



## ***Mitteilungen 2, Mitte August 2012***

Sehr geehrte Damen und Herren,

An der Tagung in Lotzwil wurden Sie gebeten, Dienstag, 6. November, für einen Workshop zu reservieren. Diese Zusammenkunft kommt nicht in diesem Jahr zustande. Wir sehen Mitte Mai und Mitte September 2013 als nächste Termine vor. Sie werden mit den *Mitteilungen 3, Mitte November*, die definitiven Daten erhalten.

Am 6. November findet ab 13:40 Uhr eine Vorstandssitzung im Alters- und Pflegeheim Sägematt, Bahnhofstrasse 12, 2543 Lengnau, statt.

Diese Vorstandssitzung ist fast exklusive der Erarbeitung unserer Position zur Qualitätsbeurteilung durch den Bund gewidmet.

Die Teilnahme steht jedem Mitglied offen. Bedingung ist allerdings, dass Sie sich bis zum 31. Oktober anmelden: [margrit.grueninger@altersheim-lengnau.ch](mailto:margrit.grueninger@altersheim-lengnau.ch).

Ab September dauert der Vorausbesuch für eine Re-Akkreditierung jeweils fast zwei Tage. Abgesehen vom Tatbestand, dass ich sehr gerne in Mitgliederheimen weile, kommt Folgendes zum Tragen: Sie haben – zusammen mit den Mitarbeiterinnen – mehr und mehr Könnerschaft im Umgang mit Herausforderungen aus dem Q-Star entwickelt. Ich bin der Überzeugung, dass Bewohnerinnen in guten und sehr guten Heimen leben und sterben.

Die Gefahr, dass Beurteilungsteam und Kader bei Re-Akkreditierungen und dann erst recht bei Re-Re-Akkreditierungen sich etwas an einander gewöhnt haben (gerade auch weil nach unseren Erfahrungen kaum mehr Problemgeladenes pendent ist), ist nicht ganz zu bannen. Deshalb wird der „teilnehmenden Beobachtung“ mehr Gewicht zugelegt.

Ich halte viel von teilnehmender Beobachtung. Darum wurden Ethnologie und Ethnographie im *Buch* recht viel Platz geräumt.

Vom *Buch* ist leider in diesen Fachmitteilungen öfters die Rede. Ich ärgere mich massiv über die Absichten des BAG. Im Auftrag der GDK konnte ich vor gut zwei Jahren eine Stellungnahme zur „Qualitätsstrategie des Bundes“ (erwähnt auf Seite 3, oben) verfassen. Dort wurden die grössten Irrtümer der Bundesbürokratie markiert. Dazu kommen eben die schon vor zehn Jahren gesetzten Hinweise im Buch ... und dass seit rund drei Dekaden recht konsequente Verfolgen der internationalen Fachliteratur. Auf dem BAG scheint man nicht lesen zu können.

Vor einer (exogenen) Depression aus dem Berufsfeld behüten mich Ihr Engagement und Ihr Können in der Qualitätsförderung. Danke!

## **Krafttraining für demenziell Erkrankte?**

In den letzten Mitteilungen (anfangs Februar 2012) wurde in Aussicht gestellt, Sie mit einem Studienprotokoll über „Training“ für demenziell Erkrankte zu bedienen. Soweit ist es noch nicht. Wir benötigen Ihre Unterstützung, weil unsere (gerontologisch-geriatriische) Literatur leider fast nie beschreibend ist, uns also Unterlagen zum Erarbeiten eines Protokolls fehlen.

Aber in mindestens zwei Artikeln führender Fachzeitschriften\* ist wieder darauf aufmerksam gemacht worden, dass Physical Activity für demenziell Erkrankte von Vorteil ist. Dabei versteht es sich im Kollegium von selbst, dass demenziell Erkrankte mit gravierenden Orientierungsstörungen nicht an Instrumente (zum Beispiel Hanteln) oder Apparate geführt werden.

