



Mitteilungen 2, Mai 2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Sie sich noch nicht für **unsere Tagung am Mittwoch, 25. September, 10.45-16.45, im Alters- und Pflegeheim Domleschg, Fürstenaubruck**, angemeldet haben, so mailen Sie mir bitte Ihre formlose Anmeldung in den nächsten Tagen.

Das detaillierte Programm finden Sie auf unserer Homepage www.kollegium-qualitaet.ch.

Sie sind am Vortag, Dienstag, 24. September (16.00), eingeladen, den interessanten Neubau des Evang. Alters- und Pflegeheims Ilanz zu besichtigen. Wir übernachten dann im Hotel Postigliun, Andiast, und nützen Chancen zum Diskutieren. Am Mittwoch reisen wir zusammen nach Fürstenaubruck. (Exklusive Anmeldung nach Fürstenaubruck ist selbstverständlich möglich.)

Eden, Green House, Wellspring etc.

Die aufgeführten (etwas euphemistisch gefärbten) Namen zeigen auf eine Gegenbewegung zu den medikalisierten Pflegeheimen. Der Start war vor fast 20 Jahren. Diese Heime machen aber heute nicht mehr als etwa 5% des Angebots in den USA aus (zwei aus dieser Gruppe haben Heime in Europa und sogar der Schweiz dazu gewonnen).

Etwas vereinfachend können die Bemühungen für Veränderungen als Durchsetzung des Normalitätsprinzips charakterisiert werden. Auf die Spitze gebracht, kann von Subjektorientierung an Stelle der vorherrschenden Objektorientierung geschrieben werden.

Unter anderem wurde dem Wohnen wurde neu ein bedeutend höherer Stellenwert eingeräumt. „Leben und nicht nur Pflege“ wurde und wird zu realisieren getrachtet. Sicher trägt die Umsetzung der Prinzipien/ Leitbilder/Betriebsnormen dann dazu bei, dass bei Qualitätselementen Positives resultierte. Dazu lässt sich aber kaum Beweis führen (siehe Argumentation auf den nächsten Seiten).

Diese Heime weisen leicht überdurchschnittliche Dotierung in Pflege und Betreuung aus. Ich vermute, dass auch hier ein substanzielles Erklärungsmoment für die eruierten Positiva liegt.

Die zwei für das Gesundheitswesen in den USA bedeutendsten Stiftungen, RWJF und CMWF, fördern die Evaluation der Bewegung bei den Pflegeheimen. Überzeugt davon, dass Mitglieder des Kollegiums (mit Urkunden) sich in Qualitätsdimensionen ganz sicher mit den erwähnten Gruppen messen können, habe ich einem Vice President des Commonwealth Fund (der in der Gesundheitsversorgung schon zweimal Datenerhebungen in der Schweiz unterstützte) den Vorschlag für einen Vergleich mit einer Auswahl von Kollegiums-Heimen unterbreitet.

Ein Gesuch scheiterte dann daran, dass wir in der Schweiz über keine Vergleiche im Bereich „Qualität der Heime“ verfügen (MDS würde nicht genügen). Dieser Tatbestand war dann - zusammen mit der Durchsicht von Unterlagen über die verordnete Umsetzung von Art. 77 KVV zur „Qualitätssicherung“- Anlass, die nächsten sechs Seiten zu verfassen.

Noch ein Anlauf

Zwischen wissenschaftlichen Analysen zur Deutung von Qualitätsproblemen in Pflegeheimen und dem Eruiieren qualitativer Herausforderungen über Indikatoren klafft ein tiefer Graben. Dies wird an den gewichtigsten qualitativen Problemen in Heimen (psychische Störungen) und ansatzweise bei der aus der Fachliteratur gefilterten bedeutsamen erklärenden Grösse (exogene Variable) „diplomierte Mitarbeiterinnen in Pflege und Betreuung“ darzustellen versucht.

Mein Blickpunkt geht dabei von wissenschaftlichen Analysen über Aspekte der Pflegeheime aus. Dabei nehme ich an, dass dies die einzige akzeptable Perspektive ist. Umfragen helfen wenig. Sie wissen, dass z.B. die Beurteilung der Praxis durch Kolleginnen und Kollegen über die ihnen bekannten Heime zwar Einiges bringt, aber viel Subjektives enthält.

