquelle genutzt. Hier wurde zuerst mit verschiedenen Suchmaschinen (google, altavista, fireball, web.de) nach den genannten Schlüsselbegriffen recherchiert. Des Weiteren wurde auf den Homepages der einzelnen Wohlfahrtsverbände (caritas.de, diakonie.de, drk.de, paritaet.org, awo.org, verbaende.com) regelmäßig nach Informationen gesucht.

Auch die Seiten der Krankenkassen, des MDK, des Bundesministeriums für Gesundheit sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des KDA, der WHO und der InterRAI wurden regelmäßig aufgerufen.

Schließlich wurden auch die Internetseiten verschiedener Tages- und Wochenzeitungen (u.a. spiegel.de, diezeit.de, taz.de) regelmäßig nach themenrelevanten Beiträgen durchgesehen.

II. AUSGANGSSITUATION UND THEORETISCHER HINTERGRUND

1. Steigender Bedarf an stationären Pflegeangeboten

Die Anzahl von Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig zugenommen. Sie stieg im Bundesmaßstab von Januar 1998 bis Oktober 2001 um ca. 9 Prozent, das entspricht einer Zunahme um 681 Pflegeheime (BMFSFJ 2002: 259). Insgesamt existierten in der Bundesrepublik Deutschland bis 2001 etwa 9200 nach SGB XI zugelassene vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2003c), in Sachsen waren zu diesem Zeitpunkt ca. 500 Pflegeheime zugelassen (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2002).

Die statistischen Daten von 2001 weisen für Deutschland ca. 2,04 Millionen Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI aus (Statistisches Bundesamt 2003a), in Sachsen waren 118.918 Personen pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2003b). 582.000 Personen dieser Gruppe nahmen bundesweit vollstationäre Leistungen in Anspruch, in Sachsen belief sich die Zahl auf 33.419 Personen (Statistisches Bundesamt 2003a, b).

Aller Voraussicht nach wird der Bedarf auch in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Auf der Grundlage von Modellrechnungen wird prognostiziert, dass jährlich etwa 10.000 zusätzliche Pflegeheimplätze benötigt werden (KDA 2003a). Bedingt ist diese Entwicklung in erster Linie durch die demographische Entwicklung und die Veränderung der Bevölkerungsstrukturen. Aber auch die Einführung der sog. Diagnosis Related Groups (DRGs) im Krankenhausbereich hat Auswirkungen auf den Bedarf an stationärer Pflege.

Freilich steht die Zunahme des Bedarfs an stationären pflegerischen Versorgungsleistungen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Bedeutungszuwachs des Themas "Qualität in der Pflege", das Gegenstand dieser Arbeit ist. Mit steigendem Bedarf erhöht sich jedoch der Stellenwert der Pflege in der gesellschaftlichen Diskussion. Der so entstandene "Problemdruck" ist eine wesentliche Ursache für weitreichende Gesetzesveränderungen, mit denen Pflegeeinrichtungen nun direkt oder indirekt zu einer Verbesserung der Pflegequalität verpflichtet werden.

Mit der veränderten Gesetzgebung gehen weitere Entwicklungen einher - das Entstehen einer marktwirtschaftlichen Situation in der bundesdeutschen Pflegelandschaft und die zunehmende Verbrauchersouveränität forcieren ebenfalls die steigende Relevanz von Qualität in Pflegeeinrichtungen.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst die Zunahme des Pflegebedarfs erörtert. Dazu werden zuerst die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf den Bedarf an pflegerischer Versorgung beleuchtet. Im zweiten Schritt sollen die veränderten Rahmenbedingungen im Krankenhausbereich und deren Konsequenzen näher betrachtet werden.

1.1. Steigender Bedarf als Folge der demographischen Entwicklung

Anhand der nachfolgend aufgeführten Punkte wird herausgearbeitet, warum ein Ansteigen des Bedarfs an stationärer Pflege in den nächsten Jahren zu erwarten ist.

1. Die Anzahl und der Anteil alter Menschen in der Bevölkerung nehmen zu.

Die demographische Entwicklung in Deutschland - und auch in Sachsen - ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Zahl älterer und alter Menschen und durch eine Strukturverschiebung hinsichtlich des Alters der Bevölkerung zugunsten der höheren Altersgruppen (BMFSFJ 2002; Deutscher Bundestag 2001; Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 1997; BMFuS 1994). Prognosen zeigen ein Anhalten dieser Tendenz auf; bis zum Jahr 2030 wird mindestens jeder dritte Deutsche zu den 65jährigen oder älteren gehören (Garms-Homolová 2000a). Dies gilt auch für die Einwohner/innen Sachsens. Der Anteil der Altersgruppe der über 65jährigen wächst hier bis zum Jahre 2020 von derzeit 19,3 Prozent auf 28,5 Prozent (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 1997: 8).

Insgesamt ist lt. der Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2050 mit einer Zunahme der über 65-jährigen um etwa 7 Millionen Menschen - auf über 20 Millionen - zu rechnen. Der Anteil der über 80jährigen Personen wird von derzeit ca. 4 Prozent auf über 11 Prozent ansteigen: Die Gruppe der 80- bis 90jährigen wächst dann um etwa vier Millionen Personen (Statistisches Bundesamt 2000).

Besonders hervorzuheben ist der überproportionale Anstieg des Anteils der sog. "Hochaltrigen" (Tews 1996) - dies ist die Gruppe der über 90jährigen. Für diese Gruppe ist eine Zunahme um eine Million Personen prognostiziert (BMFSFJ 2002: 207). Gleichzeitig liegt die Zahl der Geburten unterhalb des Bestanderhaltungsniveaus, es muss von einer relativen Alterung der Bevölkerung gesprochen werden (Deutscher Bundestag 1994). Zusammenfassend kann mit Tews (1996) von einer "dreifachen Alterung" unserer Gesellschaft gesprochen werden: die absolute Zahl älterer Menschen nimmt zu, der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt und das Phänomen der "Hochaltrigkeit" weitet sich aus.

2. Alte und hochaltrige Bevölkerungsgruppen haben einen erhöhten Versorgungsbedarf.

Auch wenn die Morbidität der allgemeinen Bevölkerung und der "jüngeren Alten"¹ seit Jahren abnimmt (Schwartz/Walter 2000), ist die Zunahme der Lebenserwartung nicht mit einem gleichbleibendem Gesundheitszustand verbunden. Viele Krankheiten und Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen manifestieren sich erst im hohen und höchsten Alter (BMFSFJ 2002; Schwarz/Walter 2000; Böhmer 1994; Hirsch 1992). Aufgrund dessen verbringt ein großer Teil der Alten und Hochbetagten die letzte Zeit des Lebens in nicht-gesundem Zustand, leidet an degenerativen Veränderungen, chronischen Erkrankungen, Behinderungen sowie anderen Gesundheitseinschränkungen und Funktionsstörungen, die durch eine verminderte Belastbarkeit und Adaptibilität gekennzeichnet sind und besondere Belastungen für den Einzelnen mit sich bringen (Garms-Homolová/Schaeffer 2000a; Garms-Homolová 1998). Dabei gehen gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter oft mit geistigen Beeinträchtigungen und gerontopsychiatrischen "dementiellen" Erkrankungen einher, deren Prävalenz mit hohem Alter ebenfalls stark zunimmt (BMFSFJ 2002; Kern/Beske 1999; Häfner 1993; Lungerhausen 1992)². Insgesamt muss festgehalten werden, dass sich in den hohen und höchsten Altersgruppen eine akzeptable Lebensqualität und hinreichende Alltagskompetenz nur mit Hilfe von Dauermedikation, regelmäßiger Behandlung und gezielter pflegerischer Intervention erreichen lassen (Garms-Homolová 2003). Daraus resultiert zukünftig auch ein Mehrbedarf an pflegerischer Versorgung.

3. Die informellen Hilfenetze zeigen Grenzen.

Parallel zur demographischen Entwicklung unterliegen die Familienstrukturen in der Bundesrepublik einem strukturellem Wandel, dessen Auswirkungen zurückgehende Geburtenzahlen, sinkende Heiratsneigung sowie steigende Scheidungs- und Trennungszahlen sind (Deutscher Bundestag 2001c). Das führt zu neuen Konstellationen im Verhältnis der Familienmitglieder untereinander sowie im Zusammenleben der Generationen. Ein zunehmender Bevölkerungsanteil erreicht das Alter bereits im Stadium des Alleinlebens (Kern/Beske 1999; Schwartz/Walter 2000). Damit einhergehend nehmen die intrafamilialen Pflegemöglichkeiten für alte Menschen ab. Die hohe Beschäftigungsquote der Frauen und die steigende Mobilität verstärken dieses Problem noch. Das familiäre

¹ In der Soziodemographie üblich ist die Unterteilung zwischen "jüngeren Alten" (65 bis 74 Jahre) und "älteren Alten" (älter als 75 Jahre), daneben wird von "sehr Alten" oder "Hochbetagten" gesprochen (älter als 80 Jahre) (Schwartz/Walter 2000: 125)

² Konkret ist bis zum Jahre 2050 eine Verdoppelung der Anzahl dementiell Erkrankter auf über 2 Millionen Personen prognostiziert (Bickel 2001; BMFSFJ 2002).

Pflegepotential, welches bislang als "informelles Versorgungssystem" einen großen Teil des allgemeinen Versorgungsbedarfs abdeckte (Weyerer/Schäufele 1999: 48), nimmt ab. Inwieweit künftige veränderte Netze, in denen Zusammenschlüsse von Nichtverwandten und unkonventionelle Lebensgemeinschaften eine größere Rolle spielen werden, den Hilfebedarf abfangen können, lässt sich derzeit kaum prognostizieren. Bereits heute zeigt das informelle Hilfenetz aber Erschöpfungserscheinungen (Garms-Homolová 2003; Pöhlmann/Hofer 1997; Heinze/Naegele/Strünck 1996). Ältere Menschen werden damit künftig immer häufiger auf Hilfe von außen angewiesen sein.

4. Es kommt zu einem vermehrtem Bedarf an vollstationären Pflegeeinrichtungen. Vor dem Hintergrund der geschilderten Entwicklung der Altersstrukturen, der Charakteristika des Gesundheitszustandes alter und hochbetagter Menschen und der Grenzen informeller Hilfenetze muss angenommen werden, dass - trotz eines vom Gesetzgeber initiierten Ausbaus ambulanter Strukturen - eine wachsende Zahl Pflegebedürftiger nicht mehr zu Hause versorgt werden kann (vgl. BMFSFJ 2001; Engel 1998a; Infratest 1993). Insbesondere aus der Komplexität der Beeinträchtigungen resultiert ein besonderer Versorgungsbedarf, der multiprofessionelle, komplexe und integrierte Versorgungsstrategien erfordert (Garms-Homolová/Schaeffer 2000a). Das heißt, die Relevanz der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wächst und spielt besonders bei der Gruppe der Hochbetagten eine entscheidende Rolle. Bereits heute kann bei 30% der Pflegebedürftigen die Versorgung nur in einer vollstationären Einrichtung sichergestellt werden. Für das Jahr 2050 wird prognostiziert, dass ein Anteil von 60% aller Pflegebedürftigen vollstationär versorgt werden muss (Klie 2004). Speziell bei dementiell Erkrankten erweist sich schon heute in zwei Dritteln der Fälle die Aufnahme in ein Pflegeheim als unumgänglich (Kern/Beske 1999; BMFSFJ 1997; Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung 1995; Bickel 1995).

Daneben sprechen auch aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen für eine Zunahme des Bedarfs.

1.2. Steigender Bedarf als Folge der Entwicklung im Krankenhausbereich

Neben den o.g. Entwicklungen und Trends lassen auch die aktuellen Entwicklungen im Krankenhausbereich einen Mehrbedarf an stationärer Pflege erwarten. Im Jahr 2002 ist mit dem Gesundheitsreformgesetz ein neues Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Kraft getreten, das nun die Vergütung der Leistungen auf der Basis sog. "Diagnosis Related Groups" (DRGs) vorgibt. In diesem aus Australien stammenden Patientenklassifikationssystem werden einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien, wie Schwere der Erkrankung, Alter oder Komplikationen zusammengefasst (Oorthuis 2002).

Von der Einführung dieses Systems erwartet der Gesetzgeber neben der Schaffung von Transparenz und einer differenzierteren Finanzierung in erster Linie Kostensenkungen. Diese werden vorrangig durch eine "Intensivierung der Pflege" (ebd.: 8), d.h. durch die Verkürzung der Verweildauern erreicht. Um ihre Wirtschaftlichkeit zu wahren, werden Krankenhäuser künftig ihre Patienten in möglichst kurzer Zeit in einen Pflegezustand versetzen (müssen), der die postakute Versorgung in nachgeordneten Einrichtungen der Versorgungskette zulässt. Das heißt, das Krankenhaus dient in erster Linie der intensiven Behandlung, die endgültige Heilung bleibt aber der Phase nach der Entlassung vorbehalten (Schmidt/Seifert-Kraft 2001).

Vor allem für ältere und alte Patienten, die über eine geringere Dekompensationsfähigkeit verfügen, ergibt sich daraus eine verstärkte Nachsorge.

Auch wenn abzuwarten ist, inwieweit die Krankenhäuser selbst in die Nachsorge streben (vgl. Harms 2001), wird dem Bereich der vollstationären Langzeitversorgung voraussichtlich eine wichtige Rolle zukommen. Künftig könnten sich Pflegeheime, ähnlich wie in den USA zu einer "Auffangstation" für Engpässe der Gesundheitsversorgung entwickeln (Sangha 1999). Die Pflegeheime hätten dann neben der bisherigen Klientel eine neue Klientengruppe zu versorgen. Zusätzlich zum Ausbau bestehender Strukturen ergibt sich daraus für die Einrichtungen die Aufgabe, sich auf diesen besonderen Bedarf einzustellen. Das heißt, die Pflege muss künftig vermehrt Anforderungen wie Selbständigkeit, Reaktivierung und Rehabilitierung berücksichtigen. (Garms-Homolová/ Schaeffer 2000a: 546).

In Zusammenhang mit einer neuen "Verbrauchersouveränität" der Hilfebedürftigen und einer vermehrten Konkurrenz zwischen den Einrichtungen - beides ist durch die Gesetzgebung initiiert - werden sich die Einrichtungen in Zukunft mehr denn je als kunden- und qualitätsorientiert erweisen müssen.

2. Die steigende Bedeutung von Qualität

Nachdem innerhalb des deutschen Gesundheitswesens ein kritisches Hinterfragen der Qualität von Pflege- und Versorgungsleistungen lange als überflüssig galt oder nur "punktuell" betrieben wurde (Zorn 1998: 4), ist das Thema Qualität und Qualitätssicherung seit einiger Zeit verstärkt in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt (vgl. exempl. Igl/Klie 2002; Göpfert-Divivier/Robitzsch 2002; Schmidt 2000). Dass dies im indirekten Zusammenhang mit der Zunahme des Bedarfs steht, wurde bereits erwähnt. Dabei ist die Pflegequalität und deren -sicherung eng mit Anforderungen und Erwartungen der Gesellschaft verknüpft. Die in der Öffentlichkeit und in der Fachliteratur geführte Diskussion zu Qualitätskriterien und Maßstäben zeitigt Auswirkungen auf politische Entscheidungen und die gesellschaftliche Kontrolle pflegerischer Leistungen (Deutscher Bundestag 2001: 146). "Zentrale Antriebsmomente" für die wachsende Bedeutung von Qualität in der (Alten-) Pflege sind insbesondere:

- neue gesetzliche Anforderungen im Pflegebereich, mit denen die Einrichtungen verpflichtet werden, bestimmte Qualitätsanforderungen und (Mindest-)Vorgaben umzusetzen. Der Staat versteht sich hier als Kontrollinstanz, dem gegenüber eine gesetzliche Nachweispflicht besteht.
- der durch die neue Gesetzgebung initiierte Wettbewerb zwischen den Anbietern von Pflege- und Versorgungsleistungen, der zu einer Marktsituation in der Pflege-landschaft führt und
- die daraus resultierende zunehmende "Verbrauchersouveränität" der (potentiellen) Nutzer/innen von pflegerischen Versorgungsleistungen.

Diese Auslöser für die Relevanz des Themas Pflegequalität werden im Folgenden näher beleuchtet.

2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen zu Qualität in der Pflege

Der Gesetzgeber reagiert auf die Anforderungen im Pflegebereich mit neuen bzw. veränderten Normen, die eine vermehrte Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität forcieren. Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes und der Novellierung des Heimgesetzes garantiert der Staat nun den Betroffenen bestimmte Mindestanforderungen hinsichtlich der Pflegequalität kraft Gesetz³. Gefordert ist künftig u.a., dass sich die Einrichtungen externen vergleichenden Qualitätsprüfungen unterziehen und ein internes (überprüfbares) Qualitätsmanagement installieren.

³ Neben den genannten Normierungen enthält auch das Bundessozialhilfegesetz Passagen zur Qualitätssicherung. Originäre Kompetenzen der Sozialhilfeträger zur Setzung von Qualitätsnormen oder für Qualitätsprüfungen sieht der Gesetzgeber jedoch bislang nicht vor.

Weil die gesetzlichen Regelungen an späterer Stelle noch detaillierter ausgeführt werden, sollen hier nur die wichtigsten Normierungen von Pflege-Qualitätssicherungs- und Heimgesetz genannt werden.

1. Regelungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQSG)

Mit der Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) 1995 wurde die Qualitätsverantwortung ausdrücklich bei den Trägern verortet. Zum ersten Mal setzte der Gesetzgeber zur Erreichung einer angemessenen Pflegequalität nicht wie bisher ausschließlich auf ordnungsrechtliche Vorschriften und die Ausweitung der Prüfmöglichkeiten. Ziel des Vorgehens war es, die Eigenaktivität der Leistungserbringer mehr zu berücksichtigen (Igl/Klie 2002), da Qualität nicht in die Einrichtungen "hineinkontrolliert" werden kann (Feldmeier-Berens 2002).

Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz wurden die Regelungen zur Qualitätssicherung weiter verdichtet. Die Einrichtungen sind angehalten, in Eigenverantwortung für eine hinreichende Qualitätssicherung zu sorgen. Obwohl im Gesetzestext explizit Qualität gefordert wird, beschränkt sich der Gesetzgeber auf unkonkrete Formulierungen, z.B. die "Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist" (§ 80 SGB XI). Verbindliche Kriterien und Instrumente auf Bundesebene zur Darstellung der Qualität der Versorgung werden bislang weder vorgeschlagen noch festgelegt (Isenberg 2002).

Festgehalten ist aber das Erfordernis, pflegewissenschaftlich fundierte Kenntnisse und darauf begründete Interventionen sowie die erzielten Ergebnisse transparent zu machen, um auf der Grundlage nachweisbaren professionellen Handelns künftig Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern führen zu können (Fischer 2000). Das heißt, Leistung soll mit Qualität einhergehen und forthin die vertragliche Grundlage für die Preisgestaltung in der Pflege darstellen (Göpfert-Divivier/Robitzsch 2002; Wittmann 2001; Schmidt 2000). Das Thema Qualität gewinnt damit deutlich an Relevanz für die Einrichtungen und Träger.

Zudem obliegt den Pflegekassen und Kostenträgern die Sicherung der gesetzlichen Forderungen mit Hilfe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK), der über ein uneingeschränktes Prüfrecht verfügt (Klie 2002).

2. Regelungen des Heimgesetzes

Für den stationären Pflegebereich existieren schon seit 1974 die aufsichtsrechtlichen Bestimmungen des Heimgesetzes, in denen formelle Auflagen zur Sicherung der Dienstleistungsqualität gegeben wurden (vgl. Giese 2001). Diese beschränkten sich im Wesentlichen auf die Prüfung der Einhaltung der Pflichten des Trägers (§ 3

Heimsicherungsverordnung HeimsichVO). Daneben enthielt das Heimgesetz nur (relativ geringe) Strukturanforderungen und wenige vage Aussagen in Bezug auf die Pflegequalität (vgl. Pick 1998; Barth 1999).

Mit der Novellierung des Heimgesetzes ab dem Jahr 2002 setzt sich der Gesetzgeber ausdrücklich zum Ziel, die Betreuungsqualität in den Heimen zu sichern und weiterzuentwickeln (Deutscher Bundestag 2001c). Dazu wurde das Gesetz erweitert: Neben dem Schutz vor Beeinträchtigung, der Wahrung der Würde und der Beachtung der Bedürfnisse der Bewohner/innen unterliegt nun auch eine dem "allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung" (§ 2 HeimG) der Überwachung durch die Heimaufsicht. Dazu müssen Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Umsetzung gesondert dokumentiert werden.

Zusätzlich wurden die Mitwirkungsrechte der Heimbewohner/innen erweitert. Außerdem wird die Rechtsstellung der Bewohner/innen durch ein erhöhtes Transparenzgebot bei der Formulierung der Heimverträge verbessert. Um die gesetzlichen Forderungen besser als bisher durchzusetzen, wurden die Eingriffsmöglichkeiten der Heimaufsicht gestärkt und Heimaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Pflegekassen und Sozialhilfeträger zur Zusammenarbeit verpflichtet (Fahnenstich/Schulz 2001; Schmolz 2001a; BMFSFJ 2002).

Auch in der Novellierung des Heimgesetzes wird der gehobene Stellenwert der Qualität der Versorgung deutlich.

Vor allem aber haben die neuen gesetzlichen Regelungen eine Wettbewerbssituation auf dem Markt der Anbieter von Pflegeleistungen entstehen lassen.

2.2. Relevanz der Qualität als Folge marktwirtschaftlicher Entwicklungen

Mit der Einführung der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber in diesem Bereich einen deutlichen Schritt in Richtung Marktwirtschaft vollzogen. Gewünscht ist eine Vielfalt von Leistungserbringern, aus denen sich die (potentiellen) Nutzer/innen das passende Angebot aussuchen können. Vor diesem Hintergrund wurde die bisherige Privilegierung öffentlicher und gemeinnütziger Träger aufgehoben. Private Unternehmen drängen zunehmend auf den Markt und konkurrieren, sowie sie über einen Versorgungsvertrag mit den Kranken- bzw. Pflegekassen verfügen, gleichberechtigt um Klient/innen und Finanzierungsanteile (Landenberger 1997)⁴.

⁴ So hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung die Anzahl der Pflegeeinrichtungen verdoppelt (Schneekloth 1999), von derzeit 640.000 Betten in vollstationären Pflegeeinrichtungen sind bereits ca. 50.000 in privater Hand (Isenberg 2002).

Parallel dazu verknappen sich aber die verfügbaren finanziellen Ressourcen (Garms-Homolová 1998; Köck 2000).

Weil der Nachweis der erbrachten Qualität für die Kostenträger eine Möglichkeit darstellt, pflegerische Leistungen, deren Güte sowie die aufgewendeten Ressourcen zu kontrollieren, rückt die Qualität der Dienstleistung Pflege immer mehr in den Vordergrund.

Zudem können sich die Einrichtungsträger anhand der erbrachten Qualität gegenüber anderen Einrichtungen positionieren, um damit besser konkurrenzfähig zu bleiben (vgl. Landenberger 1997; Wittmann 2001).

Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass sich auch in Deutschland Betriebs- und Qualitätsvergleiche im Sinne eines Benchmarking etablieren werden⁵.

Vor dem Hintergrund der Gesetzgebung und im Zusammenhang mit der zunehmenden Konkurrenz auf dem Pflegemarkt ist auch eine veränderte Verbrauchersouveränität zu registrieren.

2.3. Relevanz der Qualität aus Sicht der Verbraucher

Wie bereits angeführt, hat die Qualität der Versorgung auch in der Wahrnehmung der Bevölkerung an Bedeutung gewonnen. Mit dem gesetzlichen Anspruch auf professionelles pflegerisches Handeln, sowie auf Qualität und Wirtschaftlichkeit (vgl. Auerbach 1997) geht auch eine zunehmende Sensibilisierung seitens der Nutzer/innen von Pflegeeinrichtungen einher (Schmolz 2001a). Augenscheinlich entwickeln die Betroffenen und deren Angehörige ein neues Selbstbewusstsein im Sinne einer zunehmenden Verbrauchersouveränität (Barth 1999). Von Heimbewohner/innen und ihren Angehörigen wird bei Versorgungsmängeln, Personalknappheit und steigenden Preisen immer häufiger die Frage nach der Angemessenheit der Heimentgelte im Verhältnis zur erbrachten Qualität von Pflege und Betreuung gestellt (ebd.).

Zudem fordern die (potentiellen) Nutzer/innen von Pflegeangeboten mehr und mehr Transparenz, um die Angebote der Pflegeheime miteinander vergleichen zu können. Hier soll das in der bundesdeutschen Pflegelandschaft neue Instrument des Pflegeheimvergleichs (§ 92a SGB XI) neue Impulse setzen. Mit dem von den Pflegekassen geführten Heimvergleich werden zukünftig die Leistungs- und Qualitätsmerkmale der unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen dargelegt. Damit sind die Klient/innen zunehmend nicht mehr nur paternalis-

⁵ Ähnliches findet hierzulande bereits im Krankenhausbereich statt (Güntert 1999) und ist im Ausland auch in der stationären Altenpflege üblich (Garms-Homolová 2002). Dabei bezeichnet Benchmarking den methodischen Vergleich von Prozessen und Ergebnissen mittels Benchmarks (das sind Referenzpunkte einer gemessenen Leistung) - mit dem Ziel der Verbesserung der eigenen Arbeitsprozesse und Ergebnisse (Siebert/Kempf 2002: 7).

tisch zu versorgende Leistungsempfänger/innen, sondern müssen verstärkt als selbstbestimmte, eigenverantwortliche und über Wahlmöglichkeiten verfügende Dienstleistungsempfänger/innen wahrgenommen werden (Landenberger 1997). Auch das trägt dazu bei, dass die Qualität der Dienstleistungen eine wichtige Erfolgskomponente von Pflegeeinrichtungen wird.

Außerdem bietet sich den Einrichtungen mit der Darlegung erbrachter Qualität eine Möglichkeit, der Öffentlichkeit gegenüberzutreten. Erbrachte Leistungen und Kosten können transparent gemacht werden, wenn die Öffentlichkeit aufgrund skandalträchtiger Presseberichte über schlechte Qualität in Pflegeheimen und der immer knapper werdenden Mittel eine Reduktion von Angeboten und Leistungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung fürchtet (exempl. Forum zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger alter Menschen in Deutschland 2002; KDA 2002; Burucker 2002; Jenrich 1999; Aktion gegen Gewalt in der Pflege 1999; Ollenschläger/Thomeczek 1996).

3. Stand der Forschung zu Qualität in der stationären Langzeitversorgung

Dass die Messung der Pflegequalität in den letzten Jahren in Deutschland deutlich intensiviert wurde, zeigt sich daran, dass Themen wie Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege jetzt häufiger den Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen darstellen (exempl. Görres 2002; Bundesärztekammer 1998, Görres/Luckey/Stappenbeck 1997; Meier-Baumgartner et al. 1996). Dennoch muss die Forschung auf diesem Gebiet - bezogen auf internationale Untersuchungen etwa in den USA - noch immer als vergleichsweise zurückgeblieben angesehen werden; es gibt hierzulande nur wenige repräsentative und wissenschaftlichen Ansprüchen genügende Arbeiten (Roth 2004, Garms-Homolová/Roth 2004, Roth 2002). Im Bereich der stationären Langzeitversorgung stellt sich die Situation noch defizitärer dar (Smith/Zank 2002: Übersicht zu Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Hochaltrigkeit). Insbesondere ist ein erhebliches Defizit fundierter Evaluationsforschungen in Bezug auf pflegewissenschaftliche, geriatrische, gerontopsychiatrische und psychologische Interventionsmaßnahmen, die sich positiv auf die Pflegequalität auswirken könnten, zu konstatieren (vgl. u.a. Smith/Zank 2002; Wahl/Tesch-Römer 1998; Görres 1996).

An Stelle wissenschaftlicher Untersuchungen zur Pflegequalität wird die Darstellung der gegenwärtigen Qualitätssituation in Pflegeheimen durch die Berichte der MDK dominiert⁶. Auch wenn die Bemühungen der MDK, so z.B. die erstmalige Veröffentlichung der bundesweit zusammengefassten Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen (MDS 2004) positiv bewertet werden sollen, darf nicht unbeachtet bleiben, dass es sich bei diesen Publikationen in erster Linie um "Mängelberichte" - also um Bestandsaufnahmen zu vorgegebenen Prüfkriterien in den kontrollierten Einrichtungen - handelt. Verallgemeinerbare und umfassende Aussagen zum tatsächlichen Stand der Pflegequalität sind anhand dieser Befunde nicht möglich.

Auch in den meisten anderen, seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung erschienenen Beiträgen, geht es nicht um fundierte Erkenntnisse zur "tatsächlichen" Pflegequalität oder deren Messung, sondern um konzeptionelle Diskussionen zum Qualitätsbegriff, zum Modell Donabedians und zu allgemeinen Aspekten des Qualitätsmanagements (exempl. Gebert/Kneubühler 2001: 215; Roth 2002). Daneben gibt es viele Beiträge kommerzieller Anbieter von Qualitätszertifikaten und Erfahrungsberichte, die Einrichtungen bei ihrem

⁶ Soweit es sich im Folgenden um die zusammengefassten Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen der einzelnen Bundesländer (Veröffentlichungen durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen MDS) oder um grundsätzliche Kompetenzen der MDK handelt, wird die Bezeichnung MDK auch im Singular verwendet

Bemühen um Qualität mit diesen Zertifikaten gemacht haben. Auffällig ist hier die oft fehlende Transparenz und die zumeist nicht wissenschaftlich fundierte Methodik der einzelnen Verfahren (vgl. Gerste/Schwinger/Rehbein 2004; Gebert/Kneubühler 2001). Aus diesem Grund und weil letztlich offen bleibt, was solche Siegel und Zertifikate über die Qualität der Pflege aussagen (können), wurden diese Erhebungen hier nicht aufgenommen.

Im Folgenden sollen empirische Untersuchungen zur Pflegequalität vorgestellt werden. Dabei orientiert sich die Darstellung am Kategorienmodell Donabedians (Donabedian 1980). In diesem Modell werden bei der Qualitätsmessung im Pflege- und Gesundheitsbereich die drei Teilqualitäten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Ungeachtet verschiedener Abgrenzungsprobleme zwischen diesen Kategorien, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll, werden nachfolgend unter Strukturqualität Aspekte der Organisation und Ausstattung der Einrichtung (Größe, bauliche Aspekte, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter/innen) verstanden. Die Prozessqualität umfasst die Dokumentation und Pflegeplanung sowie die Ausführung der Pflege. Schließlich werden unter der Ergebnisqualität die pflegerischen Interventionen und die Wirkungen der Pflege hinsichtlich messbarer Veränderungen des Gesundheitszustandes, des Wohlbefindens oder der Zufriedenheit der Bewohner/innen zusammengefasst.

An dieser Stelle kann jedoch nur ein Ausschnitt der Befunde wiedergegeben werden. Orientiert an der Zielstellung liegt der Fokus auf:

- Befunden zur Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen. Forschungsarbeiten aus anderen Bereichen werden nur erwähnt, soweit sie Rückschlüsse auf die Qualität in Pflegeeinrichtungen zulassen.
- anwendungs- und praxisbezogenen Forschungsarbeiten. Als anwendungsbezogen bzw. praxisbezogen wurden Studien zu institutionellen, psychosozialen, medizinischen und pflegerischen Interventionen sowie deren Evaluation gewertet (Nauerth 2003; Smith/Zank 2002; Kruse 1991).
- Arbeiten zu ausgewählten Aspekten von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Insbesondere werden Befunde zur Pflegedokumentation und Pflegeplanung sowie Untersuchungen, welche die Umsetzung und Eignung von Dokumentation und Planung als Voraussetzung einer gezielten Pflege zum Forschungsgegenstand haben, betrachtet. Wegen des Mangels an repräsentativen wissenschaftlichen Untersuchungen musste auch auf die bereits erwähnten MDK-Berichte zurückgegriffen werden.
- Außerdem werden Untersuchungen zur Beschulung und Höherqualifizierung von

Mitarbeiter/innen der Pflege oder Studien, die Hinweise auf die Befähigung des Personals zu einer qualitätsgerechten Berufsausübung geben, erörtert.

- Daneben werden auch Untersuchungen, die einen mittelbaren Bezug zur Problemstellung der vorliegenden Arbeit aufweisen, beispielsweise Studien zu speziellen Indikatoren der Ergebnisqualität, dargestellt.
- In erster Linie werden Forschungsergebnisse aus Deutschland betrachtet. Aus dem Ausland finden nur solche Resultate Berücksichtigung, die im näheren Bezug zur bearbeiteten Thematik stehen und als richtungsweisend für die internationale Forschung auf diesem Gebiet gelten können. Relevant sind insbesondere Studien aus den USA mit dem Resident Assessment Instrument.

3.1. Untersuchungen aus Deutschland

Einleitend zur Betrachtung von Untersuchungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Deutschland, sollen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Wie kann die Forschungssituation zu diesem Aspekt bezüglich der vorhandenen Menge von Studien eingeordnet werden? Sind die Forschungsaktivitäten auf Bestandsaufnahmen beschränkt oder wird auch in "methodischer Hinsicht" geforscht?
2. Auf welche Schwerpunkte konzentriert sich die vorhandene Forschung?
3. Welche Tendenzen zeichnen sich bei den Forschungsaktivitäten ab?

3.1.1. Aspekt der Strukturqualität

Bezüglich der Menge und in methodischer Hinsicht:

Erhebungen bzw. Bestandsaufnahmen zu strukturellen Merkmalen in stationären Pflegeeinrichtungen gibt es - verglichen mit der vorhandenen Forschung zur Prozess- und Ergebnisqualität - viele. Dies vor allem deshalb, weil sich die Bemühungen um Qualitätssicherung und Qualitätsmessung in Deutschland lange Zeit auf die relativ problemlos messbaren Aspekte der Strukturqualität konzentrierten und verschiedene externe Kontrollinstanzen in der Praxis die Strukturqualität als Maß für eine gute Pflegequalität fokussierten (vgl. Garms-Homolová 2002; Roth 2002; Eichenlaub et al. 2001; Kämmer et al. 2001)⁷. Allerdings dominieren - wie schon festgestellt - an Stelle von Untersuchungen, die zuverlässige Aussagen zur Strukturqualität in Pflegeheimen zuließen, die

⁷ Damit wurde dem Ansatz von Donabedian eine Monokausalität unterstellt, die empirisch nicht nachgewiesen ist: die Verbesserung der Strukturqualität führt zu einer verbesserten Prozessqualität und diese konsequent zu einem qualitativ besseren Ergebnis (vgl. auch Garms-Homolová 2002: 250; Görres 1999: 191; Matul 1994: 105; Kaltenbach 1993: 88; Görres 1992).

Kontrollergebnisse von MDK und Heimaufsicht. Da auf den Prüfreport der MDK auch bei der Betrachtung zur Prozess- und Ergebnisqualität Bezug genommen wird, soll dessen Methodik an dieser Stelle näher erläutert werden.

Im November 2004 veröffentlichte der MDK erstmalig einen Bericht "über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie über die Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und zur Qualitätssicherung" (MDS 2004: 3). Dieser Bericht enthält die Prüfergebnisse von 793 Prüfungen. Obwohl von 1996 bis 2003 etwa 63% aller zugelassenen Pflegeheime mindestens einmal geprüft worden sind, entspricht dies "nur" einer Gesamtprüfquote von 12% bis 14% der Einrichtungen pro Jahr. Zudem prüfen die MDK der einzelnen Bundesländer in recht unterschiedlichem Umfang (MDS 2004: 28). Auch findet mehr als die Hälfte aller Prüfungen anlassbezogen, meist aufgrund von Beschwerden statt, so dass keine Zufallsstichprobe vorliegt und von einer Verzerrung der Befunde ausgegangen werden muss. Begutachtungen zum Pflegezustand an den Bewohner/innen wurden bei 4721 Personen durchgeführt, dies sind etwa 8% aller Versicherten.

Neben den Kontrollergebnissen der MDK liegen auch einige wissenschaftliche Forschungsberichte zu strukturellen Gegebenheiten in Heimen vor, bei denen das Thema Qualität jedoch nicht im Mittelpunkt der Untersuchungen stand.

Nur wenige fundierte empirische Studien gibt es bisher zur Wirkung von Qualifizierungsmaßnahmen auf die professionelle Berufsausübung von Mitarbeiter/innen der Altenpflege. Insbesondere Aussagen über Langzeitwirkungen der in den Weiterbildungen erworbenen Kenntnisse können bis dato nicht auf der Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen getroffen werden (Kühnert 2000).

Vorhandene Forschungsschwerpunkte:

In den Kontrollberichten von MDK und Heimaufsicht werden bestimmte Ausstattungsmerkmale der Einrichtungen, z.B. bauliche Voraussetzungen, die die Selbständigkeit der Bewohner/innen unterstützen sollen, erhoben. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Anzahl, Zusammensetzung und Qualifikation des Personals.

Auswirkungen von strukturellen Merkmalen auf die Pflegequalität - insbesondere auf das Wohlbefinden der Klient/innen - die sich aber nicht auf den Heimbereich beziehen, liefern auch Untersuchungen aus der Ökologischen Gerontologie. Forschungsschwerpunkte sind hier u.a. die Umgebung der Pflegebedürftigen (exempl. Wahl/Baltes 1990), die Einflüsse

des Settings (exempl. Ossadnik 1995; Schiemann 1993) oder Fragen der räumlichen Ausstattung (exempl. Schoppmann 1997). Daneben existieren einige Untersuchungen zur Belastungskonfiguration von Pflegenden hinsichtlich vorhandener Arbeitsbedingungen (exempl. Bartholomeyczik 1997; Zimmer/Weyerer 1998), in Bezug auf räumliche Gegebenheiten (Zimmer/Schäufele/Weyerer 1998) und zum Vorhandensein arbeitserleichternder Hilfsmittel (exempl. Meyer/Stelljes 1995). Auch diese Ergebnisse zeigen Einflüsse struktureller Aspekte auf die Pflegequalität auf, wurden aber in die vorliegende Darstellung nicht aufgenommen.

Nur sehr wenige Studien beschäftigen sich mit der gezielten Beschulung von Mitarbeiter/innen und deren Auswirkungen auf einzelne Bereiche der Pflegequalität (Neumann/Zank/Tzschätzsch/Baltes: 1993, 1997).

Tendenzen:

Obwohl nochmals betont werden muss, dass die Zusammenhänge zwischen einzelnen Aspekten von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bisher nicht ausreichend untersucht sind, wird die Diskussion in der Praxis gegenwärtig verstärkt dahingehend geführt, dass vor allem eine Erhöhung personeller Ressourcen zu einer Verbesserung der Pflegequalität führt (Roth 2002: 7). Vor diesem Hintergrund sind zunehmend Bemühungen zu verzeichnen, strukturelle Merkmale in Verbindung mit Ergebnisaspekten zu betrachten.

Ausgewählte Befunde:

- Die Prüfung einzelner Ausstattungsmerkmale durch die MDK ergab, dass nur 64% der geprüften Einrichtungen die geforderten Normen - so z.B. bei der Vorhaltung von stufenlosen Eingängen, Handläufen auf den Gängen, höhenverstellbaren Pflegebetten und allgemeinen Orientierungshilfen - erfüllten (MDS 2004: 67).

Als weiterer Aspekt der Strukturqualität wurde die Größe der Einrichtungen betrachtet. Bei der Gegenüberstellung von vorgehaltener Bettenzahl mit anderen Aspekten der Struktur- und Prozessqualität, zeigte sich, dass Heime mit mehr als 100 Betten durchweg bessere Ergebnisse erzielten als kleinere Einrichtungen. Größere Einrichtungen schnitten insbesondere unter Personalgesichtspunkten, bei der Ablauforganisation und Dienstplanregelung zu 11% bis 23% besser ab (MDS 2004: 85 ff.). Diesen besseren Möglichkeiten der Personalorganisation bei größeren Einrichtungen steht der oft diskutierte Aspekt gegenüber, dass Pflege als personen- und beziehungsorientierte Dienstleistung in kleineren Institutionen qualitativ hochwertiger erbracht werden kann (vgl. Dettbarn-Regentin/Wallrafen-Dreisow 2004).

Wegen der Nähe zum Thema dieser Arbeit sollen an dieser Stelle noch Befunde zur Personalausstattung und Fortbildungssituation im Heimbereich dargestellt werden. Anhand der Prüfungen wurde bei 82% der Einrichtungen die Anzahl der Beschäftigten als angemessen eingeschätzt. Der Begriff "angemessen" bewertet dabei das Verhältnis der Personalanzahl in Beziehung zur vorgehaltenen Ergebnisqualität, der geleisteten Bezugspflege und der Dienstplangestaltung (MDS 2004: 69). Welche konkreten Überlegungen oder Berechnungen diesen Zahlen zugrunde liegen, ist jedoch aus dem Prüfbericht nicht erkennbar. Zudem müssen diese Befunde unter größeren Vorbehalten registriert werden, da das Kriterium "Personalausstattung" bei fast einem Viertel der Einrichtungen nicht erhoben wurde. Ähnlich steht es um den Anteil der Pflegekräfte am gesamten Personalsumfang, der bei 83% der Pflegeheime als "angemessen" beurteilt wurde. Dieses Kriterium wurde bei 243 der 793 untersuchten Einrichtungen nicht erfasst. Zudem wurde beurteilt, dass 69% der Mitarbeiter/innen in der Pflege entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt waren. Als Kriterium diente hier einmal die formale Qualifikation und die durch "Einarbeitung, Schulung und fachliche Supervision gewährleistete materielle Qualifikation" (MDS 2004: 92). Pflegebezogene Fortbildungen wurden in 85% der Einrichtungen konstatiert, und 63% der Pflegeheime verfügen über ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen. Bei der Gegenüberstellung dieser Merkmale mit Ergebnisparametern, wie einer angemessenen Dekubitusprophylaxe und -versorgung sowie der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, stellt sich dar, dass Heime, die über Fortbildungs- und Einarbeitungsmaßnahmen verfügen, bessere Pflege-Outcomes erreichen (MDS 2004: 93).

- In einer Veröffentlichung der Hamburger Heimaufsicht, die seit 1998 etwa ein Fünftel aller Einrichtungen regelmäßig kontrolliert, wurden Mängel der Strukturqualität hinsichtlich einer zu geringen Anzahl von Mitarbeiter/innen, Qualifikationsdefizite bei den Mitarbeiter/innen sowie bauliche Unregelmäßigkeiten beanstandet (LT-Drs. 16/5998 entnommen aus Roth 2002: 48). Allerdings werden auch hier, ebenso wie im Bericht aus Bayern, kaum andere Qualitätsaspekte mit diesen Mängeln im Zusammenhang betrachtet, vielmehr erfolgt die Aufzählung der Defizite als separate Qualitätsmerkmale (ebd.).
- Laut einem Regierungsbericht aus Schleswig Holstein (Landtag Schleswig-Holstein 2003) wurden bei Kontrollen von MDK und Heimaufsicht in 570 der 625 stationären Pflegeeinrichtungen bei 140 Einrichtungen schwerwiegende Pfl-

gemängel - an erster Stelle eine fehlende Aktivierung der Bewohner/innen - festgestellt, die in 31 Fällen sogar zur Schließung der Einrichtungen führten. In dieser sehr knapp gehaltenen Veröffentlichung wird als häufigste Ursache der genannten Defizite eine Stellen-Unterbesetzung von ca. 15% in den geprüften Institutionen genannt (ebd.). Qualifikationsdefizite des Personals werden nicht weiter in Betracht gezogen.

Neben den Berichten der MDK existieren einige wissenschaftliche Studien, in denen strukturelle Merkmale in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege thematisiert werden.

- Eine Studie, in der die Wirksamkeit eines gezielten Trainings von Pflegekräften nachgewiesen wurde, ist die Untersuchung von Neumann, Zank, Tzschätzsch und Baltés (1997; Baltés et al. 1996) zur Erhaltung von Selbständigkeit in Pflegeheimen am Beispiel einer Intervention mit Pflegekräften. Diese Studie stellt die empirische Fortführung von Beobachtungsstudien dar, in denen nachgewiesen werden konnte, dass selbständige Verhaltensweisen der Heimbewohner/innen von Pflegekräften ignoriert wurden, Unselbständigkeit dagegen mit Aufmerksamkeit und Zuwendung belohnt wurde (Baltés et al. 1994; Neumann et al. 1993). Der Schwerpunkt der Intervention in der "Trainingsstudie" lag in der Veränderung des Verhaltenssystems des Personals und damit auch in einer veränderten Interaktion zwischen dem Personal und den zu Pflegenden. Dazu wurden Pflegekräfte intensiv hinsichtlich ihres gerontologischen Fachwissens sowie in Bezug auf Kommunikationsfertigkeiten und selbständigkeitsfördernde Verhaltensweisen geschult. Daneben wurde evaluiert, inwieweit sich die Änderung der Verhaltensweisen des Personals auf den Zustand und die Selbständigkeit der Bewohner/innen auswirkt.

Die Untersuchung wurde in zwei Altenheimen und auf einer Geriatrischen Langzeitstation eines Krankenhauses durchgeführt. An der Studie partizipierten 27 Pflegekräfte und 106 Bewohner/innen und Patient/innen, davon gehörte die Hälfte einer Kontrollgruppe an. Die statistischen Analysen der Beobachtungsdaten belegen, dass sich die Verhaltensweisen der trainierten Pflegepersonen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant änderten. Bei den trainierten Mitarbeiter/innen stieg der Anteil von selbständigkeitsfördernden Verhalten am Gesamtverhalten von 17% vor dem Training auf 28% nach den Schulungen. Gleichzeitig nahmen unselbständigkeitsfördernde Verhaltensweisen signifikant ab. Auch bei den Bewohner/innen konnten deutliche Effekte gemessen werden. Im Umgang mit Pflegekräften aus der Trainingsgruppe stieg das selbständige

Verhalten der Bewohner/innen von 30% auf 36%, gleichzeitig sank der Anteil unselbständigen Verhaltens von 40% auf 35%. Dagegen veränderten sich die Verhaltensweisen der Klient/innen im Umgang mit den Pflegern der Kontrollgruppe nicht (Neumann et al. 1993; 1997). Die Ergebnisse belegen, dass Rehabilitationswissen erfolgreich in gezielten "On-the-Job-Trainings" vermittelt werden kann (Neumann et al. 1997).

Wegen der aktuellen Debatte um geeignete Verfahren zur Personalermittlung, die oft im Zusammenhang mit der Qualitätsdiskussion geführt wird, soll an dieser Stelle eine Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen aufgeführt werden, in der der "Pflegebedarf im Zusammenhang mit vorhandenen Betreuungsrelationen und Leistungsstrukturen" (Wingefeld/Schnabel 2002) beleuchtet wurde.

- In dieser Studie wurde im Jahr 2000 in 27 Heimen (730 Bewohner/innen) über einen dreiwöchigen Zeitraum anhand standardisierter Erhebungen das Leistungsgeschehen (u.a. der Umfang der geleisteten Hilfe, Art und Dauer der Hilfe, benötigte Helferzahl und andere Merkmale) erfasst.

Obwohl sich der pflegerische Zeitaufwand nach dem individuellen Pflegebedarf (auf der Grundlage der Pflegestufen) richten sollte, wurden bei gleicher Pflegestufe äußerst unterschiedliche Leistungsstrukturen und Zeitumfänge in den Heimen aufgezeigt. Vor allem Bewohner/innen, die ihre Bedürfnisse nur unzureichend deutlich machen konnten, wurden nicht ausreichend versorgt. Die Autoren konstatieren deshalb, dass sich die genannten Faktoren bisher nicht nach dem Zustand der Bewohner/innen und dem daraus resultierenden individuellen Pflegebedarf richten, sondern vielmehr von organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen bestimmt werden (Wingefeld/Schnabel 2002: 84). Das heißt, in den Einrichtungen steht an Stelle einer mobilisierenden, aktivierenden und selbständigkeitsfördernden Pflege die Arbeitserledigung im meist streng geregelten Stationsablauf.

Dies wird auch durch andere Untersuchungen bestätigt.

- So fand in 26 Frankfurter Pflegeheimen eine Untersuchung statt, in deren Rahmen anhand verschiedener Indikatoren die Bewohner/innen- und Personalsituation ermittelt und in Zusammenhang mit den vom MDK festgestellten Pflegestufen betrachtet wurde (Bartholomeyczik 2003). Forschungsgegenstand einer Fallstudie, in 20 überregional ausgewählten Pflegeheimen, die im Rahmen des Projektes "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen" durchgeführt wurde, war die Belastungskonfiguration und

Weiterbildung der Hilfen (Heinemann-Knoch et al. 1998). Die Ergebnisse beider Studien zeigen, dass nicht nur die Personalausstattung und formale Qualifikationen der Mitarbeiter/innen entscheidende Faktoren bei der erbrachten Pflege darstellen. Als bedeutsam erweist sich auch das Bewusstsein der Mitarbeiter/innen und Kenntnisse, die dem aktuellen Wissenstand in der Pflege entsprechen (beispielsweise zum Umgang mit Hilfsmitteln oder zu rehabilitativen Maßnahmen).

Nur am Rande erwähnt werden soll ein Befund aus der Berufsbildungsforschung zur Altenpflege, anhand dessen gravierende Qualifikationsdefizite in Kernbereichen der Altenpflege sichtbar wurden.

- Meifort und Becker (1996) belegten in einer bundesweiten Längsschnitterhebung zum Berufsverbleib in der Altenpflege, dass sich ein Großteil der Absolventenschaft des Berufsausbildung zum Altenpfleger schlecht gerüstet fühlt für Aspekte der Gerontopsychiatrie, Medikation und Pharmakologie, Krisenmanagement sowie Rehabilitation, Prävention und Geriatrie (Meifort/Becker 1996; Becker/Meifort 1998).

Insgesamt ist für die Forschungssituation in Deutschland (aber auch international) zu konstatieren, dass Methoden des Personalmanagements, wie Verhaltensmodifikationen der Mitarbeiter/innen durch spezielle Trainings, Fort- und Weiterbildungen oder die Auswirkungen von Weiterbildungen der Führungskräfte bisher vorwiegend in psychiatrischen Institutionen oder Einrichtungen für geistig Behinderte erprobt wurden⁸. Der gezielte Einsatz dieser Methoden auf dem Gebiet der Altenpflege steht noch am Anfang (Haag/Bayen 1996).

⁸ Einen ausführlichen Überblick zur Effektivität verschiedener Methoden des Personalmanagement geben Burgio und Burgio (Burgio/Burgio: 1999).

3.1.2. Aspekt der Prozessqualität

Bezüglich der Menge und in methodischer Hinsicht:

Im Vergleich zu Befunden hinsichtlich der Strukturqualität sind Arbeiten zur Prozessqualität in der Pflege anteilig geringer vertreten. Seit Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes kommt dem Bereich der Prozessqualität jedoch sichtlich mehr Aufmerksamkeit zu: Obwohl auch hier bisher die Berichterstattung der MDK im Vordergrund steht, sind verstärkt Bemühungen einzelner Bundesländer zu registrieren, die wissenschaftliche Forschungsaufträge vergeben⁹. Die Aktivitäten konzentrieren sich aber auch hier zumeist auf das Vorhandensein von Mängeln. Evt. vorhandene systematische Ursachen dieser Mängel und Ansätze, mit denen diesen Defiziten vorgebeugt und begegnet werden kann, werden derzeit kaum wissenschaftlich untersucht.

Vorhandene Forschungsschwerpunkte:

Untersuchungsgegenstand der vorhandenen Arbeiten sind in erster Linie die Umsetzung des Pflegeprozesses und seiner Schritte: Dokumentation bzw. Bedarfserhebung und Pflegeplanung. Implizit wird damit u.a. die Befähigung der Mitarbeiter/innen, qualitätsgerecht zu arbeiten, betrachtet.

Erwähnt werden sollen außerdem Arbeiten zum Interaktionsprozess und zur Kommunikation zwischen Pflegenden und Gepflegten (Schöninger 1998; Pillen 1997) und zu einzelnen Pflegeinterventionen, so u.a. zur Prophylaxe und Therapie des Dekubitus (Biestein et al. 1996) oder zur Weichlagerung von Bettlägerigen (Knobel 1996).

Tendenzen:

Obwohl sich die Fachdiskussion seit längerem um die Entwicklung bzw. Auswahl geeigneter Assessment- und Dokumentationsinstrumente dreht (z.B. Anderegg-Tschudin et al. 1998; Niehöster et al. 1998; Höhmann et al. 1996) und sich die dringende Frage stellt, wie die Erhebung von Problemen und Ressourcen zuverlässig und praxistauglich bewerkstelligt werden kann und wie auf dieser Grundlage zielgerichtete Maßnahmen geplant werden können (Reisach/Abt-Zegelin 1998; Schachtner 1996), sind auf diesem Gebiet nur wenige Forschungsaktivitäten zu konstatieren. Insbesondere zur Implementation bewährter Instrumente, die auf die Situation der Pflege zugeschnitten sind, am Pflegeprozess ansetzen und damit die Qualitätserbringung im Pflegealltag unterstützen könnten, entstehen gegenwärtig nur wenige Arbeiten.

⁹ Stellvertretend sollen hier die Aktivitäten der Enquetekommission des Landtages von Nordrhein-Westfalen genannt werden, in deren Auftrag mehrere Studien zur "Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen" entstanden sind.

Ausgewählte Befunde:

Bei der Betrachtung der Prozessqualität kommt den im Vergleich zu früheren Erhebungen zunehmend differenzierten Befunden der MDK - trotz der bereits genannten methodischen Einschränkungen - eine wichtige Rolle zu. Wegen der Nähe zur Thematik dieser Arbeit werden diese Ergebnisse ausführlich dargestellt.

- Die Prüfergebnisse der MDK belegen, dass in den kontrollierten Einrichtungen erhebliche Defizite bei der Pflegedokumentation und damit bei der "Kenntnis" der Bewohner/innen vorliegen (vgl. MDS 2004). Angaben zur Biographie, die sich insbesondere bei der Pflege Dementer als relevant erweisen, waren nur in 62% aller Fälle vorhanden, bei 38% der Dokumentationen fehlten solche Angaben völlig oder waren nicht aussagekräftig. Daneben wurden vorhandene Probleme und Defizite bzw. Ressourcen und Fähigkeiten nur bei gut der Hälfte (51%) der geprüften Bewohner/innen dokumentiert. Defizite wurden außerdem bei der Dokumentation und Verabreichung der Medikamente (12% der Klient/innen) und bei der ärztlichen Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen (in 23% nicht nachvollziehbar festgehalten) registriert. Wichtige Informationen zu Medikamenten und klinischen Veränderungen sind bei einem weiteren, wenn auch geringerem Anteil der Klient/innen nicht festgehalten. Zusammenfassend konstatierten die Prüfer, dass bei der Hälfte der gepflegten Personen grundlegende Voraussetzungen für eine zielgerichtete und aktivierende Pflege nicht vorhanden sind. Die Folgen solcher Dokumentationsdefizite können das Verlorengehen wichtiger Informationen, Unregelmäßigkeiten bei der Leistungserbringung, passivierende Pflege und das Verkennen potentieller Risiken und daraus resultierende Pflegefehler sein (MDS 2004: 61).

Infolge der o.g. Mängel bei der Zustandserfassung der zu Betreuenden wurden nur 45% der Pflegeziele individuell formuliert. Bei mehr als der Hälfte lagen solche Ziele nicht oder nicht in geeigneter Form vor. Daneben wurde bei nur ebenfalls der Hälfte der Klient/innen individuelle Maßnahmen geplant und bei 49% der Personen waren entsprechende Maßnahmenformulierungen nicht vorhanden. Das bedeutet, in der untersuchten Stichprobe waren die Mitarbeiter/innen nicht in der Lage aus den Dokumentationen abzuleiten, wie konkrete Maßnahmen durchzuführen sind und welche "Eigenheiten" der Klient/in im Sinne einer individuellen Pflege beachtet und in die Pflegehandlungen einbezogen werden müssen. Zudem wurde die Dokumentation in gut einem Fünftel der begutachteten Fälle nicht zur Darstellung von Veränderungen und damit zur nachvollziehbaren Verlaufsdarstellung genutzt.

Eine regelmäßige Überprüfung und Bewertung der Pflegeergebnisse und evt. Veränderung der Maßnahmen und Ziele konnte nur bei knapp der Hälfte der Pflegedokumentationen festgestellt werden. In 51% der Informationssammlungen war dieses Kriterium nicht erfüllt. Infolgedessen wurde beispielsweise bei Stürzen keine Ursachenanalyse, auf deren Grundlage adäquate Maßnahmen festgelegt werden könnten, durchgeführt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in etwa jeder zweiten geprüften Pflegeeinrichtung Dokumentations- und Planungsmängel vorkommen. Als eine Ursache für diese Mängel wird im MDK-Prüfbericht ausgeführt, "dass den Pflegekräften häufig grundlegende Kenntnisse fehlen, die notwendig sind, um den Pflegeprozess umzusetzen und zu dokumentieren" (Brüggemann 1999: 42; MDS 2004).

Mängel in der Prozessqualität, die in Zusammenhang mit der Befähigung der Mitarbeiter/innen stehen, den Zustand der Bewohner/innen adäquat einzuschätzen, zu verschriftlichen und sinnvolle Pflegehandlungen abzuleiten, belegt auch eine Studie, die in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde (Garms-Homolová/Roth 2004). Im Rahmen dieser Untersuchung wurden in 10 Einrichtungen pflegerelevante Informationen zu 141 repräsentativ ausgewählten Klient/innen mittels des Minimum Data Sets des RAI 2,0 erhoben. Die ermittelten Risiken und Ressourcen wurden dann mit der vorhandenen Dokumentation und Pflegeplanung abgeglichen.

- Die Befunde belegen, dass pflegerelevante Zustandsmerkmale zwar bekannt waren, aber nicht dokumentiert wurden. Hierbei handelt es sich insbesondere um Schwindel oder Gewichtsverlust (zu weniger als 50% dokumentiert), Defekte oder Veränderungen im Mundbereich (nur in 6% der bekannten Fälle dokumentiert), die Einnahme von Psychopharmaka (Mängel bei 44%) sowie Schmerzen oder Umherirren. In besonders geringem Maße wurden von den Mitarbeiter/innen solche Zustandsmerkmale dokumentiert, die nicht direkt mit dem körperlichen Zustand in Verbindung gebracht werden. Dies sind etwa Hinweise auf ein Delir, zu geringe Nahrungsaufnahme oder zu geringes Trinken oder die Wachzeit am Tage und in der Nacht (Garms-Homolová/Roth 2004: 72). Die Autoren konstatieren, dass aus der ungenügenden Zustandserfassung die mangelhafte Berücksichtigung vorhandener Probleme oder Ressourcen in der Pflegeplanung und letztlich in der pflegerischen Intervention resultiert. Daneben wird festgestellt, dass auf der Grundlage der mangelbehafteten Dokumentationsgrundlage eingetretene Veränderungen oder Instabilitäten im Zustand der Betreuten (mindestens in der Pflegeplanung) nicht hinreichend berücksichtigt wurden bzw. berücksichtigt werden konnten. Besonders vernachlässigte Bereiche sind die

Ernährung (43,2% der Bewohner/innen weisen einen BMI unter 21 auf und müssen deshalb als mangelernährt gelten), die Schmerzproblematik (ein Fünftel der Bewohner/innen klagt regelmäßig über Schmerzen) und die Berücksichtigung von Ressourcen bei der Aktivierung.

Anhand einer Follow-up-Erhebung konnte in dieser Studie aber auch gezeigt werden, dass sich die Umsetzung des Pflegeprozesses bei Verwendung eines geeigneten Dokumentationsinstrumentes bereits nach dreistündiger Fortbildung verbessert. Diese Verbesserungen betreffen insbesondere die Zustandsfeststellung (insbesondere bei den Merkmalen Ernährung, Mund- und Fußpflege) und die Aktualität der Pflegeplanungen (Garms- Homolová/Roth 2004: 75, 100).

Ähnliche Ergebnisse bei der Umsetzung des Pflegeprozesses zeigt eine Untersuchung aus den Jahren 2001/2002, die in 26 stationären Pflegeeinrichtungen in Frankfurt/Main durchgeführt wurde (Bartholomeyczik/Schrems 2004).

- In einer Zufallsstichprobe von 279 Dokumentationen (es wurden nur Akten von Bewohner/innen der Pflegestufen II und III verwendet) fehlten in 50% der Fälle biografische Angaben bzw. Hinweise auf persönliche Besonderheiten des Pflegebedürftigen. Nur in 42% der Dokumentationen waren Ressourcen und Potentiale der Klient/innen vollständig vermerkt. Und bei 40% der Dokumentationen wurden diagnostizierte Probleme der Bewohner/innen nicht mit entsprechenden Maßnahmen verbunden (ebd.: 189). Auch in dieser Studie fiel auf, dass sich wichtige Angaben zum körperlichen und kognitiven Zustand bzw. zum Wohlbefinden der Bewohner/innen nicht in den Dokumentationen wiederfanden: so fehlten z.B. bei etwa 50% der Aufzeichnungen Angaben zum Hör- und Sehvermögen, zum Zustand der Haut sowie zum Wachzustand der Bewohner/innen. Resultierend aus der ungenauen Zustandserfassung finden sich dann auch individuelle sinnvolle Maßnahmen und Ziele nur ungenügend in den Pflegeplanungen wieder. Pflegeverläufe konnten nur selten nachvollzogen werden und bei mehr als zwei Drittel der untersuchten Dokumentationen wurde keine Maßnahmenevaluation vorgenommen. Dabei streuten die Messungen zur Qualität der Dokumentationen stark. Auch wenn in dieser Arbeit - bedingt durch die Größe der Stichprobe - keine eindeutigen Aussagen zu möglichen Ursachen getroffen werden konnten, liegt für die Verfasser die Vermutung nahe, dass die festgestellten Mängel mit generellen Ausbildungs-, Kenntnis- und Befähigungsdefiziten des Personals zusammenhängen (ebd. 195).

Andere Studien weisen ähnliche Defizite bezüglich der "Kenntnis" der Bewohner/innen bzw. der Dokumentation von pflegerelevanten Merkmalen durch das Personal nach.

- Auf der Grundlage einer Auswertung der Akten von 128 Klient/innen in Pflegeheimen, ambulanten Diensten und Krankenhäusern wiesen die Autoren nach, dass Pflegekräfte kaum in der Lage sind, offenbar vorhandenes Wissen über die zu Pflegenden entsprechend zu verschriftlichen (Güttler/Lehmann 2003). Infolgedessen blieben auch hier notwendige Hilfsmöglichkeiten unentdeckt, Selbsthilfe- und Rehabilitationspotentiale der Klient/innen blieben damit ungefordert (vgl. auch Sadowski et al. 2000, die in einer klinischen Studie zur Augenheilkunde feststellen, dass fast die Hälfte der von ihnen untersuchten 77 Bewohner/innen von Pflegeheimen nicht ausreichend mit Sehhilfen versorgt und deshalb in ihrer Lesefähigkeit teilweise stark beeinträchtigt waren).
- Diese Befunde werden durch eine Untersuchung zur Belastungskonfiguration und Weiterbildung des Pflegepersonals bestätigt, die 1995 in 14 Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt wurde (Heinemann-Knoch et al. 1998). Hierbei handelt es sich ausschließlich um Heime, die anhand einer "Checkliste von Qualitätskriterien zur Auswahl der Häuser" von Experten bereits als selbstständigkeitsfördernd identifiziert und empfohlen wurden (ebd.: 31). Neben ebenfalls festgestellten Mängeln in Pflegedokumentation und Pflegeplanung gaben in einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung mehr als zwei Drittel der Mitarbeiter/innen an, zu wenig über die von ihnen betreuten Personen zu wissen. Dies wird von den Autoren auf Aus- und Weiterbildungsdefizite, auf die verwendeten Dokumentationsinstrumente und den Dokumentationsstil zurückgeführt (ebd.: 141). Daneben ist eine Ursache in der mangelnden Zusammenarbeit mit dem Betroffenen, seinen Angehörigen und anderen an der Versorgung beteiligten Professionen zu vermuten, die auch in anderen Forschungsberichten zumeist am Rande erwähnt wird (ebd.: 148; Kremer-Preis 1998).

Da in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen wird, wie Pflegekräfte in die Lage versetzt werden können, den Pflegeprozess professionell umzusetzen und damit die Pflegequalität verbessert werden kann, werden nachfolgend Forschungsarbeiten dargelegt, in denen Ursachen für die mangelhafte Dokumentationspraxis sowie für die lückenhafte Umsetzung des Pflegeprozesses untersucht wurden.

- Bei der schon erwähnten Untersuchung zur Belastungskonfiguration und Weiterbildung von Pflegemitarbeiter/innen (Heinemann-Knoch et al. 1999) stellten die Autoren anhand von Mitarbeiterbefragungen fest, dass die genannten Mängel der Pflegedokumentation und Pflegeplanung mindestens teilweise dem hohen Anteil

an ablehnenden Einstellungen gegenüber diese Tätigkeiten zugeschrieben werden müssen. Dieses Phänomen ist hinreichend bekannt und wird auch in älteren Publikationen immer wieder beschrieben (exempl. Sowinski 1998). Viele Pflegekräfte, auch auf der Leitungsebene (Heinemann-Knoch et al. 1998: 140), empfinden die Dokumentation als zusätzliche Belastung und unnötigen bürokratischen Aufwand, der letztlich wegen der ohnehin knapp bemessenen Zeit den Klient/innen in der Pflege verloren geht. Zudem scheint trotz einer fortschreitenden Professionalisierung der Pflege noch immer die Ansicht verbreitet, dass Pflege "aus dem Bauch" bzw. "aus der Erfahrung" den Anforderungen genüge (Heinemann-Knoch et al. 1998: 140)

- Eine weitere wesentliche Ursache für die mangelnde Umsetzung des Pflegeprozesses muss außerdem in der mangelnden Eignung der verwendeten Dokumentationsinstrumente gesehen werden. Bei der inhaltsanalytischen Auswertung von 62 Dokumentationssystemen von Pflegeheimen, ambulanten Diensten und Hospizen identifizierten Höhmann et al. 1995 als Ursachen der ungenügenden Dokumentation neben dem unzureichendem theoretischem Wissensstand der Pflegekräfte die mangelhafte Systematik der Dokumentationssysteme. Damit einher gehen Probleme bei der Handhabung und Realisierung des Pflegeprozesses (Höhmann et al. 1996: 104). Beide Schwierigkeiten verursachen mindestens einen Teil des beklagten Zeitaufwandes und sind als mitauslösend für die mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit der Dokumentation anzusehen.
- Laut Untersuchungen von Infratest und Niehörster et al. (Niehörster et al. 1998: 69) in 132 stationären Einrichtungen verwendeten nur 53% der Institutionen Dokumentationsinstrumente, die der pflegerischen Einschätzung dienen. Assessmentinstrumente, die anhand eines strukturierten Vorgehens eine systematische Einschätzung der Potentiale und Probleme der Klient/innen ermöglichen, kamen nur vereinzelt zur Anwendung (ebd.: 82). Dagegen wurden von 20% der Einrichtungen ein Kriterienkatalog für Pflegestufen als Mittel der Zustandsfeststellung verwendet, mehr als ein Viertel der Heime benutzte einen ärztlichen Fragebogen. Hier muss eingewandt werden, dass diese Instrumente primär der Bedarfsfeststellung im Sinne der vorgegebenen Finanzierungsmodi verpflichtet sind. Bei diesen Instrumenten nimmt aber der Nachweis von Defiziten einen vorrangigen Stellenwert ein, das Aufdecken von Potentialen und Förderungsmöglichkeiten ist kaum von Bedeutung (ebd.: 70). Für eine qualitätsorientierte Arbeit muss die Eignung dieser Instrumente in Frage gestellt werden, da die Erhaltung von Fähig-

keiten und eine weitestgehend selbstbestimmte Lebensqualität im Mittelpunkt pflegerischer Bemühungen stehen sollen (ebd.).

- Daneben werden in deutschen Pflegeeinrichtungen häufig Pflegemodelle, meist basierend auf den sog. Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL-Pflegemodelle nach Juchli, Rooper, Henderson) bzw. auf den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL-Modell nach Krohwinkel), als Grundlage der Pflegeplanung verwendet (Niehöster et al. 1998; Höhmann et al. 1996). Niehöster et al. (1998) aber auch andere Autoren (exempl. Stösser et al. 1996; Sperl 1994) konstatierten hier erhebliche Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung in die Dokumentation. Als Ursachen werden die mangelhaften Definitionen und unklare Erhebungskriterien zu den einzelnen Kategorien genannt. Auch erschweren fehlende Strukturierungen und Operationalisierungen der Begriffe die Anwendung. Wegen der fehlenden Standardisierung ist es zudem nicht möglich, zuverlässige Messwerte zu einzelnen Fähigkeiten oder Risiken zu ermitteln. Kritisch wird auch das Fehlen handlungsleitender Funktionen der einzelnen Kategorien bewertet (exempl. Bartholomeyczik/Halek 2004; Bartholomeyczik 2003a; Niehöster et al. 1998; Stösser 1996). Prioritäten für das pflegerische Handeln sind kaum ableitbar, da die ATL- und AEDL-Bereiche "beliebig nebeneinander" stehen. Schließlich scheint die Ermittlung von Problembereichen und Ressourcen mittels dieser Raster nur unzureichend möglich, mindestens aber außerordentlich schwierig (vgl. Bartholomeyczik/Halek 2004; Bartholomeyczik 2003a; Niehöster 1998; Stösser 1996).

Die Thematik der vorliegenden Arbeit wird auch in Untersuchungen zur Verwendung von geriatrischen Assessments tangiert, die hier jedoch nur kurz genannt werden sollen. Mit Hilfe solcher Assessmentinstrumente erfolgt eine multidisziplinäre und umfassende Abklärung des Rehabilitationsbedarfs - d.h. der vorhandenen Selbständigkeitspotentiale und -defizite - sowie die Erarbeitung individueller auf diesen Bedarf abgestimmter Ziele und die Umsetzung dieser Ziele.

- Resultate von kontrollierten randomisierten Studien zeigen, dass die rehabilitative Betreuung alter Patient/innen auf gesonderten "Assessmentstationen" zu einer signifikanten Senkung der Mortalität um ca. 25%, einer Zunahme des Anteils der Personen, die nach Ablauf eines Jahres immer noch in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnten und einer deutlichen Zunahme der Selbständigkeit der behandelten Patienten führt. Als entscheidend für den Erfolg solcher Assessments erwies sich zudem die Kompetenz des betreuenden Personals und

- das Funktionieren einer interdisziplinären Kommunikation (Stuck et al. 1993).
- Eine randomisierte und kontrollierte Studie mit durch geschulte Pflegekräfte erhobenen jährlichen Assessments bei alten Menschen im häuslichen Bereich belegte zudem, dass durch das frühzeitige (präventive) Erkennen von Risiken und Behinderungen die Selbständigkeit signifikant verbessert werden konnte und Pflegeheimeinweisungen vermieden werden konnten (Stuck et al. 1995).

3.1.3. Aspekt der Ergebnisqualität

Bezüglich der Menge und in methodischer Hinsicht:

Studien zur Ergebnisqualität sind im Vergleich zu Arbeiten zur Struktur- und Prozessqualität stark unterrepräsentiert, auch hier steht die Berichterstattung der MDK an erster Stelle. Untersuchungen, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, sind nur wenige vorhanden.

Auf methodischem Gebiet - so zur Identifizierung geeigneter valider und reliabler Indikatoren - wird in Deutschland gegenwärtig kaum geforscht.

Vorhandene Forschungsschwerpunkte:

Bei den Forschungen zur Ergebnisqualität stehen gegenwärtig die Pflegeprobleme Dekubitus, Mangelernährung, Dehydratation und Stürze im Vordergrund. Unter dem Aspekt der Ergebnisqualität sollen an dieser Stelle außerdem zahlreiche vorhandenen Kundenbefragungen erwähnt werden, mit denen subjektive Aspekte der Pflegequalität erfasst werden.

Tendenzen:

Die Diskussion um die Ergebnisqualität wird vor allem im Hinblick auf geeignete Indikatoren für die Messung der Pflege-Outcomes geführt und steht im engen Zusammenhang mit der Diskussion um Instrumente, mit denen die Pflegequalität möglichst "praxisnah" und zuverlässig gemessen werden kann. Gegenwärtig ist für Deutschland kaum eine Zunahme wissenschaftlicher Forschungsaktivitäten auf diesem Gebiet zu registrieren.

Ausgewählte Befunde:

Zuerst sollen die Befunde des MDK referiert werden (MDS 2004).

- Mängel in der Ergebnisqualität zeigten sich bei der allgemeinen Begutachtung des Pflegezustandes der Bewohner/innen. Hier werden Kriterien wie Hautzustand, Mundzustand, Gepflegtsein von Finger- und Fußnägeln sowie die Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten in Augenschein genommen. Insgesamt wurden so 4529 Personen begutachtet. Dabei zeigte sich, dass der Pflegezustand in 83% der Fälle angemessen war. Bei 17% der Versorgten

wurde ein unzureichender Pflegezustand konstatiert, der unmittelbar auf Versorgungsmängel seitens der Einrichtung zurückzuführen war (MDS 2004: 58). Insgesamt wurden grundlegende pflegerische Aufgaben von einem Teil der geprüften Einrichtungen vernachlässigt. Dazu gehört die Dekubitusprophylaxe und -versorgung (Mängel wurden bei 43% der begutachteten Pflegebedürftigen konstatiert). Beanstandet wurden insbesondere die mangelnde Risikoermittlung von Druckgeschwüren, die unterlassene Planung oder Versorgung mit geeigneten prophylaktischen Maßnahmen, der fehlende Einsatz von Hilfsmitteln zur Druckentlastung und eine Dekubitusbehandlung, die nicht dem aktuellen Stand der Kenntnisse (Dekubitusstandard) entspricht (MDS 2004: 64)¹⁰.

Bei der Gegenüberstellung der Angemessenheit der Dekubitusprophylaxe und -therapie mit Parametern der Struktur- und Prozessqualität (z.B. fachgerechte Pflegeplanung, regelmäßige Fortbildungen des Pflegepersonals, Durchführung interner Maßnahmen der Qualitätssicherung) werden deutliche Zusammenhänge zwischen einer guten Versorgungsqualität und einer konsequenten Anwendung der Pflegeprozessmethode augenscheinlich (MDS 2004: 93).

Mit der Dekubitusvermeidung und -behandlung im engen Zusammenhang steht die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung. In diesem Zusammenhang erhoben die Prüfer, dass der Ernährungszustand bislang bei einem großen Teil der kontrollierten Pflegeheime nicht systematisch und standardmäßig erfasst wird (z.B. unter Zuhilfenahme des Body-Mass-Index)¹¹, so dass die bei Pflegebedürftigen häufigen Ernährungsprobleme oft nicht erkannt werden und unbehandelt bleiben (Brüggemann 2003). Nur bei 59% der Klient/innen lagen keine Probleme vor. Demgegenüber wurden jedoch bei 41% der Bewohner/innen Mängel gefunden. Hierzu stellten die Gutachter fest, dass ein Teil der Probleme bereits bei der Zustandsfeststellung nicht richtig erkannt wurde (MDS 2004: 63). Ebenso wurden andere Parameter, die in engem Zusammenhang mit der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung stehen- etwa Probleme im Mundbereich wie Kau- und Schluckstörungen, aber auch Selbst-versorgungsdefizite aufgrund von Immobilität oder mangelhaftem Kommunikationsvermögen wegen Demenz, Depression oder anderen Erkrankungen - von den Pflegekräften nicht in Verbindung mit dieser Problematik gebracht.

¹⁰ Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Jahr 2000 den ersten "Nationalen Expertenstandard in der Pflege" zur Dekubitus-Prophylaxe veröffentlicht. Dieser gilt juristisch als "vorweggenommenes Sachverständigengutachten" (Leffmann 2002; Raabe 2002).

¹¹ Der Body Mass Index (BMI) ist definiert als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und dem Quadrat der Körpergröße in Meter (Kuck/Garms-Homolová 2003).

Ein unmittelbarer Zusammenhang konnte zu anderen Qualitätsparametern aufgezeigt werden. In stationären Einrichtungen mit internen qualitätssichernden Maßnahmen wurden bei der Ernährungsversorgung in rund 11% der Fälle bessere Ergebnisse gemessen (MDS 2004: 97). Noch positiver wirkte sich eine fachgerechte Pflegeplanung hinsichtlich des Ernährungszustandes aus (etwa in 16% der Fälle bessere Ergebnisse).

Desweiteren wurden von den MDK bei einem Fünftel der begutachteten Klient/innen Mängel in der Inkontinenzversorgung festgestellt. Bei 30% der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Personen wurden Qualitätsmängel im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen registriert (keine Durchführung entsprechender Trainingsprogramme, keine Verwendung von Orientierungshilfen etc.) (MDS 2004: 64). Qualitätsmängel traten außerdem häufig bei der Medikation auf. Hier war bei über einem Fünftel (22%) der Bewohner/innen nicht nachvollziehbar, in welchen Fällen und in welcher Dosierung bzw. bei welcher Tageshöchstdosis eine Bedarfsmedikation durch die Mitarbeiter/innen verabreicht werden konnte. Zudem wurden bei 17% aller Bewohner/innen die Medikamente nicht anhand einer korrekten und eindeutigen Pflegedokumentation gerichtet. In den Prüfberichten der MDK werden als Folgen solcher Qualitätsmängel die mögliche Gefährdung oder Schädigung der Bewohner/innen, die Verletzung der persönlichen Integrität und Würde der anvertrauten Person, aber auch die Verursachung unnötiger Kosten genannt (MDS 2004; Brüggemann 2002; Roth 2002). Zusammenfassend wird von den Autoren nachdrücklich auf deutliche Zusammenhänge zwischen Parametern der Ergebnisqualität (z.B. angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, angemessene Dekubitusversorgung) auf der einen Seite und Struktur- und Prozessparametern auf der anderen Seite (z.B. fachliche Befähigung der Mitarbeiter/innen, Pflegeprozessdokumentation) hingewiesen. Bilanziert wird, "dass Qualitätsverbesserungen im Bereich der Ergebnisqualität in erster Linie durch Verbesserungen im Pflegeprozess (und darüber hinaus durch andere flankierende Maßnahmen) zu erreichen sind" (MDS 2004: 100).

- In einer durch den MDK Schleswig-Holstein durchgeführten Untersuchung in 554 Pflegeeinrichtungen dieses Bundeslandes wurde zusammenfassend festgestellt, dass nur in jeder zweiten der geprüften Einrichtungen "die offensichtliche Dekubitusgefährdung" der Klient/innen in der Pflegeplanung berücksichtigt wurde. Wenn entsprechende Maßnahmen jedoch nicht geplant sind, werden nur in 20% aller Fälle die erforderlichen Maßnahmen zur Vermeidung der Druckge-

schwüre erbracht (KDA 2002a). Das Kuratorium Deutsche Altershilfe stellt im Zusammenhang mit dieser Untersuchung in einer Presseerklärung fest, dass im Bereich der Prävention und Versorgung von Dekubitalulcera eine "erschreckend große Unkenntnis" bei den Mitarbeiter/innen in Krankenhäusern und Pflegeheimen vorherrscht, "was bei den Erkrankten zu unerträglichen Schmerzen und gesundheitlichen Risiken bis hin zum Tod führen kann" (ebd.).

- Eine Studie des MDK Sachsen-Anhalt bei 700 untersuchten Patient/innen belegte erhebliche Defizite bei Personen, die sondenernährt wurden (Richter-Kuhlmann 2004, The et al. 2002). Danach erhielt mindestens ein Drittel der Klient/innen nachweislich zu wenig Nahrung zugeführt. Bei keiner dieser Klient/innen wurde zu irgendeiner Zeit der Body-Mass-Index ermittelt (ebd.). Bei Prüfungen des MDK Hessen fanden sich bei 230 sondenernährten Klient/innen Qualitätsmängel. Bei 40% der Personen war das Gewicht nicht festgestellt worden, 70% erhielten zu wenig Nahrung zugeführt und fast die Hälfte der Versorgten bekam nur eine Nahrungsmenge zugeführt, die noch unter dem Grundumsatz lag (Brüggemann 2003: 686).
- Insgesamt wird seitens der MDK bilanziert, dass der Ernährungszustand in deutschen Pflegeeinrichtungen bislang nicht standardmäßig erfasst wird. Schwachstellen bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung werden dabei einmal der Nichtverwendung oder Unkenntnis geeigneter Instrumente oder Skalen angelastet, andererseits liegen solche Engpässe vielfach in der Ablauforganisation der Pflege und dem mangelndem Fachwissen und Bewusstsein der Mitarbeiter/innen für ihre Tätigkeit (Brüggemann 2003: 689).