In der ETH-Studie konnten demenziell Erkrankte nicht berücksichtigt werden – die Forschungsanlage liess dies nicht zu. Die neuere Literatur zeigt darauf, dass Physical Activities für demenziell Erkrankte von Vorteil sind, obwohl noch nicht Klarheit darüber besteht, ob der Prozess der kognitiven Beeinträchtigung verlangsamt werden kann. Mehrere physische Probleme vermögen positiv beeinflusst zu werden.

Wir empfehlen Ihnen, Krafttraining für demenziell erkrankte Heimbewohnerinnen durchzuführen. Zu den Voraussetzungen gehören, dass es einer Bewohnerin vor einem Instrument oder einem Apparat nicht fürchtet, dass eine der Bewohnerin vertraute Person sie begleitet und dass die Bewohnerin nach drei-, viermal durchgeführten Übungen, Freude daran zeigt.

Als Rhythmus sehen wir anfänglich zweimal pro Woche und nach vier, fünf Wochen dreimal wöchentlich vor. Wahrscheinlich können diese Bewohnerinnen nicht für jeweils mehr als 20 Minuten (zusätzlich zu den Erwärmungsübungen) gewonnen werden.

Für uns macht es jetzt keinen Sinn, Ihnen weitere Vorgaben machen zu wollen. Jedes Mitglied des Kollegiums hat ausreichend Erfahrungen im Umgang mit demenziell Erkrankten.

*Ich lade Sie höflich ein, mir nach dem mit zwei oder drei Bewohnerinnen einige Male durchgeführten Krafttraining zu telefonieren, damit ich auf diesem Wege die in der Literatur vermisste Beschreibung erhalte und dann über die Zeit Elemente für ein Studienprotokoll gewinne.*

## **Schreck lass' nach**

Am 17.06.2011 reichte Nationalrat R. Borer (SVP, SO) die folgende parlamentarische Initiative ein: „Der Bundesrat wird beauftragt, die nötigen gesetzlichen Grundlagen vorzuschlagen, um

1. die Pflege- und Altersheime in die Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen zu integrieren und damit die Qualität der Pflege und Betreuung in diesen Einrichtungen zu sichern;
2. zu diesem Zweck die Qualität in der Pflege und Betreuung einheitlich zu erfassen;
3. damit die Vergleichbarkeit der Leistungen sowie die Rechtmässigkeit der Preise in den Alters- und Pflegeheimen zu gewährleisten.“

---

\* S. E. Barber et al.: Is there a role for physical activity in preventing cognitive decline in people with mild cognitive impairment?, in Age and Ageing, vol. 41, 2012, S. 5-8; K. Hauer et al.: Physical Training Improves Motor Performance in People with Dementia: A Randomized Controlled Trial, in Journal of the American Geriatrics Society, vol. 60, 2012, S. 8-15.

Die Stellungnahme des Bundesrates vom 23.05.2012 (d.h. des BAG) lässt dann Alarmglocken läuten: „Die Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen umfasst selbstverständlich die Pflege in den Alters- und Pflegeheimen. Im Konkretisierungsbericht zur Qualitätsstrategie vom 25. Mai 2011 hat der Bundesrat die Entwicklung von schweizweiten Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen als einen Schwerpunkt unter den Aktivitäten in der Übergangsphase 2011-2014 bezeichnet. Die gesetzliche Grundlage für deren Erhebung und Publikation ist in Artikel 22a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vorhanden.“ ...

„Bund und Kantone beteiligen sich im Rahmen einer Initiative des Verbandes der Heime und Institutionen der Schweiz (Curaviva) an Projektarbeiten. Dabei wird das Vorgehen für die flächendeckende Etablierung von Qualitätsindikatoren und die Publikation von Daten festgelegt. Dabei handelt es sich um eine ausschliesslich konzeptionelle Begleitung seitens des Bundes.“

Wenn von Indikatoren in Pflegeheimen die Rede ist, dann wird mir elend. Statt mich zum ixten Mal über möglicherweise Grenzdebile im BAG zu beklagen, ist auf Seite 69f und auf Kapitel 14.4 (S. 413ff) des *Buches* zu verweisen.