In der Deutschschweiz (und nur über Publikationen zu diesen Heimen kann ich urteilen) existieren keine wissenschaftlichen Analysen zu einem grösseren Set angelegter qualitativer Schwächen. Wie will man also mit Indikatoren zentrale Probleme angehen, wenn vermutete „zentrale“ Schwächen nicht eruiert/markiert wurden?

Vielleicht so: Man nehme Herausforderungen in der Welt der Pflegeheime, welche sich (scheinbar) gut in Indikatoren transformieren lassen. Etwas pointiert formuliert: Die Heim“realität“ hat sich der Instrumentenkiste zur Bildung von Indikatoren anzupassen. So hat es wohl Otto Piller gesehen (vorangehender Präsident von Curaviva und Direktor des BSV). Er hat für das Gesundheitswesen mehrfach verkündet, Qualität sei das, was sich messen lässt.

Lässt sich die Bedeutung von Diplomierten für die Qualität von Pflege und Betreuung in Pflegeheimen messen, also in Indikatoren transformieren? Selbstverständlich; sogar recht einfach. Aber die Einfachheit lässt der Komplexität des tatsächlichen Einsatzes des gesamten Personals, dem Engagement, der Führung, der Motivation usw. keinen Raum. Es kommt dazu, dass der Spielraum für die (leicht messbare) Zahl der Diplomierten unter unseren Vorgaben eng ist.

Anlass zum Füllen der sechs Seiten ist allerdings nicht das dominierende Unverständnis auf eidgenössischer, kantonaler und verbandlicher Ebenen. Anlass war vielmehr die Diskussion über ein Referat von mir.

Am vergangenen 3. März konnte ich in der Midwest Interessengruppe „Langzeitpflege“ ein ausführliches Referat über die Qualitätsbeurteilung in Heimen der Deutschschweiz halten. Es bot sich die Chance, mit Fachleuten intensiv zu diskutieren (für das Referat und die Diskussion standen fast zwei Stunden zur Verfügung. Die anschliessende grosse Kaffeepause bot eine weitere Chance für Kontakte). *Die Folgerungen* in den Diskussionen sind mir Anlass, hier Seiten zu füllen. Ich schloss das Referat mit Spitzen gegen den endemischen Unsinn, der mit der Qualitätsbeurteilung durch die amerikanische Sozialversicherungsbehörde (Medicare) und der Überprüfungen durch die gliedstaatlichen Instanzen inszeniert wird.

Der überwiegende Teil des Referates handelte von den untauglichen Bestrebungen auf schweizerischer Ebene (ich konnte dabei bis auf 1996 zurückgreifen). Die Spitze zielte aber auf die USA. Hier existiert für

Akutsptäler ein fundiertes System zur Qualitätsbeurteilung, das in manchem Vorbild für viele Länder bietet. Für die gut 65'000 Pflegeheime werden dagegen extrem bürokratische Kontrollen unter dem Etikett Qualitätsbeurteilung durchgeführt, welche nicht amerikanische Interessierte abschrecken müssen.

Aus der Fachliteratur ist zu schliessen, dass aktuell für eine sehr beachtliche Zahl von Heimen die gewichtigste medizinisch-pflegerische Herausforderung zum Wohlergehen von Bewohnerinnen im weiteren Feld der psychischen Störungen liegt. Studien verweisen auf zu tiefe Raten des Identifizierens von Depressionen. Es kommt dazu, dass bei Hochbetagten nicht selten auf Demenz geschlossen wird, wenn tatsächlich eine Depression vorliegt.

Das Delir dürfte in einem inakzeptabel hohen Ausmass nicht als Tatbestand erkannt werden. Dieses Faktum hat gravierende Konsequenzen: Da wird nicht nur nicht kunstgerecht gehandelt; die Gefahr des Etikettierens (sog. Labelling-Prozess) als „dement“ hat brutale Konsequenzen.

Mit Bezug auf dementielle Erkrankungen wird nach einmaliger Etikettierung bei Hochbetagten oft nicht weiter danach gesucht, um welchen Typus der Demenz es sich handelt. Damit wird nicht dafür plädiert (um es überspitzt zu formulieren), dass für jede Bewohnerin MR notwendig sei. Aber für den Umgang macht es sehr viel aus, ob ein Verdacht auf eine Frontotemporale Demenz bestätigt wird oder nicht.