In der bereits bei der Prozessqualität genannten Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen zeigen Garms-Homolová und Roth (2004) deutliche Defizite bei den Pflegeoutcomes auf.

- Vergleichbar mit dem Befunden der MDK-Stichprobe (MDS 2004) wurde auch hier bei 43,2% der untersuchten Bewohner/innen eine Mangelernährung gemessen. Als Ursachen für diese Zustände wurden Probleme im Mundbereich identifiziert (dies wurde bei einem Viertel der Klient/innen dokumentiert), des Weiteren waren Personen mit Mobilitätsproblemen, einer Hilfebedürftigkeit bei der Nahrungsaufnahme und einem Spezialbedarf an Speisen gefährdet, unterernährt zu sein. Prädestiniert für eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr sind auch Personen mit geistigen Beeinträchtigungen, Depressionen und Kommunikationsproblemen. Die Autoren zeigen einen Zusammenhang zwischen den beschriebenen Defiziten und vorhandenen Wissens- oder Dokumentationslücken auf.

Qualitätsmängel wurden zudem im Bereich des Schmerzmanagements gefunden. Hier zeigte sich, dass im Verhältnis zu den Personen, die beim Assessment Schmerzen angaben, die Schmerzproblematik in der Dokumentation und Pflegeplanung stark unterrepräsentiert ist. Bei den urin- und darminkontinenten Personen, deren Prävalenz in der beschriebenen Stichprobe sehr hoch ist (63,0% Urininkontinente, 50,4% Darminkontinente), wurde eine hochsignifikante Korrelation mit Mobilitätseinschränkungen registriert. D.h. Personen, die nicht selbstständig aufstehen und zur Toilette gehen können, sind hochgradig gefährdet, inkontinent zu sein bzw. zu werden. Hier liegt der Verdacht auf ein Qualitätsproblem nahe, denn mindestens ein Teil der Inkontinenzen könnte aus einer fehlenden Hilfeleistung resultieren (ebd.: 94).

Zusätzlich erhalten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohner/innen viele Pflegeprobleme nicht die entsprechende Aufmerksamkeit: Demente, verwirrte oder kognitiv eingeschränkte Klient/innen waren bei der Versorgung mit Hörhilfen, Geh- und Bewegungshilfen unterversorgt, Defizite wurden aber auch bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung registriert (Garms-Homolová/Roth 2004).

Aussagen zur Ergebnisqualität finden sich auch in weiteren Studien. Insbesondere wurden Stürze, Druckgeschwüre sowie der Ernährungszustand als Indikatoren für die Ergebnisqualität empirisch untersucht.

- In einer Untersuchung bei 3206 Bewohner/innen in 45 Heimen belegen Dassen et al. (2003), dass Demenzkranke, aber auch in ihrer Mobilität eingeschränkte Klient/innen in Langzeitpflegeeinrichtungen signifikant häufiger sturzgefährdet sind. Mindestens ein Sturzereignis in den letzten 14 Tagen war bei 14% der Klient/innen vorgekommen, fast ein Viertel dieser Personen zog sich schwere und 11% mittlere Verletzungen zu. Für 37% der Gestürzten waren nur leichte Verletzungen die Folge und nur ein Drittel überstand den Sturz ohne jegliche Verletzungen. Zusätzlich wurde nachgewiesen, dass gegenüber der 12 Monate zurückliegenden Prävalenzerhebung bei fast drei Vierteln der untersuchten Einrichtungen die Häufigkeit von Stürzen gestiegen war (Dassen 2002). Im Hinblick auf die Ergebnisqualität sind diese Ergebnisse negativ zu bewerten - Stürze und deren Prävention stellen wichtige Outcomeaspekte der Pflege dar. So zeigte sich dann auch, dass nur knapp ein Viertel der im Sample enthaltenen Einrichtungen entsprechende Instrumente zur Risikoerfassung von Stürzen einsetzte, gezielte Sturzprophylaxen wurden nur in 17 der 45 Einrichtungen durchgeführt (Dassen et al. 2003).

- Verschiedene Untersuchungen zeigen Dekubitusprävalenzen in Altenpflegeheimen von 30% auf (KDA 2003; Leffmann 2002; Raabe 2002). In einer Stichprobe von 3500 Pflegeheimbewohner/innen in 45 Pflegeheimen wurde bei 59% der Personen ein Risiko für Druckgeschwüre festgestellt (Dassen 2003). Die Prävalenz der vorhandenen Dekubiti im Sample betrug 12,5% bzw. 17,3% (Werte von 2002 in 15 Pflegeeinrichtungen: Dassen 2002). Besonders bei inkontinenten Personen wurden häufig Druckgeschwüre registriert, der Anteil dieser Personen betrug fast ein Drittel.
- Diese Feststellung wird in einer Studie aus Nordrhein-Westfalen bekräftigt. In der in 36 Pflegeheimen, 22 ambulanten Diensten und 10 Krankenhäusern durchgeführten Erhebung wurde im Heimbereich eine (vergleichsweise geringe) Rate von 4% Bewohner/innen mit Dekubitus festgestellt. Es bestanden aber signifikante Zusammenhänge zu Inkontinenz und Mangelernährung. Bei der Versorgung der Druckgeschwüre kamen häufig Medikamente falsch zum Einsatz, zudem wurden Lagerungshilfsmittel falsch verwendet und eine Vielzahl von Therapieformen eingesetzt, die nicht den aktuellen Erkenntnissen entspricht (vgl. Boschek et al. 2003: 102). Außerdem waren die meisten Dekubiti in den Einrichtungen entstanden und im Durchschnitt bereits ein halbes Jahr vorhanden. Die Dokumentationen der Bewohner/innen mit Druckgeschwüren waren in vielen Fällen fehlerhaft oder unvollständig, zu 72% war das Vorhandensein eines Druckgeschwürs nicht vermerkt (dies betraf 98 Personen des Samples) (ebd.: 104).

3.2. Ausgewählte internationale Studien - Forschung mit RAI

Als im internationalen Maßstab wegweisend auf dem Gebiet der Qualitätsmessung können die in den USA mit dem Resident Assessment Instrument erhobenen Befunde zur Pflegequalität gelten. Dieses Instrument ermöglicht auf der Basis einer kontinuierlichen, umfassenden und standardisierten Datensammlung zu den Bewohner/innen und in Verbindung mit anhand spezieller Richtlinien (Resident Assessment Protocols) erstellten Pflegeplänen, umfassende Aussagen zur Qualität der erbrachten Pflege. Wegen der flächendeckenden Anwendung in den USA sind die erzielten Ergebnisse als repräsentativ einzustufen. Erwähnt werden soll an dieser Stelle, dass das Instrument in vielen Ländern zum Einsatz kommt - im Rahmen dieser Arbeit sollen aber - stellvertretend für internationale Forschungsarbeiten mit diesem Instrument - die o.g. Ergebnisse aus den USA angeführt werden.

Daneben werden auch andere Befunde aus dem Ausland mit Bezug zur Fragestellung aufgeführt.

3.2.1. Internationale Forschungsarbeiten zur Strukturqualität

Insgesamt gibt es recht widersprüchliche Befunde zur Beziehung zwischen der Personalbesetzung und einzelnen Aspekten der Ergebnisqualität.

- Für einen positiven Einfluss professionell ausgebildeter Kräfte auf die Verbesserung der Pflegequalität spricht eine Untersuchung in allen 13770 Pflegeeinrichtungen (mehr als 60.000 Bewohner/innen) in den USA, in der das RAI als methodisches Instrument zur Anwendung kam¹². Die Ergebnisse zeigen, dass niedrigere Anteile an professionellen Pflegekräften mit einem Anstieg pflegerischer Qualitätsdefizite¹³ einhergingen. Dieser Zusammenhang betraf jedoch nicht die allgemeine Lebensqualität der Bewohner/innen. Eine niedrigere Lebensqualität ergab sich dagegen aus einer geringen Besetzung mit Hilfspersonal, während der Anteil der Leitungskräfte, des hauswirtschaftlichen Personals und auch der Verwaltungsangestellten keinen Einfluss auf die beiden untersuchten Variablen ausübte (Harrington et al. 2000: 282). Bei der Interpretation der Ergebnisse stellte sich wiederum heraus, dass der Ausbildung der Leitungskräfte eine entscheidende Stellung bei der letztlich geleisteten Pflege zukommt.

- In einer Untersuchung von Berlowitz et al. (1999) in 128 amerikanischen Pflegeheimen konnten keine positiven Effekte eines höheren Fachkräfteanteils auf Parameter der Ergebnisqualität - insbesondere auf das Vorhandensein von Dekubitalulcera - nachgewiesen werden (Berlowitz et al. 1999). Dies bekräftigt andere Befunde, wonach neben der bloßen Personalbesetzung zur Erzielung einer guten Pflegequalität auch noch andere organisatorische Aspekte in Betracht kommen, die einer näheren Forschung bedürfen (ebd.: 43). Insgesamt liefert die Forschung Anhaltspunkte dafür, dass die formale Qualifikation als Parameter für die Qualität der geleisteten Arbeit nicht - oder zumindest nicht allein - ausschlaggebend ist.

Im Zusammenhang mit der Befähigung von Pflegekräften sollen noch zwei andere Studien erwähnt werden.

- Bei einer subjektiven Einschätzung befanden 78% der Nurses (n=236), dass aus der Arbeit mit dem Resident Assessment Instrument ein Wissens- bzw. Qualifikationszuwachs resultierte und die Arbeit mit diesem Qualitätsverfahren ihre

¹² Sehr kleine Einrichtungen und deutliche Ausreißer bei der Personalbesetzung wurden ausgeschlossen.

¹³ Gemessen auf der Grundlage verschiedener Outcome-Indikatoren z.B. ADL-Fähigkeiten, Einsatz von Psychopharmaka, Stürze, Verletzungen etc..

Fähigkeit zur Zustandsfeststellung und Ermittlung pflegerelevanter Zustände und Veränderungen verbessert habe (Phillips et al. 1996). Dass durch die Dokumentation mit dem MDS ein "ganzheitliches Bild" der Bewohner/innen sowie eine bessere Kenntnis der Klient/innen erlangt wird und dies eine bessere Pflege ermöglicht, gaben 136 Pflegekräfte aus 18 Pflegeheimen in 6 US-Bundesstaaten in einer Untersuchung mittels strukturierter und offener Interviews an (Dorman-Marek et al. 1996).

- Dass spezielle Ausbildungen oder Trainings von Pflegekräften Qualitätsverbesserungen bewirken, konnten Schmidt et al. (1998) in einer kontrollierten Studie in 33 schwedischen Pflegeheimen (mit 1854 Bewohner/innen) nachweisen. In dieser Untersuchung ließ der Einfluss spezieller multidisziplinärer Teams den Einsatz von Psychopharmaka innerhalb eines Jahres um 19% bis 60% zurückgehen, wobei gleichzeitig Anweisungen für eher akzeptable Formen dieser Medikamente zunahm. Diese Entwicklung der Abnahme von "inakzeptablen" Psychopharmaka - die Klassifizierung wurde nach Richtlinien der Swedish Medical Product Agency für Psychopharmaka vorgenommen - wurde bei der Kontrollgruppe nicht gemessen.

3.2.2 Internationale Forschungsarbeiten zur Prozessqualität

Zur Verdeutlichung internationaler Tendenzen wird die bereits erwähnte repräsentative Studie aus den USA referiert (RAI-Pre-Post-Studie). Forschungsgegenstand dieser Arbeit waren die Auswirkungen der Anwendung eines Assessment-Instrument auf die Umsetzung des Pflegeprozesses (Hawes et al. 1997; Phillips et al. 1997).

- Die verpflichtende Einführung des RAI in den USA und die damit gewissermaßen erzwungene Änderung des Dokumentations- und Planungsverhaltens zeitigte eine verbesserte und genauere Kenntnis und Dokumentation der Bewohner/innen. Im Rahmen der Pre-Post-Studie (269 zufällig gezogenen Pflegeheimen in 10 Bundesstaaten; 4196 Bewohner/innen) wurde unter anderem aufgezeigt, dass die Befähigung der Mitarbeiter/innen, die Assessmentdaten fehlerfrei zu erfassen, signifikant zunahm: Während 1990 nur 17,6% der Pflegekräfte ein einigermaßen zuverlässiges Datenset erheben konnten (d.h. das MDS war zu mindestens 90% fehlerfrei im Bereich medical records), waren es 3 Jahre später 48,6% der Mitarbeiter/innen (Phillips et al. 1997; Achterberg et al. 1999). Positive Ergebnisse wurden auch im Bereich der Pflegeplanung erzielt. Hawes et al. (1997) wiesen die signifikante Zunahme von Pflegeproblemen in 12 der 18 Problembereiche nach. Beispielsweise wurde belegt, dass - während 1990 nur ca.

die Hälfte der Pflegekräfte vorhandene Sturzrisiken im Pflegeplan richtig berücksichtigte - 1993 drei Viertel der Mitarbeiter/innen dazu in der Lage waren (Phillips et al. 1997: 16). Zudem wurden Pflegeprobleme wie Dehydratation, Delir oder Unwohlsein, die vor Einführung des Assessments nur ungenügend erkannt worden waren, nun frühzeitiger diagnostiziert und in den Pflegeplanungen und Pflegeabläufen besser berücksichtigt (Hawes et al. 1997: 22). Insgesamt stellen die Autoren eine signifikante Verbesserung des Pflegeprozesses fest. Ferner gelang es bei der Arbeit mit RAI vermehrt, Angehörige und andere Berufsgruppen in die Planung und Durchführung sinnvoller Interventionen einzubeziehen. Auch dies spricht für eine verbesserte Pflegequalität (Hawes et al. 1997: 22).

3.2.3 Internationale Forschungsarbeiten zur Ergebnisqualität

Unter dem Aspekt der Ergebnisqualität werden im folgenden die Ergebnisse zweier Studien zu Assessmentinstrumenten genannt

- Im Bereich der Ergebnisqualität wiesen Phillips et al. (1997: 19) in der o.g. RAI-Pre-Post-Studie unter anderem nach, dass aus der Einführung und routinemäßigen Anwendung des RAI eine Verbesserung der ADL-Aktivitäten bei den Klient/innen (von 9,5% auf 12,9% unter Berücksichtigung relevanter Confounder) sowie eine signifikante Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten der Bewohner/innen, eine Verminderung der Kontinenzprobleme, aber auch eine Verminderung der vermeidbaren Heimaufenthalte resultierte. Daneben reduzierte sich auch die Rate der Krankenhauseinweisungen, hier vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Personen. Beispielhaft genannt werden sollen die Ergebnisse zum Rückgang der Fixierungen (Rückgang der Fixierungen von 38% auf 28%), die ebenfalls in dieser Studie gemessen wurden (Phillips et al. 1996: 17; Mara et al. 1999: 238).

Bedeutsam ist, dass allein aus der verbesserten Kenntnis der Bewohner/innen und der daraus folgenden besseren Ursachenerkennung und Maßnahmenplanung eine Verbesserung der Selbständigkeit der betreuten Bewohner/innen erzielt werden kann. Es darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass aufgrund mangelnder Kontrollgruppen bei den angeführten Untersuchungen mit dem RAI nicht endgültig gesagt werden kann, inwieweit die nachgewiesenen positiven Effekte des RAI auch aus anderen Einflüssen (etwa der Einführung gesetzlicher Kontrollen mit diesem Instrument oder institutionelle Effekte) resultieren.

- Forschungsgegenstand einer anderen Studie aus den USA war eine stationäre Intervention zur Reduktion von Problemverhalten bei dementiell Erkrankten. Die

Stichprobe der Untersuchung stellten 250 Patienten dar, die im Durchschnitt 81 Jahre alt waren. Diese Patienten wurden auf einer geriatrischen Station über 25 Tage betreut. Anhand umfassender Screenings und eines geriatrischen Assessment wurde für jeden Patienten ein individueller Behandlungsplan erstellt, der pharmakologische, verhaltensbezogene, umweltverändernde und psychologische Komponenten umfasste. Gleichzeitig wurde das Pflegepersonal entsprechend geschult. Bei Aufnahme und Entlassung der Patienten wurden behaviorale, kognitive und funktionelle Variablen erfasst. In allen drei Bereichen konnten signifikante Verbesserungen erreicht werden. Auch hier war keine Kontrollgruppe in die Studie einbezogen (Holm et al. 1999).

4. Qualität im Pflegebereich

Im Folgenden soll das Thema Qualität in der Pflege unter wissenschaftlichen und praktischen Gesichtspunkten beleuchtet werden.

Dazu wird zunächst der allgemeine Qualitätsbegriff näher betrachtet; im Weiteren werden die Besonderheiten der Qualität im Dienstleistungsbereich und in der Langzeitpflege dargestellt.

4.1. Allgemeiner Qualitätsbegriff

Der Qualitätsbegriff wurde ursprünglich im industriellen Bereich verwendet, um das betriebliche Geschehen (Input - Betriebsprozess - Output) und die produzierten Leistungen hinsichtlich ihrer Güte und umfassender als nur durch die quantitative Dimension zu kennzeichnen (Eichhorn 1997: 14).

Dabei greifen alle Versuche, die Qualität einer erbrachten Leistung übergreifend zu definieren auf das lateinische Wort "qualitas" und seine Bedeutungen "Beschaffenheit", "Güte", "Wert" oder "Eigenschaft" eines Gutes zurück (Eichhorn 1997; Meffert/Bruhn 1997).

Dies zeigen unterschiedliche, sehr allgemein gehaltene Definitionen, wie z.B. "Qualität ist die Beschaffenheit schaffenheit eines Gutes" oder "Qualität ist die Gesamtheit aller Eigenschaften, durch die sich Güter unterscheiden" (Eichhorn 1997: 15).

Bis Ende der 60er Jahre wurde die Qualität einer betrieblichen Leistung in erster Linie an der Einhaltung technischer Standards festgemacht. Wichtige Merkmale dieser Bewertung waren u.a. das einwandfreie Funktionieren und gute technische Eigenschaften der Produkte, eine lange Lebensdauer und das Freisein von Fehlern (Eichhorn 1997; Kaminske/Brauer 1995). Dieses materielle Qualitätsverständnis lässt sich jedoch nicht ohne weiteres auf den Dienstleistungsbereich und die Pflege als spezielle Dienstleistung übertragen (vgl. auch Jaster 1997); Dienstleistungen unterscheiden sich in ihren wesentlichen Eigenschaften deutlich von Produktionsgütern.

4.2. Begriff der Qualität im Dienstleistungsbereich

Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal der Dienstleistungen im Vergleich zu Produktionsgütern ist ihre Immaterialität. Das heißt, als Dienstleistung gilt die angebotene oder nachgefragte menschliche oder automatisierte Leistungsfähigkeit, auch wenn Vorleistung (Input) und Ergebnis (Output) materiellen oder immateriellen Charakter haben können (Meffert/Bruhn 1997: 59ff.). Aus der Immaterialität resultieren zwei weitere Abgrenzungskriterien: die Nichtlagerfähigkeit und die Nichttransportfähigkeit von Dienstleistungen (ebd.). Dienstleistungen können vom Kunden gewissermaßen nur im Moment ihrer

Erbringung in Anspruch genommen werden. Daraus ergibt sich, dass nicht nur das Ergebnis, sondern auch der Prozess der Leistungserbringung mitbestimmend für die Qualität ist.

Charakteristisch für Dienstleistungen ist zudem ihre außerordentlich große Vielfalt. In der Literatur werden Dienstleistungen u.a. hinsichtlich ihrer Herstellung in persönliche oder automatisierte Dienstleistungen, hinsichtlich ihres Nutzens in Dienstleistungen an Objekten oder Menschen und hinsichtlich des Nachfragerinteresses in prozess- oder ergebnisorientierte Dienstleistungen unterschieden (Meffert/Bruhn 1997: 29).

Meffert und Bruhn (1997) versuchen diesen verschiedenen Eigenschaften von Dienstleistungen in ihrer Definition zu entsprechen. Sie kennzeichnen Dienstleistungen als "selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung [...] und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten [...] verbunden sind (Potentialorientierung). Interne (z.B. Geschäftsräume, Personal, Ausstattung) und externe (als solche, die nicht im Einflussbereich des Dienstleisters liegen) Faktoren werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen [...] oder deren Objekten [...] nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung)" (ebd.: 27).

Die Definition macht deutlich, dass die Dienstleistungserbringung nicht nur von internen Faktoren des Leistungserbringers abhängt, vielmehr nehmen die Nachfrager oder Kunden im Dienstleistungsbereich bereits bei der Erstellung der Leistung eine entscheidende Rolle ein.

Diesen speziellen Aspekt von Dienstleistungen berücksichtigt Juran - einer der "Qualitätsväter" - als er Anfang der 70er Jahre Qualität als "fitness for use" (Qualität ist der Grad der Eignung für den Verwendungszweck) charakterisiert (Juran 1988). Jurans Definition stellt eine Wende im bisherigen Qualitätsverständnis dar, weil der Begriff der Qualität hier eine wesentlich breitere Auslegung als bisher erfährt. Nach dieser Sichtweise umfasst Qualität neben der "technisch-materiellen Eignung" der Produkte auch den subjektiven Nutzen für den Kunden, an den sich das erbrachte Produkt oder die erbrachte Leistung richtet (vgl. Eichhorn 1997; Rinne/Mittag 1995).

Auch Meffert und Bruhn berücksichtigen die Kundenperspektive in ihrer Qualitätsdefinition. Sie kennzeichnen Dienstleistungsqualität als "die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung aufgrund von Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen" (Meffert/Bruhn 1996: 27).

Hier wird deutlich, dass die Bewertung von Qualität die Messung und Festlegung bestimmter (erforderlicher bzw. erwarteter) Qualitätsmerkmale voraussetzt und dass sich diese Qualitätsmerkmale auf bestimmte Erfordernisse beziehen (vgl. Groß 1995).

Das heißt, Qualität resultiert aus der Übereinstimmung zwischen normativen Erwartungen und tatsächlich erbrachter Leistung bzw. empirischer Realität (Feigenbaum 1954; Deming 1982). Qualität ergibt sich damit "aus der Übereinstimmung zwischen der Erwartung hinsichtlich der Leistungen und der tatsächlich erbrachten Dienstleistung" (Garms-Homolová 1991: 3).

Diese Definitionen drücken etwas aus, was aus den bisherigen Definitionen nicht deutlich wird und sich als wesentlich im Dienstleistungs- und Pflegebereich erweist: Qualität wird nicht durch die Erfüllung einmal aufgestellter Anforderungen erfüllt, sondern geht darüber hinaus. Der Qualitätsanspruch der Kund/innen (bzw. Bewohner/innen) und damit auch der Erfolg des Unternehmens (bzw. der Pflegeeinrichtung) wird nicht durch die Erfüllung einmal aufgestellter Anforderungen (bzw. Bedarfe) realisiert. Vielmehr stellen diese den Ausgangspunkt einer weiteren Qualitätsentwicklung und -verbesserung dar. Das bedeutet, Qualität ist keine statische Größe, sondern hat einen prozesshaften Charakter (Dale 1994: 17).

Die genannten Definitionen spiegeln ein mehrdimensionales Qualitätsverständnis wieder (vgl. Meffert/Bruhn 1997)¹⁴. Nach der produktbezogenen oder herstellungsbezogenen Sichtweise umfasst Qualität die Summe oder das Niveau der vorhandenen Eigenschaften von Produkten oder Dienstleistungen. Die Qualitätsbewertung setzt hier an objektiven Kriterien an. Anders verhält es sich beim kundenbezogenen Qualitätsbegriff. Hier wird die Qualität anhand der Wahrnehmung des Kunden definiert. Daraus leitet sich ab, dass ein und dieselbe Leistung unterschiedlich bewertet werden kann. Beide Dimensionen sind auch in den amtlichen Qualitätsdefinitionen für Deutschland enthalten, die wegen ihrer häufigen Verwendung an dieser Stelle genannt werden sollen.

Laut Veröffentlichung des Deutschen Instituts für Normung e.V. (DIN) (Deutsches Institut für Normung e.V. 1987; 1997) ist "Qualität die Beschaffenheit einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte oder vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen" (DIN 55350, 11/3 Nr. 5). Im Bereich der Dienstleistungen müssen als "Beschaffenheit" die einzelnen Merkmale der Einheiten, als "Einheiten" verschiedene materielle und immaterielle Gegenstände und als "Erfordernisse" die Qualitätsanforderungen verstanden werden (Meffert/Bruhn 1997: 200).

¹⁴ Dabei wird unter Qualitätsdimension allgemein "die Wahrnehmung unterschiedlicher Qualitätseigenschaften durch unternehmensinterne und -externe Zielgruppen verstanden" (Bruhn 1995: 25).

Ähnlich wird Qualität durch die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (1987) definiert: "Die Qualität eines Gutes ist diejenige Beschaffenheit, die es für seinen Verwendungszweck geeignet macht", bzw. in einer neueren Definition (1997) "Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht."

Nachfolgend soll auf die Pflege als spezielle Dienstleistung und auf den Qualitätsbegriff im Pflegebereich eingegangen werden.

4.3. Begriff der Qualität im Pflegebereich

Die Pflege älterer Menschen galt lange Zeit nicht als Dienstleistung, sondern wurde als eine karitative Hilfeleistung am Nächsten betrachtet, die in erster Linie zu Hause bzw. - wenn keine Angehörigen vorhanden waren - in sog. Siechen- oder Armenhäusern, in denen auch Behinderte versorgt wurden, erbracht (Sowinski/Maciejewski 2003). Erst seit Anfang des vorigen Jahrhunderts kam mit der Gründung von Altersheimen eine separate institutionalisierte Versorgungsform auf gesamtgesellschaftlichem Niveau auf (Kondratowicz v. 1990). In diesen Heimen, die in privater, konfessioneller oder Vereinsträgerschaft standen und sehr klein waren, herrschte ein unbedingtes Disziplinierungsgebot - die Einrichtungen standen als Symbol des Zwanges (Kondratowicz v. 1988; Behr 1995). Während der Zeit des Dritten Reiches wurden ältere Menschen, die als "stärker verwirrt" oder "unsauber" galten, als sog. "unproduktive Menschen" erfasst und in gesonderten Anstalten, die sich meist außerhalb der Städte befanden, untergebracht (Behr 1995).

Nach Kriegsende stand in der Bundesrepublik, aber auch in der ehemaligen DDR, die situative Bewältigung von Notständen im Vordergrund. Menschen mit Pflegebedarf wurden weiterhin als passive, unselbständige und anleitungsbedürftige "Heiminsassen" angesehen - die Heime dienten im Wesentlichen der "Verwahrung" dieser Personen (Winter/Gennrich/Haß 1999).

Anfang der 60er bis in die 70er Jahre fußten die Konzeptionen der Heime in erster Linie auf dem Leitbild des Krankenhauses; in die Pflege flossen zunehmend geriatrische Erkenntnisse und technische Aspekte ein - die Bewohner/innen wurden als "pflegebedürftige Patienten/innen" angesehen (ebd.).

Erst seit den 80er Jahren gewinnt ein ganzheitliches Pflegeverständnis an Bedeutung. Pflege in Einrichtungen soll nicht mehr nur den Pflegeanforderungen genügen, sondern auch die Wohnbedürfnisse und persönliche Vorstellungen der Bewohner/innen berücksichtigen. Damit stehen erstmals nicht mehr ausschließlich die Defizite älterer pflegebedürftiger Menschen im Vordergrund: Pflege wird zunehmend als Dienstleistung an

den Klient/innen begriffen, deren zentraler Schwerpunkt auf dem Erhalt der verbliebenen Möglichkeiten, der Förderung einer größtmöglichen Selbständigkeit und der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Klient/innen liegt. Gleichzeitig gewinnt der Qualitätsaspekt an Bedeutung. Ältere und alte Menschen, die lange Zeit aufgrund ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen als unfähig galten, Hilfe einzufordern und Ansprüche anzumelden, werden immer mehr als Dienstleistungsnehmer/innen und mündige Klient/innen wahrgenommen (vgl. Garms-Homolová 1995).

Wie lässt sich nun Pflege als spezielle Dienstleistung charakterisieren?

Angelehnt an die Kategorisierung von Dienstleistungen hinsichtlich ihrer Herstellung, ihres Nutzens und bezüglich des Nachfragerinteresses (Meffert/Bruhn 1997) ist Pflege eine persönliche Dienstleistung am Menschen, die sowohl prozess- als auch ergebnisorientiert ist.

Pflege hat wie alle Dienstleistungen einen immateriellen Charakter, ist aber zudem durch eine starke Beziehungsorientierung gekennzeichnet. Das bedeutet, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen und der Umgang zwischen den Klient/innen und dem Betreuungspersonal (bei der Kommunikation und bei Verrichtungen am Körper) von wesentlicher Bedeutung sind; Pflegeleistungen werden direkt an den Klient/innen und in deren Beisein erbracht. Pflegeleistungen sind außerdem durch eine Kooperation zwischen den Pflegenden als den Leistungserbringern und den Gepflegten als Leistungsempfängern charakterisiert und erfordern die Mitwirkung der Klient/innen (vgl. Göpfert-Divivier/Robitzsch 2002). Dies trifft besonders für den Bereich der stationären Langzeitpflege zu, in dem pflegerische Tätigkeiten - anders als im häuslichen Bereich - fast ausschließlich von professionellen Pflegekräften durchgeführt werden. Vor den genannten Aspekten wird deutlich, dass im Pflegebereich bereits der Prozess der Leistungserbringung qualitätsrelevant ist, nicht nur das Ergebnis.

Pflegeleistungen weisen aber noch weitere Besonderheiten auf. Wegen ihrer Immaterialität ist es schwierig, den Kund/innen den Wert der Leistung vor der eigentlichen Leistungserbringung nahe zu bringen. Jedoch sind gerade im Pflegebereich die Qualitätsmerkmale der Dienstleistung für Laien oft nur schwer zugänglich; was fachlich korrekt und qualitativ gut ist, können die Kund/innen häufig nicht ohne weiteres einschätzen. Zudem kann zwischen den Interessen der an der Pflege Beteiligten (z.B. zwischen Klient/innen, Angehörigen, Mitarbeiter/innen im Pflegebereich, Ärzt/innen und Kostenträgern) eine Lücke klaffen. So werden von Seiten der Bewohner/innen Beratungen zur Selbsthilfe und aktivierende Maßnahmen nicht immer als Qualität gewürdigt; sie können den Hilfebedürftigen sogar überflüssig oder lästig erscheinen. Unter dem Qualitätsaspekt muss deshalb ein Konsens gefunden werden, bei dem die Bedürfnisse der

"Nutzer/innen" - damit ist hier der aktuelle und künftige Pflegebedarf gemeint - im Vordergrund stehen, gleichzeitig aber persönliche Gewohnheiten, der "Stand der Kenntnis" sowie Kostenaspekte berücksichtigt werden.

Im Folgenden werden einige pflegespezifische Definitionen vorgestellt.

Eine der ersten pflegespezifischen Definitionen von Qualität lieferten Lee und Jones schon 1933: "Qualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den anerkannten Zielen der Berufsgruppe und dem erreichten Erfolg in der Pflege" (vgl. Lee/Jones 1933).

Donabedian (Donabedian 1977) definierte Qualität als "Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und zuvor formulierten Kriterien" und lieferte damit die theoretische Basis für die Qualitätssicherung in den USA und die auch international bis heute bedeutendste Definition von Qualität in der Pflege.

Williamson fügt den Aussagen von Donabedian den Aspekt der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hinzu: "Qualität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Pflegeverhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist" (Williamson 1982). Er spricht in diesem Zusammenhang von der "Messung des tatsächlichen Niveaus, auf dem eine Dienstleistung stattfindet" (ebd.). In dieser Definition sind zwei wesentliche Schlüsselbegriffe für die Erfassung von Qualität in der Pflege enthalten. Dies sind eine geeignete Datenerhebung als Voraussetzung zur Messung der "tatsächlichen" Qualität und zur Bewertung des Ressourcenverbrauchs und die Bereitschaft, die gegenwärtige Qualität zu verbessern (vgl. Giebing et al. 1997: 22).

In der Definition des amerikanischen Institute of Medicine (1990) wird den von Williamson genannten Aspekten von Qualität der Aspekt der "Steigerung der Gesundheit der Bevölkerung" hinzugefügt.

Diese Definition erweiterte Cangialose (1997) durch den Verweis auf Verbraucherpräferenzen. Qualität in der Versorgung und Pflege ist demnach das Ausmaß, in dem Versorgungsleistungen mit dem vorhandenen Wissen einhergehen und die Bedürfnisse der Verbraucher berücksichtigen (Cangialose et al. 1997).

Die Definition der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) orientiert sich stark an der international gebräuchlichen Qualitätsdefinition der International Organization for Standardization (ISO), die auf der Qualitätsauffassung Donabedians basiert. Qualität in der Gesundheitsversorgung wird hier als Erfüllung vorher festgelegter Erfordernisse angesehen (Pietsch-Breitfeld et al. 1996).

Nachdem die Qualität der Pflege in Deutschland lange Zeit nur hinsichtlich ihrer Auswirkungen als optimal, angemessen, sicher oder gefährlich beurteilt wurde (vgl. Juchli 1987),

findet sich nun die Definition der GMDS in den Qualitätsmaßstäben wieder, die mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung von den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den Trägern der Pflegeleistungen vereinbart wurden. In diesen Vereinbarungen werden im Rahmen des § 80 SGB XI Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege gestellt.¹⁵

Den Qualitätsanforderungen des SGB XI, aber auch den Normen des Heimgesetzes und den meisten externen Zertifizierungen, liegen die Qualitätsdimensionen nach Donabedian (Donabedian 1980) zugrunde, die den derzeit international am meisten verwendeten Ansatz zur Bewertung der Pflegequalität darstellen (vgl. exempl. Garms-Homolová 2002; Deutscher Bundestag 2001; Görres 1999; Pick 1998; Eichhorn 1997; Matul 1994; Giebing 1991). Donabedian unterscheidet in diesem Modell die drei Teilqualitäten Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität:

- Mit dem Begriff der Struktur- oder Potentialqualität werden die Rahmenbedingungen bezeichnet, innerhalb derer die Pflege stattfindet. Mittels dieser Dimension sollen vorhandene Potentiale der Einrichtung oder des Unternehmens, Qualität zu erbringen, erfasst werden (exempl. Garms-Homolová 2002: 250; Matul 1994: 102).
- Die Prozessqualität bezeichnet die Gesamtheit aller Aktivitäten, die im Verlauf der tatsächlichen Dienstleistungserstellung stattfinden, umfasst also den Ablauf der Pflege. Dazu zählen als Voraussetzung zur Umsetzung des Pflegeprozesses die Dokumentation, die Pflegeplanung und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Daneben beinhaltet die Dimension der Prozessqualität die Durchführung sämtlicher Pflegehandlungen und Versorgungsleistungen an den Bewohner/innen.
- Die Ergebnisqualität dient der Beschreibung der Pflege- Outcomes. Dabei geht es um die Zielerreichung pflegerischer Interventionen und um die Wirkungen der Pflege hinsichtlich messbarer Veränderungen des Gesundheitszustandes, des Wohlbefindens oder der Zufriedenheit der Bewohner/innen.

Im Mittelpunkt der Beurteilung und Messung der Qualität im Pflegebereich stehen die Klient/innen und ihre Bedürfnisse. Aufgrund des komplexen Charakters pflegerischer Leistungen und wegen der verschiedenen Akteure bei der Erbringung dieser Dienstleistung (Klient/innen, Angehörige, Pflegepersonal, Einrichtungsleitung) reicht es aber nicht

¹⁵ Auf die konkreten Forderungen wird im Abschnitt 6 "Gesetzliche Anforderungen an die Pflegequalität" noch näher Bezug genommen.

aus, nur die direkte Pflege an den Klient/innen, d.h. den klinischen Aspekt der Pflegeleistung zu bewerten. Auch professionelle Aspekte (z.B. Standards bei der Berufsausübung) und die Führung und Leitung der Organisation (administrative Aspekte) haben einen direkten Einfluss auf die Qualität der Pflege (vgl. Katz/Green 1996) und müssen in die Qualitätsbewertung einbezogen werden.

5. Anforderungen an die Qualität in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen

Die vorangegangenen Ausführungen zu den Eigenschaften von Dienstleistungen und der Pflege als spezieller Dienstleistung lassen deutlich werden, dass Pflegequalität aus der Summe verschiedener Qualitätsaspekte und deren Eignung, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden, bestimmt ist (vgl. Bruhn 1995: 29).

Im Folgenden sollen diese Anforderungen aus der Perspektive der an der pflegerischen Leistungserbringung Beteiligten - Klient/innen (klinischer Bereich), Mitarbeiter/innen (professioneller Bereich) und Leitung der Organisation (administrativer Bereich) - erörtert werden.

Dazu werden Auffassungen von Qualitätsexperten bzw. Prinzipien bewährter Qualitätskonzepte dargelegt, die für die Bearbeitung der Fragestellung von Bedeutung sind.

Ziel ist es, Überlegungen und Prämissen zu extrahieren, um weitere Anhaltspunkte für die Qualitätsverbesserung im Pflegebereich zu gewinnen.

5.1. Klinischer Bereich - Genaue Kenntnis der Bewohner/innen

Im Mittelpunkt aller Qualitätsbemühungen in stationären Pflegeeinrichtungen steht die bestmögliche Versorgung der Bewohner/innen. Die Leistungen aller Bereiche der Institution sind in ihrer Gesamtheit auf dieses Ziel ausgerichtet.

Die Anforderungen an die Qualität von Dienstleistungen aus Sicht der Kund/innen sind definiert durch die spezifischen Erwartungshaltungen und Bedürfnisse der in Frage kommenden aktuellen und potentiellen Kund/innen (Bruhn 1995: 29), da letztlich ihnen die Dienstleistung von Nutzen sein soll (vgl. dazu auch die Qualitätsdefinition von Juran 1988 "quality is fitness for use"). Unwesentlich dabei ist, ob diese Bedürfnisse bewusst oder latent vorhanden sind (Feigenbaum 1954).

Kund/innen von stationären Pflegeeinrichtungen befinden sich aber im Vergleich zu anderen Dienstleistungsempfänger/innen in einer besonderen Situation. Sie haben oftmals existentielle Probleme, die ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit unmöglich machen und sind teilweise hinsichtlich ihrer Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt. Für viele dieser Menschen ist das Leben in einem Pflegeheim eine schwierige Herausforderung. Sie beinhaltet u.a. das alltägliche Eindringen in die Privat- und Intimsphäre und die Einschränkungen bestehender Gewohnheiten aufgrund institutioneller Abläufe.

Vor diesem Hintergrund ist die genaue "Kenntnis" der Bewohner/innen und ihrer Bedürfnisse überaus wichtig, um überhaupt zu "wissen", an wen sich Pflege und Dienstleistungen richten (vgl. Katz/Green 1996), d.h. auf welche speziellen Anforderungen diese zuge-

schnitten sein müssen. Pflege als Dienstleistung wird individuell an den Klient/innen erbracht und soll spezifiziert auf den einzelnen Klienten sein. Aus diesem "Individualisierungsbedarf" der Leistungserbringung sollen spezielle "Problemlösungen" für die einzelnen Kund/innen resultieren (Bruhn 1995: 28).

Das bedeutet, je besser die individuellen Bedürfnisse der Klient/innen bekannt sind und je mehr die Klient/innen an der Planung und Erbringung der Dienstleistung beteiligt sind, desto zielgerichteter kann die Dienstleistung erfolgen und desto erfolgsversprechender sind die (zu erwartenden) Resultate personenbezogener Dienstleistungen (Eichhorn 1997; Meyer/Westerbarkey 1995; Bruhn 1995; Meffert/Bruhn 1995; Bruhn 1996).

Die Identifizierung der tatsächlichen Bedürfnisse (subjektive Bedürfnisse und pflegerischer Handlungsbedarf) stellt hier die Voraussetzung einer qualitätsgerechten Pflege dar. Dabei meint qualitätsgerechte Pflege, dass Risiken vorausschauend erkannt werden, auf Probleme fachgerecht reagiert wird und im Interesse der Bewohner/innen noch vorhandene Ressourcen aktiviert werden, um die Klient/innen trotz des "Wohnens in einer Institution" so lange wie irgend möglich zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu befähigen.

Dabei reicht es jedoch nicht, die Bedürfnisse der Klient/innen einmalig zu identifizieren, denn Qualität - auch Qualität in der Pflege - ist ein dynamischer Prozess, der sich ändernden Anforderungen und Bedürfnissen seitens der Kund/innen unterliegt (exempl. Tindill/Douglas 1993; Deming 1992; Juran 1988; Crosby 1984). Daneben spielen für die Erbringung einer guten Pflegequalität auch neue Erkenntnisse - zum Beispiel die Therapie spezieller Pflegeprobleme betreffend - eine Rolle.

Ein wichtiger Schwerpunkt der Qualitätsbemühungen liegt deshalb in der Beobachtung sich ändernder Erwartungen und Bedürfnisse der Kund/innen (vgl. auch Feigenbaum 1954). Dies erfordert im Pflegebereich die Kooperation aller an der Pflege Beteiligten, die Mitwirkung der Klient/innen und die Befähigung der Mitarbeiter/innen bei der Identifizierung der Kundenbedürfnisse.

Die Erfassung sich ändernder Qualitätsanforderungen der Klient/innen erfordert die regelmäßige Überprüfung der vorhandenen Qualität mittels statistischer Methoden wie Prozessregelungen, Stichproben und Prüfungen (Juran 1988). Besonders Deming plädiert für das Prinzip "Speak with Data" und spricht sich für den Einsatz systematischer Methoden zum Messen und Reduzieren von Abweichungen sowie zum Identifizieren und Vermeiden qualitätshemmender Faktoren aus (Deming 1960). Für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist es unabdingbar, die statistischen Ergebnisse fortwährend zu hinterfragen, zu überprüfen und zu bewerten (Deming 1960; Feigenbaum 1954). Von Deming wurde dazu der Ansatz des Continuous Improvement Process mit seinen Teil-

schritten Planen, Ausführen, Überprüfen und Verbessern - der sog. Deming-Zyklus - entwickelt (Deming 1992).

Insgesamt stellt eine aussagefähige Informationsbasis als Grundlage für Entscheidungen und Prozessveränderungen zur Qualitätsverbesserung ein wesentliches Kernelement aller modernen Qualitätskonzepte dar (Eichhorn 1997; Meffert/Bruhn 1996; Oess 1993; Wyckhoff 1988; Ishikawa 1985)¹⁶.

Auch im Bereich der Pflege stellt das regelmäßige Messen und Überprüfen von pflege-relevanten Qualitätsmerkmalen und Outcomes die Voraussetzung für die Qualitätsverbesserung dar (exempl. Garms-Homolová 1998; Niehöster et al. 1998; Eichhorn 1997). Sollen pflegerische Interventionen auf Dauer sinnvoll und zielgerichtet sein, müssen Zustandsveränderungen, d.h. Veränderungen des Pflegebedarfes berücksichtigt werden. Dies erfordert die Erhebung einer Informationsbasis, die die genaue Erfassung und "Messung" pflegerelevanter Zustandsmerkmale enthält und eine Vergleichbarkeit von Ist-Zustand und Soll-Zustand ermöglicht. Unter Kostenaspekten, aber auch unter praktischen Aspekten wäre es sinnvoll, wenn sich diese Informationserhebung in den Pflegealltag integrieren ließe.

Hierzulande ist im Pflegeheimbereich die exakte pflegerische Einschätzung, Messung und Beurteilung des Klientenzustandes, aus der sich der Bedarf und die geplante und systematische Auswahl sinnvoller Maßnahmen am "Stand der Kenntnis" ergibt, noch unüblich. Statistische Messmethoden werden gegenwärtig nur zur Erfassung einzelner Teilbereiche - wie der Dekubitusgefährdung - angewandt (vgl. auch II.3. "Stand der Forschung").

5.2. Professioneller Bereich - Befähigung der Mitarbeiter/innen zur Qualitätsarbeit

Besonders im Dienstleistungsbereich nehmen die Mitarbeiter/innen eine "Schlüsselposition" bei der Leistungserbringung ein. Dies wird u.a. deutlich, wenn man die Situation in Pflegeeinrichtungen betrachtet. Den Pflegenden in diesen Einrichtungen kommt aufgrund ihrer "Nähe" zu den Bewohner/innen, wegen der Prozessorientierung von Pflegeleistungen und durch die besondere Abhängigkeit der Hilfebedürftigen eine herausragende Bedeutung bei der Qualitätsarbeit zu.

¹⁶ Verwiesen werden soll insbesondere auf das Konzept des Total Quality Management, das gegenwärtig als das fortschrittlichste Konzept der Qualitätsverbesserung gilt (Kaminske/Malorny 1994).

Demzufolge stellen die Mitarbeiter/innen ein wichtiges Qualitätspotential dar (Deming 1982; Crosby 1984; Feigenbaum 1984; Ishikawa 1985; Juran 1988; Eichhorn 1997).

Mit der Wandlung des Qualitätsverständnisses von Qualität als ursprünglich statischer Größe hin zu einer Qualitätsauffassung, bei der Qualität als dynamische Größe wahrgenommen wird, gewann der Aspekt der Mitarbeiterpartizipation innerhalb verschiedener Qualitätskonzepte immer mehr an Bedeutung.

Dabei hängt die Beteiligung der Mitarbeiter/innen am Qualitätsprozess wesentlich von der Schaffung eines "Qualitätsbewusstseins" ab. Dieses Qualitätsbewusstsein kann sich jedoch nur herausbilden, wenn den Mitarbeiter/innen Inhalte ihrer Arbeit vermittelt werden, die über die Beschreibung der zu leistenden Tätigkeit hinausgehen (Büssing 1992; Büssing/Glaser 1991). Um gewohnte Denk- und Verhaltensweisen zu hinterfragen und eine präventive und von vornherein möglichst fehlervermeidende Vorgehensweise zu erreichen ("Zero-Defects-Concept" vgl. Crosby 1984: 114 sowie Katz/Green 1996; Juran 1988; Feigenbaum 1954), müssen die Mitarbeiter/innen Kenntnis über das "Warum" ihrer Tätigkeit erlangen. Das heißt, sie sollen in die Lage versetzt werden, die erbrachten Leistungen eigenständig zu kontrollieren, um systematisch Abweichungen zu reduzieren und die Qualität weiter zu verbessern (vgl. Eichhorn 1997; Bruhn 1995; Oess 1993).

Einen wesentlichen Aspekt der Einbeziehung der Mitarbeiter/innen in den Qualitätsverbesserungsprozess bildet die Übernahme von Eigenverantwortung für die Güte der erbrachten Tätigkeit. Zur Erfüllung dieser Anforderungen ist ein systematisches Konzept notwendig, wie das Umdenken bzw. die Motivation der Mitarbeiter/innen erreicht werden kann (Ishikawa 1985). Daneben müssen Methoden zur Anwendung kommen, mit denen die Bewertung der geleisteten Arbeit möglich wird. Im Gegensatz zu Kontrollmaßnahmen von außen, die stets eine Orientierung an Minimalstandards implizieren, liegt die Chance für eine dauerhafte Qualitätsverbesserung in der Eigenverantwortung und aktiven Mitgestaltung der Qualität durch die Mitarbeiter/innen (Engel 1998). Voraussetzung dafür ist eine gezielte Aus- und Weiterbildung auf allen betrieblichen Ebenen (Eichhorn 1997; Masing 1994; Oess 1993).

Demnach gilt es das Mitarbeiterpotential zu aktivieren und koordiniert zu nutzen, wenn Qualitätsbemühungen dauerhaft von Erfolg sein sollen. Dies beinhaltet eine Verhaltensänderung der Mitarbeiter/innen in Bezug auf die Wahrnehmung und Erbringung der Arbeit (Eichhorn 1997; Oess 1994; Kienbaum 1994; Bühner 1993), umfasst aber auch Aspekte der Zusammenarbeit zwischen einzelnen Bereichen, eine verbesserte Kommunikation und ein offenes Klima innerhalb des Unternehmens (Deming 1992; Eichhorn 1997; Masing 1994). Das Unternehmen muss sich zu einer "lernenden Organisation" entwickeln (Liebelt 1999; Engel 1998; Oess 1994).

Auch im Bereich der stationären Langzeitversorgung stellen die Mitarbeiter/innen ein wichtiges - vielleicht das wichtigste - Qualitätspotential dar.

Während aber die meisten Pflegeeinrichtungen keine Schwierigkeiten haben, ihre Bewohner/innen als "Kunden" anzuerkennen, ist die Akzeptanz der Mitarbeiter/innen als "interne Kunden" (Deming 1982; Ishikawa 1985; Juran 1988) eines Unternehmens in vielen Institutionen noch keine Selbstverständlichkeit (Katz/Green 1996).

Dabei ergeben sich allein aus dem "Individualisierungsbedarf" (Bruhn 1995) der Dienstleistung Pflege und der gesetzlichen Forderung "Pflege am Stand der Kenntnis" zu erbringen, hohe Anforderungen an die Mitarbeiter/innen von Pflegeinstitutionen.

Um diesen gerecht zu werden, bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen und einer Investition in das "Know-How" der Mitarbeiterinnen. Die Pflegenden müssen zuerst einmal in die Lage versetzt werden, die Bedürfnisse der Klient/innen, ihre Probleme und Potentiale zu erkennen. Es müssen exakte Informationen zur körperlichen, psychischen und geistigen Funktionsfähigkeit und zu klinischen Charakteristika (dies sind z.B. vorhandene Krankheitsdiagnosen) erhoben werden. In einem weiteren Schritt müssen diese Informationen mit dem jeweiligen Stand der Kenntnis in Verbindung gebracht werden und sinnvolle, langfristig erfolversprechende Maßnahmen abgeleitet werden. Die bisher vorherrschende intuitive Vorgehensweise muss hier durch systematische Problemlösungsstrategien ersetzt werden (Heinemann-Koch 1999; Niehöster et al. 1998), welche die verschiedenen Leistungsbereiche der an der Pflege Beteiligten erfassen. Hierzu erweist sich speziell im Bereich der Pflege die Kooperation mit den Klient/innen, deren Angehörigen und anderen Berufsgruppen (z.B. Ärzten und Therapeuten) als unbedingt notwendig.

Zur Bewältigung der genannten Aufgaben benötigen die Mitarbeiter/innen gezielte Qualifizierungsmaßnahmen und Trainings. Vor allem aber müssen auch in der Pflege Messinstrumente und Verfahren zum Einsatz kommen, die eine genaue Zustandsfeststellung ermöglichen und mit denen Wirkungen und Outcomes pflegerischer Arbeit von den Pflegenden selbst erhoben werden können. Auf diese Weise werden erzielte Erfolge gemessen oder die Notwendigkeit der Veränderung von Pflegeinterventionen angezeigt. Pflegekräfte erhalten somit ein Feedback ihrer eigenen Tätigkeit und können den Prozess der Qualitätsverbesserung aktiv gestalten, indem sie ihre eigene Arbeit hinterfragen lernen und ein Qualitätsbewusstsein für die eigene Tätigkeit entwickeln (Bruhn 1995: 54). Eine solche Vorgehensweise in Pflegeeinrichtungen stellt die Voraussetzung für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung dar und bedeutet einen wichtigen Schritt dieser Einrichtungen hin zu "lernenden Organisationen".

5.3. Administrativer Bereich - Schwerpunktverschiebung von der externen Qualitätskontrolle auf interne Maßnahmen der Eigenüberwachung

Die Aufgaben der Leitungs- und Verwaltungsebene von Dienstleistungsunternehmen hinsichtlich der Qualitätsarbeit sind vielfältig. Sie umfassen verschiedene Aktivitäten und Strategien unter Unternehmens- und Wettbewerbsaspekten (z.B. Marketingstrategien und Leistungsdarstellung, Kostenverhandlungen, Nachweis gesetzlicher Anforderungen gegenüber Kontrollinstanzen);

Aktivitäten, die auf die Kund/innen gerichtet sind (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Erfassen von Kundenwünschen, Aufnahme von Zusatzangeboten in das Leistungsspektrum) und Strategien zur Einbindung der Mitarbeiter/innen in die Qualitätsarbeit (z.B. Maßnahmen des Personalmanagements und Qualifizierungsmaßnahmen, Schaffung einer "Qualitätskultur" in der Einrichtung) (Ishikawa 1985; Bruhn 1995; Meffert/Bruhn 1995).

Aufgaben des Qualitätsmanagements und die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsverbesserungsprozesses fielen in der Vergangenheit in erster Linie in den Verantwortungsbereich der Führungsebene eines Unternehmens. Qualität wurde quasi von oben "verordnet" und die Arbeit der Pflegenden wurde vorrangig mittels externer Qualitätskontrollen (z.B. der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung) überprüft. Externe Qualitätssicherung meint, dass die Maßnahmen zur Sicherung der Qualität von außen kommen, d.h. die Kriterien und Standards der Qualitätssicherung werden außerhalb der Institution, in der Qualität gemessen werden soll, von der kontrollierenden Instanz festgelegt (Görres 1999: 149; AG Externe Qualitätssicherung 1991)¹⁷.

Dies reicht unter heutigen Wettbewerbs- und Unternehmensgesichtspunkten für Dienstleistungsunternehmen nicht mehr aus. Um sich nicht ausschließlich an den kontrollierten (Minimal-)Standards zu orientieren und eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu erreichen, ist es notwendig, die konkrete Ausgestaltung von Qualitätszielen und die Umsetzung und Verantwortung der Qualitätsaktivitäten in allen Bereichen des Unternehmens von der Managementebene bis zur Basis anzusiedeln (exempl. Feigenbaum 1954; Ishikawa 1985; Crosby 1994; Masing 2004; Eichhorn 1997; Oess 1994; Fiechter/Meier 1993).

¹⁷ Hier kann es sich um verschiedene Formen der Beratung und/oder Außenkontrolle im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfungen handeln. Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind z.B. die Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht als verpflichtende Maßnahmen und Zertifizierungen unabhängiger Institutionen als freiwillige Maßnahmen (Engel 2000).

Will ein Dienstleistungsunternehmen unter dem Qualitätsaspekt seine Bereitschaft zur spezifischen Problemlösung (d.h. zur individuellen Dienstleistungserbringung) verbessern, bedarf dies einer Einbeziehung und entsprechenden Befähigung der Mitarbeiter/innen (Bruhn 1995). Das Personalmanagement bei Dienstleistungsunternehmen erfordert die strategische Einbindung der Beschäftigten mit speziellen Instrumenten zur Weckung der "human resources", also des geistigen und körperlichen Potentials der Mitarbeiter/innen (Bruhn 1995: 54).

Dazu muss die Leitung die erforderlichen Rahmenbedingungen schaffen. Sie ist für die Integration aller Qualitätsaktivitäten sowie die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter/innen zuständig.

Verantwortlich für die Qualitätserbringung sollten in erster Linie die Mitarbeiter/innen sein - soll die Qualitätsarbeit langfristig erfolgreich sein, verlangt dies ein Umdenken der Führungsebene. Es ist unabdingbar, große Teile der Qualitätsverantwortung an das dienstleistungserbringende Personal zu delegieren und in den Einrichtungen interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, die eine Eigenkontrolle der geleisteten Arbeit ermöglichen, zu implementieren. Interne Qualitätssicherung bedeutet, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der einzelnen Einrichtungen oder Institutionen veranlasst und die Planung und Durchführung selbständig und in eigener Verantwortung durchgeführt wird (Schiemann 1990: 527).

Generell sollten sich externe und interne Qualitätssicherungsmaßnahmen sinnvoll ergänzen; eigene Qualitätsmessungen und -erhebungen stärken das Qualitätsbewusstsein der Mitarbeiter/innen und tragen dazu bei, Unsicherheiten, Ängste und Widerstände vor externen Kontrollen abzubauen (vgl. Klein 1997; Dühring 1997; Berger/Gerngross-Haas 1997; Kern 2001; verdi. o.J). In diesem Sinne stellen interne Maßnahmen die Voraussetzung für erfolgreiche externe Zertifizierungsmaßnahmen dar (Deutscher Bundestag 2001; Görres 2002).

Die genannten Anforderungen gelten auch für Pflegeeinrichtungen, für die interne eigenverantwortliche Maßnahmen des Qualitätsmanagement im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vorgeschrieben sind: Weil Pflegenden die Leistungen direkt am Kunden erbringen, reichen Qualitätsbestrebungen auf der Führungsebene allein nicht aus, da daraus nicht zwangsläufig ein Umdenken und eine Beteiligung der Mitarbeiter/innen am Qualitätsprozess resultiert. Vielmehr ist es wichtig - das zeigen auch die Befunde zur gegenwärtigen Qualität in deutschen Pflegeeinrichtungen - Pflegekräfte von Anfang an zur Qualitätsarbeit zu motivieren und zu befähigen, sie in Entscheidungen einzubeziehen und sie so zu Beteiligten im Qualitätsprozess zu machen (Garms-Homolová 1998; Brüggemann 1997).

Das Management von Pflegeeinrichtungen sollte daher den Einsatz von Instrumenten festlegen und unterstützen, die den Mitarbeiter/innen im Pflegealltag zur Verfügung stehen, der Eigenüberwachung dienen und so dazu beitragen, die Qualität pflegerischer Leistungserbringung zu steuern. Unter Qualitätsaspekten müsste die Gewinnung und Auswertung geeigneter Informationen zur Routine der Dienstleistungserbringung in Pflegeheimen gehören, weil sie einerseits eine wichtige Voraussetzung der Kundenorientierung darstellt und andererseits die interne Qualitätskontrolle ermöglicht.

Aus der Perspektive der Unternehmen können diese Informationen auch zur Qualitätsdarstellung nach außen genutzt, bei der Feststellung und Überprüfung von Leistungs- und Qualitätsstandards sowie zur Personalbedarfsmessung berücksichtigt werden und den Trägern zur Verfügung stehen, wenn sie Ausbau und Organisation der Leistungserbringung planen (Katholischer Krankenhausverband 2001).

6. Gesetzliche Bestimmungen zur Pflegequalität

Neben den gesellschaftlichen Erwartungen an die Qualität der Pflege (vgl. II. Kap. 1 und 2) und Erfordernissen, die aus theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen resultieren (vgl. II. Kap. 4 und 5) müssen Qualitätsmaßnahmen im Pflegebereich auch gesetzlichen Bestimmungen genügen.

Für Pflegeeinrichtungen sind die Normen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und des darin integrierten Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQSG) von zentraler Bedeutung. Auf der Grundlage dieser Gesetze (insbesondere lt. § 80 SGB XI) wurden zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern Vereinbarungen - sog. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung - abgeschlossen, in denen dargelegt ist, welche Qualitätsnormen von den Einrichtungen mindestens erbracht werden müssen (AOK-Bundesverband 1996). Die Kontrolle der Einhaltung dieser Vorschriften obliegt dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) als organisatorisch und fachlich unabhängiger Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen¹⁸. Sie wird auf der Grundlage eines durch den MDK entwickelten Prüfkonzeptes vorgenommen.

Weitere Regelungen zur Qualität in der Langzeitpflege sind im Heimgesetz und im Bundessozialhilfegesetz enthalten. Zur Kontrolle der Regelungen des Heimgesetzes verfügt die Heimaufsicht ebenfalls über ein Prüfinstrument (Behebungsbogen gemäß § 9 HeimG). Originäre Prüfkompetenzen des Sozialhilfeträgers existieren nicht.

In den anschließenden Kapiteln werden die wichtigsten Regelungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes, des Heimgesetzes und des Bundessozialhilfegesetzes aufgezeigt. Wegen ihres prioritären Stellenwertes für die Pflegeeinrichtungen werden auch die inhaltlichen Schwerpunkte der MDK-Prüfungen näher dargelegt. Dagegen werden die Qualitätsprüfungen der Heimaufsicht nicht gesondert beschrieben, da die Qualitätsverpflichtungen des Heimgesetzes vorrangig auf Aspekte der Strukturqualität gerichtet sind und sich nur unwesentlich von den Normen des SGB XI unterscheiden. Zudem ist eine Kooperation der verschiedenen Prüfinstanzen gesetzlich vorgesehen (§117 PQSG) - die Kontrollen in den Pflegeeinrichtungen finden zunehmend gemeinschaftlich statt.

¹⁸ Wenn an dieser Stelle von den grundsätzlichen Aufgaben des MDK die Rede ist, wird der Singular verwendet, in der Praxis werden die Prüfungen von den Medizinischen Diensten der einzelnen Bundesländer vorgenommen.

6.1. Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI 1994) und Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQSG 2001)

Die zentrale Vorschrift des SGB XI zur Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen stellt - wie schon gesagt - der § 80 SGB XI dar. Mit ihm werden die Spitzenverbände und Bundesvereinigungen der Pflegekassen, der Sozialhilfeträger sowie der Träger von Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung der MDK und sog. unabhängiger Sachverständiger zur Vereinbarung gemeinsamer Grundsätze und Maßstäbe verpflichtet¹⁹. Diese Vereinbarungen zielen auf die Qualität und Qualitätssicherung in den stationären (ambulanten und teilstationären) Pflegeeinrichtungen ab und fokussieren die Entwicklung einrichtungsin-terner Qualitätsverbesserungsmaßnahmen und Qualitätsmanagementsysteme. Damit legt der Gesetzgeber den Schwerpunkt bei der Qualitätssicherung in die Eigenverantwortung der Leistungserbringer (vgl. Deutscher Bundestag 2001c).

Ziel der qualitätssichernden Maßnahmen in den Einrichtungen lt. SGB XI soll es sein, den "Pflegebedürftigen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht" (§ 2 SGB XI), d.h. die Maßnahmen müssen auf die Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstverantwortung pflegebedürftiger Menschen gerichtet sein.

Grundlegende Forderungen des Gesetzgebers betreffen:

- die Erbringung der Pflege durch die Einrichtungen "am allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse" (§ 11 SGB XI) die Aktivierung des Pflegebedürftigen durch die "Erhaltung vorhandener und - soweit dies möglich ist - Zurückgewinnung verlorengangener Fähigkeiten" (§ 2 SGB XI)
- die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, speziell genannt sind das Bedürfnis nach Kommunikation (§ 28 SGB XI) und religiöse Bedürfnisse (§ 11 SGB XI)
- die Erbringung der Hilfeleistung, die aus der "Unterstützung bzw. teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen des täglichen Lebens bzw. der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen" besteht (§ 14 SGB XI) - dabei soll stets ein sog. Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet werden (§ 29 SGB XI)
- die Mitwirkung der Bewohner/innen an rehabilitierenden und aktivierenden Maßnahmen "in der Weise, dass eine bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit überwunden, mindestens aber gemindert oder eine Verschlimmerung verhindert wird" (§6 SGB XI)

¹⁹ Da die entsprechende Rechtsverordnung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in Kraft getreten ist, bleibt bis jetzt unklar, wer mit dem Begriff "unabhängiger Sachverständiger" gemeint ist.

Neben allgemeinen Verpflichtungen zur Qualität der Pflege implizieren die genannten Regelungen, dass der Pflegeprozess dargelegt und die Wirkungen der Pflege (Pflege-Outcomes) gemessen werden.

Mit dem 2001 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQSG) wurden die Regelungen des SGB XI neu geordnet und erweitert.

Dies betrifft u.a. die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) ab 2005, als Voraussetzung zum Abschluss von Pflegesatzvereinbarungen (Erweiterung des § 80 SGB XI um § 80a). Inhaltlich müssen diese Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen wenigstens die Strukturen und die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege und sozialer Betreuung enthalten. Außerdem sollen Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume erwartet werden, sowie die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter aufgeführt werden.

Die Qualitätsanforderungen des Gesetzgebers stehen somit in unmittelbarem Zusammenhang mit der kontinuierlichen Organisation geeigneter Daten.

Als Vergleichsmaßstab für den weiteren Abschluss der LQV, bei Vergütungsvereinbarungen und zur Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Qualität sollen künftig sog. Pflegeheimvergleiche durchgeführt werden (§ 92a SGB XI). Diese Pflegeheimvergleiche müssen Angaben aus den Versorgungsverträgen, den LQV und den Pflegesatzvereinbarungen über die versorgte Klientel, den zu erwartenden Pflegebedarf sowie die personelle und sächliche Ausstattung der Heime, die Leistungen, die Pflegesätze und Entgelte enthalten. Die Pflegeheimvergleiche stellen damit einen Benchmarkingansatz dar und verdeutlichen die Absicht des Gesetzgebers, im Pflegebereich künftig Wettbewerbsstrukturen zu schaffen²⁰.

Neben der Verpflichtung zu internen Qualitätssicherungsmaßnahmen haben sich die Einrichtungen zukünftig an weiteren Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen und "in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität" mittels sog. Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQN) konkret zu belegen (§ 112 SGB XI). Die Qualitätssicherung soll sich dabei nicht nur auf allgemeine Pflegeleistungen, sondern auch auf

²⁰ Benchmarking bezeichnet den methodischen Vergleich von Prozessen und Ergebnissen mittels Benchmarks (das sind Referenzpunkte einer gemessenen Bestleistung), mit dem Ziel der Verbesserung der eigenen Arbeitsprozesse und -ergebnisse (Siebert/Kempf 2002: 7; vgl. auch Güntert 1999).

die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie auf die Zusatzleistungen beziehen. In § 113 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes werden die Bestimmungen zu den Leistungs- und Qualitätsnachweisen präzisiert. Danach müssen sich künftig alle Leistungserbringer von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen, die ihrerseits akkreditiert sind, prüfen lassen²¹ (vgl. Klie 2002). Die Leistungs- und Qualitätsnachweise berühren jedoch nicht die Qualitätsprüfungen durch MDK oder Heimaufsicht (§ 113 Abs. 4).

Bei Betrachtung dieser Regelungen wird deutlich, dass Qualitätssicherung nicht wie bisher ausschließlich über die Ausweitung von Prüfmöglichkeiten durchgesetzt werden soll, sondern mehr und mehr in die Eigenverantwortung der leistungserbringenden Träger und Einrichtungen gelegt wird - es wird eine Schwerpunktverlagerung von den bisher im Vordergrund stehenden externen Maßnahmen der Qualitätssicherung hin zu internen Maßnahmen anvisiert.

Vor dem Hintergrund der vorhandenen Prüfmechanismen müssten idealerweise interne Qualitätsmaßnahmen zur Anwendung kommen, die auch extern überprüft werden können, eine zuverlässige Qualitätsmessung ermöglichen und Aussagen über die Qualitätsentwicklung und die versorgte Klientel zulassen.

6.2. Heimgesetz (HeimG Novellierte Fassung 2001)

Die Bestimmungen des Heimgesetzes haben in erster Linie eine aufsichtsrechtliche Funktion.

Das Heimgesetz verpflichtet in § 2 HeimG (Zweck des Gesetzes) Altenhilfeeinrichtungen zum Schutz "der Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner und Bewerber für die Aufnahme in ein Heim vor Beeinträchtigungen" und zur Wahrung "der Selbständigkeit und Selbstverantwortung" dieser Personen. Diese grundlegende Intention wurde in der Neufassung erheblich erweitert. Das Gesetz dient nun auch der Überwachung und Regelung der zwischen den Trägern und Bewohner/innen bestehenden privatrechtlichen Beziehung (§ 5 HeimG). Im Heimgesetz werden die Einrichtungen außerdem verpflichtet, ihre Leistungen nach dem "allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse" (§ 3 HeimG) zu erbringen und ihre Qualitätsverantwortung durch die Einhaltung bestimmter Qualitätsmaßstäbe einzulösen. Hier zeigen sich deutliche Parallelen zu den Bestimmungen des SGB XI.

²¹ In § 118 PQSG ist der Erlass einer Rechtsverordnung zur Umsetzung der Maßstäbe und Grundsätze, für die Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen sowie die Leistungs- und Qualitätsnachweise vorgesehen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt ist eine solche Rechtsverordnung jedoch nicht rechtsgültig. Dem vom Bundesministerium für Gesundheit im April 2002 vorgelegten Entwurf liegt weitestgehend die bis dato die gesetzliche Qualitätssicherung dominierende MDK-Anleitung zugrunde.

Die Qualitätsmaßstäbe des Heimgesetzes und der ihm zugeordneten Rechtsverordnungen (dies sind nach § 3 HeimG die Heimmindestbauverordnung und die Heimpersonalverordnung) umfassen verschiedene strukturelle Qualitätsparameter: so bauliche Mindestanforderungen oder Verpflichtungen zur personellen Ausstattung und Qualifikation des Personals.

Weitere Qualitätsmaßstäbe des Heimgesetzes sind:

- allgemeine Zielformulierungen: wie die Verpflichtung der Einrichtungen "ein Qualitätsmanagement vorzuhalten", die "Gewährleistung einer angemessenen Qualität der Betreuung" durch die Pflegeheime und die "Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner/innen" (§ 11 HeimG)
- konkrete Vorschriften: z.B. für den Umgang mit Arzneimitteln (§ 11 HeimG)
- Vorschriften zur Dokumentation, z.B. zu "Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnissen" (§ 13 HeimG). Zu dokumentieren sind u.a. auch demographische Angaben zu den Bewohner/innen, die individuellen Pflegeplanungen und Pflegeverläufe der Klient/innen, die Umsetzung pflegerischer Interventionen, die Verabreichung von Medikamenten und die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen.

Insgesamt ist aber zu konstatieren, dass die Qualitätsverpflichtungen im Heimgesetz - ebenso wie im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - recht vage formuliert sind: den Einrichtungen werden keine Umsetzungsstrategien zur Erreichung der Qualitätsanforderungen vorgeschlagen, "die Selbständigkeit der Träger in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben bleibt unberührt" (§ 2 HeimG).

6.3. Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

Die Sozialhilfeträger sind neben den Pflegekassen Kostenträger in Pflegeeinrichtungen und vor diesem Hintergrund an der Vereinbarung der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsmaßstäben nach § 80 SGB XI beteiligt.

Insbesondere ist der Sozialhilfeträger zur "Übernahme von Aufwendungen für die Hilfe in einer Einrichtung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtungen oder seinem Verband eine Vereinbarung über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie über die dazu entrichtenden Entgelte besteht [...]. Die Vereinbarungen und die Übernahme der Aufwendungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. In den Vereinbarungen sind auch Regelungen zu treffen, die den Trägern der Sozialhilfe eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen ermöglichen" (§ 93 Abs. 2 BSHG).

In zugelassenen Pflegeeinrichtungen richten sich jedoch Art, Inhalt, Umfang und Vergütung der Pflegeleistungen, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie der Zusatzleistungen nach den Vorschriften des Achten Kapitels des SGB XI (§ 93 Abs. 7 Satz 1 BSHG). Insofern leistet der Sozialhilfeträger bei Bedarf bereits aufgrund der mit den Pflegekassen und den Einrichtungsträgern unterzeichneten Versorgungsverträge (§ 73 SGB XI) und der Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI. Zusätzliche Vereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG, aus denen sich Prüfrechte der Sozialhilfeträger ergeben würden, werden nicht abgeschlossen.

Demnach wirkt der Sozialhilfeträger an der Erarbeitung der Qualitätsmaßstäbe mit (insofern finden die bereits wesentlich älteren Qualitätsvorgaben des BSHG zu Pflegeeinrichtungen in den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI Berücksichtigung) - originäre Kompetenzen des Sozialhilfeträgers zur Setzung von Qualitätsnormen oder für Qualitätsprüfungen sind vom Gesetzgeber aber nicht bzw. nur in Ausnahmefällen vorgesehen.²²

6.4. Der MDK als Prüfinstanz im Auftrag der Pflegekassen

Der MDK stellt eine von den verschiedenen Kranken- bzw. Pflegekassen gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft dar und ist im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen befugt, Qualitätsprüfungen in Einrichtungen vorzunehmen, wenn diese mit den Pflegekassen Versorgungsverträge abgeschlossen haben²³. So müssen die Pflegeeinrichtungen auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem MDK Qualitätsprüfungen in Form von Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichenden Prüfungen ermöglichen und sind verpflichtet, den Prüfer/innen die notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

In den novellierten Regelungen wurden die Prüf- und Zutrittsrechte des MDK wesentlich umfassender formuliert. Unter anderem wurde zusätzlich zu bereits bestehenden Auflagen (Beseitigung der Mängel, Kündigung des Versorgungsvertrages in schwerwiegenden Fällen) mit der rückwirkenden Kürzung der vereinbarten Pflegevergütung eine neue Sanktionsmöglichkeit geschaffen.

²² Dies trifft zu, wenn in der Pflegeeinrichtung neben den Pflegebedürftigen i.S.d. §§ 14 SGB XI ff. auch Sozialhilfeempfänger mit einem geringeren Pflegebedarf versorgt werden (Pflegestufe "G" bzw. "0"). In diesem Falle sind zusätzliche Vereinbarungen nach § 93 BSHG abzuschließen. Liegen bei diesen Versorgten begründete Anhaltspunkte für Qualitätsmängel im Sinne der in den Rahmenverträgen vereinbarten Qualität vor, ist der Sozialhilfeträger zu einer Prüfung berechtigt. Die tatsächliche Durchführung solcher Prüfungen ist jedoch nur ein vertragliches Recht des Kostenträgers. Qualitätsprüfungen durch den Sozialhilfeträger wurden in Sachsen bisher nicht vorgenommen.

²³ Wenn an dieser Stelle von den grundsätzlichen Aufgaben des MDK die Rede ist, wird der Singular verwendet, in der Praxis werden die Prüfungen von den Medizinischen Diensten der einzelnen Bundesländer vorgenommen.

Der MDK sieht seine Tätigkeit als Einheit von Kontrolle, Empfehlung und Beratung (MDS 2000; Brucker 1999); Grundlage der Qualitätsprüfungen sind die Qualitätsgrundsätze des SGB XI.

Die in der MDK-Anleitung zur Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI festgelegten Normen sind am Modell Donabedians (Donabedian 1972) orientiert.

Die Kontrollen finden zum einen auf der Grundlage eines "Erhebungsbogens zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung" statt. Der Schwerpunkt soll hier auf Aspekten der Struktur- und Prozessqualität liegen (MDS 2000a). Daneben kommt bei fünf Prozent der Pflegebedürftigen einer Einrichtung, mindestens aber bei drei ausgewählten Personen ein "Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Bewohner" zum Einsatz. Im Mittelpunkt steht hier die Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität (MDS 2000b).

Insgesamt wird im novellierten Konzept des MDK ausdrücklich die "deutlichere Orientierung an der aktuellen pflegfachlichen und pflegwissenschaftlichen Literatur" sowie eine gegenüber dem älteren Konzept vorgenommene "Schwerpunktverlagerung von der Strukturqualität hin zur Prozess- und Ergebnisqualität" betont (MDS 2000: 6).

Da die in den MDK-Prüfungsinstrumenten implizierten Qualitätsanforderungen unmittelbare Auswirkungen auf das Qualitätsverständnis und die verwendeten Maßnahmen in den Pflegeheimen haben (exempl. König 2001, Barth 1999), werden die Prüfinhalte im Folgenden dargestellt.

6.4.1. MDK-Prüfkonzept: Inhaltliche Schwerpunkte der Qualitätsprüfung in den Pflegeeinrichtungen

Der Erhebungsbogen zur Prüfung in den Pflegeeinrichtungen ist in die Bereiche Allgemeine Angaben, pflegetheoretische Grundlagen, Pflegemanagement, Pflegedokumentation und Sonstiges gegliedert (MDS 2000a).

Bei den *Allgemeinen Angaben der Einrichtung* werden formelle Angaben zur Einrichtung und der stattfindenden Prüfung erhoben. Erfasst werden die aktuelle Belegung der Einrichtung, die Struktur der Klientel hinsichtlich der Pflegestufen sowie die baulichen Gegebenheiten und die Ausstattung, gemessen an den gesetzlichen Vorgaben. Festgehalten wird auch der Eindruck, den die Einrichtung hinsichtlich ihrer Sauberkeit und Wohnlichkeit hinterlässt.

Unter *pflegetheoretischen Grundlagen* wird das Vorliegen eines pflegfachlichen Schwerpunktes, eines Pflegeleitbildes und eines schriftlichen Pflegekonzeptes oder seiner Entwicklung erfragt.

Im Bereich *Pflegemanagement* werden die Qualifikationen und Zusammensetzung des Personals und die Ablauforganisation der Pflege (u.a. Überprüfung der Pflege durch Pfl-

gefachkräfte, Vorliegen geeigneter Dienstpläne) erfasst. Des Weiteren werden im Abschnitt "Qualitätsmanagement" Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung erfragt. Als Maßnahmen der externen Qualitätssicherung werden in der Anleitung zum Prüfbogen die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen, die Teilnahme an Assessmentrunden sowie der Erwerb von Zertifizierungen genannt. Unter internen Qualitätssicherungsmaßnahmen sind Qualitätszirkel, Qualitätsbeauftragte, Pflegestandards und -leitlinien, Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Fortbildungsmaßnahmen und das Studium aktueller Fachliteratur aufgeführt. Der Unterpunkt "Beratung, Soziale Betreuung und Heimgeschehen" umfasst die schriftliche Darstellung der Leistungen der Einrichtung, das Angebot und die Durchführung der sozialen Betreuung, die Mitwirkung der Heimbewohner/innen sowie die Wahrnehmung von Beratungsfunktionen durch die Einrichtung. Im Abschnitt *Pflegedokumentation* wird das Vorhandensein eines einheitlichen Pflegedokumentationssystems kontrolliert und erfasst, welche Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem "systematisch" erhoben werden können. Dazu werden 11 verschiedene Formblätter aufgeführt.

Unter *Sonstiges* wird die Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter/innen bei der Qualitätsprüfung, der Erteilung von Auskünften und dem Vorlegen von Unterlagen erhoben.

Die Betrachtung der Inhalte zur Prüfung in der Einrichtung macht deutlich, dass - entgegen der durch den Gesetzgeber fokussierten Ziele - bei der Prüfung in den Einrichtungen noch immer vorrangig auf die Strukturqualität als Maß für die Pflegequalität abgestellt wird. Das heißt, in erster Linie beziehen sich die Qualitätsprüfungen auf die Einhaltung gewisser Rahmenbedingungen, wie die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, das Vorhandensein von Unterlagen sowie die Ausstattung und formale Qualifikation des Personals (exempl. Garms-Homolová 2002; Eichenlaub et al. 2001; Kämmer et al. 2001; DIN EN ISO 9004 1992). Damit sind die - in der Pflege wesentlichen - Prozessaspekte deutlich unterrepräsentiert.

Im Kontext der vorliegenden Arbeit ist aber vor allem das undifferenzierte Verständnis des Qualitätsmanagement-Begriffs zu bemängeln. Obwohl einzelne externe und interne Maßnahmen der Qualitätssicherung aufgeführt sind, werden umfassende Qualitätsmaßnahmen im Sinne eines Qualitätsmanagements, welche die Erbringung der Pflegequalität in den Mittelpunkt stellen, weder empfohlen noch genannt.

6.4.2. MDK-Prüfkonzept: Inhaltliche Schwerpunkte der Qualitätsprüfung bei den Bewohner/innen

Der Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen ist inhaltlich in die Bereiche Allgemeine Angaben, Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung und Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen indirekter Pflege und Pflegedokumentation eingeteilt (MDS 2000b).

Unter *Allgemeine Angaben* werden einige Personendaten der Bewohner/innen, das Einverständnis mit der Prüfung, vorhandene Unterlagen und die bei der Prüfung anwesenden Personen dokumentiert.

Die *Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung* sind in die Unterabschnitte Erstkontakt/Betreuungsbeginn und Personal unterteilt; erhoben werden im Wesentlichen strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung und die Berücksichtigung von Klientenwünschen.

Unter dem Punkt *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen indirekter Pflege* werden Angaben zur individuellen Pflegeberatung, zu einzelnen Bereichen der Leistungserbringung (Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie die Motivation des Pflegebedürftigen zur Beteiligung oder Übernahme einzelner Pflegehandlungen), zur sozialen Betreuung, der Zufriedenheit der Bewohner/innen sowie zu pflegerelevante Beobachtungen (u.a. Gestaltung des Wohnbereichs, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Gewicht, Körpergröße und Ernährungszustand, Pflegezustand) erhoben.