Ein einigermaßen akzeptables Erstellen von Indikatoren in Pflegeheimen wäre überhaupt nur vertretbar, wenn Zahlenwerte über alle Heime vergleichbar gemacht würden (sog. case-mix-adjustment).

Nehmen wir als potenziellen Indikator „Inkontinenz“. Es muss eine Reihe von Informationen darüber vorhanden sein: „Geschlecht“ ist offensichtlich. Das Ausmass (!) der Inkontinenz ist beim Eintritt und zum Zeitpunkt der Erhebung der gewünschten Information zu eruieren. Möglicherweise kommt auch dem kognitiven Status Bedeutung zu; sicher sind Informationen über einige Erkrankungen mit zu berücksichtigen, usw.

Ohne für einen einzelnen „Indikator“ eine abschliessende Aufzählung von Einflussgrössen anzustreben, ist direkt die zentrale Frage anzupeilen:

Was kann mit dem schwierigen Vergleichbarmachen von „qualitativen“ Informationen erreicht werden? Wird zum Beispiel bei der Wahl eines künftigen Heimplatzes auf die zugänglich gemachten Informationen (Indikatoren) abgestellt? Will ein Anstoss für kunstgerechtes Handeln in einem Heim gemacht werden? Wie geschieht die Auswahl von Indikatoren und was haben sie vom Leben und Sterben in einem Heim abzubilden? usw.

Das Beantworten solcher Fragen erübrigt sich hier. Das sollte das BAG leisten, auf das wir dann über deren Argumentation argumentieren könnten.

Es ist lange nicht sicher, dass gegen den beabsichtigten Unsinn des BAG angetreten wird. Der viel stärkere Verband der Spitäler hat sich nicht gegen die Veröffentlichung von Mortalitätsindikatoren gewehrt.

Dass der Indikator Mortalität auch für Spitäler in anderen Ländern eingesetzt wird (in England, Deutschland und den USA) – allerdings im Gegensatz zur Schweiz auch in Verbindung mit Informationen über Prozesse – verhilft diesem Vorgehen in der Schweiz nicht zur Legitimation.

Eine Studie aus England zeigt schön, wie bescheiden das Ausmass der Qualitätsförderung nach der Veröffentlichung von Mortalitätsindikatoren war: Ein Grossspital hatte im Vergleich zu den meisten anderen Spitälern eine hohe Mortalitätsrate, rangierte fast an der Spitze.

Das Management rief nach Gegensteuer. Es war dann sicher klug, dass klinikspezifische Teams konsekutiv je die letzten Todesfälle analysierten. Dabei fanden diese Teams, dass bei 11% der Todesfälle Medikamentenfehler stattgefunden hatten und in 23% nosokomiale Infekte vorhanden waren (diese sehr unerfreulichen Tatbestände mussten lange nicht immer als Todesursache markiert werden).

Es war richtig, dass gegen beide Tatbestände solideste Vorkehrungen getroffen wurden und die Wirksamkeit dieser Vorkehrungen immer wieder überprüft wird. Als weiteres Positivum hin auf die Veröffentlichung der hohen Rate von Todesfällen war die Verbesserung des internen Alarmsystems (z.B. bei Herzstillstand) zu markieren.

Als Zwischenfrage dies: Hätte man bei konsequenter Umsetzung des in der Fachwelt unbestrittenen Vorgehen zur Patient Safety nicht auch die gleichen Erkenntnisse gewonnen? Wäre es in einer Strategie nicht klüger, konsequent eine möglichst grosse Bandbreite von anerkannten Massnahmen zur Patientensicherheit umzusetzen, statt Mortalitätsindikatoren zu erheben?

