

Pflege-Ergebnisqualität

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Pflege–Ergebnisqualität

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Friederike Stewig
Patrick Schuchter
Brigitte Domittner
Elisabeth Breyer

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Paul Resetarics
Meinhild Hausreither
Ludmilla Gasser

Projektassistenz:

Heike Holzer

Wien, im Juli 2013

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-85159-182-8

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Ist Pflegequalität messbar? Die Qualität von Pflege hat eine Vielzahl von Dimensionen und ihre Definition ist abhängig von der jeweiligen Perspektive. Dementsprechend sind auch die Anforderungen an Indikatoren und ihre Messung sowie an die Darstellung von Pflege-Ergebnissen vielfältig. Die vorliegende Arbeit wurde im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durchgeführt, um den Stand der internationalen wissenschaftlichen Diskussion zur Entwicklung von Kriterien/Indikatoren aufzuarbeiten und darauf aufbauend zentrale Indikatoren zu identifizieren, die sich zur Darstellung und Analyse der Qualität der Pflege in Österreich eignen.

Seit einigen Jahren werden bereits international Initiativen forciert, die sich mit der Entwicklung von Ergebnisindikatoren in der Pflege beschäftigen. Auch in Österreich erheben österreichische Krankenanstalten, Vereine und Pflegeheime auf Basis von pflegerelevanten Indikatoren die Qualität der angebotenen pflegerischen Versorgungsleistungen. Diese Indikatoren-Sets sind in ihrer derzeitigen Form uneinheitlich und somit schwer vergleichbar. Eine bundesweite standardisierte Erhebung von Daten mit wissenschaftlich gestützten Instrumenten zur Beurteilung von Pflege-Ergebnisqualität erfolgt bis dato nicht.

Gemäß der Qualitätsstrategie des Bundes dient das gegenständliche Projekt dazu, Grundlagen für einrichtungsübergreifende Pflegearbeit von hoher Qualität zu schaffen. Anhand von Literaturanalysen und Interviews mit Fachexperten/-expertinnen wurden folgende Fragen untersucht:

- a) Anhand welcher Indikatoren kann Pflege-Ergebnisqualität beurteilt/gemessen werden?
- b) Welche Erhebungs- bzw. Assessment-Instrumente kommen für die Ergebnismessung gemäß den ausgewählten Indikatoren in Frage?

Dabei wurde folgende Definition von Pflege-Ergebnisqualität zugrunde gelegt: Es handelt sich um messbare Veränderungen des professionell festgestellten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis von Rahmenbedingungen und Maßnahmen der pflegerischen Versorgung.

Das Projekt war in zwei Phasen unterteilt. Nach Ende der ersten Phase lag eine Liste von 22 Indikatoren-Sets vor, die international zur Abbildung von Pflegequalität gebräuchlich sind. Wichtig für die Auswahl eines zahlenmäßig begrenzten Indikatoren-Sets waren dabei der Aspekt der Ergebnisqualität sowie die Eignung innerhalb aller Versorgungssettings der Pflege. In der zweiten Phase wurden die Kriterien/Indikatoren hinsichtlich ihrer Eignung zur Erfassung von Ergebnisqualität untersucht und geeignete Erhebungs- und Assessment-Instrumente identifiziert. Die Ergebnisse aus der Literatursuche wurden in der anschließenden zweiten Phase im Rahmen eines Workshops mit Expertinnen und Experten aus dem Qualitätsmanagement diskutiert, um Möglichkeiten und Bedarfe einer gemeinsamen österreichweiten Qualitätsarbeit festzustellen.

Folgende Zieldimensionen wurden identifiziert und sind im Bericht beschrieben:

- » Hautintegrität – Vermeidung von Dekubitus
- » Vermeidung von Stürzen
- » Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
- » Vermeidung oder Behebung von Mangelernährung
- » Zufriedenheit mit pflegerischer Versorgung
- » Vermeiden von Medikamentenfehlern
- » Freiheit und Linderung von Schmerzen
- » Erhaltung oder Verbesserung von Alltagsaktivitäten

Zu jedem der Ergebnisindikatoren wurden Definition, Relevanz, Pflegesensitivität (als das Ausmaß, in dem ein Ergebnis durch pflegerische Versorgung beeinflusst wird) und mögliche Erhebungs- bzw. Assessment-Instrumente diskutiert. Literaturanalyse und Expertinnen-Interviews ergeben im Hinblick auf die Eignung der ausgewählten Indikatoren ein abgestimmtes Bild.

In der Pflegewissenschaft wird eine Vielzahl hoch spezifizierter Assessment-Instrumente umfassend diskutiert. In der Praxis werden Erhebungs-Instrumente genutzt, die der Risiko-Einschätzung und Pflegeplanung dienen. Diese ließen sich zusammengeführt mit weiteren Routinedaten – unter bestimmten Voraussetzungen – wirksam und kosteneffizient zur Darstellung von Pflege-Ergebnisqualität nutzen. Die Voraussetzung dafür ist zum einen

- » eine digitale Erhebung (die Daten liegen teilweise noch in Papierform vor), um die perspektivische Vergleichbarkeit der zu erhebenden Daten zu gewährleisten und zum zweiten
- » ein kontinuierlicher Abstimmungsprozess zwischen allen relevanten Akteuren, der von Seiten des Qualitätsmanagements (Teilnehmer/innen des Workshops) in Form einer Plattform auch gewünscht wird.

Eine zentrale Frage des Projektes lautete, welche Erhebungs- bzw. Assessment-Instrumente für die Ergebnismessung geeignet sind. Für die Ergebnismessung kommen die Erhebungs- und Assessment-Instrumente in Frage, die bereits in den stationären Krankenanstalten und ambulanten Einrichtungen genutzt werden. Für eine perspektivische Vergleichbarkeit besteht der Bedarf, eine Plattform zur Verfügung zu stellen, die es den Akteuren aus den Krankenanstalten und eventuell auch aus der Pflegewissenschaft ermöglicht, eine Vergleichbarkeit ‚bottom-up‘ herzustellen. Der Vorteil eines solchen Verfahrens besteht darin, dass die Beteiligten nicht Verfahren und Instrumente ‚top-down‘ und ‚von außen‘ vorgegeben bekommen, sondern ihre erprobten Verfahren und Instrumente mit wissenschaftlicher Unterstützung weiterentwickeln können.

Die einrichtungsübergreifende Arbeit zur Pflege-Ergebnisqualität steht in Österreich am Anfang. Im Bewusstsein der Bevölkerung, verwandter Berufsgruppen, sogar der Pflegepersonen selbst, die sich täglich für Gesundheit, Lebensqualität und Zufriedenheit der von ihnen betreuten Menschen engagieren, ist es noch keine als selbstverständlich wahrgenommene Tatsache, dass pflegerische Versorgung konkrete messbare Ergebnisse ergibt. Insofern soll diese Grundlagenarbeit auch für die relevanten Akteure Informationsarbeit leisten. Deshalb wird in der Studie der

Beschreibung der Kriterien und Indikatoren und vor allem ihrer „Pflugesensitivität“ der gebotene Raum gegeben. Der Bericht soll neben dem pragmatischen Ziel, Grundlagen für eine vereinheitlichte Ergebnismessung in der Pflege zu schaffen, auch eine (erste) Grundlage für die anstehende diskursive Verständigung bieten – und versteht sich deshalb als Baustein in einer allgemeinen Qualitätsorientierung.

Inhalt

Kurzfassung	III
Inhalt VII	
Abbildungen und Tabellen	IX
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Ziel.....	2
1.3 Nutzen	2
2 Gegenstand des Projektes	4
2.1 Pflege-Ergebnisqualität.....	4
2.2 Pflege-Ergebnisqualität messen: Indikatoren & Assessment.....	6
2.3 Überblick über das Vorgehen	7
2.4 Literaturrecherche.....	8
2.5 Aufarbeitung des Forschungsstandes	9
2.6 Identifikation von Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Pflege	10
2.7 Auswahl von Indikatoren zur vertieften Analyse.....	12
3 Ausgewählte Kriterien und Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Pflege	16
3.1 Hautintegrität – Vermeidung von Dekubitus	16
3.1.1 Definition.....	16
3.1.2 Relevanz	19
3.1.3 Pflegesensitivität	22
3.1.4 Assessment & Messen	23
3.1.5 Diskussion	24
3.2 Vermeidung von Stürzen	25
3.2.1 Definition.....	25
3.2.2 Relevanz	26
3.2.3 Sturzrisikofaktoren.....	27
3.2.4 Pflegesensitivität	27
3.2.5 Messen der Sturzhäufigkeit	29
3.2.6 Diskussion	30
3.3 Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.....	31
3.3.1 Begriffsklärungen.....	31
3.3.2 Relevanz	34
3.3.3 Pflegesensitivität	36
3.3.4 Diskussion	38
3.4 Vermeidung oder Behebung von Mangelernährung	39
3.4.1 Definition.....	39
3.4.2 Relevanz	40
3.4.3 Pflegesensitivität	42
3.4.4 Mangelernährung messen	44
3.4.5 Diskussion	47
3.5 Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/ Versorgung.....	47
3.5.1 Definition.....	47
3.5.2 Relevanz	48

3.5.3	Pflegesensitivität (Beeinflussbarkeit)	53
3.5.4	Zufriedenheit messen	55
3.5.5	Diskussion	60
3.6	Vermeiden von Medikamentenfehlern	62
3.6.1	Definition	62
3.6.2	Relevanz	63
3.6.3	Pflegesensitivität	64
3.6.4	Diskussion	66
3.7	Freiheit und Linderung von Schmerzen	67
3.7.1	Definition	67
3.7.2	Relevanz	68
3.7.3	Pflegesensitivität	70
3.7.4	Assessment	72
3.7.5	Diskussion	75
3.8	Erhaltung oder Verbesserung der Alltagsaktivitäten	76
3.8.1	Definition	76
3.8.2	Relevanz	77
3.8.3	Pflegesensitivität	78
3.8.4	Assessment	78
3.8.5	Diskussion	80
4	Workshop Qualitätsindikatoren und Bedarfe	81
4.1	Ziele des Workshops	81
4.2	Beurteilung der Qualitätsindikatoren	83
4.3	Pflegequalität 2020: Ergebnisberichte der Zukunft	85
4.4	Schlussfolgerungen	87
5	Empfehlungen	88
	Literatur	92
	Quellen	107
	Glossar	108
	Anhang	111

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1: Modifiziert nach Junger und Berthou (2000)	3
Abbildung 4.1: Vernetzungsplattform	82
Abbildung 4.2: Priorisierung der Indikatoren durch die Teilnehmerinnen/Teilnehmer	83
Abbildung 4.3: Pflegequalität 2020: Schritte zu einem Ergebnisbericht der Zukunft	86

Tabellen

Tabelle 2.1: Systematisierung der Indikatoren nach Pflegesettings.....	14
Tabelle 3.1: Klassifikationen mit Gradeinteilungen – Dekubitus	17
Tabelle 3.2: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10-Codierung (nach Gradeinteilung)	18
Tabelle 3.3: Skalen zur Risikoeinschätzung und entsprechende Zielgruppen.....	19
Tabelle 3.4: Entwicklung der Anzahl stationärer Patientinnen/ Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10-Code L89 (Dekubitalgeschwüre u. a.) in österreichischen Akutkrankenanstalten im Zeitraum 1992 bis 2010 insgesamt sowie pro 100.000 EW	22
Tabelle 3.5: Beispiel Interviewleitfaden Patienten/Patientinnen	60
Tabelle 3.6: Exemplarische Auswahl an Instrumenten und Skalen zur Einschätzung des funktionellen Status und/oder des Pflegebedarfs	79

Tabellen im Anhang

Tabelle A 1: Ausgewählte Studien und Berichte zur Indikatorenbestimmung	115
Tabelle A 2: Ausgewählte Studien nach Griffiths-Studie zur Indikatoren- bestimmung	117
Tabelle A 3: Indikatoren, die im Akutpflegebereich zur Anwendung kommen, nach Häufigkeit sortiert	119
Tabelle A 4: Indikatoren, die im Langzeitpflegebereich angewendet werden, nach Häufigkeit sortiert	120
Tabelle A 5: Liste von Experten/Expertinnen	123

Abkürzungen

ADL/ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AKE	Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung
BESD	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz
BISAD	Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
BPI	Brief Pain Inventory
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CALNOC	Collaborative Alliance for Nursing Outcomes
CARE/SAT	Caring Satisfaction Questionnaire
CIRS	Critical Incident Reporting System
d. h.	das heißt
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ECPA	Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ursprünglich: European Society for Parenteral Nutrition)
et al.	und andere
etc.	et cetera
FB	Freiheitsbeschränkung
FBM	freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
FE	Freiheitseinschränkung
FEM	freiheitseinschränkenden Maßnahmen
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/BIQG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GRS	Gesichter Ratingskalen
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
IASP	International Association for the Study of Pain
ICD-10	International Classification of Diseases
IMAS	Institut für Markt- und Sozialanalysen Ges.m.b.H.

IOM	Institute of Medicine
Kdok	Krankenhausdokumentation
kg	Kilogramm
LBIMGS	Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
MDS	Minimum Data Set
MNA (-SF)	Mini Nutritional Assessment (- Short Form)
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NDNQI®	Database of Nursing Quality Indicators®
NOC	Nursing Outcome Classification
NOSGER	Nurses-Observation Scale for Geriatric Patients
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NQF	National Quality Forum
NRS-2002	Nutritional Risk Screening-2002
NRS	Numerische Rang- bzw. Ratingskala
o. g.	oben genannte
OPF	Outcome Patienten-Fragebogen
ÖSG	Österreichische Schmerzgesellschaft
PAINAD-Scale	Pain Assesment in Andvanced Dementia
PAO	Patientenfragebogen
PAS	Parential Alienation Syndrome / Personalabrechnungssystem / power assisted system
PEMU	Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen
RAI	Resident Assessment
RCT	Radomized controlled trial
SGA	Subjective Global Assessment
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire
StGB	Strafgesetzbuch
u. a.	unter anderem
u. dgl.	und dergleichen
UbG	Unterbringungsgesetz
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
VAS	Visuelle Analogskala
vgl.	vergleiche
VRS	Verbale Rank- bzw. Ratingskala
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Im Rahmen der jährlichen Leistungsvereinbarung beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) mit einer *Grundlagenarbeit zum Thema Pflege-Ergebnisqualität*.

Gemäß Art. 6 Abs. 1 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist im Interesse der Patienten und Patientinnen eine systematische Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen zu implementieren. Im Bereich der Ergebnisqualität sollen laut Art. 6 Abs. 7 der 15a-Vereinbarung sowie laut § 5 (4) des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG) Methodenarbeit verbessert, Indikatoren und Referenzgrößen entwickelt sowie Meldepflichten hierzu festgelegt werden. Bisherige Erfahrungen und Vorprojekte – wie die von der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG (GÖG/BIQG) geführten Qualitätsregister oder das A-IQI-Projekt der NÖ Landeskliniken Holding (Fuchs et al. 2010) – beziehen sich ausschließlich auf medizinische Ergebnisindikatoren.

Seit einigen Jahren werden international Initiativen forciert, die sich mit der Entwicklung von Ergebnisindikatoren in der Pflege beschäftigen (Doran 2011; Griffiths et al. 2008). Die Indikatoren sollen Hinweise auf die Qualität der erbrachten Leistungen der Anbieterorganisationen geben und somit Transparenz im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen schaffen. So wurde beispielsweise im Rahmen des EU-Programms PROGRESS ein Handbuch zu ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime veröffentlicht, um „Verbesserung zu messen“ (Hoffmann et al. 2010). In dem damit verbundenen Projekt wurden auf Basis von Expertenmeinungen 94 Indikatoren, die den Grad der Zielerreichung von Pflegearbeit bestimmen, entwickelt und validiert. Parallel dazu erheben und prüfen vereinzelt österreichische Krankenanstalten, Vereine und Pflegeheime auf Basis von pflegerelevanten Indikatoren die Qualität ihrer pflegerischen Versorgungsleistungen (Garms-Homolova 2008; Schrems 2005). Diese Indikatoren-Sets sind in ihrer derzeitigen Form aufgrund von verschiedenen Patienten- und Bewohnergruppen, divergierenden Zielsetzungen der Akteure und Einrichtungen (externe und interne Qualitätssicherung) sowie unterschiedlichen Datenerhebungsinstrumenten schwer vergleichbar. Daten wurden zur Beurteilung von Ergebnisqualität bis dato nicht bundesweit einheitlich mit wissenschaftlich begründeten Instrumenten erhoben.

Das Gesundheitsqualitätsgesetz definiert einen Qualitätsindikator als „[m]essbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.“ Pflegeergebnisindikatoren sind danach messbare Größen, die dazu geeignet sind, die Ergebnisse pflegerischer Versorgung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.

Die systematische Ergebnisqualitätsarbeit in der Pflege steht in Österreich am Anfang. Im Sinne der gesetzlichen Vorgaben gilt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt, Methodenarbeit zu leisten

sowie Indikatoren zu identifizieren, die verschiedene Akteure im Gesundheitssystem als besonders relevant einschätzen.

1.2 Ziel

Aufgabe und Ziel des Projektes bestehen im Sinne der von der Bundesgesundheitskommission beauftragten Qualitätsstrategie (Bundesgesundheitskommission 2010) darin, auf Grundlage der internationalen wissenschaftlichen Diskussion Indikatoren für die Beurteilung von Pflege-Ergebnisqualität und dafür geeignete Erhebungs- bzw. Assessment-Instrumente zu identifizieren, die sich zur Abbildung der pflegebezogenen Ergebnisqualität in Österreich eignen.

Im Rahmen des Projektes wurden v. a. Antworten auf zwei Fragen bearbeitet:

- a) Anhand welcher Indikatoren kann Pflege-Ergebnisqualität beurteilt/gemessen werden?
- b) Welche Erhebungs- bzw. Assessment-Instrumente kommen für die Ergebnismessung gemäß den ausgewählten Indikatoren in Frage?

1.3 Nutzen

Das Messen von Ergebnisqualität dient prinzipiell dazu, Anhaltspunkte und Hinweise für Struktur- und Prozessoptimierungen in der Gesundheitsversorgung zu liefern. Weiters setzt die Personalqualifizierung, also Fragen nach der bedarfsgerechten Zusammensetzung von Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, eine Beurteilung der Ergebnisqualität voraus. Nicht zuletzt ermöglichen übergreifende Ergebnisindikatoren gemeinsames organisationales sowie Organisationen übergreifendes Lernen und Weiterentwickeln der Pflegequalität. Eine Verbesserung der Datenqualität und eine Vergleichbarkeit der Daten über einzelne Organisationen dienen daher der Transparenz.

Eine Aufarbeitung des Standes der internationalen Diskussion zur Entwicklung von Indikatoren ermöglicht es, Ansätze zu identifizieren, die für das österreichische Gesundheitssystem nutzbar gemacht werden können. Damit kann perspektivisch eine Voraussetzung zur Verbesserung der Datenlage in Österreich geschaffen werden. Eine verbesserte Datenlage ist die Grundlage für eine gemeinsame Governance der Gesundheitsversorgung.

Pflegeergebnisqualität kann dementsprechend auf unterschiedlichen Ebenen erhoben werden. Je nach Ebene unterscheiden sich auch Ziele und Interessen:

- » Auf der Mikroebene dient die Beurteilung der Ergebnisqualität pflegerischer Versorgung der unmittelbaren Evaluierung erbrachter Gesundheitsleistungen sowie grundsätzlich der konkreten Ko-Produktion von Gesundheit zwischen Pflegeperson und Patient/Patientin bzw. Bewohner/Bewohnerin. Hier werden für die Pflegepraxis relevante Daten erhoben und in der Pflegedokumentation festgehalten.

- » Auf der Mesoebene ist die Erhebung von Informationen zur Ergebnisqualität etwa für das interne Qualitätsmanagement und/oder die Personalplanung von Interesse.
- » Auf der Makroebene sind aggregierte Daten epidemiologisch und für die Planung im Gesundheitssystem von Bedeutung.

Quer zu den drei Ebenen lassen sich zwei grundsätzliche Praktiken unterscheiden, wie Daten zur Analyse der pflegebezogenen Ergebnisse erhoben werden: Sie können entweder aus pflegerischen Routinedaten (Daten des Pflegeprozesses) gewonnen oder ereignisspezifisch, wie beispielsweise durch Sturzprotokolle, erfasst werden.

Abbildung 1.1:
Modifiziert nach Junger und Berthou (2000)



Quelle: Halek 2003, 71

2 Gegenstand des Projektes

2.1 Pflege–Ergebnisqualität

Der Gegenstandsbereich des Projektes zur Pflege–Ergebnisqualität ergibt sich aus den Begriffs–festlegungen im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) und ergänzend aus der Fachliteratur dazu.

Pflegequalität meint allgemein den Grad der Erfüllung von bestimmten Merkmalen der Erbringung einer Gesundheitsleistung. Die klassische, in der Pflegewissenschaft viel verwendete Definition lautete: „Pflegerqualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den anerkannten Zielen der Berufsgruppe und dem Erfolg in der Pflege.“ (Donabedian 1966, zitiert nach http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/_bericht-pflegerleistung1.pdf). Der Begriff der Pflegequalität umfasst also sowohl gute als auch schlechte Pflegequalität, sowohl einen hohen als auch einen geringen Grad der Erfüllung der fraglichen Qualitätsmerkmale.

Qualität kann sich dabei auf Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität beziehen. Ergebnisqualität im allgemeinen ist in der aktuellen Fassung des Gesundheitsqualitätsgesetzes¹ definiert als: „Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen“.

Pflege–Ergebnisqualität kann demnach folgendermaßen definiert werden als messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis von Rahmenbedingungen und Maßnahmen der pflegerischen Versorgung. Häufig wird in dem Zusammenhang von pflegesensitiven Ergebnissen gesprochen.

Da Ergebnisse und Phänomene in diesem Bereich vielerlei kausalen Einflüssen (Interventionen anderer Gesundheitsberufe, Patientencharakteristika usw.) unterliegen, ist die pflegerische Handlung selten alleine ausschlaggebend für die Veränderung eines Gesundheitszustandes. Von Pflegesensitivität eines Ergebnisses kann dann gesprochen werden, wenn entweder pflegerische Handlungen maßgeblich sind oder zumindest so wesentlich sind, dass ein Weglassen pflegerischer Handlungen zu einer fühl– und/oder messbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. der Zufriedenheit der betreuten und behandelten Menschen führen würde.

Um der Qualitätsarbeit im Bereich der Pflege gerecht zu werden, wurde deshalb vorgeschlagen, die lineare Interpretation des klassischen Qualitätsmodells nach Donabedian von „Struktur–Prozess–Ergebnis“ zu erweitern und die Wechselwirkungen verschiedener Einflüsse, u. a. auch

1

Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheitsqualitätsgesetz, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883> (13.11.2012)

unter Einbezug von Patientencharakteristika zu berücksichtigen (Büchi et al. 2008; Mitchell et al. 1998; Mitchell/Lang 2004; Schmid-Buchi et al. 2008).

Näher definiert werden muss auch, was „pflegerische Handlungen“ bzw. „Leistungen“¹ von Pflegepersonen sind. Pflegerische Handlungen haben zwei Seiten bzw. Aspekte, die jeweils zusammengehören, aber analytisch für die Reflexion getrennt werden können: einen instrumentellen Aspekt und einen Aspekt der interpersonalen Beziehung.

Pflegeinterventionen sind die „Tätigkeiten, die eine professionelle Pflegeperson auf Grundlage einer klinischen Beurteilung und pflegerischen Wissens ausübt, um die gemeinsamen Ziele des Patienten und der Pflege zu erreichen [...]“(Georg et al. 1999, 684). Sie setzen sich zusammen aus jenen Maßnahmen, die auf Basis von Pflegediagnosen ergriffen werden, von Ärzten/Ärztinnen auf Basis medizinischer Diagnosen veranlasst werden sowie aus der Übernahme von Verrichtungen zur selbständigen Lebensführung, die der/die Betroffene nicht selbst ausführen kann. Pflegeinterventionen sind ein Teil des Pflegeprozesses, ihnen geht die Planung der Pflege (Pflegeassessment, Pflegediagnose) voraus; die Evaluation des Zielerreichungsgrades (Ergebnis) folgt der Intervention. Die Einschätzung von Ergebnisqualität ist dem Pflegeprozess inhärent.

Vor dem Hintergrund der Kontaktintensität in pflegerischen Kontexten unterliegen interaktive Prozesse der Gesundung, des Unterstütztwerdens, des Zurechtkommens mit Leiden außerdem komplexen Handlungslogiken und Ursache-Wirkungsbeziehungen (Friesacher 2004; Friesacher 2012; Käppeli 2009; Schöniger/Zegelin-Abt 1998). Deswegen sollten auch Aspekte von Qualität eingeschlossen werden, die nicht oder nicht so einfach messbar, in Teileinheiten zerlegbar und standardisierbar sind. Es ist notwendig, Qualitätsaspekte einzubeziehen, die subjektive Dimensionen und „einen geschützten Raum für die therapeutische Interaktion“ berücksichtigen (Prütz 2012, 113). Das GQG trägt mit dem Einbezug der subjektiven Dimension von Zufriedenheit grundsätzlich diesem Ansatz Rechnung (vgl. dazu auch Kapitel „Zufriedenheit“).

Darüber hinaus sind Aspekte der Strukturqualität mitzudenken. Die Ergebnisse internationaler (v. a. nordamerikanischer) Studien lassen sich zwar nicht unmittelbar auf den deutschsprachigen Raum übertragen (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006), geben aber Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen Pflegepersonalkapazität und Ergebnisqualität (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006; Isfort 2007). Als Qualitätsmerkmale wurden u. a. Mortalität, verspätete Hilfe im Notfall, Auftreten von Pneumonien, Verweildauer (Kane et al. 2007) bzw. funktionaler Status, Druckgeschwüre, Gewichtsverlust im Pflegeheim verwendet (z. B. Bostick et al. 2006).

1

§ 2 Nr. 11 GQG definiert Gesundheitsleistungen als „durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes oder einer gesetzlich zugelassenen Organisation am oder für den Menschen erbrachte Handlung[en], die der Förderung, Bewahrung und Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dien[en].“

2.2 Pflege–Ergebnisqualität messen: Indikatoren & Assessment

Auffassungen und Kriterien zu „guter Pflege“ variieren je nach Perspektive der unterschiedlichen Akteure, so dass analytisch unterschieden werden muss, ob es sich

- » um Kriterien der Erkrankten selbst handelt,
- » um Kriterien, die aus der Perspektive pflegerelevanter Professionen entwickelt wurden (Ergebnisse von Forschung, Meinungen von Experten/Expertinnen und Praktikerinnen/Praktikern),
- » um Kriterien auf einer spezifischen Ebene des Gesundheitssystems (zur Vergleichbarkeit), oder
- » um Kriterien gesellschaftlicher Institutionen (z. B. gesetzliche Grundlagen zu Rechten von Patienten/Patientinnen).

Was gute Pflegeergebnisse sind, wird von den beteiligten Akteuren vereinbart. Ziel ist, dieses spezifische Niveau der Pflegequalität (mit entsprechenden Toleranzgrenzen) zu erhalten bzw. zu erreichen. Indikatoren und Assessment–Instrumente sind Mittel, um das Ergebnis (Outcome) von Pflege bewerten zu können.

Umgangssprachlich bezeichnet ein Indikator (lat.: ‘anzeigen’) einen Hinweis auf ein Ereignis und stützt sich dabei auf quantitative und qualitative Daten. Ein Qualitätsindikator ist eine messbare Größe, die dazu geeignet ist, die Qualität (des Ergebnisses) einer Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren (GQG). Für den Gegenstandsbereich der Pflegeforschung wird von pflegesensitiven Qualitätsindikatoren gesprochen. „Damit wird der Begriff Qualitätsindikator präzisiert, indem angegeben wird, dass es sich dabei um Ergebnisse handelt, die unmittelbar durch die Pflege beeinflusst werden“ (Schrems, 16). Entscheidend ist, dass Indikatoren die Qualität nicht direkt messen, sondern nur Hilfs- und Hinweisgrößen darstellen. Daher ist ein kritischer Umgang mit den entsprechenden Kennzahlen geboten:

- » Einzelne Indikatoren beziehen sich stets nur auf einen Teilaspekt von Pflegequalität.
- » Eine zu starke Fixierung auf einzelne Indikatoren kann zu Fehlanreizen führen (Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale Versorgungsleitlinien 2009). Beispielsweise kann eine wünschenswerte Verringerung der Anzahl von Sturzereignissen es zu einem vermehrten Einsatz von Fixierungen führen.
- » Wichtiger als die erhobenen Kennzahlen sind deshalb die Prozesse der Ursachenforschung und des organisationalen bzw. einrichtungsübergreifenden Lernens.

Entscheidend ist, dass ergebnisorientierte Kennzahlen nur bedingt Aussagen über die Gesamtqualität der Leistungserbringung zulassen und im jeweiligen Kontext interpretiert werden müssen (Hoffmann et al. 2010).

Ganz allgemein wird unter dem Begriff „Assessment“ ein Verfahren einer mehr oder weniger umfassenden, systematischen Einschätzung und Beurteilung eines Verhaltens, eines Zustandes

oder einer Situation verstanden. Die Beurteilung muss nicht notwendigerweise mit dem Gebrauch eines Einschätzungs-Instrumentes verknüpft sein. Erfolgt die Einschätzung eines Phänomens mit speziellen Instrumenten, so spricht man von Assessment-Instrumenten (Bartholomeyczik/Halek 2004).