Die Umsetzung des Pflegeprozesses als wesentlicher Aspekt der Prozessqualität wird im Bereich *Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses* anhand vorhandener Dokumentations- und Planungsunterlagen, in denen die einzelnen Schritte festgehalten sein sollten, kontrolliert.

Im Einzelnen müssen in der Dokumentation neben einer Erfassung von Stammdaten und Biographieangaben differenzierte Aussagen zu Ressourcen und Fähigkeiten sowie Problemen und Defiziten der jeweils geprüften Bewohner/innen vorhanden sein, auf deren Grundlage individuelle überprüfbare Ziele und Maßnahmen erstellt wurden. In diesen Maßnahmen und Ziele sollen sowohl prophylaktische Maßnahmen berücksichtigt werden, als auch Pflegestandards, Richtlinien und Leitlinien zur Anwendung kommen. Außerdem müssen regelmäßige Angaben zu Veränderungen und Befindlichkeiten der Bewohner/innen sowie zu Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen und Abweichungen von den geplanten Maßnahmen dokumentiert sein. Weiter wird die regelmäßige Überprüfung der Pflegeergebnisse und die Anpassung von Pflegezielen und Maßnahmen gefordert. Auch die korrekte Erfassung der Medikation wird kontrolliert und schließlich wird eingeschätzt, inwiefern die geplanten und durchgeführten Maßnahmen dem aktuellen Stand der

pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen.

Die dargestellten Prüf Aspekte zeigen, dass der Dokumentation und der Darstellung des Pflegeprozesses bei der Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen eine herausragende Aufgabe zukommt. Dies kann als konkrete Anforderung an die Einrichtungen verstanden werden, genaue und messbare Angaben zu den Bewohner/innen zu erheben und soll mit Blick auf die Prinzipien moderner Qualitätskonzepte ("Speak with Data") positiv bewertet werden.

Es muss aber angemerkt werden, dass konkrete Schritte, wie "die Entwicklung des Pflegeprozesses auf der Grundlage einer geeigneten, übersichtlichen und nachvollziehbaren Dokumentation" zu bewerkstelligen ist, nicht vorgeschlagen werden. So wird zwar gefordert, "dass Pflegeziele in der Dokumentation festzuhalten sind, die nach Einschätzung des Gutachters im inhaltlichen Zusammenhang mit den festgestellten Ressourcen und Problemen stehen, die die Grundlage für eine systematische Durchführung nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege darstellen" (MDS 2000 a: 99). Es gibt aber keine Hinweise, wie Maßnahmen und Ziele der Pflegeplanung anhand der Dokumentation von Fähigkeiten und Defiziten systematisch so hergeleitet werden können, dass sie nachvollziehbar sind, dem Stand der Forschung entsprechen und in sie Standards und Leitlinien einfließen. Wie die Versorgungsabläufe und Pflegeergebnisse von den Einrichtungen gemessen, nachgewiesen und überprüft werden sollen, bleibt ebenfalls offen.

7. Situation der Qualitätssicherung in der Praxis

Um die gegenwärtige Situation der Qualitätssicherung in vollstationären Pflegeeinrichtungen darzustellen, wird zunächst aufgezeigt, welche Instrumente in Pflegeheimen bekannt sind und häufig eingesetzt werden. In einem weiteren Schritt werden Konzeption, Vorgehensweise und Qualitätsintention der wichtigsten Verfahren kurz beschrieben, zusätzlich werden einschränkende Anmerkungen zu Qualitätsbereichen, zu deren Beurteilung diese Verfahren nur bedingt geeignet sind, gegeben. Anhand einer Tabelle erfolgt die Zuordnung dieser Verfahren nach einrichtungsrelevanten Qualitätsbereichen sowie nach Qualitätsdimensionen. Hier wird auch die Fragestellung der vorliegenden Arbeit verortet.

7.1. Verwendete Instrumente in der Praxis

Die Darstellung der in Deutschland gegenwärtig verwendeten Instrumente basiert auf drei verschiedenen Quellen.

Dies sind im Einzelnen:

1. eine Bestandsaufnahme (Stand 2000) zu vorhandenen Qualitätssicherungsmaßnahmen in sächsischen Pflegeeinrichtungen (Engel 2000)
2. ein vom Wissenschaftlichen Institut der AOK erarbeiteter Marktüberblick zu Qualitätssiegeln und Zertifikaten für Pflegeeinrichtungen (Stand 2003) (Gerste et al. 2004)
3. die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege (Stand 2000) (MDS 2000).

zu 1.) Für die vom Sächsischen Sozialministerium in Auftrag gegebene Studie "Qualitätssicherung und -messung in Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen" (Engel 2000) wurden im Jahr 2000 alle Träger der freien Wohlfahrtspflege und die Verbände der privaten Träger von Pflegeheimen in Sachsen angeschrieben und um Auskunft zu vorhandenen und geplanten Maßnahmen der Qualitätssicherung ersucht.

Diese Anfrage wurde von allen Verbänden in Sachsen beantwortet. Es zeigte sich aber, dass auf der Grundlage der Unterlagen nur eine Übersicht der vorhandenen oder geplanten Qualitätssicherungsmaßnahmen erstellt werden konnte. Genaue Angaben, wie viele Einrichtungen der Verbände bereits zertifiziert sind bzw. mit den empfohlenen Instrumenten arbeiten, lagen den Trägern und Verbänden nicht vor.

Außerdem konnten nur solche Instrumente erfasst werden, die auf Verbands- oder Trägerebene konzipiert und empfohlen wurden. Zu einrichtungsinternen Maßnahmen, wie den Einsatz von Qualitätsbeauftragten oder Qualitätszirkeln existierten bei den Verbänden keine Daten.

Tabelle 1 zeigt die von den verschiedenen Trägern in Sachsen für ihre Einrichtungen empfohlenen oder vorgeschriebenen Qualitätsinstrumente (Stand 2000).

Anhand der Konzeptionen dieser Verfahren wurde außerdem festgestellt, welche Qualitätsmanagementverfahren oder Qualitätsnormen den Instrumenten zugrunde liegen. Auf diese "Qualitäts-Basics" soll bei der Beschreibung ausgewählter Instrumente näher eingegangen werden.

Tabelle 1: Darstellung der freiwilligen Maßnahmen der Qualitätssicherung der Verbände der Träger der freien Wohlfahrtspflege und der Verbände privater Träger im stationären Bereich (Stand 2000)

| Verband | Initiative zur Qualitätssicherung | Verbindlichkeit für die Einrichtungen |
|---|---|---------------------------------------|
| Arbeiterwohlfahrt (AWO) Landesverband Sachsen e.V. | Qualitätsmanagement-Zertifikat nach dem AWO-QM-Konzept (Grundlage ISO 9000 und gesetzliche Anforderungen) | Empfehlung |
| Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP) Regionalgeschäftsstelle Ost | Qualitätssiegel des IQ Institut für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Grundlage ISO 9000 und gesetzliche Anforderungen) | Verpflichtung |
| Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e.V. (BPA) Landesgeschäftsstelle Sachsen/Thüringen | 1. Qualitätssiegel des TÜV Süddeutschland („Pflege-TÜV“) (Grundlage ISO 9000 und gesetzliche Anforderungen) 2. Selbstbewertungssystem (u.a. orientiert an den Prinzipien der EFQM) | Empfehlung Empfehlung |
| Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. und die Diözese Görlitz e.V. | 1. Trägerspezifisches Qualitätshandbuch (orientiert an gesetzlichen Anforderungen) 2. Selbstbewertungssystem (u.a. orientiert an den Prinzipien der EFQM) | Empfehlung Empfehlung |
| Diakonie der ev.-luth. Landeskirche Sachsen und der ev. Kirche der Schlesischen Oberlausitz | Trägerspezifisches Qualitätshandbuch (orientiert an gesetzlichen Anforderungen) | Empfehlung |
| Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV) Landesverband Sachsen e.V. | Paritätisches Qualitätssiegel (orientiert an ISO 9000, EFQM und gesetzlichen Anforderungen) | Empfehlung |
| Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VdAB), Geschäftsstelle Ost | Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff. durch die Prüf- und Qualitätszentrum GmbH Dresden | Empfehlung |

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Sachsen: keine Empfehlung/Verpflichtung vorhanden

Aus der Übersicht wird deutlich, dass von den Trägern vor allem externe Qualitätssicherungsmaßnahmen empfohlen wurden. Verschiedene interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z.B. Qualitätshandbücher, werden nach Angabe der Verbände im Wesentlichen vor dem Hintergrund einer angestrebten externen Zertifizierung erarbeitet.

zu 2.) Die Erhebung des Wissenschaftlichen Institutes der AOK zur Qualitätssicherung im Pflegebereich erfasst ebenfalls nur externe Maßnahmen der Qualitätssicherung (Gerste et al. 2004). Zur Darstellung vorhandener Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden hierzu 56 Anbieter stationärer und ambulanter Qualitätszertifizierungen (der Begriff Anbieter umfasst hier neben kommerziellen Anbietern auch freigemeinnützige und konfessionelle Institutionen) hinsichtlich ihrer Instrumente sowie hinsichtlich der bereits ausgezeichneten Einrichtungen befragt. Die Untersuchung ergab, dass bis Ende 2002 etwa 7 % aller stationären Pflegeeinrichtungen ein Qualitätssiegel erworben hatten (das sind 609 Pflegeheime), wobei eine stark steigende Tendenz verzeichnet wurde: In der Gruppe der zweimal befragten Anbieter ergab sich bundesweit bis Ende 2003 eine Steigerung von 30% der ausgezeichneten Einrichtungen (ebd.: 12).

Neben den bereits bei der Bestandsaufnahme in Sachsen erfassten Zertifizierungen zeigt die genannte Erhebung noch weitere Qualitätssicherungsinstrumente, wie z.B.

- das Diakonie-Siegel Pflege
- das Zertifikat ISO PLUS
- das Siegel "Geprüfte Pflegequalität"
- Gütezeichen des RAL (Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung) "Qualitätsgeprüfte Pflege für stationäre Einrichtungen"
- Qualitätssiegel des Qualitätssicherungsverbundes Heilbronn
- Zertifikat selbst:bewusst.

Auf der Basis der Konzeptionen dieser Instrumente wurde herausgearbeitet, dass die Mehrzahl der Produkte (71%) an den Forderungen der DIN ISO 9000 orientiert ist, mehr als ein Viertel (29%) der Zertifizierungen wurde auf der Grundlage der Qualitätsnormen der European Foundation for Quality Management (EFQM) entwickelt, in einigen Siegeln sind beide Normen berücksichtigt. Zusätzlich kommen meist eigene Qualitätsstandards zum Tragen, die aber ihrerseits aus den gesetzlichen Forderungen abgeleitet sind oder spezifische - z.B. konfessionelle Wertorientierungen - betreffen. Nur wenige Zertifizierungen (7%) berücksichtigen ausschließlich die gesetzlichen Anforderungen oder basieren auf anderen Vorbildern (Gerste et al. 2004: 113).

zu 3.) Weil die Datenlage zu vorhandenen Qualitätssicherungsinstrumenten auf externe Qualitätssicherungsmaßnahmen beschränkt ist, der Gesetzgeber von den Einrichtungen aber zunehmend interne Maßnahmen der Qualitätssicherung fordert, wird zusätzlich dargestellt, welche internen Qualitätsinstrumente gegenwärtig verwendet werden. Zur Beantwortung dieser Frage sind gegenwärtig aber keine Erhebungen vorhanden. Auch in Veröffentlichungen der MDK zu Qualitätskontrollen nach § 80 SGB XI ist nur erfasst, bei welchem Anteil der Einrichtungen mindestens zwei interne Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Einsatz kommen, nicht aber, um welche Instrumente es sich handelt.

Aus diesem Grund wurde auf die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI zurückgegriffen. Hier sind folgende Qualitätssicherungsinstrumente zur Prüfung bei Qualitätskontrollen vorgeschlagen:

- Pflegeprozess
- Standards und Praxisleitlinien
- Pflegevisiten
- Qualitätshandbücher
- Qualitätsbeauftragte
- Qualitätszirkel
- Studium aktueller Fachliteratur
- Fallbesprechungen
- Kundenbefragungen

Um im Weiteren zu identifizieren, in welchen Bereichen der Pflegequalität mit den einzelnen Instrumenten Veränderungen bewirkt werden sollen, werden die Instrumente beschrieben.

7.2. Beschreibung ausgewählter Qualitätsinstrumente

Anstelle einer Einzelbeschreibung der vielfältigen externen Verfahren, die sich zumeist nur durch einzelne Vorgaben konfessioneller Träger unterscheiden (Gerste et al. 2004: 112), sollen die Qualitätsprinzipien der DIN EN ISO 9000 ff. und der EFQM erläutert werden, da diese Normen neben einer Ausrichtung an den gesetzlichen Normen fast allen Zertifizierungen oder Qualitätssiegeln zugrunde liegen (ebd.).

Aus der Gruppe der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden nachfolgend nur solche ausgewählt, deren inhaltliche Verfahrensweise weitestgehend vorgegeben ist. Qualitätsinstrumente wie Qualitätshandbücher, Qualitätszirkel, Qualitätsbeauftragte, Fallbesprechungen und aktuelle Fachliteratur, deren inhaltliche Ausgestaltung durch die Einrichtungen sehr unterschiedlich sein kann, wurden an dieser Stelle nicht aufgenommen.

Betont werden soll, dass im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine pflertheoretische Auseinandersetzung hinsichtlich der vorgestellten Konzepte erfolgen soll. Die wissenschaftlich- theoretische Absicherung wird aus der Anerkennung und Benennung der Instrumente im MDK-Konzept antizipiert und als Basis der folgenden Ausführungen vorausgesetzt.

7.2.1. Die Normenreihe ISO 9000 ff.

Konzeption und Vorgehensweise:

Die DIN EN ISO 9000 ff. ist eine von der International Organisation entwickelte Normenreihe, die als Europäische (EN) und Deutsche (DIN) Norm übernommen wurde (Eichhorn 1997). Die DIN und EN wurden ursprünglich für die Industrie konzipiert, sind aber inzwischen auf den Dienstleistungsbereich übertragen worden (Eichhorn 1997: 75; Baartmans/Geng 2000: 22). In den Normen nach DIN EN ISO 9000 ff. werden keine konkreten Qualitätsanforderungen an Produkte oder Dienstleistungen gestellt. Die Normen nach DIN EN ISO 9000 ff. dienen vielmehr der Nachweisführung, indem sie beschreiben, was die Elemente eines Qualitätsmanagementsystems bewirken sollten. Voraussetzungen für die Zertifizierungen nach der ISO 9000 ff. sind vorhandene Qualitätsmanagementsysteme, die den Anforderungen genügen. Im Mittelpunkt der Zertifizierungen steht die Definition von Arbeitsabläufen und Verantwortlichkeiten.

Die einzelnen Bereiche der Normenreihe sind (Klein 1997):

- Allgemeine Qualitätsanforderungen (z.B. die Fähigkeit des Unternehmens Kundenforderungen zu erfüllen)
- das Qualitätsmanagementsystem (u.a. Wechselwirkung der Prozesse, Dokumentationspflicht)
- die Verantwortung der Leitung
- Management der Ressourcen (u.a. Erfordernisse an das Arbeitsumfeld, Infrastruktur)
- Produktrealisierung (u.a. Planung, Realisierung und Evaluierung der Prozesse)
- Messung, Analyse und Verbesserung.

Zum Nachweis dieser Bereiche müssen Qualitätshandbücher geführt werden, in denen die Einführung der verschiedenen Schritte des Systems dokumentiert sind. Anhand von Qualitätsmanagementplänen sollen u.a. die Qualitätsziele, sowie die Schritte und Methoden zur Umsetzung dieser Ziele festgehalten werden. Die Bewertung wird ausschließlich durch externe Prüfer vorgenommen.

Qualitätsintention:

Im Mittelpunkt der Qualitätsbewertung mit der DIN ISO 9000 ff. stehen strukturelle und organisatorische Voraussetzungen auf administrativer Ebene, so z.B. Grundlagen der Informationspolitik der Einrichtungen, wie ein schriftliches Leitbild, die Transparenz der Aufbau- und Ablaufstrukturen, ein planmäßiges Vorgehen bei der Qualitätsverbesserung und Standards der Personalführung, wie die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen (Klein 1997). Damit eignen sie sich besonders zum Nachweis der Strukturqualität; die Prüfung erstreckt sich auf das Vorhandensein bestimmter Rahmenbedingungen und Grundlagen für die Erbringung einer guten Qualität (Müller 2002). Sie sind damit geeignet, die Qualitätsmanagement-Ebene, d.h. die Voraussetzungen einer Einrichtung für die Qualitätserbringung darzustellen und zertifizierte Einrichtungen von anderen positiv abzuheben (Garms-Homolová 1998; Diecks et al. 1999).

Einschränkende Anmerkungen:

Auch wenn die Fortschreibungen der DIN EN ISO 9000, insbesondere die DIN EN ISO 9004 von den Anbietern als deutlich prozess- und ergebnisorientierter beschrieben werden (TÜV Süd 2005), werden Aussagen zur Prozessqualität ausschließlich aus dem Vorhandensein eines einheitlichen Pflegedokumentationssystems, am Durchführungsnachweis der Pflegekräfte und der regelmäßigen Überprüfung der Pflegeplanung geschlussfolgert. Fragen, ob die Pflegemaßnahmen und -ziele nachvollziehbar und nach dem Stand der Erkenntnisse geplant wurden und welche Wirkungen die Pflege erzielte, also inwieweit Pflegeergebnisse den Zielen entsprechen - und damit Fragen, die zusätzlich zur Qualitätsmanagementebene Rückschlüsse auf eine professionelle und qualitätsgerechte Pflegepraxis zulassen - gehören nicht zum Standard der ISO 9000 ff. (vgl. Gerste et al. 2004).

7.2.2. Das EFQM-Modell

Konzeption und Vorgehensweise:

Das EFQM-Modell wurde von der European Foundation for Quality Management entwickelt, der ca. 660 Mitgliederorganisationen angehören. Die Bewertungskriterien dieses Modells wurden ursprünglich ebenfalls für den industriellen Bereich entwickelt, sind aber inzwischen auch für den Dienstleistungssektor verfügbar. Die Kriterien der EFQM umfassen Voraussetzungen und Strukturen, die unterschiedlichen Prozesse und die Ergebnisse auf der Ebene des Qualitätsmanagements (Bölicke/Wlosinski 1998).

Die Bewertung bezieht sich auf die Elemente:

- Führung
- Politik und Strategie
- Ressourcen
- Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterzufriedenheit
- Kundenzufriedenheit
- Prozesse
- Geschäftsergebnisse
- gesellschaftliche Verantwortung und Image.

Zu jedem dieser Kriterien gibt es zahlreiche Unterpunkte, die anhand eines Schemas bewertet werden. So werden unter den Kriterien Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit u.a. Maßnahmen der Personalplanung und Personalauswahl bewertet. Insgesamt können maximal 1000 Punkte erreicht werden. Die Bewertung kann als Selbstbewertung in Gruppen anhand eines speziellen Handbuches der EFQM-Prüfer oder durch externe Prüfer vorgenommen werden. Erfolgt die Bewertung intern, sollen die Ergebnisse nach Einzelbeurteilungen in der Gruppe diskutiert werden, um einen Konsens hinsichtlich verschiedener Bewertungsergebnisse zu erzielen und gleichzeitig Stärken und Verbesserungsbereiche zu identifizieren.

Qualitätsintention:

Auch die Kriterien der EFQM erfassen in erster Linie Aspekte des Qualitätsmanagements. Sie eignen sich damit zum Nachweis der Rahmenbedingungen für die Qualitätserbringung und unterstreichen die Relevanz der Qualität in der Organisation (Bölicke/Wlosinski 1998). Anhand der Selbstbewertung sollen der Informationsfluss innerhalb der Einrichtung, die Mitarbeiterzufriedenheit und das Qualitätsbewusstsein der Beschäftigten gefördert werden. Dieses Ziel soll durch die aktive Teilhabe des Personals an der Qualitätsbewertung, die Übernahme von Eigenverantwortung und das Hinterfragen und Diskutieren der eigenen Arbeit erreicht werden.

Einschränkende Anmerkungen:

Ähnlich wie bei den Qualitätsnormen der DIN EN ISO 9000 ff. werden die geleisteten Prozesse ausschließlich mit Hilfe der retrospektiven Sichtung von Dokumentationsunterlagen geprüft. Tiefergehende Rückschlüsse zur fachlichen Feststellung von Ressourcen und Risiken der Klient/innen, zur Angemessenheit und Fachlichkeit der geplanten und durchgeführten Maßnahmen und zu den erreichten Pflege-Outcomes können aus dieser Perspektive nicht gewonnen werden.

7.2.3. Das Selbstbewertungssystem des Fraunhofer Institutes für stationäre Einrichtungen der Altenpflege

Konzeption und Vorgehensweise:

Das Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe wurde vom Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und -organisation entwickelt. Es verbindet Werte wie Würde, Privatfreiheit, Wahlfreiheit, Selbstverwirklichung, Unabhängigkeit und Rechtssicherheit des britischen Qualitätskonzeptes "Homes are for living in" mit Qualitätsstandards, die im Rahmen des Gemeinschaftsprojektes "Handbuch zur Qualitätssicherung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe" entwickelt wurden. Anhand der Qualitätsstandards dieses Handbuches kann mit einer Checkliste abgeprüft werden, ob in der Einrichtung die Voraussetzungen zur Förderung einer selbständigen Lebensführung erbracht werden (Bölicke/Wlosinski 2000). Außerdem werden in dem hier genannten Selbstbewertungssystem die Kriterien der EFQM berücksichtigt (Gebert/Kneubühler 2001: 373; Klein/Weiss 2000: 14; Pilota 1998; Cook 1998; Hoffmann 1997; Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation 1997).

Im Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenpflege wird mit Hilfe von zwölf Elementen, für die jeweils zehn Fragen formuliert sind, die gesamte Struktur der Leistungserstellung erfasst. Diese Elemente sind im Einzelnen

- Politik und Strategie, Informationspolitik
- Personalführung
- Prozesse
- Bewertung und Planung
- bauliche Standards
- Pflegepraxis, Therapieangebote, hauswirtschaftliche Leistungen
- Unterstützung individueller Bedürfnisse
- Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Mit Hilfe dieser Elemente werden neben administrativen Aspekten wie der Qualität der Führung, der Planung und Organisation der Einrichtung und dem Dienstleistungsangebot auch die Qualität der Dienstleistungserbringung am Klienten abgefragt (z.B. ob anerkannte Pflegestandards Anwendung finden oder ob für jede Heimbewohner/in ein individueller Pflegeplan vorliegt). Außerdem bezieht sich die Selbstbewertung auf subjektive Aspekte wie die Zufriedenheit des Personals und der zu Pflegenden.

Die Messung der Qualität wird durch das Pflegepersonal, die Klient/innen und deren Angehörige mittels Checklisten vorgenommen, mit denen Abweichungen von vorgegebenen Standards erfasst werden. Der Selbstbewertungsprozess erfolgt in den Schritten

Vorbereitung und Planung, Durchführung, Erarbeitung eines Qualitätsverbesserungsplans, Umsetzung der ausgewählten Maßnahmen und Erfolgskontrolle.

Qualitätsintention:

Durch die Selbstbewertung von wichtigen Qualitätsaspekten der Pflegeeinrichtungen wie dem vorhandenen Managementsystem, dem Vorgehen der Leitung, aber auch der Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, den Schnittstellen zwischen den Bereichen sowie der Zufriedenheit der Klient/innen und des Personals sollen konkrete Informationen über vorhandene Qualitätspotentiale ermittelt werden. Im weiteren Vorgehen soll dann auf der Grundlage dieser Daten ein Qualitätsverbesserungsprozess in Gang gesetzt werden. Besonders hervorzuheben ist die Partizipation von Personal und Bewohner/innen bei der Setzung von Schwerpunkten für die Qualitätsverbesserung.

Einschränkende Anmerkungen:

Auch bei diesem System bezieht sich die Kritik darauf, dass mit den Checklisten nur das Vorhandensein von bestimmten Qualitätsmerkmalen oder Maßnahmen überprüft und die Abweichung von vorgegebenen Standards ermittelt werden kann. Es wird aber nicht überprüft, ob diese Maßnahmen im individuellen Fall angemessen und sinnvoll sind und so für eine professionelle Pflegepraxis sprechen. Hinsichtlich der Bewohnerorientierung, die mit dem Instrument ausdrücklich intendiert ist, muss konstatiert werden, dass die Verbesserung der Qualität in erster Linie durch eine Optimierung der Organisationsprozesse erreicht werden soll. Eine Darstellung der erzielten Pflegeergebnisse ermöglicht das Selbstbewertungssystem nicht.

Vor diesem Hintergrund wird das System in der Fachliteratur als "niederschwelliger Einstieg" für Einrichtungen, die noch wenig Qualitätserfahrungen haben, bewertet (Gebert/Kneubühler 2001: 376).

7.2.4. Der Pflegeprozess

Konzeption und Vorgehensweise:

Der Pflegeprozess wurde erstmals in den 60er Jahren in den USA definiert und resultiert aus der Erkenntnis, dass Pflege mehr als eine Ansammlung einzelner Handlungen ist (vgl. Höhmann et al. 1996; Sperl 1994). Mit der Konzeption des Pflegeprozesses sollte die Pflege ein "Handwerkszeug" erhalten, mit dem - im Gegensatz zur bis dahin intuitiv geleisteten Pflege - ein systematisches und analytisches Vorgehen ermöglicht wird (Mischok-Kelling 1992). Inhaltlich stellt der Pflegeprozess ein Problemlösungsverfahren dar, dessen Grundlage ein Regelkreis mit verschiedenen Phasen ist (Katholischer Krankenhausverband 2001; Garms-Homolová 1996a).

Die Weltgesundheitsorganisation hat den Pflegeprozess seit 1979 als Grundlage der strukturierten und geplanten pflegerischen Arbeit festgeschrieben (WHO 1979) und folgt dabei dem Entwurf von Yura und Walsh, die in ihrem Modell die folgenden vier Phasen unterscheiden (Yura/Walsh 1967):

- Assessment (Einschätzung des Pflegebedarfs)
- Planning (Planung der Pflege)
- Intervention (Ausführung der Pflege)
- Evaluation (Bewertung der Pflege).

In Deutschland setzte sich das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier durch (Fiechter/Meier 1993).

Dieses beschreibt die Systematik professioneller Pflege anhand der sechs Phasen:

- Informationssammlung
- Erkennen von Problemen und Ressourcen
- Festlegung der Ziele
- Planung der Maßnahmen
- Durchführung der Maßnahmen
- Beurteilung der durchgeführten Maßnahmen.

Wegen des abstrakten Charakters des Pflegeprozesses erweist sich für die Praxis die inhaltliche Ausgestaltung des Modells als bedeutsam. Gegenwärtig werden die inhaltlichen Schritte des Pflegeprozesses meist auf der Grundlage von Pflegemodellen vorgenommen (Höhmann et al. 1996; Kämmer, 1994; Rath/Biesenthal 1994; Sperl 1994)²⁴. Die Kategorien der Pflegemodelle dienen jeweils als "Leitlinien" zur individuellen inhaltlichen Ausgestaltung der Pflege einzelner Klient/innen (vgl. exempl. Höhmann 1996; Kämmer 1994; Rath/Biesenthal 1994). Das heißt, die Kategorien werden als Vorlage für die Informationssammlung (Dokumentation) verwendet, welche die Basis der weiteren Schritte des Pflegeprozesses bildet.

Fiechter und Meier nehmen in ihren Ausführungen Bezug auf das Pflegemodell der Lebensaktivitäten von Roper (Fiechter/Meier 1993). Inhaltlich dominierend für den Pflegeprozess in Deutschland ist das Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) von

²⁴ Dabei ist ein Pflegemodell nach Riehl und Roy (1980) "ein systematisch konstruiertes, auf einer wissenschaftlichen Grundlage basierendes und logisch aufgebautes Konzept, das die grundsätzlichen Komponenten der Krankenpflege, ihre theoretische Basis und die erforderlichen Werthaltungen bei der Anwendung in der Praxis definiert" (Aggleton/Chalmers 1998: 4). Pflegemodelle definieren Pflege u.a. als Verrichtungen aufgrund menschlicher Bedürfnisse (Henderson 1963), universeller Selbstpflege- und Selbstfürsorgeerfordernisse (Orem 1996), als Lebensaktivitäten (Roper et al. 1993), Aktivitäten des täglichen Lebens (Juchli 1987) oder als Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens (Krohwinkel 1993).

Liliane Juchli sowie das AEDL-Modell der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens nach Monika Krohwinkel (Höhmann et al. 1996; Höhmann 1996; Kämmer 1994).

Qualitätsintention:

Betrachtet man die verschiedenen Schritte des Pflegeprozessmodells, lässt sich der Pflegeprozess als ein methodisches Vorgehen zur Planung und Steuerung der pflegerischen Maßnahmen verstehen. In dieser systematisierenden Funktion, die der Komplexität pflegerischer Leistungen gerecht wird, liegt auch der Qualitätsaspekt des Pflegeprozesses (Thiel 2001).

Ziel des Vorgehens mit diesem Instrument ist die Planung, Durchführung und Evaluation sinnvoller und individueller Pflegemaßnahmen. Die Pflegekräfte sammeln Informationen, auf deren Grundlage die individuellen Probleme benannt sowie zielgerichtete Interventionen geplant werden. Die so entstandene Pflegeplanung stellt dann die Basis für ein einheitliches und systematisches professionelles Handeln der Pflegenden dar. Die regelmäßige Evaluation dient dem Vergleich der Ergebnisse mit den erwarteten Zielen. Nach einer Neueinschätzung der Situation des Pflegebedürftigen erfolgt die Änderung der Maßnahmen und die Festlegung neuer Ziele.

Einschränkende Anmerkungen:

Insgesamt ist zu konstatieren, dass sich die Anwendung des Pflegeprozess in der Praxis problematisch gestaltet (vgl. Fischbach 2001; Ammenwert et al. 1999; Niehöster et al. 1998; Stratmeyer 1997; Höhmann et al. 1996; Stösser 1996). Umsetzungsschwierigkeiten resultieren vor allem aus der Anwendung der Pflegemodelle als inhaltlicher Grundlage für den Pflegeprozess.

Dazu führt Bartholomeyczik (2003a: 3) aus, dass in keinem der Modelle genau begründet wird, warum die verwendeten Kategorien so geartet sind und in der entsprechenden Anzahl vorkommen. Denn die Einteilungen könnten genau so differenzierter oder stärker zusammengefasst sein und die Einteilung bleibt bei allen Pflegemodellen willkürlich. In diesem Kontext betonen alle Autorinnen, dass ihre Kategorien als übergeordnete Ordnungsmuster oder Strukturierungshilfen zu verstehen sind. Die Kategorien eignen sich deshalb nicht als Items für die Zustandserfassung (oder Informationssammlung), werden aber häufig als solche genutzt (Dassen et al. 2001: 125). Verschiedene Autoren (Niehöster et al. 1998; Stösser et al. 1996; Sperl 1994) sehen hier viele Schwierigkeiten begründet. Mangelhafte Definitionen und Erhebungskriterien zu den einzelnen Kriterien problematisieren die praktische Anwendung der ADL- und AETL-Modelle; auch wird die Dokumentation des Zustandes durch die fehlende Strukturierung und Operationalisierung der

einzelnen Kategorien erschwert. Daneben wird bemängelt, dass die Modelle wegen ihrer fehlenden Standardisierung die Ermittlung zuverlässiger Messwerte nicht ermöglichen (ebd.).

Kritisch wird auch das Fehlen handlungsleitender Funktionen der einzelnen Kategorien bewertet (exempl. Niehöster et al. 1998; Stösser 1996). Weil die ATL- und AEDL-Bereiche "beliebig nebeneinander" stehen, können kaum Prioritäten für das pflegerische Handeln abgeleitet werden (Stösser et al. 1996: 43). Insbesondere wird die Erfassung kognitiver, psychischer oder sensorischer Fähigkeiten sowie die Erkennung von Potentialen, Ressourcen und bestehenden Risiken innerhalb des ATL-Rasters als schwierig eingeschätzt (Niehöster et al. 1998; Stösser 1996)²⁵

Insgesamt resultieren die Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis daraus, dass der Pflegeprozess wegen der Schwierigkeiten bei seiner inhaltlichen Ausgestaltung keinen festen Bestandteil der üblichen Dokumentationssysteme darstellt (Niehöster et al. 1998) und deshalb die Pflegekräfte nicht zu einer konsequenten stufenweise Vorgehensweise im Sinne dieses Problemlösungsverfahrens angehalten werden.

7.2.5. Pflegevisiten

Konzeption und Vorgehensweise:

Pflegevisiten sind strukturierte Klientenbesuche (zumeist durch die Pflegedienstleitung und das betreuende Personal), bei denen auf der Grundlage von subjektiven Einschätzungen der Klient/in und objektiven Einschätzungen der Pflegefachkräfte die Qualität pflegerischer Leistungen überprüft werden soll (Heering 2004:12; Heering 1997).

Mittels Pflegevisiten soll die Umsetzung des Pflegeprozesses kontrolliert werden. Dabei nimmt die Begutachtung der Dokumentation einen zentralen Stellenwert ein. Entspricht die Dokumentation der aktuellen Situation der Klient/in? Sind Ziele und Maßnahmen realistisch formuliert? Wurden Maßnahmen regelmäßig durchgeführt und evaluiert? Weitere Fragestellungen sind, ob die pflegerischen Interventionen dem individuellen Bedarf der Klient/innen entsprechen, selbständigkeitsfördernd sind und gewünschte Pflege-Outcomes erzielt werden. Dabei wird auch der Gebrauch von Expertenstandards und einrichtungsinternen Standards in die Begutachtung einbezogen. Ein weiterer Prüfungsschwerpunkt ist die Zufriedenheit der Kund/innen und ihre Einbeziehung in die Gestaltung des Pflegeprozesses (Bölicke et al. 2004; Weh/Sieber 1995).

²⁵ Sperl analysierte noch weitere Pflegemodelle (dies sind die Modelle nach Hendersen, Abdellah, Orem, Roper, King, Orlando, Wiedenbach, Peplau, Johnson, Levine, Rogers und Roy) und stellte fest, dass auch diese nicht auf den Pflegeprozess übertragbar und für die Praxis operationalisierbar sind. Er plädiert für ein medizinisches Modell als Basis pflegerischer Arbeit (Sperl 1994).

Der Ablauf der Pflegevisite gliedert sich in die Schritte

- Vorbereitung der Pflegevisite (u.a. Information der Klient/in)
- Durchführung (Überprüfung der Pflegedokumentation mittels Checklisten, Überprüfung der Hilfsmittelsituation, Erfassen von Wünschen und Kritik der Klient/in, Begutachtung der Klient/in)
- Nachbereitung (Dokumentation der Pflegevisite anhand eines Protokolls, Reflexion der Erhebung).

Qualitätsintention:

Pflegevisiten zielen auf die Evaluierung des gesamten Pflegeprozesses ab und dienen der systematischen Überprüfung der formalen Umsetzung des Pflegeprozesses (Vorhandensein bestimmter Dokumentationsunterlagen, Durchführungsnachweis für pflegerische Maßnahmen, Evaluierung von Zielen).

Pflegevisiten sind geeignet, die Einbeziehung der Klient/innen in die Pflegeprozessgestaltung zu überprüfen und stellen wegen ihres Beziehungscharakters (Besuch und Gespräch bei der Klient/in) vor allem für kognitiv nicht beeinträchtigte Klient/innen eine Möglichkeit dar, sich aktiv an der Planung pflegerischer Ziele und Maßnahmen zu beteiligen sowie Wünsche und Kritik anzubringen. Für die Mitarbeiter/innen sind Pflegevisiten sinnvoll, um pflegerisches Handeln zu hinterfragen und im Team zu diskutieren. Die Ergebnisse der Pflegevisiten können Hinweise liefern, wo Qualitätsmängel aufgetreten sind und welche Verbesserungsmöglichkeiten es gibt.

Einschränkende Anmerkungen:

Auch wenn Pflegevisiten sich hervorragend eignen, einen Überblick über die grundlegende Anwendung und Umsetzung des Pflegeprozessmodells an den individuellen Klient/innen zu gewinnen, kann mit diesem Instrument eine tiefere systematische Prüfung, inwieweit tatsächlich professionell - z.B. ressourcenfördernd - gearbeitet wurde, nicht vorgenommen werden. Dies liegt im Fehlen von Daten zur exakten Zustands- und Risikoerfassung begründet. Obwohl vereinzelt pflegerische Skalen (so u.a. zur Bestimmung des Dekubitusrisikos) angewendet werden, können Ziele und Maßnahmen in der Regel nicht anhand systematischer und messbarer Erhebungen bewertet werden. Auch die Pflege-Outcomes und deren Güte können außerhalb der Pflegedokumentation nur "per Momentaufnahme" augenscheinlich und deshalb mehr oder weniger zufallsgesteuert beurteilt werden. Dies bestätigen empirische Untersuchungen, die zeigen, dass klinische Informationen generell seltener bei den Klientenbesuchen thematisiert werden (Görres et al. 2002: 30). Ein weiterer kritisch zu betrachtender Aspekt ist die eingeschränkte Kommunikations- und Urteilsfähigkeit kognitiv beeinträchtigter Klient/innen, die neben der gene-

rellen Problematik bei Kundenbefragungen in der Pflege nicht außer Acht gelassen werden sollte (vgl. Schönebäumer 2000; Biley 1992).

7.2.6. Praxisleitlinien

Konzeption und Vorgehensweise:

Praxisleitlinien oder Pflegeleitlinien (MDS 2000), die in Deutschland auch unter der Bezeichnung Expertenstandards geführt werden (KDA 2003; Bölicke 2001), werden von der American Nurses Association (ANA: 1995) als "systematisch entwickelte Statements" beschrieben. Praxisleitlinien werden in der Regel auf nationaler Ebene erarbeitet. Sie sind Teil der evidenzbasierten Pflegepraxis, bei der Maßnahmen in Übereinstimmung mit der klinisch relevanten Forschung empfohlen und begründet werden (Hassler 1999: 417). Die Praxisleitlinien beschreiben den Prozess der Leistungserbringung, ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den Pflegeergebnissen.

Vom Aufbau sind die Leitlinien in folgende Teile gegliedert:

- Einführung (u.a. Diskussion der Signifikanz des Problems)
- Beschreibung (u.a. Beschreibung eines Modells, das eine Verbindung zwischen Zustandserfassung, Intervention und Ergebnissen herstellt sowie Beschreibung der erwarteten Ergebnisse)
- Dokumentation der Entwicklung der Leitlinie (Beschreibung des Konzeptionsprozesses)
- Plan der Verbreitung (Bewertung der praktischen Durchführbarkeit und Beschreibung der Methoden der Verbreitung)
- Gültigkeit und Einschränkungen sowie Nachweise und Literatur (ANA 1995: 35ff).

Qualitätsintention:

Aufgabe der Praxisleitlinien ist es, dem Pflegepersonal und den Klient/innen für einzelne klinische oder pflegerische Probleme (so z.B. zur Dekubitusprophylaxe und -therapie oder zur Sturzprophylaxe) ein "Handwerkszeug" zu geben und damit ein einheitliches professionelles Handeln zu ermöglichen²⁶. Praxisleitlinien geben den Pflegenden eine Vorgehensweise vor, die von der exakten Zustandserfassung und Identifizierung eines speziellen Problems, über die Vorgabe sinnvoller Maßnahmen hin zu den erwarteten Ergebnissen

²⁶ Gegenwärtig liegen für Deutschland "Expertenstandards" zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe in der Pflege sowie zum Entlassungsmanagement vor (DNQP 2004 a,b,c; DNQP 2005) die bei den Prüfungen der MDK für die Einrichtung als "Empfehlung mit verbindlichem Charakter" vorausgesetzt werden (KDA 2003). Weitere Expertenstandards zu Schmerzmanagement und Kontinenzförderung sind in der Konzeptionsphase.

reicht. Sie beschreiben, wie das in der Leitlinie beschriebene klinische oder pflegerische Problem aus professioneller Sicht optimal anzugehen ist.

Einschränkende Anmerkungen:

Praxisleitlinien sind so konzipiert, dass sie jeweils nur einen spezifischen Ausschnitt der pflegerischen Realität umfassen. Praxisleitlinien sollen damit in erster Linie für das thematisierte Problem eine qualitätsgerechte Versorgung gewährleisten - eine umfassende und ganzheitliche Qualität der klinischen Versorgung ist mit diesem Instrument nicht intendiert.

7.2.7. Standards oder Standardisierte Pflegepläne

Konzeption und Vorgehensweise:

Im gegenwärtigen Sprachgebrauch werden in Deutschland unter dem Begriff "Standards" zumeist standardisierte Pflegepläne verstanden (Bölicke 2001: 96; Trede 1997: 263)²⁷.

Standardisierte Pflegepläne werden häufig von den Einrichtungen selbst entwickelt. Es gibt aber auch kommerzielle standardisierte Pflegepläne, die institutionsunabhängig konzipiert wurden (vgl. Abraham et al. 2001).

Mittels standardisierter Pflegepläne ist kleinschrittig und konkret festgelegt, wie eine Pflegeverrichtung durchgeführt werden soll, welche Schwerpunkte zu setzen sind, wer zuständig und verantwortlich ist und wann die Pflege Tätigkeit zu erledigen ist (Huhn 1994: 127). Die Beschreibung orientiert sich dabei am Schema "Problem/Ressource, Ziel und Maßnahme" und beinhaltet auch Tätigkeiten der Vor- und Nachbereitung.

Standardisierte Pflegepläne beziehen sich in der Regel auf ständig wiederkehrende pflegerische Maßnahmen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, so beispielsweise die persönliche Hygiene, Intimpflege oder auf typische pflegerische Probleme und Programme wie den Umgang mit Sonden, die Kathederpflege oder routinemäßig durchgeführte Prophylaxen (z.B. Pneumonieprophylaxe).

Qualitätsintention:

Standardisierte Pflegepläne sollen der Vereinheitlichung von Pflegehandlungen dienen und durch ihre Vorgaben eine gleichbleibende Qualität bei der Durchführung von

²⁷ Der Begriff "Standard" wurde von der WHO definiert als ein "erreichbares und professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das festgelegte Sollvorstellungen der Pflegequalität widerspiegelt, an denen die tatsächliche Leistung gemessen wird" (zitiert nach Bartholomeyczik 1999: 33). Übergeordnete Standards, die professionelle Wertvorstellungen oder Verantwortungsbereiche der Pflege so beispielsweise zur Berufsausübung wiedergeben, werden u.a. in den USA seit langem verwendet, spielen aber in der deutschen Pflegepraxis bisher keine Rolle.

Maßnahmen sichern. Ihre Bedeutung für die Praxis liegt in der Vereinfachung der Dokumentation (Stösser 1992; Katz/Green 1996) und bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen, vor allem solcher ohne spezielle pflegerische Ausbildung.

Einschränkende Anmerkungen:

Standardisierte Pflegepläne als Qualitätsinstrumente sind, obwohl sie in der Praxis häufig verwendet werden, von Experten seit längerem umstritten. Vor allem das "Festschreiben" nicht hinterfragter Pflegeroutinen und die teilweise mangelnde Orientierung am aktuellen Stand (pflege-)wissenschaftlicher Erkenntnisse werden häufig kritisiert (exempl. Bartolomeyczik 1999; Jahnknecht 1997; Bienstein 1995).

7.3. Wirkungsbereiche der Qualitätsinstrumente

Um zu verdeutlichen, in welchen Qualitätsbereichen von Pflegeeinrichtungen mit den dargestellten Instrumenten jeweils Veränderungen intendiert werden (bzw. welche Qualitätsbereiche mit diesen Instrumenten "abgedeckt" sind), werden die Verfahren in Tabelle 2 den Qualitätsbereichen klinischer Bereich, professioneller Bereich und administrativer Bereich (Katz/Green 1996) und innerhalb dieser Bereiche den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1977) zugeordnet. Die Bedeutung der Qualitätsbereiche und -dimensionen soll im Folgenden nochmals erläutert werden.

Die Bereiche stehen für folgende Aspekte der Qualität:

- klinischer Bereich (Aspekte der Pflege): Dieser Bereich steht für Qualitätspotentiale, die direkt die Arbeit an den Klient/innen betreffen.
- professioneller Bereich (Aspekte der Berufsausübung/Praxis): Dieser Bereich umfasst Qualitätspotentiale, die mit der Berufsausübung und der Befähigung der Mitarbeiter/innen, professionell zu handeln, in Zusammenhang stehen.
- administrativer Bereich (Aspekte der Verwaltung/Leitung): In diesen Bereich fallen Qualitätsaufgaben, die die Rahmenbedingungen der Erbringung von professioneller und klinischer Qualität betreffen.

Die Qualitätsdimensionen stehen innerhalb dieser Bereiche für folgende Qualitätsaspekte:

Die Strukturqualität bezeichnet die Regeln, nach denen die Qualität erbracht wird

- im klinischen Bereich: Regeln und Standards der Klientenversorgung (z.B. Selbstbestimmung und Würde)
- im professionellen Bereich: Regeln und Standards der Berufsausübung (z.B. Bewertung und Kontrolle der eigenen Tätigkeit)
- im administrativen Bereich: Regeln und Standards der Leitung (z.B. Beschwerdemanagement).

Die Prozessqualität beschreibt

- im klinischen Bereich: was die Klient/innen erhalten (z.B. Durchführung von Maßnahmen, Pflegepläne)
- im professionellen Bereich: was die Pflegekräfte tun (z.B. Anwendung von Praxisleitlinien, Schulungspläne)
- im administrativen Bereich: wie das System funktioniert (z.B. Handlungspläne der Verwaltung).

Unter dem Aspekt der Ergebnisqualität wird die Erreichung der Ziele festgehalten. Das sind

- im klinischen Bereich: Pflegeziele
- im professionellen Bereich: Ziele bei der professionellen Berufsausübung der Mitarbeiter/innen
- im administrativen Bereich: das Funktionieren des Managementsystems.

Allerdings muss angemerkt werden, dass sich die eindeutige Zuordnung einzelner Instrumente schwierig gestaltet; dies betrifft insbesondere die Instrumente, deren inhaltliche Ausgestaltung ausschließlich den Einrichtungen obliegt.

In Tabelle 2 wurde auch die Fragestellung der Arbeit verortet (“Wie lässt sich die Befähigung der Mitarbeiter/innen hinsichtlich einer qualitätsgerechten Berufsausübung verbessern?”)

Tabelle 2: Wirkungsbereiche der Qualitätssicherungsinstrumente und -maßnahmen

| Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung | „Wirkungsbereiche“ der Qualitätssicherungsinstrumente und -maßnahmen | | | | | | | | | Interner oder Externer Qualitätsansatz |
|--|--|---------|----------|---|---------|----------|---|---------|----------|--|
| | Klinischer Bereich Kundenperspektive =Aspekte der Pflege | | | Professioneller Bereich Perspektive des Personals =Aspekte der Berufsausübung | | | Administrativer Bereich Perspektive der Leitung/des Systems =organisatorische Aspekte | | | |
| | Struktur | Prozess | Ergebnis | Struktur | Prozess | Ergebnis | Struktur | Prozess | Ergebnis | |
| Qualitätskontrollen nach MDK-Konzept | X | X | | X | | | X | X | X | extern |
| Zertifizierung nach DIN ISO 9000 ff | X | (X) | | | | | X | X | X | extern |
| Zertifizierung nach EFQM | X | (X) | | | | | X | X | X | extern |
| Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe | X | (X) | | | | | X | X | X | intern |
| Qualitätshandbücher von Caritas, BPA, DPWV, Diakonie in Sachsen | X | | | X | | | X | X | X | intern |
| Kundenbefragungen | X | X | X | | | | | | | intern |
| Pflegeprozessmodell | X | X | X | | | | | | | intern |
| Expertenstandards und Leitlinien | | X* | (X)* | | X* | X* | | | | intern |
| standardisierte Pflegepläne | | X | | | | | | | | intern |
| Pflegevisite | X | X | X | X | | | | | | intern |
| RAI (Verortung der Fragestellung) | | | (X) | X | X | X | | | | intern/ extern |

X...mit dem Instrument ist Qualitätsbewertung/Qualitätsverbesserung in diesem Bereich intendiert

(X)...mit dem Instrument ist eine Qualitätsbewertung/Qualitätsverbesserung in diesem Bereich teilweise oder mittelbar intendiert

*.....für spezielle klinische oder pflegerische Probleme (z.B. Stürze, Dekubitusprophylaxe und -therapie)

7.4. Lücken der Qualitätssicherung im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen

Die Qualitätserbringung in Pflegeeinrichtungen kann drei Bereichen - dem klinischen, dem professionellen und dem administrativen Bereich - zugeordnet werden, die sich gegenseitig bedingen und beeinflussen, und alle einen direkten Einfluss auf die Qualität der Versorgung der Klient/innen haben (Katz/Green 1996: 27).

Bei der Betrachtung der gegenwärtig in Pflegeheimen eingesetzten Instrumente zur Qualitätssicherung lässt die Vielzahl externer Zertifizierungen und Qualitätssiegel (von denen in der vorliegenden Tabelle nur die gängigsten Wirkprinzipien - dies sind die Normen der ISO 9000 ff. und die Kriterien der EFQM - dargestellt werden) darauf schließen, dass ein Großteil der Qualitätsbemühungen auf den administrativen Bereich (bzw. die Qualitätsmanagementebene) gerichtet ist. Das heißt, diese Qualitätsinstrumente fokussieren auf die Verbesserung wichtiger Rahmenbedingungen für die Qualität, z.B. Unternehmensgrundsätze, technische und organisatorische Voraussetzungen, Führungsstil, Kommunikationssystem und Beschwerdemanagement.

Viele Instrumente - so u.a. die Selbstbewertung nach den Kriterien der EFQM, das Selbstbewertungssystem des Fraunhofer Institutes für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe oder Kundenbefragungen - zielen auf eine Messung und Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität im klinischen Bereich. Mit ihnen wird erfasst, inwieweit Grundsätze und Wertvorstellungen der jeweiligen Einrichtungen, z.B. beim Umgang mit den Pflegebedürftigen, eingehalten werden bzw. inwieweit pflegerische Verrichtungen "ordentlich" durchgeführt werden. Keines der vorhandenen Verfahren scheint aufgrund des Fehlens exakter Daten geeignet, über punktuelle Messungen hinaus (dies betrifft z.B. die Prophylaxe und Therapie von Druckgeschwüren oder Aspekte der Kundenzufriedenheit) umfassende Pflege-Outcomes im klinischen Bereich zu erheben.

Auf die Verbesserung der Qualität im professionellen Bereich, d.h. auf die Qualifikation der Mitarbeiter/innen, qualitätsgerecht zu handeln, sind nur wenige Qualitätsinstrumente mit einer formalisierten Strategie ausgerichtet. Der Pflegeprozess soll den Pflegenden als Problemlösungsmodell helfen, Pflegeprobleme systematisch und geplant zu dokumentieren, zu planen und durchzuführen. Praxisleitlinien geben den Mitarbeiter/innen eine Vorgehensweise vor, wie professionelles und qualitativ gutes Handeln am Stand der Kenntnis aussehen soll; allerdings beziehen sich diese "Standards für das Pflegehandeln" nur auf ausgewählte klinische oder pflegerische Probleme, wie Druckgeschwüre und Stürze.

Pflegevisiten dienen dazu, die formelle Umsetzung des Pflegeprozesses - also die Einhaltung und Dokumentation der einzelnen Schritte dieses Modells - zu überprüfen.

Instrumente, die über punktuelle Qualitätsstandards hinaus (wie beispielsweise die Praxisrichtlinien und die in ihnen enthaltenen Skalen u.a. zur Messung des Dekubitusrisikos) exakt messen, inwieweit von den Pflegenden tatsächlich professionell und qualitätsgerecht gearbeitet wurde und ob die Fähigkeiten und Probleme der Klient/innen erkannt, fachgerechte Ziele gefasst und sinnvolle Maßnahmen geplant und durchgeführt wurden, werden derzeit in Deutschland nicht verwendet.

Es fehlt also an Verfahren, mit denen die Mitarbeiter/innen angehalten und "befähigt" werden, im Sinne professioneller Pflege zu handeln und die es dem Betreuungspersonal ermöglichen, eigene Unsicherheiten und Kenntnislücken systematisch zu erkennen und zu verbessern. Auch aus dem Blickwinkel der Prinzipien bewährter Qualitätskonzepte - wie Mitarbeiterpartizipation, Kundenorientierung und Qualitätsarbeit auf der Grundlage statistischer Daten - muss diese Situation als insuffizient hinsichtlich einer umfassenden Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen eingeschätzt werden.

III. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG: INTERVENTIONSSTUDIE MIT DEM RAI 2,0

1. Forschungsfragen

Ausgehend von den bisherigen Überlegungen wird im Rahmen einer Evaluation untersucht, ob und wie sich die Qualität der Pflege unter der gezielten Intervention mit einem Instrument verändert, mit dem durch das Erlernen einer standardisierten und strukturierten Dokumentation eine verbesserte Befähigung der Mitarbeiter/innen, Qualität zielgerichtet und individuell zu erbringen, erreicht werden soll.

Die Zielstellung der Arbeit fokussierte insbesondere auf Veränderungen im Sinne eines "Quality Improvement Process" - im Mittelpunkt steht die Mitwirkung der Mitarbeiter/innen an der Qualitätserbringung: Wie lässt sich die Qualität der Pflege durch die Anwendung dieses Instrumentes verbessern? Bewirkt die Implementation des RAI Veränderungen im professionellen Bereich der Pflegequalität? Kommt es zu einer Verhaltensänderung (Veränderung des Prozesshandelns) der Mitarbeiter/innen? Fördert die Arbeit mit dem Resident Assessment Instrument eine verbesserte und genauere Zustandsfeststellung (verbesserte Kenntnis der Bewohner/innen) und damit eine personengerichtete, geplante und ressourcenorientierte Pflege - d.h. eine Qualitätsverbesserung im Sinne einer zunehmenden Kundenorientierung?

Und im Weiteren: Kann auf der Grundlage der Daten zu den Bewohner/innen die erbrachte Qualität "kontrolliert" und gemessen werden? Das heißt, eignen sich die Daten des Assessments dafür, den Mitarbeiter/innen ein Feedback ihrer Arbeit zu geben? Liefern die Daten im klinischen Bereich der Pflegequalität Hinweise auf Verbesserungspotentiale und können praxistaugliche Anhaltspunkte für weitere zielgerichtete Interventionen gewonnen werden?

Im Einzelnen wird gefragt:

a.) hinsichtlich der Qualität im professionellen Bereich

- Welche Veränderungen lassen sich auf der Ebene der **Strukturqualität** erzielen? Kann ein Qualifikationszuwachs der Mitarbeiter/innen verzeichnet werden? Wie ist die künftige Anwendbarkeit des Gelernten? Wie wird der persönliche Wissenszuwachs eingeschätzt? Wird im Verlauf der Messung eine Routine und Sicherheit bei der Erhebung der Assessments erreicht (Zeitersparnis)?

- Welche Veränderungen können auf der Ebene der **Prozessqualität** gemessen werden? Verändert sich das Dokumentationsverhalten? Werden die Bewohner/innen genauer "betrachtet"; wird die Beobachtung exakter und detaillierter und wird damit ein größeres Kenntnis der Bewohner/innen erlangt? Wird die Pflegedokumentation multiprofessionell und im Team erstellt? Nimmt die Kommunikation auf der Basis der Dokumentation des Personals untereinander, mit den Bewohner/innen und deren Angehörigen zu?
- Gibt es messbare Veränderungen auf der Ebene der **Ergebnisqualität**? Wird die Pflegeplanung durch die Handhabung des RAI systematischer, ursachenorientierter und auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse - und damit weniger zufallsgesteuert und intuitiv - durchgeführt? Sind hinsichtlich des "Pflegeplanungsverhaltens" Unterschiede beim Umgang mit Pflegebedürftigen zu konstatieren, die wahrscheinlich nur noch eine geringe Lebensdauer aufweisen?

b.) hinsichtlich der Qualität im klinischen Bereich

- Liefern die im Pflegealltag erhobenen Daten im Bereich der Ergebnisqualität Aussagen zu den erzielten Pflegeoutcomes? Können auf der Grundlage der standardisierten Dokumentation Hinweise auf Potentiale zur Qualitätsverbesserung und auf bestehende Qualitätsdefizite identifiziert werden? Lassen sich auf der Grundlage der gewonnenen Daten Zusammenhänge und Ergebnisse aufzeigen, die für weitergehende Analyseprozesse und eine gezielte Qualitätsverbesserung geeignet sind?

2. Ebenen der Untersuchung

Ausgehend von den Forschungsfragen fand die Evaluation auf zwei Ebenen statt, denen die einzelnen Fragestellungen zugeordnet wurden.

1. Ebene der Mitarbeiter/innen (professioneller Bereich)

- Veränderung des Wissensstandes des Personals
- Veränderung des Dokumentations- und Planungsverhaltens

2. Ebene der Bewohner/innen (klinischer Bereich)

- Hinweise auf den Pflege-Outcome (Messung und Kontrolle der Qualität)
- Identifizierung von Verbesserungspotentialen im Zustand der Bewohner/innen
- Gewinnung von Hinweisen zu Qualitätsdefiziten (Aufzeigen von Zusammenhängen auf der Grundlage der Daten)

In Übersicht 3 ist dargestellt, wie den genannten Ebenen die zu untersuchenden Fragestellungen sowie die einzelnen Indikatoren in den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zugeordnet wurden. Es wird jeweils erläutert, welche Qualitätsbehauptung der Auswahl der Indikatoren zugrunde liegt. Auf der Ebene der Bewohner/innen wurden Pflege-Outcomes untersucht. Hier erfolgt die Darstellung des gewählten Vorgehens.

Tabelle 3: Darstellung der Forschungsfragen und Indikatoren

| Forschungsfragen Indikatoren | Qualitätsbehauptungen (Erläuterungen zu den Indikatoren) | Operationalisierung (Messung von..) |
|---|--|---|
| <p>1. Ebene der Mitarbeiter/innen/ Strukturqualität Veränderte sich der Wissensstand des Pflegepersonals? (Qualifikationszuwachs)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher Wissenszuwachs • Anwendbarkeit des Gelernten <p><u>Wurde ein Wissenszuwachs (verbesserte Kenntnis der Klient/innen) durch die Erlangung von Routine und Sicherheit bei der Assessmentdurchführung erreicht?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakte zu den Bewohner/innen, die zur Erhebung eines Assessments (Minimum Data Set MDS) notwendig waren • Benötigte Zeit zur Assessmentdurchführung • Zeitaufwendige Bereiche des MDS • Bereiche des MDS mit Verständnisproblemen | <p>Unterstellt wird, dass – als Voraussetzung einer Verbesserung der Pflegequalität – ein Wissenszuwachs (bezüglich der genaueren Zustandsfeststellung, Identifizierung von Problemen und Potentialen und ursachenorientierten Maßnahmenplanung = Inhalt der Schulungen) erreicht wurde, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die Mitarbeiterinnen aus den Schulungen ein Wissenszuwachs resultierte (Selbsteinschätzung) • die Mitarbeiterinnen die erlernten Kenntnisse als in der Praxis gut anwendbar einschätzten (Selbsteinschätzung) <p>Eine verbesserte Kenntnis der Klient/innen – mehr Sicherheit/eine bessere Fähigkeit zu dokumentieren – wurde erreicht, wenn im Verlauf der Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> • weniger Besuche bei den Bewohner/innen zur Assessmentdurchführung erforderlich waren. • weniger Zeit zur Assessmentdurchführung benötigt wurde. • die Anzahl zeitaufwendiger Bereiche abnahm (dies spricht für eine größere Routine/verbesserte Aneignung der Codierungen und Kenntnis der Skalen) • die Bereiche mit Verständnisproblemen abnahmen (= Lerneffekt/Auseinandersetzung mit der Zustandserfassung/Lernen mit dem Handbuch) | <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Mitarbeiter/innen, die einen persönlichen Wissenszuwachs durch die Schulungen einschätzten • Anzahl der Mitarbeiter/innen, die das in den Schulungen erworbene Wissen nach eigener Einschätzung als gut anwendbar bewerteten • Anzahl der Klientenkontakte, die zur Erhebung des MDS notwendig waren • Anzahl der Minuten/Zeitdauer, die zur Einschätzung erforderlich war • Anzahl zeitaufwendiger Bereiche • Anzahl der Bereiche mit Verständnisproblemen |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2. Ebene der Mitarbeiter/innen Prozessqualität <u>Veränderte sich das Dokumentationsverhalten, d.h. verbesserte sich die Zustandsfeststellung?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vollständigkeit der Dokumentation • Dokumentation schwieriger Bereiche <p><u>Nahm hinsichtlich der Zustandsfeststellung die Kommunikation des Personals untereinander, mit den Bewohner/innen und deren Angehörigen zu?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkende bei der Dokumentation • Mitwirkungsbereitschaft der Informant/innen • Erhebungsbereiche, bei denen es Schwierigkeiten bei der Informationsgewinnung gab | <p><u>Es wird unterstellt, dass sich die Dokumentation verbesserte, wenn im Verlauf der Untersuchung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Missings“ (ausgelassene Angaben) abnahmen. • als schwierig identifizierte Bereiche vermehrt dokumentiert wurden. <p><u>Eine verbesserte Kenntnis der Klient/innen (verbesserte Dokumentation) ist anzunehmen, wenn mehr über den Zustand der Bewohnerinnen kommuniziert wird:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • d.h. mehr Informant/innen an der Dokumentation mitwirken • die an der Dokumentation Beteiligten eine gute Mitwirkungsbereitschaft bei der Informationserhebung zeigen • Für eine bessere Kommunikation spricht die Abnahme von Bereichen mit Schwierigkeiten bei der Informationsgewinnung. | <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der fehlenden Angaben • Anzahl der vom Personal als „schwierig“ identifizierten Bereiche <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl unterschiedlicher Informant/innen bei der Dokumentation • Anzahl positiver Befunde bei der Bewertung des Engagements der an der Dokumentation Beteiligten • Anzahl der Erhebungsbereiche mit Informationsproblemen |
| <p>3. Ebene der Mitarbeiter/innen Ergebnisqualität <u>Veränderte sich das Pflegeplanungsverhalten? Wurde systematischer und ursachenorientierter geplant?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung von Risikofaktoren, Pflegeprobleme bzw. Ressourcen (Alarmzeichen des RAI) • Durchführung der Abklärungshilfen (Richtlinien zur Erstellung einer ursachenorientierten, systematischen Pflegeplanung) • mit den RAPs abgeklärte und in die Pflegeplanung übernommene Probleme und Ressourcen | <p><u>Eine Verbesserung der Pflegeplanung wird unterstellt, wenn im Verlauf der Untersuchung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • mehr Probleme und Ressourcen erkannt und festgestellt wurden. • mehr Abklärungshilfen durchgeführt wurden (diese Richtlinien des RAI stellen die Basis einer systematischen und ursachenorientierten Pflege dar). • mehr Probleme und Ressourcen in die Betreuungsplanung übernommen wurden | <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Abklärungszusammenfassungen • Anzahl der erstellten Resident Assessment Protocols (RAPs) • Anzahl der abgeklärten und in die Pflegeplanung übernommenen Probleme und Ressourcen |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Personen, für die auf der Grundlage der Alarmzeichen Abklärungen erstellt wurden • Erstellte Pflegepläne für Personen, die Alarmzeichen aufwiesen • Pflegepläne für Klient/innen, die Alarmzeichen aufwiesen und deren Probleme abgeklärt wurden (Korrekt nach der Verfahrensweise des RAI erstellte Pflegepläne) <p><u>Zur „Kontrolle“ des systematischen Vorgehens mit dem RAI: Gab es Unterschiede im „Pflegeplanungsverhalten“ beim Umgang mit Bewohner/innen, die voraussichtlich nur noch eine geringe Lebensdauer aufwiesen?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich der durchgeführten Abklärungshilfen und der in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme für die Gruppe der Nichtausgeschiedenen und die im Verlauf der Studie Verstorbenen | <ul style="list-style-type: none"> • für mehr Personen auf der Grundlage der Alarmzeichen Abklärungen erstellt wurden • mehr Pflegepläne auf der Grundlage der Alarmzeichen erstellt wurden (evidenzbasierter Bedarf) • mehr Pflegepläne für Personen angelegt wurden, die Alarmzeichen aufwiesen und bei denen diese Alarmzeichen anhand der Richtlinien abgeklärt wurden (systematische Vorgehensweise mit dem RAI) <p><u>Bei einem systematischen Vorgehen mit dem RAI:</u> dürfte sich der Anteil der durchgeführten Abklärungshilfen und die Anzahl der aufgenommenen Pflegeprobleme für die unterschiedliche Personengruppen nicht wesentlich unterscheiden. (Allerdings wäre es einer guten Pflegequalität nicht abträglich, wenn bei den Terminalkranken zwar viele Probleme erkannt worden wären, sich aber letztlich weniger Probleme in der Maßnahmenplanung wiederfinden. Dies soll jedoch an späterer Stelle noch diskutiert werden. Erst einmal soll die korrekte Anwendung des RAI im Vordergrund stehen).</p> <p><i>(Vorgehen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dargestellt werden Pflege-Outcomes. Notwendige Voraussetzung dafür ist die Zustandsbeschreibung der untersuchten Population zum ersten Messzeitpunkt (Baselinestatut). | <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Personen für die in ausgewählten Bereichen auf der Grundlage der Alarmzeichen Abklärungen erstellt wurde – Gegenüberstellung zur Anzahl der Personen, die in diesen Bereichen keine Alarmzeichen aufwiesen und für die trotzdem Abklärungen erarbeitet wurden • Anzahl der erstellten Pflegepläne für Personen mit Alarmzeichen in ausgewählten Bereichen • Anzahl der erstellten Pflegepläne, für Personen mit Alarmzeichen in ausgewählten Bereichen, die anhand der RAPs abgeklärt wurden – Gegenüberstellung zur Anzahl der Pflegepläne, die nicht auf der Basis der Alarmzeichen erarbeitet wurden • Anzahl der durchgeführten RAPs und Anzahl der in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme jeweils für die Gruppe der Nichtausgeschiedenen und die im Verlauf der Studie Verstorbenen (retrospektive Betrachtung des Initialassessments) – für ausgewählte Bereiche | <p>4. Ebene der Bewohner/innen Ergebnisqualität <i>(nur Forschungsfragen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eignen sich die Daten zur Kontrolle der geleisteten Tätigkeit? Erhalten die Mitarbeiter/innen anhand der im Alltag erhobenen Daten ein Feedback ihrer Arbeit? <p><i>(aufgezeigt werden folgende Merkmale)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung einzelner und zusammengefasster Merkmale zum ersten Messzeitpunkt |
|--|---|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lassen sich auf der Grundlage einer verbesserten Dokumentation Potentiale zur Qualitätsverbesserung identifizieren? • Lassen sich Zusammenhänge aufzeigen, die für eine weitere Qualitätsverbesserung geeignet sind? Liefern die Daten Hinweise auf bestehenden Qualitätsdefizite? | <ul style="list-style-type: none"> • Im Weiteren wird eine Analyse der interindividuellen Entwicklung der Gruppe der Nichtausgeschiedenen anhand der Merkmalsverteilung und Merkmalshäufigkeit (Prävalenz) vorgenommen. Bewertet wird die Entwicklung über die Messzeitpunkte T1, T2 und T3. • Um zu zeigen, wo individuelle Ressourcen vorhanden sind, wird eine Analyse der intraindividuellen Entwicklung der Gruppe der Nichtausgeschiedenen im Messzeitraum anhand der Häufigkeit des Auftretens neuer Probleme (Inzidenzen) vorgenommen. • Anhand statistischer Auswertungen werden aus dem Datenmaterial Befunde extrahiert, die sich für weitere praxisbezogene Analyseprozesse eignen. Insbesondere werden Zusammenhänge (Assoziationen) aufgezeigt, die Hinweise zu Potentialen der Qualitätsverbesserung geben können. | <ul style="list-style-type: none"> • Messung und Beurteilung interindividueller Veränderungen zu zusammengefassten Funktionsmerkmalen und zu den Items: Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen, Urinkontinenz. Messung auf der Basis des ADL-Score und der Cognitiv Performance Scale • Intraindividuelle Analyse für die Items: Bewegung im Bett und Stuhlkontinenz • Assoziationen zu ausgewählte Indikatoren in den Bereichen: Bewegung im Bett, Stürze, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Psychofarmaka |
|---|--|---|

3. Design

Zentrale Zielstellung der Arbeit war die Messung von Qualitätsveränderungen unter der Intervention mit einem Qualitätsinstrument - dem Resident Assessment Instrument. Dazu wurde ein prospektives longitudinales Forschungsdesign gewählt. Im Verlauf eines Jahres wurde das RAI 2,0 in vier vollstationären Einrichtungen der Langzeitpflege implementiert; unter den Bedingungen der Alltagspraxis wurden in diesem Zeitraum drei Datenerhebungen vorgenommen. Die Studie ist demnach als Längsschnitt- und Interventionsstudie einzuordnen (Bücker 2002: 7; Bartholomeyczik/Müller 1997: 62).

Grundlage der Evaluation stellten verschiedene Datenerhebungen dar. Dies waren einmal Erhebungen der Mitarbeiter/innen zu den Schulungen (n=25 Mitarbeiter/innen) bzw. zur Durchführung der Assessments (n= 37 Mitarbeiter/innen). Des Weiteren wurden die - von den Mitarbeiter/innen erhobenen - Assessments zur Zustandsfeststellung sowie das Vorgehen bei der Erstellung der Pflegeplanungen auf der Basis des RAI 2,0 systematisch evaluiert (n=204 Bewohner/innen).

Für die gesamte Untersuchung wurden verschiedene Instrumente verwendet: Kern der Untersuchung bildete das Minimum Data Set als vollstandardisiertes Dokumentationsinstrument des RAI 2,0; weitere Instrumente waren ein Fragebogen zur Schulungsevaluation, ein Evaluationsbogen zur Assessmentdurchführung sowie die Abklärungszusammenfassungen zur Dokumentation der Vorgehensweise bei der Pflegeplanung.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Stichproben, die Erhebungsinstrumente, die Vorgehensweise in den Einrichtungen sowie die Auswertungsmethoden ausführlich dargestellt

3.1. Untersuchte Stichproben

Wie schon gesagt, fand die Untersuchung auf zwei Ebenen statt - der Ebene der Mitarbeiter/innen und der Ebene der Bewohner/innen. Grundlage der Erhebungen bilden demnach auch zwei unterschiedliche Stichproben. Dies war einmal eine Stichprobe von Mitarbeiter/innen, die in der Anwendung des Instrumentes geschult wurden, als Multiplikator/innen auf den Wohnbereichen fungierten und dann mit anderen Pflegekräften die Daten erhoben (n=25 geschulte Mitarbeiter/innen, n=37 Assessmentkoordinator/innen). Die zweite Stichprobe bildeten die Bewohner/innen der ausgewählten Wohnbereiche, deren Zustand erhoben wurde und für die eine Pflegeplanung erstellt wurde (n=204 Klient/innen zum Zeitpunkt der ersten Messung).

Nachfolgend wird zunächst der Zugang und die Auswahl der Pflegeeinrichtungen sowie das Sampling der Stichproben erläutert. Daneben werden auswertungsrelevante Besonderheiten der Stichprobe der Bewohner/innen betrachtet.

3.1.1. Auswahl und Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen

Der Zugang zu den Pflegeeinrichtungen erfolgte über das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie, das ca. 15 Einrichtungen hinsichtlich des Projektes angeschrieben und um ihre Mitarbeit gebeten hatte (Anhang 1).

Nach sondierenden Gesprächen mit den Einrichtungsträgern und Informationsveranstaltungen in den Heimen wurde mit vier Einrichtungen die Zusammenarbeit für das geplante Projekt vereinbart. Die Auswahl der Einrichtungen ging vorrangig nach Kriterien der Erreichbarkeit und der Bereitschaft zum baldigen Projektbeginn vorstatten; die Teilnahme der Einrichtungen war freiwillig.

Obwohl die Pflegeheime die empirische Basis der Untersuchung darstellen, waren hinsichtlich der Fragestellung der Untersuchung ausschließlich Auswertungen auf der Ebene der Individuen in den Einrichtungen - Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen - intendiert. Betrachtungen auf Einrichtungsebene hätten zusätzliche Fragestellungen und Methoden erfordert und den Rahmen der Untersuchung gesprengt. Vor diesem Hintergrund ist es zulässig, dass bei der Auswahl der Einrichtungen strukturelle Merkmale, die wesentliche Kriterien für eine hinlängliche Vergleichbarkeit der Einrichtungen darstellen, weitestgehend vernachlässigt wurden. Unter diesem Aspekt wurde auch ein nicht auszuschließender Freiwilligkeitsbias beim Sampling der Einrichtungen hingenommen.

Nichtsdestotrotz soll gezeigt werden, dass es sich bei den teilnehmenden Einrichtungen nicht um untypische Institutionen der stationären Altenpflege handelt. Die teilnehmenden Pflegeheime werden deshalb bezüglich wesentlicher struktureller Merkmale kategorisiert.

Dazu wird zunächst die Gesamtmenge der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen im Hinblick auf die zentralen Strukturmerkmale Lage, Trägerschaft und Größe der Einrichtungen dargestellt. Zusätzlich werden Angaben zum Personal aufgeführt²⁸ (Tabelle 4).

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass sich die Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung in Sachsen zum überwiegenden Teil (70,4%) im ländlichen Bereich befinden.

²⁸ Rechtsgrundlage bildet die Verordnung zur Durchführung der Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV) i. V. m. dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (Bundesstatistikgesetz - BstatG).

Mehr als die Hälfte der sächsischen Pflegeheime gehört einem Träger der freien Wohlfahrtspflege an. Hinsichtlich der Einrichtungsgröße dominieren Einrichtungen, die bis zu 100 Pflegeplätze vorhalten.

Im Weiteren werden die an der Untersuchung teilnehmenden Einrichtungen (als Teilmenge) hinsichtlich der genannten Strukturmerkmale typisiert (Tabelle 5).

Tabelle 4: Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen

| Strukturmerkmale stationärer Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen 2001 | Anzahl | Prozent von Gesamt |
|---|--------|--------------------|
| Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen | 499 | - |
| Lage der Einrichtungen | | |
| Einrichtungen im städtischen Bereich | 148 | 29,6 |
| Einrichtungen im ländlichen Bereich | 351 | 70,4 |
| Träger der Einrichtungen | | |
| Stadt oder Kommune | 62 | 12,4 |
| Freigemeinnütziger Träger | 302 | 60,5 |
| Privater Träger | 135 | 27,0 |
| Angaben zur Platzzahl | | |
| Vorgehaltene Platzzahl gesamt | 36.154 | - |
| davon Dauerpflegeplätze | 23985 | 66,34 |
| Größe der Einrichtungen | | |
| 1 bis 50 Plätze | 196 | 39,3 |
| 50 bis 100 Plätze | 206 | 41,3 |
| 101 bis 200 Plätze | 74 | 14,8 |
| mehr als 200 Plätze | 23 | 4,6 |
| Angaben zum Personal | | |
| Anzahl Beschäftigte gesamt | 20.732 | - |
| Beschäftigte im Pflegebereich | 9442 | 45,5 |

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2002

Je zwei der vier teilnehmenden Einrichtungen können hier dem städtischen bzw. ländlichen Bereich zugeordnet werden, im Vergleich zu allen Pflegeeinrichtungen in Sachsen sind damit in der Studie die städtischen Einrichtungen überrepräsentiert.

Drei der vier Einrichtungen in der Studie stehen unter kommunaler Trägerschaft; der Anteil kommunaler Träger beträgt insgesamt in Sachsen rd. 12%. Demgegenüber sind die Verbände der Träger der freien Wohlfahrtspflege in der Studie mit nur einer Einrichtung und damit im Vergleich zur Gesamtmenge der Pflegeeinrichtungen in Sachsen zu gering vertreten.

Tabelle 5: Teilnehmende Einrichtungen

| Beteiligte Einrichtungen | I | II | III | IV |
|---|---------------------------------------|---------------------|--------------------|--|
| Allgemeine Angaben | | | | |
| Lage | städtischer Bereich | städtischer Bereich | ländlicher Bereich | ländlicher Bereich |
| Träger | Stadt | Stadt | Kommune | Wohlfahrtsverband |
| Platzzahl gesamt | 298 (davon 203 Altenheimplätze) | 242 | 486 | 62 |
| davon Dauerpflegeplätze | 95 | 224 | 460 | 62 |
| Personal gesamt | 116 | 104 | 232 | 36 |
| Pflegebereich | 56 | 77 | 184 | 22 |
| vorhandene Qualitäts- aktivitäten | Qualitätszirkel | Qualitätszirkel | Qualitätszirkel | Qualitätszirkel Zertifizierung nach DIN ISO 9000 geplant |

Zwei der Altenpflegeheime sind große Einrichtungen - sie verfügen über mehr als 200 Pflegeplätze. Eine Einrichtung hält 96 Pflegeplätze vor und fällt damit in die zweite der genannten Kategorien.

Die in der Tabelle aufgeführten Altenheimplätze existierten zwar zum Zeitpunkt der Erhebung noch, waren aber im darauf folgenden Jahr vollständig abgebaut. Eine Einrichtung zählt mit 62 Pflegeplätzen zur Kategorie mit einer vergleichsweise geringen Platzkapazität. Große Einrichtungen sind damit in der vorliegenden Arbeit anteilmäßig zu stark vertreten.

Daneben gibt es keine Hinweise, dass sich die teilnehmenden Heime von den insgesamt in Sachsen vorhandenen Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung unterscheiden.

Auf Wunsch der Einrichtungen, das neue Qualitätsinstrument vorerst auf Projektebene einzuführen, wurde die Erhebung auf einzelne Wohnbereiche begrenzt. Insgesamt nahmen 7 Wohnbereiche der vier genannten Einrichtungen teil. Die Verteilung ist in Tabelle 6

ersichtlich. Diese Wohnbereiche wurden von den Einrichtungsleitungen benannt und deren Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen über die Studie informiert. Die Teilnehmer/innen der Studie waren dabei hinsichtlich ihrer Anzahl unterschiedlich auf die Einrichtungen verteilt.

Tabelle 6: Teilnehmer/innen der Studie

| Beteiligte Einrichtungen | I | II | III | IV |
|--|--------------|-----------|------------|-----------|
| Angaben zum Projekt | | | | |
| Wohnbereiche vorhanden | 7 (3 Pflege) | 7 | 14 | 2 |
| beteiligt | 1 | 1 | 4 | 1 |
| Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt der ersten Messung | | | | |
| Bewohner/innen (n=205) | 40 | 26 | 121 | 18 |
| Schulungsteilnehmer/innen (n=25) | 5 | 3 | 12 | 5 |

Die einzelnen Stichproben werden nun beschrieben.

3.1.2. Stichprobe der Mitarbeiter/innen

Insgesamt nahmen 25 Mitarbeiter/innen an den Schulungen teil, diese Anzahl blieb über beide Schulungsphasen konstant.

Anzahl und Struktur des betreuenden Personals für die Gesamtheit aller Einrichtungen in Sachsen sind im einzelnen nicht exakt ausweisbar (SMS 1998: 108)²⁹ und wurden auch in den teilnehmenden Einrichtungen nicht erhoben. Bezüglich des beschäftigten Fachpersonals müssen in Einrichtungen der Langzeitpflege aber Mindestvorgaben eingehalten werden. Gegenwärtig ist in der Heimpersonalverordnung festgelegt, dass mindestens 50% des Personals in Altenpflegeheimen qualifizierte Fachpersonen sein müssen (HeimpersV). Die Berechnung der Personalschlüssel durch die Einrichtungen wird auf der Grundlage der aktuellen Pflegestufenverteilung der Bewohner/innen vorgenommen.