Da in den USA der Einsatz von Psychopharmaka ausgeprägter als in vielen anderen Ländern ist, liegt auch eine grosse Zahl von Studien über die Verschreibungen in den Pflegeheimen vor (es lassen sich aber auch in deutscher Sprache Analysen finden). Dabei wird sehr Problematisches rapportiert. Bei einem ansehnlichen Teil der Studien geht es „nur“ um den Einsatz von Neuroleptika. Dieser Einsatz ist für einen nennenswerten Teil der Verschreibungen nicht kunstgerecht, mindestens aber problematisch. (Ohne irgendwie dramatisieren zu wollen, möchten zwei Studien, welche in früheren Ausgaben erwähnt wurden, in Erinnerung gerufen werden: Unter sonst gleichen Umständen, sterben Bewohnerinnen in Heimen mit markant überdurchschnittlichem Einsatz von Neuroleptika in einer nennenswert kürzeren Zeitperiode als neu Eintretene in Heimen, die zum Quartil mit der tiefsten Einsatzrate dieser Medikamentenklasse zählen.)

Es kommt dazu, dass nicht nur auf zu häufiges Verschreiben dieser Medikamente gezielt werden sollte. In der Februar 2012 Ausgabe der *Mitteilungen* wurde erwähnt, dass NICE – jene Institution, welche unseres Wissens am skrupulösesten die Kosten-Nutzen-Verhältnisse überprüft – ein grösseres Feld für Verschreibungen von Antidementiva sieht als heute wohl in unseren Heimen abgesteckt ist. Mit anderen Worten: Sorgfältige Analyse zielt nicht exklusive auf zu viel; auch zu wenig sollte mitberücksichtigt werden.

Wie adäquat ist der Einsatz von Psychopharmaka für Betagte in schweizerischen Heimen? Zusätzlich zu den vorangehend angetippten Dimensionen müssten auch problematische Kombinationen eruiert werden. Wie ist der Stand bei der behaupteten gewichtigsten Herausforderung (welche ja weit über Psychopharmaka hinausreicht) hier in der Schweiz? Und wo liegt die Verbindung zur Qualitätsförderung? Was wissen wir über den Status quo?

*Es soll an die uralte zentrale Regel in der Navigation erinnert werden:
Um ein Ziel erreichen zu können, ist zuerst der Ausgangspunkt zu bestimmen.*

* * *

Vis-à-vis der angetippten Herausforderungen kommt dem pflegerischen Sachverstand, seinen Erfahrungen und kenntnisreichen Beobachtungen erstrangige Bedeutung zu. Die Chance über Wochen und Monate, grundsätzlich während 24 Stunden, Informationen zu sammeln, zu ordnen und zu vergleichen, macht Pflegende zu Schlüsselpersonen für den Medikamenteneinsatz und für therapeutische Anstrengungen.

Wie steht es mit dem Einsatz von Indikatoren, in dem hier interessierenden Feld? Soll die Zahl Depressiver (Inzidenz und/oder Prävalenz) erhoben werden? Das kann man und es wird auch gemacht (in der letzten Ausgabe der *Mitteilungen* wurde auf den Minimum Data Set verwiesen). Eines der erforschten Probleme ist dabei, dass in guten Heimen eine stärkere Präsenz von Depressionen angenommen wird als in Heimen, welche eine grössere Zahl von Defiziten^{*} ausweisen.

Wäre ein Indikator etwa, ob einer Bewohnerin mit Major Depression Antidepressiva verordnet sind? (Wenn dies für den Indikator verlangt würde, müsste auch erhoben werden, ob es sich um Trizyklika handelt oder nicht.) Wo gibt es verlässliche Indikatoren darüber, um die Qualität in diesem sehr bedeutsamen Feld „psychische Störungen in Pflegeheimen“ zu messen und unter Heimen *vergleichbar* zu machen?