Assessment-Instrumente werden sowohl für die Beurteilung von Risiken und/oder zur Einschätzung des Pflegebedarfs eingesetzt als auch zur Erfolgsbestimmung im Kontext der Ergebnisqualität. Der Begriff des Assessments wird in der Pflege in einem weiten Sinne verwendet, umfasst sowohl hoch-formalisierte, spezifizierte Instrumente, deren Reliabilität und Validität in der Pflegewissenschaften diskutiert werden als auch Erhebungs-Instrumente in den einzelnen Einrichtungen selbst. Für die dauerhafte Erhebung von Ergebnisqualität sind die Instrumente, die tatsächlich verwendet werden, zentral. Sie bieten einen Ansatzpunkt, um die Ergebnisqualität ohne hohen Kostenaufwand zu erfassen.

Assessment-Instrumente dienen im Rahmen des Pflegeprozesses der Einschätzung von pflegespezifischen Phänomenen und Pflegekonzepten und unterstützen somit die Pflegediagnostik in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung. In der Pflege werden Assessment-Instrumente sowohl für die Erfassung eines aktuellen Zustandes (z. B. Erfassen des Pflegebedarfs) als auch der Qualität oder Beschaffenheit eines Phänomens verwendet. Der Einsatz von Assessment-Instrumenten ist dabei abhängig von verschiedenen Faktoren. So sind die Zielsetzung, die Zielgruppe, die Ressourcen und Rahmenbedingungen sowie die Güte des Instrumentes entscheidend für seine Auswahl. Der Prozess der Beurteilung, ob ein Instrument geeignet ist oder nicht, erfolgt insofern nicht nur aus wissenschaftlicher Perspektive, sondern Aspekte wie Praktikabilität, Akzeptanz in der Praxis und klinische Effektivität spielen eine zentrale Rolle bei der Auswahl (Reuschenbach 2011).

Je nach Verankerung im Pflegeprozess (Stufen des Pflegeprozesses) können Assessments untergliedert werden in:

- » Instrumente zur Ersteinschätzung
- » Instrumente zur Messungen von Veränderungen im Verlauf
- » Instrumente zur Feststellung des pflegerischen Outcomes am Ende des Pflegeprozesses (z. B. der Grad eines Dekubitus)

Während Instrumente zur Ersteinschätzung im Rahmen des Erstkontaktes genutzt werden (Basis-Assessment) und die Grundlage für die Pflegeplanung darstellen, beziehen sich Evaluationsinstrumente auf Veränderungen im weiteren Pflegeverlauf (Reuschenbach 2011, 35).

2.3 Überblick über das Vorgehen

Folgendes Vorgehen wurde gewählt:

- » Eine erste Literaturrecherche wurde im Jahr 2011 abgeschlossen (vgl. Abschnitt 2.4, S. 8)
- » Anhand der Literatur erfolgte 2011 eine erste Aufarbeitung des Forschungsstandes (vgl. Abschnitt 2.5, S. 9).

- » Diese führte zur Identifikation einer Vielzahl von Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Pflege. Aus diesen wurden entsprechend der Häufigkeit ihrer Verwendung in unterschiedlichen Kontexten sowie entsprechend ihrer Relevanz in Bezug auf die Pflegequalität 22 Indikatoren ausgewählt, die zur Messung von Ergebnissen geeignet sind (vgl. Abschnitt 2.6, S. 10).
- » In einem weiteren Schritt erfolgte eine Systematisierung sowie eine Auswahl von 8 Indikatoren für eine vertiefte Analyse (vgl. Abschnitt 2.7, S. 12).
- » Die Ergebnisse der vertieften Analyse sind ein Schwerpunkt dieses Ergebnisberichtes (vgl. Kapitel 3, S. 16).
- » Die Ergebnisse wurden mit Experten/Expertinnen aus der Pflegewissenschaft und aus dem Qualitätsmanagement und in einem Workshop diskutiert (vgl. Kapitel 4, S. 81 ff.).

2.4 Literaturrecherche

Für die Identifizierung relevanter Literatur erfolgte die Recherche in drei Schritten:

1. Suche in pflegerelevanten Datenbanken und dem Internet,
2. Suche in den Quellenverweisen der gefundenen Literatur,
3. Suche nach Qualitätsinitiativen und Programmen über Websites renommierter Organisationen und Institutionen.

Ziel der Literaturrecherche war es, Entwicklungen oder Testungen verwendeter oder potenzieller pflegesensitiver Indikatoren zu finden.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE (via OVID), EMBASE (via OVID), CENTRAL und CINAHL durchgeführt. Zuvor wurden die Cochrane-Register (inkl. HTA) nach Sekundärliteratur durchsucht. Folgende Begriffe wurden zur Suche herangezogen: „nursing“, „nurse-sensitive“, „care-sensitive“, „nursing outcome“, „indicator“, „nursing care“, „nursing methodology research“, „nursing theory“.

Da sich die pflegerelevanten Qualitätsindikatoren in permanenter Überarbeitung und Entwicklung befinden, wurde die Literatursuche auf die letzten sechs Jahre eingegrenzt. Die Datenbankrecherche ergab insgesamt 526 Abstracts, von denen nach einer ersten Selektion 201 in die Auswertung einbezogen wurden.

Neben der Suche nach Literatur in Datenbanken wurde eine Recherche im Internet durchgeführt. Ziel der Internetsuche war es, Studien und wissenschaftliche Projekte zu pflegesensitiven Ergebnisindikatoren zu finden, die nicht in Fachzeitschriften publiziert wurden.

Die Internetrecherche wurde mithilfe der Suchmaschinen „Google“ und „Google Scholar“ durchgeführt. Dazu wurden die Begriffe „Indikator“, „Pflege“, „nursing sensitive“ und deren englischsprachige Begriffe „indicator“, „nursing“, „nursing sensitive“ verwendet. Um gezielt nach Veröffentlichungen von (Pflege-) Organisationen zu suchen, wurden außerdem die Begriffe „organization“, „association“, „world health organization“, und „RCT“ inkludiert.

Weitere Publikationen wurden über Quellenverweise der recherchierten Artikel und Studien gefunden und ergänzt (Citation Tracking).

2.5 Aufarbeitung des Forschungsstandes

Die schlagwortbasierte Literatursuche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikationen zeigt einen höchst heterogenen Stand der Forschung zu pflegebezogenen Indikatoren.

Primär werden in der Literatur einzelne ausgewählte Qualitätsindikatoren zu unterschiedlichen Fragestellungen untersucht. Dabei beziehen sich die Autorinnen und Autoren häufig in ihren Untersuchungen auf Indikatoren bereits entwickelter Indikatoren-Sets, wie beispielsweise jene aus der Datenbank der American Nurses Association (The National Database of Nursing Quality Indicators - NDNQI) oder von Organisationen wie das National Quality Forum (NQF). Dagegen verweisen einige Studien und Übersichtsarbeiten, die die Expertise von Fachverbänden einbeziehen, auf einen systematischen Zugang zu pflegebezogenen Indikatoren (Burla et al. 2010; Doran et al. 2011; Griffiths et al. 2008).

Bisher ist kein einheitliches Verständnis von pflegesensitiver Ergebnisqualität festzustellen. Allgemein werden damit Wirkungen von Maßnahmen angesprochen, die in der Verantwortung der Pflege liegen. Diese können auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sein: Es kann sich um Ergebnisse handeln, die primär im pflegebezogenen Ergebnisbereich liegen, es kann sich um pflegebezogene Patientenergebnisse¹ handeln, die maßgeblich von Pflegeinterventionen beeinflusst sind, oder es kann sich um Indikatoren handeln, die einen veränderten Zustand auf einer konkreten Ebene beschreiben (Johnson et al. 2005).

Einen Versuch, diese Ebenen zu konkretisieren, unternimmt der britische Bericht ‚State of the art metrics for Nursing: a rapid appraisal‘, in dem im Jahr 2008 ‚bottom-up‘ bisher verwendete und in der Literatur beschriebene mögliche Indikatoren zu Gruppen zusammengefasst wurden (Griffiths et al. 2008). In diesem Bericht wurden existierende und mögliche Indikatoren, die in verschiedenen Kontexten der pflegerischen Versorgung verwendet werden, systematisch verglichen. Damit steht ein heuristisches Instrument zur Verfügung, um Unterschiede, aber auch Neuerungen in der Entwicklung von Indikatoren zu identifizieren. Die Übersicht bezieht sowohl britische als auch US-amerikanische und weitere nationale Studien mit ein und konnte im gegenständlichen Projekt daher als Grundlage für eine weitere Auswertung genutzt werden.

In der analysierten Literatur erkennt man unterschiedliche Schwerpunkte, die einerseits von gesundheitspolitischen Zielen der Länder geprägt sind oder auch von der jeweiligen Fragestellung derer, die Indikatoren spezifizieren und abstimmen.

1

In der deutschsprachigen Ausgabe „Pflegeklassifikationen (NOC)“ wird der englischen Begriff nursing-sensitive-patient-outcome übersetzt als pflegebezogenes Patientenergebnis. Darunter wird verstanden: „ein(e) bewertbare(r/s) Zustand, Verhalten oder Wahrnehmung eines Patienten oder einer Familie konzeptualisiert als Variable, die zurückzuführen ist auf und im Wesentlichen beeinflusst ist von einer Pflegeintervention“ (Johnson et al. 2005, 62).

Von zentraler Bedeutung sind Überblicksarbeiten, die die Qualitätsindikatoren unterschiedlicher Akteure vergleichen, da die Spezifizierung von Indikatoren in der Ergebnismessung von Pflege auf breiten Abstimmungs-Prozessen unterschiedlicher Akteure im Gesundheitsbereich beruht.

Die Indikatoren-Liste der britischen Studie wurde durch weitere (in der Recherche identifizierte) Indikatoren-Sets ergänzt (siehe Anhang 1). Diese Studien und Programme von Verbänden und Instituten wurden ausgewählt, da sie einerseits neue Indikatoren zur Erfassung und Beurteilung von Ergebnisqualität entwickelten, und andererseits auf Basis von Abstimmungsprozessen verschiedener Akteure des Gesundheitswesens bestimmt wurden.

2.6 Identifikation von Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Pflege

In der recherchierten Literatur konnten rund 180 Indikatoren auf den Ebenen Prozess, Struktur und Ergebnis identifiziert werden.

Um die Ergebnisliste weiter aufzubereiten, wurden ähnliche Indikatoren (d. h.: soweit sie inhaltlich Ähnliches behandeln) zusammengefasst. So wurden beispielsweise die Indikatoren „Sturzergebnisse“, „Stürze mit Verletzungsfolgen“ und „präventive Maßnahmen zur Sturzvermeidung“ oder „Sturzinzidenz“ unter dem Indikator-Set „Sturz“ zusammengefasst¹.

Die Indikatoren lassen sich folgenden Oberkategorien zuordnen: Zufriedenheit, Ernährung, Hautschädigung, Sturz, Infektionen, freiheitsentziehende Maßnahmen, Inkontinenz, Mobilität, Symptomkontrolle, Selbstpflegefähigkeit, Personalorganisation, Kommunikation, Management, Medikation, Prävention, Mortalität, primär klinischer Outcome, Emotion/Psychologie und Schmerz.

Im Folgenden sind die nach ihrer Häufigkeit in Verwendung befindlichen Indikatoren für pflegebezogene Ergebnisse, die international, in verschiedenen Umgebungen bzw. Settings (akutstationäre Pflege, Langzeitpflege, Hauskrankenpflege) und von unterschiedlichen Akteuren sowie bedeutsamen Institutionen genannt wurden, angeführt²:

1

Eine besondere Schwierigkeit bestand neben der korrekten Übersetzung in der sprachlichen „Vereinheitlichung“ der pflegebezogenen Ergebnisse und deren Indikatoren, die über die Länder hinweg angewendet bzw. empfohlen werden. Zuordnung und Vereinheitlichung wurden mit Experten und Expertinnen aus Wissenschaft und Praxis diskutiert.

2

Die Verwendung des Indikators nosokomiale Infektionen fand sich primär in Qualitätsbewertungen akutstationärer Versorgungseinrichtungen. Die zur Anwendung kommenden Indikatoren sind Pneumonie (pneumonia), Ventilator-associated pneumonia (VAP), Venal line-associated blood stream infection und Harnwegsinfekt (Urinary tract infection). Trotz hoher Relevanz innerhalb der akutstationären Versorgung wurden diese Indikatoren, da sie primär für dieses Versorgungssetting relevant sind, nicht zur vertiefenden Analyse ausgewählt.

Wingenfeld et al. (2011) schließen den Indikator Harnwegsinfekte für die stationäre Langzeitpflege ebenfalls aus, da die „Häufigkeit von Harnwegsinfekten nur sehr begrenzt durch die Pflege beeinflusst werden“ kann. Begründet wird dies damit, dass die Rate vermeidbarer Infektionen nicht ausreichend quantifizierbar sei, um auch die Größenordnung des pflegerischen Beitrags zur Infektionsvermeidung überhaupt benennen zu können (Wingenfeld/Engel 2011, 27).

- » Entstehung/Verschlechterung von Dekubitus,
- » Sturz,
- » freiheitsbeschränkende Maßnahmen,
- » Health-Care-Associated-Infektion (nosokomiale Infektionen, wie Harnwegsinfekt, Pneumonie),
- » Mortalität durch verspätete Hilfe im Notfall¹,
- » Medikamentenfehler,
- » Gewichtsverlust,
- » Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten oder Bewohner/innen mit der pflegerischen Versorgung,
- » Harninkontinenz,
- » Schmerzmanagement,
- » Mortalität,
- » psychische Verhaltensauffälligkeiten,
- » instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) und Selbstpflegefähigkeiten
- » Stuhlinkontinenz,
- » Kommunikationsprobleme,
- » Verwirrtheit/Delir,
- » Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL),
- » Beschwerden hinsichtlich der Versorgung,
- » Dehydration,
- » Defizite im Bereich von Mund und Zähnen,
- » Einschätzung des Ernährungsstatus sowie
- » Mobilität.

Damit standen nach einer ersten Auswertung 22 potenziell pflegesensitive Indikatoren, die zur Messung von Ergebnissen geeignet sind, zur Verfügung.

Mittlerweile hat sich die Entwicklung von Indikatoren-Sets international stark ausdifferenziert. So werden unter anderem spezifische Ergebnisindikatoren für die ambulante onkologische Pflege (Griffiths et al. 2011), für die perioperative Pflege (Smith et al. 2010) und im Bereich der Pädiatrie (Braudis et al. 2011; Hogg et al. 2009) entwickelt und geprüft. Für die Ausarbeitung eines österreichweiten Indikatoren-Sets ist diese Entwicklung gleichermaßen weiterführend wie auch erschwerend. Weiterführend ist die Ausdifferenzierung, da bestehende Indikatoren spezifiziert werden und diese Spezifizierung Impulse für die Indikatoren-Entwicklung und Messung von Qualität allgemein geben kann. Andererseits erschwert die Ausdifferenzierung eine Einigung auf übergreifende Indikatoren, da die Anzahl an Indikatoren stark steigt.

¹

„Tod eines Patienten in Folge einer unerwarteten Komplikation, die durch das entsprechende Einleiten von Maßnahmen hätte verhindert werden können.“ (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Im weiteren Projektverlauf wurde dieser Ambivalenz Rechnung getragen, indem mit Expertinnen und Experten die Indikatoren diskutiert wurden, um sie zu clustern und hinsichtlich ihrer Bedeutung für ein übergreifendes und zahlenmäßig begrenztes Set an Indikatoren zu bewerten.

2.7 Auswahl von Indikatoren zur vertieften Analyse

Die Indikatoren wurden in einem mehrstufigen Verfahren ausgewählt.

Erster Schritt

Qualitätsdefinitionen und Qualitätsindikatoren reflektieren gegenwärtig geltende Werte und Ziele in Medizin und Gesellschaft (Cassier–Woidasky 2007). International wurden entsprechende Indikatoren bereits in aufwendigen Prozessen entwickelt und abgestimmt. In einem ersten Schritt wurden daher Indikatoren bereits entwickelter Indikatoren-Systeme, die als allgemeiner Konsens in der Pflegelandschaft gelten, in internationalen Berichtssystemen identifiziert.

Zweiter Schritt

Da ein einfaches Übertragen der international gebräuchlichen pflegesensitiven Ergebnisindikatoren auf deutschsprachige Länder nicht möglich ist, wurden neueste Initiativen und Projekte, die sich mit der Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität im deutschsprachigen Raum beschäftigten, einbezogen. In der Auswertung zeigte sich, dass Indikatoren zu Lebensqualität in der Langzeitversorgung zukünftig verstärkt eine Rolle spielen. Zudem wurde in der vergleichenden Analyse von akutstationärem Setting und Langzeitpflege sichtbar, dass die Indikatoren je nach Setting variieren. Während Infektionen (z. B. Harnwegsinfektionen) und Mortalität in der Akutversorgung zur Messung von Pflegequalität herangezogen werden, spielen in der Langzeitversorgung Indikatoren wie *Activities of daily living* respektive die Fähigkeit zur Selbstversorgung sowie Indikatoren zur Lebensqualität eine größere Rolle.

Dritter Schritt

Identifizierung von 180 Indikatoren, die auf den Ebenen Struktur–Prozess und Ergebnis angesiedelt sind. Indikatoren, die unerwünschte Ereignisse messen und damit einen Beitrag zur Patientensicherheit¹ leisten, dominierten in der ausgewerteten Literatur. Die in Berichtssystemen und Literatur identifizierten pflegesensitiven Indikatoren wurden nach allgemein gebräuchlich („commonly used“) sortiert und ausgewählt. Diese wurden zusammengefasst (da viele ähnlich

1

Patientinnen- und Patientensicherheit umfassen Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können (§ 2 Z. 4 GQG).

sind, jedoch nicht vollständig übereinstimmen) und fünf Oberkategorien zugeordnet (siehe Tabelle 2.1).

Vierter Schritt

Erste Einteilung: „top ten“ für den Langzeitpflegebereich und Akutbereich (siehe Anhang 2). Settingspezifische Indikatoren (z. B. Onkologie, psychiatrische Pflege, Pädiatrie, Tageszentren etc.) wurden keiner weiteren detaillierteren Analyse unterzogen, da es den Rahmen des Projektes übersteigt.

Fünfter Schritt

Es folgte eine erste Auswahl von Indikatoren, die in der Mehrzahl der pflegerischen Versorgungsbereiche (akutstationär/a, Langzeitpflege/l, häusliche Pflege/h) Verwendung finden bzw. als relevant beschrieben werden (siehe Tabelle 2.1, nächste Seite).

Zudem sollten aus fünf (Ober-) Kategorien mindestens zwei Indikatoren in die Bearbeitung einbezogen werden. Da Patientensicherheit ein vorrangiges Ziel in der Gesundheitsversorgung darstellt, wurde aus dieser Kategorie ein weiterer Indikator, der in allen drei Versorgungsbereichen relevant ist, einbezogen.

Zudem wurden Indikatoren berücksichtigt, die die Wahrnehmung derer reflektieren, die betreut und gepflegt werden (z. B. Lebensqualität, Zufriedenheit mit pflegerischer Versorgung).

Tabelle 2.1:
Systematisierung der Indikatoren nach Pflegesettings

Oberkategorien	Indikatoren-Sets zu	Setting	
Patientensicherheit ¹	<ul style="list-style-type: none"> » Dekubitalulzera » Sturz » Nosokomiale Infektionen (z. B. Harnwegsinfektionen, Pneumonie) » Mortalität » Medikamentenfehler » Failure to rescue (verspätete Hilfe im Notfall) » Freiheitsbeschränkende Maßnahmen » Gewichtsverlust 	<ul style="list-style-type: none"> a/l/h a/l/h a/l a a/l a/l a/l/h a/l/h 	
Krankheitsbezogene Ergebnisse (Symptomkontrolle)	<ul style="list-style-type: none"> » Schmerzmanagement » Fatigue » Dyspnoe 	<ul style="list-style-type: none"> a/l/h Onko 	
Krankheitsbezogene Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> » Harninkontinenz/Stuhlinkontinenz » Mund- und Zahnstatus » Ernährungsstatus/Dehydratation » Verwirrtheit/Delir » Psychische Verhaltensauffälligkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> a/l/h a/l/h a/l/h a/l/h a/l/h 	
Funktioneller Status	<ul style="list-style-type: none"> » Mobilität » Basic ADL/ IADL/ Erweiterte ADL 	<ul style="list-style-type: none"> a/l/h a/l/h 	
Von Betreuten und Gepflegten wahrgenommenen Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> » Lebensqualität » Zufriedenheit (von Patientinnen/Patienten oder Bewohnerinnen/Bewohnern) mit der pflegerischen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> l/h a/l/h 	

a = akutstationär / l = Langzeitpflege / h = häusliche Pflege

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sechster Schritt

Nach ersten Gesprächen mit Expertinnen aus der Pflegewissenschaft wurden Ergebnisindikatoren für die weitere Bearbeitung vorerst ausgeschlossen. Dabei handelt es sich um den Bereich Medikamentenfehler sowie den Bereich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL).

- » Einerseits gelten die IADL als zentrales Handlungsfeld der pflegerischen Versorgung, andererseits beinhalten die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens mehrheitlich Betreuungsleistungen wie hauswirtschaftliche Verrichtungen (z. B. Einkaufen, Essenszubereitung, Regelung finanzieller Angelegenheiten), die nicht eindeutig in das Handlungsfeld hochqualifizierter Pflegeleistung fallen.
- » Es gibt einige Einwände von Expertinnen/Experten, dass der Indikator Medikamentenfehler sich nur begrenzt zur Messung eignete. Zum einen bestehe keine einheitliche Vorstellung,

1

Patientinnen- und Patientensicherheit umfassen Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können (§ 2 Z. 4 GQG).

was ein „Fehler“ genau sein sollte bzw. was sinnvollerweise als Fehler klassifiziert werden müsse. Zum anderen bestehen erhebliche methodologische Schwierigkeiten bei der Erhebung von Medikamentenfehlern selbst (vgl. Punkt 3.6.4, 49).

Siebenter Schritt

Workshop zur Abstimmung der ausgewählten Qualitätsindikatoren

3 Ausgewählte Kriterien und Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Pflege

3.1 Hautintegrität – Vermeidung von Dekubitus

Seit den 1990er Jahren gilt die Vermeidung von Dekubitus als ein zentrales Kriterium für Pflegequalität. Falls es in stationären Einrichtungen oder in der häuslichen Umgebung zu einem Dekubitus kommt, ist die Lebensqualität der Betroffenen erheblich eingeschränkt (Schmerzen, Mobilitätseinschränkung etc.) und dies kann zu einer weiteren Pflegebedürftigkeit führen. Zudem führt die Erkrankung zu einem Mehraufwand, zu Zusatzkosten durch die Wundbehandlung und oft auch zu einem längeren Spitalsaufenthalt.

3.1.1 Definition

Allgemein gesprochen handelt es sich bei einem Dekubitus um ein Druckgeschwür, um eine Schädigung der menschlichen Haut und dem darunter liegenden Gewebe, verursacht durch eine anhaltende Druckbelastung (Menche 2011).

Im Folgenden wird die aktuell internationale Definition genutzt, die sowohl vom US National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP 2009) als auch vom European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) verwendet wird. In der deutschen Übersetzung handelt es sich bei einem Dekubitus um „eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften“. (Balzer et al. 2010)

Ein Dekubitus entwickelt sich, wenn der Auflagedruck über betroffenen Hautarealen längerfristig den Blutdruck in den kleinsten Blutgefäßen überschreitet. Da die Entstehung eines Dekubitus nicht zwangsläufig als Folge bestimmter Erkrankungen auftritt oder als Begleiterscheinung des Alters zu sehen ist, ist eine Vielzahl sich wechselseitig beeinflussender Faktoren, die eine Entstehung begünstigen, zu berücksichtigen (Eberhardt et al. 2005).

Aufgrund der unterschiedlichen Ausdehnung und Erscheinung wird der Dekubitus in Schweregrade bzw. Stadien eingeteilt. Zur Beurteilung eines Dekubitus steht eine Reihe von Klassifikationen zur Verfügung. Je nach Klassifikation differieren die Stufen/Kategorien und Schweregrade zwischen 3–5. Die im deutschen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe empfohlene Klassifikation orientiert sich an den gemeinsamen Empfehlungen des *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* und des *National Pressure Ulcer Panel (NPUAP)*, die eine vierstufige Klassifikation des Dekubitus anwenden. In Österreich werden in den Prüfkatalogen und Berichtssystemen der Gesundheitseinrichtungen unterschiedliche Klassifikationen verwendet, wobei sich ein Großteil der Einrichtungen an der internationalen NPUAP/EPUAP-Klassifikation orientiert. Die einheitliche Einteilung nach Graden bzw. Kategorien ist sowohl für die Bestimmung von Inzidenz und

Prävalenz-Raten als auch für die Kommunikation innerhalb der Gesundheitsprofessionen zu Hautschädigungen und Behandlung von Dekubitus von großer Bedeutung.

Tabelle 3.1:
Klassifikationen mit Gradeinteilungen – Dekubitus

Klassifikation/ Schweregrade	Klassifikation nach Shea (1975)	Klassifikation nach Daniel (1979)	Klassifikation nach Seiler (1979) ¹	Klassifikation nach NPUAP in: DNQP 2010 ²
Grad 1	Scharf begrenzte Rötung ohne Hautläsion, die nach Druckentlastung nicht verschwindet	Fixierte Hautrötung	Wunde „sauber“, Granulationsgewebe, keine Nekrosen	Nicht wegdrückbare Rötung
Grad 2	Oberflächenschädigung der Haut in Form einer geschlossenen oder bereits geöffneten Blase, die sich leicht infizieren kann	Oberflächliche Ulzeration im Dermisbereich	Wunde schmierig belegt, Restnekrosen, keine Infiltration des umgebenden Gewebes, Granulationsgewebe, keine Nekrosen	Teilverlust der Haut
Grad 3	Schädigung aller Gewebeschichten. Bänder, Sehnen und oft auch die Knochenhaut sind sichtbar	Ausdehnung bis in das subkutane Fettgewebe	Wunde wie Stadium B mit Infiltration des umgebenden Gewebes und/oder Allgemeininfektion (Sepsis)	Verlust der Haut
Grad 4	Schädigung der Haut und der Knochen, die mit einer Osteomyelitis einhergehen kann	Tiefe Ulkusläsion mit Beteiligung des Fettgewebes, Faszien und Muskulatur, ohne Beteiligung des Knochens		Vollständiger Haut- oder Gewebeverlust
Grad 5		Ulzeration mit Beteiligung von Knochen oder Gelenken, eventuell Einbruch in Beckenorgane wie Urethra, Rektum		

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Mit Wirkung vom 1. Januar 2013 sind die Diagnosen nach der aktualisierten Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 zu erfassen. Diese Version basiert auf der deutschen Fassung der ICD-10-WHO und bietet ebenfalls

¹
http://de.wikipedia.org/wiki/Dekubitus#Dekubitusklassifikation_nach_Grad_.28Shea_1975.29_und_Stadium_.28Seiler_1979.29; geprüft am 01.09.2012

²
Siehe detaillierte Beschreibung der einzelnen Grade im DNQP-Expertenstandard

die Möglichkeit einer Auswertung von ‚Dekubitalgeschwüren‘. Voraussetzung dafür ist jedoch eine lückenlose DRG-Codierung, die derzeit noch nicht gegeben ist.

Tabelle 3.2:

Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10-Codierung (nach Gradeinteilung)

Gradeinteilung von Dekubitus gemäß der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme , ICD-10-GM (Deutsche Version 2012)		
code	cation	
L89.0	Grad 1	Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
L89.1	Grad 2	Dekubitus [Druckgeschwür] mit: Abschürfung Blase Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis Hautverlust o. n. A.
L89.2	Grad 3	Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
L89.3	Grad 4	Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
L89.9		Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Grades

Quelle: ICD 10
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Risikoeinschätzung

Die Risikoeinschätzung gilt als erster Schritt zur Vermeidung von Dekubitus. Nach Empfehlung internationaler evidenzbasierter Leitlinien sollte direkt oder kurz nach Beginn des Pflegeauftrages ein initiales Risiko-Assessment erfolgen. Kann ein Risiko nicht ausgeschlossen werden, ist eine differenzierte Folgebeurteilung anzuschließen. Die Wiederholung des Assessments variiert je nach Versorgungssetting in ihrer Häufigkeit und sollte in jedem Fall bei einer signifikanten Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten / der Patientin wiederholt werden.

Die Frage, welche Faktoren die individuelle Dekubitus-Gefährdung erhöhen, ist umstritten bzw. nicht geklärt. „Eine Kausalität zwischen zahlreichen diskutierten Faktoren wie Ernährungsstatus oder Hautfeuchtigkeit und Dekubitus-Entstehung wurde bisher weder bewiesen noch widerlegt“ (Balzer et al. 2010, 55).

Nach der EPUAP-Definition sind Druck und Scherkräfte die zentralen Ursachen für eine Entstehung.

Skalen zur Risikoeinschätzung

Zur Beurteilung eines Risikos existieren zahlreiche standardisierte Verfahren (Skalen). Übliche und häufig in der Praxis in Anwendung kommende Instrumente zur Einschätzung des individuel-

len Dekubitusrisikos sind die Waterloo-Skala, Braden-Skala, Braden-Q-Skala, Norton-Skala (u. a. auch die modifizierte Noten-Skala) und Medley-Skala.