²⁹ Auch der Versuch eines Datenabgleiches auf der Grundlage der Pflegestatistik-Verordnung erwies sich als problematisch, da hier einzelne Berufsgruppen nicht exakt zugeordnet werden. So ordnen einzelne Einrichtungen den Hausmeister oder andere sonstige Berufsabschlüsse anteilmäßig der Pflege zu, andere jedoch nicht. (telefonische Auskunft von Frau Kühn, Mitarbeiterin des Statistischen Landesamt Kamenz, 19.02.2002).

Hinsichtlich der Qualifikation der zu schulenden Mitarbeiter/innen gab es keine vorgegebenen Kriterien. Angestrebt wurde lediglich, dass Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Qualifikationen an den Schulungen teilnehmen sollten. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, einige Mitarbeiter/innen waren in den Qualitätszirkeln ihrer Einrichtungen tätig. Kenntnisse zum RAI waren seitens des Personals vor Beginn der Studie bei keiner der Mitarbeiter/innen vorhanden. Da die Studie unter den Alltagsbedingungen in der Pflege stattfinden sollte, war intendiert, dass die geschulten Mitarbeiter/innen als Multiplikatoren/innen auf ihren Wohnbereichen fungieren und ihr erworbenes Wissen an andere Pflegekräfte weitergeben.

Insgesamt führten im Zeitraum des Projektes 37 Mitarbeiter/innen Assessments durch. Die Anzahl der Erhebungen war dabei abhängig von der Anzahl der dokumentierten Heimbewohner/innen.

3.1.3 Stichprobe der Bewohner/innen

Insgesamt nahmen bei Projektbeginn 205 Bewohner/innen an der Studie teil. Diese Personen wurden von den Einrichtungsleitungen nicht gezielt ausgewählt, vielmehr nahmen jeweils alle Bewohner/innen eines Wohnbereiches teil. Als wegen Personalmangels eine Einrichtung ihre Assessments reduzierte, schieden die ersten 16 Personen nach alphabetischer Reihenfolge aus.

Bezüglich der Pflegebedürftigen in diesen Pflegeheimen kann angenommen werden, dass die derzeitige ungenügende Platzvorhaltung im stationären Pflegebereich in Sachsen keine selektive Auswahl bestimmter Einrichtungen seitens der Nutzer dieser Einrichtungen zulässt. Von den (potentiellen) Klient/innen werden immer noch vorrangig Einrichtungen in Wohnortnähe genutzt (SMS 2000).

Von der Untersuchung ausgeschlossen wurden aber solche Bewohner/innen, die nicht vorrangig wegen ihrer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI in den Einrichtungen sind. Unter dieses Ausschlusskriterium fielen in einer Einrichtung 14 jüngere mehrfachbehinderte Bewohner/innen, die schon länger als 20 Jahre in dieser Einrichtung leben.

Nachfolgend wird aufgezeigt, wie "typisch" die teilnehmenden Klient/innen für die Pflegeheimpopulation in Sachsen sind.

3.1.3.1. Verteilungsunterschiede zur Referenzpopulation

Inwieweit eine Verallgemeinerung der Studienaussagen auf die Gesamtpopulation der Heimbewohner/innen in Pflegeeinrichtungen in Sachsen (als Referenzpopulation) zulässig scheint, wurde mittels Chi-Quadrat-Anpassungstest geprüft. Basierend auf den Daten der

Pflegestatistik-Verordnung aus dem Jahre 2001 wurden hier die Verteilungsunterschiede der Merkmale Alter, Geschlecht und Pflegestufen der Heimbewohner/innen getestet.

Das durchschnittliche Alter der in Heimen Versorgten im Freistaat Sachsen liegt bei 81 Jahren, das Durchschnittsalter in der Untersuchungsgruppe beträgt 83 Jahre.

In Sachsen gesamt sind rd. 79% dieser Personen Frauen, entsprechend beträgt der Anteil männlicher Personen in Pflegeheimen rd. 21%. Die Geschlechterverteilung in der Untersuchungsgruppe liegt bei 83,4% weiblichen Versorgten und 16,5% Männern in den genannten Einrichtungen.

In den Tabellen 7 und 8 sind die prozentualen Werte der geschlechtsspezifischen Altersverteilungen für alle Heimbewohner/innen in Sachsen und die Untersuchungsgruppe synoptisch dargestellt und um die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Anpassungstests ergänzt.

Tabelle 7: Altersverteilung männlicher Personen in Pflegeheimen (in Prozent)

| | unter 65 Jahre | 65 bis 80 Jahre | über 80 Jahre |
|---|----------------|-----------------|---------------|
| Population in Sachsen (n=7039) | 27,7 % | 33,5 % | 38,8 % |
| Untersuchungsgruppe (n=34) | 29,4 % | 35,3 % | 35,3 % |
| Chi-Quadrat=0,18, df=2, p > 0,05 (n.s.) | | | |

Tabelle 8: Altersverteilung weiblicher Personen in Pflegeheimen (in Prozent)

| | unter 65 Jahre | 65 bis 80 Jahre | über 80 Jahre |
|---|----------------|-----------------|---------------|
| Population in Sachsen (n=26380) | 5,5 % | 21,4 % | 73,1 % |
| Untersuchungsgruppe (n= 171) | 2,9 % | 18,7 % | 78,4 % |
| Chi-Quadrat=3,29, df=2, p > 0,05 (n.s.) | | | |

Die Teststatistik liefert in beiden Fällen keine Hinweise auf systematische Verteilungsunterschiede der Stichprobe zur Referenzpopulation.

Im Weiteren werden beide Populationen hinsichtlich der Verteilung der Pflegestufen charakterisiert und teststatistisch geprüft (Tabelle 9).

Tabelle 9: Verteilung der Pflegestufen bei Heimbewohner/innen (in Prozent)

| | 1 | 2 | 3 | 0 bzw. keine |
|---|--------|--------|--------|--------------|
| Population in Sachsen (n=33419) | 34,9 % | 50,3 % | 13,4 % | 1,4 % |
| Untersuchungsgruppe (n= 205) | 39,9 % | 49,8 % | 8,9 % | 1,4 % |
| Chi-Quadrat=4,81, df=3, p > 0,05 (n.s.) | | | | |

Auch bei der Verteilung der Pflegestufen liefert die Teststatistik keine Hinweise, die gegen eine diesbezügliche Repräsentativität der Untersuchungsgruppe zur Gesamtpopulation der Heimbewohner/innen in Sachsen sprechen.

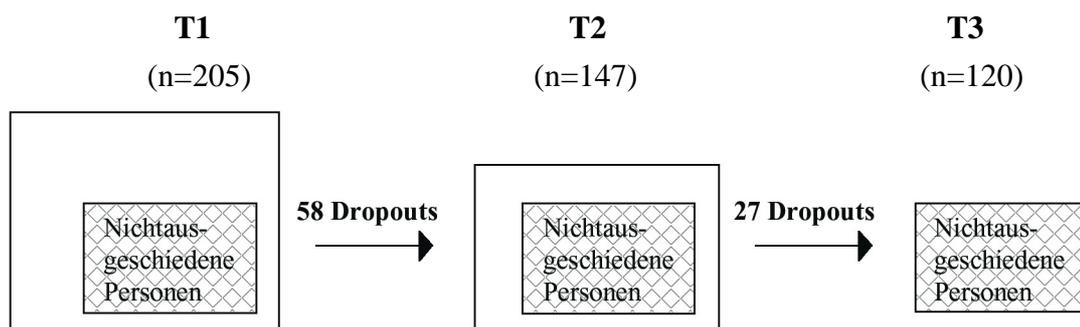
3.1.3.2. Ausgeschiedene Personen (Drop outs)

Vor Beginn der Studie wurde festgelegt, dass ausgeschiedene Bewohner/innen (sog. Dropouts) im Verlauf der Studie nicht durch neue Zielpersonen ersetzt werden.

Im Folgenden wird die Gruppe der dokumentierten Zielpersonen zu den drei Messzeitpunkten der Studie dargestellt (Abbildung 1). Der schraffierte Anteil steht dabei für die 120 Klient/innen, die über alle drei Messzeitpunkte an der Studie teilnahmen. Diese werden nachfolgend als Gruppe der Nichtausgeschiedenen bzw. als Nichtausgeschiedene bezeichnet.

Der genaue zeitliche Ablauf der Untersuchung wird an späterer Stelle ausgeführt.

Abbildung 1: Ausgeschiedene Personen



Die Gründe für das Ausscheiden von insgesamt 85 Personen, dies sind rd. 41,5 % der untersuchten Zielgruppe, werden aus Tabelle 10 ersichtlich.

Tabelle 10: Gründe für das Ausscheiden aus dem Projekt

| Gründe für das Ausscheiden aus dem Projekt | Ausgeschiedene Personen von T1 zu T2 | Ausgeschiedene Personen von T2 zu T3 | Prozent von Gesamt (n=205) |
|--|--|---|----------------------------|
| verstorben | 18 | 13 | 14,6 |
| verlegt | 24 | 4 | 14,1 |
| sonstige Gründe | 16 (teilweises Ausscheiden einer Einrichtung) | 10 (gänzlichliches Ausscheiden dieser Einrichtung) | 12,7 |
| Ausgeschiedene gesamt | 58 | 27 | 41,5 |

Die Anzahl der an der Studie teilnehmenden Bewohner/innen verringerte sich im Verlauf des Projektes erheblich. Bereits nach der ersten Messung mussten 18 Personen als verstorben und 24 Personen als verlegt registriert werden. Die Verlegungen waren dabei hauptsächlich umfangreichen Bauarbeiten in einer der teilnehmenden Einrichtungen zuzuschreiben. Außerdem verringerte eine Einrichtung die Zahl der dokumentierten Bewohner/innen um 16 Personen und begründete diesen Schritt mit dramatischen Personalengpässen.

Der Stichprobenumfang umfasste somit zum Zeitpunkt der zweiten Messung nur noch 147 Pflegebedürftige. Diese Zahl verringerte sich nach der zweiten Messung erneut: 13 Personen verstarben und 4 Bewohner/innen wurden innerhalb ihrer Heime oder in andere Einrichtungen verlegt. Dasjenige Heim, das seine Dokumentationen bereits zum zweiten Messzeitpunkt reduziert hatte, schied nun bedingt durch die längerandauernde teilweise Schließung der Einrichtung wegen des Hochwassers im August 2002 vollständig aus.

Zum Zeitpunkt der dritten Messung nahmen nur noch 120 Personen (Nichtausgeschiedene) an der Untersuchung teil.

Damit verstarben im Verlauf der Untersuchung 14,6% der Probanden, weitere 14,1% wurden verlegt und 12,7% der Zielpersonen entfielen durch das Ausscheiden einer Einrichtung aus der Untersuchung.

3.1.3.3. Die Gruppe der nichtausgeschiedenen Personen als spezielle Analytestichprobe

Die Gruppe der in der Studie verbliebenen Personen (Gruppe der Nichtausgeschiedenen) - als spezielle Analytestichprobe in der vorliegenden Arbeit - diente zur Gewinnung von Aussagen über die Entwicklung der Untersuchungsgruppe im Längsschnitt. Im Gegensatz zur Stichprobe am Ausgangspunkt der Untersuchung kann bei dieser Gruppe jedoch ausgeschlossen werden, dass anhand der Daten belastbare Aussagen zur Referenzpopulation getroffen werden können. Diese Stichprobe steht weder exemplarisch für die Gesamtpopulation der versorgten Heimbewohner/innen in Sachsen, noch für die Belegung auf den Wohnbereichen, in denen an Stelle der verstorbenen Personen jeweils neue Personen aufgenommen werden.

Die Gruppe, der in der Studie nach einem Jahr noch verbliebenen Personen, kann - abgesehen von den Verlegungen und den aus sonstigen Gründen ausgeschiedenen Heimbewohner/innen - als "von besonderen Problemen bereinigt" gelten³⁰. Das heißt, die Stichprobe der Überlebenden "verbessert" sich im Verlauf eines Jahres in der Weise, dass

³⁰ Dieser Begriff soll ausschließlich im statistischen Sinne verwendet werden und meint die im Folgenden beschriebene Homogenisierung der Untersuchungspopulation.

sich einerseits Zustände, die als Qualitätsprobleme bezeichnet werden (beispielsweise Stürze und Oberschenkelhalsfrakturen) verringern. Auf der anderen Seite ist anzunehmen, dass bedingt durch fortschreitende Alterungsprozesse eine leichte Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitsstatus eintritt. Insgesamt kann damit von einer Homogenisierung dieser Gruppe ausgegangen werden (vgl. Smith/Zank 2002; Ferucci et al. 1995; Saup/Schröppel 1993).

In der vorliegenden Arbeit dienen Auswertungen auf der Basis der Gruppe der im Studienverlauf nichtausgeschiedenen Bewohner/innen dazu, die Entwicklung spezieller Pflege- und Gesundheitsprobleme, welche als Qualitätsmängel gelten (vgl. auch II. 3), im Verlauf eines Jahres aufzuzeigen. Damit sollen Hinweise auf bestehende Qualitätspotentiale und qualitätsrelevante Alltagszusammenhänge gewonnen werden.

3.2. Instrumente

Um der komplexen Fragestellung gerecht zu werden, wurden vier verschiedene Erhebungsmethoden eingesetzt. Dies sind im Einzelnen:

- Minimum Data Set - MDS (Bestandteil des RAI 2,0)
- Abklärungszusammenfassung (Bestandteil des RAI 2,0)
- Fragebogen für Mitarbeiter/innen zur Evaluation der Schulungen
- Evaluationsbogen für Mitarbeiter/innen zur Durchführung der einzelnen Assessments mit dem RAI 2,0.

In Übersicht 11 ist dargestellt, welche Instrumente zur Bearbeitung der einzelnen Fragestellungen zum Einsatz kamen.

Tabelle 11: Überblick zu den Erhebungsmethoden

| Instrument | Fragestellung |
|---|---|
| Minimum Data Set | <p><u>Ebene der Mitarbeiter/innen: Prozessqualität im professionellen Bereich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte sich das Dokumentationsverhalten? • Wurde eine bessere Kenntnis über die Bewohner/innen erreicht? <p><u>Ebene der Bewohner/innen: Ergebnisqualität im klinischen Bereich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eignen sich die Daten zur Kontrolle der geleisteten Tätigkeit? Erhalten die Mitarbeiter/innen anhand der im Alltag erhobenen Daten ein Feedback ihrer Arbeit? • Können auf der Grundlage der Dokumentation Hinweise auf Potentiale zur Qualitätsverbesserung oder auf Qualitätsdefizite gewonnen werden? • Lassen sich qualitätsrelevante Alltagszusammenhänge nachweisen, die als Grundlage weiterer gezielter Qualitätsverbesserungen geeignet sind? |
| Abklärungszusammenfassung | <p><u>Ebene der Mitarbeiter/innen: Ergebnisqualität im professionellen Bereich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte sich das Pflegeplanungsverhalten? • Wurde die Pflegeplanung systematischer und ursachenorientierter vorgenommen? |
| Evaluationsbogen zur Schulungsauswertung | <p><u>Ebene der Mitarbeiter/innen: Strukturqualität im professionellen Bereich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Konnte ein qualitätsrelevanter Kompetenzzuwachs erreicht werden? |
| Evaluationsbogen zur Assessmentdurchführung | <p><u>Ebene der Mitarbeiter/innen: Strukturqualität im professionellen Bereich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wurde ein Wissenszuwachs durch die Erlangung von Routine und Sicherheit bei der Assessmentdurchführung erreicht? <p><u>Ebene der Mitarbeiter/innen: Prozessqualität im professionellen Bereich</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte sich das Dokumentationsverhalten, verbesserte sich die Zustandsfeststellung? Wurden zunehmend auch schwierige Bereiche besser dokumentiert? • Wurde die Dokumentation multiprofessionell erstellt? • Verbesserte sich die interdisziplinäre Kommunikation auf der Basis der Dokumentation? |

Bevor auf die Instrumente im Einzelnen näher eingegangen wird, soll das Resident Assessment Instrument als "Interventionsinstrument" und Kernstück der vorliegenden Arbeit ausführlicher vorgestellt werden.

3.2.1. Das Resident Assessment Instrument (RAI 2,0)

Im folgenden Abschnitt wird zunächst die Entstehungsgeschichte des Instrumentes geschildert. Anschließend werden die einzelnen Bestandteile des RAI und die Vorgehensweise mit diesem Instrument erläutert.

Schließlich werden das MDS und die Abklärungszusammenfassung, als Bestandteile des RAI, die in der vorliegenden Studie zur Messung verwendet wurden, ausführlich beschrieben.

3.2.1.1. Entstehungsgeschichte

Das RAI wurde 1987 in den USA als Reaktion auf eine Gesetzesinitiative zur Erhöhung der Pflegequalität in stationären Einrichtungen der Langzeitversorgung, den sog. Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA 1987) entwickelt (Garms-Homolová/Gilgen 2000; Katholischer Krankenhausverband 2001). Dazu wurde eine Gruppe von Fachleuten verschiedener Bereiche beauftragt, ein geeignetes Instrument zu konzipieren. Dies waren Experten aus dem Klinikbereich und der Forschung, Vertreter der Pflege, Medizin, Sozialarbeit, Physio-, Beschäftigungs- und Gesprächstherapie, Nutzer und Anbieter von Pflegeeinrichtungen sowie Statistiker und Repräsentanten aus der Industrie (ebd.).

Die Entwicklung des RAI erfolgte schrittweise: Nach einer Pilotphase mit etwa 400 Heimbewohner/innen wurden das Instrument sowie die dazugehörigen Trainingsmaterialien hinsichtlich ihrer Reliabilität und Validität untersucht und diese Untersuchung erfolgreich abgeschlossen (Morris et al. 1990, 1991). In einem weiteren Schritt wurde das Instrument einem ausführlichen Feldtest in 254 Einrichtungen in 10 Bundesstaaten unterzogen, um Aussagen zu Praktikabilität und Implementationsbedingungen sowie hinsichtlich der Datenerhebung zu treffen (Hawes et al. 1997; Garms-Homolová/Gilgen 2000). Bei der Evaluierung des Implementationsprozesses wurde deutlich, dass die Arbeit mit dem RAI die Qualität der Pflege erheblich verbesserte. Insbesondere konnte eine Verbesserung des Informationsstandes des Pflegepersonals über die zu pflegenden Klient/innen, eine verbesserte Erkennung von Problemen und Rehabilitationspotentialen und eine Verbesserung der Qualität der Pflegeplanung verzeichnet werden (vgl. II. 3.2.).

Seit 1989 ist das RAI in den USA als Qualitätssicherungsinstrument für alle Langzeitpflegeeinrichtungen, die aus den sozialen Sicherungssystemen Medicare und Medicaid finanzierte Bewohner/innen versorgen, gesetzlich vorgeschrieben.

Seitdem wurde die Bedeutung des Instrumentes für die Qualitätsverbesserung und die Verwendbarkeit der Daten für die epidemiologische Forschung in vielen Untersuchungen international bekräftigt (exempl. aus InterRAI 2004: Vap/Dunay 2000; Sgadari et al. 1997; Fries et al. 1997a; Fries et al. 1997b; Hirdes/Carpenter 1997).

Das RAI wird derzeit in mindestens 16 weiteren Ländern, so u.a. in Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, England, Frankreich, Tschechien, Norwegen, Kanada und Japan erfolgreich angewandt (InterRAI 2004, Sowinski 1997).

Dabei haben die Erfahrungen in den verschiedenen Ländern gezeigt, dass die dem Instrument zugrunde liegende Methode transportabel ist - das RAI liefert in unterschiedlichen rechtlichen und strukturellen Situationen verlässliche Ergebnisse (exempl. Bartelt et al. 2002, Ribbe et al. 1997; Garms-Homolová 1995a).

Das Resident Assessment Instrument ist kein kommerzielles Instrument; es wird von der

InterRAI, einem internationalen Konsortium von Wissenschaftler/innen koordiniert und ständig weiterentwickelt.

3.2.1.2. Beschreibung des RAI

Das RAI besteht aus verschiedenen, sich ergänzenden Bestandteilen: dem Minimum Data Set (MDS), als einem System zur Informationserhebung während der pflegerischen Beurteilung, einem Handbuch mit Definitionen, Richtlinien und Erklärungen und den Abklärungshilfen als Anleitung zur Identifizierung von Problemen und Stärken, zur Ursachenuntersuchung und pflegerischen Entscheidung (Garms-Homolová 1996; Gilgen/Weiss 1998).

Außerdem enthält es zwei Arbeitshilfen: die sog. Risikoerkennungstafel als Schnittstelle zwischen MDS und Pflegeplanung, und ein Formblatt Abklärungszusammenfassung, in denen durchgeführte Abklärungshilfen und die abgeleitete Entscheidung für die Pflegeplanung festgehalten werden.

Die Grundlage des Verfahrens bildet das Minimum Data Set, das eine umfassende, nach pflegerelevanten Aspekten und Bereichen systematisch strukturierte Klientenbeurteilung und damit ein ganzheitliches Erfassen des Zustandes von Bewohner/innen ermöglicht. Die Beurteilung soll multidisziplinär durchgeführt werden. Die Verantwortung für die Dokumentation und Koordination liegt dabei bei den Pflegekräften.

Das MDS ist vollstandardisiert. In diesem Dokumentationsinstrument werden sämtliche erhobenen Angaben anhand einheitlicher Maßstäbe erfasst. Das heißt im Einzelnen: Alle in der Erhebung verwendeten Begriffe und Kategorien werden erklärt und sind verbindlich definiert, die Beobachtungszeiträume sowie die Auswahl der Zeiten, in denen die Dokumentation stattfinden soll, sind vorgegeben, in der Dokumentation werden einheitliche Messinstrumente (Skalen, Tests) verwendet und das Eintragungsschema ist festgelegt. Diese Qualitätsvorgaben machen neben der erwiesenen Validität und festgelegten Reliabilität für die in der Dokumentation verwendeten Items (Morris 1990) auch die methodische Güte des Instrumentes aus. Alle Angaben zu den Klient/innen werden in messbaren Größen kodiert, so dass es möglich wird, die Beobachtungen und Einschätzungen verschiedener Pflegekräfte zu vergleichen (Grießhaber 1996: 10). Die Komplexität des MDS gewährleistet, dass mit einem standardisierten Verfahren individuelle Unterschiede zu den Bewohner/innen erfasst werden können.

Da die Dokumentation mit dem MDS auch eine methodische Grundlage der vorliegenden Arbeit darstellt, wird dieses Instrument an späterer Stelle noch ausführlicher beschrieben.

Wichtige Informationen zur korrekten Durchführung des Instrumentes liefert das Manual.

Dieses Handbuch ist als ein Lehrbuch und eine Anleitung zur Durchführung der Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung konzipiert. Es enthält die genauen Definitionen aller Items, ausführliche und genaue Richtlinien zur Gewinnung der Informationen und Angaben, wie das Instrument angewendet werden soll.

Außerdem enthält das Handbuch eine Fülle von Fallbeispielen und genauen Beschreibungen. Häufig auftretende Fragen, beispielsweise zu den an der Beurteilung beteiligten Personengruppen und Informationsquellen oder zu unterschiedlichen Beurteilungsarten und Zeitvorgaben werden detailliert beantwortet.

Die Verbindung zwischen der Dokumentation und Pflegeplanung mit dem RAI wird mittels sogenannter Alarmzeichen hergestellt. Als Alarmzeichen sind einzelne Items oder Item-Verbindungen definiert, die auf mögliche Probleme, Klientenbedürfnisse oder Pflegerfordernisse der dokumentierten Klient/in hinweisen. Weist die Dokumentation einer Klient/in Alarmzeichen auf, sollte die entsprechende Abklärungshilfe durchgearbeitet werden, auf deren Grundlage dann die Pflegeplanung erstellt wird.

Auch diese Vorgehensweise stellt eine Qualitätsvorgabe dar. Sie kennzeichnet das Instrument als konsistent. Demgegenüber muss die herkömmliche Pflegeplanung als inkonsistent angesehen werden; eine nachvollziehbare Verbindung zwischen Pflegedokumentation und Pflegeplanung ist in der Regel nicht vorhanden (Garms-Homolová 1996a).

Ausschlag für die Verwendung der Abklärungshilfen (RAPs) ist eine Zusammenfassung der einzelnen MDS-Items anhand der Risikoerkennungstafel (Anhang 4).

Diese Risikoerkennungstafel dient als praktische Arbeitshilfe. Sie erleichtert das Auffinden von Alarmzeichen für die jeweiligen Abklärungshilfen und zeigt an, welche Abklärungshilfen sich aus dem durchgeführten MDS-Assessment ergeben (Garms-Homolová/Gilgen 2000: 105).

Die Abklärungshilfen basieren auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen und existieren für 18 Bereiche, in denen Pflegeprobleme für Klient/innen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen am häufigsten auftreten (vgl. III. 3.2.1.4.).

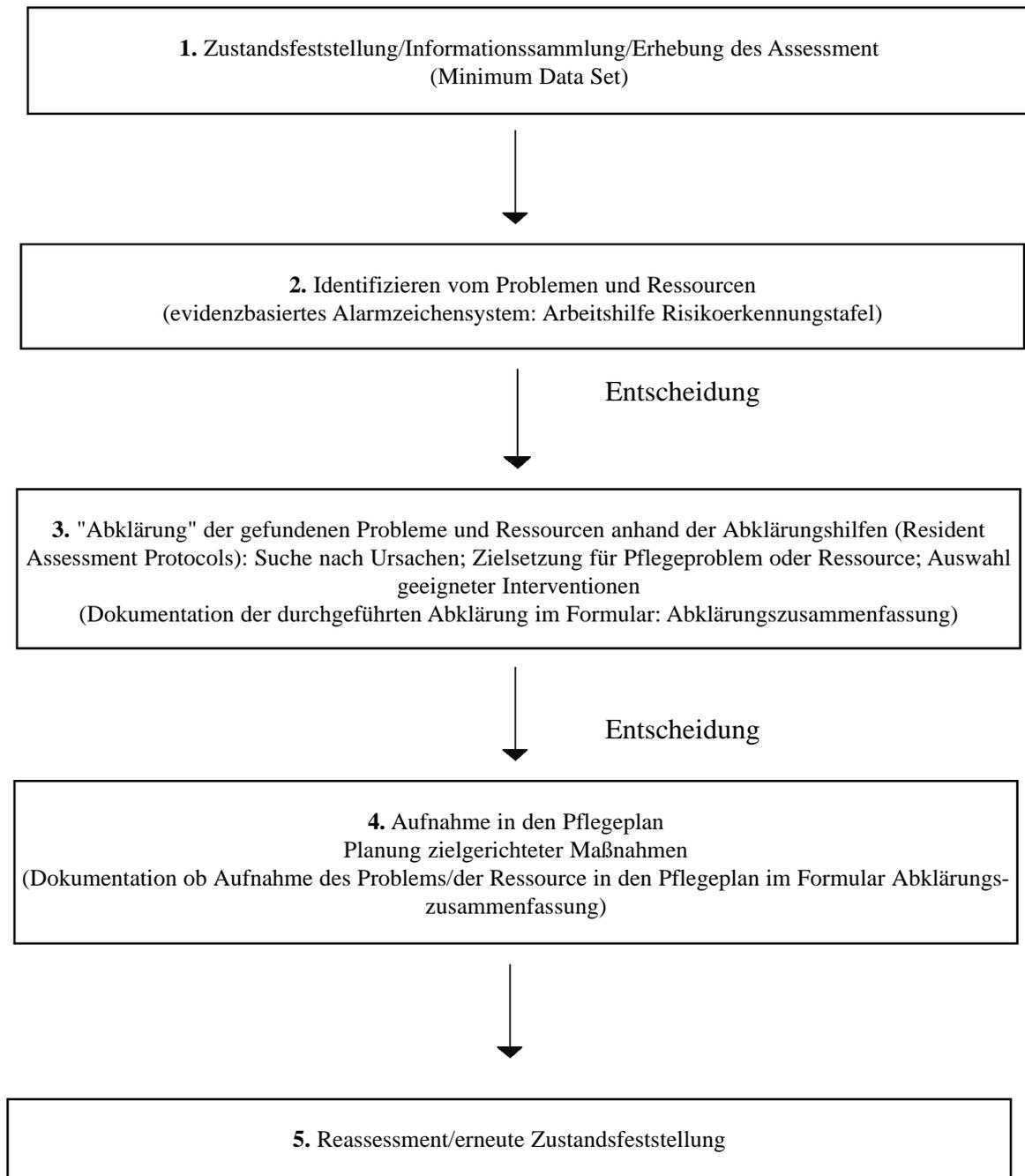
Die Abklärungshilfen oder Resident Assessment Protocols (RAPs) stellen einen Verlaufsplan für eine zusätzliche Beurteilung dar. Mit ihnen werden Zustände definiert, die bestehende Gesundheitsprobleme oder Ressourcen anzeigen und die eine Aufnahme in den Pflegeplan bzw. eine pflegerische Intervention erfordern. In den Richtlinien der Abklärungshilfen werden mögliche Ursachen für solche Zustände aufgezeigt und Hinweise auf eine weitere Untersuchung und Beeinflussung dieser Probleme gegeben. Mittels der Richtlinien wird außerdem geprüft, ob Verbindungen zu anderen Problemen oder Berei-

chen bestehen. Daneben werden in den RAPs vorhandene Potentiale der Klient/innen aufgedeckt, um sie durch gezielte Aktivierung und Rehabilitation zu fördern. Auch die einzelnen Abklärungshilfen sind im Handbuch ausführlich beschrieben.

Wurden für einen Bewohner verschiedene Probleme erkannt und gegebenenfalls die entsprechenden Abklärungshilfen durchgeführt, werden diese Ergebnisse in ein vorgefertigtes Formular zur Abklärungszusammenfassung übertragen. Dieses Formular dokumentiert, welche Abklärungshilfen durchgeführt wurden und welche der erkannten Probleme in den Pflegeplan aufgenommen wurde. Es wird im Rahmen der Arbeit ebenfalls evaluiert und an anderer Stelle ausführlicher beschrieben.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass das RAI als Verfahren dem Pflegeprozess als Problemlösungsverfahren folgt, d.h. es ist von der Datenerhebung hin zur pflegerischen Entscheidung und Maßnahmenplanung ausgerichtet (siehe auch Abbildung 2). Richtig angewendet führt das RAI zu angemessenen Handlungen und Lösungen vorher identifizierter Probleme und dient damit der Verbesserung der Pflegequalität (Rückert/Scholl 1997).

Abbildung 2: Vorgehen mit dem RAI



Zum Resident Assessment Instrument gehört als ein Zusatztool die RUG III-Klassifikation. Mittels dieser Systematik werden auf der Basis der MDS-Daten pflegeaufwands- und kostengewichtete Klientengruppen gebildet. Damit bietet das RAI eine Schnittstelle zur Kostenerfassung bzw. eine Argumentationshilfe gegenüber den Kostenträgern, die auf einem outcome-orientierten Ansatz basiert (Garms-Homolová 2002a; Auerbach 1997).

3.2.1.3. Das Minimum Data Set

Der Klientenbeurteilung mit dem MDS liegen drei wichtige Prinzipien zugrunde, die an dieser Stelle genannt werden sollen (Garms-Homolová 1995a; 1996):

- Mit dem MDS werden die Fähigkeiten und funktionellen Fertigkeiten und nicht nur die potentiellen Fähigkeiten der Klient/innen beurteilt.
- Mit dem MDS werden beobachtbare Sachverhalte und Verhaltensweisen und nicht so sehr Interpretationen festgehalten.
- Im MDS ist der genaue Zeitrahmen für die einzelnen Items festgelegt. Für die Beurteilung der einzelnen Items ist grundsätzlich ein Beurteilungszeitraum von 7 Beobachtungstagen angegeben, in einzelnen Fällen (z.B. Beurteilung der Kontinenz in den letzten 14 Tagen) ist der Bewertungsbereich ausdrücklich benannt.

Auf weitere Qualitätsvorgaben (Standardisierung, Verwendung von Skalen und Kodierungen, Validität und Reliabilität der Items) wurde bereits hingewiesen (III. 3.2.1.2.)

Das Minimum Data Set besteht aus strukturierten Formularen, die als Formblatt- oder Softwareversion ausgefüllt werden können. Es liegt in verschiedenen ausführlichen Varianten vor: Für die Ersterfassung (Initialassessment) existiert eine umfassende Variante, für die Follow-up-Assessments bzw. Assessments bei signifikanten Statusveränderungen (beispielsweise nach einem Sturz oder Klinikaufenthalt liegt eine verkürzte Version vor. Beide Versionen basieren auf derselben Strukturierung und kamen innerhalb der Studie zur Anwendung (Anhang 2; Anhang 3).

Ermittelt werden im MDS neben demographischen Informationen, Angaben zur Person und Hintergrundinformationen, Angaben über Gewohnheiten und Eigenheiten der Klient/in, Angaben zur kognitiven und psychischen Situation sowie weitere pflegerelevante und medizinische Daten, mittels derer der Zustand der zu versorgenden Bewohner/in genau beschrieben wird.

Die Zustandsfeststellung erfolgt in 19 unterschiedlichen Erfassungsbereichen, die ihrerseits verschiedene Items oder Unterkategorien beinhalten. Diese Items werden anhand verschiedener Merkmale mit unterschiedlichen Ausprägungen präzisiert.

Eine Nummerierung erfolgt fortlaufend in der Weise, dass jede Nummer aus einem Buchstaben und einer Zahl besteht. Der Buchstabe bezeichnet den Bereich und die Zahl entspricht der Nummer des betreffenden Items in diesem Bereich. Alle Items enthalten genaue Zustandsbeschreibungen, aus denen das jeweils Zutreffende ausgewählt werden kann, für einzelne Items gibt es spezielle Tests, die durchgeführt werden sollen (so wird

für den Bereich G3 Körperliche Funktionsfähigkeit-ADL/Gleichgewicht im Handbuch ein Gleichgewichtstest mit genauen Anleitungen zur Durchführung beschrieben).

Außerdem enthält das MDS Filterfragen, da bei einigen Items die Beantwortung dazu führen kann, die nächstfolgenden Items zu überspringen.

Insgesamt enthält das MDS mehr als 250 Fragen (ca. 500 Items). Die Fragen werden durch Ankreuzen zutreffender Angaben in den vorgegebenen Feldern, durch eine Kodierung mit Zahlen, die bestimmte Ausprägungen bezeichnen (z.B. unabhängig, mit Unterstützung, abhängig) oder in seltenen Fällen durch freie Formulierungen (z.B. Datumsangaben, oder Angaben von ICD-10-Diagnosen) beantwortet. Damit wird eine genaue und differenzierte Zustandserhebung möglich.

In Tabelle 12 wird ein Überblick zu den einzelnen Erfassungsbereichen und der Anzahl der zugehörigen Items im MDS gegeben. Außerdem wird je Bereich beispielhaft eine Unterkategorie genannt und mit einer möglichen Ausprägung aus dem Erfassungsbogen gekennzeichnet.

Tabelle 12: Erfassungsbereiche des MDS

| Erfassungsbereiche | Items (Anzahl) Beispiel | Merkmal/Ausprägung (Beispiel) |
|--|--|---|
| AA) Klient/Klientin | (8) z.B. Beurteilungsgrund | u.a. Aufnahme/Jährliche Beurteilung |
| AB) Demographische Informationen | (11) z. B. Bildungsstand | u.a. ohne Schulbesuch/Universität |
| AC) Gewohnheiten | (1) z.B. Gewohnheiten | u.a. Tagesablauf/Essgewohnheiten |
| A) Angaben zur Person/ Hintergrundinformationen | (10) z.B. Verfügung | u.a. Keine Wiederbelebung/Behandlungseinschränkungen |
| B) Kognitive Fähigkeiten | (6) z.B. Gedächtnis | Kurzzeitgedächtnis/ Langzeitgedächtnis |
| C) Kommunikative Fähigkeiten/ Hören | (7) z.B. Deutlichkeit der Sprache | klare Sprache/undeutliche Aussprache/keine sprachliche Äußerung |
| D) Sehfähigkeit | (3) z.B. Seheinschränkungen/ Sehschwierigkeiten | Probleme beim seitlichen Sehen/ optische Wahrnehmungen |
| E) Stimmungslage und Verhalten | (5) z.B. Verhaltensauffälligkeiten | u.a. Umherirren/verbale oder körperliche Aggressivität |
| F) Psychosoziales Wohlbefinden | (3) z.B. Initiative/Beteiligung | u.a. Setzen eigener Ziele/selbstge- wählte Aktivitäten |
| G) Körperliche Funktionsfähigkeit/ ADL | (9) z.B. Gleichgewichtstest nach Handbuch | hält Gleichgewicht/unsicher aber selbständig/Teilunterstützung/ohne Unterstützung nicht fähig |
| H) Kontinenz | (4) z.B. Hilfsmittel/Programme | u.a. Toilettenplan/Dauerkatheter |
| I) Krankheitsdiagnosen | (3) z.B. Infektionen | u.a. Harnwegsinfekt |
| J) Gesundheitszustand | (5) z.B. Schmerzsymptomatik | Häufigkeit, Intensität |
| K) Ernährungsstatus | (6) z.B. Probleme im Mundbereich | Kauprobleme, Schluckprobleme, Schmerzen |
| L) Mund- und Zahnstatus | (1) Mundstatus/Zahnprophylaxe | u.a. Zahnprothese/lockere Zähne |
| M) Zustand der Haut | (6) z. B. Ulcera/Typus | Druckgeschwür/offene Läsion aufgrund mangelnder Blutzirkulation |
| N) Beschäftigungsmuster | (5) z.B. Wachzeit | vormittags/nachmittags/abends |
| O) Medikation | (4) z.B. Anzahl der Medikamente | |
| P) Spezielle Behandlungen | (8) z.B. Rehabilitation, Mobilisation | u.a. Hilfsmitteltraining, Gehübungen |
| R) Assessmentinformation | (1) Mitwirkung an Assessment | u.a. Klient/in/Angehörige |
| T) Ergänzung - Patientenmix | (2) Besondere Behandlungsmaß- nahmen | u.a. Aktivierungstherapie |

Die Dokumentation mit dem Minimum Data Set wurde im Rahmen der vorliegenden Studie von den Einrichtungen manuell vorgenommen. Zusätzlich zu den im MDS erhobenen Angaben wurden die Pflegestufen erfasst.

3.2.1.4. Die Abklärungszusammenfassung

Wie schon erwähnt, erfolgte die Messung der Veränderungen des Pflegeplanungsverhaltens anhand der Auswertung der sog. Abklärungszusammenfassungen (Anhang 5). In diesen Formularen, die eigentlich eine Arbeitshilfe zur Durchführung der einzelnen Abklärungshilfen darstellen, sind 18 der am häufigsten auftretenden Problembereiche aufgeführt (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Problembereiche im Formular Abklärungszusammenfassung

| Problembereiche im Formular „Abklärungszusammenfassung“ | |
|--|--------------------------------------|
| 1. Akute Verwirrtheit/Delir | 10. Aktivität und Beschäftigung |
| 2. Kognitive Beeinträchtigungen/Demenz | 11. Stürze |
| 3. Sehfähigkeit | 12. Ernährungszustand |
| 4. Kommunikative Fähigkeiten/Hören | 13. Sonden |
| 5. Rehabilitationspotential in ADL | 14. Dehydratation/Flüssigkeitsbilanz |
| 6. Urinkontinenz/Dauerkatheter | 15. Mundpflege |
| 7. Psychosoziales Wohlbefinden | 16. Druckgeschwüre/Dekubitus |
| 8. Stimmungslage | 17. Psychopharmaka |
| 9. Verhalten | 18. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen |

Innerhalb dieser Bereiche wird in den Abklärungszusammenfassungen für jede Klient/in die Durchführung der Abklärungshilfen und die Aufnahme identifizierter Probleme und Ressourcen in den Pflegeplan dokumentiert. Dies erfolgt grundsätzlich nach jedem durchgeführten Assessment. In der vorliegenden Untersuchung wurden von den Mitarbeiter/innen zusätzlich Angaben zu den identifizierten Alarmzeichen festgehalten.

3.2.2. Fragebogen zur Evaluation der Schulungen

Da bereits die Schulungen einen wichtigen Bestandteil des angestrebten Qualitätsveränderungsprozesses darstellen und die Grundlage für die Implementation des RAI bilden, wurde zu ihrer Evaluation ein Fragebogen entwickelt (Anhang 6). Anhand einer Skala mit den Werten 1 (sehr gut), 2 (gut), 3 (mittelmäßig), 4 (unbefriedigend) und 5 (schlecht) bewerteten die Mitarbeiter/innen verschiedene Aspekte der Schulungen.

Die Evaluation bezog sich zum einen auf die Schulungssituation als Voraussetzung der Weiterbildungen. Unter diesem Gesichtspunkt wurde die Organisation der Schulungen

(dazu gehören der gewählte Zeitpunkt für die Schulungen, die Räumlichkeiten und die Unterstützung durch die Einrichtungsleitung) sowie die zur Verfügung stehende Zeitdauer bewertet. Außerdem evaluierten die Teilnehmer/innen die Vermittlung der Schulungsinhalte. Dieser Aspekt umfasste die Arbeit der Dozentin, die Verständlichkeit der Schulungsinhalte, das logische Vorgehen, die Nachvollziehbarkeit des Gelehrten sowie das Arbeitsklima und die Mitarbeit der Teilnehmer/innen.

In erster Linie aber sollten anhand der Fragebögen gemessen werden, ob ein qualitätsrelevanter Qualifikationszuwachs stattgefunden hat: Zu diesem Zweck bewerteten die Mitarbeiter/innen die künftige Anwendbarkeit des Gelehrten, das eigene Interesse am Thema und schätzten außerdem den persönlichen Wissenszuwachs ein.

3.2.3. Evaluationsbogen zur Durchführung der Assessments

Für die Evaluation der Assessmentdurchführung und zur Messung von Veränderungen des Dokumentationsverhaltens wurde ein spezielles semi-strukturiertes Evaluationsinstrument verwendet (Anhang 7). Dieser Bogen sollte - um die Belastung der Mitarbeiter/innen in Grenzen zu halten - nicht nach jedem Assessment, sondern nur nach jedem fünften erhobenen MDS ausgefüllt werden.

Im ersten Teil des Erhebungsbogens wurden Angaben zu den Mitarbeiter/innen - insbesondere das Alter und die Qualifikation - erfasst. Daneben wurde erhoben, ob die Assessmentkoordinator/in persönlich an einer Schulung teilgenommen hatte und welche Zeitdauer diese Schulung umfasste.

Die Datenerfassung im zweiten Teil des Evaluationsbogen bezog sich auf die Durchführung der Assessments: Zur Beurteilung der Gewinnung und Sicherheit bei der Anwendung des Verfahrens wurde ermittelt, wie viele Besuche bei den Bewohner/innen zur Erhebung eines MDS durchschnittlich notwendig waren und welche Zeitdauer zur Erfassung der Daten erforderlich war. Zusätzlich sollten die Mitarbeiter/innen die Bereiche aufführen, die sich als besonders zeitintensiv erwiesen.

Weitere Angaben betrafen die multiprofessionelle Zusammenarbeit bei der Dokumentation: Es wurde gefragt, welche Informant/innen (Klient/innen, Angehörige, Ärzt/innen, hauswirtschaftliches Personal etc.) sich an der Dokumentation beteiligten und ob die Mitwirkungsbereitschaft dieser Beteiligten als gut bzw. nicht gut eingeschätzt werden konnte.

Ferner wurden Informationen zu inhaltlichen Problemen bei der Assessmentdurchführung gesammelt. Dazu sollten die Mitarbeiter/innen für die einzelnen Bereiche des MDS jeweils genau angeben, ob und aus welchem Grund Verständnisprobleme oder Probleme

bei der Informationsbeschaffung aufgetreten sind.

Abschließend wurde gefragt, ob nach Meinung der Pflegekräfte bestimmte Informationen im MDS fehlen. Die ursprünglich zu erhebende Angabe, welche Teile der Dokumentation bei Anwendung des RAI als überflüssig erweisen, erwies sich im Nachhinein als obsolet, da alle Einrichtungen die RAI-Dokumentationen zusätzlich zu den bestehenden Unterlagen erheben wollten. Am Schluss des Fragebogens konnten Probleme, Kritiken und Vorschläge mitgeteilt werden.

3.3. Vorgehen in den stationären Pflegeeinrichtungen

Der Feldversuch umfasste zwei Phasen. Nach einer ausreichend bemessenen Vorbereitungs- und Schulungsphase, in der das Verfahren von den Mitarbeiter/innen "eingübt" wurde (Vorbereitungsphase), fand die Implementation des Verfahrens und die Erhebung der Daten statt (Implementationsphase). Insgesamt sollten von den Pflegekräften im Verlauf des Projektes zu drei Messzeitpunkten Assessments durchgeführt und evaluiert werden. Möglichst zeitnah zur Erhebung der Assessments sollten jeweils die Pflegeplanungen überprüft, modifiziert oder neu erarbeitet werden. In den folgenden Kapiteln werden die Projektphasen und der zeitliche Ablauf der Messungen beschrieben.

3.3.1. Vorbereitungsphase

Im Vorfeld des Projekts wurden Informationsveranstaltungen und Gespräche mit den Heim- und Pflegedienstleitungen sowie den Mitarbeiter/innen der beteiligten Einrichtungen durchgeführt. Themen dieser Veranstaltungen waren u.a. die Organisation des Projektes in der Einrichtung (z.B. Projektbeginn, Abstand zwischen den Messzeitpunkten), Fragen der Stichprobenauswahl und Datenerfassung sowie Fragen des Datenschutzes. Außerdem wurde festgelegt, dass die Arbeit der Qualitätszirkel der einzelnen Häuser auf die Phasen des Projektes abgestimmt werden soll.

Zur Vorbereitung der Mitarbeiterschulungen erhielten die Wohnbereiche im Vorfeld der Studie eine Mappe zu den inhaltlichen Schwerpunkten der geplanten Untersuchung.

Die Schulungen fanden vor Ort in den vier Einrichtungen statt. Inhaltlicher Schwerpunkt der ersten Schulungsphase war die Darstellung des Projektes im Kontext der steigenden Anforderungen an die Pflege und die Dokumentation mit dem RAI. Den Schwerpunkt der zweiten Schulungsphase bildete die Erstellung der Pflegeplanung auf der Grundlage der durchgeführten Dokumentation. Nach jeder Schulungsphase erfolgte eine kurze Probephase in den Einrichtungen. Danach wurden aufgetretene Probleme und Fragen innerhalb von Teambesprechungen bearbeitet.

Nach Abschluss der Schulungen wurden die organisatorischen und inhaltlichen Aspekte der Schulungen und der erlangte Wissenszuwachs mittels Fragebögen durch die Teilnehmer/innen evaluiert. In Übersicht 14 sind die Schulungsinhalte im Einzelnen dargestellt.

Tabelle 14: Schulungsinhalte

| | |
|--|---|
| 1. Schulung Grundlagen und Dokumentation | <ul style="list-style-type: none"> - Erläuterung der Schulungsziele - Qualitätsanforderungen im Kontext der gesetzlichen Bestimmungen - Informationen zum Modellprojekt RAI in Sachsen - Einführung und Erläuterung des RAI als Qualitätsinstrument - Klientenbeurteilung und Dokumentation mit dem Minimum Data Set (MDS 2,0) - Arbeit an praktischen Beispielen |
| Probephase/Auswertung | <ul style="list-style-type: none"> - Klärung aufgetretener Probleme/Fragen - Vertiefung der Dokumentations- und Pflegeplanungspraxis |
| 2. Schulung Pflegeplanung auf der Grundlage der Dokumentation | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des bisherigen Verlaufs - Pflegeplanung auf der Grundlage der MDS/Erklärung zur konsistenten - Vorgehensweise bei der Erstellung der Pflegeplanungen - Identifizierung der Alarmzeichen - Erläuterung und Handhabung der Abklärungshilfen - Arbeit mit praktischen Beispielen |
| Schulungsevaluation mittels Fragebogen | |
| Probephase/Auswertung | <ul style="list-style-type: none"> - Klärung aufgetretener Probleme/Fragen - Vertiefung der Dokumentations- und Pflegeplanungspraxis |

3.3.2. Implementationsphase

Nach Abschluss der Vorbereitungs- und Probephase wurde das RAI 2,0 auf den einzelnen Wohnbereichen der teilnehmenden Einrichtungen implementiert. Das Procedere blieb in allen drei Assessmentdurchgängen gleich. Aufgrund des Projektcharakters der Studie wurde die Dokumentation mit dem RAI zusätzlich zur bereits bestehenden Pflegedokumentation angefertigt. Die Durchführung der Assessments wurde - wie bereits angemerkt - vom Pflegepersonal nach jedem 5. MDS evaluiert.

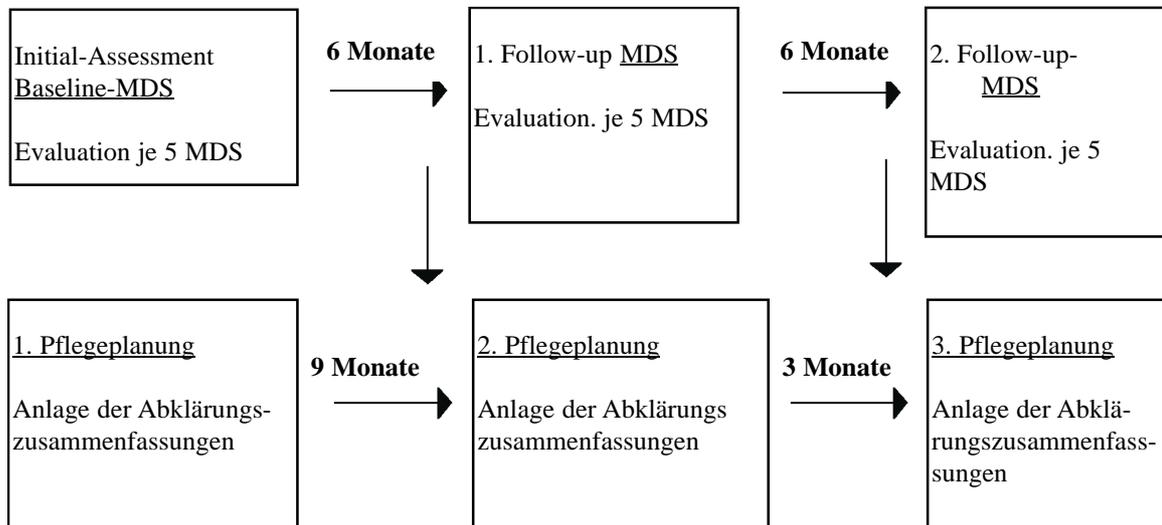
Basierend auf den MDS und anhand des schrittweisen Vorgehens, welche das Instrument vorgibt (siehe III. 3.2.1.2.), erstellten die Mitarbeiter/innen nach jedem der drei Erhebungsdurchläufe auch die Pflegeplanungen für die dokumentierten Bewohner/innen.

Hierzu wurde mit den Leitungen vereinbart, dass die vorhandene Pflegeplanung nicht in jedem Fall vollkommen ersetzt werden muss, sondern gegebenenfalls um zusätzliche Punkte zu ergänzen ist. Diese sollten zur Eigenkontrolle des Personals in der Weise markiert werden, dass deutlich erkennbar wird, an welchen Stellen sich die Pflegeplanung veränderte. Die Auswertungen der Studie wurden aber nicht anhand der Pflegeplanungen,

sondern auf der Grundlage der Abklärungszusammenfassungen vorgenommen (siehe III. 3.2.1.4.).

Abbildung 3 zeigt die einzelnen Schritte der Implementation.

Abbildung 3: Implementationsschritte



3.3.3. Zeitlicher Ablauf der Messungen

Die Datenerhebung verlief prospektiv und war in etwa für den Zeitraum eines Jahres geplant.

Als Messabstand zwischen den einzelnen Erhebungen waren jeweils 5 Monate vorgesehen. Dabei handelt es sich um eine konzessuale Vorschrift, die aber nicht scharf kontrolliert wurde. Dies bedeutet, die Konstanz der Zeitdauervariabilität zwischen den Messungen war zwar angestrebt, ihre strikte Gewährleistung stellte aber keine grundlegende Bedingung der Durchführung des Projektes dar. Den Einrichtungen sollte damit ein Organisationsspielraum zur Kompensation auftretender Engpässe (z.B. personeller Art) eingeräumt werden, die sich erfahrungsgemäß in der Praxis kaum ausschließen lassen.

Der Beginn der ersten Datenerhebung (Erhebung des Initialassessments) wurde für Januar 2002 festgelegt. Die Erhebung des ersten Assessments und die anschließende Erstellung der Pflegeplanungen verlief in den Einrichtungen wie geplant.

Die zweite Datenerhebung wurde aber nicht nach 5, sondern nach 6 Monaten durchgeführt. Als Gründe für diese Verschiebung gaben die Wohnbereichsleitungen den zusätzlichen Projektaufwand, personelle Engpässe sowie in einer Einrichtung Störungen im Stationsablauf durch Modernisierungs- und Umbauarbeiten an.

3.4. Auswertungsverfahren

Die Befunde der vorliegenden Arbeit beruhen auf der Auswertung folgender Daten:

1. Angaben zur Auswertung der Schulungen (Fragebögen zur Schulungsevaluation)
(Datenbasis: 25 Auswertungsbögen)
2. Daten aus den Evaluationsbögen zur Durchführung der Assessments
(Datenbasis: 86 Evaluationsbögen)
3. Angaben aus den Abklärungszusammenfassungen (Grundlage der Pflegeplanung)
(Datenbasis: 418 Abklärungszusammenfassungen)
4. Assessmentdaten (Zustandserfassung mit dem MDS)
(Datenbasis: 472 Dokumentationen mittels MDS)
 - 4 a.) Auswertung der Daten zur Gruppe der nichtausgeschiedenen Bewohner/innen
⇒ Messung und Beurteilung interindividueller Veränderungen in der Prävalenz der untersuchten Merkmale über die Zeitpunkte T1, T2 und T3.
 - 4 b.) Auswertung der Daten zur Gruppe der nichtausgeschiedenen Bewohner/innen
⇒ Messung und Beurteilung intraindividuelle Veränderungen der untersuchten Merkmale bzw. deren Inzidenz über die Zeitpunkte T1, T2 und T3.³¹

Als Auswertungsverfahren kamen zum einen Methoden der deskriptiven Statistik zum Einsatz, um die retrospektiv gewonnenen Daten zusammenfassend und übersichtlich darzustellen (Koch 2002). Dies waren in der vorliegenden Arbeit u.a. die synoptische und grafische Darstellungen von Häufigkeiten, Mittelwertvergleiche, Anteilvergleiche und dreidimensionale stratifizierte Kreuztabellen über ein und dasselbe Merkmal.

Daneben wurden auch Verfahren der Inferenzstatistik verwendet, um unter Zugrundelegung mathematischer Gedankenmodelle, Schlussfolgerungen von einer Stichprobe auf die Gesamtpopulation zu ziehen (ebd.). Zur Prüfung von Verteilungsunterschieden kamen als statistische Testverfahren der Chi-Quadrat-Anpassungstest und - bei geringen Zellenbesetzungen - der exakte Test nach Fisher zur Anwendung. Zur Prüfung von Veränderungen im Verlauf der Untersuchung (Testen der gleichzeitigen Gleichheit aller Mittelwerte bei der Analysestichprobe der nichtausgeschiedenen Bewohner/innen zu den drei Messzeit-

³¹ Die Verwendung der Begriffe Prävalenz und Inzidenz wird in Kap. IV Kap. 4 definiert.

punkten als sog. abhängige Stichproben) wurde der Friedman-Test (Friedman-Rang-varianzanalyse) verwendet (Koch 2002; Bortz 1993)³².

Zur Erforschung pflegerelevanter Zusammenhänge wurden univariate Assoziationsprüfungen durchgeführt. Diese Korrelationen eignen sich nicht zum Nachweis von Ursachen oder kausalen Faktoren, verweisen aber auf korrespondierende Einflüsse oder Zustände. Sie können damit pflegerelevante Hinweise liefern und die Voraussetzung einer gezielten Qualitätsverbesserung darstellen. Additiv zu den Assoziationsprüfungen mittels Chi-Quadrat-Anpassungstest und exaktem Test nach Fisher wurden Vergleiche zwischen erwarteten und beobachteten Ergebnissen angestellt (vgl. Bühl/Zöfel 2002; Kane 1998; Porell/Caro 1998)³³.

Zum Einsatz kamen auch multivariate Datenanalysen. Mittels eines logistischen Regressionsmodells wurde der Versuch einer simultanen Beschreibung der Beziehungen zwischen einer binären Zielgröße und potentiellen Einflussfaktoren (Einfluss einer oder mehrerer unabhängigen auf eine abhängige Variable) vorgenommen. Hier wurde die Deutbarkeit der Modellparameter als adjustiertes Odd-Ratios anvisiert (Benkert 2002).

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm Excel (Excel 2000) und dem Programmpaket SPSS (Version 10,0).

³² Im Falle der Signifikanz hätten zusätzlich Bonferroni-adjustierte multiple Vergleiche anhand von paarweisen Wilcoxon-Rangsummentests durchgeführt werden können (Zwerenz 2000; Bortz 1993). Diese weiterführenden Analysen wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht vorgenommen, bei vertiefenden Untersuchungen wäre der Einsatz dieser Verfahren aber sinnvoll (siehe auch VI. Weiterführende Überlegungen).

³³ Der erwartete Wert ist dabei die in der Zelle erwartete Fallzahl, wenn Zeilen und Spaltenvariablen statistisch voneinander unabhängig oder unkorreliert sind (ebd.).

IV. ERGEBNISSE

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung präsentiert.

Der erste Schwerpunkt umfasst die Befunde zur Veränderung des Prozesshandelns der Mitarbeiter/innen (Qualität im professionellen Bereich) - gegliedert nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Den zweiten Schwerpunkt bildet die Betrachtung der Pflege-Outcomes auf der Ebene der Bewohner/innen (Qualität im klinischen Bereich). Im Vordergrund dieser Auswertungen steht die Eignung der Daten für die Qualitätsmessung, d.h. zur Überprüfung der Arbeit der Mitarbeiter/innen sowie als Ausgangspunkt für die gezielte kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

1. Qualität im professionellen Bereich: Befunde zur Strukturqualität

Im Mittelpunkt der Messungen zur Strukturqualität stand die Frage, ob und wie sich der Wissenstand des Pflegepersonals unter der Intervention mit dem RAI veränderte. Dies wurde zum einen nach Durchführung der Schulungen anhand der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter/innen erhoben. Zum anderen wurde gemessen, ob im Verlauf der Untersuchung ein Kompetenzzuwachs durch die Erlangung von Routine und Sicherheit beim Dokumentieren mit dem standardisierten Instrument erlangt werden konnte. Dazu wurden die Evaluationsbögen zur Erhebung der MDS retrospektiv eruiert.

Folgende Indikatoren wurden verwendet, um das Maß der Veränderungen auszudrücken (Tabelle 15).

1.1. Veränderung des Wissensstandes der Mitarbeiter/innen durch die Schulungen

Die Schulungen als "theoretische Grundlage" der Qualitätsintervention wurden unter zwei Aspekten evaluiert. Der erste Teil der Evaluation bezog sich auf die Schulungssituation als Voraussetzung für den angestrebten Kompetenzerwerb: Hier wurden Angaben zu den Schulungsteilnehmer/innen gesammelt und von den Mitarbeiter/innen verschiedene organisatorische Aspekte der Schulungen, wie die zur Verfügung stehende Zeitdauer oder die Vermittlung der Schulungsinhalte evaluiert.

Im zweiten Teil der Schulungsbewertung schätzten die Teilnehmer/innen den erzielten Kompetenzzuwachs ein. Dazu bewerteten die Respondent/innen die künftige Anwendbarkeit des Verfahrens, ihr Interesse am Thema und den persönlichen Wissenszuwachs durch die Fortbildungen.

Das Durchschnittsalter der Mitwirkenden betrug ca. 39 Jahre. Der jüngste Mitarbeiter war 22 Jahre alt, die älteste Teilnehmerin war zu Projektbeginn 58 Jahre alt. Nur zwei der Teilnehmer waren männlichen Geschlechts.

Fünf der 25 geschulten Assessmentkoordinator/innen nahmen innerhalb ihres Wohnbereiches eine Leitungsfunktion ein und verfügten über die notwendige Qualifikation. Zehn der Schulungsteilnehmer/innen (das sind 40%) waren examinierte Pflegekräfte³⁴.

Tabelle 15: Qualität im professionellen Bereich: Forschungsfragen zur Strukturqualität

| Qualität im professionellen Bereich: Forschungsfragen zur Strukturqualität (Ebene der Mitarbeiter/innen) | Qualitätsbehauptungen | Methodisches Instrument Operationalisierung/Indikatoren |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte sich der Wissensstand des Pflegepersonals (Qualifikationszuwachs) ? | <ul style="list-style-type: none"> • Zunahme des persönlichen Wissensstandes (Kenntniszuwachs) | <p><u>Evaluation der Schulungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Mitarbeiter/innen, die einen persönlichen Wissenszuwachs durch die Schulungen einschätzten. • Anzahl der Mitarbeiter/innen, die das in den Schulungen erworbene Wissen nach eigener Einschätzung als gut anwendbar bewerteten. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wurde ein Wissenszuwachs (verbesserte Kenntnis der Klient/innen) durch die Erlangung von Routine und Sicherheit bei der Erhebung der Assessments erreicht? | <ul style="list-style-type: none"> • Verringerung der Kontakte zum Klienten, die zur Assessmenterhebung notwendig waren • Verringerung der benötigten Zeit zur Assessmentdurchführung • Verringerung der zeitaufwendigen Bereiche • Verringerung der Bereiche mit Verständnisproblemen | <p><u>Evaluation der Assessmentdurchführung im Verlauf der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Kontakte zum Klienten, die zur Dokumentation erforderlich waren • Anzahl der Minuten/Zeitdauer, die zur Zustandsfeststellung erforderlich war • Anzahl zeitaufwendiger Bereiche • Anzahl der Bereiche mit Verständnisproblemen |

³⁴ Bei den Auswertungen zu den Schulungen werden zwar die Prozentzahlen jeweils mit genannt, es muss aber darauf verwiesen werden, dass die Stichprobe der Mitarbeiter/innen relativ klein ist und die prozentualen Angaben allein nur begrenzt aussagefähig sind.

Etwa ein Drittel der Respondent/innen hatte eine Ausbildung zur Altenpfleger/in absolviert. Andere Berufsgruppen, insbesondere Ergotherapeut/innen und Physiotherapeut/innen sowie eine pflegerische Hilfskraft waren in der Schulungsphase des Projektes mit je einer Person vertreten.³⁵

Die Bewertung der organisatorischen Aspekte der Schulungen (Tabelle 16) bezog sich im Einzelnen auf den gewählten Zeitpunkt für die Fortbildungen, die von den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten und die von den Mitarbeiter/innen empfundene Unterstützung des Projektes durch die jeweiligen Leitungen.

Diese Bereiche wurden von der überwiegenden Zahl der Teilnehmer/innen (22 Personen) mit "sehr gut" (40%) bzw. "gut" (48%) beurteilt. Nur drei der Mitwirkenden (12%) schätzten den Organisationsaspekt als mittelmäßig ein.

Die für die Schulungen zur Verfügung stehende Zeitdauer (Tabelle 16) wurde von den Mitarbeiter/innen in keinem einzigen Fall als sehr gut bzw. wirklich ausreichend eingeschätzt. 10 der Schulungsteilnehmer/innen (40%) beantworteten die Frage, ob die Zeit für die Fortbildungen ausreichend war, mit "gut"; mehr als die Hälfte der Respondent/innen (14 Personen, das sind 56%) gab die Ausprägung "mittelmäßig" an und eine Mitarbeiterin empfand (4%) die Schulungsdauern als deutlich zu kurz ("unbefriedigend").

Tabelle 16: Organisatorische Aspekte der Schulungen (n=25)

| Organisatorische Aspekte der Schulungen | absolut | in Prozent |
|--|---------|------------|
| Organisation der Schulungen | | |
| sehr gut | 10 | 40,0 |
| gut | 12 | 48,0 |
| mittelmäßig | 3 | 12,0 |
| unbefriedigend | - | - |
| schlecht | - | - |
| Ausreichende Zeitdauer der Schulung | | |
| sehr gut | - | - |
| gut | 10 | 40,0 |
| mittelmäßig | 14 | 56,0 |
| unbefriedigend | 1 | 4,0 |
| schlecht | - | - |

³⁵ Diese Angaben wurden im Evaluationsbogen zur Assessmentdurchführung erfasst.

Bei der Evaluation der Vermittlung der Schulungsinhalte (Tabelle 17) ging es zuerst um die Arbeit der Dozentin: 14 der Assessmentkoordinator/innen (56%) bewerteten den didaktischen Aspekt der Trainings mit "sehr gut"; die restlichen 11 Personen (44%) schätzten die Arbeit der Dozentin mit "gut" ein.

Ein weiterer Bewertungsaspekt betraf die Verständlichkeit der Schulungsinhalte. Die von den Einrichtungen für die Schulungen zur Verfügung gestellte Zeit wurde von keiner der Teilnehmer/innen als voll ausreichend eingeschätzt, auch für die Verständlichkeit der Schulungsinhalte wurde kein einziges Mal die Bewertung "sehr gut" vergeben. 16 Personen (64%) gaben an, die Schulungsinhalte gut verstanden zu haben, 9 Personen (36%) schätzten diesen Punkt als "mittelmäßig" ein.

Tabelle 17: Vermittlung der Schulungsinhalte (n = 25)*

| Vermittlung der Schulungsinhalte | absolut | in Prozent |
|---|---------|------------|
| Arbeit der Dozentin | | |
| sehr gut | 14 | 56,0 |
| gut | 11 | 44,0 |
| mittelmäßig | - | - |
| Verständlichkeit der Schulungsinhalte | | |
| sehr gut | - | - |
| gut | 16 | 64,0 |
| mittelmäßig | 9 | 36,0 |
| Logisches Vorgehen/Nachvollziehbarkeit des Gelehrten | | |
| sehr gut | 4 | 16,0 |
| gut | 14 | 56,0 |
| mittelmäßig | 7 | 28,0 |
| Arbeitsklima/Mitarbeit der Teilnehmer/innen | | |
| sehr gut | 11 | 44,0 |
| gut | 12 | 48,0 |
| mittelmäßig | 2 | 8,0 |

*keine Wertungen in den Kategorien "unbefriedigend" und "schlecht"

Das logische Vorgehen innerhalb der Schulungen und die Nachvollziehbarkeit des Gelehrten beurteilten 4 der in beiden Phasen trainierten Personen (16%) als "sehr gut", 56% der Befragten (das sind 14 Personen) bewerteten diesen Aspekt mit "gut" und weniger als ein Drittel der Teilnehmer/innen (28%) charakterisierte die Strukturierung der Schulungsinhalte als "mittelmäßig".

Das Arbeitsklima und die Mitarbeit der Teilnehmer/innen wurde von 11 Respondent/innen (das sind 44%) als "sehr gut" erlebt, 12 Mitarbeiter/innen vergaben die Wertung "gut". Nur 2 Personen befanden, dass das Arbeitsklima und die Mitarbeit der Teilnehmer/innen in den Schulungen nur mittelmäßig war.

Wie schätzten die Teilnehmer/innen nun die Schulungsinhalte ein und was ergab die

Messung des Kompetenzzuwachses?

Vor allem zu Beginn des Projekts bestand eine erhebliche Skepsis gegenüber der neuen und ungewohnten Vorgehensweise mit einem standardisierten und strukturierten Instrument. So wurde die künftige Anwendbarkeit des RAI (Tabelle 18) nur von einer leitenden Pflegekraft mit "sehr gut" eingeschätzt, 10 Mitwirkende schätzten die Praktikabilität des Verfahrens als "gut" ein (40%) und 9 beteiligte Pflegepersonen bewerteten die praktische Umsetzbarkeit des RAI als "mittelmäßig" (36%). Fünf Teilnehmer/innen lehnten die Arbeit mit dem RAI mehr oder weniger ab und beurteilten die künftige Anwendbarkeit des Verfahrens mit "unbefriedigend" oder "schlecht".

Zwei der Mitarbeiter/innen gaben ein sehr hohes Interesse am geplanten Projekt an, der überwiegende Teil der Respondent/innen, das waren hier 19 Personen (76%) charakterisierte das eigene Interesse an dem Projekt als "gut".

Und jeweils zwei Personen gaben an, wenig bzw. kaum interessiert zu sein.

Die direkte Frage, ob durch die Fortbildungsveranstaltungen ein persönlicher Wissenszuwachs verbucht werden konnte, wurde am Ende der zweiten Schulungsphase vom weitaus größten Teil der Respondent/innen bejaht. So wurde der Qualifikationszuwachs von 84% der Teilnehmer/innen (21 Personen) mit "gut" (diese Angabe machten 18 Personen) oder "sehr gut" (von 3 Personen angegeben) eruiert. Zwei Personen beurteilten ihren Lerngewinn mit "mittelmäßig" und jeweils eine Pflegekraft wertete mit "unbefriedigend" bzw. "schlecht" (Tabelle 18).

1.2. Messung des Kompetenzerwerbs durch das Erlangen von Routine und Sicherheit bei der Assessmentdurchführung

Das Erreichen von Routine und Sicherheit bei der Erhebung der Assessments und die damit verbundene Qualifikationsverbesserung der Mitarbeiter/innen wurde in der vorliegenden Arbeit mittels verschiedener Indikatoren gemessen. Im Einzelnen waren dies: die Anzahl der zur Assessmenterhebung notwendigen Kontakte zu den Klient/innen, die benötigte Zeit zur Assessmentdurchführung sowie die Anzahl zeitaufwendiger Bereiche und Bereiche mit Verständnisproblemen.

Vorangestellt werden den Befunden auch hier Angaben zur Erhebungssituation.

Insgesamt fungierten 37 Mitarbeiter/innen als Assessmentkoordinator/innen. Von ihnen wurde über alle drei Erhebungen 86 Evaluationsbögen zur Assessmentdurchführung ausgefüllt.

Das Durchschnittsalter der Beteiligten lag bei 36,6 Jahren, der jüngste Akteur war zum Zeitpunkt der ersten Erhebung 22 Jahre, die älteste Mitwirkende 50 Jahre alt. Auch hier waren nur zwei der Beteiligten männlich.

Tabelle 18: Einschätzung der Schulungsinhalte/Wissenszuwachs (n=25)

| Einschätzung der Schulungsinhalte | absolut | in Prozent |
|---|---------|------------|
| Künftige Anwendbarkeit des Gelernten | | |
| sehr gut | 1 | 4,0 |
| gut | 10 | 40,0 |
| mittelmäßig | 9 | 36,0 |
| unbefriedigend | 2 | 8,0 |
| schlecht | 3 | 12,0 |
| Interesse am Thema | | |
| sehr gut | 2 | 8,0 |
| gut | 19 | 76,0 |
| mittelmäßig | 2 | 8,0 |
| unbefriedigend | 2 | 8,0 |
| schlecht | - | |
| Persönlicher Wissenszuwachs | | |
| sehr gut | 3 | 12,0 |
| gut | 18 | 72,0 |
| mittelmäßig | 2 | 8,0 |
| unbefriedigend | 1 | 4,0 |
| schlecht | 1 | 4,0 |

Die Qualifikationen der Beteiligten stellte sich anteilmäßig ähnlich dar, wie die der 25 Schulungsteilnehmer/innen (17,7% leitende Pflegekräfte, 40,0% examinierte Pflegekräfte, 32,2% Altenpfleger/innen und je eine Pflegehilfskraft, Ergo- und Physiotherapeutin).

Von den 37 Assessmentkoordinator/innen absolvierten 67,6% ein Training zum Erlernen der Dokumentation mit dem Minimum Data Set. Die anderen Assessmentkoordinator/innen erlernten das Dokumentieren durch die Anleitung ihrer Kolleg/innen, aber ohne die Teilnahme an einer Schulung.

Die Zeitdauer der von den Teilnehmer/innen absolvierten Schulungen betrug im Durchschnitt (nur!) 6,5 Stunden. Die kürzeste absolvierte Schulungsdauer umfasste 4 Stunden (das Maximum der zur Verfügung stehenden Zeitdauer für die Schulungen betrug 12 Stunden; diese Zeit wurde jedoch nur in einer Einrichtung ermöglicht).

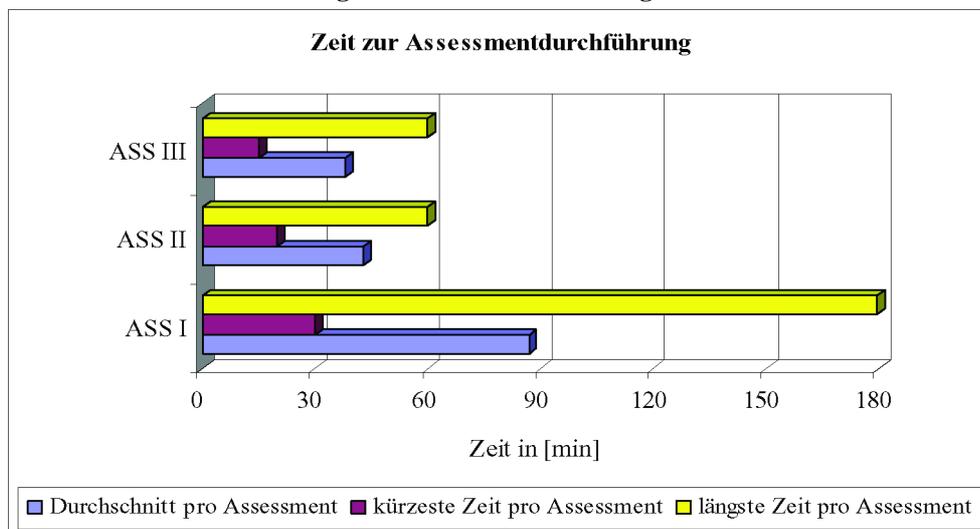
Die Anzahl der **notwendigen Besuche zur Assessmentdurchführung** bei den Bewohner/innen nahm im Verlauf der Studie deutlich ab.

Aus Tabelle 19 wird ersichtlich, dass bei der ersten Assesmenterhebung in den meisten Fällen (genauer Wert: 40,6%) mindestens drei Besuche zur genauen Zustandsfeststellung erforderlich waren, bei der zweiten Messung waren es in der Mehrzahl der Fälle (53,6%) nur noch zwei Besuche. Bei der letzten Assessmentdurchführung reichte bei 66,7% der Dokumentationen ein Besuch bei den Klient/innen aus, um alle Zustandsmerkmale zu erfassen.

Tabelle 19: Anzahl der Besuche, die zur Assessmentdurchführung notwendig waren

| Anzahl der Besuche | 1. Assessment | 2. Assessment | 3. Assessment |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| | in Prozent | in Prozent | in Prozent |
| 1 | 29,7 | 32,1 | 66,7 |
| 2 | 29,7 | 53,6 | 14,3 |
| 3+ | 40,6 | 14,3 | 19,0 |

Als Maß für die von den Mitarbeiter/innen erlangte Routine und Sicherheit mit dem neuen Verfahren zu dokumentieren, wurde die **durchschnittliche Gesamtzeit zur Erhebung** des Minimum Data Set herangezogen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Zeit zur Durchführung des MDS

Im Verlauf der Messung wurde eine signifikante Verringerung der benötigten Zeiten registriert (Friedman-Test: $p < 0.001$ s.). Während bei der ersten Datenerhebung noch durchschnittlich 87 Minuten für eine vollständige Dokumentation erforderlich waren (Minimum: 30 min; Maximum 180 min), verkürzte sich der Zeitaufwand in der zweiten Studienphase erheblich und lag im Mittel bei 43 Minuten: Die längste Zeit pro Datenerfassung betrug eine Stunde, die kürzeste benötigte Zeitdauer lag bei 20 Minuten. Die größte Sicherheit bei der Dokumentationstätigkeit entwickelten die Pflegekräfte in der dritten Projektphase. Die Respondent/innen gaben hier nur noch eine Zeitdauer von durchschnittlich 38 Minuten pro Datenerfassung an (Minimum: 15 min; Maximum 60 min). Diese Zeitverkürzung wird auch bei der Betrachtung der **Häufigkeit der Zeitdauern** ersichtlich, die in den einzelnen Messphasen zur Zustandsfeststellung benötigt wurden (Tabelle 20).

Tabelle 20: Zeitdauer (halbstündige Intervalle) für die Erhebung der Assessments

| Zeitdauer pro Assessment | 1. Assessment | 2. Assessment | 3. Assessment |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | in Minuten | in Minuten | in Minuten |
| < 30 min | - | 14,1 | 28,6 |
| 30-59 min | 24,3 | 64,4 | 57,1 |
| 60-89 min | 24,3 | 21,5 | 14,3 |
| 90-119 min | 24,3 | 0,0 | 0,0 |
| 120 und mehr | 27,1 | 0,0 | 0,0 |

In der ersten Phase der Datenerfassung betrug die Erhebungsdauer pro MDS bei ca. je einem Viertel der Dokumentationen 30 bis 59 Minuten, 60 bis 89 Minuten bzw. 90 bis 119 Minuten. Bei 27,1% der Zustandsfeststellungen wurden mehr als 120 Minuten benötigt. Eine Zeitdauer unter 30 Minuten wurde in keinem Fall erreicht.

Beim ersten Follow-up-Durchlauf konnten bereits bei 14,1% der Zustandsfeststellungen weniger als 30 Minuten gemessen werden, der größte Anteil der Assessments (64,4%) nahm zwischen 30 Minuten und einer Stunde in Anspruch. Für 21,5% wurden Zeitspannen zwischen einer und anderthalb Stunden angegeben. In keinem Fall wurden mehr als 90 Minuten pro Dokumentation verzeichnet.

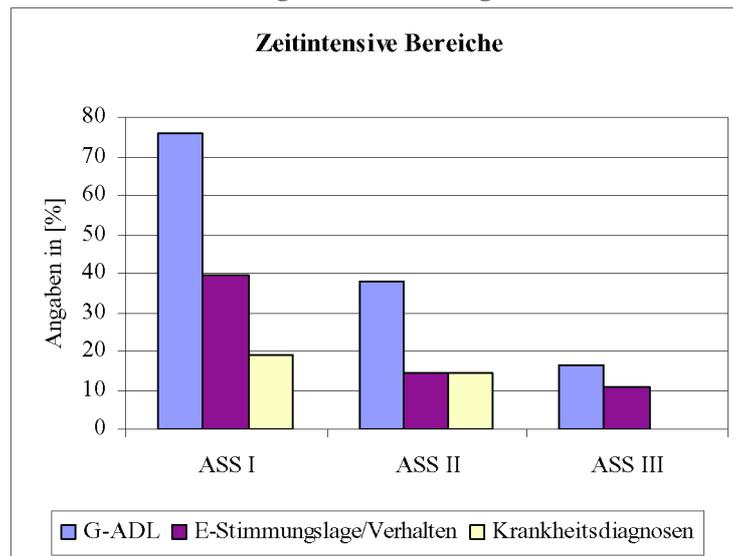
Dieser Befund verbesserte sich in der dritten Messphase nochmals. Die Pflegekräfte benötigten nun bei mehr als einem Viertel der Bewohner/innen weniger als 30 Minuten zur Dokumentation, beim größten Teil der Assessments (57,1%) beanspruchte die Datenerhebung zwischen einer halben bis zu einer Stunde. Nur für einen relativ geringen Anteil der Erhebungen (der genaue Anteil beträgt 14,3%) wurden bis zu 90 Minuten beansprucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegekräfte während der täglichen Arbeit strukturierter und genauer beobachten lernten und damit auch sicherer dokumentieren konnten.

Einen weiteren Schwerpunkt der Evaluation stellten die **zeitaufwendigen Bereiche der Erhebung** dar (Abbildung 6): An erster Stelle rangierte hier in allen drei Erhebungsphasen der Bereich G/Körperliche Funktionsfähigkeit, gefolgt von Bereich E/Stimmungslage und Verhalten. Zum ersten und zweiten Messzeitpunkt wurde zudem der Bereich I/Krankheitsdiagnosen als besonders zeitaufwendig angegeben (detaillierter Inhalt der einzelnen Bereiche siehe Anhang 2).

Die Ursachen für den hohen Zeitaufwand in diesen Bereichen wurde ebenfalls erfragt (offene Fragen, siehe Anhang 7).