Das National Quality Measures Clearing House enthält eine riesige Zahl von Indikatoren. Aber für die traktandierte Aufgabe zur Beurteilung qualitativer Ausprägungen in Pflegeheimen sind wenige vorhanden und kaum ein Indikator dürfte für solide Vergleiche mit Informationen taugen, welche von Pflegenden erhoben werden...und die dann für die Vergleiche über Heime hin „angepasst“ werden müssen. Hier liegt ein Teil des tiefen Grabens zwischen wissenschaftlichen Analysen über einige Pflegeheime und dem Vergleichbarmachen von qualitativen Anstrengungen und qualitativen Ausprägungen über eine grössere Zahl von Heimen vor.

* * *

Der vorherrschende wissenschaftliche Ansatz zur Deutung von „Defiziten“ läuft über Regressionen. Dabei wird mathematisch-statistisch geprüft, welche Grössen (exogene Variablen) wie viel zur Deutung von Tatbeständen (endogene Grössen) beitragen. Vereinfachend: Zuerst kann getestet werden, ob Beziehungen (Korrelationen) zwischen dem Anteil der Diplomierten und der Zahl, der von Externen erhobenen Defizite vis-à-vis der Qualität bestehen. Der Korrelationskoeffizient (in diesem Fall die Beziehung zwischen Zahl der diplomierten Mitarbeiterinnen und Zahl der Defizite) kann aufgrund der Fachliteratur als hoch betrachtet werden (z.B. -0.75).

^{*} Von Defiziten ist zu schreiben, weil in der amerikanischen Literatur die Qualitätsbeurteilung von Medicare in aller Regel für die Studien benützt wird. Dort bedeutet eine kleine Zahl von Defiziten „gutes Heim“ – eine grössere Zahl von Defiziten zeigt dagegen auf die Notwendigkeit für Qualitätsförderung.

Weil klar ist, dass die Verhältniszahl „Diplomierete pro 100 Bewohnerinnen“ wahrscheinlich zu wenig aussagekräftig ist, werden weitere exogene Variablen eingeführt (und dabei wird versucht, sog. Autokorrelationen möglichst auszuschalten, d.h. weitgehend unabhängige Grössen von Diplomierten mit zu berücksichtigen). Man findet in der Literatur z.B. Ausbilderinnen, Personalwechsel innerhalb eines Jahres, die Ausbildung der Heimleitung, die Teilzeitlichkeit der Mitarbeiterinnen, das Ausmass von Fort- und Weiterbildung, usw. Typisch für die USA als Variable ist dann der Anteil der über Temporärbüros eingestellten Mitarbeiterinnen.

Um es kurz zu machen: Die Anzahl von besuchten Fortbildungstagen bietet sicher etwas zum Weiterdenken. Aber wenn es um Indikatoren geht, kann z.B. nie erfasst werden, was zur Fortbildung traktandiert war, ob Kluges in dieser Fortbildung geboten und wie heimintern das erworbene Wissen weitergegeben und von möglichst vielen umgesetzt wurde.

Mit Indikatoren kann auch nicht erfasst werden, wie Diplomierete eingesetzt werden. Unzweifelhaft wird mit den Regressionen ein Tatbestand mit Bezug auf die Bedeutung von Diplomierten für mehrere qualitative Ausprägungen angepeilt. Aber es ist ausgeschlossen, den Einsatz dieser Mitarbeiterinnen über das Ganze hin mit Indikatoren zu erfassen. Aber gerade beim Einsatz dieser Gruppe von Mitarbeiterinnen, beim Arbeiten im Team, beim Engagement für Bewohnerinnen, für die Zusammenarbeit mit der Aktivierung, mit der Küche, der Hauswirtschaft und den Hausärzten wird wenig Schlüssiges für die Qualität über Indikatoren erfassbar.

Es kommt im mathematisch-statistischen Verfahren dazu, dass die Zahl der Diplomierten (als Exogene pro hundert Bewohnerinnen) relativ wenig schwankt. Die Spannbreiten für Erklärungen fallen dann recht bescheiden aus – dies einfach darum, weil der Bund (Medicare) vorgibt, was er höchstens zu zahlen bereit ist.

Trotzdem kommt für die Deutung der Defizite der „Zahl der Diplomierten pro 100 gewichtete Bewohnerinnen“ und der Verhältniszahl für alle pflegenden und betreuenden Mitarbeiterinnen die meiste Erklärungskraft für qualitative Defizite zu. Dass hier Problematisches vorliegt, wird jedem klar, der erfahren hat, wie viel von zwei, drei oder auch vier einzelnen Mitarbeiterinnen mit Bezug auf gegenseitige Unterstützung, kluge Anleitung, Motivation, Gestaltung der Atmosphäre auf einer Abteilung und so weiter und so fort abhängt.