Im Allgemeinen wird die Anwendung von standardisierten Einschätzungsverfahren empfohlen, wobei nach dem derzeitigen Wissensstand die Verwendung einer bestimmten Risikoskala zur Bestimmung von gefährdeten Personen nicht empfohlen wird. Hintergrund dieser Empfehlung ist, dass es bei keiner der Skalen hinreichende wissenschaftliche Belege über die Reliabilität und Validität der Instrumente gibt. Für die Einrichtungen des Gesundheitswesens bedeutet dies konkret, dass auf Basis der Gegebenheiten vor Ort und der entsprechenden Zielgruppen bestimmt werden muss, inwieweit die Anwendung einer Skala hilfreich ist (Balzer 2012).

Tabelle 3.3:
Skalen zur Risikoeinschätzung und entsprechende Zielgruppen

Skala	Zielgruppe
Braden-Skala	verschiedene Patientengruppen
Waterlow-Skala	verschiedene Patientengruppen
Modifizierte Norton-Skala	ältere Krankenhauspatienten, modifizierte Version für den deutschsprachigen Raum
Norton-Skala	ältere Krankenhauspatienten
Fingertest	alle Patientengruppen
Salzbergskala	gelähmte Patientinnen/Patienten
Prößlskala	Intensivpatienten
PSPS	orthopädische Patientinnen/Patienten
SRAS	Neugeborene
Pflegeabhängigkeitsskala	verschiedene Patientengruppen
Braden-Q-Skala	Patienten in der Pädiatrie modifizierte Braden-Skala

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Wenn eine Skala zur systematischen Einschätzung verwendet wird, sollte die Auswahl entsprechend der jeweiligen Zielgruppe bzw. dem jeweiligen Versorgungsbereich erfolgen (Balzer et al. 2010). Gemeinsam ist allen Skalen, dass für die individuelle gesundheitlichen Merkmalsausprägungen des Patienten Punkte vergeben werden. Das Ausmaß des Risikos wird durch die abschließend ermittelte Punktesumme angezeigt. Erschwerend für die Anwendung von Risikoskalen in der Praxis ist, dass unterschiedliche Schwellenwerte pro Skala angegeben werden. Die empfohlenen Schwellenwerte zur Beurteilung eines Risikos variieren je nach Abhängigkeit des Dekubitus-Risikos der Zielpopulation (Balzer et al. 2010).

3.1.2 Relevanz

Die Relevanz von Dekubitus zur Beurteilung von Pflegequalität liegt darin begründet, dass Dekubitus die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränkt und die Erkrankung zu Zusatzkosten, wie zum Beispiel längerer Aufenthalt im Spital und anhaltende Pflegebedürftigkeit, führen kann. Zudem ist die Relevanz des Indikators darauf zurückzuführen, dass sich Dekubitus

in hohem Maße vermeiden lässt, wenn die Pflege über die entsprechenden Ressourcen (z. B. Einsatz von qualifiziertem Personal) zur Vermeidung verfügt.

Die hohe individuelle Relevanz für die Betroffenen wie auch die gesundheitspolitische Bedeutung (Vermeidbarkeit, Kostenrelevanz für das Gesundheitssystem) haben die Vermeidung von Dekubitus zu dem international am stärksten zitierten Ergebniskriterium für Pflegequalität gemacht, das in zahlreichen nationalen Qualitätsprüfungsrichtlinien, Organisationen und Qualitätsstandards¹ angeführt wird (vgl. Hoffmann et al. 2010).

Auf die hohe Pflegesensitivität der Dekubitus-Vermeidung deuten auch Daten hin, die auf eine hohe Varianz in der Prävalenz verweisen und die zeigen, dass nach der Einführung von entsprechenden Standards und Leitlinien Neuerkrankungen zurückgehen (Lenche 2012).

Da sich die Daten und auch die Methoden der Datenerhebung erheblich unterscheiden, ist aus den vorliegenden Untersuchungen allerdings nicht direkt ableitbar, welche Kriterien für den Indikator unverzichtbar sind. In Österreich gibt es nur ansatzweise valide Daten zur Dekubitusprävalenz und -inzidenz. Eine österreichweite Erfassung der Prävalenz von Dekubitalgeschwüren als pflegesensitives Ergebniskriterium liegt nicht vor.

Im Folgenden wird dargestellt, inwieweit Daten für spezifische Versorgungsbereiche in Österreich vorliegen und welche Anforderungen sich daraus ergeben. Die drei sehr unterschiedlichen Datensätze lassen – wenn auch begrenzt – einen Blick auf die Problemlage in Österreich zu.

Zum einen wurde im Rahmen der europäischen Pflegequalitätserhebung im Jahr 2011 (Projekt Universität Graz; Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten – <http://aut.lpz-um.eu/deu/home>) die Prävalenz von Dekubitus in Krankenhäusern (n=573) und Pflegeheimen (n=485) mit der EPUAP-Klassifikation² (siehe Kapitel Schweregrade) eingeteilt und erfasst. In den von der Studie erfassten Einrichtungen wurde der prozentuale Anteil an Personen mit mindestens einem Dekubitus gemessen. Insgesamt lag der Anteil an Personen mit mindestens einem Dekubitus (inklusive Kategorie 1) bei 3,2 Prozent. Nach dem Braden-Wert wiesen etwa 23,3 Prozent der Patientinnen/Patienten und 50,5 Prozent der Bewohner/innen ein Risiko für Dekubitus auf. Die Prävalenz wurde zudem ausschließlich für die Gruppe der Personen mit bestehendem Dekubitusrisiko bestimmt. Die Auswertung der Gruppe der Personen mit Risiko (Bradenwert < 20) zeigte eine Dekubitusprävalenz (alle Kategorien) bei Patientinnen/Patienten von 8,7 Prozent und bei Bewohnerinnen/Bewohnern von 6,6 Prozent (Lohrmann/Schönherr 2011).

1 http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1,zuletzt geprüft am 14.11.2012

2 Europäische Pressure Ulcera Advisory Panel Guidelines

Landesebene

In einigen Landesregierungen liegen pflegebezogene Daten in den entsprechenden Fachabteilungen vor. Vorschriften verlangen von den mobilen Diensten in der Steiermark flächendeckend im Rahmen der Pflegeanamnese standardisierte Assessment-Instrumente einzusetzen, um Daten zur Beurteilung des Gesundheitsstatus der Klientinnen/Klienten zu erfassen. In der Auswertung einer repräsentativen Stichprobe durch die GÖG/ÖBIG im Jahr 2011 hatten 15 Prozent der Klienten (n = 830) einen Dekubitus (Grad 1–4). Da die Erfassung in der Steiermark laufend fortgeführt wird, liegen Zahlen für die häusliche Pflege und Betreuung exemplarisch vor. Die Daten werden allerdings von den wenigsten Pflegedienstleistern digital erfasst¹ und stehen daher für eine Auswertung nicht direkt zu Verfügung, sondern müssten jeweils (wie für die Auswertung des Jahres 2011) von den Erfassungsbögen übertragen werden. Insofern handelt es sich hier zwar um eine Auswertung von Routinedaten, jedoch ohne digitale Erfassung und damit ohne direkte Möglichkeit der Auswertung.

Zudem gibt es vom Land Oberösterreich einen ersten Überblick über die bereits in den oberösterreichischen Krankenanstalten durchgeführten Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren. Im Rahmen eines Audit-Verfahrens zum Thema „Dekubitus Management“ konnten aktuelle Kennzahlen jedoch nur für 2 von 12 geprüften Krankenhäusern erfasst werden (Fürthaller 2012, vom Amt der OÖ Landesregierung, Abteilung Gesundheit).

Bundesebene

Eine österreichweite Erfassung für Dekubitus erfolgt mit ICD-10-Code (L89) mit folgenden Ausprägungen „Dekubitalgeschwür, Dekubitus, Druckgeschwür, Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips“. Die Auswertung der Spitalsentlassungsstatistik im Jahr 2010 zeigt, dass die Anzahl stationärer Patientinnen/Patienten sowohl absolut als auch bezogen auf die Einwohnerzahl mit dem ICD-10-Code L 89 als Entlassungsdiagnose zwischen 1992 und 2010 gestiegen ist. Bezogen auf 100.000 Einwohner/innen ist dabei die Gruppe der über 85-Jährigen am größten (Rottenhofer et al. 2012).

1

In der Stichprobe hatte nur ein Anbieter, die Sozialmedizinische Pflege, die Daten in elektronischer Form vorliegen.

Tabelle 3.4:

Entwicklung der Anzahl stationärer Patientinnen/ Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10-Code L89 (Dekubitalgeschwüre u. a.) in österreichischen Akutkrankenanstalten im Zeitraum 1992 bis 2010 insgesamt sowie pro 100.000 EW

Altersgruppen	Stationäre Patientinnen/Patienten 1992–2010							
	insgesamt				pro 100.000 Einwohner			
	Mittelwert	Steigung	Steigung in % des MW	Korrelationskoeffizient	Mittelwert	Steigung	Steigung in % des MW	Korrelationskoeffizient
Insgesamt	1.060	38,9	3,7	0,78	13,1	0,4	3,3	0,74
0–14	5	-0,1	-1,9	-0,25	0,4	0,0	-1,5	-0,21
15–44	74	-0,1	-0,1	-0,09	2,1	0,0	0,0	-0,02
45–64	137	4,4	3,2	0,84	6,9	0,1	2,0	0,67
65–84	529	19,1	3,6	0,72	46,1	1,2	2,6	0,56
85 plus	315	15,6	5,0	0,79	228,5	7,4	3,2	0,57

L89 = Dekubitalgeschwür, Dekubitus, Druckgeschwür, Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 1992–2010
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In anderen Ländern konnten durch übergreifende Maßnahmen wie die Einführung von pflegerischen Expertenstandards und Guidelines wahrnehmbare Veränderungen der Dekubitus-Entstehung sowie auf die Qualität der pflegerischen Versorgung erreicht werden (Lenche 2012). Beispielsweise wurde in Deutschland mit der Entwicklung des Nationalen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe und seiner Implementierung festgestellt, dass der Anteil der Druckgeschwüre weiter rückläufig ist.

3.1.3 Pflegesensitivität

Prophylaktische Maßnahmen zur Verhinderung von Gesundheitsschäden gelten in der pflegerischen Berufstätigkeit als ein zentraler Maßstab für Pflegequalität. Prophylaktische Maßnahmen reichen von der Erkennung potenzieller Gefährdung (Risikoeinschätzung) über die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bis hin zur Vermeidung von Druckgeschwüren durch den Einsatz geeigneter präventiver Maßnahmen (z. B. Bewegungsförderung, Lagerung, Inkontinenzpflege etc.). Die Pflegesensitivität ist damit als hoch zu bewerten, da all diese Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege liegen.

Die empirischen Grundlagen, die den Einfluss spezifischer pflegerischer Maßnahmen belegen, sind gering und die vorliegenden Studienergebnisse sind heterogen (Eberhardt et al. 2005).

Ungeachtet dessen gibt es eine große Bandbreite an präventiven wie auch pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen, die in der Praxis zur Anwendung kommen. Bewegungsförderung, Lagerungen zur Druckentlastung sowie Feuchtigkeitspflege der Haut zur Förderung der Gewebetoleranz sind nur einige präventive Maßnahmen, die in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der

Pflege fallen. Zusätzlich und in der Praxis nur als Ergänzung zu betrachten sind die Auswahl sowie der Einsatz von druckentlastenden Hilfsmitteln (z. B. Einsatz von speziellen Matratzen).

Insbesondere gehören zu den pflegerischen prophylaktischen Maßnahmen:

- » die systematische Einschätzung der Dekubitus-Gefährdung,
- » das Erstellen eines individuellen Bewegungsplanes,
- » Hautpflege,
- » der Einsatz von geeigneten druckverteilenden Hilfsmitteln (z. B. Weichlagerungsmatratzen, Spezialbetten), wenn eine Bewegungsförderung nicht möglich ist sowie
- » die Information des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen über mögliche Maßnahmen.

Dabei sollten die einzelnen pflegerischen Interventionen zur Dekubitus-Prävention in ein Gesamtkonzept der Versorgung eingebettet sein (Kis Dadara 2011).

Bezüglich des Einflusses der Pflege verweisen zahlreiche Autorinnen und Autoren (Castle/Anderson 2011; Konetzka et al. 2008; Stone et al. 2012) auch auf den kausalen Zusammenhang von Personalkapazität (z. B. Verhältnis Pflegekraft zu Patient, Zusammensetzung des Pflegepersonals, Personal/Pflegetag etc.) und Ergebnisqualität in unterschiedlichen Versorgungssettings.

Die Untersuchungen zeigen auf, dass die Indikatoren entweder durch direkte pflegerische Maßnahmen oder durch Struktur- und Prozessvariablen beeinflussbar sind und maßgeblich Auswirkungen auf das Patientenergebnis haben.

3.1.4 Assessment & Messen

Dekubitus wird in einer Vielzahl von Gesundheitseinrichtungen in Österreich bereits mit bestehenden standardisierten Verfahren bzw. Meldesystemen erhoben. Um den Indikator überhaupt messen zu können, ist eine Beurteilung des Dekubitus-Status zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Voraussetzung.

Zur Messung der Häufigkeit von Dekubitus werden verschiedene Erhebungsmethoden und Instrumente vorgeschlagen und bereits eingesetzt, wie:

- » Dekubitus-Erhebungen mittels Papier- oder in elektronischer Form,
- » im Rahmen umfangreicher Pflege-Assessments (z. B. Minimum Data Set für die häusliche Pflege) sowie
- » im Rahmen der Diagnose L89,1–5 Dekubitus (über die Codierung im ICD10).

Die bestehende standardisierte Erhebungsdokumentation (Meldeformulare) enthalten in unterschiedlichem Ausmaß folgende Informationen:

- » allgemeine Daten zum Patienten/Klienten,

- » Ergebnisse des Risiko-Assessments,
- » Zeitpunkt/Ort der Entstehung (Lokalisation am Körper),
- » Hautbeobachtungen (Diagnose und Gradeinteilung und/oder Verlauf der Heilung),
- » Präventions- und Behandlungsmaßnahmen (pflegerische Interventionen) sowie
- » Größe, Gewicht, BMI.

Die Dekubitus-Inzidenz gilt als der wesentliche Indikator zur Bestimmung der Pflegequalität in einer Einrichtung (Eberhardt et al. 2005). Wie schon eingangs beschrieben, kann bei Erfassung der Erkrankungshäufigkeit (Prävalenz) sowie der Neuerkrankungen (Inzidenz) auf Routinedaten, wie sie im Rahmen der verpflichtenden Pflegedokumentation erhoben werden, zurückgegriffen werden. Der Erhebungsaufwand ist als gering einzuschätzen, wenn diese Daten nicht nur in Papierform, sondern digital erfasst werden.

Instrumente, die im Rahmen des Pflegeprozesses genutzt werden können, sind vielfältig und variieren je nach betreuender Einrichtung und den zu betreuenden Zielgruppen.

Von der American Nurse Assoziation wird die Dekubitus-Prävalenzrate wie folgt berechnet: Anzahl der Patientinnen/Patienten bzw. Bewohnerinnen/Bewohnern mit NPUAP-AHCPR-Dekubitus-Stadium 1–4 durch die Gesamtanzahl der Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten mit Dekubitus. Im "AHRQ Guide to Patient Safety Indicators" wird Dekubitus als Anzahl der Fälle von Dekubitus pro 1.000 Pflgetage angegeben.

Neben Standardauswertungen liegen in manchen Einrichtungen weitere Kennzahlen vor, wie beispielsweise der Prozentsatz von Dekubitus pro Kategorie von Patienten/Patientinnen bzw. die Anzahl von Patienten/Bewohnern. Zudem wird erhoben, ob der Dekubitus intern oder extern erworben wurde.

Für die Qualitätsbeurteilung wird auf die Notwendigkeit der Gruppenbildung in gefährdete und nicht gefährdete Personen hingewiesen. Eine Risikoadjustierung ist demnach erforderlich, da die Entstehung eines Dekubitus stark von der Bewohner- /Klientenstruktur abhängig ist (Wingenfeld/Engel 2011). In dieser Studie werden die Dekubitalgeschwüre der Kategorie 2–6 innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten erfasst.

3.1.5 Diskussion

„Dekubitus“ bzw. die Anzahl an Dekubitus-Neuerkrankungen zählen mit Abstand zu den häufigsten genannten pflegesensitiven Indikatoren in regionalen Richtlinien, Prüfkatalogen (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen 2008) und internationalen Berichtssystemen. Im Rahmen externer Qualitätsvergleiche wird Dekubitus-Prophylaxe seit dem Jahr 2007 in Deutschland als Generalindikator im Krankenhaussektor verwendet (Balzer/Mertens 2012).

Das Problembewusstsein für Dekubitus als Komplikation von chronisch kranken oder bettlägerigen Patientinnen/Patienten ist in den letzten Jahren im Gesundheitswesen deutlich gestiegen.

Obwohl Dekubitus nicht immer vermeidbar ist, gelten Maßnahmen zur Prävention als zentral in der pflegerischen Versorgung. Die komplexen Zusammenhänge von Dekubitusrisiko, -prävention und -therapie erfordern interdisziplinäres Handeln, da die erfolgreiche Vermeidung von Dekubitus vom Gelingen der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin unter Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe abhängt.

Die Voraussetzungen, Dekubitus-Prophylaxe als Indikator zu nutzen, sind vergleichsweise gut, da es aufgrund der Diagnosen- und Leistungsdokumentation in den Krankenanstalten eine einheitliche Datenstruktur gibt. Diese Datenstruktur könnte in zweierlei Hinsicht erweitert werden, um eine stärkere Vergleichbarkeit zu schaffen: Zum einen wäre es sinnvoll, die Initiativen zu unterstützen, die im ambulanten Versorgungsektor Dekubitus erfassen. Damit könnte eine Setting-übergreifende Datenlage erreicht werden. Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, die der Leistungsdokumentation zugrunde liegt, würde eine stärkere Spezifizierung der Dekubitus-Ausprägung erlauben. Bisher wird dies nicht genutzt.

Die Instrumente, die im Rahmen des Pflegeprozesses zur Vermeidung von Dekubitus genutzt werden, sind vielfältig und variieren innerhalb der Versorgungsbereiche (z. B. Kinder, Intensivpatienten, ältere Patienten) und sollten daher je nach zu betreuender Zielgruppe und Ressourcen der Einrichtungen ausgewählt werden.

3.2 Vermeidung von Stürzen

3.2.1 Definition

Dass der Begriff „Sturz“ nicht einfach zu definieren ist, beweisen die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen, die in der Fachliteratur zu finden sind. Eine Definition auf die mehrfach hingewiesen wird, ist die der Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by Elderly, in der der Sturz folgendermaßen erläutert wird: *„Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.“* (Kellogg International Work Group 1997 nach: Bachner et al. 2009, 14)

Stürze werden folgendermaßen unterteilt (Morse nach: Brugger et al. 2010, 3):

- » Akzidentielle Stürze: Darunter versteht man das ungewollte bzw. unbeabsichtigte Stürzen, beispielsweise das Ausrutschen auf einem nassen Fußboden.
- » Physiologisch unvorhersehbare Stürze: Darunter versteht man Stürze, die aufgrund einer physiologischen Veränderung nicht vorhersehbar sind, beispielsweise bei einer Spontanfraktur.
- » Physiologisch vorhersehbare Stürze: Dabei handelt es sich um Stürze, die aufgrund der aufweisenden Risikofaktoren einer Person vorhersehbar sind.

3.2.2 Relevanz

Laut WHO stürzen rund 28 bis 35 Prozent der über 65-jährigen Personen zumindest einmal im Jahr, bei über 70-Jährigen liegt der Anteil bereits bei 32 bis 42 Prozent (Tinetti et al; Downton et al; Stalenhoef et al. nach: WHO 2007, 1). Die Sturzhäufigkeit steigt mit steigendem Alter und zunehmender Gebrechlichkeit (Frailty). Zusätzlich besteht bei Personen, die in Pflegeheimen leben, ein höheres Sturzrisiko.

Weltweit stürzen rund 30 bis 50 Prozent der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mindestens einmal im Jahr, rund 40 Prozent bereits mehrmals (Tinetti nach: WHO 2007, 1). In Spitälern stellen Stürze, speziell bei älteren Patientinnen und Patienten, den häufigsten Typ an Patientensicherheitsvorfällen dar (Healey et al 2008, nach: Foulkes 2011, 42). Dabei wird davon ausgegangen, dass ca. 14 Prozent der Stürze unbeabsichtigte (akzidenzelle) Stürze, 8 Prozent unvorhersehbare Stürze und 78 Prozent vorhersehbare Stürze sind (Morse nach: Brugger et al. 2010, 3).

In Österreich stellen Stürze laut Unfallstatistik des Kuratoriums für Verkehrssicherheit die häufigste Unfallursache dar. Bei Seniorinnen und Senioren gelten Stürze in der Freizeit, die zum Teil zu schweren Verletzungen führen, als höchstes Unfallrisiko. Die Unfallstatistik zeigt, dass im Jahr 2009 mehr als 100 von 1.000 der über 80-jährigen gestürzten Personen im Spital behandelt werden mussten, bei den über 90-Jährigen waren es 200 Personen von je 1.000 Gestürzten (Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV) 2010, 29–36). In der europäischen Pflegequalitätserhebung aus dem Jahr 2011 (Stichtag 5. April 2011) wurde in österreichischen Gesundheitseinrichtungen retrospektiv nach Stürzen in den letzten 30 Tage gefragt, unabhängig davon, wo diese Stürze passierten. Die Befragung ergab, dass die Sturzhäufigkeit bei den 2.906 befragten Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern 12,9 Prozent betrug. Dabei lag die Sturzinzidenz in den Krankenhäusern bei 14,8 Prozent, in den Pflegeheimen bei 8,4 Prozent (Lohrmann/Schönherr 2011, 117). Bachner et al. verweisen in der Evidence-based Leitlinie Sturzprophylaxe auf eine Erhebung in einer steirischen Langzeitpflegeeinrichtung hin, die einen Sturzindex¹ von fast 10 erhoben hat. Weiters konnte in der Untersuchung festgestellt werden, dass vor allem multiple Stürze (eine Person stürzt öfter als einmal) ein Problem darstellen (Bachner et al. 2009, 46).

Sturzfolgen können sehr unterschiedlich sein. Sie können unter anderem Verletzungen, wie Knochenbrüche oder Kopfverletzungen, funktionelle Einschränkungen der Mobilität und der Selbstständigkeit und/oder auch Unsicherheit und Angstzustände verursachen. Die Sturzfolgen können sogar eine Heimaufnahme der gestürzten Person erforderlich machen. Stürze können aber nicht nur psychische, physische und soziale Folgen für die betroffenen Personen haben, sondern stellen auch eine ökonomische Belastung für das Gesundheitswesen dar (Bachner et al.

1

Ist die „Anzahl der Patienten, die pro Monat stürzen, dividiert durch die gesamten Patiententage, multipliziert mal 1.000“ (Brugger et al. 2010, 72).

2009, 8). Das Vorbeugen von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen stellt auch ein bedeutendes politisches Gesundheitsziel dar (Köpke/Meyer 2011, 170).

3.2.3 Sturzrisikofaktoren

Bei den Sturzrisikofaktoren wird zwischen intrinsischen und extrinsischen Faktoren unterschieden (Bachner et al. 2009, 33; Hengstberger/Kopa 2008, 18). Unter intrinsischen Faktoren werden beispielsweise Schwindel, neurologische Veränderungen, Geh- oder Gleichgewichtstörungen verstanden. Extrinsische Faktoren beziehen sich auf die von außen einwirkenden Einflüsse, wie beispielsweise rutschende Teppiche, unzureichende Lichtverhältnisse oder schlechtes Schuhwerk (Hengstberger/Kopa 2008, 18). Unterschiedliche Risikofaktoren werden für verschiedene Bevölkerungsgruppen genannt (Köpke/Meyer 2011, 169). Im Krankenhaus gelten beispielsweise Gangunsicherheiten der Patientinnen und Patienten oder Schwäche der unteren Extremitäten, Urininkontinenz, vorangegangene Stürze, Unruhezustände und/oder Verwirrtheit und die Einnahme von Medikamenten als häufige Risikofaktoren (Hayes nach: Bachner et al. 2009, 33–35). Bei älteren Personen, die im eigenen Haushalt wohnen, zählen eine Sturzanamnese sowie Gang- und Balanceschwierigkeiten zu den meistgenannten Risikofaktoren (Ganz; King/Tinetti nach: Köpke/Meyer 2011, 169). In Pflegeheimen nehmen unter anderem auch Medikamente mit psychotropen Substanzen und Harninkontinenz bedeutsame Rollen als Risikofaktor ein (Kiely/Kliel/Burrows/Lipsitz; Scott et al. nach: Köpke/Meyer 2011, 170). Zusätzlich zeigte sich, dass das Risiko zu stürzen zunimmt, je mehr unterschiedliche Risikofaktoren zeitgleich auftreten (Bachner et al. 2009, 36–38).

3.2.4 Pflegesensitivität

Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen haben sich auf wissenschaftlicher Ebene mit der Sturzhäufigkeit und dem Sturzrisiko von (älteren) Personen und in Einrichtungen beschäftigt, mit dem Ziel diese zu beeinflussen. Das Kapitel Pflegesensitivität des Indikators „Sturz“ basiert vorrangig auf folgenden drei Expertenstandards, die dem Thema Sturzprophylaxe in der Pflege gewidmet sind:

- » Evidenced-based Leitlinie zur Sturzprophylaxe des Universitätsklinikums Graz (Bachner et al. 2009),
- » Expertenstandard Sturzprophylaxe des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (Schiemann et al. 2006) sowie
- » Leitlinie Sturzprävention bei Betreuten in Akut- und Langzeiteinrichtungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes (Brugger et al. 2010).

Eine Aufgabe, die in den Verantwortungsbereich der Pflege fällt, ist das Identifizieren von Personen, die ein erhöhtes Sturzrisiko haben. Verschiedene Studien im Akutpflege- wie auch Langzeitpflegebereich konnten die Wirksamkeit eines Sturzrisiko-Assessments nachweisen (Bachner et al. 2009, 45). Es existieren unterschiedliche Assessment-Instrumente, die die

Identifikation von sturzgefährdeten Personen erleichtern sollen. Der Expertenstandard „Sturzprophylaxe“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) empfiehlt in diesem Zusammenhang aber kein spezielles Erhebungstool, mit der Begründung, dass die gegenwärtigen Verfahren wissenschaftlichen Kriterien nicht ausreichend entsprechen und sturzgefährdete Personen nicht verlässlich herausgefiltert werden können (Schiemann et al. 2006, 69). Von Bedeutung ist, Pflegepersonen in ihrer fachlichen Beurteilungsfähigkeit von Sturzrisiken zu schulen (Bachner et al. 2009, 45).

Ein weiterer Verantwortungsbereich der Pflege ist die Information, Beratung und Aufklärung der zu betreuenden Personen und ihrer Angehörigen über Gefahrenquellen, Sturzrisikofaktoren, Präventionsmaßnahmen und das richtige Verhalten bei Stürzen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Einrichtung entsprechende Schulungs- und Weiterbildungsprogramme für ihre Pflegemitarbeiter/innen anbietet, um eine qualifizierte Informationsweitergabe sicherzustellen (Brugger et al. 2010, 23; Huhn 2005; Schiemann et al. 2006).

Interventionen zur Sturzvermeidung können zum Teil selbständig von einer Pflegeperson geleistet werden, zum Teil bedarf es der Zusammenarbeit mit anderen Betreuungspersonen und Berufsgruppen und möglicherweise den Angehörigen. Interventionen zur Sturzvermeidung sind sehr vielfältig und müssen individuell je nach den Bedürfnissen der zu betreuenden Person gesetzt werden. Dazu zählen beispielsweise Bewegungsübungen, Einsatz von Hilfsmitteln, wie Gehhilfen oder Rollstühlen sowie die Adaptierung des Wohnungsumfeldes (Bachner et al. 2009, 73ff; Brugger et al. 2010, 23ff; Huhn 2005, 10; Schiemann et al. 2006).

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sind verantwortlich, die erforderlichen Strukturen für zielgruppengerichtete Interventionsmöglichkeiten, wie beispielsweise Kraft- und Balancetraining zur Verfügung zu stellen. Auch das Schaffen eines sturzreduzierenden (räumlichen) Umfeldes sind Anforderungen, die eine Einrichtung zu erfüllen hat. Pflegepersonen können dabei nicht nur in Einrichtungen eine beratende Rolle einnehmen, sondern auch in der häuslichen Umgebung der Klientinnen und Klienten Adaptierungsvorschläge einbringen (Huhn 2005, 11; Schiemann et al. 2006, 73ff).

Ein weiterer Punkt, der sich primär an die Einrichtung richtet, ist sicherzustellen, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen Informationen über Sturzrisikofaktoren wie auch über die hauseigene Strategie der Sturzvermeidung/-reduktion besitzen und umzusetzen wissen. Pflegepersonen können dabei als Kommunikationsdrehscheibe einen wichtigen Beitrag in der Informationsweitergabe leisten (Huhn 2005, 11–12; Schiemann et al. 2006, 80).

Sturzpräventionsprogramme können Sturzhäufigkeit und Sturzfolgen verringern, wenn von individuellen Sturzrisikofaktoren ausgegangen wird, und Angehörige, Pflege- und Betreuungspersonen und sturzgefährdete Personen in die Entwicklung und Umsetzung einbezogen werden (NICE; RNAO nach: Brugger et al. 2010, 6). Übersichtsarbeiten von Gillespie et al., Oliver et al. und Köpke/Mayer (nach: Köpke/Meyer 2011, 170) weisen darauf hin, dass „multifaktorielle Programme“ zur Sturzvermeidung für Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern nur mäßigen Nutzen haben. Daher wird empfohlen, ausschließlich Personen mit einem hohen Sturzrisiko in ein Interventionsprogramm aufzunehmen. Auch internationale Leitlinien, wie seitens der

American Geriatrics Society oder British Geriatrics Society & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention sprechen eine solche Empfehlung aus (Ganz et al.; Scott et al. nach: Köpke/Meyer 2011, 170).