Im Bereich G war für viele Mitarbeiter/innen die Dokumentation mittels zweier Skalen (Messung von Eigenleistung und Fremdhilfe bei der Bewältigung der ADLs) mit Schwierigkeiten verbunden. Besonders im ersten Dokumentationsdurchlauf musste oft das Handbuch zu Hilfe genommen werden. Insgesamt gaben die Assessmentkoordinator/innen bei

Abbildung 6: Zeitaufwendige Bereiche*



* Beachte Skalierung

der ersten Datenerhebung 14 mal Probleme in diesem Bereich an. Dieser Wert verringerte sich zum zweiten Messpunkt auf 5; in der letzten Projektphase wurden nur noch zweimal Probleme bei der Dokumentation dieses Bereichs angegeben.

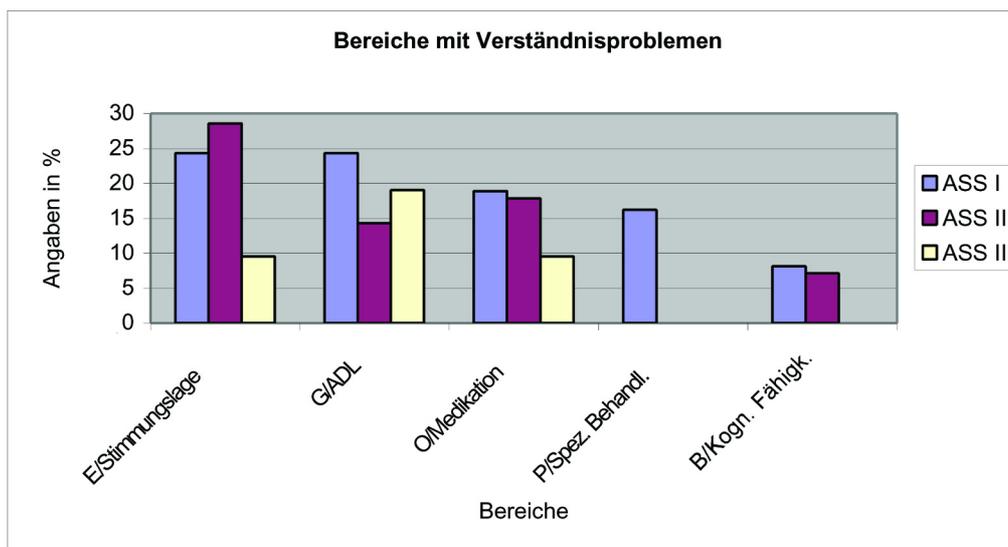
Der hohe Zeitaufwand bei der Datenerfassung im Bereich E 1/Stimmungslage und Verhalten wurde am häufigsten mit Schwierigkeiten bei der Einschätzung dementer Klient/innen begründet; daneben resultierte auch in diesem Bereich der hohe zeitliche Aufwand aus Schwierigkeiten beim ungewohnten Umgang mit den Skalen.

Viele Pflegekräfte brauchten anfänglich viel Zeit zur Zustandserhebung im Bereich E 4/Verhaltensauffälligkeiten. Probleme bereitete insbesondere die Beurteilung der Ausprägungen Häufigkeit und Beständigkeit; im Verlauf der Messung konnte jedoch eine Abnahme der Probleme verzeichnet werden. Wurde dieser Bereich im ersten Messdurchgang noch 5 mal als zeitaufwendig angegeben, verringerte sich dieser Wert zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung auf 2, in der letzten Projektphase wurden nur noch einmal Probleme in diesem Bereich genannt.

Als Hauptursachen für den hohen Zeitaufwand bei der Erhebung der Krankheitsdiagnosen in der ersten und zweiten Messphase wurden von den Mitarbeiter/innen unvollständige Unterlagen zu den Bewohner/innen sowie die oft mangelnde Mitwirkungsbereitschaft der Ärzte angegeben. In der dritten Projektphase wurde dieser Bereich nicht mehr aufgeführt.

Im engen Zusammenhang zum Zeitaufwand stehen die **Bereiche, in denen es Verständnisprobleme gab**. Die Anzahl dieser Problembereiche diente ebenfalls als Anzeiger für die erlangte Routine und Sicherheit (Abbildung 7).

Abbildung 7: Bereiche mit Verständnisproblemen*



* Beachte Skalierung

Bei der Erfassung von Verständnisproblemen gab es im Verlauf der Studie die meisten Schwierigkeiten im Bereich E 1/Stimmungslage und Verhalten (im Mittel gaben hier 20% der Respondent/innen Probleme an) und im Bereich G 1/körperliche Funktionsfähigkeit (Mittel 19,2%). Dieser Befund korrespondiert mit den besonders zeitaufwendigen Teilen des MDS.

Im Verlauf der Untersuchung wurde ein Wissenszuwachs konstatiert. Der Anteil der Pflegekräfte, die Probleme bei der Datenerhebung im Bereich E hatten, nahm im Verlauf der Studie von zuerst 24,3% auf zuletzt 9,5% ab. Zum zweiten Messzeitpunkt zeigt die Messung aber Inkonsistenzen auf. Hier gaben 28,6% der Mitarbeiter/innen Probleme an. Im Bereich der ADLs wurde eine Abnahme solcher Probleme um 5,3 Prozentpunkte (von 24,3% am ersten Messzeitpunkt auf 19% zur dritten Messung) registriert. Zum Zeitpunkt der zweiten Messung gaben 14,3% der Pflegekräfte Schwierigkeiten in diesem Bereich an. Die Evaluation ergab, dass Verständnisprobleme bei der Dokumentation der Medikation (Bereich O), auf Unsicherheiten der Mitarbeiter/innen bei der Zuordnung der verabreichten Medikamente zu einzelnen Medikamentengruppen, zurückzuführen sind. Durch Nachschulungen ließ sich ein Kompetenzzuwachs erzielen: Von anfänglich 18,9% ging die Zahl der Personen, die solche Probleme angaben, im Projektverlauf um ca. 50% zurück (1. Messzeitpunkt: 18,9%; 2. Messzeitpunkt: 17,9%; 3. Messzeitpunkt: 9,5%).

Verständnisprobleme wurden auch bei der Erhebung in Bereich P/spezielle Behandlungen und bei der Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten in Bereich B registriert. Schwierigkeiten traten vor allem in der ersten Assessmentphase auf. In beiden Bereichen konnte im

Verlauf der Studie ein deutlicher Wissenszuwachs verzeichnet werden: Die Messung zeigte hier in der ersten Erhebungsphase bei 16,2% der Mitarbeiter/innen Probleme, im zweiten und dritten Dokumentationsdurchlauf wurden keine Schwierigkeiten mehr angegeben. Im Bereich B betrug der Anteil der Verständnisprobleme zu Projektbeginn 8,1%, während der zweiten Erhebung wurden in 7,1% der Fälle Probleme gemessen. Bei der Erhebung des letzten Assessments gaben die Respondent/innen im Bereich B keine Probleme mehr an.

2. Qualität im professionellen Bereich: Befunde zur Prozessqualität

Die Erhebung von umfassenden und zuverlässigen Informationen zum Zustand der Bewohner/innen stellt die Voraussetzung für eine qualitätsgerechte Berufsausübung dar und bildet die Basis für die individuelle pflegerische Zielsetzung und die Planung erfolgversprechender Maßnahmen. Mit der Implementation des RAI in den Pflegeeinrichtungen war eine Verbesserung des Dokumentationsverhaltens und eine Höherqualifizierung der Mitarbeiter/innen in dieser Richtung intendiert.

Im Mittelpunkt der Messungen zur Prozessqualität stand die Messung der Veränderungen des Dokumentationsverhaltens. Inwieweit veränderte sich die Arbeitsweise bzw. das Handeln der Pflegenden bei Anwendung eines standardisierten und strukturierten Verfahrens? Konnte eine bessere Kenntnis der Klient/innen erreicht werden? Von Interesse war auch, ob sich die Kommunikation zur Zustandsfeststellung bei den an der Versorgung Beteiligten verbesserte.

Die Evaluation erfolgte auf der Basis der erhobenen MDS. Die Veränderungen wurden mit den folgenden Indikatoren gemessen (Tabelle 21):

Tabelle 21: Qualität im professionellen Bereich: Forschungsfragen zur Prozessqualität

| Qualität im professionellen Bereich. Forschungsfragen zur Prozessqualität (Ebene der Mitarbeiter/innen) | Qualitätsbehauptungen | Methodisches Instrument Operationalisierung/Indikatoren |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte sich das Dokumentationsverhalten, d.h. verbesserte sich die Zustandsfeststellung | <ul style="list-style-type: none"> • Größere Vollständigkeit der Dokumentation • Vermehrtes Erkennen schwieriger Probleme | <u>Evaluation der MDS im Verlauf der Studie</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der fehlenden Angaben • Anzahl der vom Personal als schwierig identifizierten Bereiche |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nahm hinsichtlich der Zustandsfeststellung die Kommunikation des Personals untereinander, mit den Bewohner/innen und deren Angehörigen zu? | <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Mitwirkende bei der Dokumentation • Zunahme der Mitwirkungsbereitschaft der Informant/innen • Abnahme von Schwierigkeiten bei der Informationsgewinnung | <u>Evaluation der Assessmentdurchführung im Verlauf der Studie</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl unterschiedlicher Informant/innen bei der Dokumentation • Anteil positiver Befunde bei der Bewertung des Engagements der Beteiligten • Anzahl der Erhebungsbereiche mit Informationsproblemen |

2.1. Verbesserung der Zustandsfeststellung - Vollständigkeit der Dokumentation

Zuerst wurden die vom Personal als schwierig identifizierten Bereiche G und E (vgl. IV. 1.2.) hinsichtlich ihrer Vollständigkeit näher analysiert. Eine grobe Sichtung der Daten zeigte aber, dass die Mitarbeiter/innen bis auf wenige Ausnahmen alle Angaben vollständig erhoben hatten. Diese Ausnahmen wurden näher untersucht.

Im Bereich G/Erfassung der ADLs (Eigenleistung und Fremdhilfe) waren nur zum ersten Messzeitpunkt bei zwei der Items vereinzelte Fehlangaben (sog. Missings) zu finden. Ebenfalls nur in der ersten Dokumentation kamen Missings beim Item "Gleichgewichtstest" vor; hier allerdings für 17 Personen (8,3%) bei der Erhebung des Gleichgewichts im Stehen und für 14 Personen (6,8%) bei der Erhebung des Gleichgewichts im Sitzen. Bei der zweiten und dritten Erhebung wurden in diesem Bereich keine Fehlangaben mehr registriert. Fehlangaben im ersten Assessmentdurchlauf traten im Bereich G bei der Erfassung weiterer Funktions- und Bewegungseinschränkungen auf. Hier wurden Missings in 18% der Fälle gemessen.

Speziell für den Bereich G wurde zusätzlich bei der Berechnung des ADL-Scores (siehe Anhang 8; vgl. IV. 4.2.3.1.) deutlich, wann offensichtliche Ausfüllfehler - beispielsweise widersprüchliche Aussagen zur Eigenleistung und benötigten Fremdhilfe in ein und derselben Situation - vorlagen. Auch solche Fehler wurden aber nur in Einzelfällen ermittelt: Vier solcher inhaltlichen Fehler wurden im ersten und zweiten Messdurchlauf identifiziert (das sind 2% von Gesamt), und zwei Ausfüllfehler (1,6%) kamen bei der letzten Erhebung vor.

Im Bereich E/Verhaltensauffälligkeiten wurden neben vereinzelten Missings in der ersten Studienphase nur beim Item Beständigkeit der Stimmungslage Fehlangaben registriert. Allerdings verlief die Entwicklung dieser Größe recht unregelmäßig. Während zum ersten Messzeitpunkt nur 2% Fehlangaben erfasst wurden, vergrößerte sich dieser Anteil beim zweiten Assessment auf 16,3% und sank bei der dritten Erhebung auf 6,7% ab. Zudem erscheinen die zur Beständigkeit der Stimmungslage erhobenen Angaben widersprüchlich; auf eine Auswertung dieses Items bei der Messung des Funktionsstatus der Bewohner/innen (siehe IV. 4.1.1.) musste deshalb verzichtet werden.

Ferner wurden alle anderen Bereiche des MDS auf Fehlangaben überprüft.

Die meisten Missings wurden im Bereich P/spezielle Behandlungen und Maßnahmen, vor allem im Bereich P3 (Erfassung rehabilitativer Maßnahmen, die durch die Pflegekräfte

erbracht werden) registriert (Tabelle 22). Hier mussten bei 12 der angegebenen Items Lücken in der Dokumentation konstatiert werden. Die Fehlangaben bei diesen Items machten im ersten Assessmentdurchlauf im Mittel fast 30% aus (dies sind Fehlangaben bei 60 Bewohner/innen), die Erhebung des Krankenhausaufenthaltes lag mit einer Missingrate von 10% (20 Personen) etwas unter diesem Wert. Bei der zweiten Erhebung betrug der Anteil der Fehlangaben in diesem Bereich noch durchschnittlich 8% (dies sind Fehlangaben bei 12 Personen). Die Verminderung der Missings bei der Erfassung der Krankenhausaufenthalte betrug zum Zeitpunkt der zweiten Messung 1,6%. Erfreulicherweise wurden bei der Analyse der dritten Erhebung in den genannten Bereichen keine Fehlangaben mehr registriert.

Tabelle 22: Fehlangaben im Bereich P/Spezielle Behandlungen*

| Fehlangaben im Bereich P (Spezielle Behandlungen) | ASS 1 (n=205) | | ASS 2 (n=147) | | ASS 3 (n=120) | |
|--|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | Fehlende | | Fehlende | | Fehlende | |
| | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent |
| Passive Beweglichkeit (P3a) | 54 | 26,3 | 16 | 10,9 | - | - |
| Aktive Beweglichkeit (P3b) | 56 | 27,3 | 18 | 12,2 | - | - |
| Hilfsmitteltraining (P3c) | 58 | 28,3 | 9 | 6,1 | - | - |
| Bewegung im Bett (P3d) | 60 | 29,3 | 15 | 10,2 | - | - |
| Transfer (P3e) | 60 | 29,3 | 11 | 7,5 | - | - |
| Gehübungen (P3f) | 59 | 28,8 | 11 | 7,5 | - | - |
| Ankleiden/ Selbstpflege (P3g) | 60 | 29,3 | 12 | 8,2 | - | - |
| Essen/Schlucken (P3h) | 60 | 29,3 | 10 | 6,8 | - | - |
| Prothesenversorgung/Stumpfpflege (P3i) | 60 | 29,3 | 8 | 5,4 | - | - |
| Kommunikation (P3j) | 59 | 28,8 | 14 | 9,5 | - | - |
| Sonstiges (P3k) | 60 | 29,3 | 10 | 6,8 | - | - |
| Krankenhausaufenthalt (P5) | 20 | 9,8 | 12 | 8,2 | - | - |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

Im Bereich Medikation wurden ebenfalls Fehlangaben identifiziert. In diesem Bereich wurde aber nur eine geringfügige Verbesserung gemessen, die Fehlangaben verringerten sich zwischen dem erstem und dritten Messzeitpunkt von 15% auf 12%.

2.2. Mitwirkende an der Dokumentation

Als Mitwirkende der Dokumentation wurden die an der Pflege beteiligten Mitarbeiter/innen sowie die behandelnden Ärzte, außerdem hauswirtschaftliche Kräfte, die Klient/innen selber sowie deren Angehörige erfasst. Die Mitbeteiligung der Physiotherapeut/innen wurde innerhalb des Evaluationsbogens nicht gesondert erfasst, sie wurde deshalb von den Ausfüllenden unter dem Punkt "Pflegekräfte" mit erhoben.

Die Pflegekräfte übten die koordinierende Funktion bei der Zustandsfeststellung aus. Sie übernahmen im Studienverlauf den überwiegenden Teil der Informationsbeschaffung und Dokumentation (Tabelle 23). Angaben wurden vor allem von den Klient/innen selbst geliefert. Hier konnte im Verlauf der Messung ein deutlicher Anstieg verzeichnet werden. Während zum ersten Messzeitpunkt nur gut die Hälfte der Bewohner/innen aktiv an der Dokumentation teilnahm, vergrößerte sich dieser Anteil beim zweiten Durchlauf auf 64,3%. In der dritten Projektphase wurden fast drei Viertel der Bewohner/innen in den Dokumentationsprozess einbezogen (71,4%).

Tabelle 23: Mitwirkende an der Dokumentation*

| Informant/innen für Assessment | 1. Assessment | 2. Assessment | 3. Assessment |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | in Prozent | in Prozent | in Prozent |
| Pflegekräfte | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Klient/innen | 54,1 | 64,3 | 71,4 |
| Ärzt/innen | 24,3 | 50,0 | 4,8 |
| Mitarbeiter/innen Hauswirtschaft | 28,6 | 37,8 | 9,5 |
| Angehörige | 21,6 | 17,9 | 9,5 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%.

Die dritt wichtigste Informationsquelle stellten die behandelnden Ärzt/innen dar. Ihre Beteiligung lag in der ersten Projektphase bei 24,3% und erhöhte sich zum zweiten Messzeitpunkt auf 50,0%. In der dritten Erhebungsphase wirkten die Ärzt/innen aber nur noch zu 4,8% an der Dokumentation mit.

Involviert an den Datenerhebungen waren ferner die hauswirtschaftlichen Mitarbeiter/innen. Auch deren Beteiligung war in der zweiten Messphase am höchsten (37,8%) und ließ bei der dritten Zustandserhebung merklich nach.

Nur zu einem relativ geringen Teil wurden Angaben von Angehörigen erfragt. Hier lag die Partizipationsrate bei 21,6% zum ersten Messzeitpunkt, verringerte sich aber im Verlauf eines Jahres (3. Messung: 9,5%). Dies wird von den Assessmentkoordinator/innen damit begründet, dass die Angehörigen hauptsächlich zur Erfassung von Hintergrundinformationen, wie früheren Gewohnheiten und sozialen Rollen der Bewohner/innen - die nur

beim Initialassessment, aber nicht in der verkürzten Fassung erfragt werden - hinzugezogen wurden. Nachbarn und Freunde, die ebenfalls in den Evaluationsbögen als Informationsquellen erfragt wurden, wurden von den Assessmentkoordinator/innen in keinem Fall angegeben.

Insgesamt konnte eine Zunahme der Kommunikation zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt bei der Gruppe der Klient/innen, den Ärzt/innen und den hauswirtschaftlichen Mitarbeiter/innen gemessen werden.

Die Messung der **positiven Mitwirkungsbereitschaft der Informant/innen** (Tabelle 24) zeigte bei den Pflegekräften und den Hauswirtschafter/innen zu allen drei Messzeitpunkten sowie für die Angehörigen und die Ärzt/innen bei der ersten Erhebung gleiche Ergebnisse wie die Evaluation der Zusammenarbeit. Offensichtlich beteiligten sich diese Personen gern an der Erhebung; ihnen wurde ein gutes Engagement bescheinigt.

Tabelle 24: Mitwirkungsbereitschaft der Informant/innen*

| Positive Mitwirkungsbereitschaft bei der Erhebung | 1. Assessment | 2. Assessment | 3. Assessment |
|--|---------------|---------------|---------------|
| | in Prozent | in Prozent | in Prozent |
| Pflegekräfte | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Ärzt/innen | 24,3 | 46,4 | 4,8 |
| Mitarbeiter/innen Hauswirtschaft | 28,6 | 37,8 | 9,5 |
| Angehörige | 21,6 | 10,7 | 4,8 |
| Klient/innen | 10,8 | 14,3 | 4,8 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%.

Demgegenüber empfanden die Pflegekräfte bei der zweiten Informationssammlung nicht bei allen Ärzt/innen und Angehörigen eine positive Mitwirkungsbereitschaft. 3,6% der Mediziner/innen und 7,2% der Angehörigen wirkten hier eher unwillig mit. Auch bei der dritten Assessmentdurchführung zeigte ein Anteil von 4,7% kein Engagement.

Die vergleichsweise schlechte Mitwirkungsbereitschaft der Bewohner/innen wurde von den Pflegenden mit dem hohen Anteil kognitiv eingeschränkter bzw. dementer Personen begründet. Eine positive Mitwirkung zeigten hier nur 10,8% (erste Erhebung), 14,3% (zweites Assessment) bzw. 4,8% der Klient/innen (dritte Dokumentation). Alle anderen Bewohner/innen waren kaum noch in der Lage, sich aktiv an der Erfassung vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen bzw. an der Identifizierung von Problemen und Risiken zu beteiligen.

Insgesamt musste bei der Evaluation der Mitwirkungsbereitschaft ein erheblicher Anteil von Fehlangaben (im Mittel der Erhebungen 15,2%) registriert werden.

In einem weiteren Schritt wurde die Bereiche mit Schwierigkeiten bei der Informations-

gewinnung ermittelt (Tabelle 25). Wo lagen diese Probleme und veränderte sich der Anteil der Pflegekräfte, die solche Probleme angaben, im Verlauf der Intervention?

Tabelle 25: Bereiche mit Problemen bei der Informationsbeschaffung*

| Probleme bei der Informationsbeschaffung | 1. Assessment | 2. Assessment | 3. Assessment |
|--|---------------|---------------|---------------|
| | in Prozent | in Prozent | in Prozent |
| AC: Gewohnheiten | 45,9 | 10,7 | - |
| F: Psychosoziales Wohlbefinden | 35,1 | - | - |
| AB: Demographische Informationen | 27,0 | - | - |
| I: Krankheitsdiagnosen | 27,0 | - | - |
| B: Kognitive Fähigkeiten | 24,3 | - | - |
| C: Kommunikation/Hören | 18,9 | 3,6 | - |
| E: Stimmungslage/Verhalten | 16,2 | 3,6 | - |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%.

Informationsprobleme größeren Ausmaßes wurden fast ausschließlich bei der Erhebung des Initialassessments angegeben.

Als Bereiche mit Informationsproblemen wurden insbesondere die Bereiche AC/Gewohnheiten, F/Psychosoziales Wohlbefinden, AB/Demographische Informationen, I/Krankheitsdiagnosen sowie B/Kognitive Fähigkeiten, C/Kommunikation und Hören und E/Stimmungslage und Verhalten registriert.

Dies sind zum einen diejenigen Bereiche, in denen nur auf der Grundlage einer guten Zusammenarbeit zwischen dem Pflegepersonal und anderen Personen und Professionen erfolgreich dokumentiert werden kann (beispielsweise Angaben zur Biographie und zu früheren Gewohnheiten oder Krankheitsdiagnosen). Zum anderen sind die genannten Bereiche solche, bei denen die Dokumentation Teambesprechungen erfordert (u.a. Angaben zum psychosozialen Wohlbefinden oder zur Stimmungslage).

Es konnte in allen Bereichen eine deutliche Abnahme der Informationsprobleme gemessen werden; in den meisten Bereichen traten solche Probleme sowieso nur bei der Erhebung des Initialassessments auf.

Die größten Schwierigkeiten wurden bei der Erfassung des psychosozialen Wohlbefindens registriert. In diesem Bereich hatte bei der ersten Erhebung mehr als ein Drittel der Pflegenden Schwierigkeiten, die entsprechenden Informationen zu erhalten. 27% der Assessmentkoordinator/innen gaben Informationsprobleme im Bereich I/Krankheitsdiagnosen an und 24% der Beteiligten dokumentierten solche Probleme bei der Erfassung der kognitiven Fähigkeiten in Bereich B.

Probleme zu den ersten beiden Messzeitpunkten gab es nur bei der Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten (Bereich C) und der Dokumentation des Verhaltensstatus (Bereich E). Informationsprobleme im kommunikativen Bereich zeigten sich beim Initialassess-

ment in 18,9% der Dokumentationen, bei der zweiten Erhebung wurden solche Schwierigkeiten nur noch zu 3,6% angegeben. Informationsprobleme bei der Erfassung des Verhaltensstatus wurden in der ersten Projektphase in 16,3% und zum zweiten Messzeitpunkt in 3,6% aller Dokumentationen registriert.

Generell war eine deutliche Verringerung der Bereiche mit Problemen bei der Informationsbeschaffung zu konstatieren.

3. Qualität im professionellen Bereich: Befunde zur Ergebnisqualität

Neben der Dokumentation stellt die Pflegeplanung einen weiteren wesentlichen Aspekt des Pflegeprozesses dar. Deshalb wurde im Rahmen der Arbeit untersucht, ob und in welcher Weise sich das Pflegeplanungsverhalten unter der Intervention mit dem RAI veränderte. Hielten sich die Pflegekräfte an die schrittweise Vorgehensweise des RAI und wurde somit weniger zufallsgesteuert und intuitiv, sondern systematischer, ursachenorientierter und auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse geplant?

Als Messinstrumente dienten hier die Abklärungszusammenfassungen und die Erhebungen zur Zustandsfeststellung (MDS).

3.1. Veränderungen des Pflegeplanungsverhaltens

Wegen der Komplexität der Fragestellung sollen die Indikatoren nochmals erläutert werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde zunächst festgestellt, wie viele Abklärungszusammenfassungen in den verschiedenen Projektphasen vom Pflegepersonal angelegt wurden. In diesen Formblättern werden die durchgeführten Abklärungshilfen (RAPs) und die in die Pflegeplanung aufgenommenen Problembereiche dokumentiert.

Auf der Basis dieser Abklärungszusammenfassungen wurde dann evaluiert, für welchen Anteil der Zielpersonen, basierend auf den MDS und dem Alarmzeichensystem die sog. Abklärungshilfen (RAPs) zur Ursachenabklärung gefundener Problembereiche durchgeführt wurden. Dieser Wert dient als Indikator für die Veränderung der Ergebnisqualität im professionellen Bereich, da anhand der RAPs Pflegeprobleme/Ressourcen, deren Ursachen und vorhandene Interdependenzen zu anderen Problemen/Risiken systematisch und auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse untersucht werden.

Als weiterer Indikator für die Prozessqualität wurde die Anzahl der auf der Grundlage dieser Abklärungshilfen in die Pflegeplanung übernommenen Maßnahmen definiert. Sie gibt Auskunft darüber, inwieweit die Pflege einem strukturierten und nachvollziehbaren Plan folgt und weniger zufallsgesteuert und intuitiv abläuft. Zudem lässt sich bei Zunahme dieser Größe eine Qualitätsverbesserung in der Weise unterstellen, dass mehr ursachenorientiert und weniger symptomatisch - also langfristig erfolgreicher - geplant wird.

Als statistisches Testverfahren kam der Friedman-Test (Friedman-Rangvarianzanalyse) zum Einsatz.

Um zu überprüfen, inwieweit die Pflegekräfte systematisch und schrittweise mit dem RAI (strukturierte Vorgehensweise) vorgegangen waren, wurde der Zusammenhang zwischen

dem Vorhandensein von Alarmzeichen, der nachfolgenden Abklärung dieser Alarmzeichen anhand der Abklärungshilfen (RAPs) und der Erstellung der Pflegeplanung auf dieser Grundlage untersucht. Diese Analyse erfolgte exemplarisch für die Problembereiche Stürze und Dehydratation.

Ferner wurde beleuchtet, ob Unterschiede im Abklärungs- und Pflegeplanungsverhalten der Personals beim Umgang mit Bewohner/innen, die voraussichtlich nur noch eine geringe Lebensdauer hatten, konstatiert werden konnten. Dies wäre zwar unter Qualitätsaspekten nicht unbedingt zu kritisieren, da bei diesen Klient/innen die palliative Versorgung (an Stelle von ursachenorientierten Interventionen) im Vordergrund steht, würde aber zeigen, dass sich die Mitarbeiter/innen nicht strikt an die vorgegebenen Schritte des RAI halten. In Tabelle 26 sind die verwendeten Indikatoren dargestellt.

Tabelle 26: Qualität im professionellen Bereich: Forschungsfragen zur Ergebnisqualität

| Qualität im professionellen Bereich: Forschungsfragen zur Prozessqualität (Ebene der Mitarbeiter/innen) | Qualitätsbehauptungen | Methodisches Instrument Operationalisierung/Indikatoren |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Veränderte sich das Pflegeplanungsverhalten? Wurde systematischer und ursachenorientierter und damit mehr auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse geplant? | <ul style="list-style-type: none"> Zunahme der erstellten Abklärungszusammenfassungen (mehr Probleme und Ressourcen wurden erkannt) Zunahme der durchgeführten Abklärungshilfen (mehr Probleme wurden systematisch abgeklärt) Zunahme der abgeklärten und in die Pflegeplanung übernommenen Probleme Zunahme des Anteils der Personen, für die auf der Grundlage der Alarmzeichen Abklärungen erstellt wurden (=systematisches Vorgehen) Zunahme der erstellten Pflegeplanungen für Personen mit Alarmzeichen Zunahme des Anteils der Abklärungen und Pflegeplanungen, die auf der Grundlage der Alarmzeichen (MDS) angelegt wurde (=systematisches Vorgehen) | <p><u>Auswertung auf der Basis der Abklärungszusammenfassungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Abklärungszusammenfassungen Anzahl der RAPs Anzahl der abgeklärten und in die Pflegeplanung übernommenen Probleme <p><u>Analyse zum systematischen Vorgehen mit dem RAI in den Bereichen Stürze und Dehydratation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Personen, für die auf der Grundlage/nicht auf der Grundlage der Alarmzeichen Abklärungen erstellt wurden Anzahl der erstellten Pflegeplanungen für Personen mit Alarmzeichen Anzahl der Abklärungen und Pflegeplanungen, die auf der Grundlage/nicht auf der Grundlage der Alarmzeichen (MDS) angelegt wurden |
| <ul style="list-style-type: none"> Waren Unterschiede im „Abklärungs- und Pflegeplanungsverhalten“ des Personals beim Umgang mit Bewohner/innen feststellbar, die voraussichtlich nur noch eine geringe Lebensdauer hatten? | <ul style="list-style-type: none"> Es waren keine Unterschiede erkennbar: Bei beiden Gruppen wurde gleichermaßen systematisch und ursachenorientiert geplant. | <p><u>Analyse zum systematischen Vorgehen mit dem RAI in den Bereichen Stürze und Dehydratation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der durchgeführten RAPs und Anzahl der in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme für die Gruppe der nichtausgeschiedenen Personen Anzahl der durchgeführten RAPs und Anzahl der in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme für die im Verlauf der Studie Verstorbenen (retrospektive Betrachtung des Initialassessments) |

3.1.1. Erstellte Abklärungszusammenfassungen

Als erster Schritt der geplanten Auswertungen wurden die auf der Grundlage der MDS angelegten Abklärungszusammenfassungen für jede Projektphase ausgezählt.

Im gesamten Verlauf der Untersuchung legten die Assessmentkoordinatoren 418 Abklärungszusammenfassungen an. Bei 472 in der Studie erhobenen MDS entspricht dies einem Anteil von 88,6%.

Nach dem ersten Dokumentationsdurchlauf wurden für 152 Bewohner/innen (von insgesamt 205), in der zweiten Phase für 144 Personen (von 147) und nach der dritten Datenerhebung für alle 120 Bewohner/innen solche Formblätter als Grundlage der Pflegeplanung mit dem RAI angelegt (Tabelle 27). Dies entspricht in der ersten Phase einem Anteil von 74,1% Abklärungszusammenfassungen. Dieser Wert erhöhte sich zum Zeitpunkt der zweiten Messung auf 98,0%. In der letzten Projektphase wurden für alle dokumentierten Klient/innen auch Abklärungszusammenfassungen erstellt. Die Zunahme des Anteils der Abklärungszusammenfassungen spricht für einen stattgefundenen Lernprozess im Verlauf des Untersuchungszeitraumes. Dies soll genauer analysiert werden.

Tabelle 27: Anzahl der durchgeführten Abklärungszusammenfassungen

| | erhobene MDS | Abklärungszusammenfassungen | |
|---------------|--------------|-----------------------------|------------|
| | absolut | absolut | in Prozent |
| Gesamt | 472 | 418 | 88,6 |
| 1. Assessment | 205 | 152 | 74,1 |
| 2. Assessment | 147 | 144 | 98,0 |
| 3. Assessment | 120 | 120 | 100,0 |

3.1.2. Durchgeführte Abklärungshilfen (Resident Assessment Protocols - RAPs)

Die Durchführung der Abklärungen dient der Ursachenforschung vorher identifizierter Probleme und sollte vor der Aufnahme von Problemen in den Pflegeplan stattfinden.

Der Anteil der durchgeführten Abklärungen nahm im Messverlauf zu. Er betrug bei der ersten Messung 45,6%, zum zweiten Messzeitpunkt 46,6% und nahm bei der letzten Erhebung eine Wert von 48,6% an.

Eine signifikante Zunahme abgeklärter Probleme im Verlauf der Untersuchung konnte in den Bereichen Ernährungszustand, Mundpflege, Druckgeschwüre/Dekubitus und Psychopharmaka gemessen werden (Tabelle 28).

Eine tendenzielle Verbesserung (Zunahme durchgeführter Abklärungen) wurde auch in den Bereichen Akute Verwirrtheit/Delir, Rehabilitationpotential/ADL, Urinkontinenz/Dauerkatheter, Stimmungslage, Stürze und Sonden registriert. Jedoch sind die Resultate in diesen Bereichen nicht evident.

Tabelle 28: Abgeklärte Bereiche

| Abgeklärte Bereiche | 1. Assessment | 2. Assessment | 3. Assessment | Signifikanz |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| | in Prozent | in Prozent | in Prozent | |
| Ernährungszustand | 41,8 | 42,4 | 43,4 | p<0,001 s. |
| Mundpflege | 13,1 | 14,6 | 46,1 | p<0,001 s. |
| Druckgeschwüre/Dekubitus | 45,1 | 54,2 | 55,3 | p<0,05 s. |
| Psychopharmaka | 48,4 | 56,9 | 58,6 | p<0,05 s. |
| Akute Verwirrtheit/ Delir | 15,1 | 15,3 | 23,0 | p>0,05 n.s. |
| Rehabilitationspotential/ADL | 83,6 | 84,7 | 86,1 | p>0,05 n.s. |
| Urinkontinenz/Dauerkatheter | 68,4 | 75,0 | 76,2 | p>0,05 n.s. |
| Stimmungslage | 63,2 | 64,6 | 66,4 | p>0,05 n.s. |
| Stürze | 28,9 | 30,6 | 33,6 | p>0,05 n.s. |
| Sonden | 8,6 | 7,6 | 12,3 | p>0,05 n.s. |
| Sehfähigkeit | 70,4 | 71,5 | 67,2 | p>0,05 n.s. |
| Dehydratation/Flüssigkeitsbilanz | 29,6 | 33,3 | 23,8 | p>0,05 n.s. |
| Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | 16,4 | 16,7 | 16,4 | p>0,05 n.s. |
| Kognitive Beeinträchtigung/Demenz | 81,6 | 81,3 | 79,5 | p>0,05 n.s. |
| Kommunikative Fähigkeiten/Hören | 63,8 | 63,2 | 60,7 | p>0,05 n.s. |
| Psychosoziales Wohlbefinden | 51,3 | 47,2 | 45,1 | p>0,05 n.s. |
| Verhalten | 28,3 | 24,3 | 27,9 | p>0,05 n.s. |
| Aktivität und Beschäftigung | 63,8 | 56,3 | 54,9 | p>0,05 n.s. |
| Mittelwerte | 45,6 | 46,6 | 48,6 | - |

Die Ergebnisse zu den durchgeführten Abklärungen in den Bereichen Sehfähigkeit, Dehydratation/Flüssigkeitsbilanz und Freiheitsbeschränkende Maßnahmen weisen Inkonsistenzen insbesondere im zweiten Messverlauf auf. In den Bereichen Kognitive Beeinträchtigung/Demenz, Kommunikative Fähigkeiten/Hören, Psychosoziales Wohlbefinden, Verhalten, Aktivität und Beschäftigung nehmen die abgeklärten Probleme ab - auch hier zeigen die Messungen zum Teil Inkonsistenzen bei der zweiten Messung.

3.1.3. Aufnahme von abgeklärten Problemen in die Pflegeplanung

Die Anzahl der abgeklärten und in die Pflegeplanung aufgenommenen Bereiche gibt Auskunft über die pflegerische Entscheidungsfindung. Eine Zunahme der aufgenommenen Probleme drückt eine Verbesserung des Pflegehandelns in der Weise aus, dass vermehrt ursachenorientiert und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen (auf der Grundlage der Verfahrensschritte des RAI) geplant wird.

Eine erste Sichtung der Befunde ergab, dass über alle drei Assessmentdurchläufe weit mehr Risiko- bzw. Problembereiche identifiziert und abgeklärt wurden, als letztlich in die Pflegeplanungen eingingen. Die Messungen zeigten im Gesamtverlauf der Intervention eine Zunahme der abgeklärten und in die Pflegeplanung übernommenen Probleme. Während bei der Initialmessung im Mittel 52,1% der abgeklärten Probleme in die Pflege-

planung Eingang fanden, verringerte sich diese Zahl zum zweiten Messzeitpunkt und betrug 50,1%. Die meisten abgeklärten Probleme wurde in der letzten Phase in die Pflegeplanung übernommen. Hier waren es 56,5% aller abgeklärten Probleme (Tabelle 29).

Tabelle 29: Abgeklärte und in die Pflegeplanung übernommene Bereiche

| Abgeklärte und in die Pflegeplanung aufgenommene Probleme | 1. Assessment | 2. Assessment | 3. Assessment | Signifikanz |
|--|---------------|---------------|---------------|-------------|
| | in Prozent | in Prozent | in Prozent | |
| Kognitive Beeinträchtigung/Demenz | 49,2 | 35,9 | 49,5 | p<0,001 s. |
| Ernährungszustand | 68,2 | 69,6 | 74,5 | p<0,001 s. |
| Kommunikative Fähigkeiten/Hören | 55,7 | 46,2 | 58,1 | p<0,05 s. |
| Urinkontinenz/Dauerkatheter | 70,2 | 65,7 | 81,7 | p<0,05 s. |
| Verhalten | 48,8 | 42,9 | 64,7 | p<0,05 s. |
| Psychopharmaka | 10,2 | 13,4 | 18,0 | p<0,05 s. |
| Akute Verwirrtheit/Delir | 47,8 | 50,0 | 55,2 | p>0,05 n.s. |
| Rehabilitationspotential/ADL | 76,4 | 77,9 | 86,7 | p>0,05 n.s. |
| Mundpflege | 30,0 | 57,1 | 68,8 | p>0,05 n.s. |
| Druckgeschwüre/Dekubitus | 65,5 | 67,9 | 70,9 | p>0,05 n.s. |
| Aktivität/Beschäftigung | 51,5 | 50,6 | 55,2 | p>0,05 n.s. |
| Stürze | 63,6 | 59,1 | 65,9 | p>0,05 n.s. |
| Dehydratation/Flüssigkeitsbilanz | 60,0 | 50,0 | 82,8 | p>0,05 n.s. |
| Sehfähigkeit | 14,0 | 11,7 | 9,8 | p>0,05 n.s. |
| Psychosoziales Wohlbefinden | 50,0 | 38,2 | 47,3 | p>0,05 n.s. |
| Stimmungslage | 59,4 | 52,7 | 53,1 | p>0,05 n.s. |
| Sonden | 84,6 | 81,8 | 80,0 | p>0,05 n.s. |
| Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | 52,0 | 70,8 | 55,0 | p>0,05 n.s. |
| Mittelwerte | 52,1 | 50,1 | 56,5 | - |

Statistisch signifikant ist die Zunahme der abgeklärten und in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme in den Bereichen Kognitive Beeinträchtigung/Demenz, Ernährungszustand, Kommunikative Fähigkeiten/Hören, Urinkontinenz/Dauerkatheter, Verhalten und Psychopharmaka (Tabelle 29). Eine prozentuale Zunahme wurde auch bei den Schwerpunkten Akute Verwirrtheit/Delir, Rehabilitationspotential/ADL, Mundpflege und Druckgeschwüre/Dekubitus registriert - in diesen Bereichen sind die Ergebnisse jedoch nicht evident.

Daneben wurde eine Zunahme der abgeklärten und in die Pflegeplanung übernommenen Bereiche im Gesamtverlauf der Messung in den Bereichen Aktivität/Beschäftigung, Stürze und Dehydratation/Flüssigkeitsverlauf konstatiert. Allerdings sind auch diese Ergebnisse nicht statistisch signifikant, auch wurden Inkonsistenzen bei der zweiten Messung registriert. In den Bereichen Sehfähigkeit, Psychosoziales Wohlbefinden, Stimmungslage, Sonden und Freiheitsbeschränkende Maßnahmen wurde eine Verringerung der abgeklärten und in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme gemessen - auch diese Befunde zeigen zum Teil Verläufe, die nicht plausibel sind und an anderer Stelle erörtert werden sollen.

3.2. Analysen zum systematischen Vorgehen mit dem RAI in ausgewählten Bereichen

Einen weiteren Forschungsschwerpunkt zur Prozessqualität stellte die Analyse des systematischen Vorgehens mit dem RAI in den Bereichen Stürze und Dehydratation dar.

Diese Bereiche wurden ausgewählt, da hier auf der Grundlage der bereits vorgenommenen Auswertungen ein hoher Anteil an abgeklärten und in die Pflegeplanung übernommenen Problemen registriert wurde.

Die Auswertungen sind auf folgende Fragestellungen bezogen:

- Welcher Anteil von Personen mit Alarmzeichen in den Bereichen Stürze und Dehydratation wurde abgeklärt? Für welchen Anteil der Bewohner/innen mit Alarmzeichen in diesen Bereichen, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde, wurde auch eine Pflegeplanung gefertigt? Konnten Veränderungen im Verlauf der Untersuchung gemessen werden?
- Wurden die Abklärungshilfen und Pflegeplanungen tatsächlich auf der Grundlage der mit dem RAI dokumentierten Probleme und Ressourcen erstellt? Beziehungsweise, wurden Abweichungen von der Verfahrensweise mit dem RAI registriert und wie groß sind diese Abweichungen?
Mittels dieses Vorgehens sollen die im vorigen Abschnitt beschriebenen Ergebnisse näher beleuchtet werden.
- Waren Unterschiede im "Abklärungs- und Pflegeplanungsverhalten" des Personals beim Umgang mit Pflegebedürftigen feststellbar, die nur noch eine geringe Lebensdauer aufwiesen?

Zur Beantwortung der letztgenannten Frage erfolgte ein retrospektiver Vergleich der Überlebenden zu den innerhalb der Studie verstorbenen Personen.

3.2.1. Bereich Stürze

Im Bereich Stürze "zeigten" über den gesamten Messzeitraum 150 Personen Alarmzeichen (Tabelle 30). Die Anzahl der Personen mit solchen Alarmzeichen betrug zu den einzelnen Messzeitpunkten 50 bzw. 47 und 53 Personen; damit zeigte die Dokumentation im Mittel für 41,6% der Zielpersonen potentielle Risikofaktoren an, zu stürzen.

Welcher Anteil der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze wurde nun abgeklärt? Auf der Basis der ersten Erhebung erstellten die Pflegekräfte 31 und für die zweite Dokumentation 33 Abklärungshilfen. Bei der dritten Erfassung wurden 40 Abklärungshilfen erarbeitet. Dies entspricht einem Anteil von 62% abgeklärter Pflegeprobleme zum ersten

Messzeitpunkt, 70,2% erstellter Abklärungshilfen im zweiten Messdurchlauf und 75,5% intensiv bearbeiteter Probleme in der 3. Projektphase.

In einem weiteren Analyseschritt wurde die "Ursache" zur Durchführung der RAPs untersucht. Wurden die Abklärungshilfen strikt nach der Verfahrensweise des RAI auf der Grundlage des Alarmzeichensystems erstellt? Oder gab es auch Abklärungshilfen, die nicht auf dieser Grundlage durchgeführt wurden?

Die Auswertung in Tabelle 30 macht sichtbar: 30 der 31 Sturzabklärungen in der ersten Projektphase - das sind 96,7% - erfolgten auf der Basis der Alarmzeichen. Nur eine Abklärungshilfe wurde durchgeführt, ohne dass dies durch das MDS indiziert worden war. Diese Zahl veränderte sich zum zweiten Messzeitpunkt. Hier wurden durch die Pflegekräfte von insgesamt 33 Sturzabklärungen nur 26 RAPs (das sind 78,8%) auf der Grundlage der Alarmzeichen durchgeführt. Aber in gut einem Fünftel (21,2%), d.h. in 7 Fällen, waren keine Alarmzeichen gegeben. Dieser Wert stieg bei der dritten Messung wieder an (die Veränderung ist jedoch nicht statistisch signifikant), 90% aller Abklärungen wurden hier alarmzeichenbasiert erstellt.

Konstatiert wird, dass auf der Basis der Alarmzeichen zur ersten Messung für 60% der Personen, bei der zweiten Messung für 55,3% und nach der dritten Erhebung für 68% der Personen, die im Bereich Stürze Alarmzeichen aufwiesen, auch Abklärungshilfen erarbeitet wurden. Insgesamt betrachtet ist damit eine vermehrte Ursachenforschung für das Problem Stürze zu verzeichnen, die Ergebnisse sind aber inkonsistent und die Teststatistik zeigt, dass die Veränderungen nicht vom Zufall abgegrenzt werden können ($p > 0,05$ n.s.).

Wie stellt sich die Situation bei den Pflegeplanungen in diesem Bereich dar?

Maßnahmen zu Stürzen im Pflegeplan wurden nach dem Initialassessment für 20 Bewohner/innen, zum zweiten Messzeitpunkt für 18 Personen und bei der dritten Messung für 26 Pflegebedürftige formuliert.

Welcher Teil der alarmzeichenbasierten Abklärungen fand nun Eingang in die Pflegeplanung? Bei fast zwei Dritteln der Pflegebedürftigen befanden die Fachkräfte, dass das Risiko Sturz pflegeplanungsrelevant ist. Die genaue Messung ergab hier zum ersten Zeitpunkt 63,3%. Diese Zahl ging begründet durch den erhöhten Anteil nicht alarmzeichenbasierter Abklärungen zum zweiten Messzeitpunkt etwas zurück und betrug 61,5%. Der Befund macht aber deutlich, dass ein erheblicher Teil der "nicht RAI - begründeten" Abklärungen letztlich doch nicht in der Pflegeplanung erwähnt wurden.

Bei der dritten Messung wurden in etwa 67% die "korrekt" erstellten Befunde der Abklärungen auch in die Pflegeplanung übernommen. Die nähere Analyse zeigte dann, dass ein Teil der Planungen nicht auf der Basis der Alarmzeichen gefertigt worden war. In der

ersten Untersuchungsphase war dies nur eine Pflegeplanung. Ähnlich wie bei den Abklärungshilfen stieg auch dieser Befund bei der zweiten Messung an.

Tabelle 30: Analyse des Planungsverhaltens im Bereich Stürze

| | Bez. | Formel | ASS 1 (n=152) | ASS 2 (n=144) | ASS 3 (n=120) | Signifi- kantz* | Verstor- bene (n=31) |
|--|-------------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|----------------------------|
| Anzahl der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze | X | - | 50 | 47 | 53 | - | 11 |
| Anzahl der durchgeführten Abklärungshilfen (RAPs) im Bereich Stürze | X ₁ | - | 31 | 33 | 40 | - | 8 |
| Anteil der durchgeführten Abklärungshilfen an der Anzahl der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze | - | $X_1/X*100$ | 62,0% | 70,2% | 75,5% | - | 72,7% |
| Anzahl RAPs Stürze auf der Basis von Alarmzeichen (Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde) | X _{2/G} | - | 30 | 26 | 36 | - | 6 |
| Anteil RAPs Stürze auf der Basis von Alarmzeichen (Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde) an den Abklärungshilfen | - | X_{2G}/X_1*100 | 96,7% | 78,8% | 90,0% | p>0,05 n.s. | 75,0% |
| Anteil der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde, an der Anzahl der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze | - | $X_{2G}/X*100$ | 60,0% | 55,3% | 68,0% | p>0,05 n.s. | 54,5% |
| Anzahl RAPs Stürze <i>nicht</i> auf der Basis von Alarmzeichen (Personen <i>ohne</i> Alarmzeichen im Bereich Stürze, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde) | X _{2/NG} | - | 1 | 7 | 4 | - | 2 |
| Anteil RAPs Stürze <i>nicht</i> auf der Basis von Alarmzeichen (Personen <i>ohne</i> Alarmzeichen im Bereich Stürze, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde) an den Abklärungshilfen | - | X_{2NG}/X_1*100 | 3,2% | 21,2% | 10,0% | - | 25,0% |
| Anteil der Personen <i>ohne</i> Alarmzeichen im Bereich Stürze, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde an der Anzahl der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze | - | $X_{2NG}/X*100$ | 2,0% | 14,9% | 7,5% | - | 18,2% |
| Anzahl Pflegeplanungen im Bereich Stürze | X ₃ | - | 20 | 18 | 26 | - | 6 |
| Anzahl Pflegeplanungen im Bereich Stürze, die auf der Basis von Alarmzeichen erstellt wurden | X _{3/G} | - | 19 | 16 | 24 | - | 5 |
| Anteil der in die Pflegeplanung aufgenommenen Personen mit Alarmzeichen und durchgeführter Abklärungshilfe im Bereich Stürze | - | $X_{3G}/X_{2G}*100$ | 63,3% | 61,5% | 67,0% | p>0,05 n.s. | 83,3% |
| Anzahl Pflegeplanungen im Bereich Stürze, die <i>nicht</i> auf der Basis von Alarmzeichen erstellt wurden | X _{3/NG} | - | 1 | 2 | 2 | - | 1 |
| Anteil der Personen <i>ohne</i> Alarmzeichen, für die im Bereich Stürze eine Pflegeplanung erstellt wurde, an der Anzahl der Pflegeplanungen im Bereich Stürze | - | X_{3NG}/X_3 | 5,0% | 11,0% | 7,7% | - | 16,7% |
| Anteil der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Stürze, für die eine Pflegeplanung erstellt wurde, an der Anzahl der Personen mit Alarmzeichen in diesem Bereich | - | $X_{3G}/X*100$ | 38,0% | 34,0% | 45,3% | p>0,05 n.s. | 45,5% |

*Die Signifikanz der Veränderungen wurde mittels Friedman-Rangvarianzanalyse getestet. Die Signifikanzen wurden nur für die Indikatoren errechnet, die unmittelbar für eine systematische Vorgehensweise mit dem RAI stehen und damit für eine Qualitätsverbesserung sprechen.

Zwei der 26 Planungen basierten nicht auf der korrekten Anwendung des RAI. Und synchron zur Untersuchung der Abklärungshilfen ging auch dieses Ergebnis bei der dritten Messung wieder zurück. Zu diesem Zeitpunkt wurden ebenfalls zwei nicht alarmzeichenbasierte Pflegeplanungen registriert.

Im gesamten Messzeitraum konnte eine Zunahme der "korrekt" erstellten Pflegeplanungen bzw. eine Abnahme der nicht auf der Basis der Alarmzeichen erstellten Pflegeplanungen registriert werden. Jedoch sind auch hier die Veränderungen nicht statistisch signifikant ($p > 0,05$ n.s.).

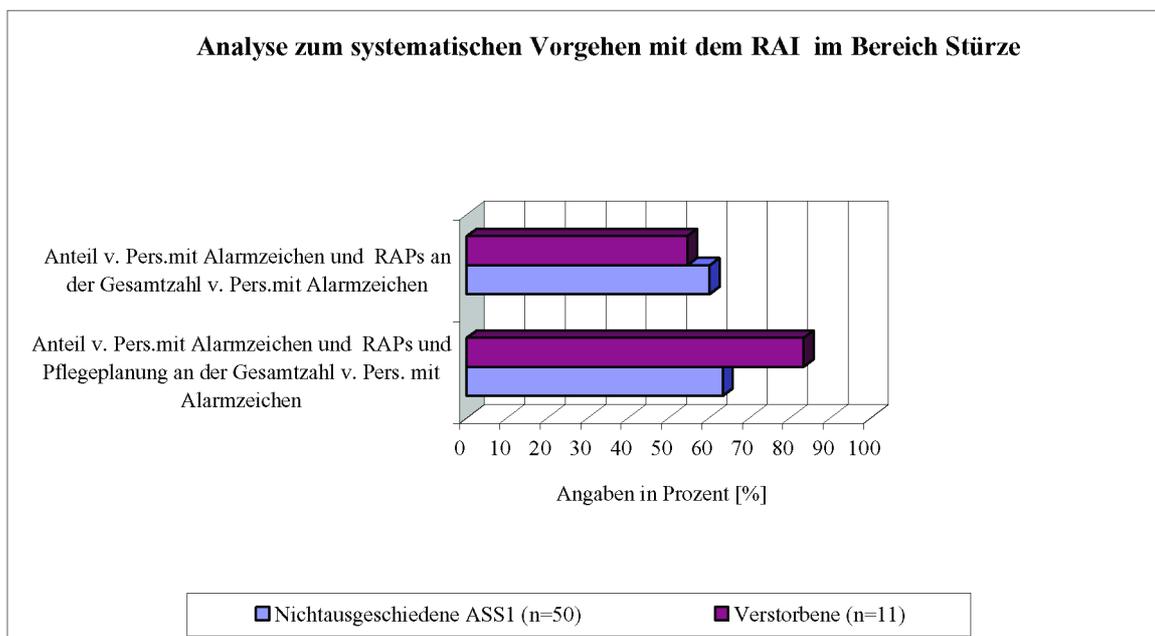
Der Anteil derjenigen Bewohner/innen (bzw. Dokumentationen zu diesen Bewohner/innen), die im Bereich Stürze Alarmzeichen aufwiesen, zu denen die entsprechende Abklärungshilfe durchgeführt wurde und zu denen dann auch noch eine Pflegeplanung erarbeitet wurde, betrug für das Initialassessment gemessen an der Gesamtzahl der Personen mit Alarmzeichen in diesem Bereich 38,0%. Er sank zum zweiten Messzeitpunkt auf 34,0% und erreichte dann einen Wert von 45,3%. Bezogen auf den gesamten Messzeitraum ist damit eine Zunahme von Pflegeplanungen, die anhand der Verfahrensschritte des RAI angelegt wurden, zu verzeichnen. Auch dieses Ergebnis ist nicht evident ($p > 0,05$ n.s.).

Konnten auf der Grundlage der erhobenen Daten Unterschiede im "Abklärungs- und Pflegeplanungsverhalten" des Personals bei Bewohner/innen gemessen werden, deren Gesundheitszustand nur noch eine geringe Lebensdauer vermuten ließ?

Beantwortet wurde diese Frage anhand der für die Lebenden und später Verstorbenen erstellten Abklärungshilfen und Pflegeplanungen.

Die Messung zeigt, dass 11 der im Verlauf der Studie verstorbenen Personen (dies sind 35,5% aller Personen mit Alarmzeichen in diesem Bereich) Alarmzeichen im Bereich "Stürze" aufwiesen. Mit 54,5% gegenüber 60,0% wurden im Vergleich zu den Überlebenden für diese Personen seltener Abklärungshilfen durchgeführt (siehe Abbildung 8). Von den abgeklärten Problemen wurden jedoch bei den Personen mit einer nur noch geringen Lebensdauer mit 83,3% etwa 20% mehr Probleme auch in die Pflegeplanung übernommen als bei anderen Personen (Messwert 63,3% abgeklärte und in die Pflegeplanung übernommene Probleme).

Abbildung 8: Analyse zum systematischen Vorgehen mit dem RAI: Gegenüberstellung Verstorbene und Nichtausgeschiedene im Bereich Stürze



3.2.2. Bereich Dehydratation

Analog zum Bereich Stürze wurde der Bereich Dehydratation analysiert.

In diesen Bereich zeigten im Gesamtverlauf der Untersuchung 148 Dokumentationen Alarmzeichen; über die drei Zeitpunkte wurden je 46, 50 und 52 Personen mit diesen Alarmzeichen registriert. Das bedeutet, es wiesen durchschnittlich 41,1% der Zielpersonen Alarmzeichen im Bereich Dehydratation auf.

Die Zählung der Abklärungshilfen (Tabelle 31) ergab für die erste Messung 35 RAPs, nach dem ersten Follow-up-Assessment wurden 38 und zum dritten Messzeitpunkt 29 Resident Assessment Protocols (RAPs) erarbeitet. Das entspricht einem Anteil von ca. 76% im ersten und zweiten Messdurchlauf und etwa 56% zum dritten Messzeitpunkt.

Auch im Bereich Dehydratation wurde die systematische Durchführung der RAPs (gemeint ist hier die Durchführung auf der Grundlage identifizierter Alarmzeichen) näher untersucht. Wurde auch hier ein Teil der Abklärungshilfen erstellt, obwohl dies nicht durch die Alarmzeichen indiziert war?

Die Evaluation ergab, dass von 35 RAPs in der ersten Projektphase 27 Abklärungshilfen (das sind mehr als drei Viertel) auf der Basis der Alarmzeichen erstellt worden waren, 8 Abklärungshilfen (ca. 23%) wurden erarbeitet, ohne dass dies aufgrund der Zustandsfeststellung angezeigt war. Dieser Anteil stieg zum Zeitpunkt der zweiten Messung noch an: Hier waren 13 der 38 erstellten RAPs (das sind etwa 34%) nicht alarmzeichenbasiert (Tabelle 31).

Tabelle 31: Analyse des Pflegeverhaltens im Bereich Dehydratation

| | Bez. | Formel | ASS 1 (n=152) | ASS 2 (n=144) | ASS 3 (n=120) | Signifi- kanz* | Verstor- bene (n=31) |
|--|-------------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|----------------------------|
| Anzahl der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation | X | - | 46 | 50 | 52 | - | 13 |
| Anzahl der durchgeführten Abklärungshilfen (RAPs) im Bereich Dehydratation | X ₁ | - | 35 | 38 | 29 | - | 7 |
| Anteil der durchgeführten Abklärungshilfen an der Anzahl der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation | - | $X_1/X*100$ | 76,1% | 76,0% | 55,8% | - | 53,8% |
| Anzahl RAPs Dehydratation auf der Basis von Alarmzeichen (Personen mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde) | X _{2/G} | - | 27 | 25 | 27 | - | 7 |
| Anteil RAPs Dehydratation auf der Basis von Alarmzeichen (Personen mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde) an den Abklärungshilfen | - | X_{2G}/X_1*100 | 77,1% | 65,8% | 93,1% | p>0,05 n.s. | 100,0% |
| Anteil der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde, an der Anzahl der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation | - | $X_{2G}/X*100$ | 58,7% | 50,0% | 51,9% | p>0,05 n.s. | 53,8% |
| Anzahl RAPs Dehydratation <i>nicht</i> auf der Basis von Alarmzeichen (Personen <i>ohne</i> Alarmzeichen im Bereich Dehydratation, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde) | X _{2/NG} | - | 8 | 13 | 2 | - | 0 |
| Anteil RAPs Dehydratation <i>nicht</i> auf der Basis von Alarmzeichen (Personen <i>ohne</i> Alarmzeichen im Bereich Dehydratation, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde) an den Abklärungshilfen | - | X_{2NG}/X_1*100 | 22,9% | 34,2% | 6,9% | - | 0,0% |
| Anteil der Personen <i>ohne</i> Alarmzeichen im Bereich Dehydratation, zu denen eine Abklärungshilfe durchgeführt wurde an der Anzahl der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation | - | $X_{2NG}/X*100$ | 17,4% | 26,0% | 3,8% | - | 0,0% |
| Anzahl Pflegeplanungen im Bereich Dehydratation | X ₃ | - | 20 | 21 | 24 | - | 5 |
| Anzahl Pflegeplanungen im Bereich Dehydratation, die auf der Basis von Alarmzeichen erstellt wurden | X _{3/G} | - | 15 | 15 | 24 | - | 5 |
| Anteil der in die Pflegeplanung aufgenommenen Personen mit Alarmzeichen und durchgeführter Abklärungshilfe im Bereich Dehydratation | - | $X_{3G}/X_{2G}*100$ | 55,6% | 60,0% | 88,9% | p>0,05 n.s. | 71,4% |
| Anzahl Pflegeplanungen im Bereich Dehydratation, die <i>nicht</i> auf der Basis von Alarmzeichen erstellt wurden | X _{3/NG} | - | 5 | 6 | 0 | - | 0 |
| Anteil der Personen <i>ohne</i> Alarmzeichen, für die im Bereich Dehydratation eine Pflegeplanung erstellt wurde, an der Anzahl der Pflegeplanungen im Bereich Dehydratation | - | $X_{3/NG}/X_3$ | 25,0% | 28,6% | 0,0% | - | 0,0% |
| Anteil der Personen mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation, für die eine Pflegeplanung erstellt wurde, an der Anzahl der Personen mit Alarmzeichen in diesem Bereich | - | $X_{3G}/X*100$ | 32,6% | 30,0% | 46,2% | p>0,05 n.s. | 38,5% |

*Die Signifikanz der Veränderungen wurde mittels Friedman-Rangvarianzanalyse getestet. Die Signifikanzen wurden nur für die Indikatoren errechnet, die unmittelbar für eine systematische Vorgehensweise mit dem RAI stehen und damit für eine Qualitätsverbesserung sprechen.

Dieser Wert ging bei der dritten Messung deutlich zurück. Nur zwei von 29 Abklärungshilfen wurden nicht auf der Basis der Alarmzeichen durchgeführt, etwa 93% der RAPs wurden anhand des in den Schulungen vermittelten Vorgehens erstellt. Auffällig ist, dass sich der Befund zum zweiten Messzeitpunkt wieder verschlechtert; eine klare Tendenz ist nicht erkennbar, die Veränderungen sind nicht evident.

Ein zusammenfassendes Ergebnis macht deutlich, dass zur ersten Messung für 58,7% der Klient/innen, und in der zweiten und dritten Studienphase für 50,0% bzw. 51,9% der Probanden mit Alarmzeichen im Bereich Dehydratation RAI-basierte Abklärungshilfen durchgeführt worden waren. Dies zeigt, dass die Verfahrensweise des RAI im Bereich Dehydratation von den Mitarbeiter/innen nicht in allen Fällen korrekt angewendet wurde.

Was zeigte die Betrachtung der Pflegeplanungen im Bereich Dehydratation?

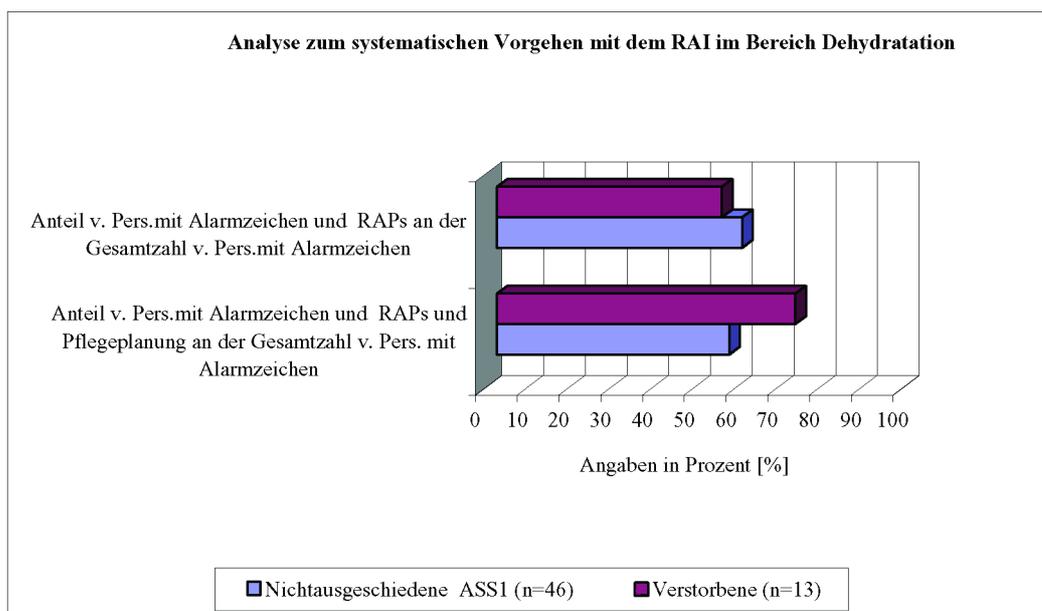
Pflegerische Interventionen wurden hier auf der Grundlage der ersten Dokumentation für 20 Bewohner/innen, nach der zweiten Dokumentation für 21 Bewohner/innen und zum dritten Messzeitpunkt für 24 Pflegebedürftige im Pflegeplan festgehalten. Die nähere Analyse ergab, dass in der ersten und zweiten Untersuchungsphase 25,0% bzw. 28,6% der Pflegeplanungen angefertigt wurden, ohne dass in der Dokumentation Alarmzeichen aufgetreten waren. Erfreulicherweise wurde aber in der dritten Assessmentphase kein einziger nicht durch Alarmzeichen indizierter Befund in die Pflegeplanung übernommen.

Welcher Anteil der mit den RAPs begründeten Maßnahmen wurde nun in den weiteren Pflegeplanungsprozess übernommen? Während im ersten und zweiten Durchgang 55,6% bzw. 60,0% der gefundenen Risiken dem Ermessen der Pflegekräfte nach für pflegeplanungsrelevant befunden wurde, stieg dieser Anteil zum dritten Messzeitpunkt auf 89,9% an. Der Anteil derjenigen Befunde, für die alle Verfahrensschritte des RAI stattgefunden hatten (Vorhandensein von Alarmzeichen, ursachenorientierte Abklärung, Aufnahme in die Pflegeplanung) betrug für das Initialassessment 32,6%, sank dann auf 30,0% und stieg schließlich auf 46,2%. Damit ist eine ähnliche Tendenz wie im Bereich Stürze zu verzeichnen. Auch im Bereich Dehydratation sind die Veränderungen nicht statistisch signifikant.

Hinsichtlich des Abklärungs- und Pflegeplanungsverhaltens bei Personen mit vermutlich nur noch kurzer Lebensdauer zeigte die Auswertung der Daten im Bereich Dehydratation ähnliche Ergebnisse wie bei der Betrachtung des Bereiches Stürze. Die Evaluation ergab für 13 der im weiteren Messzeitraum verstorbenen Personen (das entspricht einem Anteil von ca. 42% aller Personen mit Alarmzeichen in diesen Bereich) Alarmzeichen im Bereich Dehydratation.

Mit 53,8% durchgeführten RAPs bei den später Verstorbenen zu 58,7% erstellten RAPs für die Gruppe der nichtausgeschiedenen Bewohner/innen wurden vergleichsweise weniger Probleme bei Klient/innen, die erwartungsgemäß nur noch eine kurze Lebensdauer haben, genauer untersucht (Durchführung der Abklärungshilfen) (Abbildung 9). Auch hier wurden jedoch bei den später Verstorbenen mit 71,4% gegenüber 55,6 % deutlich mehr der abgeklärten Probleme in die Pflegeplanung übernommen.

Abbildung 9: Analyse zum systematischen Vorgehen mit dem RAI: Gegenüberstellung Verstorbene und Nichtausgeschiedene im Bereich Dehydratation



4. Qualität im klinischen Bereich: Befunde zur Ergebnisqualität

Im Zentrum der Auswertungen auf der Ebene der Bewohner/innen stand die Frage, ob die mit einem standardisierten Dokumentationsverfahren im Pflegealltag erhobenen Daten zum einen dazu geeignet sind, die Qualität pflegerischer Arbeit zu kontrollieren. Zum anderen sollten Potentiale zur Qualitätsverbesserung ermittelt sowie Alltagszusammenhänge identifiziert werden, die praxistaugliche Anhaltspunkte für eine gezielte Qualitätsarbeit darstellen.

An dieser Stelle soll nochmals betont werden, dass mittels dem gewählten Design und der untersuchten Stichprobe eine Messung von Zustandsveränderungen, die nachweisbar auf Qualitätsinterventionen zurückzuführen sind und vom Zufall abgegrenzt werden können, weder möglich noch intendiert war. Dafür wäre eine größere Stichprobe notwendig gewesen und es hätte einer exakteren Planung der Messzeitpunkte bedurft (siehe auch V. Diskussion). Daneben hätte die Messung der Wirksamkeit der Pflege einen Vergleich zwischen den Einrichtungen erfordert; die Bewohner/innen hätten zu etwa gleichen Teilen in der Stichprobe vertreten sein sollen.

Als Voraussetzung der vorgenommenen Analysen erfolgte zunächst die genaue Zustandsbeschreibung der Bewohner/innen zum ersten Messzeitpunkt (Baselinestatus).

Abbildung 10: Auswertung des Initialassessments

| | |
|---|---|
| <p>Voraussetzung für die Auswertungen zu Pflege - Outcomes</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Klassifikation der Untersuchungsgruppe (Baselinestatus) am Ausgangspunkt der Untersuchung anhand charakteristischer Zustandsmerkmale • Darstellung des Funktionsstatus der Untersuchungsgruppe am Ausgangspunkt der Untersuchung anhand zusammengefasster Merkmale |
|---|---|

In einem zweiten Schritt wurde die interindividuelle Entwicklung der nichtausgeschiedenen (in der Studie "verbliebenen") Bewohner/innen auf der Prävalenzebene analysiert. Die Prävalenz gilt dabei als "Maß für die zu einer bestimmten Zeit in einer definierten Population vorhandenen Krankheitsfälle" (Stark/Guggenmoos-Holzmann 1998: 286). In der vorliegenden Studie werden unter dem Begriff Krankheitsfälle auch pflegerische Probleme verstanden.

Um individuelle Ressourcen der Bewohner/innen aufzuzeigen, wurde in einem dritten Schritt eine Untersuchung der intraindividuellen Entwicklung der im Studienverlauf nichtausgeschiedenen Klient/innen auf der Inzidenzebene vorgenommen. "Die Inzidenz misst die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes neu auftretenden Krankheitsfälle in einer definierten Gruppe von Personen, die zu Beginn des Beobachtungszeitraumes frei von der zu

untersuchenden Krankheit waren" (Stark/Guggenmoos-Holzmann 1998: 286; Gordis 2001). In der vorliegenden Studie wurde der Begriff der Inzidenz in der Weise modifiziert, dass nicht nur neu aufgetretene Erkrankungen oder pflegerische Probleme erhoben wurden, sondern auch partielle Verschlechterungen von Fähigkeiten gemessen wurden. Und noch eine zusätzliche Abwandlung wurde vorgenommen: Nicht nur Verschlechterungen wurden betrachtet, auch Verbesserungen wurden kalkuliert - denn gerade diese sind unter dem Aspekt einer potentialorientierten und selbstständigkeitsfördernden Pflege von Bedeutung. Außerdem wurden Assoziationen zwischen Zustandsmerkmalen identifiziert, die Hinweise auf Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung geben.

Die Ergebnisse basieren auf der Auswertung der Assessments zu den drei Messzeitpunkten. Im Folgenden werden die Forschungsfragen und das Vorgehen bei der Auswertung der Pflege-Outcomes wiederholt.

Tabelle 32: Qualität im klinischen Bereich: Forschungsfragen zur Ergebnisqualität

| Qualität im klinischen Bereich: Forschungsfragen zur Ergebnisqualität (Ebene der Bewohner/innen) | Vorgehen |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Eignen sich die Daten zur Kontrolle der geleisteten Tätigkeit? • Können auf der Grundlage einer standardisierten Dokumentation Potentiale zur Qualitätsverbesserung identifiziert werden? • Können Alltagszusammenhänge identifiziert werden, die Hinweise für eine weitere Qualitätsverbesserung geben? Liefern die Daten Anhaltspunkte für bestehende Qualitätsdefizite? | <p><u>Messung der interindividuellen Entwicklung der Gruppe der Nichtausgeschiedenen anhand der Merkmalsverteilung und Merkmalshäufigkeit (Prävalenz)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung zusammengefasster Merkmale • Differenzierte Untersuchung einzelner Indikatoren zum Funktions- und kognitiven Status (Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen, Urinkontinenz) • Untersuchung ausgewählter Indizes (ADL-Score; Cognitiv Performance Scale); Darstellung anhand dreidimensionaler Balkengrafiken <p><u>Messung der intraindividuellen Entwicklung der Gruppe der Nichtausgeschiedenen anhand der Häufigkeit des Auftretens neuer Probleme (Inzidenzen)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator Bewegung im Bett • Indikator Stuhlkontinenz <p><u>Erforschung von Zusammenhängen zur Identifizierung von Potentialen zur Qualitätsverbesserung (Aufzeigen von Assoziationen, die Hinweise auf Qualitätsdefizite geben können)</u></p> <p>Ausgewählte Schwerpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereich Bewegung im Bett • Bereich Stürze • Bereich Freiheitsbeschränkende Maßnahmen • Bereich Psychopharmaka |

4.1. Charakteristika der Stichprobe am Ausgangspunkt der Untersuchung

Als Basis für weitere Analysen soll zunächst der Funktionsstatus der Zielpersonen beschrieben werden: Welche Einschränkungen hinsichtlich ihrer Selbstversorgungsfähigkeit wiesen die Probanden auf? Und über welche Ressourcen verfügten die Bewohner/innen noch?

Die Charakterisierung der untersuchten Klient/innen erfolgte in den Bereichen:

- Funktionsstatus, u.a. körperliche und geistige Funktionsfähigkeit sowie kognitiver Status klinische Charakteristika, Medikation, spezielle Behandlungen und Programme
- zusammengefasste Darstellung zur Funktionsfähigkeit (Bewohner/innen mit und ohne Probleme).

4.1.1. Befunde zum Funktionsstatus der Untersuchungsgruppe

Die folgenden Ergebnisse wurden den einzelnen Bereichen Körperliche Funktionsfähigkeit, kognitiver Status, psychische und geistige Funktionsfähigkeit, psycho-sozialer Status sowie Funktionsstatus hinsichtlich kommunikativer Fähigkeiten zugeordnet.

1. Körperliche Funktionsfähigkeit

Angaben zum körperlichen Funktionsstatus werden im Minimum Data Set auf der Grundlage von 11 ADLs (Activities of Daily Living/Aktivitäten des täglichen Lebens) erfasst. Die Beurteilung der Klient/innen wird bezogen auf letzten 7 Tage jeweils aus den Perspektiven Eigenleistung und Fremdhilfe vorgenommen. Dabei stellt die Perspektive Eigenleistung auf die Potentiale und Ressourcen der Bewohner/innen ab, aus dem Blickwinkel der Fremdhilfe wird hingegen der zu erbringende Pflegeaufwand betrachtet.

Die Darstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit in der vorliegenden Arbeit ist vorrangig an den vier ADLs orientiert, die zur Berechnung des ADL-Scores verwendet werden (siehe auch IV. 4.2.3.1). Dies sind die Items: Fähigkeiten zur Eigenleistung bei der Toilettenbenutzung, der persönlichen Hygiene, beim Gehen im Zimmer und bei der Nahrungsaufnahme.

Bei einer groben Sichtung der ersten Messergebnisse mussten bei allen **ADL-Aktivitäten** erhebliche Funktionseinschränkungen konstatiert werden (Tabelle 33). Dies betraf vor allem die sog. Early-Loss-Aktivitäten (vgl. Kuck/Garms-Homolová 2003), das sind diejenigen Fähigkeiten, welche i.d.R. zuerst verloren gehen. Dazu zählt u.a. die Fähigkeit zur persönlichen Hygiene. Aber auch bei den Fähigkeiten, die etwas später verloren gehen, wie bei der Toilettenbenutzung und der Bewegung im Zimmer, wurden erhebliche Defi-

zite gemessen. Im Bereich der sog. Late-Loss-Aktivitäten (ebd.), d.h. der Aktivitäten, die erfahrungsgemäß zuletzt verloren gehen, war demgegenüber eine relativ große Unabhängigkeit zu verzeichnen. Hierzu gehört die Fähigkeit, zu essen.

Im Einzelnen war bei der Erhebung des Initialassessments nur etwa ein Zehntel der Probanden (11,2%) im Bereich der **persönlichen Hygiene** vollständig unabhängig (Tabelle 33). Der Funktionsstatus eines Drittels der Bewohner/innen (33,2%) erforderte mindestens Aufsicht bzw. begrenzte Hilfe bei der Körperpflege; mehr als die Hälfte der Bewohner/innen (54,6%) war ohne verstärkte oder vollständige Hilfeleistung zu Tätigkeiten der persönlichen Hygiene nicht mehr in der Lage.

Erhebliche Selbstversorgungsdefizite zeigte auch die Messung der Fähigkeiten zur **Toilettenbenutzung**. Etwa ein Fünftel der Untersuchungsgruppe (18,0%) war hier zum ersten Messzeitpunkt noch vollständig unabhängig. Ca. ein Viertel (24,9%) benötigte Aufsicht oder begrenzte Hilfe. Bei annähernd der Hälfte der betrachteten Bewohner/innen (48,3%) waren mindestens verstärkte Hilfeleistungen zum Benutzen der Toilette, des Steckbeckens oder des Urinals unerlässlich.

Nur 39,5% der Klient/innen waren in der Lage, aufrecht und unabhängig im **Zimmer umherzugehen**; etwa ein Zehntel (10,7%) der Heimbewohner/innen benötigten zumindest Aufsicht oder begrenzte Hilfe. 12,7% der Klient/innen war diesbezüglich auf verstärkte Hilfe angewiesen oder vollständig abhängig. Und mehr als ein Drittel der Untersuchungsgruppe (37,1%) war auch mit verstärkter Hilfeleistung nicht mehr in der Lage, im Zimmer umherzugehen.

Imstande vollkommen unabhängig **zu essen und zu trinken** waren 46,8% der Probanden. 24,4 % bzw. 28,3 % der Zielpersonen benötigten Aufsicht/begrenzte Hilfe bzw. waren mindestens auf verstärkte Hilfe angewiesen. Eine Person hatte im Beobachtungszeitraum keine Nahrung zu sich genommen (Tabelle 33).

Tabelle 33: Baselinestatus/ADL-Leistungsfähigkeit/Eigenleistung (n=205)*

| ADL Leistungsfähigkeit/Eigenleistung | absolut | in Prozent |
|--|---------|------------|
| Persönliche Hygiene | | |
| Unabhängig | 23 | 11,2 |
| Aufsicht/begrenzte Hilfe | 68 | 33,2 |
| Verstärkte Hilfe/vollständige Abhängigkeit | 112 | 54,6 |
| Traf nicht zu | 2 | 1,0 |
| Toilettenbenutzung | | |
| Unabhängig | 37 | 18,0 |
| Aufsicht/begrenzte Hilfe | 51 | 24,9 |
| Verstärkte Hilfe/vollständige Abhängigkeit | 99 | 48,3 |
| Traf nicht zu | 18 | 8,8 |
| Gehen im Zimmer | | |
| Unabhängig | 81 | 39,5 |
| Aufsicht/begrenzte Hilfe | 22 | 10,7 |
| Verstärkte Hilfe/vollständige Abhängigkeit | 26 | 12,7 |
| Traf nicht zu | 76 | 37,1 |
| Essen/Trinken | | |
| Unabhängig | 96 | 46,8 |
| Aufsicht/begrenzte Hilfe | 50 | 24,4 |
| Verstärkte Hilfe/vollständige Abhängigkeit | 58 | 28,3 |
| Traf nicht zu | 1 | 0,5 |

*Summe ergibt für jede Kategorie 100%

Beim Item **Transferart** wurde dokumentiert, wie der Transfer vom oder in das Bett bzw. auf einen Stuhl vonstatten ging und welche Hilfsmittel dafür benötigt wurden. Die Messung zeigt, dass fast ein Viertel (23,4%) der Heimbewohner/innen meistens bettlägerig war, ungefähr die Hälfte der Probanden (51,7%) konnte sich ohne fremde Hilfe nicht aus dem Bett bewegen bzw. musste gehoben werden. 27,3 % der Probanden benötigten Hilfsmittel zur Fortbewegung und für 30,7% traf keine der genannten Optionen zu (Tabelle 34).