Nach zwei Jahren resultierte für das erwähnte Spital ein weit tieferer Indikatorenwert. Statt gegen die Spitze zu rangieren, lag das Spital nun im unteren Drittel der Rangliste. Man hatte entschieden, keine moribunden Patienten (ausser Schwerverletzte) mehr aufzunehmen und – wenn immer es vertretbar war – nicht mehr palliativ tätig zu sein. Das Spital unterstützte einen Austritt, wenn es selber nur noch palliativ hätte tätig sein können.

Unter den Engagierten im Heimbereich sollte wenigstens dies zur Selbstverständlichkeit werden: Bevor man auf Bundesebene im Bereich der Qualität tätig wird, soll eine Analyse in den Alters- und Pflegeheimen durchgeführt werden.

Dies darf nicht wieder mit einer Umfrage geschehen (siehe im *Buch* S. 413ff). Um eine Übersicht für die Deutung der Ausgangslage zu gewinnen, müssten in der Deutschschweiz etwa dreissig (mit einer geschichteten Stichprobe zufällig ausgewählte) Heime beurteilt werden. Ein solches Projekt würde – wenn mit dem Einschluss der Involvierten Ernst gemacht wird – rund zwei Jahre dauern. Mit der notwendig breit gehaltenen Diskussion vermöchte auf diese Art auch ein akzeptables Terrain für die anzulegende Qualitätsförderung vorbereitet werden.

### **Qualitätsförderung**

Das vergangene Vierteljahrhundert der Qualitätsbeurteilung in den gut 17 000 amerikanischen Pflegeheimen darf man als Drama charakterisieren. Die amerikanische Legislative hat immer stärker quasi-polizeiliche Aufsicht gegenüber diesen Heimen ausgeübt – man extrapoliere die in Kapitel 5, S. 201ff des *Buches* ausgelegten Hinweise in die jüngere Vergangenheit.

Seit wenigen Jahren scheint endlich die Überzeugung Platz zu gewinnen, dass die Qualität nicht mit einer immer detaillierteren Überprüfung gefördert zu werden vermag. Das zuständige

Departement des Gliedstaates Minnesota finanzierte während drei Jahren zusammen mit der amerikanischen Altersversicherung (Medicare) Projekte zur Qualitätsförderung.

Jährlich standen in diesem Gliedstaat \$15 Mio. für die 370 Heime zur Verfügung. Ein Heim hatte eine oder mehrere qualitätsfördernde Projekte als Offerte einzureichen. Neben dem ins Auge gefassten Vorgehen war auch das Ziel zu bestimmen (z.B. Reduktion der Stürze um 40%).

Wenn – im dialogischen Vorgehen – das Projekt zur Qualitätsförderung vom Departement akzeptiert wurde, erhielt das Heim die budgetierten Kosten für das Projekt erstattet. Die Limite war 5% des im Heim gültigen Tagesansatzes multipliziert mit den Belegungstagen (also z.B. für ein Heim mit hundert belegten Betten, im vorliegenden Fall im Jahre 2008 \$65'000).

Das Heim wurde dadurch in Pflicht genommen, dass es einen Fünftel der zugesprochenen Projektsumme zurückzuerstatten hatte, wenn das gesetzte Ziel nicht erreicht wurde. Dies geschah äusserst selten. Insgesamt wurden innerhalb von drei Jahren 557 Projekte mitfinanziert.

Am meisten Projekte (fast ein Sechstel) zielte auf Reduktion der Stürze. Auch die Schmerzbe-kämpfung war oft im Zentrum. Musiktherapie wurde in manchen Heimen institutionalisiert. Man findet neu Projekte zum Krafttraining, zur Bekämpfung der Osteoporose, Gedächtnistraining ist weiter verbreitet, eine substanzielle Zahl von Heimen förderte den kunstgerechten Umgang mit Psychopharmaka, Anstrengungen zur Bekämpfung von Depressionen wurden öfters institutionalisiert, usw.

Der guten Ordnung halber ist hier noch darauf aufmerksam zu machen, dass das zuständige Departement ein evidence-based Vorgehen verlangte (mit einiger Wahrscheinlichkeit wäre also Stein-Therapie nicht akzeptiert gewesen).