Eine weitere Aufgabe, die in den Pflegebereich fällt, ist das Erheben der Stürze. Ein geeignetes standardisiertes Instrument unterstützt auf Basis der erhobenen Daten eine neuerliche Beurteilung des individuellen Sturzrisikos und der zu setzenden Interventionen. Von Bedeutung ist außerdem, dass die Daten zentral gesammelt und ausgewertet werden, um in weiterer Folge Maßnahmen für ein effektives Sturzmanagement ableiten zu können (Brugger et al. 2010, 33; Huhn 2005, 12; Schiemann et al. 2006, 91ff). Bachner (Bachner et al. 2009, 46) weist darauf hin, dass die händische Erfassung von Stürzen mit einem hohen zeitlichen und personellen Aufwand verbunden ist und zudem auch Datenübertragungsfehler mit sich bringen kann. Eine elektronische Erhebung würde diese Problematik verringern und einen Vergleich mit anderen Stationen/Bereichen erleichtern.

Weitere Literatur beschäftigt sich mit Stürzen im Zusammenhang mit Personal- und Organisation. Durchgeführte Literaturreviews (Downton nach: Höwer 2002b, 60) untersuchen die Beziehung zwischen Sturzhäufigkeit und Personalbesetzung. Auch der systematische Review von Kane et al. (nach: Griffiths et al. 2008, 14–15) beschäftigt sich mit diesem Thema. Beide Reviews erkennen keinen konsistenten Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und Stürzen.

3.2.5 Messen der Sturzhäufigkeit

Zur Messung der Häufigkeit von Stürzen werden verschiedene Erhebungsmethoden vorgeschlagen und eingesetzt, wie:

- » retrospektive Analyse der pflegerischen Routinedokumentation (Schmid-Büchi et al. 2006; Wingenfeld/Engel 2011),
- » Befragung (Lohrmann/Schönherr 2011) sowie
- » Einsatz bzw. die Auswertung von Sturzprotokollen in Papier- oder idealerweise elektronischer Form (z. B. Bachner et al. 2009; Brugger et al. 2010).

Die Sturzhäufigkeit wird in der Regel entweder in Bezug auf 1.000 Pflege- bzw. Belagstage¹ angegeben oder als Prozentrage, also als Anteil aller Bewohner/innen oder Patienten/Patientinnen in einer Einrichtung, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums gestürzt sind. Etwaige Vergleiche über Einrichtungen oder auch zwischen Studien werden also durch die verschiedenen Berechnungsweisen und durch die jeweils unterschiedlich festgelegten Untersuchungszeiträume (z. B. Sturzereignisse in den letzten 30 oder 60 Tagen?) erschwert (Übersicht über die Heterogenität in internationalen Studien in Lackner 2010, 14ff.).

¹

Pflegetag = jeder z. B. im Spital verbrachte Kalendertag; Belagstag = jeder z. B. im Spital verbrachte Kalendertag minus 1 („Mitternachtsstand“) (Hagenbichler 2010)

Für eine angemessene Qualitätsarbeit (Vergleiche, Verbesserungsmaßnahmen, organisationales Lernen etc.) gilt zudem die „bloße Zahl“ als nicht ausreichend. Es bedarf dafür der Dokumentation detaillierterer Informationen. Eine solche Erfassung, z. B. durch ein Sturzprotokoll sollte im Großen und Ganzen folgende Elemente enthalten (Bachner et al. 2009; Brugger et al. 2010; Lohrmann/Schönherr 2011; Schiemann et al. 2006):

- » Zeitpunkt des Sturzes
- » Ort des Sturzes
- » Beschreibung der Situation und des Sturzherganges
- » Aktivität vor dem Sturz
- » Hauptursache bzw. Ursachen des Sturzes
- » Zustand des Patienten / der Patientin bzw. Bewohners/Bewohnerin vor dem Sturz (prädisponierende Risikofaktoren wie kognitive Beeinträchtigung oder nicht? Etc.)
- » Sturzfolgen (z. B. Sturz mit Verletzung oder ohne, aber auch Sturzangst, Vermeiden von bestimmten Aktivitäten) – möglicherweise ist die Zahl der Stürze mit gravierenden Folgen aussagekräftiger als die Anzahl der Stürze an sich (so zumindest Wingenfeld/Engel 2011, 52).
- » Wiederholter Sturz
- » Eingeleitete Maßnahmen

Zur Erfassung des *Risikos* von Stürzen wurden ebenfalls verschiedene Assessment-Instrumente entwickelt (z. B. „Morse Fall Scale“, „STRATIFY“, „Tinetti-Test“). Allerdings konnte für diese Instrumente gegenüber der klinischen Einschätzung durch qualifizierte und erfahrene Pflegepersonen kein Zusatznutzen erwiesen werden. Da außerdem der Einsatz mit Aufwand verbunden ist, gibt es zum gegenwärtigen Wissensstand keine Gründe dafür, Sturzrisiko-Assessment-Instrumente in der Praxis einzusetzen (Köpke/Meyer 2011; Schiemann et al. 2006). Relevanter für das organisationale Lernen – für die Ergebnismessung ohnehin – ist also eine einigermaßen detaillierte Dokumentation der Stürze selbst. Über die Auswertung der Sturzprotokolle können ggf. „Sturmuster“ erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Wingenfeld/Engel weisen darauf hin, dass die Verwendung des Indikators Sturz mit Schwierigkeiten verbunden sein kann. Dafür können folgende Gründe genannt werden (Wingenfeld/Engel 2011, 238–239):

- » Durch nicht beobachtete, somit nicht dokumentierte Stürze, kann die Anzahl der Stürzhäufigkeit verzerrt werden (Dunkelziffer).
- » Einrichtungen, die eine gut funktionierende Sturzdokumentation aufweisen können, werden möglicherweise im Vergleich zu Einrichtungen, die weniger gut erheben, negativ beurteilt.
- » Nicht alle Stürze sind mit schwerwiegenden Folgen für die betroffene Person verbunden.

3.2.6 Diskussion

Der Indikator „Sturz“ zählt zu den am häufigsten genannten Indikatoren (Griffiths et al. 2008, 7–8), (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006) und wird in verschiedenen Berichtssystemen als Kennzahl herangezogen, wie beispielsweise im National Quality

Forum (Kizer 2004, 14), The National Database of Nursing Quality Indicators – NDNQI (Montalvo 2007) oder Joint Commission (Joint Commission International 2010). Dabei wird Großteils der Indikator „falls“ und/oder „falls with injury“ erhoben. Stürzen und sturzbedingten Verletzungen vorzubeugen, hat in der Pflege hohen Stellenwert. Pflegepersonen (ggf. in Zusammenarbeit mit der zu pflegenden Person, anderen Berufsgruppen oder Angehörigen) können darauf auf verschiedene Art und Weise Einfluss nehmen. Dazu zählen beispielsweise das Einschätzen des individuellen Sturzrisikos, die Beratung und Information der sturzgefährdeten Person zum Risiko und zu Möglichkeiten der Sturzprophylaxe, das Planen und Durchführen von Interventionen zur Sturzvermeidung, das Erfassen von Stürzen, das Auswerten von Ergebnissen und Ableiten von Sturzpräventionsmaßnahmen. Standards und Leitlinien zur Sturzprophylaxe unterstreichen die zentrale Rolle der Pflege und weisen auf die Bedeutung des Pflegeindikators Sturz hin. Im Hinblick auf eine einrichtungsübergreifende Qualitätsarbeit wird zu klären sein, welche Berechnungsformel herangezogen wird (settingbezogene Unterschiede?) und welche Informationen in welchem Detaillierungsgrad erhoben werden sollten.

3.3 Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

3.3.1 Begriffsklärungen

Die persönliche Bewegungsfreiheit von Personen wird sowohl im akutstationären Bereich als auch in der Langzeitpflege häufig durch Maßnahmen der Pflegekräfte eingeschränkt, um die Sicherheit der betroffenen Person zu gewährleisten. Die entsprechenden freiheitseinschränkenden (FEM) oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (FBM) kommen zur Anwendung, wenn die Einsichts- und Urteilsfähigkeit der Betreuten als beeinträchtigt eingeschätzt wird, aber auch wegen körperlicher Defizite (Gepart 2010). Freiheitsbeschränkende Maßnahmen fallen in den Schutzbereich der Grund- und Menschenrechte pflegebedürftiger Menschen und sind daher international und in Österreich strengen gesetzlichen Regelungen unterworfen, die Anwendungsbereiche und Voraussetzungen regulieren.

Je nach Ebene der Rechtsprechung und gesetzlichen Auslegungen wird zwischen „Freiheitsbeschränkung“ (HeimAufG) „Freiheitseinschränkung“ (vgl. Strickmann 2008) oder „Freiheitsentziehung“ (StGB) unterschieden. Mit dem Begriff der Freiheitsbeschränkung wird der gesetzlich zulässige Bereich der Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit bezeichnet, während der strafgesetzliche Begriff der Freiheitsentziehung den Straftatbestand der unzulässigen Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit bezeichnet. Wenn die betroffene Person einsichts- und urteilsfähig ist und der Freiheitsbeschränkung explizit zugestimmt hat, so wird dies als Freiheitseinschränkung bezeichnet.

Freiheitsbeschränkung

Freiheitsbeschränkungen werden seit dem Jahr 2005 in Behinderteneinrichtungen und in Pflegeheimen¹ durch das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) und in psychiatrischen Einrichtungen durch die Unterbringungsgesetz (UbG) geregelt. Für das Durchführen freiheitsbeschränkender Maßnahmen im ambulanten (extramuralen) Pflegebereich besteht keine gesetzliche Spezialnorm (Gepart 2010).

Nach § 3 Abs.1 (HeimAufG) liegt eine Freiheitsbeschränkung vor, *„wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im Folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird.“*

Voraussetzungen für Freiheitsbeschränkung

Gemäß § 4 HeimAufG sind im Rahmen der Versorgung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern Freiheitsbeschränkungen (FB) nur zulässig, wenn

- » die betreffende Person psychisch krank oder geistig behindert ist und
- » im Zusammenhang damit ihr Leben oder ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet sind;
- » sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich, geeignet und verhältnismäßig ist.

Kann die Gefahr durch schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen abgewendet bzw. beseitigt werden, sind FB unzulässig.

Des Weiteren müssen formale Voraussetzungen wie die Befugnis zur Anordnung, die Dokumentation betreffend und die Meldung der FB vorliegen. Anordnungsbefugt sind Ärzte/Ärztinnen, Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie die pädagogische Leitung von Einrichtungen der Behindertenhilfe. Mit der Novellierung des HeimAufG wurde auch die Anordnungsbefugnis neu bestimmt. Demnach dürfen Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (§ 14) – bei Vorliegen eines aktuellen ärztlichen Dokuments – länger andauernde Freiheitsbeschränkungen anordnen und aufheben (Schlaffer 2005).

Art und Mittel

„Als Freiheitsbeschränkung im Sinne des HeimAufG werden mechanische, elektronische und medikamentöse Beschränkungen der Bewegungsfreiheit oder deren Androhung verstanden.“ (Jaquemar 2010)

¹

Vgl. bei vereinzelt Fällen auch in Krankenanstalten

Dabei kommen sowohl körpernahe als auch sogenannte chemische Fixierungen (z. B. Sedierung) zum Einsatz. Körpernahe Fixierungen sind beispielsweise Bettgitter, Bettgurte, Hindernisse vor dem Bett oder Fixierungen an Rollstühlen, aber auch das Absperren der Zimmertüre und Türöffnungsvorrichtungen gelten als Freiheitsbeschränkung und können von Pflegekräften angeordnet werden. Damit haben Pflegepersonen direkten Einfluss auf Fixierungsmaßnahmen und es handelt sich bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen eindeutig um ein pflegerisches Handlungsfeld.

In der pflegewissenschaftlichen Literatur ist der englische Begriff „physical restraint“ sowie der deutsche Begriff der „freiheitsentziehenden Maßnahmen“ gebräuchlich. Ohne explizit auf einzelne Definitionen einzugehen, werden im Folgenden in Anlehnung an die deutsche Praxisleitlinie „Freiheitseinschränkenden Maßnahmen“¹ gemeinsame zentrale Bestandteile dieser Definitionen dargestellt:

1. Art der freiheitseinschränkenden Maßnahmen, wie z. B. „Mittel, Material, Handlung“
2. Lokalisation, wie „am Körper oder in der Nähe des Körpers“
3. Beherrschbarkeit, wie „kann nicht von der Person selbstständig entfernt werden“
4. Wirkung, wie „willkürliche Bewegung einschränkend“
5. Absicht, wie „gegen den Willen des Betroffenen“ (Schüssler 2009).

Freiheitseinschränkung

Dagegen handelt es sich um keine Freiheitsbeschränkung, „wenn der einsichts- und urteilsfähige Bewohner einer Unterbindung der Ortsveränderung, insbesondere im Rahmen eines Vertrages über die ärztliche Behandlung, zugestimmt hat.“ (§ 3 Abs.2 HeimAufG) In diesen Fällen wird in Österreich von „Freiheitseinschränkung“ (FE) gesprochen. Dabei handelt es sich um jene Maßnahmen, die mit Einwilligung der Patientinnen/Patienten, der Bewohner/innen oder Erziehungsberechtigten erfolgen (Strickmann 2008).

Freiheitsentziehung

Der Straftatbestand der Freiheitsentziehung besteht dann, wenn eine Person widerrechtlich in einen Zustand versetzt wird, der sie zur willentlichen Fortbewegung unfähig macht und sie bei Bewusstsein ist. Jedoch gilt die gesetzliche Regelung nicht für Bewusstlose, Schlafende, Volltrunkene etc., da es ihnen grundsätzlich an der Fähigkeit zur willentlichen Ortsveränderung mangelt. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die nicht durch den engen gesetzlichen Rahmen des HeimAufG und UbG abgedeckt sind, erfüllen daher den Tatbestand der Freiheitsentziehung.

1

Im Gegensatz zu Österreich wird der Begriff „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen“ in der BRD für Eingriffe in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und/oder Dauer verwendet.

Freiheitseinschränkung und Freiheitsentziehung

Zwischen Freiheitseinschränkung und Freiheitsentziehung dürfte eine schwer zu klassifizierende Grauzone liegen. Insbesondere in Fällen, in denen nicht (ausreichend) qualifiziertes Personal zum Einsatz kommt (z. B. durch 24-Stunden-Betreuungskräfte). Es dürfte dementsprechend davon auszugehen sein, dass das Problem der (unerkannten) Freiheitsentziehung zukünftig zunimmt. Die ungelöste Frage ist, wie sich ein Überblick über Art und Umfang des Problems gewinnen lässt: Da es sich um eine illegal Praxis handelt, kann sie in keinem Indikator und Berichtswesen vorkommen.

3.3.2 Relevanz

Über den Aufenthaltsort frei zu entscheiden und sich nach eigenen Vorstellungen frei zu bewegen, gehört zu den grundlegenden Freiheitsrechten, so dass der Eingriff in die persönliche Freiheit nur das letzte Mittel sein kann, um gravierende Risiken abzuwenden, die nicht anders verhindert werden können (Wingenfeld/Engel 2011). Da die Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen so weit wie möglich reduziert werden sollte, ist die möglichst minimale Anwendung dieser Maßnahme (wenn nicht sogar ein Verzicht) ein Indikator für Qualität in der pflegerischen Versorgung.

Unabhängig von den rechtlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist die Vermeidung solcher Maßnahmen auch aus pflegewissenschaftlicher Perspektive zentral: freiheitsbeschränkende Maßnahmen erhöhen oft das Aggressionspotenzial von Betroffenen, können damit zu einer wesentlichen Verschlechterung des körperlichen und geistigen Gesundheitszustandes führen (z. B. Atemprobleme, Urininkontinenz, Dekubitus) (Schüssler 2009) sowie die Verletzungsgefahr erhöhen (z. B. Einklemm- oder Würgeverletzungen bei Bettgittern, Sturzgefährdung durch Versuche, die Barrieren zu überwinden, Schürfwunden) (Gepart 2010; Schüssler 2009; Universität Hamburg/Universität Witten/Herdecke 2009).

Häufigkeit der Anwendung

In Österreich werden durch das VertretungsNetz (Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft und Bewohnervertretung) Daten zu Freiheitsbeschränkungen und -einschränkungen in Einrichtungen gemäß Heimaufenthaltsgesetz erfasst. Demnach wurden am Stichtag 31. 12. 2011 in Alten- und Pflegeheimen 14.679 aufrecht gemeldete Freiheitsbeschränkungen und -einschränkungen, in Behinderteneinrichtungen 4.437 und in den Krankenanstalten 2.370 FB/FE gemeldet (Jaquemar 2012).

Unter der Leitung von Frau Prof. Lohrmann wurden im Jahr 2009 in einer Prävalenzerhebung ebenfalls Daten zu Freiheitsbeschränkungen in österreichischen Krankenanstalten und Pflegeheimen erfasst. In den Krankenanstalten werden demnach 7,2 Prozent der Patienten und Patientinnen (n=1.735) und in Pflegeheimen 34,6 Prozent der Bewohner und Bewohnerinnen (n=691) Freiheitsbeschränkungen unterworfen (Schüssler 2009, 59).

Verglichen mit internationalen Studien, wonach das Vorkommen in Krankenhäusern zwischen 7 bis 17 Prozent und in Pflegeheimen zwischen 12 und 47 Prozent liegt (Burton et al. 1992, Lever et al. 1994 zit. nach Evans, 2003), wäre die Situation in Österreich weder besonders positiv, noch besonders problematisch zu bewerten. Aufgrund von unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Zeiträumen sowie der freiwilligen Teilnahme an Erhebungen ist ein direkter Vergleich zwischen den verschiedenen Prävalenz-Studien nicht möglich, und die Ergebnisse sind kritisch zu betrachten.

Gründe für die Anwendung

Der möglichst geringe Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist ein wichtiger und zugleich umstrittener Qualitätsindikator. Zum Einsatz kommen FBM, wenn das Handeln der Betroffenen aus Sicht der Einrichtung und der Pflegepersonen hohes Risiko oder Gefahren birgt und keine schonenderen Maßnahmen ergriffen werden können. Aus medizinisch-pflegerischer Perspektive ist der Einsatz von FBM dann gerechtfertigt, wenn die Sicherheit von Personen gefährdet ist. Sturzbedingte Verletzungen oder aggressives Verhalten gegenüber anderen, aber auch die Sicherung von Behandlungsmaßnahmen rechtfertigen aus pflegerischer Perspektive den Einsatz von Fixierungsmaßnahmen.

Unterteilt wurden die Gründe für den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach (Evans et al. 2002) in folgende vier Bereiche:

1. Patientenorientierte Gründe (z. B. Agitiertheit, körperbezogene Aggression)
2. Sozialgruppen-orientierte Gründe (z. B. Fremdgefährdungen)
3. Behandlungsorientierte Gründe (z. B. Behandlung von Kindern im onkologischen Bereich)
4. Personal- und organisationsorientierte Gründe (z. B. Personalknappheit) (Schüssler 2009)

In Pflegeheimen wird die Sicherheit der Bewohner/innen, insbesondere der Schutz vor Stürzen und Verletzungen häufig als Grund für den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen von Pflegekräften genannt. Es ist allerdings unklar, ob durch FBM Stürze wirksam vermieden werden können oder ob die Anwendung vielmehr langfristig zu mehr Stürzen, Verletzungen oder sogar einer Verschlechterung der funktionalen Fähigkeiten führt, da Bewegung verhindert und somit beispielsweise die Muskelkraft negativ beeinflusst wird (Schüssler 2009).

Wie und was wird gemessen?

In den meisten Ländern werden für freiheitsbeschränkende Maßnahmen Dokumentationsrichtlinien festgelegt. In Österreich besteht Dokumentationspflicht (§ 6 HeimAuf) sowie eine verpflichtende Meldung durch die Leitung der Einrichtung an die Bewohnervertretung für die Fälle der laut Gesetz zulässigen Maßnahmen. Demnach ist der Indikator auf Grundlage der entsprechenden Routedokumentationen insbesondere in Pflegeheimen und Behinderteneinrichtungen leicht zu erfassen.

Wichtig für die Erhebungen respektive des („richtigen“ oder „falschen“) Umgangs mit FB ist eine sofortige, umfassende und detaillierte Dokumentation. Empfehlungen zur Dokumentation von

FBM liegen durch zahlreiche Standards (Reeves 2011), Praxisleitlinien (Universität Hamburg/Universität Witten/Herdecke 2009) oder Formulare auf Basis gesetzlicher Bestimmungen (VertretungsNetz – Sachwalterschaft 2010) vor.

In wissenschaftlichen Untersuchungen variieren die Methoden zur Datenerhebung im Kontext von FBM, z. B. in Form von direkter Beobachtung (z. B. eigene Gutachter), Angaben aus der pflegerischen und medizinischen Routedokumentation, Angaben aus Fragebögen, zusätzliche Dokumentationsbögen zur Pflegedokumentation, strukturierte Interviews oder Erhebungen im Rahmen von Minimum Data Sets (MDS)¹. Letztere werden in der Berufsausübung durch Pflegekräfte erfasst, wobei darauf verwiesen wird, dass es hier aufgrund von sozial erwünschten Antworten zu Verzerrungen in den Erhebungen kommen kann (Universität Hamburg/Universität Witten/Herdecke 2009).

Häufig wird die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder einem eng definierten Zeitrahmen (zwischen sieben Tagen und vier Wochen) gemessen (Wingenfeld/Engel 2011). In den Dokumentationen werden zumeist die Art der freiheitsbeschränkenden Maßnahme (z. B. Gurtfixierungen), von wem diese angeordnet wurden (z. B. Arzt oder Pflegepersonen), welche Gründe es für den Einsatz gegeben hat und ob es zu Verletzungen durch die Anwendung gekommen ist, dokumentiert (Lohrmann/Schönherr 2011).

„Die Anzahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist eine Kennzahl, d. h. sie ist nur im Zusammenhang mit einer vergleichbaren Zahl, z. B. einem anderen Zeitpunkt oder mit einer anderen Einrichtung bei gleich bleibenden Bedürfnislagen der Bewohner aussagekräftig“ (Schrems 2005).

3.3.3 Pflegesensitivität²

Die Abwendung von Gefahren sowie der Einsatz präventiver Maßnahmen zur Schaffung von Sicherheit gehören im Rahmen des Pflegeprozesses zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (§ 14 GuKG) von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und sind als solche auch im Berufsbild (§ 11 GuKG) verankert. Dies bedeutet in der konkreten Berufsausübung, dass von Pflegefachpersonen freiheitsbeschränkende Maßnahmen als Risikominimierung (z. B. bei Sturzgefahr, Verletzungsgefahr) oder bei herausforderndem Verhalten zur Abwendung weiterer Pflegebedürftigkeit angeordnet, durchgeführt, aber auch aufgehoben werden können.

1

MDS (Minimum Data Set)–Formular aus dem Resident Assessment Instrument–RAI. Dabei handelt es sich um ein aus den USA stammendes Klientenbeurteilungs- und Dokumentationssystem.

2

Das mit dem Indikator erfasste Ergebnis ist durch Pflegefachpersonen maßgeblich beeinflussbar. Entscheidend dabei ist, dass der Einfluss von Pflegefachpersonen im Regelfall den Einfluss anderer Faktoren übersteigt (vgl. Wingenfeld 2010).

Zur Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen liegen Vorschläge auf verschiedenen Ebenen vor. Sie zeigen den Bedarf einer intensiven Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Versorgungsprozess. Diese beziehen sich auf die Schulung von Pflegenden, die Gestaltung der räumlichen Umgebung sowie spezifische Hilfsmittel zum Personenschutz. In der Altenpflege gehören hierzu beispielsweise spezifische Hilfsmittel wie Hüftprotektoren, Niedrigpflegebetten, Anti-Rutsch-Auflagen und Socken sowie Systeme zur Personenortung (Gepart 2010; Universität Hamburg/Universität Witten/Herdecke 2009).

Entwicklung des Indikators

Trotz Heterogenität der empirischen Studien und Übersichtsarbeiten ist erkennbar, dass in Bezug auf Freiheitsbeschränkung die Vermeidung bzw. Minimierung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zentrales Anliegen aller Untersuchungen sind. Die Maßnahmen zur Reduzierung reichen dabei von mehrdimensionalen Schulungsprogrammen über das Hinzuziehen von Experten/Expertinnen mit speziellen Kenntnissen, z. B. „restraint experts“ (Evans et al. 2002), bis hin zu speziellen Pflege- und Betreuungsangeboten wie Validation, Biografiearbeit, Beschäftigungsprogramme oder Geh- und Balancetrainings (Universität Hamburg/Universität Witten/Herdecke 2009; VertretungsNetz – Sachwalterschaft 2010).

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen zählen mittlerweile sowohl in der akutstationären Versorgung (hier im Besonderen in Intensivstationen) als auch in Langzeitpflegeeinrichtungen international, aber auch in Österreich zu einem bedeutsamen Prozessergebnis, an dem die Qualität von Pflege gemessen wird. So wird bereits in zahlreichen Einrichtungen des österreichischen Gesundheitswesens dieser pflegesensitive Ergebnisindikator erhoben und ausgewertet (Garms-Homolova 2008; Schrems 2005).

Zudem wird auf Basis neuester Entwicklungen zu ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren in Alten- und Pflegeeinrichtungen der Indikator „Anzahl der Gurtfixierungen“ zur Beurteilung von Ergebnisqualität empfohlen (Hoffmann et al. 2010; Wingenfeld/Engel 2011).

In den Übersichtsarbeiten von Evans et al. (2002, 2003) werden Art der verwendeten FB, die Gründe für den Einsatz sowie Folgewirkungen des Einsatzes aufgezeigt. Als einer der Hauptgründe werden von Pflegepersonen Sturzrisiken angegeben. Durch eine große Anzahl an Studien konnte nachgewiesen werden, dass der Einsatz von FEM Stürze oder Verletzungen nicht verhindert (Capezuti et al. 1996 zit. nach Evans 2002). Einige Studien verweisen eher auf ein gegenteiliges Ergebnis, nämlich dass Stürze (Tinetti et al. 1992 zit. nach Evans 2003), die Verschlechterung an ADL-Fähigkeiten (Arling et al. 1997 zit. nach Faust 2003, Mosley 1997 zit. nach Evans 2002) und schwerere Verletzungen (Parker & Miles 1997 zit. nach Evans 2003) als indirekte Folgeerscheinungen eintreten.

Entwicklung und Einsatz alternativer Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen

Einen grundlegenden Überblick über alternative Betreuungs- und Pflegemaßnahmen zur Reduzierung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen gibt die deutsche evidenzbasierte Praxisleitli-

nie „Leitlinie FEM“ (2009). Pflegemaßnahmen wie individuell geplante Toilettengänge, Validation, Basale Stimulation, Milieutherapie, Aromatherapie, spezifische Beschäftigungsprogramme oder biografieorientierte Interventionen werden als Methodenrepertoire zur Vermeidung von FB beschrieben und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Die Ergebnisse der Untersuchung dieser pflegerischen Maßnahmen durch wissenschaftliche Studien sind noch widersprüchlich, d. h. in einigen kann ein Zusammenhang nachgewiesen werden und in anderen nicht. Im Hinblick auf die geringe Anzahl an Studien sollten weitere wissenschaftliche Untersuchungen in Auftrag gegeben werden.

Strukturelle Faktoren und deren Einfluss auf den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Vielfältig untersucht wurde der Zusammenhang zwischen Personalcharakteristika und dem Einsatz von FB in Altenpflegeeinrichtungen. Castle et al. (2011, 2007) untersuchten unter Rückgriff auf die Daten von Home Care Compare den Zusammenhang zwischen „changes in staffing characteristics“ und pflegesensitiven Qualitätsindikatoren, u. a. physical restraint, catheter use, pain management and pressure sores. Im Ergebnis konnte der Zusammenhang zwischen hoher Fluktuation, Stabilität des Personals, Stellenbesetzung und Pflegequalität nachgewiesen werden (Castle/Anderson 2011; Castle/Engberg 2007).

Die Wirkung von Schulungen bzw. umfangreichen Programmen zur Reduzierung von „physical restraint“ wurde in der Übersichtsarbeit von Evans, Wood, Lampert (2002) dargestellt. Demnach erzielten Programme, die Personalschulungen mit mehreren Aktivitäten (z. B. Praxisbegleitung, Organisationsänderungen) kombinieren, den größten Erfolg in der Minimierung von FB. Nachweislich konnte mit dem Einsatz von Expertinnen/Experten (sogenannte ‚nurse specialists‘ oder ‚restraint experts‘) in Pflegeheimen eine signifikante Reduzierung von FB erreicht werden.

Im Fall von FBM in Krankenhäusern kam Schüssler (2009) zu einem ähnlichen Ergebnis. So zeigten alleinige Schulungsmaßnahmen keine Auswirkungen auf den Einsatz. „Bildungsmaßnahmen des Personals in den letzten zwei Jahren“ standen demnach in keinem statistischen Zusammenhang mit Freiheitsbeschränkungen, jedoch zeigte sich gerade in Krankenhäusern, dass es weniger FB gab, wenn eine Spezialistin für Freiheitsbeschränkung anwesend war.