Tabelle 34: Baselinestatus/Transferart (n=205)*

| Körperliche Funktionsfähigkeit - Transferart | absolut | in Prozent |
|---|---------|------------|
| Meistens bettlägerig | 48 | 23,4 |
| Hilfe aus dem Bett/muss gehoben werden/Lifanwendung | 106 | 51,7 |
| Hilfsmittel (Stock, Gehhilfe, Stütze etc.) | 56 | 27,3 |
| Nichts zutreffend | 63 | 30,7 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

Die Messung des **Rehabilitationspotentials** (Tabelle 35) ergab: Für 43,4% der Klient/innen mussten die ADL-Aktivitäten mindestens verbal in einzelne Schritte zerlegt werden, damit sie bewältigt werden konnten. Etwa ein Drittel der Klient/innen (32,7%) war in der Lage, selbständig, aber langsam die ADL-Aktivitäten auszuführen. Daneben

wurden Überzeugungen und Hinweise, die sich auf mögliche Potentiale zur Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit in den ADL-Aktivitäten beziehen, erfasst. Nur 6,8% der Probanden glaubten, dass sie zunehmend mehr Selbständigkeit bei mindestens einigen ADL-Aktivitäten erreichen könnten. Vom Pflegepersonal wurde diese Annahme in 10,7% der Fälle vertreten. Interessant scheint, dass nur in 3,4 % aller Fälle - d.h. nur bei 7 Personen - alle genannten Merkmale bejaht wurden. Auch dies weist auf erhebliche Einschränkungen des körperlichen Funktionsstatus der Bewohner/innen hin. Tagesschwankungen wies fast die Hälfte (44,9%) der Klient/innen auf. In 39,0 % aller Fälle glaubten weder das Personal noch die Klient/innen an Verbesserungen, diese Klient/innen konnten keine ADL-Aktivitäten mehr ausführen und zeigten auch keine Tagesschwankungen bei der Ausführung alltäglicher Verrichtungen.

Tabelle 35: Baselinestatus/Aufteilung von ADL-Aktivitäten/Rehabilitationpotential (n=205)*

| Aufteilung von ADL-Aktivitäten/Rehabilitationpotential | absolut | in Prozent |
|--|---------|------------|
| Einzelne oder alle ADL-Aktivitäten mussten in den letzten 7 Tagen in einzelne Schritte zerlegt werden, damit die Klient/in sie bewältigen konnte | 89 | 43,4 |
| Klient/in glaubt, dass sie in der Lage ist, zunehmend Selbständigkeit in einigen ADL-Aktivitäten zu erreichen | 14 | 6,8 |
| Zuständiges Personal glaubt, dass Klient/in in der Lage ist, zunehmend Selbständigkeit in einigen ADL-Aktivitäten zu erreichen | 22 | 10,7 |
| Klient/in ist fähig ADL-Aktivitäten auszuführen, aber sehr langsam | 67 | 32,7 |
| Klient/innen, die alle der oben genannten Merkmale erfüllen | 7 | 3,4 |
| Tagesschwankungen in ADL-Aktivitäten | 92 | 44,9 |
| Nichts zutreffend | 80 | 39,0 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

2. Kognitiver Status

Eine Person der Untersuchungsgruppe befand sich im Wachkoma und wurde deshalb als **komatös**, d.h. ohne erkennbares Bewusstsein, eingestuft. Bei dieser Klientin entfiel die weitere Beurteilung der kognitiven, psychischen und geistigen Funktionsfähigkeit sowie der kommunikativen Fähigkeiten. Die Dokumentation des **Kurzzeitgedächtnisses** in den letzten 7 Tagen ergab, dass fast drei Viertel (71,1%) der Bewohner/innen Probleme in diesem Bereich hatten. Nur 28,9% der Klient/innen waren in der Lage, sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern. Bei den Zustandsfeststellungen zum **Langzeitgedächtnis** stellte sich die Situation nur wenig besser dar. Hier litten etwa zwei Drittel der Probanden (67,2%) unter größeren Gedächtnislücken. Nur etwa ein Drittel der Bewohner/innen (32,8%) konnte sich auch an länger zurückliegende Ereignisse erinnern (Tabelle 36).

Tabelle 36: Baselinestatus/Kognitive Fähigkeiten - Gedächtnis*

| Gedächtnis | absolut | in Prozent |
|-----------------------------------|---------|------------|
| Komatös (n=205) | | |
| nein | 204 | 99,5 |
| ja | 1 | 0,5 |
| Kurzzeitgedächtnis (n=204) | | |
| regelrecht | 59 | 28,9 |
| Probleme | 145 | 71,1 |
| Langzeitgedächtnis (n=204) | | |
| regelrecht | 67 | 32,8 |
| Probleme | 137 | 67,2 |

* Summe ergibt für jede Kategorie 100%

Die **Erinnerungs- und Orientierungsfähigkeit** wurde anhand konkreter Situationen eingeschätzt (Tabelle 37). Über die *Fähigkeit, die gegenwärtige Jahreszeit* anzugeben, verfügten nur 42,0% der Heimbewohner/innen; nur wenig mehr Klient/innen (48,3%) waren in der Lage, *das eigene Zimmer zu finden*; an den *Namen der zuständigen Pflegeperson* konnten sich 59,0% der Klient/innen erinnern. Etwa zwei Drittel der Probanden (64,4%) waren in der Lage zu *erkennen, dass sie sich in einer Institution befinden*. Ca. ein Viertel der Klient/innen (25,9%) konnte keine der genannten Fragen richtig beantworten - hier dokumentierten die Pflegekräfte mit "nicht zutreffend".

Tabelle 37: Baselinestatus/Kognitive Fähigkeiten - konkrete Situationen (n=204)*

| Gedächtnis/Erinnerungsfähigkeit | absolut | in Prozent |
|--|---------|------------|
| Jahreszeit angeben | 86 | 42,0 |
| Eigenes Zimmer finden | 99 | 48,3 |
| Namen/Gesichter der zuständigen Pflegepersonen erinnern | 121 | 59,0 |
| Erkennen, dass sie/er sich in einer Institution befindet | 132 | 64,4 |
| Nichts zutreffend | 53 | 25,9 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

Mit diesen Ergebnissen korrespondieren auch die Befunde zur **Fähigkeit der Bewohner/innen, alltägliche Entscheidungen zu treffen** (Tabelle 38). Ungefähr ein Zehntel (11,3%) der Zielpersonen war imstande, unabhängige und sinnvolle Entscheidungen zu alltäglichen Situationen zu treffen. Etwa ein Fünftel der Bewohner/innen (20,1%) konnte teilweise unabhängige Entscheidungen treffen; Schwierigkeiten traten hier vorrangig in neuen oder unbekanntem Situationen auf. Bei 68,6% der Zielpersonen wurde eine erhebliche Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit konstatiert, diese Personen trafen in den letzten 7 Tagen selten oder nie (sinnvolle) eigene Entscheidungen.

Tabelle 38: Baselinestatus/Kognitive Fähigkeiten -alltägliche Entscheidungen (n=204)

| Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen | absolut | in Prozent |
|--|---------|------------|
| Unabhängig - Entscheidungen sind folgerichtig und sinnvoll | 23 | 11,3 |
| Teilweise unabhängig - einige Schwierigkeiten bei Entscheidungen in unbekanntem Situationen | 41 | 20,1 |
| Mittlere/schwere Beeinträchtigung - braucht Anleitung und Überwachung bei Entscheidungen oder trifft selten/nie Entscheidungen | 140 | 68,6 |

Auch die Ergebnisse im Bereich **Hinweise auf ein Delir oder ein periodisches Aussetzen des Denkens bzw. der Wahrnehmung** zeigen, dass die Untersuchungsgruppe in ihrem Funktionsstatus stark belastet war (Tabelle 39). Bei mehr als der Hälfte der Zielpersonen (57,4%) wurde in den letzten 7 Tagen *Verwirrtheit, eine zeitweise veränderte Wahrnehmung oder Perioden unzusammenhängenden Sprechens* dokumentiert. *Zeiten der Unruhe*, die durch ein ständiges "Nesteln", motorische Unruhe oder wiederholte Bewegungen (sog. "Ticks") gekennzeichnet sind, traten bei mehr als einem Viertel (28,4%) der Stichprobe auf. Ähnliche Ergebnisse zeigte die Erfassung von *Zeiten der Lethargie*. Solche Zeiten, in denen sich die Klient/innen kaum bewegen, schlaff und träge erscheinen oder in die Luft starren, wurden bei etwa einem Drittel (31,4%) der Zielgruppe beobachtet. *Tagesschwankungen der kognitiven Fähigkeiten* zeigte mehr als die Hälfte der Bewohner/innen (53,4%). Werden die Befunde zusammengefasst, zeigt sich, dass nur knapp ein Drittel der Zielpersonen nicht mindestens zeitweilig unter Symptomen litt, die auf ein Delir hindeuten. Bei einem Zehntel der Klient/innen wurde eines der genannten Symptome beobachtet. Etwa je ein Viertel der Zielpersonen zeigte zwei bzw. drei der gemessenen Phänomene. Und 8,3% der Probanden litten unter allen vier Problemen.

Tabelle 39: Baselinestatus/Hinweise auf ein Delir (n=204)*

| Hinweise auf ein Delir | absolut | in Prozent |
|--|---------|------------|
| Verwirrtheit/zeitweise veränderte Wahrnehmung/Episoden unzusammenhängenden Sprechens | 117 | 57,4 |
| Zeiten der Unruhe (nestelt, zeigt motorische Unruhe und wiederholte Bewegungen, "Tick") | 58 | 28,4 |
| Zeiten der Lethargie (starrt in die Luft, bewegt sich kaum, schlaff, träge) | 64 | 31,4 |
| Tagesschwankungen kognitiver Fähigkeiten (mal besser, mal schlechter, manchmal vorhanden...) | 109 | 53,4 |
| Zusammenfassung der Merkmale Hinweise auf ein Delir | | |
| keine Beeinträchtigung | 63 | 30,9 |
| ein Problem | 21 | 10,3 |
| zwei Probleme | 53 | 26,0 |
| drei Probleme | 50 | 24,5 |
| vier Probleme | 17 | 8,3 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

3. Psychische und geistige Funktionsfähigkeit (Verhaltensstatus)

Die Beurteilung von **Stimmungslage und Verhalten** erfolgt für den Beobachtungszeitraum von 30 Tagen und wird im MDS anhand von 16 Items erfasst, die den *Bereichen Verbaler Ausdruck von Bedrücktsein* (z.B. negative Äußerungen zum Sinn des Lebens, Wunsch zu sterben), *Schlafzyklus, Anzeichen von Traurigkeit, Apathie und Ängstlichkeit* (u.a. motorische Unruhe und weinerliche Stimmung) und *Interesselosigkeit* zugeordnet werden können (siehe Anhang 2). Der Zustand wird mittels einer Skale mit den Ausprägungen "zeigte sich nicht (0)", "zeigte sich an 5 oder weniger Tagen pro Woche (1)" und "zeigte sich täglich oder fast täglich - an 6 oder 7 Tagen pro Woche (2) " erhoben.

Die folgende Auswertung wurde auf der Grundlage der Depression Rating Scale (DRS) vorgenommen (Burrows et al. 2000) (Anhang 9). Der Score kann einen Wert von 0 bis 14 einnehmen. Bei 0 wurden keinerlei Hinweise auf eine Depression beobachtet, ab 3 wird von einem Depressionsrisiko gesprochen, der Wert 14 steht für schwere Depressionen.

Die Messung des Depressionsrisikos zum ersten Messzeitpunkt ergab (Tabelle 40): 74,0% der Zielpersonen (das sind 151 Bewohner/innen) wiesen keine oder nur sehr geringfügige und seltene Anzeichen von Depressionen auf (Score 0 bis 2). Jedoch zeigten 26,0% der Klient/innen (dies sind 53 Personen) Hinweise auf Depressionen unterschiedlicher Stärke (Score 3 bis 9). Bei 11,3% der Zielpersonen (23 Bewohner/innen) gab es Hinweise auf eine beginnende Depression (Score 3), bei 7,8% der Bewohner/innen waren diese Anzeichen deutlicher ausgeprägt (Score 4). Bei 6 bzw. 4 Personen wurden Symptome gefunden, die für mittelschwere Depressionen typisch sind (Score 5 und 6). Etwas stärkere Symptome, aber noch keine schweren Depressionen (Score 7 bis 9), wurden jeweils bei einer bzw. zwei Klient/innen beobachtet. Schwere oder schwerste manifeste Depressionen wurden bei keiner Bewohner/in gemessen (keine positiven Befunde der Scores 10 bis 14).

Tabelle 40: Baselinestatus/Depression Rating Scale (DRS) (n=204)

| Depression Rating Scale/ Score | absolut | in Prozent |
|--------------------------------|---------|------------|
| 0 | 70 | 34,3 |
| 1 | 36 | 17,6 |
| 2 | 45 | 22,1 |
| 3 | 23 | 11,3 |
| 4 | 16 | 7,8 |
| 5 | 6 | 2,9 |
| 6 | 4 | 2,0 |
| 7 | 1 | 0,5 |
| 8 | 2 | 1,0 |
| 9 | 1 | 0,5 |

Wie häufig traten nun **Verhaltensauffälligkeiten** auf?

Bezogen auf die letzten 7 Tage ergab die Messung, dass etwa je 17% der Zielpersonen (ca. 17%) mindestens einmal in der Woche auffällige Verhaltensweisen wie Umherirren, verbale Aggressivität oder sozial unangemessenes Verhalten zeigten. 13,8% der Probanden widersetzten sich der Behandlung und Pflege und bei 8,3% der Personen wurde körperliche Aggressivität, die sich etwa im Schlagen, Treten oder Kratzen oder der sexuellen Belästigung anderer Personen zeigte, registriert (Tabelle 41).

Tabelle 41: Baselinestatus/Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten (n=204)*

| Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten | absolut | in Prozent |
|---|---------|------------|
| Umherirren | 36 | 17,6 |
| Verbale Aggressivität | 35 | 17,2 |
| Sozial unangemessenes Verhalten | 35 | 17,2 |
| Widersetzt sich der Behandlung und Pflege | 28 | 13,8 |
| Körperliche Aggressivität | 17 | 8,3 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

4. Psycho-sozialer Status

Die Dokumentation der **vorhandenen Initiative und Beteiligung** (Tabelle 42) ergab ebenfalls bei einem beträchtlichen Teil der Bewohner/innen Probleme.

Nur für etwa ein Drittel (31,9%) der Pflegebedürftigen gestaltete sich der *Umgang mit anderen Personen* problemlos, der restliche Anteil der Bewohner/innen hatte in diesem Bereich Probleme. Ungefähr ein Fünftel (22,1% bzw. 23,5%) der Klient/innen war in der Lage, *eigene Tätigkeiten problemlos zu strukturieren und zu planen bzw. selbstgewählte Aktivitäten* wahrzunehmen. 14,2% der Zielpersonen *setzten sich eigene Ziele*. Weniger als die Hälfte der Heimbewohner/innen (46,1%) beteiligte sich an *Gemeinschaftsaktivitäten*, pflegte *Freundschaften* oder nahm *Einladungen zu Gruppenaktivitäten* an.

Aus der Ausgangsmessung zur Qualität und Art der Beziehungen im MDS-Bereich "**labile Beziehungen**" resultiert (Tabelle 42): 13,7% der Zielpersonen - äußerten *offene Kritik am Personal* oder litten an offenen oder verdeckten *Konflikten zum Personal*; 8,8% der Bewohner/innen waren *unglücklich mit der Zimmernachbar/in*. Ca. ein Fünftel der Befragten (19,6%) gab an, *unglücklich mit anderen*, im selben Wohnbereich lebenden Mitbewohner/innen zu sein. Relativ wenige Zielpersonen (6,4%) brachten *Konflikte oder Ärger mit Angehörigen oder Freunden* zum Ausdruck und fast ein Zehntel der Heimbewohner/innen (9,8%) hatte *keinen persönlichen Kontakt mehr zu Angehörigen oder Freunden*. Bei 44,1% der Zielpersonen konnte keine der genannten Kategorien eindeutig bejaht oder verneint werden.

Tabelle 42: Baselinestatus/Initiative und Beteiligung (n=204)*

| Initiative/Beteiligung | absolut | in Prozent |
|--|----------------|-------------------|
| Umgang mit anderen Personen problemlos | 65 | 31,9 |
| Plant und strukturiert problemlos eigene Tätigkeiten | 45 | 22,1 |
| Nimmt selbstgewählte Aktivitäten problemlos wahr | 48 | 23,5 |
| Setzt sich eigene Ziele | 29 | 14,2 |
| Nimmt an Aktivitäten der Einrichtung teil (hat/pflegt Freundschaften, beteiligt sich an Gemeinschaftsaktivitäten, neuen Angeboten) | 94 | 46,1 |
| Nimmt Einladungen zu den meisten Gruppenaktivitäten an | 82 | 40,2 |
| Nichts zutreffend | 75 | 36,8 |
| Labile Beziehungen | | |
| Offener verdeckter Konflikt, wiederholte Kritik am Personal | 28 | 13,7 |
| Unglücklich mit Zimmernachbarin | 18 | 8,8 |
| Unglücklich mit anderen Bewohnern | 40 | 19,6 |
| Bringt Konflikt/Ärger mit Angehörigen/Freunden zum Ausdruck | 13 | 6,4 |
| Hat keinen persönlichen Kontakt zu Angehörigen/Freunden | 20 | 9,8 |
| Nichts zutreffend | 90 | 44,1 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

Bezüglich der **Durchschnittsdauer der Aktivitäten** ergab die Messung, dass ca. 25% der Bewohner/innen mehr als zwei Drittel ihres Wachseins mit verschiedenen Aktivitäten füllten. 31,7% verbrachten ca. die Hälfte ihrer Wachzeit mit Aktivitäten und bei einem weiteren Viertel der Klient/innen beobachteten die Pflegekräfte Aktivitäten nur in weniger als einem Drittel der Wachzeit. Bei 39 Personen (19%) wurden keinerlei Aktivitäten registriert.

5. Kommunikative Fähigkeiten

Um die Situation der Probanden hinsichtlich ihrer Kommunikationsfähigkeit in den letzten 7 Tagen abzubilden, wurde zum einen die Fähigkeit, sich verständlich zu machen und zum anderen die Fähigkeit, andere zu verstehen, gemessen (Tabelle 43).

Ca. zwei Drittel der Bewohner/innen (66,2%) waren in der Lage, sich meistens oder immer verständlich zu äußern. Ein wesentlich geringerer Teil - 17,6% der Zielpersonen - konnte sich zumindest manchmal verständlich machen. Jedoch waren anteilmäßig fast ebenso viele Personen (16,2%) selten oder nie imstande, ihre Wünsche und Bedürfnisse in einer verständlichen Form zu äußern. Mit diesen Ergebnissen korrespondieren auch die Befunde zur Fähigkeit, andere zu verstehen. Fast analog zum Anteil derjenigen Personen, die sich auch verständigen konnten, verhält sich der Anteil der Personen, die in der Lage waren, andere Personen meist oder immer zu verstehen (65,2%). Etwa ein Viertel der Probanden (23,0%) war fähig, andere Personen zumindest manchmal zu verstehen. Rund ein Zehntel der Heimbewohner/innen (11,8%) war außerstande, andere Personen zu verstehen und konnte auch nicht mit anderen Personen kommunizieren.

Tabelle 43: Baselinestatus/Kommunikative Fähigkeiten (n=204)*

| Kommunikative Fähigkeiten | absolut | in Prozent |
|---|---------|------------|
| Sich verständlich machen | | |
| Ist immer oder meist verständlich | 135 | 66,2 |
| Ist manchmal verständlich | 36 | 17,6 |
| Ist selten/nie verständlich | 33 | 16,2 |
| Fähigkeit andere zu verstehen | | |
| Versteht immer oder meist | 133 | 65,2 |
| Versteht manchmal | 47 | 23,0 |
| Versteht selten/nie | 24 | 11,8 |
| Hören | | |
| Hört gut-normale Gespräche, Fernseher, am Telefon | 88 | 43,3 |
| Schwierigkeiten | 102 | 49,8 |
| Hört praktisch nichts | 14 | 6,9 |
| Sehen | | |
| Gut - sieht kleine Details | 105 | 52,0 |
| Teilweise oder stark beeinträchtigt | 89 | 43,6 |
| Schwerwiegend beeinträchtigt - blind | 10 | 4,4 |

* Summe ergibt für jede Kategorie 100%

Belastet war die Zielgruppe auch hinsichtlich der **Hörfähigkeit**. Die Messungen wiesen bei fast der Hälfte der Bewohner/innen Schwierigkeiten beim Hören nach. Bei 6,9% der Pflegebedürftigen wurde konstatiert, dass diese Personen praktisch nichts mehr hören. Ähnlich fielen die Resultate zur Messung der **Sehfähigkeit** aus, hier wurde bei 43,6% der Probanden eine teilweise oder stärker beeinträchtigte Sehfähigkeit registriert. 4,4% der Zielpersonen waren blind bzw. schwerwiegend in ihrer Sehfähigkeit beeinträchtigt; diese Klient/innen sahen nur Farben oder Umrisse und folgten nicht mit den Augen.

4.1.2. Klinische Charakteristika, Medikation, Behandlungen und Programme

Die Auswertung der **aktuellen Krankheitsdiagnosen** (Tabelle 44) zeigt, dass bei fast der Hälfte der Heimbewohner/innen (46,4%) eine hirnorganische oder psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Im Einzelnen bezog sich die Dokumentation auf die Alzheimererkrankung, diagnostizierte Depressionen sowie dementielle und manisch-depressive Erkrankungen. Dieses Ergebnis bekräftigt den Befund, dass bei vielen Klient/innen Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten sowie Beeinträchtigungen bei Stimmungslage und Verhalten existierten.

Ein Diabetes mellitus lag bei 39,5% aller Klient/innen vor. Mehr als ein Sechstel der Klient/innen (17,1%) hatte bereits einen Apoplex bzw. cerebrovaskulären Insult. 13,7% der Klient/innen litt an halbseitigen Lähmungen.

Probleme im Mundbereich (Kau- und Schluckprobleme) wurden bei insgesamt 39,1% der Bewohner/innen festgestellt. 38,5% der Bewohner/innen konnten Speisen nur entsprechend vorbereitet und zerkleinert zu sich nehmen und ca. ein Zehntel der Klient/innen (10,7%) musste mit einer Sonde ernährt werden (Tabelle 44).

Tabelle 44: Baselinestatus/Gesundheitszustand (n=205)*

| Krankheitsdiagnosen/Krankheiten | absolut | in Prozent |
|--|---------|------------|
| Alzheimererkrankung | 27 | 13,2 |
| Andere dementielle Erkrankung | 38 | 18,5 |
| Depression | 26 | 12,7 |
| Manisch-depressive Erkrankung | 4 | 2,0 |
| Diabetes mellitus | 81 | 39,5 |
| Cerebrovaskulärer Insult/Apoplex | 35 | 17,1 |
| Hemiplegie/Hemiparese | 28 | 13,7 |
| Probleme im Mundbereich | | |
| Schwierigkeiten beim Kauen | 44 | 21,5 |
| Probleme beim Schlucken | 36 | 17,6 |
| Nahrungsaufnahme nur nach Vorbereitung und Zerkleinerung | 79 | 38,5 |
| Sondenzufuhr | 22 | 10,7 |
| Probleme des Gesundheitszustandes | | |
| Unsicherer Gang | 40 | 19,5 |
| Benommenheit und Schwindel | 13 | 6,3 |
| Ödeme | 17 | 8,3 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

Die Messung weiterer **Probleme des Gesundheitszustandes** ergab bei ca. einem Fünftel der Zielpersonen (19,5%) einen unsicheren Gang. 6,3% der Klient/innen litten unter Benommenheit und Schwindel und bei 8,3% der Personen wurden Ödeme festgestellt.

Fast die Hälfte der Klient/innen (42,9%) in allen Einrichtungen klagte innerhalb der letzten 7 Tage über **Schmerzen** (Tabelle 45). Von annähernd einem Drittel dieser Personen (27,8%) wurde leichte Schmerzen angegeben, 15,1% Prozent der Bewohner/innen litten unter mittelstarken Schmerzen. Eine Gegenüberstellung der erfassten Schmerzindikatoren Häufigkeit und Intensität zeigt, dass nur 57,1% der Klient/innen keine Schmerzen angaben, etwa ein Fünftel der Probanden (19,0%) litt unter selteneren und eher leichten Schmerzen. Mehr als ein Zehntel der Klient/innen (11,2%) aber klagte täglich über Schmerzen mittlerer Intensität.

Tabelle 45: Baselinestatus/Kreuztabelle zu Häufigkeit und Intensität der Schmerzen (n=205)

| | Schmerz/Intensität | | |
|------------------------------|--------------------|------------------|---------------------------|
| | Kein Schmerz | Leichter Schmerz | Mittlerer/starker Schmerz |
| Schmerz/Häufigkeit | in Prozent | in Prozent | in Prozent |
| Kein Schmerz | 57,1 | - | - |
| Seltener als täglich | - | 19,0 | 3,9 |
| Täglich | - | 8,8 | 11,2 |
| Gesamt von Intensität | 57,1 | 27,8 | 15,1 |

10,7% der Bewohner/innen stürzten innerhalb der letzten drei Monate, ca. 5% der Stürze ereigneten sich innerhalb der letzten 30 Tage. Drei Bewohner/innen zogen sich dabei einen Oberschenkelhalsbruch zu. Andere Frakturen innerhalb der letzten drei Monate wurden bei 5% der zu versorgenden Personen registriert.

Ein weiteres Merkmal des klinischen Zustandes stellen **Ulcera** dar. Tabelle 46 zeigt, dass bei 12,7% der Zielpersonen Ulcera im ersten Stadium (ständige Rötung der Haut) registriert wurden. Bei 4,4% der Klient/innen war bereits eine Blasenbildung der Haut (zweites Stadium) zu verzeichnen. Drei Personen wiesen ein Ulcera im dritten Stadium mit Verlust der Oberhaut auf. Ulcera im vierten Stadium, bei denen die Oberhaut und subkutanes Gewebe völlig verlustig gegangen und Muskeln und Knochen bereits sichtbar sind, wurden bei zwei Pflegebedürftigen beobachtet. Die Auswertung der Zuordnung der vorhandenen Ulcera ergab, dass die meisten Ulcera (97,6%) sogenannte Druckgeschwüre durch Aufliegen sind. Nur 2,4% dieser Probleme sind auf mangelnde venöse Blutzirkulation in den Beinen zurückzuführen.

Ferner wurde das Vorhandensein **anderer Hautprobleme** überprüft. Festgestellt wurde, dass ca. ein Fünftel (19,0%) der Klient/innen unter Ausschlägen verschiedener Art litt; etwa ein Sechstel der Probanden hatte Abschürfungen oder blaue Flecke. Andere Hautprobleme, wie Verbrennungen, offene Läsionen anderer Art oder taube Hautbezirke wurden nur sehr selten gefunden (Tabelle 46).

Tabelle 46: Baselinestatus/Ulcera (n=205)*

| Zustand der Haut/Ulcera: Schwere | absolut | in Prozent |
|--|---------|------------|
| 1. Stadium: Ständige Rötung (keine Läsion) | 26 | 12,7 |
| 2. Stadium: Abschürfung der Haut, Blasenbildung oder flache Krater | 9 | 4,4 |
| 3. Stadium: Verlust der Oberhaut | 3 | 1,5 |
| 4. Stadium: Verlust der Oberhaut und des subkutanen Gewebes | 2 | 1,0 |
| Zustand der Haut/Andere Hautprobleme | | |
| Ausschläge | 39 | 19,0 |
| Abschürfungen, blaue Flecke | 32 | 15,6 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

Welche pflegerischen Maßnahmen wurden nun zur Hautpflege und **Versorgung der Hautprobleme** ergriffen? Am häufigsten, in 67,8% aller Fälle, kamen feuchtigkeitsspendende Pflegeprodukte zur Anwendung und zu 39,0% wurde andere Hautpflegen zur Prävention von Hautproblemen eingesetzt. Außerdem erhielt fast der Hälfte der Heimbewohner/innen (43,4%) druckentlastende Hilfsmittel für das Bett. Bei etwa jeweils 17% der Klient/innen kamen Sitzauflagen, Lagerungspläne oder andere Mittel zur Dekubituspflege zum Einsatz. Außerdem wurden in einem Viertel aller Fälle (24,4%) Salben und Medikamente zur Hautpflege benutzt.

Die Erfassung der **Fußprobleme** ergab bei 14,1% der Pflegebedürftigen Probleme wie eingewachsene Zehennägel, Hühneraugen, Schwielen, entzündete Fußballen oder Hammerzehen vorhanden waren. Mehr als die Hälfte der erfassten Personen (59,5%) erhielt in den letzten 90 Tagen eine Fußpflege und bei rund 4% der Probanden kamen Verbände mit oder ohne Medikation zur Anwendung.

Ein anderes pflegerisches Problem ist die **Inkontinenz**. Aus Tabelle 47 wird ersichtlich, dass nur 44,4% der Zielpersonen (zumeist) zur Kontrolle ihrer Darmtätigkeit in der Lage sind, etwa 5% verfügen noch über eine Restkontrolle (z.B. tagsüber), aber etwa die Hälfte der Bewohner/innen (50,7%) ist häufig oder immer stuhlinkontinent. Noch drastischere Ergebnisse ergab die Messung der Urinkontinenz. Hier wurde nur bei rund einem Viertel der Klient/innen (26,9%) eine vollständige Selbstkontrolle konstatiert, 10,2% verfügten über eine Restkontrolle ihrer Blasentätigkeit; bei über 60% der Probanden wurden häufige oder ständige Urininkontinenz beobachtet.

Tabelle 47: Baselinestatus/Kategorien der Kontinenzkontrolle (n=205)*

| Kategorien der Kontinenzselbstkontrolle | absolut | in Prozent |
|---|---------|------------|
| Stuhlinkontinenz/Kontrolle vorhanden | | |
| Kontinent bzw. meist kontinent | 91 | 44,4 |
| Gelegentlich inkontinent | 10 | 4,9 |
| Häufig oder immer inkontinent | 104 | 50,7 |
| Urinkontinenz/ - Kontrolle vorhanden | | |
| Kontinent bzw. meist kontinent | 55 | 26,9 |
| Gelegentlich inkontinent | | 10,2 |
| Inkontinent | 149 | 62,9 |

* Summe ergibt für jede Kategorie 100%

Ferner werden im MDS eingesetzte Hilfsmittel und **Programme zur Inkontinenzversorgung** dokumentiert. Die Messungen ergeben: In 75,6% aller Fälle wurden Einlagen und Vorlagen benutzt. Toilettenpläne oder ein gezieltes Darm- und Toilettentraining

kamen etwa bei je einem Drittel der Pflegebedürftigen zur Anwendung. 10,7% der Heimbewohner/innen wurden mit einem Dauerkatheter versorgt.

Die Kreuztabellen 48 und 49 zeigen u.a., dass im Mittel bei 27,0% der Urininkontinenten ein Toiletten(zeit)plan durchgeführt wurde, aber nur 3,9% der kontinenten oder meist kontinenten Klient/innen erhielten präventiv diese Art des Kontinenztrainings. Etwas anders stellt sich die Situation bei den stuhlinkontinenten Personen dar. Hier erhielt ein Fünftel der Inkontinenten ein Darmtraining, außerdem wurde bei 15,6% der Nichtbetroffenen diese Möglichkeit zum Erhalt der Kontrollfähigkeit über den Darm genutzt.

Tabelle 48: Baselinestatus/Kreuztabelle zu Urinkontinenz und Toilettenplan (n=205)

| | | Toilettenplan | |
|---------------|--------------------------------|---------------|------------|
| | | ja | nein |
| | | in Prozent | in Prozent |
| Urinkontinenz | inkontinent | 27,0 | 46,1 |
| | kontinent bzw. meist kontinent | 3,9 | 23,0 |

Tabelle 49: Baselinestatus/Kreuztabelle zu Stuhlinkontinenz und Toilettentraining (n=205)

| | | Toilettentraining | |
|------------------|--------------------------------|-------------------|------------|
| | | ja | nein |
| | | in Prozent | in Prozent |
| Stuhlinkontinenz | inkontinent | 20,0 | 35,6 |
| | kontinent bzw. meist kontinent | 15,6 | 28,8 |

Auch die **Anzahl der verabreichten Medikamente** (Medikamente unterschiedlicher Art) wurde erhoben. Nur 6,3% der Bewohner/innen erhielten im Beobachtungszeitraum von 7 Tagen keine Medikamente, 60,5% der Probanden bekamen bis zu fünf unterschiedliche Medikamente pro Woche. Etwa ein Drittel (31,7%) der Zielpersonen nahm 6 bis 20 verschiedene Medikamente pro Woche. Die Erfassung der Zuordnung der Medikation nach verschiedenen Medikamentengruppen konnte nicht ausgewertet werden, da die hohe Anzahl von Fehlangaben keine zufriedenstellende Evaluation erlaubte (siehe IV. 2.1.).

Einen weiteren Bereich der Erfassung stellen die **speziellen Behandlungen** dar (Tabelle 50). Hier wurden zunächst Maßnahmen, die in den Bereich des SGB V fallen, dokumentiert. Dazu gehören Maßnahmen durch Spezialisten, z.B. Physiotherapien, Psychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Behandlungspflege. Bei ca. einem Viertel der Klient/innen (25,4%) wurde eine Flüssigkeitsbilanzierung durchgeführt. Zwei Pflegebedürftige sind Dialysepatienten und nur eine Person erhält intravenöse Injektionen. Als **rehabilitative Programme durch ausgebildete Fachkräfte** kamen bei 21,0% der Klient/innen ergotherapeutische Maßnahmen und zwar zumeist an ein bis drei Wochen-

tagen zur Anwendung. Bei 13,1% der Zielpersonen kam eine Bewegungstherapie oder Krankengymnastik ein- bis dreimal wöchentlich oder auch öfter zur Anwendung.

14,1% der Klient/innen nahmen an einer Gruppentherapie zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten teil und 7,8% der Klient/innen erhielten spezielle Orientierungstrainings. Andere Programme zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten oder des Verhaltensstatus wie z.B. Verhaltenstherapien wurden nur bei Einzelpersonen durchgeführt.

Anders verhielt es sich bei **Maßnahmen, die vom Pflegepersonal ausgeführt** werden (Tabelle 50). Hier wurde mit 26,8% der Probanden mehrmals wöchentlich ein Kommunikationstraining von mindestens 15 Minuten durchgeführt. Fast ebenso viele Bewohner/innen wurden hinsichtlich ihrer Fähigkeit, sich möglichst selbständig an- und auszukleiden bzw. sich selbst aktiv zu bewegen, mobilisiert. Bei 16,1% der Pflegebedürftigen wurde die passive Beweglichkeit trainiert und mit 15,1% der Zielpersonen wurden mehrmals wöchentlich Gehübungen durchgeführt. Als weitere Maßnahmen der restaurativen Pflege wurden die Mobilisierung im Bett (13,7%) und Übungen zum Essen und Schlucken (in 11,2% der Fälle) durchgeführt.

Tabelle 50: Baselinestatus/Spezielle Behandlungen (n=205)*

| Spezielle Behandlungen und Maßnahmen | absolut | in Prozent |
|---|---------|------------|
| Ein/Ausfuhrüberwachung/Flüssigkeitsbilanz | 52 | 25,4 |
| Beobachtung akuter medizinische Zustände | 11 | 5,4 |
| Dialyse | 2 | 1,0 |
| intravenöse Medikation | 1 | 0,5 |
| Programme für Stimmungslage und Verhaltenstherapie | | |
| Aktivierungstherapie/Ergotherapie an 1 bis 3 Wochentagen | 51 | 21,0 |
| Bewegungstherapie/Krankengymnastik an 1 bis 3 bzw. 4 bis 7 Tagen | 27 | 13,1 |
| Gruppentherapie zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten | 20 | 14,1 |
| Orientierungstraining | 11 | 7,8 |
| Untersuchungen beim Psychiater/Neurologe in den letzten 3 Monaten | 8 | 5,4 |
| Rehabilitation, Mobilisierung, restaurative Pflege | | |
| Kommunikationstraining | 55 | 26,8 |
| Ankleiden/Selbstpflege | 54 | 26,3 |
| Aktive Beweglichkeit | 52 | 25,4 |
| Passive Beweglichkeit | 33 | 16,1 |
| Gehübungen | 31 | 15,1 |
| Bewegung im Bett | 28 | 13,7 |
| Essen oder Schlucken | 23 | 11,2 |

* Mehrfachnennungen möglich. Summe ergibt nicht 100%

Dokumentiert wurde auch die Anwendung **freiheitsbeschränkender Maßnahmen**. Bei fast der Hälfte der Klient/innen (45,4) waren zumindest zeitweise Gitter an allen offenen

Bettseiten angebracht; 15,4% der Pflegebedürftigen erhielten Bettbretter oder Gitter an einer Seite. Bei 16 Personen (das sind 8,2%) erfolgte eine Fixierung des Rumpfes, in Einzelfällen auch eine Fixierung der Extremitäten.

Der letzte Schwerpunkt der Erhebung bezog sich auf die **Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen**. Die Messung ergab eine Hospitalisierungsrate von 6,8% in den letzten 90 Tagen; 14 Bewohner/innen waren in den letzten 3 Monaten mindestens einmal im Krankenhaus.

4.1.3. Zusammengefasste Darstellung des Funktionsstatus

Zur übersichtlicheren Darstellung des Baselinestatus wurden wesentliche körperliche, kognitive, psychische und psychosoziale Fähigkeiten der Klient/innen aggregiert und die Personen ohne Probleme den Bewohner/innen mit Problemen gegenübergestellt. Unter Bewohner/innen ohne Probleme werden hier solche Klient/innen verstanden, die in den einzelnen Erfassungsbereichen weitestgehend unabhängig waren (keine oder nur geringe Hilfe benötigten) bzw. in ihrer Funktionsfähigkeit nur leicht beeinträchtigt waren. Als Personen mit Problemen wurden Klient/innen bezeichnet, die unter mittleren, schweren oder schwersten Beeinträchtigungen litten und bei denen eine leichte Hilfestellung (etwa das Hinstellen der Schuhe und Bekleidung beim Item Anziehen) nicht ausreichte. Die Zusammenfassungen wurden auf der Basis der beobachteten Verteilungen anhand der Mittelwerte vorgenommen.

Die Darstellung der körperlichen Funktionsfähigkeiten in Tabelle 51 zeigt deutlich: Nur ein geringer Teil der Probanden war vollständig unabhängig bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Dies waren in Bezug auf die Eigenleistung nur 16 Klient/innen (7,8%), weitestgehend ohne Fremdhilfe kamen nur 13 der 205 Probanden (6,3%) zum ersten Messzeitpunkt aus. Alle anderen Personen hatten in mindestens einem der Items Probleme.

Je etwa ein Drittel der Untersuchungsgruppe (33,8% bzw. 34,8%) war hinsichtlich der Fähigkeit, sich verständlich zu machen und der Fähigkeit, andere zu verstehen, zumindest teilweise beeinträchtigt. Über die Hälfte der Probanden (56,9%) war beim Hören zumindest mittelschwer eingeschränkt. Ca. 70% der Probanden litten unter Gedächtnisproblemen (insbesondere des Kurzzeitgedächtnisses) und die meisten Bewohner/innen (88,7%) waren nicht in der Lage, sinnvolle und unabhängige Entscheidungen zu treffen. Bei über einem Zehntel der Bewohner/innen (11,8%) wurden Symptome beobachtet, die auf ein Delir hinweisen. Zudem zeigt mit rund 80% ein hoher Prozentsatz der Stichprobe

deutliche Anzeichen von Depressivität. Bei über einem Drittel der Zielpersonen (35,8%) zeigte die Messung deutliche Verhaltensauffälligkeiten. Auch im Hinblick auf ihr psychosoziales Wohlbefinden (Initiative/Beteiligung) waren die Bewohner/innen erheblich belastet. Schwierigkeiten wurden hier bei 93,6% der Klient/innen registriert. Bei über einem Drittel der Untersuchungsgruppe (37,3%) wurde ein Rückzug von gewohnten Aktivitäten gemessen; 51% der Probanden zeigten nur noch eingeschränkte soziale Aktivitäten.

Tabelle 51: Zusammengefasste Darstellung der Funktionsfähigkeit (Baselinestatus)*

| Merkmal | Klient/innen ohne Probleme | | Klient/innen mit Problemen | |
|--|----------------------------|------------|----------------------------|------------|
| | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent |
| Körperliche Funktionsfähigkeit/ADL | | | | |
| ADL–Eigenleistung (n=205) | 16 | 7,8 | 189 | 92,2 |
| ADL–Fremdhilfe (n=205) | 13 | 6,3 | 192 | 93,7 |
| Kommunikation/Hören | | | | |
| Hören (n=204) | 88 | 43,1 | 116 | 56,9 |
| sich verständlich machen (n=204) | 135 | 66,2 | 69 | 33,8 |
| andere verstehen (n=204) | 133 | 65,2 | 71 | 34,8 |
| Kognitiver Zustand | | | | |
| Kurzzeitgedächtnis (n=204) | 59 | 28,9 | 145 | 71,1 |
| kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen (n=204) | 23 | 11,3 | 181 | 88,7 |
| Hinweise auf ein Delir (n=204) | 180 | 88,2 | 24 | 11,8 |
| Psychischer Zustand | | | | |
| Anzeichen von Depressivität (n=204) | 41 | 20,1 | 163 | 79,9 |
| Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten (n=204) | 131 | 64,2 | 73 | 35,8 |
| Soziale Aktivitäten/Psychosoziales Wohlbefinden | | | | |
| Initiative/Beteiligung (n=204) | 13 | 6,4 | 191 | 93,6 |
| Labile Beziehungen (n =204) | 90 | 44,1 | 114 | 55,9 |
| Rückzug von gewohnten Aktivitäten; kein Interesse (n=204) | 128 | 62,7 | 76 | 37,3 |
| Eingeschränkte soziale Aktivitäten (n=204) | 100 | 49,0 | 104 | 51,0 |

* Summe ergibt für jedes Item (Klient/innen ohne und Klient/innen mit Problemen) 100%

Insgesamt unterstreichen die Befunde, dass die untersuchte Population in sämtlichen Bereichen erheblich belastet ist.

4.2. Analyse der interindividuellen Entwicklung der Bewohner/innen (Messung von Veränderungen auf der Prävalenzebene)

In diesem Kapitel werden die Befunde zu den Zustandsveränderungen der Zielpersonen im Untersuchungsverlauf präsentiert. Die Messungen erfolgten auf der Prävalenzebene (d.h. anhand der Merkmalsverteilung und Merkmalshäufigkeit: vgl. Gordis 2001)³⁶. Die Befunde stellen Pflege-Outcomes dar. Gezeigt werden sollte, ob sich auf der Grundlage der im Pflegealltag erhobenen Daten Aussagen treffen lassen, die den Pflegenden in der Praxis Rückschlüsse auf die Qualität ihrer Arbeit ermöglichen.

Dazu wurde zunächst - analog zur Charakterisierung der Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt - eine Gegenüberstellung von Bewohner/innen mit und ohne Probleme vorgenommen. Um Entwicklungen im Verlauf der Untersuchung differenzierter zu demonstrieren, wurden die Items Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen und Urinkontinenz genauer untersucht. Daneben wurden die Veränderungen mittels ADL-Score und Cognitiv Performance Scale (CPS) als Indizes, die auf der Grundlage des MDS ermittelt werden können, kalkuliert und analysiert.

Die Evidenz der Befunde wurde mit der Friedman-Rangvarianzanalyse statistisch getestet. Datenbasis bildete die Gruppe der im Verlauf der Untersuchung nichtausgeschiedenen Bewohner/innen (n=120).

4.2.1. Entwicklung des Funktionsstatus - Zusammengefasste Darstellung

Eine erste Sichtung der Ergebnisse in Tabelle 52 lässt erkennen, dass anhand der zusammenfassenden Darstellung gravierende Unterschiede nicht feststellbar waren. Der Zustand der Zielpersonen blieb weitestgehend stabil oder zeigte nur geringfügige Veränderungen.

Die Messung der körperlichen Funktionsfähigkeit im Messzeitraum wies sowohl bei der Betrachtung der Eigenleistung als auch im Bereich Fremdhilfe leichte Verschlechterungen auf. Diese traten jedoch nur zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt auf, betrafen jeweils nur eine bzw. zwei Personen und sind statistisch nicht signifikant ($p < 0,05$; n.s.). Insgesamt hatten - fast analog zu den Resultaten der Untersuchungsgruppe am Ausgangspunkt der Messung (n=204) - mehr als 90% der Klient/innen Probleme bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens.

³⁶ siehe auch IV: Einleitung Kap. 4

Tabelle 52: Funktionsstatus der im Messverlauf nichtausgeschiedenen Personen - Zusammengefasste Darstellung (n=120)*

| | Nichtausgeschiedene aus ASS 1 (n=120) | | | | Nichtausgeschiedene aus ASS 2 (n=120) | | | | Zielpersonen ASS 3 (n=120)* | | | |
|--|---------------------------------------|---------|------------------|------------|---------------------------------------|------------|------------------|------------|-----------------------------|------------|------------------|------------|
| | ohne Probleme | | in mit Problemen | | ohne Probleme | | in mit Problemen | | ohne Probleme | | in mit Problemen | |
| | absolut | Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent |
| Körperliche Funktionsfähigkeit/ADL | | | | | | | | | | | | |
| ADL-Aktivitäten/Eigenleistung | 9 | 7,5 | 111 | 92,5 | 9 | 7,5 | 111 | 92,5 | 8 | 6,7 | 112 | 93,3 |
| ADL-Aktivitäten/Fremdhilfe | 7 | 5,8 | 113 | 94,2 | 7 | 5,8 | 113 | 94,2 | 5 | 4,2 | 115 | 95,8 |
| Kommunikation/Hören | | | | | | | | | | | | |
| Hören | 55 | 45,8 | 65 | 54,2 | 45 | 37,5 | 75 | 62,5 | 48 | 40,0 | 72 | 60,0 |
| Sich verständlich machen | 81 | 67,5 | 39 | 32,5 | 79 | 65,8 | 41 | 34,2 | 80 | 66,7 | 40 | 33,3 |
| Andere verstehen | 82 | 68,3 | 38 | 31,7 | 82 | 68,3 | 38 | 31,7 | 83 | 69,2 | 37 | 30,8 |
| Kognitiver Zustand | | | | | | | | | | | | |
| Kurzzeitgedächtnis** | 37 | 30,8 | 83 | 69,2 | 33 | 27,5 | 87 | 72,5 | 24 | 20,0 | 96 | 80,0 |
| kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen | 16 | 13,3 | 104 | 86,7 | 11 | 9,2 | 109 | 90,8 | 11 | 9,2 | 109 | 90,8 |
| Hinweise auf ein Delir** | 110 | 91,7 | 10 | 8,3 | 99 | 82,5 | 21 | 17,5 | 95 | 79,2 | 25 | 20,8 |
| Psychischer Zustand | | | | | | | | | | | | |
| Anzeichen von Depressivität | 27 | 22,5 | 93 | 77,5 | 18 | 15,0 | 102 | 85,0 | 19 | 15,8 | 101 | 84,2 |
| Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten | 79 | 65,8 | 41 | 34,2 | 82 | 68,3 | 38 | 31,7 | 77 | 64,2 | 43 | 35,8 |
| Soziale Aktivitäten/Psychosoziales Wohlbefinden | | | | | | | | | | | | |
| Initiative/Beteiligung | 4 | 3,3 | 116 | 96,7 | 5 | 4,2 | 115 | 95,8 | 6 | 5,0 | 114 | 95,0 |
| Labile Beziehungen | 57 | 47,5 | 63 | 52,5 | 64 | 53,3 | 56 | 46,7 | 63 | 52,5 | 57 | 47,5 |
| Rückzug von gewohnte Aktivitäten; kein Interesse | 81 | 67,5 | 39 | 32,5 | 81 | 67,5 | 39 | 32,5 | 79 | 65,8 | 41 | 34,2 |
| Eingeschränkte Aktivitäten | 61 | 50,8 | 59 | 49,2 | 58 | 48,3 | 62 | 51,7 | 58 | 48,3 | 62 | 51,7 |

*Summe ergibt pro Assessment für jedes Item (Klient/innen ohne und Klient/innen mit Probleme) 100%.

** Die Veränderungen dieser Items sind statistisch signifikant (Kurzzeitgedächtnis: p<0,05; Hinweise auf ein Delir: p<0,01).

Bei der Messung des Hörvermögens wurden etwas größere Veränderungen registriert. Konkret nahm die Anzahl der Bewohner/innen mit Hörproblemen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt um 10 Personen zu (1. Messung: 54,2%; 2. Messung: 62,5%; 3. Messung: 60,0%). Die Teststatistik liefert aber keine Hinweise auf die Evidenz dieser Veränderungen ($p > 0,05$; n.s.).

Einzelne Personen wiesen geringfügige Veränderungen bei der Fähigkeit sich verständlich zu machen bzw. andere Personen zu verstehen, auf. Die Unterschiede sind jedoch bei beiden Items zu gering, um auf Tendenzen in die eine oder andere Richtung zu verweisen und sind ebenfalls nicht signifikant ($p > 0,05$; n.s.). Insgesamt wurden ähnlich wie beim Ausgangssample bei über einem Drittel der Heimbewohner/innen Verständnisprobleme beobachtet.

Deutliche Verschlechterungen waren hinsichtlich des Kurzzeitgedächtnisses der Klient/innen zu konstatieren. Während am Anfang der Erhebung noch gut 30% der Probanden (37 Personen) über ein regelrechtes Kurzzeitgedächtnis verfügten, waren es zum letzten Messzeitpunkt nur noch 20,0% (dies sind 24 Heimbewohner/innen). Umgekehrt stieg der Anteil derjenigen Personen, die Probleme hatten, im Messverlauf von 83 auf 96 Klient/innen an. Dies entspricht einer Zunahme von 69,2% auf 80,0%. Diese Veränderungen sind statistisch signifikant ($p < 0,05$; s.).

Bei 5 Personen verschlechterte sich im Verlauf eines Jahres das Vermögen, sinnvolle und unabhängige Entscheidungen zu treffen ($p > 0,05$; n.s.).

Die Anzahl der Personen, bei denen Hinweise auf ein Delir gefunden wurden, nahm zwischen dem ersten und dem dritten Messzeitpunkt deutlich zu: Bei der letzten Messung waren 15 Personen hinzugekommen, bei denen diese Symptome beobachtet wurden. Damit zeigte zum dritten Messzeitpunkt etwa ein Fünftel der Personen Anzeichen für ein Delir. Dieser Befund ist statistisch signifikant ($p < 0,01$; s.).

Symptome von Depressivität zeigten am Ende der Untersuchung 8 Personen mehr als zu Messbeginn. Insgesamt wurden zum letzten Messzeitpunkt bei mehr als 80% der Zielpersonen solche Anzeichen registriert ($p > 0,05$; n.s.).

Unregelmäßig verlief die Entwicklung der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten ($p > 0,05$; n.s.).

Auch hinsichtlich des psychosozialen Wohlbefindens war der größte Teil der Bewohner/innen beeinträchtigt. Obwohl in Einzelfällen Verbesserungen registriert wurden, hatten über den gesamten Messzeitraum mehr als 95% der Beobachteten Schwierigkeiten beim Umgang mit anderen Personen und bei der Planung und Durchführung von

Aktivitäten ($p > 0,05$; n.s.). Nur im Bereich Labile Beziehungen (Konflikte oder Ärger mit Mitbewohner/innen und Personal) wurden bei 6 Personen Verbesserungen festgestellt, die aber ebenfalls nicht signifikant sind.

Bei der Teilnahme an gewohnten Aktivitäten bzw. bei der Messung des Interesses an Aktivitäten wurden nur geringfügige und ebenfalls nicht evidente Veränderungen verbucht; auch in diesem Bereich blieb die Untersuchungsgruppe zu allen drei Messzeitpunkten erheblich beeinträchtigt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass der größte Teil der gemessenen (geringfügigen) Unterschiede nicht vom Zufall abgegrenzt werden kann. Evident sind nur die Veränderungen der Hinweise auf ein Delir (Friedman-Test; $p < 0,01$; s.) sowie die Verschlechterungen des Kurzzeitgedächtnisses ($p < 0,05$; s.). Die Veränderungen in den anderen Bereichen sind nicht signifikant (Friedman-Test; $p > 0,05$; n.s.).

4.2.2. Entwicklung des Funktionsstatus - differenzierte Betrachtung einzelner Merkmale

Um differenziertere Aussagen zu den Zustandsveränderungen treffen zu können, wurden von den ca. 250 dokumentierten Items exemplarisch die Merkmale Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen und Urinkontinenz genauer betrachtet. Die einzelnen Merkmalsausprägungen sind in Tabelle 53 dargestellt.

Tabelle 53: Differenzierte Betrachtung einzelner Merkmale

| Bereich | Item | Merkmalsausprägungen |
|-------------------------------------|--|---|
| B/Kognitive Fähigkeiten | Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen | <ul style="list-style-type: none"> - 0 = unabhängig - 1 = teilweise abhängig - 2 = mittlere Beeinträchtigung - 3 = schwere Beeinträchtigung |
| H/Kontinenz in den letzten 14 Tagen | Urinkontinenz | <ul style="list-style-type: none"> - 0 = kontinent - 1 = meist kontinent - 2 = gelegentlich inkontinent - 3 = häufig inkontinent - 4 = inkontinent |

4.2.2.1. Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen

Die Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten der Zielpersonen lässt trotz geringer Zellenbesetzungen Veränderungen erkennen (Tabelle 54). Die Anzahl der Bewohner/innen, die vollkommen unabhängig folgerichtige und sinnvolle Entscheidungen treffen konnten, nahm zwischen den ersten zwei Messzeitpunkten ab und blieb dann konstant; bei 5 von 16 Klient/innen verschlechterte sich diese Fähigkeit. Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die teilweise unabhängige Entscheidungen treffen konnten und hauptsächlich Schwierigkeiten in neuen oder unbekanntem Situationen hatten, verringerte sich im gesamten Messzeitraum um 7,5% - das entspricht 9 Klient/innen. Die Anzahl der Klient/innen, deren kognitive Alltagsfähigkeiten mittelschwer beeinträchtigt waren, nahm zu - die Ergebnisse zeigen aber keine klare Tendenz (1. Messung: 22,5%; 2. Messung: 30,0%; 3. Messung: 27,5%). Die Anzahl der Bewohner/innen, die selten oder nie eigene Entscheidungen trafen, nahm innerhalb der Untersuchung ebenfalls zu. Zwischen den drei Erhebungen waren es jeweils 4 Personen mehr, die unter schwerwiegenden Beeinträchtigungen litten.

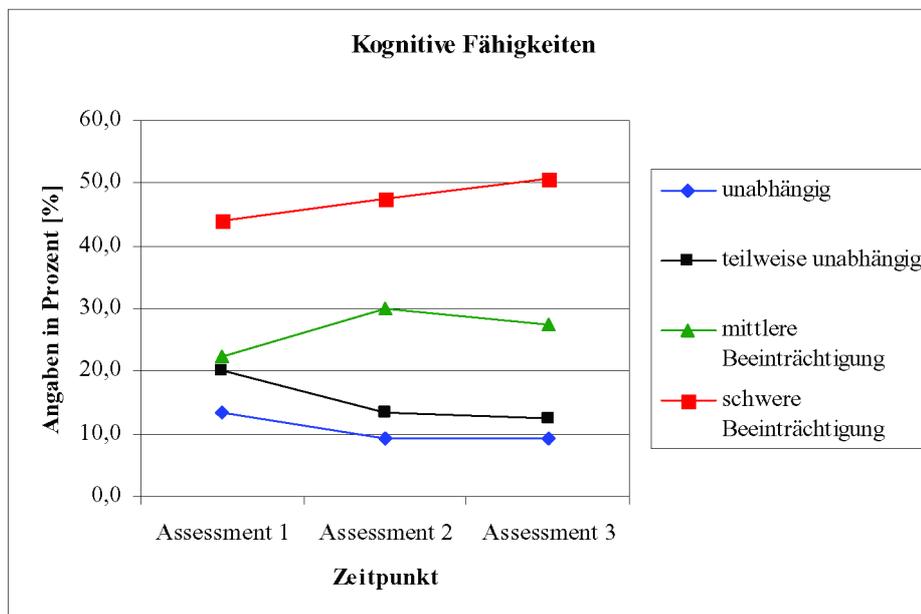
Auch wenn die Ergebnisse insgesamt eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten im Messverlauf annehmen lassen, liefert die Teststatistik keine Hinweise auf die Evidenz dieses Befundes ($p > 0,05$; n.s.).

Tabelle 54: Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen (n=120)

| | Assessment 1 | | Assessment 2 | | Assessment 3 | | Assessmentmittel | |
|---|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------------|------------|
| | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent |
| Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen | | | | | | | | |
| unabhängig | 16 | 13,3 | 11 | 9,2 | 11 | 9,2 | 13 | 10,6 |
| teilweise unabhängig | 24 | 20,0 | 16 | 13,3 | 15 | 12,5 | 18 | 15,3 |
| mittlere Beeinträchtigung | 27 | 22,5 | 36 | 30,0 | 33 | 27,5 | 32 | 26,7 |
| schwere Beeinträchtigung | 53 | 44,2 | 57 | 47,5 | 61 | 50,8 | 57 | 47,5 |

Zu besseren Übersicht sind die Messergebnisse in einer Grafik abgebildet.

Abbildung 11: Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen (n=120)*



* Beachte Skalierung

4.2.2.2. Entwicklung der Urinkontinenz

Auch bei der Messung der Urinkontinenz wurden Veränderungen registriert. Die Anzahl der Personen, die vollständig kontinent waren, verringerte sich von 22 Personen zur ersten Messung (das entspricht 18,5% der Nichtausgeschiedenen) über 20 Personen zum zweiten Messzeitpunkt (17,1%) auf 19 Personen zum Zeitpunkt der dritten Messung (15,8%). Die Zahl der meist kontinenten Personen nahm im Messverlauf geringfügig ab (2 Personen). Demgegenüber nahm die Anzahl der Hilfebedürftigen, die gelegentlich (das heißt bis zu zweimal wöchentlich, aber nicht täglich) inkontinent waren, leicht zu (Anstieg von 14 auf 16 Personen). Schwankungen wurden bei der Gruppe der häufig Urininkontinenten registriert. Zum ersten Messzeitpunkt waren es 15 Klient/innen (12,6%), die zwar in der Regel täglich inkontinent waren, aber noch über eine Restkontrolle hinsichtlich ihrer Blasentätigkeit verfügten. Zur zweiten Messung wurden 18 Personen (15,4%) registriert und am Ende des Untersuchungszeitraumes waren es 13 Personen (10,8%), die in diese Kategorie fielen (Tabelle 55).

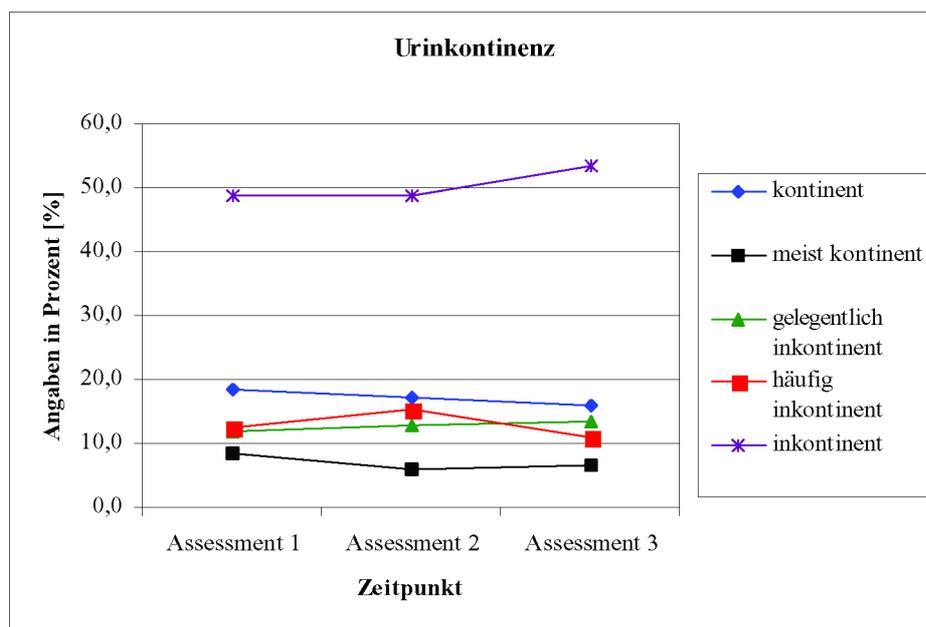
Tabelle 55: Entwicklung der Urinkontinenz (n=120)

| | Assessment 1 | | Assessment 2 | | Assessment 3 | | Assessmentmittel | |
|--------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------------|------------|
| | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent |
| Urinkontinenz | | | | | | | | |
| kontinent | 22 | 18,5 | 20 | 17,1 | 19 | 15,8 | 20 | 17,1 |
| meist kontinent | 10 | 8,4 | 7 | 6,0 | 8 | 6,7 | 8 | 7,0 |
| gelegentlich inkontinent | 14 | 11,8 | 15 | 12,8 | 16 | 13,3 | 15 | 12,6 |
| häufig inkontinent | 15 | 12,6 | 18 | 15,4 | 13 | 10,8 | 15 | 12,9 |
| inkontinent | 58 | 48,7 | 57 | 48,7 | 64 | 53,3 | 60 | 50,3 |

Der Anteil der vollständig inkontinenten Bewohner/innen stieg im gesamten Messzeitraum von 48,7% auf 53,3% an. Die Veränderungen der Urinkontinenz sind jedoch ebenfalls nicht statistisch signifikant ($p > 0,05$; n.s.) - die registrierten Verschlechterungen können nicht vom Zufall abgegrenzt werden.

Die Befunde wurden ebenfalls grafisch dargestellt (Abbildung 12).

Abbildung 12: Entwicklung der Urinkontinenz (n=120)*



*Beachte Skalierung

4.2.3. Darstellung der Zustandsveränderungen mit Hilfe von Indizes

Auf der Basis des MDS können verschiedene Scores errechnet werden, mit deren Hilfe der Zustand der Bewohner/innen ebenfalls charakterisiert werden kann. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Entwicklung der körperlichen Fähigkeiten auf der Basis des ADL-Scores und die Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten auf der Grundlage der Klassifizierung mit der Cognitiv Performance Scale (CPS) gemessen.

4.2.3.1. Darstellung von Veränderungen auf der Grundlage des ADL-Scores

Mit der ADL-Skala wird die körperliche Leistungsfähigkeit der Klient/innen hinsichtlich von Fähigkeiten, die bereits in einem frühen Stadium, die in einem späteren Stadium und erst spät verloren gehen gemessen. In die Berechnung des Scores fließen die vier im MDS erhobenen Aktivitäten Persönliche Hygiene, Benutzung der Toilette, Bewegung im Zimmer und die Fähigkeit, zu essen, ein.

Der Score kann folgende Ausprägungen annehmen (siehe Anhang 8)

- 0 = unabhängig
- 1 = Aufsicht erforderlich
- 2 = leichte Beeinträchtigung
- 3 = umfassende Hilfe I
- 4 = umfassende Hilfe II
- 5 = weitestgehend abhängig
- 6 = voll abhängig

Die Ergebnisse der Analyse sind in Tabelle 56 dargestellt.

Zuerst fällt auf, dass im gesamten Messzeitraum keine Klienten registriert wurden, deren ADL-Score 0 oder 1 (unabhängig oder nur Aufsicht erforderlich) betrug. Bei im Mittel 39,7% der Zielpersonen wurde eine leichte Beeinträchtigung bei der Ausübung der Alltagsaktivitäten registriert. Die Messung lässt im Verlauf leichte Schwankungen erkennen, zeigt aber keine klare Tendenz. Umfassende Hilfe I und II benötigten durchschnittlich insgesamt 16,1% der Bewohner/innen. Dabei nimmt der Anteil der Klient/innen, die umfassende Hilfe in etwas geringerem Ausmaß benötigten, im Messverlauf deutlich ab (1. Messung: 9,2%; 2. Messung: 8,3%; 3. Messung: 4,2%). Der Befund zu umfassender Hilfe in etwas stärkerem Ausmaß zeigt nur eine geringfügige Abweichung (1 Person) bei der zweiten Messung.

Tabelle 56: Entwicklung der körperlichen Funktionsfähigkeiten (ADL-Score) (n=120)

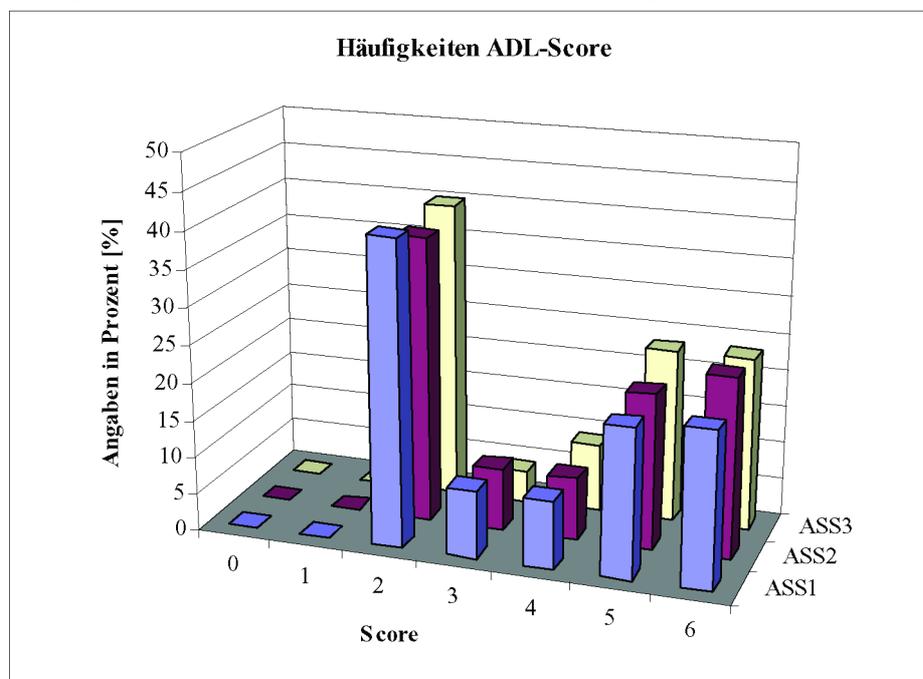
| | Assessment 1 | | Assessment 2 | | Assessment 3 | | Gesamt/ Mittel | |
|-------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|----------------|------------|
| | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent |
| Häufigkeiten ADL-Score | | | | | | | | |
| (0) unabhängig | - | - | - | - | - | - | - | - |
| (1) Aufsicht erforderlich | - | - | - | - | - | - | - | - |
| (2) leichte Beeinträchtigung | 49 | 40,8 | 46 | 38,3 | 48 | 40,0 | 48 | 39,7 |
| (3) umfassende Hilfe I | 11 | 9,2 | 10 | 8,3 | 5 | 4,2 | 9 | 7,2 |
| (4) umfassende Hilfe II | 11 | 9,2 | 10 | 8,3 | 11 | 9,2 | 11 | 8,9 |
| (5) weitestgehend abhängig | 24 | 20,0 | 25 | 20,8 | 28 | 23,3 | 26 | 21,4 |
| (6) voll abhängig | 25 | 20,8 | 29 | 24,2 | 28 | 23,3 | 27 | 22,8 |
| Mittelwert | 3,71 | - | 3,84 | - | 3,86 | - | - | - |

Der Anteil der Personen, die weitestgehend abhängig bei der Ausübung der ADL-Aktivitäten sind, beträgt im Durchschnitt 21,4% - die Messung zeigt eine leichte Verschlechterung (Zunahme dieser Klient/innen um 3,3%) innerhalb des Beobachtungszeitraumes an. Vollständig auf Hilfe angewiesen sind 22,8% der Probanden - auch hier kann zwar insgesamt eine Verschlechterung registriert werden; die Ergebnisse sind aber undeutlich.

Bei der Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich ebenfalls eine Verschlechterung der körperlichen Funktionsfähigkeit im Verlauf der Untersuchung. Die Prüfung der Verteilungsunterschiede ergibt keine Signifikanz für die gemessenen Veränderungen (Friedman-Test; $p > 0,05$; n.s.).

In Abbildung 13 ist die Entwicklung der körperlichen Fähigkeiten der Analysestichprobe im Messverlauf dargestellt.

Abbildung 13: Entwicklung der körperlichen Funktionsfähigkeiten (ADL-Score)* (n=120)



* Beachte Skalierung

4.2.3.2. Darstellung von Veränderungen mit Hilfe der Cognitiv Performance Scale

Zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeiten der beobachteten Bewohner/innen wurde die Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (Cognitive Performance Scale CPS/ siehe Anhang 10) verwendet (vgl. Morris et al. 1994).

In die Berechnung gehen die folgenden Items ein: komatös, Kurzzeitgedächtnis, Entscheidungsfähigkeit, Fähigkeit andere zu verstehen und vollständige Abhängigkeit beim Essen.

Die Skala zur kognitiven Leistungsfähigkeit kann Werte von 0 bis 6 annehmen:

- 0 = keine Beeinträchtigung
- 1 = Grenzfall
- 2 = leichte Beeinträchtigung
- 3 = mittlere Beeinträchtigung
- 4 = mittlere bis schwere Beeinträchtigung
- 5 = Schwerbehinderung
- 6 = Schwerstbehinderung.

Bei einer ersten Sichtung der Häufigkeiten zeigt sich, dass im Durchschnitt über alle drei Messzeitpunkte je 35 Bewohner/innen (9,7%) in die Kategorien keine Beeinträchtigungen bzw. Grenzfall fielen (Tabelle 57). Hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit leicht oder mittel beeinträchtigt war keine Klient/in der untersuchten Stichprobe. Über alle drei Messzeitpunkte wurde aber bei durchschnittlich einem Drittel der Beobachteten eine mittlere bis schwere Beeinträchtigung registriert. Ein weiteres Viertel der Klient/innen (genauer Wert 24,7%) war in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit schwerbehindert und bei durchschnittlich 22,8% der Zielpersonen musste eine Schwerstbehinderung der kognitiven Leistungsfähigkeit konstatiert werden.

Wie änderte sich die Verteilung der Ausprägungen zu den drei Messzeitpunkten?

Der Anteil der beobachteten Pflegebedürftigen ohne kognitive Beeinträchtigung verringerte sich im Verlauf der Untersuchung von 13,3% auf 6,7%. Hier ist eine klare Tendenz erkennbar; die kognitiven Fähigkeiten von 8 Bewohner/innen verschlechterten sich im Verlauf eines Jahres. Die Zahl der mittels dieser Skala als Grenzfall eingestuften Personen lag über den gesamten Messzeitraum relativ gleichbleibend bei etwa 10% (Abweichung nur in einem Fall). Relativ gleich blieb auch der Anteil der Personen mit einer mittleren bis schweren Beeinträchtigung. Nur beim zweiten Assessmentdurchlauf wurde eine leichte Abweichung (2 Personen) registriert.

Tabelle 57: Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS) (n=120)

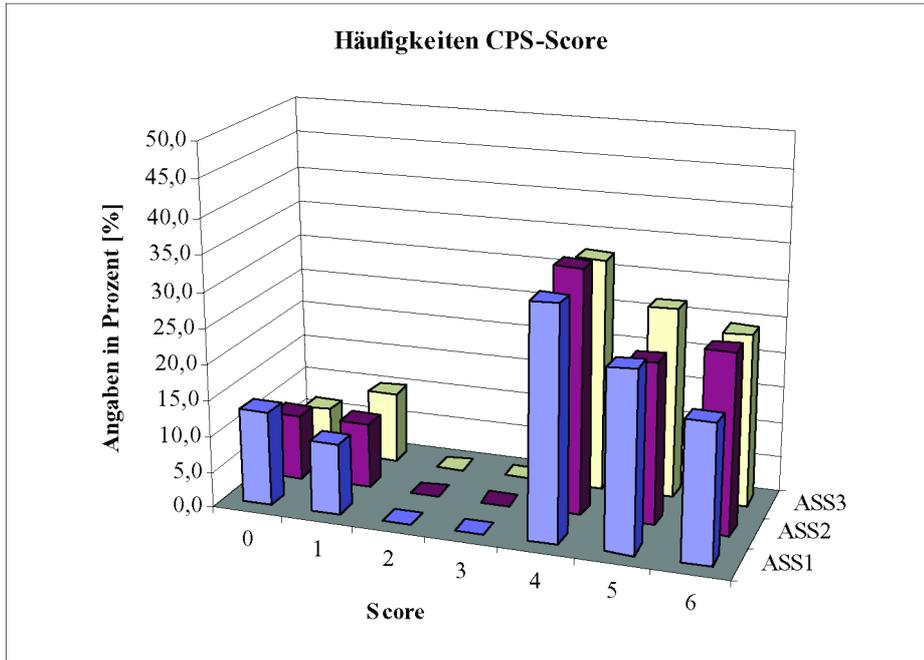
| | Assessment 1 | | Assessment 2 | | Assessment 3 | | Gesamt/ Mittel | |
|---|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|----------------|------------|
| | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | In Prozent |
| Häufigkeiten CPS | | | | | | | | |
| (0) keine Beeinträchtigung | 16 | 13,3 | 11 | 9,2 | 8 | 6,7 | 35 | 9,7 |
| (1) Grenzfall | 12 | 10,0 | 11 | 9,2 | 12 | 10,0 | 35 | 9,7 |
| (2) leichte Beeinträchtigung | - | - | - | - | - | - | - | - |
| (3) mittlere Beeinträchtigung | - | - | - | - | - | - | - | - |
| (4) mittlere bis schwere Beeinträchtigung | 39 | 32,5 | 41 | 34,2 | 39 | 32,5 | 119 | 33,1 |
| (5) Schwerbehinderung | 30 | 25,0 | 27 | 22,5 | 32 | 26,7 | 89 | 24,7 |
| (6) Schwerstbehinderung | 23 | 19,2 | 30 | 25,0 | 29 | 24,2 | 82 | 22,8 |
| Mittelwert | 3,8 | - | 4,1 | - | 4,2 | - | - | - |

Deutliche Inkonsistenzen weist die Verteilung der kognitiv schwer behinderten Klient/innen auf. Zwar nahm die Anzahl dieser Bewohner/innen zu (1. Messung: 25,0%; 2. Messung: 22,5%; 3. Messung: 26,7%), eine klare Tendenz ist aber nicht erkennbar. Eine Verschlechterung musste auch beim Anteil derjenigen Personen, die ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit schwerst behindert sind, konstatiert werden (6 bzw. 7 Personen verschlechterten sich in dieser Kategorie). Aber auch hier ist der Befund undeutlich.

Die Verschlechterungen werden auch beim Vergleich der Mittelwerte deutlich. Während der Mittelwert der CPS-Werte bei der ersten Messung 3,8 betrug, lag er beim zweiten Messzeitpunkt bei rd. 4,1. Am Ende der Studie nahm der CPS-Mittelwert mit rd. 4,2 einen nochmals (leicht) höheren Wert an. Die Teststatistik liefert jedoch keinen belastbaren Befund - die Ergebnisse sind nicht signifikant ($p > 0,05$; n.s.). Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt in der Diskussion (V.).

Die Verteilungen werden anhand einer Grafik nochmals verdeutlicht (Abbildung 14).

Abbildung 14: Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS)* (n=120)



* Beachte Skalierung

4.3. Analyse der intraindividuellen Entwicklung der Bewohner/innen (Messung von Veränderungen auf der Inzidenzebene)

Unter dem Aspekt der Qualitätsverbesserung war ferner von Interesse, wie sich die intraindividuellen Verläufe bei einzelnen Pflegeproblemen im Studienverlauf veränderten. Welche Ressourcen und Potentiale sind vorhanden? Wo gab es mindestens vorübergehend Verbesserungen des Gesundheitszustandes, die mit gezielten Pflegeinterventionen konsolidiert oder weiter gefördert werden können?

Zur Identifizierung solcher Entwicklungen auf der Inzidenzebene (d.h. anhand der Häufigkeit des Auftretens neuer Probleme: vgl. Gordis 2001)³⁷ wurden dreidimensionale stratifizierte Kreuztabellen über ein und dasselbe Merkmal - exemplarisch für die Merkmale Bewegung im Bett und Stuhlkontinenz - erstellt.

4.3.1. Intraindividuelle Entwicklung der Variable Bewegung im Bett

Zur Längsschnittanalyse der Fähigkeit der Klient/innen, sich selbständig im Bett zu drehen und aufzusetzen, wurden zunächst die Merkmalsausprägungen für diese Variable zusammengefasst, um akzeptable Zellenbesetzungen zu erhalten.

Dabei steht der Wert 0 für "weitestgehende Unabhängigkeit" bei der Fähigkeit zur Lageveränderung im Bett (dazu wurden die "Ausprägungen unabhängig" und "Aufsicht/Überwachung"; nur selten körperliche Hilfe erforderlich aggregiert). Der Wert 1 steht für "teilweise oder vollständige Abhängigkeit" bei der Bewegung im Bett (Zusammenfassung der Ausprägungen "Begrenzte Hilfe", "Verstärkte Hilfe" und "Vollständige Abhängigkeit").

Eine erste Sichtung der dreidimensionalen stratifizierten Kreuztabelle (Tabelle 58) zeigt, dass von den im Messzeitraum überlebenden Bewohner/innen, 50 Personen (42,4%) zu allen drei Messzeitpunkten über eine weitestgehende Unabhängigkeit, sich selbst im Bett zu bewegen, verfügten. 5 Personen (4,2%) waren bei Erhebung des ersten und zweiten Assessments noch in der Lage, sich weitestgehend unabhängig zu bewegen, hatten diese Fähigkeit aber zum dritten Messzeitpunkt verloren. 6 Bewohner/innen (5,1%), die anfangs noch weitestgehend unabhängig zur Lageveränderung im Bett waren, hatten diese Fähigkeit bereits in der zweiten Projektphase verloren und konnten sie bis zum Ende der Untersuchung nicht wieder zurückgewinnen.

Eine Klient/in aber hatte sich zuerst verschlechtert und konnte dann soweit wieder mobilisiert werden, dass sie sich vollständig unabhängig im Bett bewegen konnte bzw. nur

³⁷ siehe auch IV: Einleitung Kap. 4

leichte Unterstützung benötigte. 4 Probanden (3,4%) waren zum ersten Messzeitpunkt hinsichtlich der untersuchten Variable belastet, konnten ihre Selbstversorgungsfähigkeit aber verbessern und behielten diesen Status bei.

Eine Bewohner/in war während des ersten und zweiten Messdurchlaufs bei der Bewegung im Bett abhängig und konnte im Verlauf der Untersuchung soweit mobilisiert werden, dass sie zum dritten Messzeitpunkt weitestgehend unabhängig war. 43,2% der von Anfang an belasteten Klient/innen (dies sind 51 Personen) zeigten keine messbare Veränderung und blieben verstärkt oder vollständig auf körperliche Hilfeleistungen angewiesen, um sich im Bett bewegen zu können.

Das heißt, im Messzeitraum wurden bei 6 Probanden Verbesserungen bei der Bewegung im Bett konstatiert.

Tabelle 58: Intraindividuelle Entwicklung der Variable Bewegung im Bett (n=120)

| Bewegung im Bett Assessment 1 | | | Assessment 3 | | | | Gesamt | |
|----------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|----------|------------|---------|------------|
| | | | unabhängig | | abhängig | | | |
| | | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent |
| unabhängig | Assessment 2 | unabhängig | 50 | 42,4 | 5 | 4,2 | 55 | 88,7 |
| | | abhängig | 1 | 0,8 | 6 | 5,1 | 7 | 11,3 |
| Gesamt | | | 51 | 82,3 | 11 | 17,7 | 62 | 100,0 |
| abhängig | Assessment 2 | unabhängig | 4 | 3,4 | - | - | 4 | 7,1 |
| | | abhängig | 1 | 0,8 | 51 | 43,2 | 52 | 92,9 |
| Gesamt | | | 5 | 8,9 | 51 | 91,1 | 56 | 100,0 |

4.3.2. Intraindividuelle Entwicklung der Variable Stuhlkontinenz

Beim Merkmal Stuhlkontinenz wurde ebenfalls die Anzahl der erhobenen Ausprägungen aggregiert. Das neue Merkmal "meist kontinent" enthält nun die ursprünglichen Variablenausprägungen "kontinent" und "meist kontinent"; das Merkmal "inkontinent" umfasst die Ausprägungen "gelegentlich inkontinent", "häufig inkontinent" und "inkontinent".

Die Darstellung anhand der über die Messzeiträume geschichteten Kreuztabelle (Tabelle 59) zeigt, dass 49 der Beobachteten (41,5%) zu allen drei Messzeitpunkten ihre Darmfunktion ganz oder weitestgehend unter Kontrolle hatten.

