

Mitteilungen anfangs Mai 2016**Personelle Dotierung und Qualität
Zur Bedeutung von Mitarbeiterinnen der Tertiärstufe**

Der Umfang der Dotierung mit pflegenden Mitarbeiterinnen weist in den meisten Institutionen des Gesundheitswesens eine negative Verbindung mit beobachteten Mängeln in der Leistungserbringung für Patienten/Bewohnerinnen aus: Je weniger Pflegende (umgerechnet in Vollzeit-Tätige) pro zehn Bewohnerinnen/Patienten tätig sind, desto höher das Ausmass der von Aussenstehenden eruierten Mängel, Schwächen, Zwischenfällen – desto umfangreicher und bedeutsamer die negativen Konsequenzen für Patienten/Bewohnerinnen.

Linda Aiken¹ (zusammen mit Gruppen unterschiedlicher Mitarbeiterinnen) hat dazu eine stattliche Anzahl von Analysen in neun Staaten (u.a. Kanada, England, Holland, Norwegen und der Schweiz) durchgeführt. Nachgewiesen wurde u.a., dass bei höherer als durchschnittlicher Dotierung mit Pflegenden Stürze, Dekubiti, nosokomiale Infekte etc. kleiner als bei durchschnittlicher Dotierung waren. Ja, es konnte – selbstverständlich unter kluger Anpassung der nachweisbaren Schweregrade von Erkrankungen – sogar eine negative Verbindung zwischen einzelnen Spitalabteilungen und Sterblichkeitsraten (eben mit Bezug auf die personelle Dotierung) hergestellt werden².

Die Mehrzahl der Publikationen über Zusammenhänge zwischen der Zahl der Pflegenden und qualitativen Ausprägungen handelt von der Akutpflege, von Spitälern und einzelnen ihrer Abteilungen. Bei Heimen besteht die latente Gefahr, dass der pflegerische Einsatz tendenziell banalisiert werden kann (z.B. wie viel Behandlungspflege ist denn da notwendig?).

Tatsächlich ist es (in den USA) schon seit mehreren Jahren möglich aufgrund der Basis von RAI 3.0 und OSCAR zu behaupten, dass for-profit-Heime durchschnittlich mehr Defizite und unbefriedigendere „Resultat-Qualität“ ausweisen und eine der Erklärungen dafür bei der schwächeren pflegerischen personellen Dotierung zu suchen ist³.

¹ Z.B. A. Kutney-Lee, A. W. Stimpfel et al., Change in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition, in *Medical Care*, vol. 53, 2015, S. 550-557.

² L. H. Aiken et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, in *Lancet*, May 24, 2014, S. 1824-1830; D. M. Kelly et al., Impact of clinical nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults, in *Critical Care Medicine*, vol. 42, 2014, S. 1089-1095.

³ Z.B. V. R. Comodore et al., Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis, in *British Journal of Medicine*, vol. 339, 2009, b2732.

Auch eindrücklichen Zahlenwerten (in den USA gehen nicht selten über tausend Heime in eine Studie ein) kann entgegen gehalten werden, dass die Persönlichkeiten der pflegenden Mitarbeiterinnen und ihr Engagement öfters eine bedeutsame Rolle spielen, mindestens spielen können (womit dann der Vergleich von Zahlen zu relativieren getrachtet wird). Und das Zusammenarbeiten in und zwischen den Teams dürfte oft von erheblicher Bedeutung sein. Diese beiden Komponenten erleben wir ja (wenigstens in Ausschnitten) bei den Heimbeurteilungen.

Es kommt dazu, dass dem jeweiligen Mix der pflegenden Mitarbeiterinnen Beachtung zu schenken wäre. Subtile Analysen würden das Ausmass der Beschäftigungsgrade und die Erfahrungen im Beruf (z.B. mit zusätzlichen Qualifikationen) aller Mitarbeiterinnen zu gewichten versuchen. So detailliert könnten aber nur Fallstudien vorgehen – Fallstudien, in denen man drei, vier, fünf Heime vergleicht. Ihnen ist dann aber der gravierende Nachteil eigen, dass Verallgemeinerungen ausgeschlossen sind.

Es bleibt das Faktum, dass man erheblichen Schwierigkeiten begegnet, wenn einzig die Zahl der Mitarbeiterinnen der Tertiärstufe für die Deutung „bessere“ Qualität in Pflegeheimen mit überdurchschnittlich vielen Mitarbeiterinnen der Tertiärstufe herangezogen wird (u.a. weil sich der Einsatz aller Pflegenden recht unterschiedlich ausnehmen kann).