Die Auswirkungen von speziellen Pflege-Qualifikationen (Advanced Nursing Practice) auf die Minimierung von FB wurden von den Autoren der Leitlinie FEM untersucht. Es wurde kein Nachweis über eine Minimierung von FB durch unterschiedliche Qualifikationsabschlüsse erbracht (Universität Hamburg/Universität Witten/Herdecke 2009).

3.3.4 Diskussion

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden zwar häufig angewendet, um Personensicherheit zu schaffen, doch finden sich in den vorliegenden Studien keine Hinweise darauf, dass das Ziel der Personensicherheit durch diese Maßnahmen tatsächlich erreicht werden kann. Bis auf wenige

Ausnahmesituationen (z. B. bei Notfällen) lässt sich daher zusammenfassend feststellen, dass die Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in verschiedenen Bereichen der pflegerischen Versorgung als ein Qualitätsindikator gelten kann, den es allerdings weiter zu entwickeln gilt (z. B. in der mobilen Pflege, für die es keine diesbezüglichen rechtlichen Regelungen gibt).

Die Notwendigkeit der Entwicklung eben dieses Indikators ist begründet im heterogenen Forschungsstand zur Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen, aber auch durch den Mangel an Studien zur Wirksamkeit komplexer therapeutischer und infrastruktureller Maßnahmen. Eine Vielzahl qualitativer Studien und konzeptioneller Ansätze verweist darauf, dass es um die Veränderung der Rahmenbedingungen geht, damit der Einsatz von FBM vermindert werden kann. Versorgungseinrichtungen, die sich sowohl um die Einstellung, die Fortbildung wie auch die Arbeitsbedingungen ihrer Mitarbeiter/innen überdurchschnittlich kümmern, erzielen im Hinblick auf den Einsatz an FBM das „beste“ Ergebnis (Berlach-Pobitzer 2005).

In der Altenpflege wurden die konzeptionellen Ansätze am stärksten ausgearbeitet und können als Grundlage für die weitere Entwicklung des Indikators genutzt werden. Gerade im Bereich der Alternativen für das Personal im Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und mit der Vermeidung von Gefährdungen zeigen sich die hohe Pflegesensitivität des Indikators sowie die Komplexität des zugrundeliegenden Pflegeproblems, das in der Zukunft der Zusammenarbeit aller Berufsgruppen in den entsprechenden Einrichtungen bedarf. Da die Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen darauf beruht, die räumliche Umgebung adäquat zu gestalten und spezifische Hilfsmittel zum Personenschutz einzuführen, bedarf es vielfältiger organisatorischer Veränderungen sowie einer entsprechenden Schulung des Pflegepersonals. Das Pflegepersonal bildet dabei die zentrale Schnittstelle, um die alternativen pflegerischen Maßnahmen vorzubereiten, sie für die jeweiligen Personen spezifisch zu planen, einzusetzen, zu überwachen und ggf. anzupassen.

Problematisch ist die Dunkelziffer an freiheitsbeschränkender Maßnahmen bzw. wie sich der Umfang von FBM für Personengruppen, für die es de jure gar keine Freiheitsbeschränkungen geben darf, erheben lässt. Schließlich handelt es sich dabei um strafbare Freiheitsentziehung.

3.4 Vermeidung oder Behebung von Mangelernährung

3.4.1 Definition

Hier wird auf die Definition des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zurückgegriffen (Expertenstandard „Ernährungsmanagement“), da diese bereits in anderen Kontexten und in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin Verwendung findet. Demnach ist „Mangelernährung“:

„Ein anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktionen und Gesundheitszustand.“ (Schiemann 2009)

Die Frage, nach welchen Hinweisen und Kriterien Mangelernährung festgestellt werden kann bzw. soll, ist umstritten.

So wird etwa nach der Definition der WHO von einem signifikanten Untergewicht gesprochen, wenn der *Body Mass Index* (BMI) $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ bei 18- bis 65-Jährigen oder BMI $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ bei über 65-Jährigen ist (Sippola-Puster 2009). Allerdings ist der BMI eine anthropometrische Messgröße, die erstens bestimmte Aussagen nicht zulässt (z. B. Verhältnis Muskel-, Fettmasse, Ausmaß von Ödemen), und zweitens als statischer Wert keine (individuellen) Verläufe abbildet.

Der Einschätzung von beispielsweise Gewichtsverläufen kommt deswegen (in der Praxis) eine größere Bedeutung zu. Als kritischer Grenzwert zu einer Mangelernährungssituation kann ein Gewichtsverlust von mehr als fünf Prozent des Körpergewichtes in den letzten drei Monaten oder weniger als zehn Prozent in den letzten sechs Monaten gelten (Bartholomeyczik 2011).

Als weiteres grobes, aber einfaches und in der Praxis hilfreiches Kriterium für das Erkennen der Gefahr einer Mangelernährung gilt die kontinuierliche visuelle Erfassung der Verzehrmenge. Eine Mangelernährung kann angenommen werden, wenn beobachtet wird, dass die angebotenen Getränke und Speisen nicht oder nicht vollständig verzehrt werden (ein Rest von mehr als einem Viertel des angebotenen Essens bei zwei Dritteln der Mahlzeiten und/oder weniger als 1.000 ml Flüssigkeit/Tag über ca. fünf bis sieben Tage) (Bartholomeyczik 2011).

Weitere Kriterien sind u. a. das Vorliegen einer schweren appetitmindernden Krankheit (z. B. Tumorerkrankungen), der phänomenale Eindruck (z. B. untergewichtige Erscheinung), klinische Zeichen, die auf Flüssigkeitsmangel schließen lassen (z. B. Verwirrtheit), Zeichen sozialer Mangelversorgung (z. B. leerer Kühlschrank) und weitere Umstände, die eine adäquate Versorgung erschweren (z. B. eingeschränkte Mobilität) (Bartholomeyczik 2011).

3.4.2 Relevanz

Zunehmend beschäftigen sich Studien mit der Mangelernährungssituation von Patienten/Patientinnen in Krankenhäusern bzw. von Bewohnerinnen/Bewohnern in Pflegeheimen, die Mangelernährung als „Thematik mit hoher Relevanz“ (Maderdonner 2010) identifizierten.

Vorausgeschickt werden muss, dass die Prävalenzdaten eine gewisse Schwankungsbreite aufweisen, die vor allem auf unterschiedliche Erhebungsmethoden, aber auch auf variierende Auswahlkriterien hinsichtlich Setting und Gesundheitszustand bzw. Erkrankungen des jeweiligen Untersuchungskollektivs zurückzuführen ist. Dennoch lässt sich ein allgemeines Bild zeichnen.

Kaiser et al. (2010) erhoben in einer zusammengefassten Analyse von Studien aus allen fünf Kontinenten (80 % der Daten stammten allerdings aus Europa, n = 4.507, Durchschnittsalter 82,3 Jahre) die Prävalenz von Mangelernährung bei älteren Menschen auf Basis des Mini Nutritional Assessments. Die setting-übergreifende Studie ergab eine Prävalenz der Mangelernährung von 22,8 Prozent bei allerdings großen Unterschieden hinsichtlich des Settings (Rehabilitation 50,5 % Krankenhaus 38,7 %, Pflegeheim 13,8 %, ambulanter Bereich 5,8 %). Die Gruppe mit dem Risiko einer Mangelernährung wies im kombinierten Datensatz eine Prävalenz von 46,2 Prozent auf. Auch wenn die Autorinnen/Autoren vor einer einfachen Generalisierung bzw. Übertragbarkeit der Ergebnisse wegen der Heterogenität der Datensätze und der ungleichen Repräsentation der Settings warnen, weisen die Daten auf die große Bedeutung des Themas hin (Kaiser et al. 2010).

Im Rahmen der nutritionDay-Erhebung¹ 2007–2008 wurde die Prävalenz des Risikos einer Mangelernährung in 25 europäischen Ländern unter 21.007 Patienten/Patientinnen in 325 Krankenhäusern ermittelt. Demnach lag für beinahe ein Drittel (27 %) aller Patienten/Patientinnen das Risiko für eine Mangelernährung vor, wobei beträchtliche Schwankungen zwischen den europäischen Regionen verzeichnet wurden. Österreich wies eine der geringsten Prävalenzen auf (Schindler et al. 2010).

Im Jahr 2007 wurde die erste nutritionDay-Erhebung auch in Pflegeheimen in Österreich und Deutschland als Pilotprojekt durchgeführt. Von den 2.137 Bewohnerinnen/Bewohnern in neun österreichischen und 30 deutschen Pflegeheimen. Gemäß BMI-Kriterien waren 16,7 Prozent der Heimbewohner/innen mangelernährt und 13,9 Prozent hatten ein Risiko für eine Mangelernährung. Die Verlaufsuntersuchung lieferte übrigens Hinweise darauf, dass (durch das Projekt veranlasste) gesteigerte Aufmerksamkeit zur Verbesserung der Ernährungssituation der Bewohner/innen beigetragen haben könnte (Hiesmayr et al. 2009).

Prävalenzdaten zur Ernährungssituation von älteren Heimbewohnern in der Langzeitpflege (in Wien, n = 245, Pflegestufen 3–5) liefert auch der Österreichische Ernährungsbericht: demzufolge zeigten 14 Prozent der untersuchten Personen einen zufriedenstellenden Ernährungszustand, 48 Prozent lagen im Risikobereich für eine Mangelernährung und 38 Prozent wiesen einen schlechten Ernährungszustand auf (Elmadfa et al. 2009).

Die Autorinnen/Autoren des Österreichischen Ernährungsberichtes schließen, dass die Ergebnisse des Wiener Kollektivs internationalen Ergebnissen sehr ähnlich sind, dass der Ernährungszustand einen wesentlichen Einfluss auf Lebensqualität und Lebenserwartung habe. Der Ernährungszustand sei aber angesichts des hohen Prozentsatzes an Personen mit einem Risiko oder

1

Der „nutritionDay“ ist ein weltweit-internationales Projekt zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für Mangelernährung in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Koordinationszentrum ist in Wien (AKH Wien). An einem Stichtag werden jährlich die Daten erhoben, ausgewertet und den teilnehmenden Institutionen zur Verfügung gestellt (vgl. www.nutritionday.org).

einer manifesten Mangelernährung noch nicht ausreichend Gegenstand entsprechender Aufmerksamkeit geworden (Elmadfa et al. 2009).

Hackl et al. kamen bei einem Tiroler Kollektiv von Heimbewohnerinnen/-bewohnern (n = 267) auf folgendes Ergebnis: 31,5 Prozent wiesen einen normalen Ernährungszustand auf, bei 49,8 Prozent bestand das Risiko einer Mangelernährung und bei 18,7 Prozent lag manifeste Mangelernährung vor. Ein bedeutsamer Zusammenhang konnte zwischen der Pflegestufe (als Maß für den Grad an Selbständigkeit) und der Gefahr einer Mangelernährung festgestellt werden (Hackl et al. 2006).

Im Rahmen der europäischen Pflegequalitätserhebung (Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten – <http://aut.lpz-um.eu/deu/home>) wurde im Jahr 2011 die Prävalenz von Mangelernährung in 21 österreichischen Krankenhäusern (2.122 Patientinnen/Patienten), 9 Pflegeheimen (689 Bewohner/innen) und einer sonstigen Einrichtung (95 Personen) anhand von vier Parametern erhoben (klinischer Eindruck, BMI, Malnutrition Universal Screening Tool: MUST, Kriterien nach Meijers et al. 2009). Nach dem MUST-Wert wiesen etwa 5,2 Prozent der Patientinnen/Patienten und 8,7 Prozent der Bewohner/innen ein mittleres Risiko für eine Mangelernährung auf; ein hohes Risiko bestand für 10,7 Prozent im einen, für 11,8 Prozent im anderen Fall. Gemäß den Kriterien von Meijers et al. bestand für 18,6 Prozent der Patienten/Patientinnen und 23,2 Prozent der Bewohner/innen ein Risiko für eine Mangelernährung, bei 16,5 Prozent der Patienten/Patientinnen und 20,3 Prozent der Bewohner/innen lag eine manifeste Mangelernährung (Lohrmann/Schönherr 2011).

Die gesundheitlichen Folgen einer Mangelernährung sind u. a.: Abnahme der Muskelkraft, erhöhtes Sturzrisiko, Infektanfälligkeit, Wundheilungsstörungen, neurologische und kognitive Beeinträchtigungen, verlangsamte Rekonvaleszenz sowie generell ein reduzierter Allgemeinzustand, Müdigkeit und Antriebschwäche (Schiemann 2009).

3.4.3 Pflegesensitivität

Das Gewährleisten einer angemessenen Ernährung und die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme gehören zu den Kernaufgaben und zum selbstverständlichen Berufsalltag der Pflege. Ernährung, Kranken- und Diätkost sind Ausbildungsinhalte des Curriculums für allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege § 42 (GuKG). Insbesondere gehören zu den Aufgaben der Pflege (im Kontext multiprofessioneller Teams):

- » Erfassen der Ernährungssituation und von Risiken im Pflegeassessment
- » Führen von Ess-/Trink-Protokollen
- » Unterstützung bei der Speisenauswahl
- » Speisenanforderung
- » Anfordern, Bereithalten von Wunschkost und Zusatznahrung
- » Anregen von ernährungsmedizinischen Maßnahmen
- » Unterstützung bei der Einnahme von Mahlzeiten: kompensierend, teilkompensierend, anleitend, beratend

- » Orale sensorische Stimulation zur Anregung der Nahrungsaufnahme
- » Erhalten und Fördern der Selbständigkeit beim Essen und Trinken
- » Positives Einwirken auf das Essverhalten
- » Sorge für eine angenehme Umgebung bei den Mahlzeiten
- » Vermeiden von therapeutischen oder pflegerischen Interventionen während der Mahlzeiten
- » Beobachten des Ernährungszustandes
- » Informations- und Kommunikationsmanagement im Team (vgl. Schiemann 2009)

Diese vielfältigen und patientennahen Aufgaben im Rahmen der Ernährung verweisen auf einen hohen Einfluss der Pflege auf den Ernährungszustand von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen.

Allerdings ist Mangelernährung – wie andere pflegebezogene Ergebnisse – multikausal durch verschiedenste Faktoren bedingt. Beispielsweise haben natürlich Situation und gesundheitlicher Zustand des Patienten / der Patientin einen wesentlichen Einfluss auf den Ernährungszustand. So konnten etwa in der erwähnten Untersuchung des Österreichischen Ernährungsberichts bei älteren Heimbewohnern/-bewohnerinnen hoher Konsum an Medikamenten (97 %), Schwierigkeiten beim Schneiden von Lebensmitteln (71 %), Depression (63 %), Immobilität (57 %), geistige Beeinträchtigungen (52 %) als häufigste Risikofaktoren identifiziert werden (Elmadfa et al. 2009).

Generell sind besonders „Menschen, die aufgrund von Krankheit, funktionaler und/oder kognitiver Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, ihren Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf ausreichend zu decken“ (Schiemann 2009, 53), gefährdet. Weitere Risiken sind u. a. verschiedene Krankheiten (tumorbedingte), Multimorbidität, Depressionen, erhöhter Energiebedarf (fiebrige Infektionen, Traumata, Sepsis), Schluckstörungen, Medikamentennebenwirkungen, Funktionseinschränkungen oder auch beispielsweise der Umgebungswechsel in ein Krankenhaus sowie finanzielle Not, Armut, schlechte Lebensmittelqualität usw. (Bartholomeyczik 2011).

Bezüglich des konkreten Einflusses der Pflege konnte von Abbasi und Rudman (1990) ein Zusammenhang von Mangelernährung und personeller Besetzung in der Pflege festgestellt werden, wie etwa in einem Vergleich zweier US-amerikanischer Pflegeheime mit unterschiedlicher Prävalenz von Untergewicht: bei vergleichbaren Bewohnern/Bewohnerinnen hatte die Einrichtung mit der geringeren Prävalenz für Untergewicht einen um 30 Prozent höheren Personalschlüssel (dargestellt in Höwer 2002a). Woo et al. präsentieren ein ähnliches Ergebnis (Woo et al. 2005). Norberg, Bäckström et al. konnten außerdem feststellen, dass eine bessere personelle Besetzung mit einer geringeren Anzahl an Patienten/Patientinnen, die die Nahrungsaufnahme verweigern, einhergeht (zitiert und dargestellt in Höwer 2002a).

Im Expertenstandard „Ernährungsmanagement“ sind einige Studien beschrieben, die auf die Effektivität gut qualifizierter oder geschulter Pflegepersonen hinweisen, die durch Aufmerksamkeit zur Verbesserung des Ernährungszustandes von Patientinnen/Patienten und Bewohnerinnen/Bewohnern beitragen. Die Autorinnen/Autoren schließen, dass der „Nutzen und die Effektivität von gut qualifizierten Pflegekräften für den Bereich Ernährung und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme [...] anhand signifikanter Verzehrmenigensteigerungen belegt“ sind (Schiemann 2009, 87).

Erfahrungen mit Demenzkranken zeigten, dass eine positive Interaktion zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen zur Steigerung der Verzehrmenge beitragen kann. Auch sonstige Aspekte einer guten Beziehung zwischen Pflegenden und Betreuten und einer positiven Gestaltung der Umgebung durch die Pflege wirken sich positiv auf das Essverhalten von Risikogruppen aus. Darunter fallen etwa ein aktives Einbeziehen und Mitbestimmen der Pflegebedürftigen oder die Einnahme von Mahlzeiten in vertrauter gemeinschaftlich-familiärer Weise und dergleichen (Schiemann 2009).

3.4.4 Mangelernährung messen

Zur systematischen Erfassung der Ernährungssituation von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnerinnen/Bewohnern wurden bereits sehr viele Instrumente entwickelt, allerdings mit sehr unterschiedlichen Qualitätsgraden hinsichtlich wissenschaftlicher Testung, der spezifischen Eignung für den Einsatz in der Pflege oder etwa hinsichtlich der Verwendbarkeit in unterschiedlichen Settings (vgl. die Übersicht und die Kommentare in Bartholomeyczik 2011). Global kann gesagt werden, dass ein (grobes) Instrument zur Einschätzung des Ernährungsstatus Informationen enthalten sollte zu:

- » auffällig geringen Ess- und Trinkmengen,
- » groben Anzeichen eines Nahrungs- und Flüssigkeitsmangels,
- » unbeabsichtigtem Gewichtsverlust,
- » erhöhten Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarfen und
- » erhöhten -verlusten (Schiemann 2009).

Von der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) wurden setting- bzw. zielgruppenspezifisch Empfehlungen ausgesprochen, die in der Literatur immer wieder als Bezugspunkt genannt und auch vom Expertenstandard näher behandelt werden (Kondrup et al. 2003; Schiemann 2009). Demnach sind folgende Instrumente für eine erste und verhältnismäßig unkomplizierte Erfassung („Screening“) näher in Betracht zu ziehen:

- » NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) für den Krankenhausbereich
- » MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) für die ambulante Versorgung
- » MNA® (Mini Nutritional Assessment) bzw. die Kurzversion MNA-SF (MNA Short Form) für alte Menschen¹

Das MNA (-SF) gilt als eines der am häufigsten empfohlenen, eingesetzten und am besten getesteten Instrumente für die Erfassung der Ernährungssituation bei alten Menschen (Kaiser et al. 2009; Kaiser et al. 2010; Kondrup et al. 2003; Schiemann 2009). Die Kurzform (MNA-SF) enthält sechs Items zu: Appetitverlust, Gewichtsverlust, Mobilität/Beweglichkeit, akuten Krankheiten oder psychischem Stress, zur psychischen Situation; schließlich sieht das Instrument eine

1

Siehe: <https://www.uni-hohenheim.de/wwwin140/info/Anamneseboegen/Anamneseboegen.htm>

Messung des BMI oder alternativ des Wadenumfangs vor. Die Langversion des MNA enthält weitere 18 Items und ist als vertieftes Assessment gedacht.

Das MUST gilt ebenfalls als gut getestetes Instrument für den Einsatz im ambulanten Bereich (Kondrup et al. 2003). Über die ESPEN-Empfehlung hinaus wurde das MUST auch für den Krankenhausbereich evaluiert und dort mit guten Ergebnissen eingesetzt (Tannen et al. 2008). Das Instrument berechnet in drei Items zum BMI, zu einem ungeplanten Gewichtsverlust und zu krankheitsbedingter Nahrungskarenz über fünf Tage einen Score-Wert.

Das NRS-2002 wurde für die Risikoerfassung im Krankenhaus entwickelt und gilt als die in Europa am häufigsten gebrauchte standardisierte Screening-Methode in diesem Bereich (es überwiegen grundsätzlich jedoch lokal selbst entwickelte Instrumente – vgl. Schindler et al. 2010). Evaluationen des NRS-2002 ergaben u. a. gute prognostische Aussagekraft über Hospitalisationsdauer, Komplikationsrate und Mortalität von hospitalisierten Patienten (Kondrup et al. 2003; Leuenberger et al. 2012). Es enthält vier Fragen als Vor-Screening, erfasst werden der BMI, Gewichtsverlust in den letzten drei Monaten, eine evtl. reduzierte Nahrungsaufnahme in der letzten Woche und das Vorliegen einer schweren Erkrankung. In einem zweiten vertiefenden Schritt erfolgt eine Gradierung des verschlechterten Ernährungszustandes und der Schwere der Erkrankung (Stress-Metabolismus). Ein Punktwert wird für ein Alter über 70 Jahren hinzugerechnet.

Im Expertenstandard „Ernährungsmanagement“ wird dennoch darauf hingewiesen, dass keines dieser Instrumente für die Pflegepraxis selbst vorbehaltlos empfohlen werden kann. Da die Instrumente nicht speziell für die Pflege bzw. den Pflegeprozess entwickelt wurden, lässt sich z. B. aus dem MNA keine ursachenorientierte Planung pflegerischer Maßnahmen ableiten. Sie geben jedoch sinnvolle Hinweise und Anregungen für die Identifizierung von Menschen mit einer Mangelernährung bzw. einem Risiko dafür. Für den Fokus einer reinen Ergebnismessung können diese Instrumente durchaus herangezogen werden.

Alle drei Instrumente gelten grundsätzlich als praktikabel, zeitlich wenig aufwändig (Größenordnung 3–5 Minuten) und setzen jeweils zu einem gewissen Grad Expertinnenwissen bzw. Schulung voraus (BMI, Prozentrechnen, Einschätzen der Erkrankungsschwere ...). Die Langversion des MNA ist zeitintensiver (10–15 Minuten). Erfahrungen von Ernährungsteams in Österreich mit dem NRS-2002 deuten darauf hin, dass dieses Instrument für die tägliche Praxis möglicherweise etwas komplizierter anzuwenden sei (Prammer 2008, 18f.). Für das MNA(-SF)-Instrument sind Copyright-Bedingungen zu berücksichtigen. Da es sich um fokussierte Erfassungsinstrumente handelt, besteht die Gefahr der Doppeldokumentation – mit dem MDS (Minimum Data Set) des RAI-Instrumentes (Resident Assessment Instrument) wird beispielsweise ein bereits vertieftes Assessment des Ernährungszustandes im Rahmen der pflegerischen Routedokumentation erhoben.

Weitere von relevanten Fachgesellschaften/Expertinnengruppen empfohlene oder angeführte Screening- bzw. Assessment-Instrumente sind u. a.:

- » PEMU (Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen) wird von der Expertenarbeitsgruppe des Expertenstandards „Ernährungsmanagement [...] in der Pflege“

empfohlen. Eine umfassende wissenschaftliche Evaluierung steht aus. Trotzdem eignet sich das für die stationäre Langzeitpflege konzipierte Instrument zur Ableitung konkreter pflegerischer Maßnahmen¹.

- » SGA (Subjective Global Assessment) – empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und angeführt von der Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE).
- » AKE-Screening Mangelernährung / AKE-Screening für die geriatrische Langzeitbetreuung. Das AKE-Screening beruht auf dem NRS-2002 und stellt eine vereinfachte Version davon dar (Prammer 2008, 18f.), die als solche noch nicht wissenschaftlich getestet wurde.
- » SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ[©])) – angeführt von der AKE.

In Österreich werden bereits im Rahmen zweier größerer, wiederkehrender Projekte Daten zur Mangelernährung in Krankenhäusern und Pflegeheimen erhoben und die Ergebnisse den Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Beim „nutritionDay“ kommen die speziell entwickelten nutrition-Day-Fragebögen zum Einsatz. Diese wurden aus bestehenden, mittlerweile validierten Fragebögen zusammengesetzt² und auf Praktikabilität getestet (Prammer 2008, 25).

Im Rahmen der europäischen Pflegequalitätserhebung werden zur Bestimmung der Mangelernährung vier Parameter herangezogen: der klinische Eindruck, BMI, das MUST-Instrument sowie die Kriterien nach Meijers et al. (2009). Gemäß Letzteren wird Mangelernährung diagnostiziert, wenn eines oder mehrere folgender Kriterien zutreffen:

- » BMI $\leq 18,5$ kg/m² (Alter 18–64 Jahre) oder BMI ≤ 20 kg/m² (Alter > 64 Jahre)
- » Ungewollter Gewichtsverlust (> 6 kg in den letzten 6 Monaten oder > 3 kg im letzten Monat)
- » Keine Nahrungsaufnahme in den letzten drei Tagen oder eingeschränkte Nahrungsaufnahme in den letzten 10 Tagen zusammen mit einem BMI zwischen 18,5 und 20 kg/m² (Alter > 64 Jahre)

Ein Risiko für eine Mangelernährung besteht nach denselben Kriterien, wenn:

- » BMI zwischen 21 und 23,9 kg/m²
- » Eingeschränkte Nahrungsaufnahme in den letzten drei Tagen oder keine normale Nahrungsaufnahme seit über einer Woche (vgl. Lohrmann/Schönherr 2011, 83 ff.)

Außerdem wurden im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung Informationen darüber eingeholt, ob bzw. wie in den Einrichtungen die Erfassung des Ernährungszustandes erfolgt. Demnach wird bei 82,8 Prozent der Patienten/Patientinnen und bei 95,6 Prozent der Bewohner/innen bei der Aufnahme der Ernährungszustand erfasst. Das Erfassen des Gewichts war die häufigste Methode, gefolgt vom Beobachten des klinischen Zustands. Standardisierte Screeninginstrumente kamen bei 20 Prozent der Patienten/Patientinnen und bei knapp 50 Prozent der

1
<http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/groups/607/PEMU.pdf>

2
Persönliche Kommunikation PD Dr. Karin Schindler

Bewohner/Bewohnerinnen zum Einsatz. Nicht zuletzt wurde erhoben, welche ernährungsbezogenen Maßnahmen ergriffen wurden.

3.4.5 Diskussion

Generell ist das Problembewusstsein für Mangelernährung in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens gestiegen. Mangelernährung ist ein multikausal bedingtes Gesundheitsproblem, aber durch pflegerische Versorgung in einem solchem Maß bedingt, dass die Erhebung des Ernährungsstatus Hinweise über die diesbezügliche Pflegeergebnisqualität liefern kann. Eine mögliche zukünftige einrichtungsübergreifende Qualitätsarbeit in der Pflege hinsichtlich Mangelernährung steht vor verschiedenen Herausforderungen. Da die gegebenen Assessment-Instrumente nicht vorbehaltlos für die Pflege-Praxis empfohlen werden können (sie wurden nicht für die Pflege entwickelt, pflegerischen Maßnahmen sind nicht direkt ableitbar, Problem möglicher Doppeldokumentation), stellt sich die Frage, ob Daten zur Mangelernährung aus der Routine-Dokumentation überhaupt sinnvoll erhoben werden können oder ob nicht Stichtagserhebungen geeigneter sind. Außerdem wird geklärt werden müssen, welchen Detaillierungsgrad die Daten zu Mangelernährung aufweisen sollten, damit ein organisationales und Organisationen übergreifendes Lernen möglich wird (wie z. B. Altersstruktur der Patienten/Patientinnen bzw. Bewohner/Bewohnerinnen in einer Einrichtung, ergriffene Maßnahmen u. dgl.).

3.5 Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/ Versorgung

3.5.1 Definition

Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung kann in sehr kurzer Form als die Meinung von Patientinnen oder Patienten über die erfahrene Fürsorge/Versorgung durch das Pflegepersonal definiert werden (nach Hinshaw & Atwood 1981, zitiert von Wagner/Bear 2009). Oft wird die Bedeutung der zwischenmenschlichen Interaktion besonders betont. Nach Donabedian (1988, zitiert von Wagner/Bear 2009) bezeichnet der Begriff Zufriedenheit die Beurteilung der Qualität der Fürsorge/Versorgung in allen Aspekten, insbesondere aber insofern diese die zwischenmenschlichen Prozesse betrifft. Häufig wird festgestellt, dass Zufriedenheit oder Unzufriedenheit aus dem Grad der Übereinstimmung bzw. der Diskrepanz von Erwartung und Wahrnehmung der Qualität der tatsächlichen Pflege resultiert (Johansson et al. 2002; Laschinger et al. 2011).