Mit Ausnahme der für amerikanische Verhältnisse typischen „Entlassungsplanung“ wurde meines Wissens in diesen Heimen nichts bearbeitet, was nicht auch in einem oder mehreren unserer Mitgliederheime solide realisiert wurde.

Der Unterschied ist aber: Niemand hat Ihnen den Aufwand vergütet!

An dieser Stelle werden Sie über das vorangehend erwähnte Programm informiert:  
<http://mn-connection.com>

Damit Besseres als die in Aussicht gestellten Indikatoren in der Schweiz resultiert, bitte ich Sie darüber nachzudenken, ob Sie eine Nationalrätin, einen Nationalrat, eine Ständerätin oder einen Ständerat auf die drohende Misere mit Indikatoren ansprechen können. Wenn nötig habe ich bei der Argumentation zu helfen.

## **Florida**

Die meisten US-Gliedstaaten setzen – wie bei uns auch einige kantonale Instanzen – Vorgaben zur personellen Dotierung in Pflegeheimen (verlangte Mindestdotierung pro Ausbildungskategorie).

Im Juli 2008 beschloss die Legislative von Florida, dass die bis anhin geltende Norm „2.9 Stunden einer Pflegehilfe pro Bewohner\*tag“ (also Nachtdienst eingeschlossen) auf 2.6 Stunden gesenkt werden könne, ohne dass daraus eine Strafe resultieren würde.

Dazu muss man sich noch in Erinnerung rufen, dass Pflegehilfen (certified nursing assistants) die weitaus grösste Gruppe der Pflegenden (rund 80% im Jahr 2010) ausmachen. Dabei liegt die Pflegeintensität in den von Medicare überprüften rund 17 000 Heimen durchschnittlich höher als in unseren Alters- und Pflegeheimen.

Ziel der Legislative war, die Aufwendungen der Heime für Medicaid-Bewohnerinnen nicht ansteigen zu lassen – der Gliedstaat muss rund die Hälfte der Leistungen von Medicaid (ein Versicherungswerk ähnlich unserer EL) bezahlen.

Mehr als ein Drittel der in die Untersuchung eingegangenen 611 Heime sind mit der Personaldotierung für Pflegehilfen nicht zurückgegangen. Die Autorin (Kelly Smith, Florida Facilities Staffing Above State Mandates and the Effect on Patient Outcomes, Presentation, Annual Research Meeting, Academy Health 2012) untersuchte nun, ob die Heime, welche die Dotierung nicht zurückgenommen hatten, bei den jährlich durchgeführten zwei Beurteilungen qualitative besser abgeschnitten hatten als die Mehrheit der Heime, welche die „Chance“ der Legislativen umsetzte. Dem war tatsächlich so.

Aber ich habe meine Zweifel ob ausreichender Komplexität der Forschungsanlage. Für Spitäler ist nicht bestritten, dass tiefere Dotation mit Pflegefachpersonen (hier: Registered Nurses, RN) qualitative Konsequenzen haben. Linda Aiken hat in rund zehn Untersuchungen nachgewiesen, dass bei tieferer Dotierung eine ganze Reihe von Negativa resultierten, von nosokomialen Infekten bis zu vermeidbaren Todesfällen.

Aber um in einem Heim eine kausale Beziehung herstellen zu können, müsste eine grosse Zahl von Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Selbstverständlich ist es ungefreut, die Zahl der „Pflegehilfen“ zu reduzieren – der gesamte Personalbestand in Pflege und Betreuung in amerikanischen Heimen ist tiefer als bei uns.

Die Studie wurde hier aufgeführt, weil auch sie ein Argument wider zu wenig differenziertes Arbeiten mit Indikatoren ist.