Die Problemlage wird zum Beispiel bei Akutspitälern (wo für Qualitätsbeurteilung auch die Zahl der Diplomierten, hier der RNs = Registered Nurses, in Beurteilungen eingeht) zu umschiffen getrachtet. US News & World Report erstellt jährlich die für die USA als autoritativ geltende Rangierung von Kliniken und Spitälern. Dabei wird der Pflegedienst der Kliniken in sog. Magnet-Spitälern mit zusätzlich 15% mehr Gewicht berücksichtigt, wenn die Pflege dieser Kliniken als Magnet-Pflege akkreditiert ist. Bei den Kriterien zu eben dieser Akkreditierung fällt die personelle Ausstattung mit Pflegenden der Tertiärstufe hohe Bedeutung zu.

Es ist in der Fachliteratur z.B. unbestritten, dass die Verletzungen von Sicherheitsstandards hochsignifikant mit eben dieser Gruppe (und ihrem Anteil am Personalbestand der Pflege eines Spitals) zusammenhängt. Nur: die Ausgangslage für die Beurteilung der Qualität in Pflegehei-

men differiert massiv. Natürlich geht es auch um Sicherheit. Aber „Leben im Heim“ präsentiert sich kategorial verschieden vom „Aufenthalt im Spital“. Ergo liegt auch wesentlich Anderes zur qualitativen Beurteilung vor.

Sie vermögen aus Ihrer Tätigkeit heraus mit Blick auf Ihren Alltag noch besser als ich die Limiten der beiden gewichtigen Grössen (Variablen) „Diplomierte“ und „Pflege/Betreuung von Bewohnerinnen mit psychischen Störungen“ für die Bildung von Indikatoren zu erkennen.

* * *

Zum dominierenden Diskussionsgegenstand nach der am Anfang erwähnten Präsentation wurden die mehrfachen Appelle der amerikanischen Kollegen, in der Schweiz gegen Indikatoren anzutreten. Wenn einmal mit Indikatoren gestartet worden sei, dann entwickle sich dies mit einer bürokratischen Eigendynamik, welche mehr und mehr Indikatoren aufstelle. Das sei nicht zuletzt auch darum der Fall, weil mit Indikatoren Zentrales im Heim *nicht* gemessen resp. solide vergleichbar gemacht werden könne. Es resultiere also mehr und mehr im vergeblichen Versuch, die „Heimrealität“ abzubilden.

Auf den offensichtlichen Punkt, warum denn die amerikanischen Heime nicht auf den Barrikaden seien, ist niemand eingegangen. Die mehrfache Überwachung (!) der Heime war und ist ein massives Politikum (einmal mehr habe ich auf das *Buch* aufmerksam zu machen, S. 201 ff. – es hat sich am Politikum nichts geändert, Ausprägungen wurden seit der Niederschrift noch schlimmer, polizeilicher; ein übles Beispiel dafür ist das monatliche elektronische Übermitteln aller einzelnen Löhne, um so zu überprüfen, ob die einzelnen Mitarbeiterinnenkategorien in Pflege und Betreuung tatsächlich die Vorgaben erfüllen).

Unter den fast hundert Teilnehmern schien Konsens darüber zu bestehen, dass der kanadische Ansatz zur Akkreditierung[†] das tauglichste Mittel zur Qualitätsbeurteilung sei.

Es wäre unverantwortlich, im Gesundheitswesen generalisierend gegen Indikatoren zu polemisieren. Für deutsche Akutspitäler hat zum Beispiel die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) mit ihren Indikatorensets für Akutspitäler manche fundierte Diskussionsimpulse geboten. Allerdings, die sorgfältig entwickelten Indikatoren deckten nur 22% der Patienten (insbesondere Operationen, therapeutische Massnahmen) der beteiligten Akutspitäler ab. Bei Pflegeheimen müsste es sich aber grundsätzlich um alle Bewohnerinnen handeln.