Mindestens zwei Autorinnen scheint doch eine recht befriedigende Analyseebene gelungen zu sein: Harrington⁴ untersuchte die Entwicklung von Defiziten und Mängeln im Vergleich von Gliedstaaten, welche die Zahl der Mitarbeiterinnen der Tertiärstufe höher ansetzten. (Sie setzten die Zahl wohl insbesondere deshalb höher an, weil die kalifornische Volksinitiative (!) präzise vorgab, wie viel mehr dieser Pflegefachfrauen pro hundert „gewichtete“ Patienten/Bewohnerinnen einzustellen war.) Tatsächlich resultierten dann über die Zeit in diesen Institutionen, welche ja von Staates wegen etwas mehr RNs einzustellen hatten, weniger Defizite.

Und Lin⁵ gelang es, die beiden Mitarbeitergruppen unterhalb der Tertiärstufe so überzeugend zu „bündeln“, dass der Einfluss der Zahl der Mitarbeiterinnen mit tertiärer Ausbildung als sichere Prognosegrösse für Defizite und Mängel in Pflegeheimen gelten darf.

Die Dotierung in den USA lässt sich in dem Sinne mit der Schweiz in etwa vergleichen, weil dort wie bei uns drei Ausbildungsstufen gelten. Unserer Tertiärstufe entsprechen die Registered Nurses. Im Vergleich bleibt dann aber problematisch, dass die personelle Dotierung mit Pflegenden in der Schweiz, über das ganze eines Heimes betrachtet, besser ist. Und dies gilt auch markant für die Tertiärstufe. Auf wissenschaftlicher Ebene ist aktuell zu akzeptieren, dass überdurchschnittliche Dotierung mit tertiär Ausgebildeten von erheblicher Bedeutung für die Qualität von Heimen ist. Ich sehe und erfahre bei den Heimbeurteilungen, dass Abweichungen von der hier festgehaltenen Erkenntnis existieren – ein weiteres Element für das Plädoyer zu unserem Ansatz der vertieften Beurteilung (Q+).

⁴ C. Harrington, Nursing home staffing standards in state statutes and regulations, San Francisco 2010 (kann so gegoogelt werden); C. Harrington et al., Nurse staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies, in Health Services Research, vol. 47, 2012, S. 106-118.

⁵ H. Lin, Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: an instrumental variables approach, in Journal of Health Economics, vol. 37, 2014, S. 13-24.

Es ärgert mich dann massiv, wenn Bürokraten in Unkenntnis der Literatur (die hier nur ansatzweise erwähnt wurde) unbedarfte Entscheide mit potenziell weitreichenden Konsequenzen fällen.

Seit Gemeinden zum Teil substanziell zur Mitfinanzierung von Aufenthalten in Pflegeheimen verpflichtet wurden, wächst die Gefahr solch „unbedarfter“ Entscheide. Unrühmliches Beispiel dafür bietet die Stadt Luzern. Sie macht Vorgaben darüber, wie viel tertiäres Personal (selbstverständlich den Einstufungen angepasst) sie bereit ist mitzufinanzieren.

Dieser Unsinn wird aus mehreren Gründen, aber prädominant wegen den weiter zunehmenden Kosten, in der Zukunft verbreiteter anzutreffen sein. An der unerfreulichen Entwicklung sind Curaviva und wohl die meisten der kantonalen Heimverbände darum mitschuldig geworden, weil sie sich nicht um eine Auseinandersetzung mit der Fachliteratur (und einem fundierten Dialog mit engagierten Heimen) gekümmert haben. Die Publikation *The Future of Nursing*⁶ rangiert seit gut fünf Jahren (!!) als die am meisten verkaufte Publikation des Institute of Medicine – sie hat also sehr grosses Interesse geweckt und bietet eine anspruchsvolle Basis zum Weiterdenken auch in unseren Heimen.

Zur Qualität im Gesundheitswesen oder von Elementen der Leistungserbringung wird von manchen Gruppierungen/Verbänden und leider oft auch in den Medien vom Wettbewerb geschwärmt. Auf den ersten Blick mag dies einleuchten. Potenzielle Bewohnerinnen und ihre Angehörigen dürften „qualitativ“ gute Heime jenen mit bekanntgemachten Qualitätsdefiziten vorziehen. (Dass dies nicht der einzige Grund für die Wahl eines Heimplatzes ist, dürfte unbestritten sein.)