### **Zur Personaldotation**

In einem umfangreichen Artikel von anfangs dieses Jahres (in Health Services Research, vol. 47, 2012, S. 106-128) zeigen Harrington und Mitarbeiter auf die angetönte Dotierung mit Pflegenden: RN sind im Durchschnitt aller überprüften 17'316 Pflegeheimen mit 38.4 Minuten pro Bewohner\*tag eingesetzt (Pflegedienstleitung inbegriffen). Alle Pflegenden zusammen (also zu-

sätzlich zu den RNs die Licenced Practical Nurses und die vorangehend erwähnten Hilfen) leisten durchschnittlich 3.75 Stunden pro Bewohnerstag.

Die hier aufgeführten Werte sind für die „for-profit Heime“, sie machen zwei Drittel der Heime in den USA aus, fast durchwegs etwas tiefer als in der Gruppe der non-profit Heime. Dabei ist dann mitzubedenken, dass die Bewohnerinnen in for-profit Heimen etwas weniger stark pflegebedürftig sind als in non-profit Institutionen. (Der Fairness halber ist hier anzumerken, dass keine befriedigende Case-Mix-Anpassung über alle Heime möglich ist.)

Und: Das für die Qualitätsbeurteilung über die ganzen USA verwendete System, OSCAR, zielt auf Defizite – es ist also ausgeschlossen, vorbildliche Elemente als solche zu erfassen. Deshalb wäre es nicht korrekt, verallgemeinernd von „schlechter“, „guter“ oder „sehr guter“ Qualität zu sprechen.

Die Autoren ziehen auch die festgehaltenen Defizite und „grossen Defizite“ (diese, sofern nicht umgehend behoben, führen zu empfindlichen Bussen) zu Vergleich zwischen den zwei Typen bei: Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit führte die tiefere personelle Dotierung der for-profit Heime zu einer substanziiell höheren Zahl von Defiziten und „grossen Defiziten“.

Und wie die Bürokratie dann weiterwütet: Weil seit Jahren der Verdacht besteht, dass die rapportierten Zahlen über die personelle Dotierung in den Gruppen der unterschiedlich Ausgebildeten nicht zuverlässig gemeldet werden, müssen die Heime seit anfangs dieses Jahres ihre Lohnabrechnungen vierteljährlich elektronisch zur Prüfung an die jeweilige staatliche Instanz übermitteln. Merke! Wenn man den falschen Ansatz zur Qualitätsförderung (!) wählt, wird der polizeiliche Aspekt, der Überprüfungen fast immer eigen ist, immer ausgeprägter.

Nach den betrüblichen Erfahrungen in den USA (es könnten auch Hinweise aus England und Israel präsentiert werden) nun ein Element aus der Schweiz, gerade aus dem Bereich der privaten Heime (es muss sich nicht immer auch um for-profit Heime handeln).

Im Kurzprotokoll des Treffens der Regionenkonferenz/Aktivkonferenz vom 15. Juni 2012 von senesuisse ist auf der letzten Seite festgehalten:

„f) Verbandslösung zur Zertifizierung von Qualität bei unseren Mitgliedern

Der Vorstand möchte auf Wunsch von Mitgliedern ein einfaches und praxisgerechtes System zum „Qualitäts-Nachweis“ etablieren. Durch erste Gespräche wurde das bestehende Tool von Schweiz Tourismus als geeignete Grundlage ermittelt. Dieses eruiert die Dienstleistungsqualität bei Hotellerie und Gastronomie mit den bekannten Q's. Diese Qualifizierung müsste mit einem Modul für den Pflegebereich ergänzt werden, z. B. in Zusammenarbeit mit der FH Bern oder weiteren Anbietern.

Insgesamt könnten wir mit diesem eigenen Qualitätssystem zeigen, dass den „Privaten“ die Qualität wichtig ist und es praktikablere Vorgaben gibt als die Qualitäts-Vorgaben der Kantone. Zudem dürfte es helfen, die politischen Vorstösse zur nochmals verschärften „Qualitätsprüfung bei Heimen“ zu bekämpfen.“

Soweit aus dem Kurzprotokoll. Soweit, so gut?