Im Feld der Indikatoren für die Akutmedizin ist einiges banal und anderes ausserordentlich komplex. Banal ist, wenn – wie bei der grossangelegten Studie „Premier“ – die Abgabe von Aspirin bei Verdacht oder Diagnose von Infarkt erhoben wird. Komplex ist, wenn der Erfolg von sog. Bypass-Operationen über Indikatoren zu erfassen getrachtet wird und dabei die präoperativen Diagnosen einbezogen werden. Ausserordentlich komplex gestaltet sich für das Erfassen als Indikator und das Vergleichbarmachen die Rehospitalisierung von Patienten (innerhalb verschiedener Zeiträume, z.B. nach 31 Tagen oder nach 180 Tagen), um darauf gestützt die Qualität medizinisch-pflegerischen Handelns von Spitalabteilungen vergleichbar zu machen.

[†] pro memoria: Der Q-Star wurde aus dem kanadischen Ansatz zur Akkreditierung entwickelt. Zum Akkreditierungskonzept in Kanada siehe A. Hoffmann und Th. Klie, Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Langzeitpflege. Ein klientenorientierter Ansatz aus Kanada. Köln 1999.

Mit den vorangehenden Hinweisen wollte angezeigt werden, dass auch in einem recht reifen Forschungsfeld (welches sich auf die stationäre Leistungserbringung in der Akutmedizin bezieht) Banales und Komplexes zu finden ist. *Mit Bezug auf Pflegeheime ist bis jetzt in der Schweiz nur erschreckend Banales zur Indikatorenbildung zu erfahren.*

* * *

Auf die in der Kaffeepause (etwas penetrant) gestellte Frage, ob ich in der Schweiz gegen den Unsinn von Indikatoren ankämpfen werde, ist mir zum Glück Sun Tzu (ein in Asien viel zitierter Strategie) eingefallen. Ich argumentierte also, die Frage sei falsch gestellt – man müsse sich Sun Tzu vergegenwärtigen: *Wer wisse, wann er kämpfen könne und wann nicht, der werde gewinnen.*

Ich weiss es nicht.

Aber ich weiss, dass Mitarbeiterinnen – und über diese dann Bewohnerinnen – am meisten in den Dimensionen von Qualitätssicherung und Qualitätsförderung mit einem emanzipatorischen Ansatz gedient ist. Was im Kollegium verfolgt wird, argumentierte ich, sei ein emanzipatorischer Ansatz, ähnlich wie in Kanada oder wie unsere FMH gegen Ende November des letzten Jahres mit Bezug auf ihre Verpflichtungen beschlossen habe: „Qualitätssicherung gehört in Ärztehand“. Allerdings versteht man in der FMH xmal mehr von Qualität, Qualitätsbeurteilung, Messen von Qualität, von Indikatoren usw. als in der Curaviva. Und der Wille zu kämpfen ist sicher viel grösser.

Didaktisch ungeschickt wird nun meine allgemeine Orientierung am Schluss platziert. Ich höhnte in der Diskussion (für mich) über amerikanische Kollegen, welche sich aus manchen Gründen in „polizeiliche“ Qualitätsbeurteilungen haben reiten lassen. Und ich bin betrübt, dass wir jetzt starten, um in zehn, zwanzig Jahren (in den USA startete man 1987) auf ähnliche Art und Weise bürokratisch dirigiert zu werden.

Nötig wäre eine Standortbestimmung, um einigermaßen fundierte Informationen darüber zu gewinnen, welche hauptsächlichen qualitativen Herausforderungen in Pflegeheimen der Bearbeitung warten. Das wurde seit 1996 nie als Aufgabe traktandiert (die immer kürzer gewordenen Protokolle der sog. Paritätischen Kommission zeigen eine Orientierungslosigkeit ohnegleichen an).

Dann sollte zusammen danach gesucht werden, für welche Gruppen von Heimen welche Prozesse zur Qualitätsförderung Verbesserungen fördern. Weil diese nicht aus der Fachliteratur abgeleitet werden können, sind Pilotprojekte (Modellversuche) durchzuführen, um zusammen vorläufiges Wissen zu generieren.

Ich ärgere mich über Bürokraten, welche sich selber beschäftigen wollen und so in den Heimen Mehrarbeit zeitigen werden, ohne dass Zentrales zum Wohl der Bewohnerinnen anvisiert würde ... weil es ihnen eben primär um die Erhebungen von Indikatoren geht.