4,2% der zum Ausgangspunkt stuhlkontinenten Bewohner/innen (5 Personen) wurden jedoch im Verlauf der Messung, insbesondere nach dem zweiten Messzeitpunkt, inkontinent bzw. sie verschlechterten sich in der Weise, dass sie mindestens als gelegentlich stuhlinkontinent eingestuft werden mussten. Eine Person verschlechterte sich nur vorübergehend. Bei 3 Personen wurde schon nach dem ersten Messdurchgang eine Verschlechterung gemessen.

Je 2 Zielpersonen waren bei der ersten Messung inkontinent und konnten die Fähigkeit zur

Darmkontrolle vom ersten Messzeitpunkt bzw. vom zweiten Messzeitpunkt an bis zum Ende der Messung verbessern. 58 Personen blieben über alle Assessmentdurchläufe hinweg stuhlinkontinent.

Zum letzten Messzeitpunkt wurden Verbesserungen bei insgesamt 5 Personen, das sind 4,2% der Probanden, registriert.

Tabelle 59: Intraindividuelle Entwicklung der Variable Stuhlinkontinenz (n=120)

| Stuhlinkontinenz Assessment 1 | | | Assessment 3 | | | | Gesamt | |
|----------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|------------|-------------|------------|---------|------------|
| | | | meist kontinent | | inkontinent | | | |
| | | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent |
| meist kontinent | Assessment 2 | meist kontinent | 49 | 41,5 | 5 | 4,2 | 54 | 93,1 |
| | | inkontinent | 1 | 0,8 | 3 | 2,5 | 4 | 6,9 |
| | Gesamt | | 50 | 86,2 | 8 | 13,8 | 58 | 100,0 |
| inkontinent | Assessment 2 | meist kontinent | 2 | 1,7 | - | - | 2 | 3,2 |
| | | inkontinent | 2 | 1,7 | 58 | 49,1 | 60 | 96,8 |
| | Gesamt | | 4 | 6,5 | 58 | 93,5 | 62 | 100,0 |

4.4. Ermittlung von Zusammenhängen zur Identifizierung von Qualitätsverbesserungspotentialen

In einem weiteren Schritt der Datenanalyse sollten Indikatoren gefunden werden, die Hinweise auf bestehende Qualitätsdefizite geben und den Mitarbeiter/innen so konkrete Anhaltspunkte für eine gezielte Qualitätsverbesserung liefern. Ziel war es, vorhandene Assoziationen oder tendenzielle Zusammenhänge zwischen Pflegeproblemen und deren möglichen Ursachen zu erforschen. Zu diesem Zweck erfolgte - basierend auf der eingangs vorgenommenen Sichtung der Daten - in einem ersten Schritt die Gegenüberstellung einzelner Merkmale. Im zweiten Schritt wurden die ermittelten Zusammenhänge hinsichtlich ihrer Signifikanz überprüft; neben dem Chi-Quadrat-Anpassungstest kam bei geringen Zellenbesetzungen der exakte Test nach Fisher zum Einsatz. Zur Prüfung möglicher Assoziationen wurde als weitere statistische Maßzahl die "erwartete Häufigkeit" (Vergleich der erwarteten Häufigkeit mit der beobachteten Häufigkeit) herangezogen.

An dieser Stelle soll erneut betont werden, dass die aufgezeigten Assoziationen der Identifizierung von Anhaltspunkten für die tägliche Arbeit in der Pflege dienen können, sie eignen sich jedoch nicht zum Nachweis kausaler Zusammenhänge.

Datenbasis stellte die retrospektiv ermittelte Gruppe der nichtausgeschiedenen Bewohner/innen am Ausgangspunkt der Untersuchung dar. Analysiert wurden die Bereiche Bewegung im Bett, Stürze, Psychopharmaka und Freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Zum besseren Verständnis wurden die Assoziationen jeweils in beiden Richtungen interpretiert und als Kreuztabelle dargestellt.

4.4.1. Qualitätshinweise im Bereich Bewegung im Bett

Die Gegenüberstellung des Merkmals Urinkontinenz (kontinent bzw. meist kontinent oder inkontinent) mit der Unabhängigkeit bei der Bewegung im Bett (unabhängig oder abhängig) zeigt eine Assoziation dieser Merkmale in der Weise an, dass Pflegebedürftige, die hinsichtlich ihrer Bewegungsfähigkeit im Bett abhängig sind, deutlich häufiger inkontinent sind ($p < 0,001$; s.). Darauf deutet auch die beobachtete Anzahl der inkontinenten, abhängigen Personen hin, die mit 65 Bewohner/innen deutlich über der erwarteten Anzahl von 52,9 liegt. Demgegenüber sind deutlich weniger unabhängige Personen inkontinent als erwartet.

Auch die Betrachtung der prozentualen Angaben macht diesen signifikanten Unterschied sichtbar: Inkontinent sind 46,7% der unabhängigen Personen. Demgegenüber gibt es aber 90,3% inkontinente abhängige Pflegebedürftige (Tabelle 60).

Tabelle 60: Kreuztabelle zu Bewegung im Bett und Urinkontinenz (n=120)

| | | Urinkontinenz | | | | Gesamt | |
|---|------------------|---------------|------------|-------------|------------|---------|------------|
| | | kontinent | | inkontinent | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Bewegung im Bett (Eigenleistung) | | | | | | | |
| unabhängig | Anzahl | 24 | 53,3 | 21 | 46,7 | 45 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 11,9 | 26,4 | 33,1 | 73,6 | 45 | 100,0 |
| abhängig | Anzahl | 7 | 9,7 | 65 | 90,3 | 72 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 19,1 | 26,5 | 52,9 | 73,5 | 72 | 100,0 |

Zusätzlich ist eine Längsbetrachtung der Tabelle sinnvoll: Abhängig bei der selbständigen Bewegung im Bett sind 22,6% der kontinenten und 75,6% der inkontinenten Klient/innen (Tabelle 61).

Tabelle 61: Kreuztabelle zu Urinkontinenz und Bewegung im Bett (n=120)

| | | Bewegung im Bett (Eigenleistung) | | | | Gesamt | |
|----------------------|------------------|----------------------------------|------------|----------|------------|---------|------------|
| | | unabhängig | | abhängig | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Urinkontinenz | | | | | | | |
| kontinent | Anzahl | 24 | 77,4 | 7 | 22,6 | 31 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 11,9 | 38,4 | 19,1 | 61,6 | 31 | 100,0 |
| inkontinent | Anzahl | 21 | 24,4 | 65 | 75,6 | 86 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 33,1 | 38,5 | 52,9 | 61,5 | 86 | 100,0 |

Ein ähnlicher Zusammenhang ließ sich auch bei der Betrachtung der Stuhlkontinenz mit der Fähigkeit zur eigenständigen Lageveränderung im Bett aufzeigen. Das körperliche Unvermögen zur selbständigen Lageveränderung im Bett stellt einen Indikator für Stuhlinkontinenz dar. Das bedeutet, abhängige Personen sind signifikant häufiger stuhlinkontinent als selbständige oder weitestgehend selbständige Personen ($p < 0,001$; s.). Eine Sichtung dieser Merkmale in Tabelle 62 lässt dies gut erkennen. Inkontinent sind 24,4% der unabhängigen Personen gegenüber 68,5% solcher Personen, die ihre Lage nicht selbständig im Bett verändern können.

Tabelle 62: Kreuztabelle zu Bewegung im Bett und Stuhlkontinenz (n=120)

| | | Stuhlkontinenz | | | | Gesamt | |
|---|------------------|----------------|------------|-------------|------------|---------|------------|
| | | kontinent | | inkontinent | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Bewegung im Bett (Eigenleistung) | | | | | | | |
| unabhängig | Anzahl | 34 | 75,6 | 11 | 24,4 | 45 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 21,7 | 48,2 | 23,3 | 51,8 | 45 | 100,0 |
| abhängig | Anzahl | 23 | 31,5 | 50 | 68,5 | 73 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 35,3 | 48,4 | 37,7 | 51,6 | 73 | 100,0 |

Deutlich wird dies auch bei der Betrachtung in der anderen Richtung (Tabelle 63). Abhängig sind 40,4% der Stuhlinkontinenten gegenüber 82,0% Personen ohne oder mit erheblich eingeschränkter Darmkontrolle. Ebenfalls erkennbar ist dieser Zusammenhang durch die deutlich höhere beobachtete Anzahl abhängiger stuhlinkontinenter Personen (beobachteter Wert: 50 Personen) im Vergleich zur erwarteten Anzahl solcher Pflegebedürftiger (Wert: 37,7).

Tabelle 63: Kreuztabelle zu Stuhlinkontinenz und Bewegung im Bett (n=120)

| | | Bewegung im Bett (Eigenleistung) | | | | Gesamt | |
|-------------------------|------------------|----------------------------------|------------|----------|------------|---------|------------|
| | | unabhängig | | abhängig | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Stuhlinkontinenz | | | | | | | |
| kontinent | Anzahl | 34 | 59,6 | 23 | 40,4 | 57 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 21,7 | 38,1 | 35,3 | 61,9 | 57 | 100,0 |
| inkontinent | Anzahl | 11 | 18,0 | 50 | 82,0 | 61 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 23,3 | 38,2 | 37,7 | 61,8 | 61 | 100,0 |

Die Prüfung einer Assoziation zwischen vorhandenen Druckgeschwüren und der Unabhängigkeit bei der Bewegung im Bett (Tabellen 64 und 65) lässt zwar ebenfalls eine Abhängigkeit der Variablen vermuten; für einen solchen Befund liefert der Signifikanztest aber keine belastbaren Hinweise ($p > 0,05$; n.s.).

Tabelle 64: Kreuztabelle zu Bewegung im Bett und Ulcera (n=120)

| | | Ulcera | | | | Gesamt | |
|---|------------------|---------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | keine | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Bewegung im Bett (Eigenleistung) | | | | | | | |
| unabhängig | Anzahl | 42 | 93,3 | 3 | 6,7 | 45 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 38,9 | 86,4 | 6,1 | 13,6 | 45 | 100,0 |
| abhängig | Anzahl | 60 | 82,2 | 13 | 17,8 | 73 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 58,8 | 80,5 | 9,9 | 13,6 | 73 | 100,0 |

Tabelle 65: Kreuztabelle Ulcera und Bewegung im Bett (n=120)

| | | Bewegung im Bett (Eigenleistung) | | | | Gesamt | |
|---------------|------------------|----------------------------------|------------|----------|------------|---------|------------|
| | | unabhängig | | abhängig | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Ulcera | | | | | | | |
| keine | Anzahl | 42 | 41,2 | 60 | 58,8 | 102 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 38,9 | 38,1 | 63,1 | 61,9 | 102 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 3 | 18,8 | 13 | 81,3 | 16 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 6,1 | 38,1 | 9,9 | 61,9 | 16 | 100,0 |

Dennoch deutet der Vergleich der beobachteten Anzahl abhängiger Bewohner/innen mit

vorhandenen Ulcera (13 Bewohner/innen mit mindestens einem Ulcera mindestens im ersten Stadium) mit der erwarteten Anzahl der in dieser Weise belasteten Personen (dieser Wert ist 9,9) auf einen tendenziellen Zusammenhang zwischen den untersuchten Merkmalen hin. Bekräftigt wird dies auch durch die Betrachtung der Prozentwerte: 18,8% der Personen mit Ulcera sind unabhängig bei der Lageveränderung im Bett, aber 81,3% der Pflegebedürftigen mit Ulcera können sich nicht selbständig im Bett drehen oder aufsetzen.

4.4.2. Qualitätshinweise im Bereich Stürze

Hinweise für erfolgversprechende pflegerische Interventionen wurden auch im Bereich Stürze gefunden. Stürze kamen im Rahmen der untersuchten Stichprobe zwar relativ selten vor, hatten aber zum Teil schwerwiegende Auswirkungen auf die Selbständigkeit der betroffenen - ohnehin schon belasteten - Personen. 10,7% der Bewohner/innen zum ersten Messzeitpunkt (n=205) erlitten innerhalb der letzten 3 Monate einen Sturz und 5% der Stürze wurden innerhalb der letzten 30 Tage konstatiert (siehe IV. 4.1.2.). 1,5% aller Zielpersonen erlitten einen Oberschenkelhalsbruch und 5% zogen sich andere Frakturen zu. Aus diesem Grunde wurden Anhaltspunkte und Faktoren identifiziert, die häufig mit dem Auftreten von Stürzen korrespondieren.

Trotz der geringen Zellenbesetzung bei der Suche nach Zuständen oder Ereignissen die mit dem Auftreten von Stürzen zusammentreffen, konnten belastbare Hinweise zwischen einer unsicheren Gangart der Heimbewohner/innen und dem Auftreten von Stürzen nachgewiesen werden ($p < 0,001$; s.) (Tabellen 66 und 67).

Tabelle 66: Kreuztabelle zu Unsicherer Gang und Sturz (n=120)

| | | Sturz | | | | Gesamt | |
|------------------------|------------------|---------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | kein | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Unsicherer Gang | | | | | | | |
| nicht vorhanden | Anzahl | 85 | 91,4 | 8 | 8,6 | 93 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 80,5 | 86,6 | 12,5 | 13,4 | 93 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 19 | 70,4 | 8 | 29,6 | 27 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 23,4 | 86,7 | 3,6 | 13,3 | 27 | 100,0 |

Tabelle 67: Kreuztabelle zu Sturz und Unsicherer Gang (n=120)

| | | Unsicherer Gang | | | | Gesamt | |
|--------------|------------------|-----------------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | nicht vorhanden | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Sturz | | | | | | | |
| kein | Anzahl | 85 | 81,7 | 19 | 18,3 | 104 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 80,5 | 77,4 | 23,4 | 22,5 | 104 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 8 | 50,0 | 8 | 50,0 | 16 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 12,5 | 78,1 | 3,6 | 22,5 | 16 | 100,0 |

Dies erscheint plausibel und ist deutlich erkennbar: Bei 29,6% der gestürzten Heimbewohner/innen wurde ein unsicherer Gang dokumentiert, nur bei 8,6% der Gestürzten wurde kein unsicherer Gang beobachtet (Tabelle 66). Dieser Befund wird beim Vergleich der beobachteten mit den erwarteten Werten erhärtet. Hervorgehoben werden soll außerdem, dass die Hälfte aller Klient/innen mit unsicherem Gang später stürzte: Heimbewohner/innen, die beim Laufen unsicher sind, stürzen signifikant häufiger.

Einen weiteren Indikator, für das Risiko zu stürzen, stellen Schwindel und Benommenheit dar (Tabellen 68 und 69); auch hier besteht eine signifikante Assoziation zwischen den Merkmalen. Personen, bei denen im Assessment Schwindel und Benommenheit dokumentiert wurden, sind signifikant gefährdeter zu stürzen ($p < 0,05$; s.). Dies zeigt auch folgende Gegenüberstellung: 11,6% der gestürzten Personen klagten nicht über Schwindelgefühle und Benommenheit, demgegenüber wurden bei 37,5% der gestürzten Pflegebedürftigen solche Beschwerden dokumentiert (Tabelle 68).

Tabelle 68: Kreuztabelle zu Schwindel/Benommenheit und Sturz (n=120)

| | | Sturz | | | | Gesamt | |
|-------------------------------|------------------|---------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | kein | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Schwindel/Benommenheit | | | | | | | |
| nicht vorhanden | Anzahl | 99 | 88,4 | 13 | 11,6 | 112 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 97,1 | 86,7 | 14,9 | 13,3 | 112 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 5 | 62,5 | 3 | 37,5 | 8 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 6,9 | 86,3 | 1,1 | 13,8 | 8 | 100,0 |

Tabelle 69: Kreuztabelle zu Sturz und Schwindel/Benommenheit (n=120)

| | | Schwindel/Benommenheit | | | | Gesamt | |
|--------------|------------------|------------------------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | nicht vorhanden | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Sturz | | | | | | | |
| kein | Anzahl | 99 | 95,2 | 5 | 4,8 | 104 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 97,1 | 93,4 | 6,9 | 6,6 | 104 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 13 | 81,3 | 3 | 18,8 | 16 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 14,9 | 93,1 | 1,1 | 6,9 | 16 | 100,0 |

Getestet wurde auch die Beziehung zwischen der Langzeiteinnahme von Antidepressiva und dem Risiko zu stürzen (Tabellen 70 und 71). Die erhöhte Anzahl beobachteter gestürzter Personen im Verhältnis zur erwarteten Anzahl (beobachtete Anzahl gestürzter Personen mit Langzeitmedikation: 3 Personen; erwartete Anzahl: 1 Person) und die Betrachtung der Häufigkeiten (10,5% der Gestürzten bekamen nicht solche Medikamente, aber 37,5% gestürzter Personen erhielten diese Medikamente) sprechen für einen tendenziellen Zusammenhang (Tabelle 70). Der aufgrund der sehr geringen Zellenbesetzung verwendete exakte Test nach Fisher lieferte jedoch keine belastbaren Hinweise für diese Annahme ($p > 0,05$; n.s.).

Tabelle 70: Kreuztabelle zu Antidepressiva und Sturz (n=120)

| | | Sturz | | | | Gesamt | |
|-----------------------|------------------|---------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | kein | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Antidepressiva | | | | | | | |
| keine | Anzahl | 85 | 89,5 | 10 | 10,5 | 95 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 83,0 | 87,4 | 12,0 | 12,6 | 95 | 100,0 |
| Langzeitmedikation | Anzahl | 5 | 62,5 | 3 | 37,5 | 8 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 7,0 | 87,5 | 1,0 | 12,5 | 8 | 100,0 |

Tabelle 71: Kreuztabelle zu Sturz und Antidepressiva (n=120)

| | | Antidepressiva | | | | Gesamt | |
|--------------|------------------|----------------|------------|--------------------|------------|---------|------------|
| | | keine | | Langzeitmedikation | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Sturz | | | | | | | |
| kein | Anzahl | 85 | 94,4 | 5 | 5,6 | 90 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 83,0 | 92,2 | 7,0 | 7,8 | 90 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 10 | 76,9 | 3 | 23,1 | 13 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 12,0 | 92,3 | 1,0 | 7,7 | 13 | 100,0 |

Ähnliche Tendenzen zeigt die Analyse der Langzeitmedikationen mit Psychopharmaka und Antipsychotika an, so dass trotz der nichtvorhandenen statistischen Belastbarkeit verstärkte engere Beziehungen zwischen derartigen Medikationen und dem potentiellen Risiko der Heimbe-wohner/innen, zu stürzen, angenommen werden können.

4.4.3. Qualitätshinweise im Bereich Psychopharmaka

Im weiteren Vorgehen wurden die Personen mit eingeschränkter sozialer Aktivität und ohne Interesse an langjährig üblichen Aktivitäten hinsichtlich ihrer Medikation mit Psychopharmaka näher betrachtet. Auch hier liefert die Kontingenztafel Hinweise, dass Personen, die Psychopharmaka erhielten, häufiger verminderte soziale Aktivitäten zeigen und sich von gewohnten Aktivitäten zurückzogen; die beobachtete Anzahl solcher Personen (21) ist höher als die erwartete Anzahl (18,8). Daneben zeigt mit 53,8% medikalisierten Bewohner/innen ein höherer Anteil von Zielpersonen verminderte soziale Aktivitäten als 44,6% der Klient/innen, die keine Psychopharmaka erhalten. Auch wenn ein solcher Zusammenhang denkbar ist, liefert die Teststatistik keine belastbaren Hinweise für eine signifikante Assoziation ($p > 0,05$; n.s.); die Unterschiede können nicht vom Zufall abgegrenzt werden.

4.4.4. Qualitätshinweise im Bereich Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Evidente Assoziationen ließen sich auch hinsichtlich der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen und verschiedenen pflegerischen Problemen nachweisen, so dass in der Praxis auch der Zusammenhang zwischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und dem Kontinenzverhalten näher beleuchtet werden sollte (Tabellen 72 und 73).

Tabelle 72: Kreuztabelle zu Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Urinkontinenz (n=120)

| | | Urinkontinenz | | | | Gesamt | |
|---|------------------|---------------|------------|-------------|------------|---------|------------|
| | | kontinent | | inkontinent | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | | | | | | | |
| keine | Anzahl | 27 | 48,2 | 29 | 51,8 | 56 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 15,1 | 27,0 | 40,9 | 73,0 | 56 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 5 | 7,9 | 58 | 92,1 | 63 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 16,9 | 26,8 | 46,1 | 73,2 | 63 | 100,0 |

Tabelle 73: Kreuztabelle zu Urinkontinenz und Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (n=120)

| | | Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | | | | Gesamt | |
|----------------------|------------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | keine | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Urinkontinenz | | | | | | | |
| kontinent | Anzahl | 27 | 84,4 | 5 | 15,6 | 32 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 15,1 | 47,2 | 16,9 | 52,8 | 32 | 100,0 |
| inkontinent | Anzahl | 29 | 33,3 | 58 | 66,7 | 87 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 40,9 | 47,0 | 46,1 | 53,0 | 87 | 100,0 |

Bereits eine erste Sichtung der Kontingenztafel deutete auf einen engeren Zusammenhang hin: Einer erwarteten Anzahl von 46,1 urininkontinenten fixierten Personen stand eine Häufigkeit von 58 tatsächlich beobachteten Pflegebedürftigen gegenüber. Urininkontinent sind 51,8% der Personen ohne freiheitsbeschränkende Maßnahmen und 92,1% der Personen, die fixiert wurden (Tabelle 72). Die Teststatistik lieferte dann die Evidenz, dass fixierte (freiheitsbeschränkte) Klient/innen signifikant häufiger urininkontinent sind ($p < 0,001$; s.).

Ähnliche Ergebnisse zeigte auch die Untersuchung der Stuhlinkontinenz. Eine Assoziation liegt in der Richtung vor, dass freiheitsbeschränkte Bewohner/innen häufiger stuhlinkontinent sind ($p < 0,001$; s.). Dieses Ergebnis lässt sich in den Tabellen 74 und 75 ablesen: Stuhlinkontinent sind 22,8% der Pflegebedürftigen ohne freiheitsbeschränkende Maßnahmen, aber 77,8% der fixierten Klient/innen.

Tabelle 74: Kreuztabelle zu Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Stuhlinkontinenz (n=120)

| | | Stuhlinkontinenz | | | | Gesamt | |
|---|------------------|------------------|------------|-------------|------------|---------|------------|
| | | kontinent | | inkontinent | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | | | | | | | |
| keine | Anzahl | 44 | 77,2 | 13 | 22,8 | 57 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 27,6 | 48,4 | 29,5 | 51,8 | 57 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 14 | 22,2 | 49 | 77,8 | 63 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 30,5 | 48,4 | 32,6 | 51,7 | 63 | 100,0 |

Tabelle 75: Kreuztabelle zu Stuhlinkontinenz und Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (n=120)

| | | Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | | | | Gesamt | |
|-------------------------|------------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | keine | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Stuhlinkontinenz | | | | | | | |
| kontinent | Anzahl | 44 | 75,9 | 14 | 24,1 | 58 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 27,6 | 47,6 | 30,5 | 52,6 | 58 | 100,0 |
| inkontinent | Anzahl | 13 | 21,0 | 49 | 79,0 | 62 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 29,5 | 47,6 | 32,6 | 52,6 | 62 | 100,0 |

Als ein weiterer möglicher Qualitätsaspekt im Zusammenhang mit der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen wurde das Vorhandensein von Druckgeschwüren untersucht (Tabellen 76 und 77). Dabei wurden ebenfalls evidente Hinweise auf Assoziationen zwischen den untersuchten Variablen gefunden ($p < 0,5$; s.).

Tabelle 76: Kreuztabelle zu Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Ulcera (n=120)

| | | Ulcera | | | | Gesamt | |
|---|------------------|---------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | keine | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | | | | | | | |
| keine | Anzahl | 53 | 93,0 | 4 | 7,0 | 57 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 48,9 | 85,8 | 8,1 | 14,2 | 57 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 50 | 79,4 | 13 | 20,6 | 63 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 54,1 | 85,9 | 8,9 | 14,1 | 63 | 100,0 |

Tabelle 77: Kreuztabelle zu Ulcera und Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (n=120)

| | | Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | | | | Gesamt | |
|---------------|------------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | keine | | vorhanden | | absolut | in Prozent |
| | | absolut | in Prozent | absolut | in Prozent | | |
| Ulcera | | | | | | | |
| keine | Anzahl | 53 | 51,5 | 50 | 48,5 | 103 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 48,9 | 47,5 | 54,1 | 52,5 | 103 | 100,0 |
| vorhanden | Anzahl | 4 | 23,5 | 13 | 76,5 | 17 | 100,0 |
| | erwartete Anzahl | 8,1 | 47,6 | 8,9 | 52,4 | 17 | 100,0 |

Durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen in ihrer Beweglichkeit eingeschränkte Personen weisen häufiger Druckgeschwüre auf (7% Pflegebedürftige mit Ulcera ohne freiheitsbeschränkende Maßnahmen und 20,6% der Klient/innen mit Ulcera und Fixierungen).

V. DISKUSSION

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung diskutiert und unter verschiedenen Gesichtspunkten näher beleuchtet.

Im Einzelnen wird erörtert,

- inwieweit die Fragestellungen der Arbeit beantwortet werden konnten,
- welche Übereinstimmungen und Unterschiede eine Konfrontation der Befunde mit dem der-zeitigen Forschungsstand ergibt,
- inwiefern Abweichungen mit der gewählten Methodik der Arbeit erklärt werden können bzw. ob methodische Abstriche hingenommen werden mussten und
- welche Aussagen zur Verallgemeinerbarkeit der Befunde getroffen werden können.

Wegen der Komplexität der Forschungsfragen soll vorwegnehmend erinnert werden, dass die Befunde grundsätzlich zwei Bereichen der Qualität zuzuordnen sind. Dies sind:

Erstens: Der professionelle Bereich von Qualität. Dieser Bereich umfasst die Aspekte der Berufsausübung (Perspektive des Personals). Auf der Ebene der Mitarbeiter/innen ist auch die zentrale Fragestellung der Arbeit angesiedelt: Inwieweit konnte unter der Anwendung eines standardisierten und strukturierten Dokumentationsverfahrens eine verbesserte Befähigung der Mitarbeiter/innen - insbesondere in den Bereichen Qualifikationszuwachs (Strukturaspekt bei der Berufsausübung), Beobachtung der Klient/innen/Dokumentation (Prozessaspekt bei der Berufsausübung) und Festlegen individueller Ziele/Pflegeplanung (Ergebnisaspekt bei der Berufsausübung) - erreicht werden?

Zweitens: Der klinische Bereich von Qualität. Mit diesem Bereich werden die Qualitätsaspekte der Pflege an den Klient/innen bezeichnet (Perspektive der Klient/innen). Das Design dieser Arbeit war aber - wie schon gesagt - nicht auf die Messung konkreter Pflege-Outcomes ausgerichtet. Ziel war es vielmehr, unter dem Aspekt professionellen Handelns darzulegen, ob sich die Assessmentdaten für die Qualitätsdarlegung eignen. Lassen sich auf der Basis der vollstandardisierten Dokumentation Potentiale zur Qualitätsverbesserung identifizieren bzw. liefern die Daten Hinweise auf Qualitätsdefizite? Sind Zusammenhänge nachweisbar, die Anhaltspunkte für die weitere Optimierung der Pflegequalität geben?

Deutlich gemacht werden sollte, in welcher Weise die Mitarbeiter/innen auf der Grundlage der im Pflegealltag erhobenen Informationen ein Feedback über ihre Tätigkeit gewinnen können. Bezogen auf die Qualitätsmessung bedeutet dies auch, dass sichtbar gemacht werden soll, inwieweit sich der Qualitätsaspekt der von den Mitarbeiter/innen geleisteten Pflege kontrollieren lässt.

An dieser Stelle soll nochmals unterstrichen werden, dass die Intervention in der vorliegenden Arbeit in erster Linie auf die Änderung des Dokumentationsverhaltens und damit auf die Fähigkeit der Mitarbeiter/innen, die Kund/innen besser zu "kennen", als wichtige Voraussetzung einer Qualitätsverbesserung gerichtet war.

Ad 1.) Zu den Ergebnissen im Bereich einer fachlichen und qualitätsgerechten Berufsausübung (Qualität im professionellen Bereich)

Unter dem **Aspekt der Strukturqualität** zeigen die Resultate der Schulungsevaluation, dass der größte Teil des Personals die vermittelten *Schulungsinhalte als deutlichen Wissens- und Qualifikationszuwachs* bewertete. Die meisten Mitarbeiter/innen (84,0%) gaben an, bei Verwendung einer umfassenden und strukturierten Dokumentation mehr über die Bewohner/innen zu "erfahren". Schon bei der Vermittlung der Inhalte des MDS erlebten viele der Beteiligten an sich Wissensdefizite bezüglich einzelner Beobachtungsaspekte bei teilweise schon langjährig betreuten Personen. Dabei darf an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass in allen teilnehmenden Einrichtungen anfänglich vermehrt Skepsis, vor allem hinsichtlich einer befürchteten zusätzlichen "Schreibbelastung", geäußert wurde. Wohl vor diesem Hintergrund gaben bei Schulungsbeginn nur drei Viertel der Mitarbeiter/innen an, Interesse an dem geplanten Projekt zu haben, zudem wurde die Praktikabilität des Verfahrens von den meisten Mitwirkenden nur als gut oder mittelmäßig eingeschätzt. Die negativsten Einschätzungen wurden dabei in derjenigen Einrichtung gemessen, in der sich das Personal von Anfang an über die fehlende Unterstützung der Leitung beklagte und die später auch aus dem Projekt ausschied.

In diesem Zusammenhang soll noch einmal kurz auf die organisatorischen Aspekte der Schulungen eingegangen werden, die, da sie eine grundlegende Voraussetzung einer erfolgreichen Wissensvermittlung darstellen, ebenfalls evaluiert wurden. Die meisten Mitarbeiter/innen bewerteten zwar die zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten und das Schulungsmaterial positiv, fast alle Teilnehmer/innen beklagten aber, dass für die Schulungen nicht ausreichend Zeit zur Verfügung stand. Dabei findet sich der größte Anteil positiver Bewertungen in den drei Einrichtungen, in denen das Projekt deutliche Unterstützung seitens der Leitung erfuhr, was sich u.a. an der Teilnahme der Pflegedienst- und Heimleitung an den Schulungen und Projektbesprechungen zeigte.

Bezüglich der später ausgeschiedenen Einrichtung zeichneten sich Schwierigkeiten von Anfang an ab, hier fanden die Schulungen teilweise in verlängerten Dienstübergabezeiten statt, eine gesonderte Freistellung für das Personal wurde nicht ermöglicht. Insgesamt

betrug die durchschnittliche Schulungsdauer in allen Einrichtungen im Durchschnitt (nur!) 6,5 Stunden und war damit sichtlich zu kurz für die Komplexität des RAI, dessen Vorgehensweise - wie später noch ausgeführt wird - ein Umdenken der Mitarbeiter/innen erfordert. Dies zeigt sich auch daran, dass ein Drittel der Pflegekräfte angab, das Vorgehen nur mittelmäßig verstanden zu haben. Dass insgesamt mehr Zeit, als die in dieser Studie verfügbare, investiert werden muss, bewiesen bereits in dieser Phase des Projektes zahlreiche auskunftersuchende Anrufe der Pflegenden.

Auch auf der Grundlage der Erfahrungen aus diesem Projekt werden den Pflegeeinrichtungen vom Institut für Gesundheitseinrichtungen und soziale Konzepte IGK e.V. für die Erlernung und Implementierung des RAI Schulungen von mindestens vier Tagen Dauer empfohlen (IGK e.V. 2003).

Vor diesem Hintergrund ist der erlernte Qualifikationszuwachs des beschulten Personals doppelt zu würdigen. Bestätigt wurde der verbesserte Kenntnisstand zur Situation der Bewohner/innen auch durch die Messung der Anzahl notwendiger Besuche zur Assesmenterhebung und der pro Assessment benötigten Zeit. Die hier registrierte deutliche Abnahme der Besuche im Verlauf der Intervention (bei gleichzeitiger Abnahme der fehlenden Angaben) und die Verringerung des Zeitaufwandes belegen das zunehmend routinierte Dokumentieren mit diesem Instrument. Die abnehmende Anzahl von Besuchen zur Zustandsfeststellung spricht auch für eine Verbesserung der genauen und strukturierten Beobachtung der Klient/innen. In diesem Zusammenhang soll angemerkt werden, dass im MDS keine "außergewöhnlichen" Angaben erfragt werden - eigentlich müssten die Pflegekräfte aufgrund ihrer täglichen Arbeit die meisten Informationen problemlos erheben können. Das Erlangen von Routine und Sicherheit wird auch durch die Abnahme der zeitaufwendigen Bereiche und der Bereiche mit Verständnisproblemen bestätigt. Hier fiel vor allem die differenzierte und standardisierte Betrachtung der ADL-Fähigkeiten und der Betrachtung von Stimmungslage und Verhalten sowie die Erfassung mit den entsprechenden MDS-Skalen anfänglich vielen Pflegekräften schwer. Offensichtlich erwies sich besonders die exakte und valide Ermittlung und Messung dieser Bereiche und das damit verbundene Umdenken von der bisher üblichen Vorgehensweise bei der Dokumentation dieser Bereiche als schwierig.

Es soll betont werden, dass die Intervention mit dem Resident Assessment Instrument in erster Linie auf Veränderungen der Prozess- und Ergebnisqualität einer qualitätsgerechten Berufsausübung zielte. Die Schaffung der strukturellen Voraussetzungen, als wichtige Rahmenbedingungen für das Erlernen der neuen Vorgehensweise, oblag den Einrichtungsleitungen und war nicht beeinflussbar.

Die **Prozessqualität** lässt sich in erster Linie an einer aussagekräftigen und vollständigen Dokumentation als der "zentralen Grundlage für die Umsetzung des Pflegeprozesses" (Brucker 1999: 58) erkennen. Vor diesem Hintergrund bildete die Verbesserung der Fähigkeit der Mitarbeiter/innen, den Zustand der Klient/innen exakt festzustellen und vollständig zu dokumentieren, sowie die Einbeziehung verschiedener Akteure der Pflege in die Dokumentationspraxis den Schwerpunkt der Evaluation in diesem Bereich.

Insgesamt ergaben die Auswertungen zur *Vollständigkeit der Dokumentation*, dass sich die Fähigkeit der Mitarbeiter/innen, umfassend zu dokumentieren, bei der Verwendung eines Dokumentationsinstrumentes, das vollstrukturiert ist und in dem der Zustand anhand von Vorgaben und Definitionen erhoben wird, deutlich verbesserte.

Dies wird durch einen deutlichen Rückgang von fehlenden Angaben (sog. Missings) im Verlauf der Studie ersichtlich; die meisten Dokumentationslücken wurden bei der Erhebung des ersten Assessments konstatiert. Der gemessene Qualitätszuwachs kann zum einen auf zwischenzeitlich stattgefundenen Projektbesprechungen zurückgeführt werden, bei denen Probleme erörtert und der Umgang mit dem Handbuch geschult wurde. Zum anderen zeigt dieser Befund, dass es den Pflegekräften bei wiederholter und intensiver Anwendung des Assessments immer besser gelungen ist, Wissensdefizite aufzuarbeiten und Lücken bei der Zustandserkennung zu schließen. Im Einzelnen wurden bei den von den Assessmentkoordinatoren als "schwierig" empfundenen Bereichen G (körperliche Funktionsfähigkeit) und E (Stimmungslage und Verhalten) aber kaum Fehlangaben festgestellt. Missings waren vielmehr bei zeitaufwendigen Bereichen, die Tests erfordert hätten (Ermittlung des Gleichgewichts und einzelner Funktions- und Bewegungseinschränkungen), und in solchen Bereichen registriert, in denen die Pflegekräfte augenscheinlich verstärkte Wissensdefizite aufwiesen (Kategorisierung der Medikation). Daneben dokumentierten die Pflegekräfte offensichtlich Bereiche schlechter, die nicht in das unmittelbare Aufgabengebiet der Pflege fallen. Dazu zählt die Medikation, aber auch die Erfassung verschiedener spezieller Therapien oder die Erhebung zurückliegender Krankenhausaufenthalte. Eine Ausnahme stellt hier das Merkmal Verhaltensauffälligkeiten dar, bei dem der Anteil der Fehlangaben im Verlauf der Messung erhebliche Inkonsistenzen aufwies (Erhöhung der Fehlerquote zum zweiten Messzeitpunkt, später erneute Absenkung). Die Angaben in diesem Bereich erscheinen teilweise widersprüchlich; vermutlich sind die Probleme auf Unstimmigkeiten der Pflegekräfte bei der Erfassung des Items Beständigkeit von Verhaltensauffälligkeiten zurückzuführen - die genaue Ursache für die Inkonsistenz bei der Erhebung dieses Items konnte aber empirisch nicht abgeklärt werden.

Die Messung der *Kommunikation und Kooperation bei der Erstellung der Dokumentation* erfolgte vor dem Hintergrund, dass das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen der Pflege wegen des komplexen Charakters dieser Dienstleistung einen wichtigen Aspekt der Prozessqualität darstellt.

Die Befunde belegen, dass sich im Verlauf der Studie die Kooperation deutlich verbesserte. Dies betrifft in erster Linie die Kommunikation der Pflegenden untereinander, da das MDS auf den gemeinsamen Informationen und Beobachtungen unterschiedlicher Pflegenden über einen festgelegten Zeitraum basiert. Auch wenn nur einem vergleichsweise geringen Teil der Klient/innen eine positive Mitwirkungsbereitschaft bescheinigt werden konnte, wurden im Verlauf der Untersuchung deutlich mehr Bewohner/innen in die Informationserhebung einbezogen. Weil neben dem klinischen Bedarf auch die individuellen Gewohnheiten und Wünsche der Bewohner/innen im Rahmen guter Pflege berücksichtigt werden müssen, ist dieses Ergebnis aber besonders zu würdigen. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten verbesserte sich ebenfalls; die Steigerung von der ersten zur zweiten Erhebung betrug 25,7% - die zweite Messung ergab eine Kooperation bei 50,0% der Dokumentationen. Obwohl dieser Wert angesichts der häufig komplexen Krankheitsbilder bei älteren und pflegebedürftigen Menschen immer noch unzureichend erscheint, stellt die Zunahme eine deutliche Qualitätsverbesserung dar. Bezüglich des Absinkens der Messwerte zum dritten Messzeitpunkt wurde eruiert, dass sich die Kooperation hauptsächlich auf die Erhebung, Überprüfung oder Aktualisierung von Diagnosen und die Anordnung von Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege erstreckte. Das wird aus den erhobenen Bereichen mit Informationsbeschaffungsproblemen ebenfalls deutlich. Eine Steigerung zwischen dem ersten und zweiten Assessment zeigt auch die Messung der Zusammenarbeit mit den Hauswirtschaftler/innen. Die Kooperation der Angehörigen war bei der Erhebung des Initialassessments am größten; Angehörige leisteten vor allem bei der Biographiearbeit einen wichtigen Beitrag. Dass die Beteiligung der Angehörigen im Verlauf der Erhebung wieder zurückging ist plausibel. In den verkürzten Follow-up-Assessments stand der klinische Zustand der Bewohner/innen im Vordergrund; biographische Angaben, Gewohnheiten und andere "Hintergrundinformationen" spielten nur noch eine geringe Rolle.

Dass ein (relativ geringer) Teil der Mediziner/innen und Angehörigen keine positive Mitwirkungsbereitschaft zeigte, könnte darauf hindeuten, dass die umfassende und genaue Informationserhebung als Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Pflege noch nicht hinreichend anerkannt wird. Das mangelnde Engagement der Klient/innen muss anders bewertet werden: Viele Bewohner/innen sind (kognitiv) soweit eingeschränkt, dass es ihnen schwer fällt, ihren pflegerischen Bedarf, aber auch ihre persönlichen Bedürfnisse adäquat und sinnvoll einzuschätzen oder zu äußern. Dies unterstreicht die Relevanz einer

genauen Zustandserhebung durch die Pflegenden als Grundlage einer individuellen pflegerischen Versorgung.

Insgesamt sind die erzielten Resultate positiv zu bewerten, da "die gegenwärtige Situation (in Deutschland - Anm.d.V.) so aussieht, dass es durch ein immer noch relativ planloses Neben- und Gegeneinander einerseits der verschiedenen Institutionen und andererseits der verschiedenen an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligten Professionen zu einer Über- oder Unterversorgung der Hilfebedürftigen kommt" (Görres/Martin 2003: 759). Die Befunde weisen nach, dass das RAI eine verstärkte Zusammenarbeit der Beteiligten bei der Umsetzung des Pflegeprozesses fördert und damit auf die Herstellung einer Arbeitsorganisation hinwirkt, die im Hinblick auf die Qualitätsverbesserung für die Pflege dringend angezeigt ist (vgl. Horn-Wald 2002).

Unter dem **Aspekt der Ergebnisqualität** wurde eruiert, wie sich das *Pflegeplanungsverhalten* der Mitarbeiter/innen unter der Intervention veränderte. Die Pflegeplanung ermöglicht ein einheitliches und systematisches Vorgehen, die in der Dokumentation erhobenen Potentiale weiter zu fördern, Risiken vorzubeugen und Probleme wirksam zu intervenieren - in der Pflegeplanung werden die Ziele und das Vorgehen für eine qualitätsgerechte Berufsausübung festgelegt (vgl. auch Köhler 1994; Andries 1991).

Die Resultate der Studie beziehen sich auf die einzelnen Schritte des "Handlungsplanes", den das RAI vorgibt. Dabei steht bei allen Schritten die Veränderung des Pflegehandelns, hin von alteingeschliffenen Verhaltensweisen zu einer systematischen, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen fußenden und damit weniger symptomatischen und deshalb langfristig erfolgreicherer Pflege, im Vordergrund. Die einzelnen Schritte sind:

- die Erstellung der sog. Abklärungszusammenfassungen als Grundlage für die weiteren Schritte des Verfahrens (Geplantes Vorgehen mit dem RAI)
- die Durchführung der Abklärungshilfen (RAPs) pro Assessment als Basis einer systematischen und ursachenorientierten Pflegeplanung (Ursachenforschung)
- die Aufnahme der abgeklärten Probleme in die Pflegeplanung (Entscheidungsprozess).

Da die Ergebnisse zum Pflegeplanungsverhalten teilweise Inkonsistenzen aufweisen, deren Ursachen im Rahmen des Designs nicht vollständig empirisch abgeklärt werden konnten, soll bereits an dieser Stelle betont werden, dass die nachfolgenden Aussagen (soweit nicht evident) nur im Sinne von Annahmen verstanden werden dürfen, die weitere Forschungen erfordern.

Zu den einzelnen Befunden:

- Der Anteil der erstellten Abklärungszusammenfassungen nahm im Verlauf der Messung zu (erste Messung: 74,0%; zweite Messung: 98,0%; dritte Messung: 100%). Dies lässt zunächst einen Lernprozess hin zu einer verstärkten Ursachenforschung und einem auf Fakten begründeten Pflegeplan vermuten.
- Auch die Zunahme der durchgeführten Abklärungshilfen im Messverlauf (erste Messung: 45,6%, zweite Messung: 46,6%, dritte Messung: 48,6% lässt auf eine Verbesserung des Pflegeplanungsverhaltens schließen.
- Die Evaluation der durchgeführten Abklärungshilfen pro "Problembereich" ergab eine signifikante Zunahme der Abklärungen in 4 der 18 pflegeplanungsrelevanten Bereiche. In diesen Bereichen hat eine Qualitätsverbesserung stattgefunden. Hinweise auf tendenzielle Verbesserungen konnten in weiteren 6 Bereichen konstatiert werden. In diesen Bereichen sind die Effekte jedoch nicht evident und dürfen deshalb nicht zu optimistisch beurteilt werden. Für die Ursachen der in den verbleibenden 8 Bereichen konstatierten Inkonsistenzen bzw. für die Abnahme der durchgeführten Abklärungen in den Bereichen gibt es Anhaltspunkte, die auf Aussagen der Mitarbeiter/innen, jedoch nicht auf einer systematischen Evaluation beruhen. Gezielte Nachfragen lieferten Hinweise, dass diese Abweichungen auf ein "Abwägen" dieses relativ aufwendigen Schrittes zurückzuführen sind: Erweist es sich wirklich als erforderlich, sich nach jeder Dokumentation mit den Abklärungshilfen zu befassen, wenn eine Klient/in immer wieder die selben Alarmzeichen zeigt? Dieses Vorgehen kann im Sinne einer Qualitätsverbesserung (Verhaltensänderung) nicht positiv bewertet werden; ein Teil der Mitarbeiter/innen hat sich nicht an die Vorgehensweise des RAI gehalten.
- Die Auswertung der auf der Grundlage dieser Abklärungshilfen in die Pflegeplanung übernommenen Maßnahmen zeigt, dass generell weit mehr Pflegeprobleme abgeklärt wurden, als letztlich in die Pflegeplanung aufgenommen wurden. Weil dieser Wert Auskunft darüber gibt, dass die Pflege einem strukturierten und nachvollziehbarem Plan folgt und damit weniger zufallsgesteuert abläuft, ist dieser Befund zunächst positiv zu bewerten.

- Über den gesamten Messverlauf nahm der Anteil der in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme zu. Der Befund ist jedoch inkonsistent (erste Messung: 52,1% aufgenommenene Probleme pro Planung; zweite Messung: 50,1% Probleme pro Planung; dritte Messung: 56,5% Probleme pro Pflegeplan). Diese Resultate deuten zwar insgesamt auf eine Verbesserung des Pflegeplanungsverhaltens hin - die Undeutlichkeit des Befundes erschwert aber eine klare Interpretation. Es muss auch hier angenommen werden, dass ein Teil der Pflegekräfte von der Handhabungsweise des RAI abwich und die Pflegepläne "wie gewohnt" anhand einer mehr oder weniger intuitiven Vorgehensweise erstellt wurden.
- Die Annahme, dass eine Verbesserung des Pflegeplanungsverhalten im Gesamtverlauf der Messung stattgefunden hat, wird durch die Betrachtung der auf die einzelnen Problembereiche bezogenen in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme bekräftigt. Die Messung weist in 6 der 18 Bereiche eine statistisch signifikante Zunahme der abgeklärten und geplanten Probleme nach und zeigt damit eine Qualitätsverbesserung an. Eine tendenzielle, aber nicht signifikante Verbesserung des Pflegeplanungsverhaltens konnte in weiteren 4 Bereichen konstatiert werden. Dabei stimmen 7 der 10 Schwerpunkte, in denen eine signifikante oder tendenzielle Verbesserung bei der Aufnahme in die Planung gemessen wurde, mit den verbesserten "abgeklärten" Bereichen überein. Jedoch wurden auch bei der Betrachtung der in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme 8 Bereiche identifiziert, in denen keine Verbesserung stattgefunden hatte oder die Undeutlichkeit der Befunde ebenfalls Abweichungen bei der Anwendung des Qualitätsinstrumentes nahe legt.

Um zu überprüfen, inwieweit die obigen Befunde tatsächlich für eine Verbesserung der Pflegeplanungspraxis sprechen, wurden die Bereiche Stürze und Dehydratation näher analysiert.

- Die Ergebnisse belegen, dass bei den untersuchten Problembereichen die auf der Grundlage der identifizierten Alarmzeichen und Risikopotentiale erstellten Abklärungen im Verlauf der Messung anteilmäßig zunehmen. Auch die Anzahl der in die Pflegeplanung übernommenen Probleme nimmt zu. Dies lässt ebenfalls eine Verbesserung des Pflegeplanungsverhaltens im Beobachtungszeitraum annehmen.
- Bei der Analyse des systematischen Vorgehens mit dem RAI zeigte sich jedoch, dass in beiden Bereichen zusätzlich Abklärungshilfen für Bewohner/innen, deren

Dokumentationen keine Alarmzeichen aufwiesen, durchgeführt worden waren. Ein Teil der auf diese Weise erhobenen Befunde ging auch in die Pflegeplanung ein. Gezielte Nachfragen zu diesem Phänomen ergaben, dass neben der Dokumentation mit dem RAI auch Teile der alten Pflegeplanung übernommen und anhand der Abklärungen untersucht wurden. Dieser Befund zeigt, wie schwierig es ist, bestehende Verhaltensweisen zu ändern. Zumindest ein Teil der Pflegekräfte schätzte Pflegeprobleme nach der "schon immer" gehandhabten - auf Erfahrung und Intuition fußenden - Praxis ein. Diese Annahme erhärtet sich durch die - mit der Analyse festgestellte - abweichende Planungspraxis bei Bewohner/innen mit vermutlich nur noch kurzer Lebensdauer. Bei diesen Bewohner/innen wurden vergleichsweise weniger Probleme als bei solchen mit noch "normaler" angenommener Lebenserwartung abgeklärt; jedoch wurden letztlich relativ mehr Probleme in die Pflegeplanung aufgenommen. Dies ist unter Qualitätsaspekten nicht unbedingt negativ zu bewerten. Bei Terminalkranken steht nicht die ursachenorientierte Maßnahmenplanung, sondern das Schaffen einer größtmöglichen Lebensqualität im Vordergrund. Auch dieses Ergebnis zeigt aber an, dass die Vorgehensweise des RAI von einem Teil der Mitarbeiter/innen nicht eingehalten wurde.

Die zusammenfassende Betrachtung der Veränderungen des Pflegeplanungsverhaltens im Verlauf der Intervention lässt insgesamt eine Qualitätsverbesserung dieses wesentlichen Aspektes der pflegerischen Qualitätserbringung annehmen. Die Ergebnisse sind jedoch - das soll hier nochmals unterstrichen werden - vorsichtig zu bewerten. Nur ein Teil der Befunde ist statistisch signifikant; teilweise zeigen die Messungen Inkonsistenzen, die schwierig zu interpretieren sind. Eine tiefere Analyse erhärtete den Verdacht, dass diese Unregelmäßigkeiten auf die unzureichende Einhaltung der Verfahrensschritte durch einen Teil der Mitarbeiter/innen zurückzuführen ist. Mögliche Ursachen für dieses Resultat können in den vergleichsweise kurzen Schulungsdauern (ein Drittel der Mitarbeiter/innen gab bei der Evaluation an, dass die Schulungen zu kurz wären und das Verfahren nur mittelmäßig verstanden wurde) und den ungünstigen Bedingungen während des Feldversuches (diese werden an späterer Stelle noch beschrieben) vermutet werden. Unter dem Gesichtspunkt, dass die Änderung eingeschliffener Verhaltensweisen nicht nur ein vorübergehendes Phänomen sein sollte und das Kernstück jedes umfassenden Qualitätsmanagementansatzes darstellt (vgl. II. 5.2.), legen die Ergebnisse nahe, dass weitreichende und umfassende Veränderungen durch geeignete Rahmenbedingungen flankiert sein müssen.

Auch hier sind weitergehende Analysen und überprüfenden Studien erforderlich.

Ad 2.) Zu den Befunden im klinischen Bereich (Kundenperspektive)

Auf der Ebene der Bewohner/innen erfolgte unter dem Aspekt der Ergebnisqualität die statistische Aufbereitung der Daten, um zu prüfen, inwieweit die Erhebungen geeignet sind,

- den Mitarbeiter/innen ein Feedback zur Qualität der Pflege zu ermöglichen sowie
- Qualitätshinweise und -potentiale aufzuzeigen, die praxistaugliche Anhaltspunkte für zielgerichtete pflegerische Interventionen (im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung) liefern.

Grundlage der Betrachtung stellte die Zustandserhebung der Bewohner/innen zum ersten Messzeitpunkt (Initialassessment) dar. Die Messung zeigte, dass die beobachtete Population in praktisch allen Bereichen erheblich belastet ist. Dies betrifft sowohl die körperliche Funktionsfähigkeit als auch den kognitiven Funktionsstatus und die psychische und geistige Funktionsfähigkeit. Auch kommt so etwas wie eine "soziale Unabhängigkeit" kaum vor.

Bei der Messung der interindividuellen Entwicklung auf der Prävalenzebene konnten sowohl bei der Betrachtung zusammengefasster Merkmale als auch bei der differenzierteren Auswertung zu kognitiven Fähigkeiten und Urinkontinenz und auch bei der Zustandserhebung mittels ADL-Score und CPS nur geringfügige Veränderungen - meist in Richtung einer Verschlechterung - registriert werden.

Die Befunde weisen jedoch teilweise Inkonsistenzen auf. Signifikant sind nur die Verschlechterungen bei den Merkmalen Kurzzeitgedächtnis und Hinweise auf ein Delir. Die Ursachen solcher Verschlechterungen sollten in der Praxis unter Verwendung der Resident Assessment Protocols systematisch abgeklärt werden.

Um weitere Probleme bzw. Ressourcen zu identifizieren, an denen eine gezielte Qualitätsarbeit ansetzen müsste, wurde auf der Inzidenzebene die intraindividuelle Entwicklung für die Merkmale Bewegung im Bett und Stuhlkontinenz untersucht. Hier konnte bei beiden Merkmalen ein Anteil von Personen identifiziert werden, der zwischenzeitlich oder über den gesamten Messzeitraum Zustandsverbesserungen aufwies. Die Identifizierung solcher Entwicklungen erweist sich im Pflegealltag von praktischer Bedeutung für die Qualitätsarbeit; es kann nachgewiesen werden, inwieweit gezielte Interventionen tatsächlich zu verbesserten Pflege-Outcomes geführt haben; d.h. die Mitarbeiter/innen können auf diese Weise ein Feedback ihrer Tätigkeit erhalten. Einschränkend muss aber festgehalten werden, dass die diesbezügliche Nutzung von Daten voraussetzt, dass gemessene Veränderungen nicht auf Messfehlern basieren. Genau das kann aber in der vorliegenden Untersuchung mit Blick auf die Inkonsistenz einiger Befunde auf der Prävalenzebene nicht ausgeschlossen werden.

Wie können nun die gemessenen Zustandsveränderungen interpretiert werden?

Erstens: Die gemessenen Verschlechterungen im Verlauf eines Jahres können zum Teil auf die fortschreitenden Alterungsprozesse der ohnehin stark in ihren Alltagsfähigkeiten eingeschränkten Population zurückgeführt werden - Hinweise hierfür liefert die Fachliteratur (vgl. Smith/Zank 2002; Ferucci et al. 1995; Saup/Schröppel 1993). Auf mögliche Einflüsse, die sich während des Messzeitraumes verschlechternd auf den Zustand der Bewohner/innen ausgewirkt haben könnten, wird an anderer Stelle noch eingegangen.

Zweitens: Die Inkonsistenzen der Messergebnisse können mit den o.g. Alterungsprozessen nicht hinreichend erklärt werden. Vielmehr muss vermutet werden, dass ein Teil dieser Unregelmäßigkeiten auf Effekte der Dokumentation zurückzuführen ist. Möglicherweise gab es Fehler bei der Datenerhebung, die unter den schlechten Bedingungen des Feldversuches - insbesondere ist die angespannte Situation durch das Hochwasser in Sachsen im Jahr 2002 gemeint - nicht zu vermeiden waren. Es ist anzunehmen, dass solche Effekte unter "normalen" Alltagsbedingungen schwächer ausfallen. Eine Verminderung von Dokumentationsfehlern dürfte sich auch durch die Schaffung besserer Rahmenbedingungen - intensivere Schulungen, regelmäßige Supervisionen des Pflegepersonals und vollständige Umstellung der Pflegeplanung auf die Systematik des RAI, also keine Doppeldokumentation - erzielen lassen.

Vor dem dargestellten Hintergrund und der Größe der hier untersuchten Stichprobe (auf diese wird im Weiteren nochmals ausführlicher eingegangen) müssen die gemessenen Veränderungen äußerst vorsichtig bewertet werden. Bezogen auf die vorliegende Studie ist zu resümieren, dass die Befunde für die Erfolgsbeurteilung pflegerischer Interventionen nur eingeschränkt verwertbar wären.

In einem weiteren Schritt der Evaluation wurden Alltagszusammenhänge identifiziert, die auf Qualitätspotentiale hinweisen und für die Pflegenden praxistauglich, verständlich und nachvollziehbar sind. Dazu wurden univariate Assoziationsprüfungen durchgeführt.

Bevor diese Befunde diskutiert werden, soll an dieser Stelle erneut der Praxisbezug der Arbeit betont werden, der die Identifizierung von Anhaltspunkten für die alltägliche Arbeit auf der Basis der aufgezeigten Assoziationen rechtfertigt. Im Sinne strenger wissenschaftlicher Forschung ist es eigentlich unzulässig, auf der Basis von Assoziationen Rückschlüsse auf Ursachen zu ziehen: Assoziationen könnten theoretisch auch ohne Qualitätsmängel vorliegen.

Weil Pflegebedürftige jedoch eine Klientel mit speziellen Eigenschaften sind (dies meint die bereits beschriebenen umfassenden Belastungen und Einschränkungen, das hohe Alter,

die Institutionalisierung etc.), scheint es zulässig, Assoziationen zwischen objektiven Mangelscheinungen oder funktionellen Gesundheits- und Selbstversorgungsdefiziten und pflegerisch beeinflussbaren Faktoren als Indikator für die Pflegequalität heranzuziehen. Diese Assoziationen werden hier als Messinstrumente benutzt. Dies ist möglich, da aufgrund der erwähnten Eigenschaften dieser Population stark wirksame Gemeinsamkeitskorrelationen zu nicht beeinflussbaren Drittvariablen (anderen Störgrößen) bzw. die Wirksamkeit solcher Störgrößen weitestgehend ausgeschlossen werden können. Das heißt, bei der untersuchten Klientel dominieren die beeinflussbaren Variablen. Damit kann ein stärkerer Zusammenhang als zu den nichtbeeinflussbaren möglichen Störgrößen angenommen werden. Vor diesem Hintergrund ist die aufgezeigte Vorgehensweise zulässig und nutzbringend.

Die Assoziationen sollen im Folgenden dargestellt und im Hinblick auf mögliche Interventionen interpretiert werden.

- Signifikante Assoziationen in der untersuchten Stichprobe konnten zwischen der Abhängigkeit bei der Bewegung im Bett und der Urin- und Stuhlinkontinenz nachgewiesen werden. Ein tendenzieller Zusammenhang wurde zudem zwischen der Fähigkeit, sich unabhängig im Bett bewegen zu können, und dem Vorhandensein von Ulcera aufgezeigt. Die Immobilität sollte hier als eine mögliche und evt. intervenierbare Ursache für die anderen Pflegeprobleme in Betracht gezogen werden. Hier sollte durch das Pflegepersonal bei den einzelnen Pflegebedürftigen überprüft werden, inwieweit sämtliche Möglichkeiten der Mobilisation ausgeschöpft wurden. Möglicherweise könnte ein regelmäßiges Aktivierungstraining oder die Anwendung geeigneter Hilfsmittel die Mobilisation verbessern helfen (vorhandene Potentiale konnten bei der intraindividuellen Betrachtung aufgezeigt werden). Inwieweit dann auch eine Verbesserung der Urin- und Stuhlinkontinenz und eine Abnahme von Ulcera zu verzeichnen ist, ist im weiteren Verlauf der Pflege erneut zu überprüfen.
- Evidente Zusammenhänge wurden zwischen dem Ereignis Sturz und einer dokumentierten unsicheren Gangart sowie dem Vorhandensein von Schwindel und Benommenheit registriert. Tendenzielle Zusammenhänge konnten auch zur Medikalisierung mit Antidepressiva, Psychopharmaka und Antipsychotika dargelegt werden. Dabei stellen Stürze bei Pflegebedürftigen ein schwerwiegendes Pflegerisiko dar. Sie führen in der Regel zu ernsthaften Verletzungen wie Oberschenkelhalsbrüchen und leiten nicht selten den Prozess des endgültigen Abbaus ein (Bacon 1996). Vor diesem Hintergrund sollte das Pflegepersonal verstärkt prüfen, inwieweit mögliche Sturzrisiken vermieden werden können. Insbeson-

dere kann bei einer unsicheren Gangart oder dem Vorhandensein von Schwindel und Benommenheit schon präventiv die Möglichkeit der Anwendung geeigneter Gehhilfen bzw. der Gebrauch von Hüftprotektoren erwogen werden. Außerdem sollte die Notwendigkeit der Medikation mit Psychopharmaka sorgfältig überprüft werden. Ist eine Medikation etwa nachts unerlässlich, könnte evt. ein Toilettensstuhl neben das Bett gestellt werden, um eine unnötige Gefährdung zu verhindern.

- Außerdem konnten signifikante Zusammenhänge zwischen der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen und dem Vorhandensein von Urin- bzw. Stuhlkontinenz und Ulcera belegt werden. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen gelten als relativ leicht "intervenierbare" Maßnahme und es sollte näher beleuchtet werden, wo die Ursachen für die Selbstgefährdung der Klient/in liegen bzw. ob solche Maßnahmen wirklich erforderlich sind.
- Tendenzielle Abhängigkeiten ließen sich zudem bei der Betrachtung der Gabe von Psychopharmaka und dem Rückzug von sozialen Aktivitäten aufzeigen. Auch hier sollte überprüft werden, inwieweit eine solche Medikation aktuell angezeigt ist, ob sie nicht auch als Ursache für andere Pflegeprobleme in Frage kommen könnte und wann der Facharzt zuletzt konsultiert wurde.

Zu den Auswertungen im klinischen Bereich soll zusammenfassend konstatiert werden:

- Die im Rahmen der Pflegedokumentation mit dem MDS des RAI 2,0 erhobenen Daten eignen sich nicht nur zur detaillierten und strukturierten Darstellung des Zustandes der in den Einrichtungen versorgten Bewohner/innen, sondern verfügen auch über das Potential, Zustandsveränderungen und damit (erwünschte oder unerwünschte) Pflege-Outcomes mittels valider und reliabler Items und wissenschaftlichen Ansprüchen genügenden Skalen zu messen. Unabdingbare Voraussetzung für die korrekte Erfolgsbeurteilung von pflegerischen oder klinischen Interventionen ist aber die sorgfältige und weitestgehend fehlerfreie Dokumentation durch ausreichend geschultes Pflegepersonal. Dies ist in der vorliegenden Studie wahrscheinlich nicht immer erfolgt - die Befunde zu den Zustandsveränderungen sind teilweise undeutlich und müssen deshalb mit der gebotenen Vorsicht interpretiert werden.
- Deutliche und evidente Verschlechterungen, wie sie in dieser Studie bei den Merkmalen Kurzzeitgedächtnis und Hinweise auf ein Delir gemessen wurden, müssen in der Pflegepraxis hinsichtlich evt. vorhandener "systematischer" Ursachen genauer untersucht werden. Auf der Grundlage der Erhebungen mit dem MDS konnten ferner vorhandene Qualitätspotentiale identifiziert werden. Die

Informationen zum Zustand der Bewohner/innen lassen also Rückschlüsse auf vorhandene Potentiale und Ressourcen oder anzugehende Qualitätsprobleme zu. Die Mitarbeiter/innen erhalten so praxistaugliche Anhaltspunkte für die gezielte Qualitätsverbesserung. D.h. die Qualität pflegerischer Arbeit wird mit den Daten der Pflegedokumentation überprüfbar.

Für die weitergehende Interpretation der Ergebnisse zur Qualität im klinischen Bereich ist es von Belang festzustellen, dass die Forschungslage auf dem Gebiet der Qualität und speziell der Qualitäts-Outcomes in Deutschland insgesamt insuffizient ist (exempl. Garms-Homolová/Roth 2004; Görres/Martin 2003; Nauerth 2003; Roth 2002; Smith/Zank 2002). Gegenwärtig gibt es an Stelle von Forschungen, in denen Ansätze untersucht werden, wie sich die Qualität der Pflege - z.B. durch gezielte Trainingsmaßnahmen der Mitarbeiter/innen - verbessern ließe, fast ausschließlich Mängelberichte zur Qualität im Bereich der Altenpflege (siehe II. 3).

Eine Ausnahme stellt hier eine Forschungsarbeit zur Förderung von Selbständigkeit bei Klient/innen in Pflegeheimen dar, in der die Effekte von gezielten Trainings bei den Pflegenden auf das Verhalten der Bewohner/innen gemessen wurde (Neumann et al. 1993; 1997). Ansatz und methodisches Vorgehen können jedoch mit dem Vorgehen in der vorliegenden Arbeit nicht unmittelbar verglichen werden (siehe Tabelle 78). Während in der Arbeit von Neumann et al. (ebd.) ein spezielles - auf die Problematik Selbständigkeit ausgerichtetes - Training der Pflegekräfte erfolgte und die Auswirkungen des Wissenszuwachses gemessen wurden, wird in der vorliegenden Arbeit ein umfassenderer Ansatz, der auf das eigenständige Handeln und Partizipieren der Pflegekräfte an der Qualitätsverbesserung zielt, verfolgt. Insofern können, außer der Bestätigung, dass sich gezielte Trainingsprogramme unabhängig von der formalen Qualifikation des Personals positiv auf die Qualität der Pflegearbeit auswirken, kaum Gemeinsamkeiten identifiziert werden.

Die vorliegende Studie stellt einen in Deutschland bisher nicht systematisch untersuchten Ansatz dar; vergleichbare Forschungsarbeiten liegen nur im Ausland vor (Garms-Homolová/Roth 2004; Roth 2002; Smith/Zank 2002).

In Tabelle 78 werden einige Studien hinsichtlich des untersuchten Forschungsgegenstandes, des methodischen Vorgehens und der erzielten Ergebnisse gegenübergestellt.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Ergebnisse dieser Arbeit die Resultate aus den USA zum Einsatz des RAI bestärken. Bei den Veränderungen im Bereich der

Dokumentation konnten die Befunde bestätigt werden, bei Messungen zum Pflegeplanungsverhalten wurden Tendenzen in Richtung einer Verbesserung festgestellt. Mit Blick auf die Befunde der vorliegenden Arbeit soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass die Forschungen aus den USA auf erheblich größeren Stichproben ($n=4196$ bzw. $n=2128$) und einem Messzeitraum von drei Jahren basieren. Dieser "Vorteil" wirkt sich wesentlich auf die Aussagefähigkeit der Ergebnisse aus (vgl. Achterberg 1999, 2004; Igekami et al. 1997, 1998). Daneben fand die Implementation des RAI in den USA unter besseren Rahmenbedingungen statt. Das Instrument kam auf gesetzlicher Grundlage flächendeckend zum Einsatz, die "Research-nurses" wurden in viertägigen Trainings geschult (exempl. Phillips et al. 1997; Hawes et al. 1997; Mor et al. 1997; Fries et al. 1997a; vgl. auch Review von Achterberg et al. 1999). Auch daraus resultierten mit hoher Wahrscheinlichkeit bessere Ergebnisse.

Dennoch konnte auch in der vorliegenden kleineren Untersuchung nachgewiesen werden,

- dass mit den Schulungen zu RAI ein Wissenszuwachs bei den Mitarbeiter/innen erzielt werden konnte. In der Untersuchung von Phillips et al. (1997: 16 ff.) gaben 78,0% der Respondent/innen einen Kenntniszuwachs an; die vorliegende Arbeit lässt wegen der kleinen Stichprobe ($n=25$) keine aussagekräftigen prozentualen Aussagen zu, zeigt aber ebenfalls, dass bei den meisten Mitarbeiter/innen ein Wissenszuwachs stattgefunden hat (21 von 24 Mitarbeiter/innen schätzten einen Kenntniszuwachs ein).
- dass es durch das RAI zu einer verstärkten Einbeziehung der Angehörigen und anderer am Pflegeprozess Beteiligter bei der Zustandserfassung und Informationssammlung kommt (Hawes et al. 1997: 979, 981; Hawes 1997a: 22). Dies spricht für eine Verbesserung der Pflegequalität. Die verstärkte Einbeziehung anderer Personen in den Pflegeprozess wurde in der vorliegenden Arbeit bestätigt (u.a. Zunahme der Zusammenarbeit zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt bei ärztlichem Personal um 25,7%; bei hauswirtschaftlichem Personal um 9,2%).
- dass signifikante Verbesserungen der Fähigkeit des Personals, Kenntnisse zu den Klient/innen zu gewinnen und diese auch zu verschriftlichen, zu verzeichnen sind. Während zum ersten Messzeitpunkt nur 17,6% der Pflegekräfte weitestgehend fehlerfrei dokumentierten, waren es drei Jahre später 48,6% der Mitarbeiter/innen (Phillips et al. 1997: 16). Die vorliegende Arbeit weist diese Verbesserungen anhand der Abnahme von Fehlangaben und beim Dokumentieren schwieriger Bereiche nach; die Verbesserungen nach zwei Assesmenterthe-

bungen betragen in den Bereichen mit den meisten Missings fast 30%.

- dass die Mitarbeiter/innen diese Kenntnisse dann auch in eine qualitätsgerechte (d.h. an den Schritten des RAI ausgerichtete) Pflegeplanung einfließen lassen. In der Studie von Hawes (Hawes et al. 1997) konnten Verbesserungen der Pflegeplanungen, u.a. die signifikante Zunahme der in die Pflegeplanung aufgenommenen Probleme, belegt werden. Auch hier zeigen die Untersuchungen aus den USA wesentlich deutlichere Befunde als die vorliegende Untersuchung: signifikante Verbesserungen wurden in 12 der 18 Problembereiche, die in die Pflegeplanung einfließen können, gemessen (ebd.: 981). In der vorliegenden Arbeit konnten signifikante Verbesserungen bei der Ursachenforschung (Abklärung von Problemen) in 4 Bereichen nachgewiesen werden. Bei der Aufnahme der abgeklärten Probleme in die Pflegeplanungen waren die Befunde in 6 Bereichen evident. Daneben wurden tendenzielle Verbesserungen gemessen und Hinweise gefunden, die ebenfalls eine Verbesserung der Pflegeplanungspraxis annehmen lassen. Da jedoch einige Befunde Inkonsistenzen aufweisen und die nähere Analyse in zwei Bereichen eine abweichende Pflegeplanungspraxis, speziell bei terminal Erkrankten zeigte, sind weitere vertiefende Untersuchungen unabdingbar.
- dass den Mitarbeiter/innen aus den im Alltag gewonnen Pflegedaten ein Feedback ihrer Tätigkeit möglich wird. Damit ist einerseits die Grundlage für eine weitere gezielte Qualitätsverbesserung gegeben, andererseits kann das Handeln der Mitarbeiter/innen kontrolliert werden. Dabei belegen Phillips et al. (1997) in ihrer Interventionsstudie messbare Qualitätsveränderungen anhand verschiedener Indikatoren. Beispielhaft soll hier die Verbesserung der ADL-Aktivitäten um 3,4% und der Rückgang der Fixierungen um 10,0% genannt werden. Beide Ergebnisse zeigen Evidenz. (vgl. auch Hawes et al. 1997; Mara et al. 1999). Daneben wurden bei fünf weiteren Qualitätsindikatoren (u.a. Anteil der stuhlincontinenten Bewohner/innen ohne Toilettenprogramm) signifikante Qualitätsverbesserungen gemessen (Hawes et al. 1997: 982). In der vorliegenden Arbeit war eine Messung einzelner Pflege-Outcomes (die sich auf die Intervention zurückführen lassen) nicht intendiert, es konnten aber Qualitätspotentiale und Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung aufgezeigt werden. Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass auch hier tiefergehende Analysen notwendig sind, da Inkonsistenzen im Messverlauf Dokumentationsfehler vermuten lassen.

Tabelle 78: Übersicht - Vergleich ausgewählter Forschungsergebnisse zu den Befunden der vorliegenden Arbeit

| Betrachtete Fragestellung | vorhandene Forschungen Forschungsgegenstand | Land | Vergleich der Methodik | Vergleich der Ergebnisse | Anmerkungen |
|--|---|------------------------|---|---|---|
| 1. Einfluss von Schulungen auf die Qualifikation der Mitarbeiterinnen | - Phillips et al. (1997); Hawes et al. (1997): Befähigung der Mitarbeiter/innen zu einer besseren Zustandsfeststellung unter Anwendung des RAI – subjektive Einschätzung durch das Personal - Neumann, Zank, Tzschätzsch und Baltes (1993/ 1997): Führen gezielte Trainingsmaßnahmen zu einer Verhaltensänderung des Personals (Interaktion zu den Klient/innen)? – Förderung von Selbstständigkeit bei den Klient/innen | USA Deutschland | - ähnliche Methodik; bessere Untersuchungsbedingungen (gesetzliche Vorgabe und Finanzierung), wesentlich größere Stichprobe - andere Methodik, kontrollierte Studie; Training umfasste Wissen zur Problematik selbstständigkeitsvermeidender Pflege, keine umfassenden Dokumentationen des Personals zu den Klient/innen im Pflegealltag (Bedarfs- und Zustandsfeststellung); Messung der Intervention anhand einer Skala zu Verhaltensweisen - keine Einschätzung des Schulungserfolges durch die Pflegekräfte | - in beiden Studien Messung einer Qualifikationsverbesserung (Phillips et al.: 78% des Personalschätzte Wissenszuwachs ein, in der vorliegenden Arbeit gaben 21 von 25 Personen an, mehr Wissen erlangt zu haben).) - keine direkte Vergleichbarkeit der Befunde - es wurde belegt, dass gezielte Schulungsmaßnahmen sich positiv auf die Verhaltensweisen des Personals auswirken und damit die Selbstständigkeit der Klient/innen fördern | - Studien aus den USA liefern auf der Basis der großen Stichproben aussagekräftige prozentuale Befunde – dazu ist die Stichprobe der vorliegenden Arbeit (n=25) zu klein - die Studie wurde hier aufgenommen, weil es einige der wenigen Arbeiten in Deutschland ist, in der nicht nur vorhandene Mängel aufgezeigt werden, sondern Ansätze zur Verbesserung der Pflegefähigkeit untersucht werden |
| 2. Auswirkungen der Anwendung eines standardisierten und strukturierten Dokumentationsverfahrens auf die Prozessqualität: Aspekt Dokumentationsverhalten | - Schmidt et al. (1998): Wirkt sich der Einsatz speziell geschulter Teams im Pflegebereich auf den Einsatz von Psychofarmaka aus? - Phillips et al. (1997); Hawes et al. (1997): Intervention mit RAI. Verbesserung der Dokumentation (Erhebung eines zuverlässigen MDS) | Schweden USA | - andere Methodik; kontrollierte Studie, Training zu speziellen Pflegeproblemen (nicht zur allgemeinen besseren Kenntnis der Klienten) - ähnliche Methodik; bessere Untersuchungsbedingungen (gesetzliche Vorgabe und Finanzierung), große Stichprobe (n= 4000), Messzeitraum von 3 Jahren; Messung teilweise mit anderen Indikatoren | - keine direkte Vergleichbarkeit der Befunde - es konnte gezeigt werden, dass durch den Einsatz der geschulten Mitarbeiter/innen die Einnahme/Verordnung von Psychofarmaka sinkt - in beiden Studien wurde eine Verbesserung des Dokumentationsverhaltens gemessen – daraus wird eine Verbesserung der Prozessqualität abgeleitet | - bei der Studie aus den USA deutlichere Aussage der Ergebnisse durch große Stichprobe, insbesondere bei seltenen Ereignissen (geringe Fehlerzahl in einzelnen Bereichen) |

| | | | | | |
|---|--|------------|--|---|---|
| <p>3. <u>Auswirkungen der Anwendung eines standardisierten und strukturierten Dokumentationsverfahrens auf die Verbesserung der Prozessqualität: Aspekt Einbeziehung anderer Professionen und Angehöriger in die Zustandserhebung</u></p> | <p>- Hawes et al. (1997): Intervention mit RAI – Verbesserung der Dokumentation</p> | <p>USA</p> | <p>- ähnliche Methodik; bessere Untersuchungsbedingungen (gesetzliche Vorgabe und Finanzierung), große Stichprobe (n= 4000), Messzeitraum von 3 Jahren</p> | <p>- in beiden Studien wurde eine Verbesserung der Mitwirkung anderer Personen bei der Dokumentation gemessen - daraus wird eine Verbesserung der Prozessqualität abgeleitet</p> | <p>- Studie von Hawes kommt durch höhere Stichprobe und größeren Messzeitraum zu aussagekräftigeren Ergebnissen - in der vorliegenden Studie teilweise erschwerte Einschätzung aufgrund der Verwendung eines verkürzten MDS bei den Follow-up-Messungen</p> |
| <p>4. <u>Auswirkungen der Anwendung eines standardisierten und strukturierten Dokumentationsverfahrens auf die Verbesserung der Prozessqualität: Aspekt Verbesserung der Pflegeplanung auf der Grundlage einer verbesserten Dokumentation</u></p> | <p>- Hawes et al. (1997): Intervention mit RAI – Verbesserung der Pflegeplanung</p> | <p>USA</p> | <p>- siehe Punkt 3: Messung der Veränderungen anhand der Anwendung der „Verfahrensschritte des RAI“</p> | <p>- in beiden Untersuchungen konnten Verbesserungen der Pflegeplanung gemessen werden (Erhöhung des Anteils abgeklärter Pflegeproblem sowie Erhöhung des Anteils aufgenommener Probleme in die Planung)- daraus wird eine Verbesserung der Prozessqualität abgeleitet</p> | |
| <p>5. <u>Feedback über die Qualität der geleisteten Pflegearbeit aus im Alltag gewonnenen Daten</u></p> | <p>- Phillips et al. (1997): Intervention mit RAI – Auswirkungen auf Pflege-Outcomes</p> | <p>USA</p> | <p>- beide Studien zeigen, dass die Daten geeignet sind, um Aussagen zur Qualität der Pflege zu treffen, - die Studie aus den USA zeigt evidente Verbesserungen von Pflege-Outcomes (z.B. Stürze, Fixierungen) - für den Nachweis ähnlicher signifikanter Effekte war das vorliegende Datenmaterial nicht nutzbar; es konnten Verbesserungspotentiale und Ansätze für das weitere „Qualitätsvorgehen“ dargestellt werden</p> | <p>- Phillips et al belegen, dass bereits die verbesserten Zustandserkennung und Ursacherkennung eine Verbesserung der Pflege-Outcomes bewirkt - Messungen dieser Art waren in vorliegender Arbeit nicht vorgesehen, Sample lässt keine signifikanten Rückschlüsse auf die Veränderung seltener bzw. schwerwiegender Ereignisse zu (=Outcome-Indikatoren)</p> | |

Inwiefern können nun vorhandene Abweichungen auf die Methodik der vorliegenden Arbeit zurückgeführt werden? Wie wirkt es sich aus, dass die Untersuchung unter den Bedingungen der Alltagspraxis stattgefunden hatte?

Die Ergebnisse der vorliegenden empirischen Erhebung basieren auf zwei Stichproben:

- Einem Sample von 25 Mitarbeiter/innen aus vier Pflegeheimen, die jeweils an beiden Schulungsphasen teilnahmen und das erworbene Wissen innerhalb der Stationen an andere Pflegekräfte weitervermittelten.
- Einem Sample aus 205 Bewohner/innen dieser Einrichtungen (erster Messzeitpunkt), von dem jedoch im Verlauf der Messungen 85 Personen ausschieden oder verstarben. Die Gruppe der nichtausgeschiedenen Personen umfasste zum dritten Messzeitpunkt 120 Personen.

Wie schon dargestellt, gibt es bei der Stichprobe der Mitarbeiter/innen keine Anhaltspunkte auf Unterschiede zur Gesamtpopulation der Bewohner/innen von vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen. Bei der Auswahl der Pflegekräfte für das Projekt gab es keine Ein- oder Ausschlusskriterien. Zum einen richtet sich der Forschungsgegenstand der Erhebung gerade nicht auf die formale Qualifikation der Pflegenden, sondern fokussierte einen Qualifikationszuwachs auf der Grundlage der durchgeführten Schulungen. Zum anderen war intendiert, die Assessments gemeinsam mit nichtgeschulten Mitarbeiter/innen im Team zu erstellen, die Bewertung des Wissenszuwachses erfolgte dann auf der Grundlage der Dokumentationen.

Auch zum Sample der Bewohner/innen lieferte die Teststatistik (auf der Basis der Daten der Pflegestatistik-Verordnung) keine Hinweise, die gegen eine Repräsentativität der Untersuchungsgruppe zur Gesamtpopulation der Heimbewohner/innen in Sachsen sprechen.