Die hauptsächlichen Merkmale der Definition von Zufriedenheit in Bezug auf die Pflege lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- » Subjektive Empfindung, Beurteilung, kognitiv emotionale Reaktion von Patientinnen/Patienten auf die erlebte Fürsorge/Versorgung
- » Grad der Übereinstimmung/Diskrepanz von Erwartung und Wahrnehmung der erlebten Fürsorge/Versorgung
- » Akzentuierung der zwischenmenschlichen Interaktion

3.5.2 Relevanz

Das Thema der Zufriedenheit von Patientinnen/Patienten ist komplex und Gegenstand verschiedener Perspektiven und Interessen, die sich widersprechen oder auch ergänzen, jedenfalls aber sorgfältig bedacht und letztlich zueinander balanciert werden müssen. Grundsätzlich steht „Zufriedenheit“ als Qualitätsindikator im Kontext einer verstärkten Patientenorientierung in der Versorgung (Schmidt et al. 2011). Patientinnen- und Patientenorientierung meint den Einbezug der Sicht- und Erlebensweisen von Patienten und Patientinnen sowie eine generelle Ausrichtung an deren Entscheidungen, Wünschen und Bedürfnissen (nach § 2 Gesundheitsqualitätsgesetz; Trummer et al. 2004). Allgemein gesprochen: Menschen wollen nicht als Diagnosen, sondern als Personen behandelt werden (Trummer et al. 2004, 4). Ob diese Grundorientierung aus der Perspektive etwa des Krankenhausträgers bzw. des Managements oder aus der Perspektive des Berufsethos gesehen und erfragt wird, bringt einige Unterschiede mit sich.

Zufriedenheit aus „Management“-Perspektive

Folgende Faktoren haben zum verstärkten Interesse an der „Patientenzufriedenheit“ – im deutschen Sprachraum seit den 1990er Jahren, in den englischsprachigen Ländern schon seit etwas längerer Zeit (Schmidt et al. 2011; Wagner/Bear 2009) – beigetragen:

- » Zunehmende Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen
- » Partielle Einführung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente
- » Wachsender Wettbewerb im Gesundheitswesen (Johansson et al. 2002; Schmidt et al. 2011; Wagner/Bear 2009)
- » „Total-Quality-Management“-Bewegung
- » Zunehmende Betrachtung von Patientinnen/Patienten als Kundinnen/Kunden
- » Zunehmendes Selbstverständnis von Patientinnen/Patienten als Konsumentinnen/Konsumenten (Laschinger et al. 2011; Müller-Straub 2001)

Die Beschäftigung mit der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten hat sich also in den letzten Jahrzehnten nicht so sehr aus einem fachlich-pflegewissenschaftlichen Zugang heraus entwickelt, sondern eher aus der Perspektive des Managements der Träger von Gesundheitseinrichtungen bzw. aus gesellschaftlich-kulturellen Transformationen. Das Erheben von Zufriedenheit dient der internen Qualitätssicherung, stellt einen Faktor im Wettbewerb mit anderen Gesundheitseinrichtungen dar und entspringt einer Denk- und Handlungslogik, in der Patienten/Patientinnen als Kunden/Kundinnen oder Konsumenten/Konsumentinnen gesehen werden bzw. sich selbst zunehmend als solche verstehen (vgl. dazu auch Friesacher 2004). Für die Bedeutung der Pflege innerhalb dieses Bezugsrahmens konnte in Studien vor allem aus englischsprachigen Ländern festgestellt werden, dass es eine starke Beziehung von Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung und der Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhaus gibt (Johansson et al. 2002; Laschinger et al. 2011; Müller-Straub 2001; Valentine 1991) sowie damit, die Einrichtung weiter zu empfehlen und selbst wieder die Einrichtung zu nutzen (Laschinger et al. 2011).

Zufriedenheit aus der Sicht des Berufsethos

Aus fachlicher Sicht, also aus der Perspektive des Berufsethos, steht aber nicht so sehr das „Wohlergehen“ der Einrichtung im Vordergrund, sondern das Wohlergehen von Patientinnen und Patienten, zunächst im Sinne des Erhalts oder einer Verbesserung der Gesundheit. In dieser Hinsicht konnten beispielsweise Hinweise auf eine Beziehung zwischen der Therapietreue bzgl. der Medikamenteneinnahme durch Patientinnen/Patienten und deren Zufriedenheit mit der pflegerischen Fürsorge/Versorgung konstatiert werden (Laschinger et al. 2011).

Darüber hinaus wurde jedoch aus pflegewissenschaftlicher Sicht in prinzipieller Weise Kritik am Kunden-Modell in der Gesundheitsversorgung geübt, da es im Widerspruch zum Berufsethos stehe (Austin 2011; Friesacher 2004; Käppeli 2005; Wettreck 2001). Demnach hat die Beziehung von einer pflegenden Person zu einem hilfebedürftigen Menschen nicht bloß die Struktur der Erbringung einer (Summe von) Dienstleistung(en), sondern eine Struktur, wofür in der Pflēgetheorie das Kernkonzept „Caring“ steht (Kohlen 2008; Lea/Watson 1996; Mayer 2011; Morse 1990; Spichiger et al. 2005).

„Caring“ wird mit „Sorge“ oder „Fürsorge“ übersetzt und verweist als Konzept darauf, dass der Pflegeprozess nicht nur als Interventionsprozess, sondern auch als Beziehungsprozess gesehen werden muss (vgl. insbesondere Käppeli 2005; Wettreck 2001; Wolff 1991).

Wesentliche Elemente von Fürsorge werden in verschiedenen Weisen systematisiert und je unterschiedlich akzentuiert (Morse 1990). Wichtige solche Elemente sind:

- » Verfügbarkeit/Zugänglichkeit (der Pflegeperson)
- » Voraussehen/Antizipation von Bedürfnissen
- » Vertrauensvolle Beziehung, „Verbundenheit“
- » Anteilnahme und Aufmerksamkeit
- » Empathie
- » Sorge um Würde, Integrität und Individualität
- » Mut zur Involvierung in kritische Lebensereignisse
- » Beistand leisten
- » Wohltun und Trost („comforting“)
- » Zuhören
- » Emotionale Unterstützung, „Gefühlsarbeit“
- » Sorgfalt in den Pflegehandlungen
- » Informieren und in Entscheidungen einbinden
- » Bemühen um Verständnis
- » Empfundene moralische Verpflichtung zur Hilfe („Solidarität“, „Bündnis“).

Ein bekanntes und immer wieder zitiertes Modell stammt von Donna Fosbinder (Fosbinder 1994), die aus semi-strukturierten Interviews mit Patienten/Patientinnen über deren Wahrnehmung der Fürsorge durch Pflegenden Elemente zwischenmenschlicher Kompetenz identifizieren konnte. Diese Elemente, die patientenseitig zu Zufriedenheit im Sinne der Erfahrung von Fürsorge führten, umfassten:

- » „Translating“: Die Pflegepersonen fungieren als „Übersetzer/innen“ der Situation der Patientin bzw. des Patienten, indem sie erklären, beraten, informieren;
- » „Getting to know you“: Von den Patienten/Patientinnen wurde eine persönliche, über das rein professionelle Dienstleistungsverhältnis hinausgehende zwischenmenschliche Anteilnahme, der wechselseitige Austausch auch von persönlichen Erfahrungen als fürsorgend empfunden. Das inkludiert Humor, Freundlichkeit und einen „Zugang“ zueinander („Clicking“) (vgl. auch Wettreck 2001);
- » „Establishing trust“: Das Etablieren einer vertrauensvollen Beziehung umfasst u. a. die Antizipation von Bedürfnissen, verantwortungsvolle kompetente Praxis, das nachhaltige Verfolgen ganzheitlicher Handlungsbögen, aber auch die spürbare Freude am Beruf;
- » „Going the extra mile“: Schließlich nahmen die Patienten/Patientinnen etwas als fürsorglich wahr, was Fosbinder „Going the extra mile“ nennt, also eine Mehr-Leistung, die über das, was zu erwarten oder einzufordern ist, spürbar hinausgeht. Dieses „kleine Extra“, das die Freude und den Idealismus von Pflegenden spürbar werden lässt, trägt insbesondere dazu bei, als Individuum, nicht bloß als weiterer Patient (als Fall) wahrgenommen zu werden (ähnliche Feststellungen bei Arman/Rehnsfeldt 2007).

Die fürsorgende Interaktion bzw. dementsprechende Haltung von Pflegenden wird nun ihrerseits auf bestimmte Wirkungen untersucht, wie etwa auf die Befähigung des Patienten / der Patientin, die Situation zu bewältigen oder auch gemäß der Lebensphase als Mensch zu reifen aufgrund einer fürsorglichen Interaktion und Praxis (Shiber/Larson 1991).

Andererseits wird Fürsorge auch selbst als intrinsischer Wert und somit als wesentliches Ergebnis betrachtet (Shiber/Larson 1991). In ihrem „State of the Art“-Bericht zur Pflegeergebnismessung im Auftrag für das Department of Health in England beschreiben Griffiths et al. „mitfühlende Fürsorge“ („compassionate care“), in dieser Linie als „intrinsisch wichtigen“ („intrinsically important“) Indikator, weil damit u. a. der Bereich der Würde („dignity“) berührt werde (Griffiths et al. 2008). Die Erfahrung von Fürsorge kann in dieser Linie auch als das Bewahren von Würde angesichts der Bedrohung durch Altern, Kontrollverlust, Gebrechlichkeit, Abhängigkeit beschrieben werden (Anderberg et al. 2007; Franklin et al. 2006).

Für viele stellt „Fürsorge/Caring“ darüber hinaus einen der wichtigsten Bestandteile oder sogar das Wesen von Pflege selbst dar (Benner 1997; Morse 1990; Spichiger et al. 2005).

Der Zufriedenheit von Patientinnen/Patienten mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung kommt also – je nach Bezugsrahmen – sowohl extrinsische Bedeutung, d. h. sie führt zu einem anderen erwünschten Ergebnis (z. B. Zufriedenheit mit der Einrichtung, Therapie-Adherence) als auch intrinsische Bedeutung zu, stellt also einen Wert bzw. ein erstrebenswertes Ergebnis in sich dar (als Erfahrung von Fürsorge). Ausgehend davon könnte es hilfreich sein, einen „schwachen“ einem „starken“ Begriff von Zufriedenheit gegenüberzustellen. Der „schwache“ Begriff könnte mit „Zufriedenheit-mit“ benannt werden und stellt die Managementperspektive als globale (oberflächliche) Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal dar. Der „starke“ Begriff könnte mit „Zufriedenheit-durch“ benannt werden und stellt die Perspektive des Berufsethos, Zufriedenheit durch die Fürsorge von Pflegepersonen, dar. In der Realität, vor allem in der Empfindung von Patientinnen

und Patienten, werden sich diese Perspektiven vermischen, aber es gilt dennoch, diese analytisch zu trennen (siehe Diskussion Punkt 3.5.4).

Besonderheiten des Indikators gegenüber anderen

Höwer macht darauf aufmerksam, dass die Orientierung an der subjektiven Empfindung und Einschätzung der Empfänger/innen von Fürsorge/Versorgung durch Pflegende (und andere Gesundheitsberufe bzw. -einrichtungen) „einen gewichtigen Gegenpol zu den übrigen, stark durch die Interessengruppen der Pflegenden, der staatlichen Aufsicht sowie der Einrichtungs- und Kostenträger geprägten Qualitätsindikatoren“ darstellt (Höwer 2002b).

Schmidt et al. betonen komplementär, dass „heute weitgehend Konsens darüber [besteht], dass Patienten-, Bewohnerurteile [...] als *alleinige* Qualitätsindikatoren unzureichend sind, da für eine umfassende Einschätzung der Versorgungsqualität auch andere Kriterien bzw. Perspektiven (z. B. objektive Sachverhalte und Expertenurteile) herangezogen werden müssen“ (Schmidt et al. 2011, kursiv im Original). Allein der Verweis darauf, dass Zufriedenheit als „alleiniger“ Indikator diskutiert wurde, zeigt allerdings die Bedeutung und die Höherstufigkeit des Indikators auf.

„Höherstufigkeit“ bedeutet, dass „Zufriedenheit“ nicht auf eine Stufe mit anderen Indikatoren zu stellen ist. Beispielsweise kann ein Patient / eine Patientin mit einer Behandlung oder Unterstützungsleistung zufrieden sein, obwohl diese aus fachlicher Sicht ungenügend erscheinen muss – wie häufig im Zusammenhang mit der Einschätzung des Schmerzmanagements (vgl. Indikator Schmerzmanagement bzw. (Milutinovic et al. 2009). Umgekehrt kann aus professioneller Sicht ein pflegerisches Ziel erreicht werden (z. B. intakter Hautzustand, Vermeidung eines Dekubitus) und der Patient / die Patientin dennoch mit der Pflege unzufrieden sein, wenn das Ziel über eine „kühle“, teilnahmslose oder sogar entwürdigende zwischenmenschliche Interaktion erreicht wurde (z. B. während der druckentlastenden Lagerung keine Gesprächsangebote, achtlose Berührungen und dergleichen). Der Zufriedenheit von pflegebedürftigen Menschen ist also insofern besondere Beachtung zu schenken, da der Indikator quer zu den anderen Indikatoren liegt und gleichzeitig ein höheres Ziel darstellt. Zufriedenheit kann auch dann ein letztes Ziel sein („trotz allem“), wenn andere Ziele nicht mehr erreicht werden können oder sinnvoll erscheinen, wie etwa öfters im Kontext von Palliative Care. In der Philosophie gibt es eine traditionelle Unterscheidung von „Zielen in sich“ und solchen Zielen, die um anderer Ziele willen erstrebt werden, also selbst wiederum „Mittel“ oder Zwischenziele darstellen (vgl. z. B. Höffe 2009). Höchste oder „letzte“ Ziele in sich sind solche, auf die nicht mehr sinnvoll mit einer Warum-Frage geantwortet werden kann. Der Begriff des „Glücks“ (griechisch: „Eudaimonia“) stellt den philosophiegeschichtlich zentralen Begriff dar (Horn 2008): es macht keinen Sinn zu fragen, warum jemand nach Glück strebt. Mit Begriffen wie „Lebensqualität“, „Wohlbefinden“ oder „Zufriedenheit“ verhält es sich ähnlich. Sonstige medizinische oder pflegerische Ziele, die einen bestimmten Gesundheitsstatus anstreben, sind hingegen nur relative Ziele. Etwa kann ein Dekubitus in einer bestimmten Situation (z. B. Terminalphase) akzeptiert werden, weil die Belastung für den betroffenen Menschen etwa durch das Drehen und Lagern größer ist als der Nutzen. Die Druckentlastung muss mit einer Antwort auf eine Warum-Frage gerechtfertigt werden. „Zufriedenheit“ kann hingegen als Selbstzweck und intrinsisch wichtiges Ziel gesehen

werden, das mit der fürsorgenden Beziehung zwischen einem hilfebedürftigen und einem helfenden Menschen zu tun hat.

Methodische Schwierigkeiten

Wenngleich die große Relevanz der Zufriedenheit außer Frage steht, so bestehen doch methodische Probleme bei der Erfassung der Zufriedenheit. Im Kern ergeben sich diese Schwierigkeiten aus der Tatsache, dass es sich bei Zufriedenheit um subjektive Einschätzungen handelt und diese subjektiven Bewertungen von – wie dargestellt – unterschiedlichen Deutungsrahmen ausgehen oder erfragt werden. So weisen Schmidt et al. etwa darauf hin, dass mehrdimensionale Fragebögen – also solche, die nicht nur globale Zufriedenheitsdaten erheben – ‚sich erheblich in Inhalten bzw. Bereichen unterscheiden (Schmidt et al. 2011), worunter eine Vergleichbarkeit über Settings hinweg oder der Einbezug wesentlicher Perspektiven leiden kann. So würden oft Zufriedenheitserhebungen pflegerische Kernkonzepte und Kernhandlungen verfehlen, oder aber z. B. umgekehrt eher Inhalte des Dienstleisters widerspiegeln und sich weniger um die Perspektive der Patientin bemühen (Laschinger et al. 2011). So klar der Ausgangspunkt ist – die subjektive Einschätzung der Empfängerinnen von Fürsorge/Versorgung –, so vieldeutig und umstritten ist also die Definition von „Zufriedenheit“ und damit, was genau erfragt werden soll. Außerdem werden oft mit demselben Fragebogen sehr heterogene Patientengruppen befragt, ohne diese Heterogenität in der Auswertung zu berücksichtigen, wie z. B. den Schweregrad von Erkrankungen (Neugebauer/Porst 2001).

Auf ein weiteres methodisches Problem weisen die auffällig hohen globalen Zufriedenheitsraten hin (Schmidt et al. 2011). Es braucht also viel, bis sich Patienten/Patientinnen negativ äußern: entweder ein extrem negatives Ereignis oder aber eine vertiefte Befragung, um zu differenzierteren Antworten zu gelangen. Ein positives Ergebnis von eher globalen (oberflächlichen) Befragungen sagt deshalb nicht so sehr etwas darüber aus, ob die Pflege gut war, sondern nur darüber, dass nichts bemerkenswert Negatives vorgefallen ist. Deswegen sind sehr allgemein gehaltene Zufriedenheitsbefragungen, auf die sich die Berufsgruppen, Management und Politik leicht berufen können, aufgrund ihres zweifelhaften Informationswertes mit kritischem Vorbehalt zu lesen (Schmid-Büchi 2001).

Eine der Hauptverzerrungen stellt das Problem der sozialen Erwünschtheit dar (Neugebauer/Porst 2001). Der Patienten / die Patientin befindet sich in einem Abhängigkeitsverhältnis bzw. kann davon ausgehen, dass Pflegepersonen grundsätzlich motiviert sind, gute Hilfe zu leisten. Deshalb kann es als nicht angebracht oder sogar gefährlich erscheinen, Kritik zu äußern.

Das unterschiedliche Anspruchsniveau oder das unterschiedliche Wissen von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen darüber, was an Leistungen und Handlungen erwartet werden kann, stellt eine weitere komplexe Hürde dar. Menschen fordern etwas nicht ein, von dem sie glauben, dass es z. B. im Krankenhaus ohnehin nicht erbracht werden kann, wie etwa Beratung – und geben sich dann mit weniger zufrieden als aus professioneller Sicht notwendig wäre (Mayer 2011; Neugebauer/Porst 2001). In weiterer Folge könnte so das Ziel von Zufriedenheitsbefragungen (Anpassung des Leistungsangebots an die Erwartungen von Patien-

ten/Patientinnen) sich paradox ins Gegenteil verkehren: nämlich die Anpassung der Patientenanprüche an das faktische Leistungsangebot (vgl. Blum 1998, referiert von Neugebauer/Porst 2001, 23).

Eine Hauptschwierigkeit besteht jedoch darin, dass mit je höheren Graden der Hilfebedürftigkeit (z. B. Demenz oder Multimorbidität) die Erhebung der subjektiven Einschätzung sich zunehmend verkompliziert und gar verunmöglicht wird (Höwer 2002b). Andererseits kommt gerade hier die Bedeutung einer fürsorgenden, empathischen Pflege, die anwaltschaftliche Funktionen („advocacy“) übernimmt, besonders zum Tragen. Wo mögliche „Zufriedenheit“, „Wohlbefinden“, ja „Würde“ am stärksten gefährdet sind, steigt auch deren Bedeutung. Genau aber das Erleben dieser besonders vulnerablen und bedürftigen Menschen lässt sich in Erhebungsinstrumenten nur schwer abbilden. Zudem korreliert die Zufriedenheit mit einem guten Gesundheitszustand und der Kürze der Aufenthaltsdauer (Neugebauer/Porst 2001). Wenn – wie typischerweise es der Fall ist – Patienten/Patientinnen bei oder nach der Entlassung einen Fragebogen ausgehändigt bekommen, also in einem Zustand relativ guter (aktueller) Gesundheit, gehen womöglich gerade kritische Erfahrungen unter. Deshalb kommt qualitativen Forschungsmethoden – sowie einer reflektierten Orientierung daran – hier besondere Bedeutung zu. Nicht repräsentiert werden außerdem auch Menschen, die der Sprache des Fragebogens nicht mächtig sind.

Zusammengefasst kann von einer komplexen Situation gesprochen werden. Einerseits stellt die Zufriedenheit sowohl aus Sicht der Träger von Einrichtungen, von staatlichen oder einrichtungsinternen Qualitätssicherungssystemen, aus Sicht der Pflegewissenschaft und des Berufsethos wie auch und vor allem aus der Sicht der Betroffenen bzw. Empfängerinnen von Fürsorge und Gesundheitsdienstleistungen einen äußerst bedeutsamen Indikator dar – wenn nicht den wichtigsten überhaupt. Andererseits sind eine genauere Definition von „Zufriedenheit“ und deren methodische Erhebung bzw. Messung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Jedenfalls müssen die verschiedenen Deutungsrahmen mitgedacht und in Beziehung gebracht werden.

3.5.3 Pflegesensitivität (Beeinflussbarkeit)

Wie bereits erwähnt, deuten einige Erfahrungen darauf hin, dass die Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung in einer engen Beziehung zur Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt im Krankenhaus steht. Wie andere pflegesensitive Patientenergebnisse unterliegt aber auch die Zufriedenheit einer dynamischen Wechselwirkung von Faktoren. Die besonders große Rolle der Pflege hinsichtlich der Zufriedenheit muss aber erwähnt werden.

Johansson et al. weisen in ihrem Review zunächst auf Faktoren hin, die sich einem unmittelbaren Einfluss durch pflegerische Handlungen bzw. deren Organisation entziehen. So wird die Zufriedenheit von Patienten/Patientinnen von Charakteristika, die diese selbst mitbringen, beeinflusst. Untersucht wurde etwa der Einfluss des soziodemografischen Hintergrundes von Patientinnen/Patienten auf die Zufriedenheit (Alter, Geschlecht, Bildungsgrad). Weitere nicht primär durch die Pflege selbst beeinflussbare Faktoren stellen die unterschiedlichen Erwartungshaltungen von Patientinnen und Patienten dar oder auch Einflussfaktoren wie die räumliche Umgebung, Aus-

stattung der Einrichtung (Sauberkeit, Geräuschkulisse etc.), Qualität von Services (Essen), die Wahrnehmungen der Patienten und Patientinnen von Interaktion mit Angehörigen anderer Berufsgruppen usw. (Johansson et al. 2002).

Die im engeren Sinn pflegesensitiven Faktoren werden von Laschinger et al. in ihrer Überblicksarbeit in zwischenmenschliche Faktoren („interpersonal“) und strukturelle Faktoren eingeteilt (Laschinger et al. 2011). Bemerkenswert erscheint diese Einteilung übrigens selbst. In der Regel werden strukturelle Faktoren und individuelle Faktoren unterschieden. Dass hier nicht von „individuellen“, sondern von „zwischenmenschlichen“ Faktoren die Rede ist, unterstreicht noch einmal die Bedeutung der pflegerischen Beziehung.

Als wichtige zwischenmenschliche Faktoren für die Zufriedenheit gelten ein starker Einbezug der Sichtweise und der Meinung von Patienten/Patientinnen bezüglich der Fürsorge/Versorgung, der Einbezug in Entscheidungen sowie die Kommunikation von Informationen und die Beratung über Gesundheitszustand, Symptome und Versorgungsprozesse. Wie Griffiths et al. betonen auch Laschinger et al. die Bedeutung von Philosophie und Praxis einer mitfühlenden Fürsorge („compassionate caring approach“) (Griffiths et al. 2008; Laschinger et al. 2011).

Hinsichtlich struktureller Faktoren gibt es Hinweise, dass die Kompetenz von Pflegepersonen einen Einfluss auf die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten hat. Es ist eine immer wieder anzutreffende Feststellung, dass, während Pflegepersonen selbst die Rolle von Gefühlen akzentuieren, Patientinnen und Patienten zunächst das fachliche Wissen, die Sicherheit in den Handlungen und die technischen Fertigkeiten als „fürsorglich“ erfahren und bewerten (Mayer 2011). Weiter dürfte Zufriedenheit begünstigt werden durch die Arbeit nach professionellen Pflegemodellen (z. B. Primary Nursing), die Anwesenheit von Pflegeexperten bzw. -expertinnen (Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Specialist), adäquate Personalschlüssel, vor allem aber durch eine hohe Berufszufriedenheit von Pflegepersonen.

In der Literaturstudie von Johansson et al. werden ebenfalls die Wichtigkeit von Kommunikation und Information, der Partizipation von Patienten und Patientinnen an Entscheidungsprozessen und die fachlich-technischen Kompetenzen von Pflegepersonen genannt. In ebenfalls ähnlicher Weise wird wiederum die Bedeutung der Qualität der zwischenmenschlichen Interaktion für die Zufriedenheit von Patienten/Patientinnen unterstrichen. Diese umfassen beispielsweise den Grad der Aufmerksamkeit, die Pflegepersonen den Patienten/Patientinnen schenken, das Verständnis für nicht verbal ausgedrückte Fragen und Bedürfnisse, ob Pflegepersonen Zeit zum Zuhören aufbringen und Interesse am Kontakt mit Patientinnen/Patienten zeigen oder auch den Grad der Personalisierung der Fürsorge/Versorgung. Außerdem werden ein ganzheitliches Verständnis von Pflege und eine Erbringung von Fürsorge/Versorgung auch auf der Basis von Gefühlen als die Zufriedenheit beeinflussend genannt (Johansson et al. 2002).

Palese et al. untersuchten den Zusammenhang von wahrgenommenem Fürsorge-Verhalten von Pflegepersonen (gemäß dem „*Caring Behaviours Inventory*“) und der Zufriedenheit von Patienten/Patientinnen im chirurgischen Setting in sechs europäischen Ländern (n = 1.565). Sie stellten fest, dass der Faktor „positive Verbundenheit“ („positive connectedness“) den stärksten Einfluss auf die Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten hatte. „Positive Verbundenheit“ umfasst

das Schulen und Beraten, das Verbringen von Zeit mit Patientinnen/Patienten, die Hilfe für die Entwicklung von Patientinnen/Patienten („helping patients grow“), den Einbezug in die Planung von Pflege und Versorgung sowie Geduld und Unermüdlichkeit (Palese et al. 2011).

3.5.4 Zufriedenheit messen

Die Frage, wie etwas Subjektives wie Zufriedenheit „gemessen“ werden kann (mit objektiv wissenschaftlichen Methoden, letztlich in Zahlen), ist alles andere als trivial. Es wird von der „Messung des Unmessbaren“ gesprochen (Fagerström/Bergbom 1998) Einige methodische Schwierigkeiten wurden bereits angesprochen (vgl. Punkt „Methodische Schwierigkeiten“). Das Spektrum an Zugängen zu den subjektiven Einschätzungen von Patienten/Patientinnen über die Pflege umfasst deshalb z. B.:

- » die in vielen Krankenhäusern bereits eingesetzten standardisierten Fragebögen zur Patientenzufriedenheit, die Fragen zur Pflege im Kontext verschiedener Dimensionen integrieren (die gebräuchlichste Methode der Zufriedenheitsmessung);
- » weiter und tiefer reichende (ebenfalls quantitative) Instrumente spezifisch zur Messung der Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung im Sinne von „Caring“;
- » schließlich aber auch qualitative Erhebungsverfahren, in denen leitfadengestützte Interviews, Beobachtung(en), Feldnotizen, Protokolle und entsprechende inhaltliche Auswertungen etc. zum Einsatz kommen.

Im vorliegenden Kontext kann die wissenschafts- bzw. erkenntnistheoretische Methodendebatte nicht weiter geführt werden. Es muss jedoch auf einen wesentlichen Punkt hingewiesen werden, der dafür spricht, die methodische Vielfalt im Auge zu behalten.

Quantitative Erhebungsinstrumente – die gebräuchlichen standardisierten Fragebögen – richten sich an Menschen, die physisch und psychisch in der Lage sind einen Fragebogen zu verstehen, zu beantworten und selbst auszufüllen. In der Regel wird der Fragebogen bei der Entlassung mitgegeben, also in dem Moment, in dem ein Mensch seinen/ihren Status als Patient/Patientin streng genommen wieder hinter sich lässt. In diesem Sinne werden letztlich „souveräne“, hinreichend gesunde Personen befragt. Im Gegensatz dazu spielt aber die in einem tiefen Sinn verstandene Zufriedenheit durch pflegerische Versorgung (inklusive der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung) gerade für jene Menschen eine besondere Rolle, die gerade existenziell Souveränität (gewisses Maß an Gesundheit, Bewusstheit, Artikulationsfähigkeit usw.) entbehren. Das betrifft beispielsweise besonders kranke Menschen (etwa im Kontext von Palliative Care), sehr alte Menschen (im Krankenhaus, aber auch im Heim) oder Menschen mit dementiellen Erkrankungen. Zugespitzt formuliert: Ausgerechnet die Bedürftigsten – und damit der tiefere Sinn und die höhere „Kunst“ von pflegerischer Fürsorge/Versorgung – kommen in den gebräuchlichsten Erhebungsformen, den standardisierten Fragebögen, schlichtweg nicht vor.

Erfahrungen aus einer Studie von Klindtworth et al. zur Zufriedenheit von Patienten/Patientinnen und Angehörigen in einer Palliativstation ergaben deshalb nicht nur einen geringen Rücklauf der Fragebögen und kaum verwertbare Hinweise zur Qualitätssicherung, sondern zeigten sogar,

dass die Ausgabe von Fragebögen an schwerstkranke und sterbende Menschen unter Pflegekräften das „Gefühl fehlenden Anstandes“ (Klindtworth et al. 2010, 181) auslöste. Die Qualitätsarbeit bedarf in der Praxis also aus diesen Gründen zum einen methodischer Kreativität und Vielfalt, zum anderen einer kritischen Selbstreflexion.

In der folgenden Darstellung der Instrumente und Möglichkeiten der Erhebung wurde deshalb versucht, den verschiedenen „Tiefendimensionen“ des Zugangs zur Zufriedenheit und den entsprechenden Methoden gerecht zu werden.

Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung im Rahmen allgemeiner Patientenzufriedenheitsbefragungen – standardisierte Befragung

Die Zufriedenheit von Patienten/Patientinnen mit der Pflege wird in der Regel im Rahmen von allgemeinen Zufriedenheitsbefragungen mittels standardisierter Fragebögen im Krankenhaus als ein zu bewertendes Kriterium unter anderen erhoben.

Die GÖG/BIQG konzipierte im Auftrag des Bundesministeriums eine Patientenbefragung, mit der österreichweit einheitlich und sektorenübergreifend die subjektiv empfundene Zufriedenheit von Patienten/Patientinnen erhoben wurde. Die erste Befragung fand zwischen November 2010 und März 2011 in 49 Krankenanstalten statt (Gleichweit et al. 2011). Die sektorenübergreifende Befragung fokussierte die Prozessqualität in und zwischen Gesundheitseinrichtungen (Schnitt- bzw. Nahtstellen), was die Besonderheit gegenüber den ansonsten üblichen Befragungen ausmacht. Die Aussagekraft spezifisch zur Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung war nicht Ziel der Befragung und fällt dabei nur deshalb sehr gering aus.

Im Zuge der Entwicklung des GÖG-Fragebogens wurden Qualitätsmanagerinnen/Qualitätsmanager österreichischer Krankenanstalten zum Stellenwert von Zufriedenheitsbefragungen befragt. Dabei wurde eine Vielzahl von Befragungsinstrumenten der GÖG/BIQG zur Verfügung gestellt. Für die hier vorliegende Grundlagenarbeit konnten 52 Erhebungsinstrumente aus österreichischen Krankenanstalten spezifisch im Hinblick auf die Fragen zur Zufriedenheit mit der Pflege bzw. mit Pflegekräften untersucht werden.

Nicht alle Instrumente behandeln „Pflege“ als eigene Dimension, zuweilen wird auch nur eine einzelne allgemeine Frage gestellt. Die meisten Fragebögen inkludieren jedoch eine eigene Dimension zur Pflege mit einer jeweils unterschiedlichen Anzahl an sowie inhaltlich verschieden ausgerichteten Fragen.

Ein Überblick kann durch eine inhaltliche Kategorisierung der Fragen zur Pflege gegeben werden. Allerdings ist zu bedenken, dass die Heterogenität der Fragen bzw. derer Formulierungen so groß ist, dass die Zuordnung zu bestimmten Kategorien mit etwas Vorsicht zu sehen ist. Zum Beispiel kann die Formulierung „[...] geht auf Ihre Fragen ein [...]“ als Akt der Information oder der Zuwendung verstanden werden. Aber auch wenn solche Zuordnungen in die eine oder andere Richtung getroffen werden, bleibt ein zwar grobes, aber dennoch klares Bild bezüglich der am häufigsten gestellten Fragen bestehen. Von den 52 gesichteten Patientenfragebögen betreffen diese Fragen folgende Themen:

- » Allgemeine Zufriedenheit mit der Pflege (24)
- » Freundlichkeit (20)
- » Fachliche Kompetenz (19)
- » Information/Aufklärung (18)
- » Offenheit für Sorge/Ängste, Eingehen auf Sichtweisen und Probleme (17)
- » Zeit/Dasein-für (12)

Zählt man beim Thema „Zeit/Dasein-für“ auch Fragen zur „Erreichbarkeit“ und zur „Reaktionszeit“ auf den Notruf (die „Glocke“) dazu, so wurde das Thema 18-mal angesprochen. Abgesehen von der allgemeinen Frage nach der Zufriedenheit mit der Pflege, gehen die anderen Fragen durchaus auf wichtige Punkte eines stärker reflektierten Pflegeverständnisses, die in Caring-Studien eine Rolle spielen, ein: die fachliche Kompetenz, das Kümmern, die Sorgen der Patientinnen/Patienten, die Relevanz von Information bzw. Aufklärung, das Aufbringen von Zeit, Erreichbarkeit. Der Begriff der „Freundlichkeit“ ist allerdings etwas ambivalent: Einerseits könnte damit die Qualität der Beziehung angesprochen sein, eher aber handelt es sich um jene „Freundlichkeit“, die man/frau sich als „Kunde“ oder „Kundin“ erwarten kann.

Für eine mögliche Vergleichbarkeit auf diesem („oberflächlichen“) Niveau quantitativer Erhebungen zur Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung kann jedenfalls abgeleitet werden, dass ein globaler Zufriedenheitsfragebogen:

- a) „Pflege“ als eigene Dimension und
- b) Fragen zu den Themen „Freundlichkeit“, „fachliche Kompetenz“, „Information/Aufklärung“, „Eingehen auf Sorgen und Ängste“, „Zeit/Dasein-für“, die wichtige Aspekte des Berufsethos umfassen, und auch tatsächlich bereits in österreichischen Krankenanstalten häufig gestellt werden,

umfassen sollte.

Ein validiertes, deutschsprachiges Instrument, das diese Kriterien erfüllt und in Österreich bereits erprobt wurde bzw. zur Anwendung kam, liegt mit dem Patientenfragebogen PAO 58 vor. Der PAO 58 wurde in den Jahren 2002–2004 vom damaligen Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie im Rahmen des Projektes „Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen entwickelt. Als Grundlagen dienten u. a. internationale Instrumente (des Picker-Institutes) sowie österreichische häuserübergreifende Fragebögen. „Pflege“ ist eine eigene Dimension (neben „Aufnahme“, „Zimmer“, „Ärzte und Ärztinnen“, „Schmerzen“ u. a.), Fragen sind, ob die Krankenschwestern und Krankenpfleger sich Zeit genommen, fachlich gut behandelt haben, auf Bedenken und Ängste eingegangen sind, verständliche Informationen gegeben haben, ermuntert haben, Fragen zu stellen, da waren, wenn sie gebraucht wurden und schließlich ob es einen bestimmten Pfleger / eine bestimmte Schwester gegeben hat, die für einen Patienten / eine Patientin zuständig war (siehe Anhang). Außerdem wird der Einsicht, dass ein sinnvolles Qualitätsmanagement ohne Co-Erhebung der Mitarbeiterinnenperspektive nicht angemessen ist (siehe weiter unten Punkt „Diskussion“), Rechnung getragen. Patientenorientierung und Mitarbei-

terinnenorientierung gehen Hand in Hand. Deswegen kommt parallel das ebenfalls validierte Instrument MAO 16/17 zum Einsatz (LBIMGS 2004; Trummer et al. 2004).

Da mit Fragebögen dieser Art in den Krankenanstalten ausreichend Erfahrung gemacht wurde, ist der Zeit- und Kostenaufwand abschätzbar. Limitierungen sind neben den sonstigen methodischen Grenzen der oben bereits benannte Ausschluss besonders vulnerabler Gruppen und die relative Oberflächlichkeit, die spezifisch die Zufriedenheit mit der Fürsorge/Versorgung durch die Pflege betrifft. Im Rahmen des LBT-Projektes konnte außerdem der Nachweis erbracht werden, dass sich Befragungen als Grundlage für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung eignen und dass eine Änderung bzw. Verbesserung der Qualität zu einem späteren Zeitpunkt wiederum erhoben werden kann¹ (Trummer et al. 2004).

Weitere validierte, deutschsprachige Instrumente, die die genannten Kriterien ähnlich erfüllen sind: der Kölner Patientenfragebogen, für den es allerdings keinen parallele Mitarbeiterbefragung gibt, das Befragungsinstrument des Picker-Institutes sowie der „Outcome Patienten-Fragebogen“ (OPF) des Vereins Outcome. Die beiden letztgenannten lassen sich mit Mitarbeiterinnenbefragungen zu einer ganzheitlicheren Sichtweise kombinieren (Gleichweit et al. 2012).

Zufriedenheit spezifisch mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung – standardisierte Befragung

Die Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung kann nicht nur als eine Dimension unter anderen in allgemeinen Fragebögen erhoben werden, sondern auch mittels spezifischer Instrumente. Ein solches Instrument ist der „Caring Satisfaction Questionnaire“ (CARE/SAT), der von Mayer et al. im Rahmen des Projektes ‚Careful‘ – Caring-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen und deren Einschätzung durch Pflegepersonen im postoperativen, behandlungszentrierten und palliativen Setting“ an der Universität Wien übersetzt und erprobt wurde (Mayer 2011). Der CARE/SAT basiert auf dem sogenannten „CARE-Q“-Instrument, das der Erhebung von Caring-Bedürfnissen dient und das älteste, am besten getestete Instrument darstellt, das außerdem einen sehr guten Einsatz in der Praxis nachweisen kann. Der CARE/SAT ist gleichfalls ein standardisierter Selbstausfüller-Fragebogen und enthält gegenüber den allgemeine Zufriedenheitsfragebögen, erstens: mehr Fragen, zweitens: präzisere und konkretere Fragen, die sich drittens: ausschließlich auf Handlungen von Pflegepersonen beziehen. Die 50 Fragen gruppieren sich in 6 „Caring“-Dimensionen:

- » Verfügbarkeit („is accessible“, 6 Items)
- » Wohlbefinden („comforts“, 9 items)
- » Vorausschauen („anticipates“, 5 items)
- » Vertrauensvolle Beziehung („develops a trusting relationship“, 16 items)
- » Fachliche Sicherheit („monitors and follows through“), 8 Items
- » Information und Förderung („explains and facilitates“, 6 items)

1

Positiv hervorgehoben werden muss noch die konsequente gendergerechte Schreibweise des Fragebogens.

Die Fragen des Originalinstrumentes wurden im Laufe des Projekts auf 29 Fragen reduziert (v. a. aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit onkologisch erkrankter Menschen).

Die Zufriedenheitsbefragung von Patienten/Patientinnen mittels CARE/SAT bildete im Projekt nur einen Baustein neben einer „Erfüllbarkeitsbefragung“ sowie einer vorausgehenden Bedürfnis-Befragung mittels Care-Q. Eine „ganzheitliche Sichtweise“ wird demnach nicht nur über die Ergänzung durch die Mitarbeiterinnensicht geschaffen, sondern außerdem durch die Erhebung der Bedürfnisse von Patienten/Patientinnen als grundlegende Information und als Gewichtung der verschiedenen Zufriedenheitsparameter.

Methodische Probleme werden von Mayer et al. ebenfalls angesprochen. Auffällig hohe Zufriedenheitswerte würden zwar in erster Linie und grundsätzlich auf die Erfüllung der Bedürfnisse durch die Pflege hindeuten. Dennoch kann auch vermutet werden, dass die Patienten/Patientinnen ihr Anspruchs- und Erwartungsniveau an die institutionelle Wirklichkeit des Krankenhauses anpassen, zum Teil also aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses sozial erwünschte Antworten liefern, zum Teil aber auch bestimmte Handlungen von vornherein gar nicht erwarten (wie z. B. Information, Beratung) und deshalb nicht priorisieren.

Mayer et al. kommen zu dem Schluss, dass auch dieses – gegenüber den allgemeinen Patientenfragebögen schon vertiefte – Instrument alleine aufgrund verschiedener Einflussfaktoren letztlich „kein differenziertes Bild“ von Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung zeichnen kann (Mayer 2011, 85). Aus diesem Grund „gibt es [...] einen Bedarf in der *Entwicklung eines ‚caring-Monitoring-Instruments‘ zur Qualitätssicherung, das nicht auf den traditionellen Selbstausfüller-Fragebögen basiert.*“ (Mayer 2011, 85)

Qualitative Methoden

Eine solche Möglichkeit, über die traditionelle Fragebogen-Methodik hinaus zu kommen, ist mit dem Einsatz von qualitativen Forschungsmethoden gegeben. Hier besteht noch erheblicher Entwicklungsbedarf – im Folgenden werden kurz zwei Ansätze beschrieben, die zwar nicht ausschließlich pflegespezifische qualitative Zufriedenheitsdaten liefern, aber richtungsweisend als Beispiele dienen können, wie die Sichtweisen von pflegebedürftigen Menschen mithilfe qualitativer Methoden eingeholt werden könnten.

Klindworth et al. beschreiben den explorativen Ansatz, ein quantitatives Messverfahren zur Zufriedenheit von Patienten/Patientinnen in einer Palliativstation durch qualitative Interviews zu ersetzen und diese in den Alltag zu integrieren. Es wurden Interviewleitfäden entwickelt (Patientinnen/Patienten und Angehörige), die Länge der durchgeführten Interviews variierte zwischen 15 und 70 Minuten, parallel wurden ergänzende Gespräche mit dem Personal in Station geführt. Vorteile des qualitativen Verfahrens sehen die Autoren/Autorinnen nicht nur darin, dass auf Basis viel geringerer Fallzahlen ein weitaus tiefer gehendes Verständnis für die Sichtweisen von Patienten erlangt werden konnte, das der Einrichtung unmittelbar als Feedback für Entwicklungsprozesse zur Verfügung steht. Außerdem stelle das Interview selbst eine positive Intervention dar, indem eine zwischenmenschliche Beziehung in Form eines Gesprächs geknüpft wird. Allerdings seien Antwortverzerrungen im Sinne „sozialer Erwünschtheit“ auch hier nicht auszu-

schließen. Eine Herausforderung stellt die Integration in die Regelversorgung dar. Prinzipiell können die Interviews im Stationsalltag stattfinden, sind aber dennoch zeit- und personalintensiv (Klindworth et al. 2010). In der Studie wurden die Interviews von Forscherinnen/Forschern geführt, Ziel müsste sein, dass Angehörige der Einrichtungen bzw. Mitarbeiter/innen selbst Befragungen durchführen.

Ein mögliches Instrument zur Bewohnerinnenbefragung im Alten- und Pflegeheim durch Mitarbeiter/innen selbst wird von Heimerl et al. vorgeschlagen und beschrieben. Außerdem stellen sie die notwendigen Rahmenbedingungen dar. Die Erhebung der Sichtweisen von Bewohnerinnen/Bewohnern durch Mitarbeiter/innen ist als Projekt zu sehen, für das ein halbes Jahr für die Befragung selbst, ein weiteres halbes Jahr für die Umsetzung von Maßnahmen zu veranschlagen sind. Jede einzelne am Projekt beteiligte Mitarbeiterin müsste drei Arbeitstage (Einschulung, Interview, Auswertungsworkshop) investieren sowie zwischen einem Tag und zwei Wochen für die Umsetzung der Ergebnisse, je nach Maßnahmen. Für die Auswertung der Befragungsergebnisse werden externe Moderation sowie der Einbezug von Forschungseinrichtungen empfohlen. Die Autorinnen/Autoren sehen in der qualitativen Methodik ähnliche Vorteile wie Klindworth et al. (Heimerl et al. 2009)

Tabelle 3.5:
Beispiel Interviewleitfaden Patienten/Patientinnen

Sie werden hier von verschiedenen Leuten betreut, sind Sie damit zufrieden? An welchen Faktoren liegt das?
Was schätzen Sie hier ganz besonders?
Und gibt es etwas, was Sie hier belastet oder stört?
Mögen Sie mir ein wenig erzählen, wie es Ihnen geht?
Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

Quelle: Klindworth et al. 2012

3.5.5 Diskussion

Hinsichtlich der Patientenzufriedenheit sollen zwei Punkte, die entscheidende Herausforderungen für eine mögliche einrichtungsübergreifende Pflegequalitätsarbeit sein dürften, angesprochen werden: die Verknüpfung mit der Perspektive der Mitarbeiter/innen und die Frage nach der methodischen Vielfalt.

Perspektive der Mitarbeiter/innen einbeziehen

Die oben eingeführte Unterscheidung des diskursiven Bezugsrahmens, von dem aus die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten thematisiert wird (Management- oder Berufsethos-Perspektive) ist deswegen von großer Bedeutung, weil Caring-Eigenschaften nicht im Rahmen eines normalen Dienstvertragsverhältnisses eingefordert werden können. Fürsorge involviert (bzw. kann involvieren) Pflegepersonen unter Umständen in solchem Maße, dass die ganze Person mit betroffen sein kann, in ihrer Empathie, Emotionalität, Verletzlichkeit, ihrer eigenen

existenziellen Erfahrung (vgl. Wettreck 2001), was die berufliche Rolle in je verschiedenem Maße auch sprengt. Inwieweit Caring-Eigenschaften von Pflegepersonen zur professionellen Haltung (Körtner 2012), zu den sozio-kulturell erwartbaren Umgangsformen oder zu einer menschlichen Mehrleistung, für die in der Soziologie etwa der Ausdruck der „Großzügigkeit“ steht (Frank 2004), gerechnet werden – das unterliegt eben kulturell-gesellschaftlichen Wandlungen, Erwartungshaltungen und Aushandlungsprozessen, in jedem Falle aber gibt es einen Unterschied, der beachtet werden muss. Es muss also – um diese Differenz auch mit einem Fachausdruck zu bezeichnen – ein Bewusstsein für „Supererogation“ am Leben gehalten werden. „Supererogation“ bezeichnet einen Bereich von Leistungen, „die sich dort ereignen, wo Arbeitnehmer [...] für ihre Klienten eine ‚gute Tat‘ vollbringen, die weder vertraglich erfasst noch moralisch gefordert werden kann“ (Manzeschke 2010, 9). Ein guter – aber nicht ein für allemal definierbarer – Teil von Zufriedenheit im Sinn der Fürsorge-Erfahrung basiert auf solchen Leistungen (etwa im Sinne des „Little Extra“: Arman/Rehnsfeldt 2007). Folgt man darüber hinaus Berufszufriedenheitsstudien (Hayes et al. 2010; Utriainen/Kyngäs 2009) oder Studien zum gelebten Ethos von Pflegepersonen (Benner 1997; Käppeli 2005; Wettreck 2001), so ergibt sich folgende Situation: Einerseits ist Fürsorge etwas Zentrales in der Pflege, als Motivation, Handlungskonzept und Ergebnis, andererseits kann sie nicht (vollständig) als vertraglich vereinbarte Dienstleistung eingefordert, sondern nur als freie zwischenmenschliche Leistung *ermöglicht* werden – als etwas, das sich zwischen Menschen ereignen *kann*.

Deswegen wäre es eine gewaltsame Vermischung von Diskursen und Zielen, wenn etwa im Rahmen eines kundenorientierten Qualitätsmanagements durch „Klienten/Klientinnen“-Befragungen der Grad der Erfahrung von Fürsorge abgefragt und schließlich von den Angestellten entsprechende Fürsorge-Einstellungen und -Arbeit eingefordert würden. Es würde sich um „pervertierte Supererogation“ (Manzeschke 2010) bzw. um „moralische Erpressung“ (Wettreck 2001) handeln. Die Perspektive des Berufsethos und jene des Managements sind analytisch zu trennen. In der Praxis stellt sich vielmehr die Frage, ob die strukturellen Spielräume vorhanden sind, Fürsorge leben zu *können*.

Es muss die bedeutsame Konsequenz gezogen werden, dass Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen nur in Zusammenhang mit der Berufszufriedenheit bzw. den Sichtweisen des Pflegepersonals selbst gedacht werden kann.

Allgemeiner gesprochen muss sichergestellt werden, dass in Zufriedenheitserhebungen die Perspektiven von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen und jene der Anbieter/innen von Fürsorge/Versorgungs-Leistungen gleichermaßen vertreten und aufeinander bezogen werden (Griffiths et al. 2008; Laschinger et al. 2011). Die strukturellen Rahmenbedingungen (Personalschlüssel, gelebte Kulturen der Einrichtung / der Teams, Leitbilder, Berufszufriedenheit etc.) müssen mit reflektiert werden.

Methodische Vielfalt und Kreativität

Das Ziel der Qualitätsarbeit im Hinblick auf die Zufriedenheit mit pflegerischer Fürsorge/Versorgung – sowohl für das Lernen und für Verbesserungen in einer Einrichtung als auch über diese hinaus – bestünde idealerweise darin, Instrumente und Vorgehensweisen zu entwi-

ckeln, die über die traditionellen Selbstausfüller-Fragebögen hinausgehen. Der Frage, wie qualitative Methoden nicht nur in den Alltag integriert werden können, sondern auch als Grundlage für kommunikative Lernprozesse und für eine transparente Darstellung der Ergebnisse, Probleme, Verbesserungen usw. dienen können, muss in der Praxis (und in Verbindung mit der Forschung) erst nachgegangen, ja überhaupt einmal verbindlich und nachhaltig gestellt werden. Es empfiehlt sich, zumindest was die Zufriedenheit von Menschen, die umfassende pflegerische Versorgung erfahren, betrifft, gedanklich und methodisch offen und kreativ zu sein bzw. zu werden. Ob sich aus möglichen qualitativen Zugängen zum Qualitätsmanagement auch Erkenntnisse und Einsichten für andere Ergebnisindikatoren in der Pflege ergeben, ist ebenfalls als Möglichkeit und in langfristiger Perspektive in Betracht zu ziehen. Die Eigenart des Berufes der Gesundheits- und Krankenpflege bedingt eine solche Erweiterung.

3.6 Vermeiden von Medikamentenfehlern

3.6.1 Definition

Unter einem Medikamentenfehler, der wie andere Indikatoren durchaus unterschiedlich definiert wird, kann in erster Annäherung ein potenziell vermeidbares Ereignis verstanden werden, das auf den unangemessenen Gebrauch von Medikamenten zurückzuführen ist und einem Patienten / einer Patientin möglichen oder wirklichen Schaden zufügt (Evans 2009; Expert Group on Safe Medication Practices 2006; Ferner 2009; Smith 2008).

Das Thema der Fehlmedikation fällt allgemein unter die Kategorie Patientensicherheit. Terminologisch ist der Medikamentenfehler von der „unerwünschten Arzneimittelwirkung“ zu unterscheiden. Diese ist eine nicht-intendierte und gesundheitsschädliche Reaktion bei normaler Dosierung und Einnahme eines Medikaments. Während die unerwünschte Arzneimittelreaktion ein Thema der Sicherheit eines Medizinproduktes, der Pharmakovigilanz, ist, stellt der Medikamentenfehler ein Thema des Medikationsprozesses durch die Arbeitskräfte und die Organisationen der Gesundheitsversorgung dar (Expert Group on Safe Medication Practices 2006).

Medikamentenfehler können sich auf jeder Stufe des Medikationsprozesses, der als Zyklus aufzufassen ist, ereignen (Jones 2009). Dieser umfasst:

1. Verordnung/Verschreibung
2. Vorbereitung
3. Verabreichung
4. Überwachung

Ein Medikamentenfehler entsteht allgemein dadurch, dass ein oder mehrere Punkte der klassischen 5-R-Regel verletzt werden (Jones 2009):

- » Richtige Patientin
- » Richtiges Medikament
- » Richtige Dosierung

- » Richtige Applikation
- » Richtiger Zeitpunkt

Aus juristischer Perspektive und in Bezug auf die Pflege obliegt im Medikationsprozess der Ärztin / dem Arzt die Verordnung/Verschreibung eines Medikaments (Anordnungsverantwortung), dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kommen im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches entsprechend § 15 GuKG zahlreiche Aufgaben in Vorbereitung, Verabreichung und Überwachung zu (Durchführungsverantwortung). Gemäß § 84 Abs. 4 GuKG kann die Verabreichung von Arzneimitteln – im Einzelfall – an die Pflegehilfe delegiert werden.

3.6.2 Relevanz

Das Verschreiben und Verabreichen von Medikamenten ist – neben dem chirurgischen Eingriff und der Empfehlung diätetischer Maßnahmen – eine der grundlegenden medizinisch-therapeutischen Handlungen. Insofern sind Fehler in Bezug auf die Medikation Fehler des medizinischen Kernprozesses und somit von grundsätzlicher Bedeutung.

Diese grundsätzliche Bedeutung in Zahlen und Daten zu fassen steht allerdings vor zahlreichen methodologischen Schwierigkeiten. Dazu zählen etwa die Uneinheitlichkeit der Definition von „Medikamentenfehler“ in Studien (z. B. Inklusion von Fehlern, die zu keinem klinisch relevanten Schaden führen?), die Heterogenität der Studiendesigns (freiwillige Fehlerberichte, direkte Beobachtung, Interviews, Dokumentationsanalyse) sowie die uneinheitliche Zählung der Fehler-Raten (Fehler z. B. pro Verordnung oder pro Patiententage ...). (Näheres dazu in Ferner 2009; IOM 2007). Dementsprechend variieren die angegebenen Fehlerraten in oft beträchtlichen Spannweiten. Werden darüber hinaus Pflegepersonen selbst dazu befragt, was überhaupt einen Medikamentenfehler darstellen soll, so ergibt sich alles andere als ein klares Bild (Vgl. dazu Hewitt 2010). Vieles wird dann als nicht optimal, aber nicht gerade als Fehler kategorisiert. Aufgrund dessen werden viele Ereignisse, die als Fehler gelten könnten, nicht berichtet: selbst eindeutiger Fehler werden aus Angst vor Sanktion ebenfalls nicht unbedingt mitgeteilt. Gegenüber der freiwilligen („spontanen“) Fehlerberichterstattung wird von einigen Forscherinnen/Forschern die direkte Beobachtung als beste Methode gesehen, Medikamentenfehler zu erfassen. Allerdings ist auch bei dieser Methode der Hawthorne-Effekt, also die Veränderung des Ergebnisses durch die Anwesenheit der Forscherin zu berücksichtigen. Solche Einschränkungen sind beim Umgang mit Daten kritisch mit zu berücksichtigen (Ferner 2009). Einen Überblick über die Dimensionen von unerwünschten Ereignissen im Sinne eines Medikamentenfehlers gibt die Übersicht des US-amerikanischen *Institute of Medicine* (IOM 2007). Für den europäischen Kontext konnte die *Expert Group on Safe Medication Practices* des Europarates weitgehende Kongruenz mit Daten aus dem US-amerikanischen Raum feststellen (Expert Group on Safe Medication Practices 2006). Da es in der hiesigen Studie um Pflegequalität geht, wird hier auf Falsch-Verschreibungen, die in ärztlicher Verantwortung liegen, nicht eingegangen, sondern nur auf jene Bereiche, in welchen die Pflege Einfluss besitzt. Diese Bereiche werden mit dem Terminus „Verabreichungsfehler“ gekennzeichnet.

Demnach beläuft sich die Verabreichungsfehler-Rate (in den untersuchten US-amerikanischen Krankenhäusern) auf 2,4 bis 11,1 Fehler pro hundert Gelegenheiten, wobei Fehler, die den falschen Zeitpunkt der Verabreichung betreffen, nicht berücksichtigt wurden. Höhere Fehler-Raten wurden in zwei Studien (Deutschland und Großbritannien), die die intravenöse Gabe von Medikamenten beforchten (34–49/100), festgestellt.

Einschätzungen der IOM zufolge ereignet sich im Schnitt pro Patient ein Medikamentenfehler pro Tag in Krankenhäusern. In Pflegeheimen dürfte die Fehlerrate noch etwas höher sein (6–20/100 Gelegenheiten).

Westbrook et al. (2011, referiert von Schwappach 2008) beobachteten 568 Medikamentengaben durch 107 Pflegepersonen in zwei australischen Krankenhäusern und klassifizierten die beobachteten Fehler als „prozedural“ (Abweichen von den verbindlichen Prozessschritten) und „klinisch“ (Abweichung von der Verordnung). Es wurden bei 74 Prozent aller intravenösen Medikamentengaben mindestens ein prozeduraler Fehler beobachtet (v. a. fehlende Prüfung der Patientenidentität) und knapp 70 Prozent klinische Fehler, wovon wiederum ein Viertel als ernst klassifiziert wurde. Es wird allerdings notwendig sein, diese hohen – von „außen“ beobachteten – Fehlerraten mit der Wahrnehmung der Pflegenden selbst in Beziehung zu setzen, da diese selbst sowohl aus fachlicher Sicht wie aus der Perspektive der Notwendigkeiten organisatorischer Abläufe und situativer Bedingungen andere, eben operative Definitionen von „Fehlern“ zugrunde legen dürften (Hewitt 2010).

Für die Patientin / den Patienten kann ein Medikamentenfehler verschiedene Folgen haben. Er kann (allen Beteiligten) vollkommen unbemerkt bleiben, zu kleineren oder großen Beschwerden und Komplikationen oder zum Tod führen. Letale Folgen können sich im ungünstigsten Fall etwa aus der Gabe eines Medikaments bei nicht beachteter oder übersehener Kontraindikation wie einer Allergie ergeben oder aus einer extremen Fehldosierung (vgl. dazu Evans 2009). Nicht-klinische Nebenfolgen betreffen etwa den Vertrauensverlust in die Therapie oder das therapeutische Team (vgl. Fallbericht Nr. 16.116 auf cirsmedical.at). Auch auf die Pflegekräfte kann sich ein Medikamentenfehler negativ auswirken, etwa im Sinne von Schuldgefühlen (Evans 2009).

Einen vermutlich wesentlichen Einfluss auf die Transparenz von Medikamentenfehlern haben die herrschende Fehlerkultur und das entsprechende Berichtssystem. Diese Annahme liegt jedenfalls der in Österreich seit kurzem eingerichteten Internetseite www.cirsmedical.at zugrunde. Hier wurde eine Plattform für Fehlerberichte im Gesundheitssystem, in der auch zahlreiche Medikamentenfehler berichtet werden, geschaffen, um eine Grundlage für ein sanktionsloses Fehlerberichts- und Lernsystem zu bilden. Eine Aussage über das tatsächliche Ausmaß von Medikamentenfehlern lässt sich daraus allerdings nicht ableiten.