Allen und Forder⁷ haben meiner Überzeugung nach die aktuell komplexeste Analyse der Konsequenzen von Wettbewerb auf die Qualität in englischen Pflegeheimen durchgeführt. Dazu muss man wissen, dass gut 150 sog. Local Authorities (LA) für ihre Betagten Pflegeheimplätze „einkaufen“. Vereinfachend notiert: Wenn Pflegebedürftige nicht selber den Heimaufenthalt finanzieren können, wird dieser von der LA in Heimen finanziert, welche aufgrund ihres Angebotes im Einzugsgebiet ausgewählt wurden.

Ohne hier in interessante Details zu gehen, muss klar werden, dass auf diese Weise alle Heime transparent sind, obwohl nur ca. 65% aller Bewohnerinnen in die von den LAs gewählten Heime eintreten. Zudem liegen den einkaufenden Kommissionen alle Qualitätseinstufungen für die im Einzugsbereich eben dieser Local Authorities tätigen Heime vor. Diese Einstufungen durch die Quality Care Commission⁸ sind in gekürzter Ausgabe übers Internet verfügbar (wie jene der amerikanischen Instanzen es seit zwanzig Jahren sind; siehe im *Buch*, 2. Aufl. S. 219 ff). Die Einstufung erfolgt über vier Stufen (wie beim Q-Star) und betrifft insgesamt

⁶ Dieses Buch, *The Future of Nursing*, kann als PDF bei mir verlangt werden. Es ist immer noch nur in Englisch verfügbar ... und umfasst über 600 Seiten.

⁷ J. Forder & S. Allen, *The impact of competition on quality and prices in the English care home market*, in *Journal of Health Economics*, vol. 34, 2014, S. 73-83.

⁸ Zu Quality Care Commission siehe: www.cqc.uk

fünf Bereiche, welche unbestrittenermassen viel von qualitativen Herausforderungen in Heimen abdecken – meiner Überzeugung nach aber etwas weniger als durch den Q-Star.

Die seit längerem bestehende Kritik – welche aber nicht fundamental ist – zielt(e) primär darauf, dass die pflegerischen Leistungen (wie wir sie über bedeutend mehr als die Gegenstände 5 und 6 hinaus zu erfassen trachten) zu kurz kämen. Wie bei uns erfolgt die Beurteilung durch ein Team. Dabei handelt es sich aber nicht um Peers, sondern um Angestellte der Quality Care Commission, welche dann auch andere Leistungserbringer (Spitex, Kliniken, Spitäler usw.) zu beurteilen haben.

Weil sich die Ausgangslage mit Bezug auf die Preise in England in der Praxis sehr unterschiedlich ausnimmt (Londoner Heimplätze sind sehr viel teurer als Pflegeheime in ländlichen Gebieten), haben die beiden Autoren klug zwei Dimensionen für Distanzen von Einwohnern zu potenziellen Heimen und einen Wettbewerbsindex, welcher auch die Nachfrage nach Heimplätzen in diesen Regionen berücksichtigt, konstruiert und in die Analyse einbezogen. Die beiden hauptsächlichsten Ergebnisse aus der überzeugend angelegten Analyse:

- a) Kostengünstige Heime weisen tendenziell mehr qualitative Defizite aus als etwas teurere. Die Erklärung liegt auch darin, dass die den Local Authorities angebotenen Preise nachweisbar auf Kosten „der Qualität“ gesenkt werden. Anders formuliert: Damit man im Wettbewerb zur Berücksichtigung durch Local Authorities bestehen kann, müssen Sparbemühungen Platz greifen, welche dann offensichtlich auch die Beurteilung durch die Quality Care Commission (tiefere Qualität) beeinflussen.
- b) Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass bei einem Teil der Heime mit höheren Preisangeboten sogar ein Anheben der Qualität über die Zeit zu beobachten war. Ohne dass dies so erklärt war, scheinen diese Heime bewusst auf das Verkaufsargument „bessere Qualität“ zu zielen (so wie sie eben durch die Quality Care Commission jeweils eruiert wird), weil sie nicht auf die Finanzierung über Steuergelder angewiesen waren (Zwei-Klassen-Heimwelt?).