Methodische Einflüsse ergaben sich aus ungeplanten zeitlichen Verschiebungen bei den Messungen. Auch das Ausscheiden eines großen Teiles der Bewohner/innen wirkt sich aus, konnte jedoch unter den Feldbedingungen der Studie nicht vermieden werden.

Zu einer zeitlichen Verschiebung bei den Messungen kam es durch das Hochwasser im August 2002. Da zwei der Heime teilweise evakuiert werden mussten und eine Einrichtung zusätzlich Notbetten für evakuierte Heimbewohner/innen bereitstellen musste, waren die Arbeitsabläufe in den Heimen stark beeinträchtigt. Aufgrund dessen verschoben sich die geplanten Zeitintervalle zwischen den Messungen. Weil die Pflegeplanungen zum zweiten Messdurchgang erst erheblich später als geplant angefertigt werden konnten,

verringerte sich der Abstand zwischen zweiter und dritter Planungsphase. Beeinträchtigungen der Messergebnisse können hier nicht ausgeschlossen werden. Insbesondere müssen hemmende Effekte aufgrund der Mehrbelastung des Personals als gesichert gelten. Die Konsequenzen auf den Zustand der Heimbewohner/innen lassen sich nur schwierig beurteilen. Es kann aber angenommen werden, dass die Evakuierungen, Verlegungen und der in diesem Zusammenhang erlebte Stress sich negativ auf den Zustand der funktionell und kognitiv ohnehin stark belasteten Klient/innen auswirkten, so dass zumindest teilweise eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermutet werden muss.

Hinsichtlich der *Verallgemeinerbarkeit* der Ergebnisse müssen die erzielten Befunden deshalb als eher negativ bewertet werden: Unter "normalen" Umständen wären mit hoher Wahrscheinlichkeit bessere Resultate zu erwarten. Wie schon gesagt, gibt es daneben deutliche Hinweise, dass sich die relativ kurzen Schulungsdauern und die teilweise schlechten Schulungsbedingungen ungünstig auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. Auf dieses Problem wurde bereits bei der Evaluation der Schulungen eingegangen.

In den Kontext der Verallgemeinerbarkeit fällt auch das Problem der kleinen Stichprobe. Obwohl auf der *Ebene der Mitarbeiter/innen* die Messung der Verhaltensänderungen per Anteilsvergleich gut dargestellt werden konnte, zeigte sich bereits hier das Problem der geringen Zellenbesetzungen, die kaum aussagekräftige prozentuale Aussagen zulassen. Dieses Problem verschärfte sich noch, als eine Einrichtung bereits nach der ersten Messung teilweise und nach der zweiten Messung gänzlich ausschied.

Bezüglich des *Samples der Bewohner/innen* ist zu konstatieren, dass sich bei Längsschnittuntersuchungen in der Population der Alten und Hochaltrigen generell das Problem hoher Ausfallraten stellt, die eine weitere Selektivität der Untersuchungsgruppe zur Folge haben (Homogenisierung) (exempl. Achterberg 2004; Smith/Zank 2002; Mor et al. 1997; Saup/Schröppel 1993). In der vorliegenden Arbeit verringerte sich die Anzahl der Bewohner/innen, die an der Studie teilnahmen, zusätzlich durch das Wegfallen der vierten Einrichtung. Die damit zum dritten Messzeitpunkt relativ geringe Anzahl überlebender bzw. nichtausgeschiedener Klient/innen hatte Konsequenzen auf die Aussagekraft einzelner Ergebnisse. Denn einerseits erschien das Aggregieren von Daten sinnvoll, andererseits wirkte sich das Problem der geringen Zellenbesetzung bei der Analyse seltener, aber schwerwiegender Ereignisse, die jedoch bei der Qualitätsbetrachtung eine herausragende Rolle spielen (sog. Sentinel events, dies sind seltene aber schwerwiegende Ereignisse wie z.B. Stürze oder Dehydratationen), auf die Verallgemeinerbarkeit der Resultate aus. Faktisch lassen sich bei einigen Assoziationen trotz der dringenden Vermutung zufallsunabhängiger und statistisch belastbarer Zusammenhänge nur tendenzielle Beziehungen nachweisen.

Diesem Problem musste auch bei der geplanten Erarbeitung eines logistischen Re-

gressionsmodells Rechnung getragen werden. Mit Hilfe eines solchen Modells sollten einzelne Einflussfaktoren hinsichtlich ihrer Evidenz für schwerwiegende Pflegeprobleme untersucht werden. Ziel war es hier, die Deutbarkeit der Modellparameter als adjustierte Odd-Ratios zu ermöglichen (Benkert 2002). Die schrittweise Analyse zur Erstellung des Logitmodells zeigte jedoch, dass sich die untersuchten Merkmale inakzeptabel als evidente Prädiktoren für die untersuchte Responsevariable erwiesen. Die Ergebnisse konnten aufgrund der damit verbundenen eingeschränkten Belastbarkeit nicht in die Arbeit aufgenommen werden.

VI. Weiterführende Überlegungen

An dieser Stelle sollen zunächst Empfehlungen bezüglich der insuffizienten Forschungslage in Deutschland gegeben werden.

In einem weiteren Schritt werden auf der Basis des empirischen Feldversuchs Empfehlungen für die Qualitätsverbesserung in der Praxis ausgesprochen.

1. Konsequenzen aus den Mängeln des Forschungsbestandes

Ausgehend von der Intention und den erzielten Resultaten dieser Arbeit wären insbesondere in Deutschland weitere Forschungen notwendig.

Hinsichtlich der Anwendung des RAI:

- Wie schon dargestellt, erfordern die Befunde zur Pflegeplanung, die im Rahmen dieser Arbeit vorgelegt wurden, weitere überprüfende Forschungen. Im Rahmen einer Untersuchung wäre zur Schaffung besserer Untersuchungsbedingungen anzustreben, die vorhandene Pflegeplanung vollständig durch die Vorgehensweise mit dem RAI zu ersetzen. Notwendig sind zudem umfassendere Schulungen und eine kontinuierliche Supervision des Pflegepersonals im Rahmen des Studiendesigns, um die Veränderungen empirisch zuverlässig abzusichern.
- Im Hinblick auf die Mitarbeiter/innen sollte zudem näher untersucht werden, inwieweit sich der verbesserte Wissensstand bei der Pflege der Bewohner/innen, die veränderte Dokumentations- und Pflegeplanungspraxis und die Möglichkeit, die eigene Tätigkeit selber und intern zu kontrollieren, einerseits auf die Zufriedenheit des Personals und andererseits auf subjektiv empfundene Belastung bei der Berufsausübung auswirkt.
- Auf der Ebene der Bewohner/innen müsste evaluiert werden, inwieweit sich die verbesserte Kenntnis der Bewohner/innen und die daraus resultierende zielgerichtete Förderung von Potentialen durch die Anwendung des RAI hinsichtlich messbarer Zustandsveränderungen auf die Pflegequalität auswirkt. Untersucht werden sollten sowohl objektive Kriterien (Qualitätsverbesserung hinsichtlich des klinischen Zustands der Klient/innen) als auch subjektive Aspekte (Fühlen sich die Bewohner/innen auch besser gepflegt?).
- Sinnvoll wären außerdem Studien zur Veränderung bestehender Strukturen und Prozesse in Einrichtungen bei Implementation des RAI. Bewirkt eine dauerhafte Anwendung des Instrumentes eine Entwicklung der Einrichtungen hin zu lernenden Organisationen (mehr Mitbestimmung der Mitarbeiter/innen an Qualitätsprozessen, selbständige Bewertung der Arbeit etc.)?

Hinsichtlich der Forschungssituation zu Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen:

- Generell wäre es erforderlich, anstelle umfassender und ausführlicher Mängelberichte, die derzeit die Forschung zu Qualität in stationären (aber auch ambulanten) Pflegeeinrichtungen dominieren, Ansätze zu evaluieren, welche Ursachen diesen Mängeln zugrunde liegen und welche Interventionen geeignet sind, die Qualität in Pflegeeinrichtungen langfristig zu verbessern.
- In diesem Zusammenhang sollte erprobt werden, wie durch gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung die Qualitätssituation in den Pflegeeinrichtungen verbessert werden kann. Auf welche Weise kann eine Eigenkontrolle der verrichteten Tätigkeiten durch das Pflegepersonal gefördert werden?

Hinsichtlich des Public-Health-Aspekts in der Pflege:

- Die gesundheitliche Situation alter Menschen und ihre zukünftige Entwicklung stellen wichtige Fragen der Versorgungsforschung dar. Bezogen auf den Heimbereich in Deutschland liegen jedoch "kaum gesicherte Datenbestände vor, auf die für Forschungszwecke zurückgegriffen werden kann" (Wingenfeld/Schnabel 2002: 26; vgl. auch Nauerth 2003). Hier liefern die mit dem RAI erhobenen Daten detaillierte Informationen zur Klientel der Einrichtungen, ihrem kognitiven und funktionellen Status, vorhandenen pflegerelevanten Problemen und Beeinträchtigungen sowie zur Versorgungssituation in den Pflegeheimen. Vor diesem Hintergrund wären weitere großflächige Forschungen mit standardisierten Instrumenten dringend angezeigt. Wie in dieser Arbeit dargelegt wurde, bietet sich das RAI hier als vielversprechender Ansatz an, zumal die Daten vom Personal der Heime im Pflegealltag erhoben werden und sowohl für Forschungszwecke als auch für die praktische Arbeit verwendet werden können.
- Im Sinne der Versorgungsforschung soll an dieser Stelle auch die Diskussion um geeignete Personalbemessungsinstrumente angesprochen werden. Die Berechnung des Ressourcenbedarfs kann auf der Grundlage der Daten aus dem MDS - mit dem sog. RUG III-System (Ressource Utilization Groups), einem Zusatztool des RAI, vorgenommen werden. Ausgangspunkt bildet hier der Zustand der versorgten Population (Garms-Homolová 2002a). Auch hier wären größer angelegte Studien in Deutschland dringend erforderlich.

2. Empfehlungen für den Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen

Vorhandene Berichte und Untersuchungen zur Qualität in Pflegeeinrichtungen zeigen übereinstimmend auf, dass die Mitarbeiter/innen bisher a.) zu wenig Kenntnisse über die Bewohner/innen besitzen, b.) nicht in der Lage sind, diese adäquat zu verschriftlichen und c.) es dem Personal häufig nicht gelingt, im Sinn des Pflegeprozesses auf der Grundlage der Dokumentation sinnvolle Ziele zu fassen (exempl. MDS 2004; Garms-Homolová/Roth 2004; Brüggemann 1999; Andries 1991). Infolgedessen treten immer wieder schwerwiegende Pflegemängel in den Einrichtungen auf.

Aus den Resultaten der Studie lassen sich folgende praxisrelevante Empfehlungen ableiten:

- Das Dokumentationsverhalten und damit die Qualifikation der Mitarbeiter/innen verbessern sich unter der Anwendung eines strukturierten und standardisierten Verfahrens. Das heißt, durch die Anwendung des Resident Assessment Instrument ist gewährleistet, dass Pflegekräfte den Zustand der Bewohner/innen umfassender beobachten und Probleme, Risiken, Potentiale und Ressourcen besser erkennen.
- Die Vorgehensweise mit dem RAI fördert die Einbeziehung der Klient/innen und ihrer Angehörigen (als Kund/innen der Pflegeeinrichtungen) sowie die Einbeziehung anderer an der Pflege Beteiligter in den Pflegeprozess. Die professionelle Arbeit im Team entspricht dem komplexen Charakter der Dienstleistung Pflege, durch die Zusammenarbeit wird die Vorgehensweise unterschiedlicher Professionen an Schnittstellen transparenter.
- Die Implementation des RAI ist geeignet, einen Lernprozess in den Einrichtungen auszulösen. Pflegende lernen zunächst ihre Klient/innen besser kennen und werden befähigt, systematisch Risiken und Ressourcen der Bewohner/innen zu identifizieren. Bei korrekter Anwendung des RAI befassen sie sich gezielt mit den Abklärungshilfen. Infolgedessen kann die gewohnte - und in verschiedenen Kontrollberichten vielfach kritisierte - (exempl. MDS 2004) intuitive Pflege durch vorausschauende, kontrollierbare und auf dem Stand des Wissens fußende Strategien ersetzt werden. Wesentlich ist, dass damit ein systematisches Vorgehen erlernt werden kann, das die Grundlage einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung darstellt.
- Daneben zeigen die Befunde Mittel und Wege auf, wie die Mitarbeiter/innen ihre Tätigkeit selber bewerten können bzw. wie sich die geleistete Pflege kontrollieren lässt. Bei korrekter Dokumentation stellt das RAI eine Maßnahme des internen

Qualitätsmanagement dar, die extern kontrolliert werden kann.

- Bei der Betrachtung der Interventionsmöglichkeiten wird deutlich, dass durch zielgerichtete und ursachenorientierte Maßnahmen mitunter weitreichende Qualitätsverbesserungen erlangt werden können - und diese nicht teuer sein müssen. Die dargestellten Qualitätsindikatoren zeigen Ansatzpunkte, wie komplexe Pflegeprobleme gezielt angegangen werden können. Hier könnten neben den beispielhaft genannten Pflegemaßnahmen auch gezielte Weiterbildungsveranstaltungen zu häufig festgestellten Pflegeproblemen und vorhandenen Versorgungs- oder Aktivierungsdefiziten qualitätsverbessernde Effekte bewirken. Denkbar sind auch Qualitätsbesprechungen und Konsensrunden, in denen Qualitätsindikatoren, die auf der Grundlage der im Alltag erhobenen Daten erstellt wurden, diskutiert werden. In diesen Meetings könnten einrichtungsintern, aber auch im Sinne eines Benchmarkings, Mittel und Wege für Qualitätsverbesserungen identifiziert und weitervermittelt werden.

Insgesamt zeigt das in der Studie erprobte Vorgehen, wie Mitarbeiter/innen zu einer qualitätsgerechteren Berufsausübung befähigt werden und damit ein Qualitätsverbesserungsprozess in Gang gesetzt werden kann. Das Resident Assessment Instrument stellt hier einen vielversprechenden Ansatz dar, der es ermöglicht, Wissen zu vermitteln und dieses auch in Handlungen umzusetzen. Hervorzuheben ist, dass das RAI ein praxisorientiertes Vorgehen, das auf wissenschaftlichen Grundlagen basiert, unterstützt. Die Verwendung dieses Verfahrens kann Einrichtungen der Altenpflege deshalb sowohl aus wissenschaftlicher als auch aus praktischer Sicht empfohlen werden.

VII. Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Thema der vorliegenden Arbeit ist die Qualität in Einrichtungen der vollstationären Langzeitversorgung. Die Pflegequalität hat in Deutschland - ausgelöst durch demographische Veränderungen, neue Entwicklungen im Krankenhausbereich und eine Gesetzgebung, die auf die Herausbildung marktwirtschaftlicher Strukturen und die Entwicklung einer Verbrauchersouveränität abzielt - beträchtlich an Bedeutung gewonnen.

Damit steigen auch die Anforderungen an Einrichtungen, die Pflegeleistungen erbringen.

Aber wie kann Qualitätsverbesserung in der pflegerischen Versorgung erreicht werden?

Und: Über welche Qualitätsinstrumente verfügt die Pflege überhaupt?

Die Vielschichtigkeit des Qualitätsbegriffs - Qualität in der Pflege umfasst Struktur-, Prozess- und Ergebnisaspekte im klinischen, professionellen und administrativen Bereich - erfordert verschiedene Zugänge. Gegenwärtig kommen in fast allen Einrichtungen Qualitätsbeauftragte und Qualitätszirkel zum Einsatz, es werden Kundenbefragungen durchgeführt, Verfahren wie die Pflegevisite oder Expertenstandards sind gesetzlich gefordert und ein zunehmender Anteil der Pflegeheime bewirbt sich um externe kommerzielle Zertifizierungen oder ist bereits zertifiziert.

Ungeachtet der o.g. Bemühungen, die Qualität zu verbessern, ist aber die eigentliche Pflege-tätigkeit noch immer mit vielen Mängeln behaftet. Dies zeigen verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen, die Veröffentlichungen des MDK aber auch Presseberichte zur schlechten Qualität der Pflege in Heimen.

Empfehlungen und Erkenntnisse aus diesen Publikationen wurden offensichtlich bisher nur ungenügend in die Praxis umgesetzt (vgl. Garms-Homolová/Roth 2004; Görres/Martin 2003; Roth 2002; Smith/Zank 2002). Eine Ursache dessen könnte in der ungenügenden praktischen Anwendbarkeit im Pflegealltag und an mangelnden Handlungsrichtlinien solcher Erkenntnisse für das Personal liegen (vgl. Görres/Martin 2003, Nauerth 2003; Görres 1999; Niehöster et al. 1998).

Die nähere Betrachtung der "Wirkungsbereiche" bisher in Deutschland verwendeter Qualitätsinstrumente zeigt aber auch, dass die meisten dieser Verfahren auf die Verbesserung von Qualitätsaspekten im administrativen und klinischen Bereich gerichtet sind. Instrumente, die auf eine qualitätsgerechte Berufsausübung zielen und die Mitarbeiter/innen zur Qualitätserbringung "befähigen", kommen in der deutschen Pflege bislang kaum zur Anwendung.

Die vorliegende Arbeit leistet hier einen Beitrag in der Weise, dass ein praxisorientiertes Qualitätsinstrument, welches in erster Linie auf Verbesserungen von Qualität im pro-

fessionellen Bereich abzielt, im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung unter Alltagsbedingungen in Pflegeheimen implementiert und hinsichtlich seiner Auswirkungen auf verschiedene Qualitätsaspekte untersucht wurde.

Ausgangspunkt des Vorgehens in der Arbeit war die Überlegung, die Mitarbeiter/innen - die als "Akteure" der Pflege eine Schlüsselposition bei der Qualitätserbringung einnehmen - zu professioneller Qualitätsarbeit zu befähigen. Gleichzeitig sollten sie in die Lage versetzt werden, ihre Tätigkeit darzulegen und zu messen und so die Verantwortung für die Qualitätsverbesserung selbst in die Hand zu nehmen. Dazu wurde - als Voraussetzung für ein qualitätsgerechtes Prozesshandeln der Pflegenden - eine Verbesserung der Dokumentationspraxis anvisiert, denn die umfassende Kenntnis des Zustandes der Bewohner/innen, ihrer Probleme und Potentiale stellt den Ausgangspunkt einer individuellen und zielgerichteten Maßnahmenplanung und -durchführung dar.

Im Rahmen einer Interventionsstudie kam das Resident Assessment Instrument (Morris et al. 1991; deutsche Version: Garms-Homolová/Gilgen 2000) in vier Pflegeheimen unter Alltagsbedingungen zum Einsatz. Dieses Instrument stellt ein patientenzentriertes, multidisziplinäres und pflegekoordiniertes Qualitätsinstrument dar, das auf einer strukturierten Klientenbeurteilung und Dokumentation mittels eines standardisierten Datensatzes (MDS) basiert. Es zeichnet sich zudem durch einen konsistenten Übergang zwischen der Dokumentation und der Pflegeplanung aus. Im Verlauf eines Jahres dokumentierten 37 Mitarbeiter/innen der Pflege (von denen 25 Personen Schulungen besucht hatten) zu drei Messzeitpunkten auf der Grundlage des Minimum Data Set (MDS) den Zustand von 205 Bewohner/innen. Anhand der Vorgehensweise des RAI sollten auch die Pflegeplanungen erstellt werden. Neben der systematischen Evaluation der Veränderungen des Dokumentations- und Planungsverhaltens wurde eruiert, inwieweit die im Pflegealltag erhobenen Daten geeignet sind, Anhaltspunkte für die weitere gezielte Qualitätsverbesserung zu liefern.

Die Ergebnisse sollen hier nicht nochmals detailliert aufgeführt werden. Zusammenfassend soll aber festgehalten werden, dass

- aus den Schulungen zur Zustandsfeststellung, zur Erkennung von Risiken und Potentialen und zur Planung geeigneter Maßnahmen mit dem RAI ein messbarer Wissenszuwachs resultiert (Selbsteinschätzung durch die Mitarbeiter/innen).
- das RAI gewährleistet, die Klient/innen und ihre Angehörigen - als Kunden der Pflegeeinrichtungen - aber auch andere an der Pflege Beteiligte stärker in den Pflegeprozess einzubeziehen. Das Pflegehandeln wird dadurch der Beziehungsorientierung dieser Dienstleistung eher gerecht.

- sich die Fähigkeit der Mitarbeiter/innen zur umfassenden Zustandsfeststellung bei der Verwendung eines vollstrukturierten Dokumentationsinstrumentes deutlich verbesserte. Im Verlauf der Untersuchung konnte das Erlangen von Routine und Sicherheit bei der Zustandsfeststellung nachgewiesen werden.
- sich die Pflegeplanung verbesserte. Die Verbesserungen betreffen sowohl die Erkennung von Problemen und Potentialen, die Ursachenabklärung dieser "Alarmzeichen" als auch die Aufnahme der abgeklärten Probleme in die Planungen. Neben einigen signifikanten Befunde weisen andere Ergebnisse tendenziell auf solche Verbesserungen hin. Insgesamt macht aber die Undeutlichkeit eines Teils der Ergebnisse vertiefende Untersuchungen notwendig.
- In Ansätzen konnte dargestellt werden, dass die Mitarbeiter/innen auf der Basis der im Pflegealltag gewonnenen Informationen ein Feedback ihrer Tätigkeit erhalten. Wenn die Pflegekräfte korrekt und ausgerichtet an den Qualitätsvorgaben des RAI (Standardisierung) dokumentieren, werden Zustandsveränderungen messbar, und die Qualität der geleisteten Arbeit kann mit den im Alltag erhobenen Daten von den Pflegenden selbst überprüft werden. Ferner wird es möglich, auf der Grundlage der "normalen" Pflegedokumentation Hinweise auf bestehende Qualitätsdefizite sowie praxistaugliche Anhaltspunkte für die weitere gezielte Qualitätsverbesserung zu gewinnen.

Die Resultate der vorliegenden Untersuchungen liefern faktische Ansätze für die Diskussion zu geeigneten Verfahren der Qualitätssicherung in der deutschen Pflege. Die nachgewiesenen positiven Effekte des RAI auf die Pflegequalität, aber auch die gewonnenen Anhaltspunkte, die auf eine Qualitätsverbesserung hinweisen und weiter untersucht werden sollten, offerieren das Instrument grundsätzlich als potentiell und vielversprechendes Verfahren. Vor diesem Hintergrund wurden Empfehlungen für den Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen erarbeitet. Daneben wurde angesprochen, mit welchen Maßnahmen die defizitäre Forschungslage zur Qualitäts- und Versorgungsforschung im stationären Pflegebereich verbessert werden sollte.

Insofern versteht sich die Arbeit einerseits als Beitrag zur Forschung auf dem Gebiet von Public Health, andererseits werden Wege und Möglichkeiten aufgezeigt, wie Qualitätsarbeit in der Praxis erfolgreich umgesetzt werden kann. Der vorgestellte Ansatz sollte als Beginn einer Entwicklung aufgefasst werden, in deren Verlauf die Pflege befähigt wird, sich als professionelles und planbares Handeln zu begreifen und selbst zu kontrollieren. Unter diesem Gesichtspunkt hat diese Arbeit für Deutschland Pioniercharakter, ähnliche Ansätze auf dem Gebiet der stationären pflegerischen Versorgung wurden bislang hierzulande kaum verfolgt.

VIII. Literaturverzeichnis

Abraham, I.; Botrell, M.; Fulmer, T.; Medey, M.D. (Hg.) (2001): Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Verlag Hans Huber. Bern.

Achterberg, W.P.; van Campen, C.; Kerkstra, A.; Ribbe, A.; Miel, W. (1999): Effects of the Resident Assessment Instrument on the Care Process and Health Outcomes in Nursing Homes. A review of the literature. In: Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine. 31/3/1999. 131-137.

Achterberg, W. (2004): Caring for quality. The use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes. Academisch Proefschrift. Vrije Universiteit. Ponsen & Looijen. Wageningen. Netherlands.

AG Externe Qualitätssicherung (Hg.) (1991): Qualitätssicherung in den Hamburger Krankenhäusern. Dokumentation des Symposiums vom 12.11.1991 im Ärztehaus Hamburg. Hamburg.

Aggleton, P.; Calmers, H. (1998): Pflegemodelle und Pflegeprozess. Deutsche Krankenpflegezeitschrift. Beilage 42. 5/1 32 ff..

Aktion gegen Gewalt in der Pflege (1999): Memorandum der Aktion gegen Gewalt in der Pflege. Für eine menschenwürdige Pflege. Bonn.

Al-Ani, A. (1996): Continuous Improvement als Ergänzung des Business Reengineering Zeitschrift für Organisationswesen 3, 142-148.

Ammenwerth, E.; Eichstätter, R.; Haux, R.; Pohl, U.; Rebel, S.; Ziegler, S. (1999): Systematische Evaluation von Pflegedokumentationssystemen -Studienprotokoll und Ergebnisse-. Bericht Nr. 2/1999. Institut für Medizinische Biometrie und Informatik. Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

American Nurses Association (ANA) (1995): Implementation of Nursing Practice Standards and Guidelines. Washington, D.C. (Eigenverlag).

Anderegg-Tschudin, H.; Käppeli, S.; Knoepfel-Christoffel, A. (1998): Qualitätsmanagement am Beispiel der Pflegediagnostik. Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich. Zürich.

Andries, A. (1991): Probleme mit der Pflegeplanung. In: Die Schwester/Der Pfleger. 30 9/1991, 812-818.

AOK-Bundesverband (1996): Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB IX in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07. März 1996.

- Auerbach, K. (1997): Innovation im Pflegeprozess am Beispiel des Resident Assessment Instrument. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Pflegewirtin an der FHS "Alice Salomon Berlin" im Studiengang Pflege/Pflegemanagement.
- Baartmans, P.; Geng, V. (2000): Qualität nach Maß. Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle.
- Bacon, W.E. (1996): Secular Trends in Hip Fracture - Occurrence and Survival. *Journal of Aging and Health*. 8 (4); 538-553.
- Badura, B.; Strodtholz, P. (2001): Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwarz, F.W. et al. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Verlag Urban & Fischer. München. Jena.
- Baltes, M.; Neumann, E.-M.; Zank, S. (1994): Maintenance and rehabilitation of independence in old age: An intervention program for staff. In: *Psychology and Aging* 9 (2). 179-188.
- Baltes, M. (1996): *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press. New York.
- Bartelt, G. et al (2002): Pilotprojekt RAI - HC. Im Auftrage des Spitex Verbandes Schweiz. Zusammenfassender Kurzbericht vom 11. April 2002. Q - Sys AG. Systeme zur Kostensteuerung im Gesundheitswesen. St. Gallen.
- Barth, M. (1999): *Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege*. Verlag Urban & Fischer. München. Jena.
- Bartholomeyczik, S. (1997): *Arbeitsbedingungen und Gesundheitsbedingungen bei Krankenschwestern*. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*. Beilage. 40.
- Bartholomeyczik, S., Müller, E. (1997): *Pflegeforschung verstehen*. Urban & Schwarzenberg. München. Wien. Baltimore.
- Bartholomeyczik, S. (1998): *Versorgungsleistungen durch Pflege*. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1998): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa Verlag. Weinheim. München.
- Bartholomeyczik, S. (1999): *Anlass zum Mitdenken. Über Sinn und Unsinn von Pflegestandards*. In: *Pflege Ambulant*. 10/3. 33-35.
- Bartholomeyczik, S. (2003): *Zusammenhänge zwischen Personal- und Bewohnerstruktur in Altenpflegeheimen*. In: *Pr-Internet* 6/ 03. 73-81.

- Bartholomeyczik, S. (2003a): Einführung in die Welt der Assessmentinstrumente. Was nützen sie? Manuskript eines Vortrages in Salzburg am 3. 12. 2003
- Bartholomeyczik, S.; Schrems, B. (2004): Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenheimen. KDA. Köln.
- Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hg.) (2004): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Wittener Schriften. Universität Witten/ Herdecke. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hagen.
- Becker, W.; Meifort, B. (1998): Altenpflege - Abschied vom Lebensberuf. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (Teil 2). Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Behr, R. (1995): Pflege - Begleitung - Therapie. In: Büse, F.; Eschemann, R.; Kämmer, K.; Knäppler, A.; Poser-Schlüter, W.; Schnieder, B.; Sowinski, C.; Ziebarth, S. (Hg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenpflegeeinrichtungen. Band 1 und 2. Vincentz Verlag. Hannover.
- Benkert, I. (2002): Die Schuleingangsuntersuchung - prädiktiver Wert und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung. Magisterarbeit im Rahmen des postgradualen Studienganges Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.
- Berger, G.; Gerngroß-Haas, G. (1997): Wo liegen die Stärken und Schwächen? Von der Qualitätsdiagnose zur Qualitätssicherung. In: *Altenheim. Zeitschrift für das Altenhilfe-Management*. Jg. 36. Heft 3/1997, 28-39.
- Berlowitz, D.R. Hickey EC, Young G (1999): Are we improving the quality of nursing home care? The cases of pressure ulcers. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 48, 1/2000. 59-62.
- Beske, F. (1995): Das Pilotprojekt "Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins" In: Selbmann, H. (Hg.) *Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin: Beiträge zur Gesundheitsökonomie*. Robert Bosch Stiftung. Bd. 30. Gerlingen.
- Bickel, H. (1995): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen.: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: *Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Medizinische und gesellschaftliche Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Der langsame Zerfall der Persönlichkeit. Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 44*. 49-68. Bonn.
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter. Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 24, 108-115.
- Bienstein, C. (1995): Pflegestandards. Kriterien und Strukturelemente. Teil II. *Pflege Aktuell*. 49. Jg., 2. 103-107.

- Bienstein, C.; Schröder, G.; Braun, M.; Neander, K.-D. (1996): Dekubitus - Prophylaxe - Therapie. Verlag Thieme. Stuttgart.
- Biley, F.C. (1992): Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 4/1992. 414-421.
- Bölicke, C.; Wlosinski, B. (2000): Qualitätsmessung in der Pflege. Eine Praxisinformation. Alice-Salomon-Fachhochschule. Berlin.
- Bölicke, C. (2001): Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. In: *Pflege Aktuell* 2/2001. 96-99.
- Bölicke, C.; Panka, C.; Stück, M.; Wlosinski, B. (2004): DBfK-Leitfaden zur Pflegevisite. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Pflegequalität im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. LV Berlin - Brandenburg e.V.
- Böhmer, F. (1994): Mosaiksteine der Multimorbidität. In: *Geriatric Praxis*. Jg. 6, 16-22.
- Bortz, J. (1993): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Springer Verlag. Berlin Heidelberg New York.
- Boschek H.-J. (2003): Gesundheitsbericht Chronische Wunden im Kreis Ennepe-Ruhr 2000-2002. Abschlussbericht.
- Brenner, M.H. (1997): Geleitwort. In: Schwarz, F.W., Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Verlag Urban & Fischer. München, Jena.
- Brucker, U. (1999): Qualitätssicherung im stationären Bereich aus der Sicht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) Essen. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): *Qualitätssicherung in der Pflege. Gesprächskreis Arbeit und Soziales*. Nr. 92. Bonn.
- Brüggemann, J. (1997): Wir wollen beraten - nicht ausschließlich kontrollieren! Das neue MDK-Konzept zur Qualitätsprüfung in den ambulanten Diensten. In: *Häusliche Pflege* 4/1997, 35-37.
- Brüggemann, J. (1999): Pflegeprozess: Steuern statt schlingern. Erfahrungen und Anforderungen im Umgang mit der Pflegedokumentation. In: *Forum Sozialstation* 8/1999, 40-42.
- Brüggemann, J. (2002): Der Pflegeprozess in der Altenpflege - eine umfassende Herausforderung für das Qualitätsmanagement. In: Igl, G., Schiemann, D.; Gerste, B., Klose, J. (2002) (Hg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Verlag Schattauer. Stuttgart

- Brüggemann, J. (2003): Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der stationären Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger. Jg. 42/9. 684-689.
- Bruhn, M. (1995): Qualitätssicherung im Dienstleistungsmarketing. Eine Einführung in die theoretischen und praktischen Probleme. In: Bruhn, M.; Stauss, B. (Hg.): Dienstleistungsqualität. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Verlag Gabler. Wiesbaden. 19-46.
- Bruhn, M. (1996): Qualitätskonzepte für Dienstleistungen. Grundlagen. Konzepte. Methoden. Verlag Gabler. Berlin, Heidelberg, New York.
- Bücker, T. (2002): Pflegecontrolling. Studiengang Informatik an der Fernuniversität Hagen. Veröffentlichter Bericht. 20 S.
- Bühl, A.; Zöfel, P. (2002): SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 8. Auflage. Pearson Studium. München.
- Bühner, R. (1993): Der Mitarbeiter im Total Quality Management. VDI. Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.
- Büssing, A. (1992): Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Hans Huber. Bern.
- Büssing, A.; Glaser, J. (1991): Zusammenhänge zwischen Tätigkeitsspielräumen und Persönlichkeitsförderung in der Arbeitstätigkeit. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. 35.122-136.
- Bundesärztekammer (BÄK) (Hg.) (1998): Gesundheit im Alter. Köln. Eigenverlag.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (1994): Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes. Band 31. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden. Nomos Verlagsgesellschaft 1994.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hg.) (1994): Die Alten der Zukunft. Bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (1997): Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen. Schriftenreihe Band 132.1. Verlag Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung. MuK. Medien- und Kommunikations GmbH. Berlin

Burgio, L.D.; Burgio, K.L. (1999): Institutional staff training and management: A review of the literature and a model for geriatric long-term-care facilities. *International Journal of Aging and Human Development* 30. 287-302.

Burrows, A.B.; Morris, J.N.; Simon, S.E.; Hirdes, J.P.; Ribbe, M. (2000): Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. In: *Age and Ageing* 29/2. 165-172.

Burucker, M. (2002). Totgepflegt. Reportage über den Notstand in der Altenbetreuung. In: *Der Tagesspiegel* vom 19. April 2002

Cangialose, C.B.; Cary, S.J.; Hoffmann, L.H.; Ballard, D.J. (1997): Impact of managed care on quality of healthcare: theory and evidence. In: *American Journal of Managed Care*. 3. 1153-1170.

Cook, A (1998): Qualität durch Selbstbewertung. In: *Altenheim*. Vol. 37, Heft 4/1998. 18 ff.

Crosby, P. (1984): *Qualität ist machbar*. Verlag McGraw-Hill. Hamburg.

Crosby, P. (1986): *Qualität bringt Gewinn*. Verlag McGraw-Hill. Hamburg.

Dale, B.G. (1994) (Hg.): *Integrative Strategien des Qualitätsmanagements*. Proceedings zum internationalen Hochschulkurs im Rahmen von COMETT II. Service Fachverlag. Wien.

Dassen, T.; Balzer, K.; Bansemir, G.; Kühne, P.; Saborowski, R.; Dijkstra, A. (2001): Die Pflegeabhängigkeitsskala - eine methodologische Studie. In: *Pflege* 2001/14. 123-127.

Dassen, T.; Eisermann, H.J.; Halfens, R.; Heinze, C; Knoppik, J.; Lahmann, N.; Lohrmann, C.; Bräutigam, K.; Flemming, A.; Mertens, E.; Schmiedl, C; Schmitz, G; Tannen, A. (2002): *Dekubitus-Sturzereignisse-Pflegeabhängigkeit (Prävalenzerhebung 2001)*. Institut für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin.

Dassen, T.; Eisermann, H.J.; Halfens, R.; Heinze, C; Knoppik, J.; Lahmann, N.; Lohrmann, C.; Bräutigam, K.; Flemming, A.; Mertens, E.; Schmiedl, C; Schmitz, G; Tannen, A. (2003): *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus (Erhebung 2003)*. Institut für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin.

Deming, W.E. (1960): *Sample design in business research*. Wiley. New York.

Deming, W.E. (1992): *Out of the crisis - Quality, Productivity and Competitive Position*. Cambridge University Print. Cambridge. Massachusetts.

Dettbarn-Regentin, J.; Wallrafen-Dreisow, H. (2004): Für das richtige Milieu. Kleingliedrige Wohngruppen nach dem Wohnküchenmodell wirken sich positive auf dementielle erkrankte Bewohner und das Personal aus. In: *Altenheim*: 42/5. 2003. 30-31.

Deutscher Bundestag (1994): Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel": - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und an die Politik. DS 12/7876

Deutscher Bundestag (2001): Gutachten 2000/ 2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. DS 14/5661. 21.03.2001

Deutscher Bundestag (2001a): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. DS 14/5130. 19.01.2001

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DQG) (Hg.) (1987): Begriffe im Bereich der Qualitätssicherung. DGQ-Schrift, 11/04, Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ) (1997): Begriffe zum Qualitätsmanagement. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ) (2004): Managementsysteme - Begriffe. Ihr Weg zu klarer Kommunikation. CD-Rom.

Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hg.) (1987): Begriffe der Qualitätssicherung und Statistik. Grundbegriffe der Qualitätssicherung. DIN 55350, Teil 11. Berlin.

Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hg.) (1995): DIN ISO 8402 - Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung - Begriffe. Beuth. Berlin

Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hg.) (1997): Qualitätsmanagement und Statistik. Begriffe. DIN - Taschenbuch 223. Verlag Beuth. Berlin Wien Zürich.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2004a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung. Konsentierung. Implementierung. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2004b): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung. Konsentierung. Implementierung. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2004c): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Entwicklung. Konsentierung. Implementierung. Osnabrück.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2005): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, einschl. Kommentierung und Literaturanalyse
- Diecks, K; Müller, J.F.W.; Popall, A. (1999): Grenzen der Qualitätssicherung. Die Hürden benennen. Aus Fehlern lernen. In: *Altenheim*. Jg. 38, Heft 9/12
- DIN EN ISO 9004 (1992): Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems. Leitfaden für Dienstleistungen. Teil 2. Berlin (Beuth).
- Donabedian, A. (1972): Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *MMFQ*. 10. 10-154
- Donabedian, A. (1977): Evaluating the quality of medical care. In: Ertel, Paul Y.; Aldridge, Gene (Hg.): *Medical Peer Review. Theory and practice*. Mosby. Saint Louis. 50-75
- Donabedian, A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality, assessment and monitoring. *Ann Arbor*.
- Dorman-Marek, K.; Rantz, MJ.; Fagin, CM.; Wessel-Krejci. (1996): Has it resulted in better quality of care? *Gerontological Nurs.* October: 28-36.
- Dühring, A. (1997): Qualitätssicherungssysteme im Vergleich. In: Reuter, U.: *Die Pflegeversicherung in der Praxis. Probleme der Umsetzung*. Erwin Stauss Institut
- Eichenlaub, A.; Sangha, O.; Schellschmidt, H.; Schneeweiss, S. (2001): Das Qualitätsmodell Krankenhaus. Ein Ansatz zur Messung der Ergebnisqualität. In: Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (2002) (Hg.): *"Krankenhaus-Report 2001"*. Verlag Schattauer. Stuttgart New York. 210-222
- Eichhorn, S. (1994): Qualitätssicherung im Krankenhaus heute - ordnungspolitische und betriebspolitische Aspekte. In: Hauke, E. (1994) (Hg.): *Qualitätssicherung im Krankenhaus. Ansätze zur Evaluation und Verbesserung der Krankenhausversorgung*. Verlag Überreuter. Wien.
- Eichhorn, S. (1997): *Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenorientierten Krankenhausmanagements*. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart Berlin Köln.
- Engel, P. (1998): *Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM) - eine Verhaltensänderung. Wie können wir interne Potentiale so fördern, dass sie unseren Visionen entsprechen?*. In: Liebelt, J. (1998) (Hg.) *Angewandtes Qualitätsmanagement. Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisationen*. Verlag Springer. Berlin Heidelberg New York
- Engel; K. (1998a): *Bedarfsplanung für Einrichtung der stationären Langzeitversorgung im Freistaat Sachsen. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplompflegewirtin an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Salomon" Berlin im*

Studiengang Pflege/Pflegemanagement.

Engel, K. (2000): Qualitätssicherung und -messung in Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie. Dresden.

Fahnenstich, J.; Schulz, M. (2001): Die neuen Gesetze im Überblick. In: *Altenheim. Zeitschrift für das Altenhilfe-Management*. 40. Jg. Heft 8, 26-30.

Feigenbaum, A. (1954): *Total Quality Control*. Mc. Graw Hill. New York.

Feldmeier-Berens, U. (2002): Die Zukunft der Pflegeversicherung - aus der Sicht der AOK Pflegekasse. Was haben wir erreicht, wo wollen wir hin?. BAGSO Nachrichten online. BN 04/2002.

Ferrucci L.; Heikkinen E.; Waters E.; Baroni A (1995): *Pendulum. Health and Quality of Life in Older European*. Copenhagen. WHO. Regional Office for Europe. Florence.

Fiechter, V.; Meier, M. (1993): *Pflegeplanung - Eine Anleitung für die Praxis*. Recom Verlag. Basel.

Fischbach, A. (2001): Vom Ende des Pflegeprozesses. In: *Die Schwester Der Pfleger* 40/2001. 173-175.

Fischer, A. (2000): Eckpunktepapier zu einem Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärke der Verbraucherrechte in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQSG). In: *Background. Fachjournal Bundesverband Ambulante Dienste e.V.* 2/2000, 20-25.

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung. Abt. Arbeits- und Sozialforschung. (Hg.) (1995): *Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Der langsame Zerfall der Persönlichkeit*. Düsseldorf: Gesprächskreis Arbeit und Soziales. Nr. 44.

Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger alter Menschen in Deutschland (Hg.) (2001): *Parallelbericht zum vierten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland über die Umsetzung des internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Soziale Menschenrechte in Deutschland. Menschenrechtsverletzungen in Altenpflegeheimen*. Gauting.

Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) (1997): *Tagungsunterlagen. Qualitätskonzepte in der Praxis der Altenpflege*. Tagung vom 9. Dez. 1997

Fries, B.E.; Hawes, C.; Morris, J.N.; Phillips, C.D.; Mor V.; Park, P.S. (1997a): Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. In: *Journal of the American Geriatric Society*. 45. Jg., 994-1001.

Fries, BE. Schroll M, Hawes C, Gilgen R, Jonsson PV, Park P. (1997b): Approaching cross-national comparisons of nursing home residents. In: Age and Ageing. 26. Jg. Heft 2, 13-18)

Garms-Homolová, V. (1991): Entwicklung von Qualitätskriterien für die Arbeit ambulanter Dienste am Beispiel der Hauspflege und der ambulanten Versorgung. In: Bosch, E-M.; Beck, M. (Hg.): Die Qualitätsfrage in der ambulanten Versorgung. Gerike GmbH. Berlin.

Garms-Homolová, V. (1995): Der ältere Mensch als Dienstleistungsnehmer. In: Modelle der Altenhilfe für das 3. Jahrtausend) Vom Heim zum Unternehmen, Dokumentation zur 38. Fachtagung im Oktober 1995. Hg: Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg, 1995

Garms-Homolová, V. (1995a): Präzision statt Schema F. Klientenbeurteilung und Pflegeplanung mit Resident Assessment Instrument (RAI). Forum Sozialstation, 76, 40-41

Garms-Homolová, V. (1996): Das RAI-System - ein Weg zur Verbesserung der Versorgung für chronisch Kranke und pflegebedürftige Personen . In: Walter, U.; Paris, W. (Hg.): Public Health, Gesundheit im Mittelpunkt. Public Health Forum. Alfred & Söhne, 323-328

Garms-Homolová, V. (1996a): Pflegedokumentation - ein Instrument der Potentialaufdeckung und Qualitätssicherung? Referat aus dem Teilprojekt "Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung". In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Forschungsprojekt. "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen. Dokumentation des 2. Symposiums.

Garms-Homolová, V. (1998): Pflege im Alter. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag. Weinheim. München.

Garms-Homolová, V.; Gilgen, R. (2000): RAI 2.0 - Resident Assessment Instrument - Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Garms-Homolová, V; Schaeffer, D. (2000a): Ältere und Alte. In: Schwarz, F.W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Verlag Urban & Fischer. München, Jena.

Garms-Homolová, V. (2002): Qualität in der ambulanten Pflege. In: Igl, G., Schiemann, D.; Gerste, B., Klose, J. (2002) (Hg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Verlag Schattauer. Stuttgart

Garms-Homolová, V. (2002a): Das RAI - Zum Zusammenhang von Qualitätssicherung und Personalbemessung. In: v. Kardoff, E.; v. Kondratowitz, H.-J. (Hg.): Personalbemessung in der Altenhilfe. Wissenschaftliche, praxisbezogene und sozialpolitische Verständigungsversuche. DZAltersfragen. Transfer Verlag. Regensburg.

- Garms-Homolová, V. (2003): Pflege im Alter. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hg.) (2003): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag. Weinheim, München.
- Garms-Homolová, V.; Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht im Auftrag der Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen" des Landtages Nordrhein-Westfalen.
- Gebert, A.; Kneubühler, H.-U. (2001): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. Verlag Hans Huber. Bern.
- Gerste, B.; Schwinger, A.; Rehbein, I. (2004): Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen. Ein Marktüberblick. Wissenschaftliches Institut der AOK. WIDO Materialien 51. Bonn.
- Giebing, H. (1991): Pflegerische Qualitätssicherung im Überblick. In: Krankenpflege. Heft 1, 3-6
- Giebing, H.; Francois-Kettner, H.; Roes, M.; Marr, H. (1997): Pflegerische Qualitätssicherung. Konzept, Methode, Praxis. 3. Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.
- Giese, D. (2001): Der Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes - Schwerpunkte und kritische Anmerkungen. Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. Heft 48, 54-64. Verlag Heymanns. Köln, Berlin, Bonn, München.
- Gilgen, Ruedi; Weiss, Ursula (1998): Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege. Eine Übersicht. In: Steinhagen - Thiessen, Elisabeth (1998) (Hg.) Das geriatrische Assessment. Materialien und Berichte. Robert Bosch Stiftung. Schattauer.
- Göpfert-Divivier, W.; Robitzsch, M. (2002): Qualitätsmanagement in der Altenpflege. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J. (2002) (Hg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Verlag Schattauer. Stuttgart.
- Gordis, L. (2001): Epidemiologie. Verlag Kilian. Marburg.
- Görres, S. (1992): Qualitätssicherung in der Geriatrie - Dimensionen, Inhalte und Methoden. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. 2/90.
- Görres, S. (1996): Gesundheit und Krankheit im Alter. Defizite und Perspektiven in der Versorgungsforschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29. 375-381.
- Görres, S. (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Verlag Hans Huber. Bern.

- Görres, S. (2002): Theoretische Überlegungen zur Qualitätsentwicklung. In: Igl, G., Schiemann, D.; Gerste, B., Klose, J. (2002) (Hg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Verlag Schattauer. Stuttgart.
- Görres, S.; Luckey, K.; Stappenbeck, J. (1997): Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege. Evaluationsstudie. Verlag Huber. Bern.
- Görres, S.; Martin, S. (2003): Pflegerische Leistungen im Alter: Ergebnisse, Defizite und Perspektiven der Versorgungsforschung. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag. Weinheim München.
- Grießhaber, U. (1996): Pflegeplanung mit Prioritäten. KDA präsentiert neues Instrument für eine patientenorientierte Pflege. In: Forum Sozialstation. 20 (1996) 80, 10-12.
- Groß, B. (1995): Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Eine Selbstverständlichkeit oder ein notwendiges Übel? In: Rocholl, M.; Braun, A. (Hg.): Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung nach Einführung der Pflegeversicherung. Paritätisches Bildungswerk. Berlin.
- Güntert, B. (1999): Benchmarking als Instrument der Qualitätssicherung. In: Badura, B.; Siegrist, J.: Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Verlag Juventa. Weinheim. München.
- Güttler, K.; Lehmann, A. (2003): Eine Typologie des Pflegeprozesses am Beispiel des Projektes "Pflegeprozess, Standardisierung und Qualität im Dienstleistungssektor Pflege". In: Pflege, 16. 153-160.
- Haag, G.; Bayen, U.J. (1996): Verhaltensmedizinische Konzepte bei Älteren. Verhaltensbezogene Diagnostik, Therapie und Rehabilitation in der Geriatrie. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.
- Häfner, H. (1993): Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In: Möller, H.-J.; Rode, A. (Hg.): Psychische Krankheit im Alter. Springer Verlag. Berlin., Heidelberg.
- Harms, Käthe (2001): Wo liegen die Chancen der pauschalierten Vergütungssysteme für die Pflege? In: Die Schwester/Der Pfleger. 40. Jg. 5/01. 418 - 422.
- Harrington, C.; Zimmermann, D.; Karon, S.L.; Robinson, J.; Butel, P. (2000): Nursing home staffing and it relationships to deficiencies. In: Journal of Gerontology. Vol 55/5. 278-287.
- Hasseler, M. (1999): Evidenz-basierte Praxis - Was ist das? Pflege Aktuell, 53. Jg. 7/8. 416-419.

Hawes, C.; Mor, V.; Phillips C.D.; Fries B. E.; Morris, J.N.; Steele-Friedlob, E.; Greene, A; Nennstiel, M. (1997): The OBRA 87 Nursing Home Regulations and Implementation of the Resident Assessment Instrument. Effects on Process Quality: In: Journal of the American Geriatrics Society 45/1997. 977-985.

Hawes, C.; Morris, J.N.; Phillips C.D.; Fries B. E; Murphy, K.; Mor, V.: (1997a): Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA: In: Age and Ageing 1997; 26 - S2. 19-25.

Heering, Ch. (1997): Pflegevisite und Partizipation. Ullstein. Mosby. Berlin Wiesbaden.

Heering Ch. (2004): Das Pflegevisiten-Buch. Verlag Hans Huber. Bern.

Heinemann-Knoch, M.; Korte, E.; Schönberger, C.; Schwarz, B. (1998): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen. Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen. Band 147.3. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart.

Heinze, R.G.; Naegele, G.; Strünck, C. (1996): Soziale Dienste unter Modernisierungsdruck: Neue Bedarfe und Entwicklungstrends im Altenbereich. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 29. 46-50.

Henderson, V. (1963): Grundregeln der Krankenpflege (ICN Basic Principles of Nursing Care). Deutsche Schwesterngemeinschaft. Frankfurt am Main.

Hirdes, JP.; Carpenter, GI. (1997): Health outcomes among the frail elderly in communities and institutions: use of the Minimum Data Set (MDS) to create effective linkages between research and policy. In: Canadian Journal of Aging, 53-69.

Hirsch, R. (1992): Multimorbidität im Alter. Bern, Göttingen, Toronto. Verlag Hans Huber.

Hoffmann, G.A. (1997): Selbstbewertung in Einrichtungen der Altenhilfe. Eine Methode für ein werteorientiertes Qualitätsmanagement. In: Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation; Sozialministerium Baden-Württemberg: Qualitätskonzepte in der Praxis der Altenpflege. Stuttgart.

Höhmman, U.; Weinrich, H.; Gätschenberger, G. (1996): Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Agnes Karll Institut für Pflegeforschung. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Referat Öffentlichkeitsarbeit. Bonn.

Holm, A.; Michel, M.; Stern, G; Hung, T.; Klein, T.; Flaherty, L.; Michel, S.; Maletta, G. (1999): The outcomes of an inpatient treatment program for geriatric patients with dementia and dysfunctional behaviors. The Gerontologist, 39. 668-676.

Horn-Wald, C. (2002): Pflegedokumentation - Ungeliebter Schreibkram. In: *Altenpflege* 8/2002, 34-35.

Huhn, S. (1994): Pflegequalität. In: Kämmer, K. (Hg.): *Pflegemanagement in Altenheimen. Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation*. Schlütersche. Hannover.

Igekami, N.; Morris, J.N.; Fries, B.E. (1997): Low-care cases in long-term care settings: variation among nations. *Age and Ageing* 1997: 26 (Suppl. 2). 67-71.

Igekami, N.; Igarashi, C.; Takagi, Y.; Kato, T.; Mor, V. (1998): The impact of the MDS and RAI on quality of plans in Japan. *Can. J.Qual. Health Care* 1998: 14. 23-28.

IGK e.V. (Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte) (2003): RAI-System als Voraussetzung der Erfüllung zeitgemäßer Qualitäts- und Planungserfordernisse. Manuskript.

Igl, G; Klie, T.(2002): Die jüngere Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen des SGB XI und in der häuslichen Krankenpflege. In: Igl, G. et al (2002) (Hg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Verlag Schattauer. Stuttgart

Infratest (1993): Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten im Freistaat Sachsen. Sonderauswertungen aus der Studie "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Deutschland". München: Infratest GmbH & Co. 56 S.

InterRAI (2004): Bibliography of References on MDS Instruments.
[http:// www.interrai.org/mds_bibliography.htm](http://www.interrai.org/mds_bibliography.htm). Aufgerufen am 29.02.2004.

Isenberg, T. (2002): Defizite der Pflegeversicherung und Missstände der Pflege aus dem Blickwinkel der Verbraucherpolitik. In: Igl, G., Schieman, D.; Gerste, B., Klose, J. (2002) (Hg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Verlag Schattauer. Stuttgart

Ishikawa, K. (1985): *What ist Total Quality Control?*. Englewood Cliffs. N.J.

Jahnknecht, M. (1997): Pflegestandards - Ein Instrument professionellen Handelns? In: *Pflege Aktuell*. 51. Jg. Heft 11. 678-681.

Jaster, H.-J. (1997): Von der Bedeutung der Qualität in der Industrie zum Qualitätsbegriff in der Medizin. In: Jaster, H.-J. (Hg.): *Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*. Verlag Thieme. Stuttgart.

Jenrich, H. (1999): Hamburg ist überall. In: *Altenpflege*, 24. Jg. Heft 3, 26-27

Juchli, L. (1987): *Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und*

Pflege Kranker. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. New York.

Juran, J.M. (1988): Juran on planning for quality. New York.

Kaminske, G. F.; Malorny, C. (1994): Total Quality Management - eine herausfordernde Chance. In: Kaminske, G.F. (Hg.): Die hohe Schule des Total Quality Management. Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg. New York.

Kaminske, G. F.; Brauer, J.-P. (1995): Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. Carl Hanser Verlag. München. Wien.

Kämmer, K. (1994): Eine Chance für alle. Richtige Pflegedokumentation erleichtert eine systematische Planung. In: Heim und Pflege. 25/5. 160-163.

Kämmer, K; Hennecke, M.; Trapp, F.; Bruns-Waigand, W. (2001): Qualitätsverfahren im Überblick. Der Weg zum besten System. Vincentz Verlag. Hannover.

Kämmer, K.; Sirsch, E. (2005): Neues Wissen, neues Handeln. In: Altenpflege 9/2005.

Kane, R.L. (1998): Assuring Quality in Nursing Home Care. In: Journal of the American Geriatric Society. 46. 2/1998. 232-237.

Kaltenbach, T. (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management. Melsungen (Bibliomed).

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hg.) 2001: Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Bericht über die erste Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen" Freiburg Köln.

Katz, J; Green, E. (1996): Qualitätsmanagement. Ein Ratgeber zur Überprüfung des Pflegedienstes. Mosby. Berlin Wiesbaden.

KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (2002): - Wir retten unsere Haut - Flugblatt Betroffene. www.kda.de. Aufgerufen am 10.04.2002.

KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (2002 a): "Erschreckend große Unkenntnis": Viele Druckgeschwüre werden trotz der Einführung des ersten Expertenstandes Dekubitusprophylaxe nicht oder falsch behandelt. Pressemitteilung vom 15. Mai 2002. www.kda.de.

KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (Hg.) (2003): Kleine Datensammlung Altenhilfe. Ausgewählte Zahlen und Fakten zu Alter, Altern und Alten. Köln.

KDA (2003a) : Neue Modellrechnung des Kuratorium Deutsche Altenhilfe: Jährlich 10.000 zusätzliche Pflegeheime benötigt. www.kda.de/german/showarticles.pdp?id_art=33. Aufgerufen am 12.11.2003.

Kern, A.O.; Beske, F. (1999): Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030. IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel.

Kienbaum, J. (1994) (Hg.): Visionäres Personalmanagement. Verlag Schäffer-Poeschel. Stuttgart.

Klein, B. (1997): Qualitätssysteme und Kostendruck. Analyse von Qualitätssicherungssystemen und Erstellung einer Entscheidungsgrundlage für Handlungsempfehlungen. Eine Untersuchung des Fraunhofer IAO im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. In: Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation. Tagungsunterlagen. Qualitätskonzepte in der Praxis der Altenpflege. Stuttgart.

Klein, B.; Weiss, V.(2000): Hohe Akzeptanz bei allen Beteiligten. In: *Altenheim*, vol. 39/5. 14ff.

Klie, T. (2002): Recht und Qualitätssicherung in der Pflege alter Menschen. In: Igl, G., Schiemann, D.; Gerste, B., Klose, J. (2002) (Hg.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe*. Verlag Schattauer. Stuttgart.

Knobel, S. (1996): Wie man sich bettet, so bewegt man. Der Einfluss von superweichen Matratzen auf die Bewegung älterer pflegebedürftiger Menschen. In: *Pflege*. 9. 134-139.

Koch, R. (2002): *Kompendium Medizinische Biometrie/ Biomathematik für Medizin- und Public-Health-Studenten*. Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Institut für Medizinische Informatik und Biometrie.

Köck, C.M. (2000): Entscheiden, was nicht entschieden werden kann. Outcome - Messung als Kernstück zur Steuerung im Gesundheitssystem. In: *Managed Care*. 4 Jg. Heft 4, 7-9.

Köhler, T. (1994): Pflegeplanung ist eine Chance. *Pflegezeitschrift*. 47/3. 186-187.

Kondratowitz, H.-J. v. (1998): Allen zur Last, niemandem zur Freude. Die institutionelle Prägung des Alterserlebens als historischer Prozess. In: Göckenjan, G.; Kondratowitz, H.-J. v. (Hg.): *Alter und Alltag*. Verlag Suhrkamp. Frankfurt/ Main. 100-136.

Kondratowitz, H.-J. v. (1990): *Geschichte der Altenpflege*. In: Wallrafen-Dreisow, H.: *Ich bin Altenpfleger*. Vincentz Verlag. Hannover.

König, J. (2001): *Der MDK - Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen*. Schlütersche. Hannover.

Kremer-Preiss, U. 1998: *Familiäre Kontakte und Angehörige*. In: Häussler-Szepan, M.: *Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: Integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). Kohlhammer. Stuttgart. 115-128.

- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Nomos Verlagsgesellschaft. Baden-Baden.
- Kruse, A. (1991): Interventionsgerontologie. In: Oswald, W.D.; Herrmann, W.M.; Kanowski, S.; Lehr, U., Thomae, H. (1991): Gerontologie. 2. Auflage. Verlag Kohlhammer. Stuttgart Berlin Köln.
- Kuck, J; Garms-Homolová, V. (2003): Der Pflegebedarf entscheidet: In: *Altenheim. Zeitschrift für das Altenhilfe-Management*. 42. Jg., Heft 5/2003, 20-25.
- Kühnert, S. (2000): Fort- und Weiterbildung. In: Wahl, H.W., Tesch-Römer, C. (Hg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Verlag Kohlhammer. Stuttgart Berlin Köln.
- Lee, R.I.; Jones, Jones, L.W. (1933): *The fundamentals of good medical care*. University of Chicago Press. Chicago.
- Landenberger, M. (1997): Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Handlungsspielräume der Kranken- und Altenpflegekräfte und ihre Einrichtungen. In: *Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung. Abteilung Arbeits- und Sozialforschung (Hg.): Konsequenzen der Pflegeversicherung für die Pflegeberufe. Gesprächskreis Arbeit und Soziales. Nr. 97*. Bonn.
- Landtag Schleswig-Holstein (2003). Von der Heimaufsicht zum Pflege-TÜV. plenum www.sh-landtag.de/plenumonline/januar03/online_jan03/texte/09_heimaufsicht.htm. aufgerufen am 24.04.2003.
- Leffmann, C. (2002): Dekubitus. Robert-Koch-Institut (Hg.): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 12*. Berlin.
- Liebelt, J. (1999) (Hg.): *Angewandtes Qualitätsmanagement - Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisation*. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.
- Lungershausen, E. (1992): *Demenz. Herausforderung für Forschung, Medizin und Gesellschaft*. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, London.
- Mara, C.M.; Ziegenfuss, J.T.; Bentley, J.M. (1999): Commentary: methodological issues for quality management in long-term care. In: *American Journal of Medical Quality*. Vol. 14/6. 235-241.
- Masing, W. (Hg.) (1994): *Handbuch Qualitätsmanagement*. Verlag Hanser. München Wien.
- Matul, C. (1994): *Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe. Lösungsvorschläge zur Erfolgsmessung und Qualitätsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen*. Dissertation. Service Fachverlag. Wien.

- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2000): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2000a): Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung der Pflegeeinrichtung.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2000b): Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Bewohner.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2004) (Hg.): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen.
- Meffert, H. (1994): Marketing Management. Analyse, Strategie, Implementierung. Verlag Gabler. Wiesbaden
- Meffert, H.; Bruhn, M. (1997): Dienstleistungsmarketing: Grundlagen-Konzept-Methoden. Mit Fallbeispielen. Verlag Gabler. Wiesbaden.
- Meier-Baumgartner, H.P.; Hain, G.; Oster, P.; Steinhagen-Tiessen, E., Vogel, W. (1996): Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation. Fischer Verlag. Jena.
- Meifort, B.; Becker, W. (Hg.) (1996): Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Meyer, C.; Stelljes, H. (1995): Pflegende im Krankenhaus. In: Beier, J.; Bodin, M.; Bazak, W.; Fichtner, K.-H.; Schwarze, H. (Hg.): Jahrbuch der Pflege- und Gesundheitsfachberufe (135-332). Lau-Ausbildungssysteme GmbH. Reinbek.
- Meyer, A.; Westerbarkey, P. (1995): Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen. In: Bruhn, M.; Stauss, B. (Hg.): Dienstleistungsqualität. Konzepte - Methoden - Erfahrungen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Gabler. Wiesbaden.
- Mischo-Kelling, M. (1992): Theoretische Grundlagen der Pflege. In: Mischo-Kelling, M.; Avenarius, H.J. (Hg.): Innere Medizin und Krankenpflege. Urban und Schwarzenberg. München, Wien, Baltimore. 1-30.
- Mor, V.; Intrator, O.; Fries, B.E.; Phillips, C.D.; Teno, J.; Hiris, J.; Hawis, C.; Morris, J. (1997): Changes in Hospitalization Associated with Introducing the Resident Assessment Instrument. In: Journal of the American Geriatrics Society. 45/1997. 1002-1010.
- Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., Phillips, C. D., Mor, V., Katz, S. (1990): Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. In: The Gerontologist, Vol 30, No 3, 298.

Morris, J.N.; Hawes C.; Murphy K. (1991): Resident Assessment Instrument, Training Manual and Resource Guide. Eliot Press. Natick.

Morris, J.N., Fries, B.F., Mehr, D.R.; Hawes, C.; Phillips, C.; Mor, V.; Lipsitz L.A. (1994): MDS Cognitive Performance Scale. In: Journal of Gerontology: Medical Science. 49. M174-M182.

Müller, J.F. (2002): DIN EN ISO 9000 : 2000 und das EFQM-Modell für Excellence im Vergleich. In: Die Schwester Der Pfleger. Heft 03/02, 186-189.

Nauerth, A. (2003): Praxisforschung: In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. : Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa. Weinheim München.

Neumann, E.-M.; Zank, S.; Tzschätzsch, K.; Baltes, M. (1993): Selbständigkeit im Alter: Ein Trainingsprogramm für Pflegende. 2 Bände für Trainer und Kursteilnehmer. Verlag Huber. Bern.

Neumann, E.-M.; Zank, S.; Tzschätzsch, K.; Baltes, M. (1997): Selbständigkeit im Alter: Ein Trainingsprogramm für Pflegende. Trainerband. Verlag Huber. Bern.

Niehörster, G.; Garms-Homolová, V.; Vahrenhorst, V. (1998): Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung. Abschlußbericht im Rahmen des Forschungsprojektes "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe". Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 147.4. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. Berlin. Köln.

Oess, A. (1994): Total Quality Management. Die ganzheitliche Führungsstrategie. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Olbrich, E. (1998): Versorgung mit Rehabilitations- und Pflegeleistungen. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag. Weinheim. München.

Ollenschläger, G.; Thomeczek, C. (1996): Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung - Bestandsaufnahme der ärztlichen Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung in der Medizin 1955 - 1995. In: Gesundheitswesen 58 (7). 360-371.

Oorthuis, A. (2002): Das DRG-System und mögliche Auswirkungen auf die Altenpflege. In: Altenpflegerin und Altenpfleger. Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege e.V. 1-2/2002. 7-9.

Orem, D. (1996): Strukturkonzepte für die Pflegepraxis. Ullstein Mosby. Berlin.

Ossadnik, M. (1995): Untersuchungen zum Schlaf von Patienten im Krankenhaus. In: Beier, J.; Bodin, M.; Bazak, W.; Fichtner, K.-H.; Schwarze, H. (1995): Jahrbuch der Pflege- und Gesundheitsfachberufe. Lau-Ausbildungssysteme-GmbH. Reinbek.

- Pietsch-Breitfeld, B.; Sens, B.; Rais, S. (1996): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie. 4. 200-230.
- Pillen, A. (1997): Macht im Krankenhaus. Reflexionen zu einem strukturellem Problem. In: Pflege. 10, 113-117.
- Pilota (Mobiles Fortbildungsteam Altenhilfe) (1998): Handbuch Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe. Eigenverlag. Stuttgart. Frankfurt M.
- Phillips, C.D. ; Hawes, C.; Mor, V.; Fries, B.E.; Morris, J.; Nennstiel, M. (1993): Development of Resident Assessment System and Data Base for Nursing Home Residents. Research Triangle Park. Report, Research Triangle Institute.
- Phillips, C.D.; Hawes, C.; Mor, V.; Fries, B.E.; Morris, J.N. (1996): Evaluation of the nursing home resident assessment instrument-executive summary. Health care financing administration. NC: Research Trangle.
- Phillips, C.D., Hawes, C.; Mor, V.; Fries, B.E.; Morris, J.N. (1997): Geriatric assessment in nursing homes in the united states: Impact of a national program. In: Generations 21/ 4. 15-20.
- Pick, P. (1998): Qualität und Qualitätssicherung in der Pflege. In: Die Ersatzkasse. Heft 78. 34-36.
- Pirlich, M. et al. (2003): Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Medical Patients: Impact of Underlying Disease. In: Digestive Diseases 2003/ 21. 245-251.
- Pöhlmann, K.; Hofer, J. (1997): Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegeperson und professionelle Hilfsdienste. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 30. 381-388.
- Porell, F.; Caro, F.G. (1998): Facility-Level Outcome Performance Measures for Nursing Homes. In: The Gerontologist. Vol. 38. 6/1998. 665-683.
- Raabe, H. (2001): Wir retten unsere Haut - AGP. In: Pro Alter, 35/ 3, 40-42.
- Rath, E.; Biesenthal, U.(1994): Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Pflegezeitschrift 12, Sonderbeilage.
- Reisach, B.; Abt-Zegelin, A. (1998): Die Ressourcen des Patienten erkennen - Was ist das? In: Die Schwester Der Pfleger 37, 672-675.
- Ribbe M.W.; Ljunggren G.; Steel K.; Topinkova E.; Hawes C.; Ikegami N.; Henrard J.C. (1997): Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. In: Age and Ageing. 26. Jg., 3-12.

- Richter-Kuhlmann; E. (2004): Mangelernährung. Unterschätzte Gefahr. Deutsches Ärzteblatt 101/ 10. Ausgabe 2004. 24-28.
- Riehl, J.P.; Roy, C. (1980): Conceptual Models for Nursing Practice. Appleton Century Croft. New York.
- Rinne, H.; Mittag, H.-J. (1995): Statistische Methoden der Qualitätssicherung. Carl Hauser Verlag. München.
- Roper, N; Logan, W.W.; Thierney, A.J. (1993): Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht. Verlag Recom. Basel.
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.. Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund.
- Roth, G. (2004): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schriftenreihe Band 226. Kohlhammer. Stuttgart.
- Rückert, W.; Scholl, A. (1997): 6.Gero-Care Workshop: Zeitbedarfs - Ermittlung für die Pflege. KDA stellte international anerkannte Messmethoden vor. In: Pro Alter, 30 (1997) 3, 21-24
- Sächsisches Staatsministerium für Gesundheit, Familie und Soziales (SMS) (Hg.) (1996): Zur Altenhilfe im Freistaat Sachsen. Bewertungskriterien. Erlass vom 24. Juli 1996. 2 S.
- Sächsisches Staatsministerium für Gesundheit, Familie und Soziales (SMS) (Hg.) (1998): Sächsischer Seniorenreport Datenbericht zur Lebenssituation sächsischer Senioren.
- Sächsisches Staatsministerium für Gesundheit, Familie und Soziales (SMS) (Hg.) (2000): Gründliche Kur für alte Pflegeheime. Neugestaltung der Altenpflegeheime im Freistaat Sachsen 1990 bis 2000.
- Sadowski, B.; Grüb, A.; Trauzettel-Klosinski, S. (2003): Lesefähigkeit und Hilfsmittelbedarf. Unterversorgung in einer Altenheimpopulation. In: Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 217; 5/2000. 278-283.
- Sangha, O. (1999): Institutionelle Rahmenbedingungen der Einführung eines DRG - Systems: In: AOK - Bundesverband (Hg.): DRG-Fallpauschalen in der Krankenhausstrukturreform. Symposium des AOK-Bundesverbandes vom 18. Mai 1999, 85-94
- Saup, W.; Schröppel, H. (1993): Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen können. Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie. Verlag für Gerontologie. Augsburg.

- Schachtner, C. (1996): Die Ressourcen-Orientierung in der Pflege. In: *Pflege*, 9. 198-206.
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H.; Meleis, A. (Hg.) (1997): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Verlag Huber. Bern
- Schaeffer, D; Moers, M. (1998): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.) (1998): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa Verlag. Weinheim. München.
- Schaeffer, D; Moers, M.; Rosenbrock, R. (2000): Krankenversorgung. Zur Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaften. In: Schwarz, F.W. et al. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Verlag Urban & Fischer. München, Jena.
- Schiemann, D. (1990): Zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 7, 526-528
- Schiemann, D. (1993): *Postnatales Rooming-in*. Verlag Huber. Bern.
- Schmidt, I.; Claesson, C.; Westerholm, B.; Nilsson, L.G.; Svarstad, B. (1998): The impact of Regular Multidisciplinary Team Interventions on Psychotropic Prescribing in Swedish Nursing Homes. In: *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* 46/1998. 77-82.
- Schmidt, R. (Hg.) (2000): *Pflege und Wohnen. Strategien zur Neuausrichtung*. Vincentz Verlag. Hannover.
- Schmidt, R.; Seifert-Kraft, M. (2001): Ambulante Pflege zwischen Existenzrisiken und neuen gesundheitspolitischen Optionen. In: *Informationsdienst Altersfragen*. Heft 10.
- Schmolz, U. (2001): Die Regelungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes. Teil 2: Stationäre Pflege. Aufsatz. In: *Pflege- & Krankenhausrecht (PKR). Juristische Fachinformation für Pflege und Krankenhausmanagement*. Jg. 2001. Heft 10. 36-40.
- Schmolz, U. (2001a): Die Novellierung des Heimgesetzes. Aufsatz. In: *Pflege- & Krankenhausrecht (PKR). Juristische Fachinformation für Pflege und Krankenhausmanagement*. Jg. 2001. Heft 4. 85-92.
- Schneekloth, U.; Müller, U. (1999): *Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Band 127. Baden-Baden.
- Schönebäumer, A. (2000): Kritische Auseinandersetzung mit der präoperativen Pflegevisite: Ein Erfahrungsbericht. *Pflege Aktuell* 1/ 2000. 14-17.
- Schöninger, U. (1998): Pflege zwischen Macht-Haben und Ohnmächtig-Sein - die Ambivalenz der Pflegenden im Umgang mit Macht. Referat zum 21. Internationalen Kongress für Pflegeberufe in Salzburg.

Schwartz, F. W.; Walter, U. (2000): Altsein - Kranksein? In: Schwarz, F.W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Verlag Urban & Fischer. München, Jena.

Sgadari, A; Morris, N.; Fries, B.E.; Ljunggren, G; Jonsson, P.V.; DuPaquier, J.N.; Schroll, M. (1997): Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. In: Age and Ageing. 26. Jg. Heft 2, 27-30.

Siebert, G.; Kempf, S. (2002): Benchmarking. Leitfaden für die Praxis. Verlag Hanser. München Wien.

Simon, W. (1996): Die neue Qualität der Qualität. Gabel Verlag. Speyer.

Smith, J.; Zank, S.(2002): Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band I: Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität. Vincentz Verlag. Hannover.

Sowinski, C. (1997): RAI - Instrument zur besseren Beurteilung von Pflegebedürftigen. Anwendung reduzierte Psychopharmaka - Gabe in den USA um 30 Prozent. In: Altenpflegerin und Altenpfleger (1997) 5/ 6, 92-93.

Sowinski, C.(1998): Minimum Data Set: Voraussetzungen für die Implementierung in der Bundesrepublik Deutschland. Schwierigkeiten mit Pflegedokumentation, Pflegeplanung und -prozess aus der Sicht der Aus-, Fort- und Weiterbildung - Chancen für das Minimum Data Set. In: Steinhagen-Thiessen, E. (Hg.): Das Geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung 48. Schattauer Verlag. Stuttgart.

Sowinski, C.; Maciejewski, B. (2003): Stationäre Langzeitpflege. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hg): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag. Weinheim München.

Sperl, D. (1994): Qualitätssicherung in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover.

Statistisches Bundesamt (2000): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2003a): Bericht Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn.

Statistisches Bundesamt (2003b): Bericht Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegebedürftige. Bonn.

Statistisches Bundesamt (2003c): Bericht Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn.

- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hg.) (1997): Sonderheft. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen bis 2010. Kamenz.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hg.) (2002): Statistische Berichte. Gesetzliche Pflegeversicherung im Freistaat Sachsen.. Kamenz.
- Staudt, E.; Hinterwäller, H. (1982): Von der Qualitätssicherung zur Qualitätspolitik. Konzeption einer integrierten unternehmerischen Qualitätspolitik. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft. 52. Jg. 11-12.
- Stratmeyer, P. (1997): Ein historischer Irrtum der Pflege. Plädoyer für einen kritischen Umgang mit dem Pflegeprozess. In: Dr. med. Mabuse. 106, 3/4. 34-38.
- Steinberg, C. (1991): Praxisbezogenes Umstrukturierungsmanagement vom Plan zum Markt. Schäffer-Verlag für Wirtschaft und Steuern. Stuttgart.
- Stösser, A. v. (1992): Pflegestandards. Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards. Springer Verlag. Berlin.
- Stösser, A. v. (1996): Das Modell der Lebensaktivitäten wird zum Dogma. Forum Sozialstation 20, 78. 42-44.
- Stuck, A., Siu, A.; Wieland, G., Adams, J.; Rubenstein, L.Z. (1993): Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. In: The Lancet, 342; 1032-1036.
- Stuck, A.; Aronow, H.; Steiner A. (1995): A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment in older people living in the community. In: New England Journal of Medicine, 333, 1184-1189.
- Tews, H.-P. (Hg.) (1996): Altern und Politik. Melsungen. Bibliomed.
- The, A.-M. et al. (2002): Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. Papers. BMJ Volume 325. 7. December 2002. www.bmj.com . Aufgerufen am 22.04.2003.
- Thiel, V. (2001): Der Pflegeprozess - ein Instrument professioneller Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger. 40/ 2001. 338-343.
- Tindill, B.; Douglas, W. (1993): Integration of Total Quality and Quality Assurance. In: Al-Assaf, A.; June, A: The textbook of quality in healthcare. St. Lucie Press. Delray Beach.
- Trede, I. (1997): Von babylonischen Sprachverwirrungen. Eine Literaturanalyse über Ziele und Merkmale von Pflegestandards. Pflege 10. Jg., 5. 262-272.
- TÜV Süd (2005): Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen im Gesundheitswesen. www.tuev-sued.de. Aufgerufen am 03.05.2005.

- Vap, P.W.; Dunaye, P. (2000): Pressure ulcer risk assessment in long-term care nursing. In: *Journal of Gerontological Nursing*. 26.Jg. Heft 6, 37-45.
- ver.di (Hg.) (o.J.): *Gewerkschaftliche Anforderungen an Qualität und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. Stuttgart.
- Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C. (1998): Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31. 76-88.
- Wahl, H.W.; Baltes, M.M. (1990): Die soziale Welt pflegebedürftiger alter Menschen in Privathaushalten. Eine Beobachtungsstudie. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 22. 266-283.
- Weh, B.; Sieber, H. (1995): *Pflegequalität*. Verlag Urban & Fischer. München. Jena.
- Weyerer, S.; Schäufele, M. (1999): Epidemiologie körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen im Alter. In: Zimmer, A.; Weyerer, S. (Hg.): *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Verlag für Angewandte Psychologie. Göttingen.
- Wingefeld, K.; Schnabel, E. (2002): *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Eigenverlag. Düsseldorf.
- Williamson, J. W. (1982): *Teaching Quality Assurance-Cost in Health Care*. Jossey Bass. London.
- Winter, H.-P.; Gennrich, R.; Haß, P. (1999): Werkstattbericht zur Entwicklung familienähnlicher Wohn- und Lebensformen für pflegebedürftige und/oder verwirrte alte Menschen. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): *Architektur und Gerontologie*. Band 2: *Hausgemeinschaften*. Eigenverlag. Köln.
- Wittmann, F. (2001): Wohin wächst der Markt? Zur Zukunft der stationären Einrichtungen. In: *Altenheim. Zeitschrift für das Altenhilfe-Management*. Heft 12/2001. 16-20.
- WHO Regionalbüro für Europa (1979): *Mittelfristiges Programm Europa. Ausbildung von Krankenpflege- und Hebammenpersonal*. In: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 7/1979. Beilage 3 ff.
- Wyckhoff, D.: (1988) *New tools for achieving service quality*. In: Lovelock, C. (Hg.): *Managing Services*. London. 226-239.
- Yura, H.; Walsh, M.B. (1967): *The Nursing Process. Assessing, planning, implementing and evaluating*. Norwalk. Appleton Century Crofts. New York.
- Zimmer, A.; Schäufele, M.; Weyerer, S. (1998): *Altenpflege im Wandel: Pflegebedürftigkeit und Verhaltensauffälligkeiten der Heimbewohner nehmen zu*. In: *Das Gesundheitswesen*. 60, 73-82.

Zimber, A.; Weyerer, S. (1998): Stress in der stationären Altenpflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln.

Zink, K. (1997): Qualitätsmanagement. Relevanz in Werkstätten für Behinderte. In: Schubert; H-J.; Zink, K. (Hg): Qualität in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Luchterhand. Berlin.

Zorn, U. (1998): Qualitätsindikatoren zum Monitoring von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im ambulanten Versorgungsbereich. Magisterarbeit zur Erlangung des Titels Magister Sanitatis Publicae (M.S.P.) im Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health) an der Medizinischen Fachschule Hannover.

IX. Verzeichnis der zitierten Gesetze und Verordnungen

Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 23. März 1994. In: BGBl. I S. 791. Zuletzt geändert am 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022)

Bundesstatistikgesetz - Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BStatG). vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S.462, 565) Zuletzt geändert am 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1300)

Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz PQsG) vom 9. September 2001. In: BGBl. Jg. 2001 Teil I Nr. 47.

Heimgesetz (HeimG). Drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 5. November 2001 in BGBl. I S. 2960.

Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauVO) vom 27. Januar 1978. In: BGBl. I S. 189. Zuletzt geändert am 3. Mai 1993. In: BGBl. I S. 1531.

Heimsicherungsverordnung (HeimsicherungsV) vom 24.04.1978 (BGBl. I S. 553). Zuletzt geändert durch Sechstes Überleitungsgesetz vom 25.09.1990 (BGBl. I S.2106)

Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750). Zuletzt geändert durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) (BGBl. I Nr. 59 S. 2626).

Pflegestatistikverordnung (PflegetatV) vom. 24.11.1999, BGBl. I S. 2282)

Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) (SGB XI) vom 26. Mai 1994. In: BGBl. I S. 1014. Zuletzt geändert am 14. Dezember 2001. In: BGBl. I 2001 S. 3728

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung- vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014,1015) zuletzt geändert am 8. Juni 2005 (BGBl. I S. 1530)

Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) vom 19. Juli 1993.