Bei mehreren Beiträgen in den *Mitteilungen* fuchst es mich, dass ich nicht ausführlicher referieren und argumentieren kann. So also in möglichst kurzer Ausgabe die folgenden wenigen Argumente:

- Die an sich kluge Studie zeigt nicht, wie die rund 150 Local Authorities entschieden haben. Es müsste doch interessant sein, zu erfahren, wie diese politisch gewählten Mitglieder der LA die Kosten versus die vier Stufen der Qualität für ihre Auswahl gewichtet haben. Wie oft hat man bei der Qualität etwas „nachgegeben“ (d.h. ein Heim trotzdem gewählt, obwohl die Defizite bei der Beurteilung knapp unter dem Durchschnitt lagen)?
- Da die Qualität über fünf Dimensionen pro Heim ausgewiesen wird, wäre es spannend zu erfahren, wie die einzelnen LAs Defizite bei den einzelnen Elementen gewichtet haben (die jeweils eruierten Defizite werden nicht etwa summiert, um, wie dies die Amerikaner tun, ein „Summenurteil“ mit Sternen anzuzeigen). Eine Addition war also nicht sinnvoll und es

gab keine Vorgaben nach denen Aussenstehende (potenzielle Bewohnerinnen und involvierte Angehörige) hätten urteilen sollen.

Der Fairness halber ist hier gleich anzufügen, dass eine Analyse (praktisch) nie alle interessierenden und im Lauf der Studie sich stellenden Fragen zu lösen vermag. Wichtig ist viel mehr, dass die erkenntnisleitenden Hypothesen zu beantworten (bestätigen oder widerlegen) getrachtet werden.

Ohne also den Wert der überzeugend angelegten Studie irgendwie mindern zu wollen, wird als nachteilig empfunden, dass die Entscheide der Local Authorities selber nicht detailliert analysiert wurden. Spannend wäre sicher die Beantwortung etwa der folgenden Frage gewesen: Um wie viel billiger haben jene LAs „eingekauft“, welche am meisten qualitative Defizite in Kaufnahmen? Welche Entwicklungen waren bei den Preisen und der Qualität der offerierenden Heime über die Jahre hin zu beobachten? Welche Konsequenzen haben jene Heime gezogen, welche wegen (ausgeprägter) qualitativer Defizite von Local Authorities bei mehr als einer Prüfung nicht berücksichtigt wurden? Wenn finanzieller Aufwand (Kosten) und Qualität in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis stehen, dann müsste interessieren, wie zusätzlicher finanzieller Aufwand am klügsten eingesetzt wird, um einzelne der fünf beurteilten Qualitätsdimensionen am kostengünstigsten anzuheben.

Noch einmal: Die vorangehenden Bemerkungen sind nicht gegen die Analyse gerichtet - da wurde kluge Arbeit geleistet. *Aber es wollte angezeigt werden, dass Komplexes vorliegt. Und gegenüber dieser Komplexität ist es mit dem aktuellen Wissensstand in der Schweiz fahrlässig, Wettbewerb über Preise und Qualität zu propagieren.*

Wenn trotzdem Wettbewerb und Qualität politisch umgesetzt werden wollen, dann ist primär ein taugliches System zur Erfassung der Qualität in Pflegeheimen zu konzeptualisieren und rigoros auszutesten. Was bis jetzt einige Kantone und Verbände favorisieren, würde dann endlich auf dem Abfallhaufen des Nicht-Wissens landen.

Für die bald anlaufende Diskussion in der Schweiz bleibt die Mahnung, dass nicht fahrlässig „Wettbewerb“ propagiert (und dabei Preise und/oder Qualität anvisiert) werden soll. Neben der überzeugenden Studie aus England gibt es eine Reihe von amerikanischen Analysen⁹, welche zur Vorsicht in der Argumentation mahnen. Zur Präsentation einer knappen Bestandesmeldung über die Forschungsergebnisse, wie sie hier für das Jahr 2015 versucht wurde, sind solide Literaturkenntnisse unabdingbar. Das kann mindestens für die Deutschschweiz mit Sicherheit in dem interessierenden Feld der Alter- und Pflegeheime nicht behauptet werden.

⁹ Hier wird insbesondere an zwei Studien gedacht, welche zu unterschiedlichen Ergebnissen kamen: D.C. Grabowski, Alongitudinal study of Medicaid payment, private-pay-price and nursing home quality, in International Journal of Health Care Finance and Economics, vol. 4, 2004, S. 5-26 und N.G. Castle et al., Have Nursing Home Compare quality measure scores changed over the time in response to competition ? in Quality and Safety in Health Care, vol. 16, 2007, S. 185-191.