3.6.3 Pflegesensitivität

Der Umgang mit Medikamenten – von der Bestellung, Gebarung, über den Einfluss auf die Behandlungsentscheidungen der Ärztin / des Arztes (aufgrund von Patienten-Beobachtung und

der Kommunikation des Beobachteten), hin zur Vorbereitung, Verabreichung und schließlich Überwachung der Wirkungen und Nebenwirkungen – gehört zum Berufsbild und zum selbstverständlichen Berufsalltag der Pflege. Daher ist ein bedeutender Einfluss der Pflege (positiv gesehen) auf das Gelingen der therapeutischen Intervention durch Arzneimittel bzw. (negativ gesehen) auf Medikationsfehler zu erwarten.

Der Medikationsprozess ist allerdings ein komplexes Zusammenspiel von verschiedenen Elementen, die zu einem möglichen Fehler beitragen können, sodass jeweils kritisch beurteilt werden muss, ob ein Fehler allein einer Person, einer sonstigen Ursache oder einer Verkettung von Ursachen zugeschrieben werden muss. Instruktiv hierfür ist die exemplarische Fallschilderung eines Medikationsfehlers mit letalem Ausgang in IOM (2006). Die vollständige Wiedergabe des Falles ist im vorliegenden Rahmen nicht möglich, aber die verschiedenen kausalen Elemente umfassen u. a. Folgendes (die Untersuchung ergab 50 kausale Bausteine): Schwierige Diagnosestellung, Sprachbarrieren, zahlreiche Schnittstellen (Telefonkonsultation über Medikation), wenig Erfahrung mit der spezifischen Erkrankung, Fehlinterpretation der Dosis durch Apotheker, unleserliche Schreibweisen, Namensähnlichkeiten von Wirkstoffen und Handelsnamen, unklare Verantwortungen in Verabreichung und Verordnung, schlechte Beschriftung von Warnhinweisen seitens des Herstellers, unzureichendes Nachschlagewerk etc. Schließlich wurde ein Medikament von Pflegepersonen verabreicht, das falsch dosiert war, falsch appliziert wurde – bei fehlender Indikation. Von der Herstellung über die Lieferung bis hin zur Verordnung und Verabreichung schließen verallgemeinernd die Autoreninnen/Autoren in IOM (2006), sind zahllose Fehler möglich, die in der Regel ineinander wirken, sodass eine monokausale Sichtweise in der Regel zu kurz greift.

Die Pflege nimmt ihre Rolle erst am Ende dieser Kette möglicher Fehlerursachen ein: bei der Verabreichung der Medikamente nach der Verschreibung durch einen Arzt oder eine Ärztin. Erwähnt werden sollte allerdings, dass, auch wenn die Verschreibung rechtlich nicht in der Zuständigkeit der Pflege liegt, diese doch Einfluss darauf nimmt. Jutel et al. konnten in einer Befragung von rund 100 berufserfahrenen Pflegekräften in Neuseeland die Einflussmöglichkeiten und –strategien von Krankenpflegepersonen auf die verschreibende Ärztin identifizieren. Über die Qualität, Art und Weise der Kommunikation von Krankenbeobachtungen hinaus empfehlen, diskutieren, initiieren Pflegepersonen häufig Verschreibungen von Medikamenten (Jutel/Menkes 2010).

Bezüglich des pflegerischen Kernprozesses im Kontext der Medikation, der Verabreichungsphase (die Vorbereitung sei hier inkludiert) werden wiederum systemische Faktoren von individuellen Faktoren unterschieden (wobei die Trennschärfe der Kategorien nicht immer gegeben ist).

Systemische Faktoren

Recht gut dokumentiert ist – wie für andere unerwünschte Ereignisse – der Zusammenhang von Personalschlüssel und Medikationsfehlern. Picone et al. (2008) untersuchten unter Rückgriff auf verschiedenste Datenquellen die Häufigkeit von Medikationsfehlern und die beeinflussenden Faktoren. Das Absacken des Personalschlüssels in der Pflege, also dem Verhältnis Pflegepersonal/Patienten war signifikant mit Medikationsfehlern assoziiert. So stieg die Wahrscheinlichkeit

für einen Medikationsfehler um 18 Prozent wenn die verfügbaren Pflegeressourcen um 20 Prozent unter dem stündlichen Durchschnitt reduziert waren (vgl. den Bericht der Studie in Schwappach 2008). Dies ist ein der Tendenz nach immer wieder bestätigtes Ergebnis (Brady 2009; Hewitt 2010; Jones 2009).

Ein weiterer starker Einfluss auf die Fehlerrate wird im Ausmaß an Ablenkung während der Vorbereitung und/oder der Verabreichung von Medikamenten gesehen. Hohe Arbeitslast, Stress, keine vollständigen Handlungsvollzüge und häufige Unterbrechungen der Arbeit steigern die Gefahr von Fehlern. Diese Feststellungen beruhen auf Beobachtungsstudien sowie Befragungen zur Selbsteinschätzung durch Pflegende (Jones 2009) sowie auf einer Interventionsstudie (Kliger et al. 2009, referiert von Schwappach 2009).

Die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Pflegeperson spielt ebenfalls eine Rolle. Schlecht lesbare Verordnungen oder unklare verbale Kommunikationen können einen Medikamentenfehler bedingen (Brady 2009).

Individuelle Faktoren

Es konnte ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Medikationsfehlern und dem pharmazeutischen und/oder mathematischen Wissen bzw. Können von Pflegepersonen festgestellt werden (Brady 2009). Kliger et al. (2009) konnten mittels einer Intervention zur Verbesserung der Treue von Pflegepersonen zum Protokoll des Medikationsprozesses (in sechs US-amerikanischen Spitälern) einen Anstieg der korrekten Dosierung der Medikation von anfänglich 85 Prozent auf 92 Prozent (nach sechs Monaten) und schließlich auf 96 Prozent (18 Monate) beobachten. Das eingeführte Prozessprotokoll implizierte beispielsweise die doppelte Prüfung der Patientenidentität, den Vergleich mit der Patientendokumentation oder auch eine Aufklärung der Patientin / des Patienten über die Medikation. Erwähnt werden muss allerdings, dass ein im Zuge der Studie eingeführter zentraler Protokollpunkt im Medikationsprozess das Bereitstellen eines Raumes zum störungs- und unterbrechungsfreien Richten und Abgeben der Medikamente, also wiederum eine systemische Maßnahmen, war (in Schwappach 2009).

3.6.4 Diskussion

Auch wenn festgehalten werden kann, dass – negativ gesprochen – Medikationsfehler bzw. – positiv gesehen – ein gutes Medikamentenmanagement ebenso epidemiologisch wie für die Gesundheit des/der Einzelnen als therapeutischer Kernprozess eine bedeutsame Rolle spielen und der Einfluss pflegerischer Handlungen auf das Gelingen oder Misslingen des Medikationsprozesses ebenfalls von Bedeutung ist, so dürften dennoch die Probleme, Medikationsfehler als Qualitätsindikator heranzuziehen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch überwiegen. Eine erste Limitierung besteht in der Konzentration auf Fehler, auf die Messung der Qualität an kritischen Ereignissen. Da es eine Kernaufgabe der Pflege darstellt, Patienten und Patientinnen in ihrer alltäglichen Lebenswelt bei der Umsetzung von medizinischen Therapien zu unterstützen, wäre es eine Überlegung wert, ob die Qualität des Medikamentenmanagements nicht besser an der

Therapietreue („Adherence“) von Patientinnen und Patienten gemessen werden sollte. Darüber hinaus besteht auch keine einheitliche Vorstellung dazu, was ein „Fehler“ genau sein sollte, was sinnvollerweise als Fehler klassifiziert werden muss – eventuell fehlt dazu eine transparente breite Erfahrungsbasis. Zudem bestehen erhebliche methodische Schwierigkeiten bei der Erhebung von Medikamentenfehlern selbst. So lange schließlich Fehlerkulturen in den Einrichtungen in sehr unterschiedlichem Maße gelebt werden – sodass Fehler als Anlass zu organisationalem Lernen gesehen werden und nicht als Suche nach Sündenböcken – solange wäre eine Kontrolle von Medikamentenfehlern vermutlich eine „Jagd nach Schuldigen“. Aufgrund der Komplexität des Medikationsprozesses sollte dieser Gefahr vorgebeugt werden.

Wegen dieser Sachverhalte dürfte es ratsam sein, die Qualität des Medikationsprozesses erst zu messen, wenn wesentliche Voraussetzungen dafür geschaffen sind. Vorhandene Initiativen bzw. deren Evaluierung (auch z. B. hinsichtlich der Auswirkungen auf die Organisationskultur) sollten als Erfahrungsgrundlage dienen, um den Indikator weiterzuentwickeln (vgl. etwa KAGes 2010, 53f.), die Orientierung an positiven Ergebnissen sollte angedacht und entwickelt werden.

3.7 Freiheit und Linderung von Schmerzen

3.7.1 Definition

Eine geläufige Definition von „Schmerz“ stammt von der *International Association for the Study of Pain* (IASP) und wird auch vom Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ aufgegriffen. Schmerz ist demnach:

„Eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung in Verbindung mit einer tatsächlichen oder möglichen Gewebsschädigung oder beschrieben in Begriffen einer solchen Schädigung.“ (IASP 1986 in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011, 59)

Betont wird in der Regel (Watt-Wattson 2011), dass Schmerz eine individuelle und subjektive Erfahrung darstellt und letztlich diese darüber entscheidet – und nicht eine Fremdeinschätzung durch Experten/Expertinnen –, ob Schmerz vorliegt oder nicht:

„Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.“ (McCafferey et al. 1997, zitiert in Steudter/Bischofberger 2011a)

Das Schmerzerleben muss außerdem als eine komplexe und multidimensionale Erfahrung gesehen werden, die die ganze Person betrifft und die umgekehrt von den individuellen Charakteristika einer Person, wie kulturellen, bio-, und psychosozialen Faktoren, der vorangegangenen Erfahrung mit Schmerzen oder auch situativen Gegebenheiten (wie Stimmung, Grad der Aufmerksamkeit für den Schmerz, Einstellung, Erwartungen, Verhalten der anderen Menschen usw.) beeinflusst wird (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011). Beispielswei-

se konnte gezeigt werden, dass die Reaktion der Eltern einen Einfluss auf das Schmerzerleben von Kindern hat (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011).

Weitere Definitionen von Schmerz fokussieren nicht so sehr auf eine „tatsächliche oder mögliche Gewebsschädigung“, sondern sprechen auch von psychischem bzw. seelischem, von spirituellem oder existenziellem Schmerz, wie etwa im „Total Pain“-Konzept in der Palliative Care (Müller 2007). Schmerz bezieht sich dann auch auf die Erfahrung von Verlusten, von Trauer, der menschlichen Endlichkeit.

Im Kontext des Symptom-Managements steht die Bewältigung des physischen Schmerzes im Vordergrund. Allerdings muss mit bedacht werden, dass aufgrund der Komplexität und Multidimensionalität der Schmerzerfahrung auch körperliche Schmerzen mit einer existenziellen Erfahrung einhergehen (können). Gerade hinsichtlich pflegerischer Versorgung von Menschen, die an Schmerzen leiden, ist dieser ganzheitliche Zugang von großer Relevanz.

„Schmerzmanagement“ kann in Anlehnung an die Umschreibungen des Expertenstandards (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011) allgemein verstanden werden als Erkennen, Einschätzen und Verlaufsbeobachtung des Schmerzes sowie als zielorientierter und situationsspezifischer Einsatz von pharmakologischen, pflegerischen, medizinischen und anderen heilberuflichen Methoden zur Linderung oder Bekämpfung des Schmerzes sowie deren Wirkungsüberprüfung durch ein multiprofessionelles Team. Hinzugefügt werden sollte nicht nur, dass das Schmerzmanagement einen ganzheitlichen Zugang zum leidenden Menschen umfasst (Gudmannsdottir/Halldorsdottir 2009), sondern auch, dass es unter Respektierung der Perspektive, der Meinungen und persönlichen Strategien der Patientin / des Patienten bzw. des Bewohners / der Bewohnerin, dem Schmerz zu begegnen, erfolgen sollte.

Das Ziel des Schmerzmanagements besteht darin, „Schmerzfreiheit oder ein möglichst geringes Schmerzniveau zu erreichen“ (Wingenfeld/Engel 2011, 152) oder – gemäß der NOC-Klassifikation – in der „Kontrolle des Schmerzes“ (Johnson et al. 2005). Für chronische Schmerzen werden weitere, damit zusammenhängende Ergebnisse abgeleitet: vermindertes Ausmaß von Depression, höheres Ausmaß von Zufriedenheit, Lebensqualität oder Wohlbefinden, verbesserter Schlaf. Milutinovic et al. geben folgende Ziele für das postoperative Schmerzmanagement an: Minimieren von Beschwerden, den Genesungsprozess fördern, Komplikationen und den Übergang von akuten in chronischen Schmerz vermeiden (Milutinovic et al. 2009).

3.7.2 Relevanz

Aus epidemiologischer Perspektive kann global gesagt werden, dass es ein Missverhältnis zwischen unterbehandelten Schmerzen in der Bevölkerung (oder etwa im postoperativen Bereich bzw. in Pflegeheimen) und den Möglichkeiten der modernen Schmerzbehandlung gibt.

So zeigte beispielsweise eine IMAS-Umfrage im Jahr 2009 im Auftrag der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), dass 1,5 Millionen Österreicher/innen bzw. 21 Prozent der österrei-

chischen Bevölkerung an chronischen Schmerzen (drei Monate oder mehr) leiden, wobei ältere Personengruppen besonders betroffen sind (38 %). Die ÖSG nahm diese Ergebnisse zum Anlass, „eine breite Öffentlichkeit [...] über die Möglichkeit der modernen Schmerzmedizin informieren“ zu wollen (Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) 2009).

Ergebnisse aus der internationalen Literatur zeigen, dass im Krankenhaus jede/r zweite Patient/in und fast jede/r dritte Schmerzpatient/in über starke bis stärkste Schmerzen klagt. In Altenheimen ist Schmerz mit bis zu 83 Prozent Vorkommen einer der hauptsächlichen Einschränkungsfaktoren bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Herman et al. 2009; Osterbrink 2006; Wingenfeld/Engel 2011). 30–50 Prozent der Krebs–Patientinnen/Patienten in Behandlung und 70–90 Prozent der Patienten/Patientinnen mit Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium leiden unter Schmerzen. Schätzungen zufolge leiden bis zu 90 Prozent aller hospitalisierten Patienten/Patientinnen mit Krebs an Schmerzen (Sterman et al. 2003).

Im Zuge des Projekts „Schmerzfreies Krankenhaus“ wurde in Deutschland eine der größten Datenbanken mit Angaben zur Effektivität der Schmerztherapie aufgebaut. Die Ergebnisse zum Schmerzerleben von postoperativen Patientinnen/Patienten bzw. der Qualität der Schmerztherapie zeichnen folgendes Bild: von den Patientinnen/Patienten waren postoperativ 12,4 Prozent schmerzfrei (in konservativen Stationen: 16,7 %), moderate bis starke Schmerzen in Ruhe hatten 29,5 Prozent beziehungsweise 36,8 Prozent der behandelten Patienten/Patientinnen. Mehr als die Hälfte der Patientinnen/Patienten klagte jedoch unter Belastung über Schmerzen. Ebenfalls mehr als die Hälfte gab der Schmerztherapie eine schlechte Note. Die Autorinnen/Autoren schließen, dass postoperativ noch zu häufig starke Schmerzen auftreten und die Schmerztherapie insgesamt hohes Optimierungspotenzial aufweist (Maier 2010).

Im DNQP (2011) wird die epidemiologische Situation hinsichtlich Schmerzen in der Bevölkerung als Unterversorgung charakterisiert und u. a. werden folgende Ursachen dafür angeführt: keine konsequente Umsetzung moderner Schmerztherapie, mangelndes Wissen seitens der Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonen und Patientinnen/Patienten, keine systematische Einschätzung der Schmerzintensität, Zeitmangel in der pflegerischen Versorgung.

Die persönliche und gesundheitliche Bedeutung von Schmerzen bzw. eines inadäquaten Schmerzmanagements geht über die unmittelbare schmerzhaft empfundene sowie physische Aspekte des Symptoms hinaus und betrifft auch die psychische Verfassung, die Lebensqualität sowie die existenzielle Erfahrung eines Menschen.

Akute Schmerzen und eine inadäquate Schmerztherapie können (z. B. postoperativ) zu verschiedenen weiteren Problemen führen: allgemein zu einer Verzögerung des Genesungsprozesses, zu beeinträchtigter Mobilität oder etwa respiratorischen Problemen (Milutinovic et al. 2009). Patientinnen/Patienten mit Schmerzen können dazu neigen, Schonhaltungen einzunehmen und sind darum besonders gefährdet für Pneumonien, Thrombosen, Kontrakturen, Dekubitus (Kendlbacher 2007). Un- oder unterbehandelter akuter Schmerz kann unter bestimmten Bedingungen außerdem zu einem chronischen Schmerz werden (Kendlbacher 2007; Milutinovic et al. 2009).

Neben den physischen Folgen ist Schmerz mit psychischem Stress verbunden, etwa mit Angst. Vor allem bei chronischen Schmerzen führen eine durch Schmerzen beeinträchtigte Schlaflosigkeit und Erschöpfung, bis hin zu Depressionen, zu Einbußen hinsichtlich der Lebensqualität.

Lebensweltlich kann chronischer Schmerz zu einem dauerhaften und vordergründigen Bewusstseinsphänomen werden, von dem nicht leicht abstrahiert werden kann. Solche chronisch präsenten Schmerzen schränken die individuelle Freiheit ein und beeinträchtigen die Lebensqualität und ziehen möglicherweise soziale Probleme mit sich, wie Isolation, Überforderung bezüglich der gesellschaftlichen Rolle, Machtlosigkeit, Berufsunfähigkeit. Vor allem im Kontext von Palliative Care oder auch in Einrichtungen der Altenhilfe wird auf die existenzielle Dimension der Schmerzerfahrung hingewiesen (Gudmannsdottir/Halldorsdottir 2009; Kendlbacher 2007).

Aus ethischer Perspektive wird darauf hingewiesen, dass es unmoralisch ist, Schmerzen bei einem Patienten / einer Patientin oder einem Bewohner / einer Bewohnerin zu akzeptieren, wenn dieser aufgrund der zur Verfügung stehenden Mittel und des fachlichen Wissens und Könnens, wie sie voranzusetzen sind, wenn eine Betreuung durch Fachpersonal gegeben ist, gelindert oder verhindert werden können (Milutinovic et al. 2009; Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) 2003; Söderhamn/Idvall 2003). Zudem ist etwa das Recht auf Vermeidung unnötiger Leiden und Schmerzen in jeder Phase der Krankheit in der Europäischen Charta der Patientenrechte festgeschrieben (Europäische Charta Patientenrechte 2002). Das Lindern von Schmerzen ist entsprechend ein Kernelement des pflegerischen und ärztlichen Berufsethos.

3.7.3 Pflegesensitivität

In ihrem Überblick hinsichtlich Forschungsstand zur Beziehung von pflegerischem Handeln und der Schmerzerfahrung von Patienten und Patientinnen machen Watt-Watson et al. auf die vielfältigen Schwierigkeiten bei der Erforschung der Beeinflussbarkeit der Schmerzerfahrung durch pflegerisches Tun aufmerksam (Watt-Watson 2011). Diese liegen letztlich darin begründet, dass die Schmerzerfahrung multifaktoriell bedingt ist. Zum einen ist das Erleben des Schmerzes in hohem Ausmaße individuell und von verschiedenen Charakteristika beeinflusst, die der Patient / die Patientin mitbringt, wie frühere Schmerzerfahrungen, subjektive Erwartungen über Schmerzintensität und -therapie, kultureller Hintergrund, Aufmerksamkeitslevels, aktuelle Stimmung, physische, psychische Disposition etc. (vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011). Zum anderen stellt das Schmerzmanagement selbst einen komplexen Prozess dar, innerhalb dessen Angehörige verschiedener Professionen sowohl diagnostisch, therapeutisch, unterstützend auf den bedürftigen Menschen wirken wie auch untereinander interagieren und kommunizieren – in oft sehr unterschiedlicher Weise je nach Setting und Kontext. Die Heterogenität der Studienergebnisse zur Untersuchung der jeweiligen Pflegesensitivität der Schmerzerfahrung (und die methodischen Schwächen der Studien) dürften sich nach Watt-Watson et al. u. a. auf diese komplexe Konstellation zurückführen lassen (Watt-Watson 2011). Auch wenn ein Überblick über die Forschung kein eindeutiges Bild zeichnet, gibt es viele Studien, die einen Zusammenhang von Pflegeinterventionen und (Verbesserung des) Schmerzerleben(s) berichten (Review von Courtenay/Carey 2008). Nimmt man die Einschätzun-

gen von Experten-/Expertinnen-Urteilen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011; Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) 2003) und das berufliche Selbstverständnis (Blondal/Halldorsdottir 2009; Söderhamn/Idvall 2003) hinzu, so lassen sich bestimmte pflegespezifische Einflussfaktoren auf den Schmerz identifizieren.

Da als Hauptstütze des Schmerzmanagements im von der modernen Medizin geprägten Versorgungsrahmen die pharmazeutische Schmerzbehandlung gelten kann, müssen medikamentöses und nicht-medikamentöses Schmerzmanagement und die Aufgaben der Pflege dabei jeweils unterschieden werden. Da für nicht-medikamentöse Maßnahmen wenig Evidenz vorliegt und eine Art Konsensus darüber festgestellt werden kann, dass nicht-medikamentöse Schmerztherapien als sinnvolle, aber nur begleitende Maßnahme gesehen werden sollten, wird im Folgenden auf die Rolle der Pflege im Rahmen der medikamentösen Schmerztherapie fokussiert (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011).

Die Verordnung von Medikamenten obliegt der ärztlichen Verantwortung. Die Rolle der Pflege im Rahmen des medikamentösen Schmerzmanagements beinhaltet:

- » das Erfassen und Einschätzen (Assessment) des Schmerzes (Intensität, Dauer usw.) und des Schmerzbehandlungsbedarfes;
- » die Information der/des behandelnden Ärztin/Arztes über Feststellung und Einschätzung des Schmerzes bzw. die Veränderung einer Schmerzsituation;
- » das Umsetzen der ärztlichen Anordnungen und das entsprechende Medikamentenmanagement (siehe Indikator Medikamentenmanagement);
- » das Überwachen und die Evaluation der medikamentösen Therapie durch Beobachtung und Kommunikation mit dem Patienten / der Patientin bzw. Bewohner/Bewohnerin;
- » Information des Patienten / der Patientin in über Sinn, Wirkweise, mögliche Nebenwirkungen usw. der Medikation.

Während zwar in den von Watt-Watson et al. zusammengefassten Studien eher spezielle pflegerische Interventionen (z. B. Schmerzteams) fokussiert werden (Watt-Watson 2011), wird aus verschiedenen anderen Perspektiven gerade der (Qualität der) Einschätzung und Erfassung des Schmerzes durch die Berufsgruppe der Pflege großer Einfluss auf das Schmerzmanagement und damit auf den Schmerz zugeschrieben.

So stellen im „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle ein wesentliches Prozessergebnis dar (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011). Aus ärztlicher Perspektive sieht das „Konsensus-Statement Postoperative Schmerztherapie“ die Hauptverantwortlichkeit der Schmerzerfassung beim Pflegepersonal und betont wiederholt die wichtige Rolle der Pflege für ein gelungenes postoperatives Schmerzmanagement (Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) 2003). In einer Studie von Idvall et al. benannte ein Kollektiv von Pflegepersonen (n = 233) die aus ihrer Sicht wichtigsten pflegespezifischen Faktoren für das postoperative Schmerzmanagement, wobei sich ein regelmäßiges Erfassen der Schmerzwahrnehmung mithilfe eines Assessment-Instrumentes als einer der wichtigsten Faktoren herausstellte (Idvall et al. 1999).

Über die Rolle des Erfassens hinaus – wobei „Erfassen“ nicht unbedingt mittels eines Instrumentes geschehen muss, sondern auch ganz einfach die Aufmerksamkeit und das Expertenurteil von Pflegepersonen meinen kann (vgl. Reuschenbach 2011) – wird noch auf andere Rollen hingewiesen. Pflegepersonen nehmen so etwa über die Art und Weise der Kommunikation mit dem Arzt / der Ärztin Einfluss auf die Schmerztherapie, wobei das „advokatorische“ Selbstverständnis, also die Rolle des Fürsprechens für Schmerz leidende Patienten/Patientinnen aus der Sicht von Pflegepersonen größere Bedeutung zu haben scheint (Blondal/Halldorsdottir 2009; Söderhamn/Idvall 2003). Pflegepersonen befolgen auch nicht nur einfach die Anordnung von Ärzten/Ärztinnen, sondern beeinflussen diese häufig aktiv (Blondal/Halldorsdottir 2009; Courtenay/Carey 2008; Jutel/Menkes 2010; Söderhamn/Idvall 2003). Auch ärztlicherseits wird im Expertenurteil der Österreichischen Schmerzgesellschaft in dieser Linie „gerade die Einbindung des Pflegepersonals“ als notwendig beschrieben, „da dieses eine zentrale Rolle in der Schmerzerfassung und -*therapie* spielen sollte“ (Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) 2003, Hervorhebung hinzugefügt).

Auch Beratung und Information durch Pflegepersonen zum Umgang mit Schmerzen (Courtenay/Carey 2008), beispielsweise vorausschauend in der präoperativen Phase (Milutinovic et al. 2009), sowie generell die Qualität der Kommunikation zwischen Pflegeperson und Patientin/Patient bzw. zwischen Pflegeperson und Bewohner/Bewohnerin, die Einbettung des Schmerzmanagements in die gesamte Pflegekultur (siehe auch Indikator „Zufriedenheit“) werden als wichtige pflegesensitive Faktoren genannt (Boström 2004; Courtenay/Carey 2008; Gunningberg/Idvall 2007; Milutinovic et al. 2009).

Courtenay et al. berichten schließlich in ihrem Review zwei Erfahrungen von Schmerzteams, die von Pflegepersonen geführt wurden und zu reduzierten Schmerzen in der postoperativen Phase und reduzierten Komplikationen führten (Courtenay/Carey 2008).

3.7.4 Assessment

Ziel ist es natürlich, den Schmerz zu „be-heben“, nicht bloß ihn zu „er-heben“ (Stuedter/Bischofberger 2011b). Von da her stellt sich die Frage, ob der Schmerzerfassung durch Assessment-Instrumente für die Behebung des Schmerzes überhaupt eine relevante Rolle zufällt (ebd.) und nicht mit der Frage nach geeigneten Erhebungsinstrumente relevantere Fragen, wie nach der adäquaten Behandlung, der interprofessionellen Zusammenarbeit, einer existenziell-ganzheitlichen Interaktion u. dgl., verdeckt werden. Während jedoch bei anderen Pflegeergebnissen, wie z. B. der Vermeidung von Dekubitalulcera oder von Stürzen, der Einsatz eines Instrumentes gegenüber Expertinnenurteilen von Pflegepersonen keinen Vorteil bringt, gibt es Hinweise, dass im Rahmen des Schmerzmanagements der Sachverhalt genau umgekehrt liegt. Erstens fällt nämlich die Erfassung des Schmerzes, wie überhaupt die Krankenbeobachtung in den Zuständigkeitsbereich der Pflege. Zweitens gibt es zahlreiche Hinweise dafür, dass Fremd- und Selbsteinschätzung des Schmerzes nicht nur divergieren, sondern Pflegepersonen außerdem dazu neigen, den Schmerz von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen zu unterschätzen. Shugarman et al. (2010) stellten sogar eine positive Korrelation zwischen Unter-

schätzung und einer höheren Anzahl an Jahren der Berufserfahrung der Pflegepersonen fest. Andere Erfahrungen deuten darauf hin, dass ein verbessertes Assessment mit einem verbesserten Schmerzmanagement einhergeht (z. B. de Rond et al. 1999). Dem Schmerzassessment mittels eines Erfassungsinstrumentes kommt also besondere Bedeutung zu. Dennoch darf auch hier nicht übersehen werden, dass ein fokussiertes Schmerzassessment stets nur als Teil eines umfassenden Zugangs zum hilfebedürftigen Menschen im Sinne des Pflege- und Beziehungsprozesses zu sehen ist.

Aufgrund dieser Divergenz von Fremd- und Selbsteinschätzung und der Neigung zur Unterschätzung des Schmerzes im Urteil von Pflegepersonen, stellt Selbsteinschätzung gewissermaßen den „Gold-Standard“ der Schmerz-Erfassung dar (Osterbrink et al. 2012). Ist eine Selbsteinschätzung nicht möglich, z. B. wegen kognitiver oder verbaler Beeinträchtigung, bedarf es geeigneter Instrumente der Beobachtung, die einen Rückschluss vom Schmerzverhalten auf den empfundenen Schmerz so gut wie möglich erlauben.

Zu den Instrumenten der Selbsteinschätzung, die auf verschiedene Weisen wissenschaftlich immer wieder getestet wurden (Stedter/Bischofberger 2011b, 422) und in der Praxis aufgrund ihrer einfachen Handhabbarkeit bereits breite Verwendung finden, sind eindimensionale Skalen zur Erfassung der Schmerzintensität. Folgende Typen können unterschieden werden:

- » Visuelle Analogskala (VAS)
- » Verbale Rang- bzw. Ratingskala (VRS)
- » Numerische Rang- bzw. Ratingskala (NRS)
- » Gesichter-Ratingskalen (GRS)

Bei der VAS markieren Betroffene auf einer Linie von 10 cm zwischen den Polen „überhaupt keine Schmerzen“ und „stärkste vorstellbare Schmerzen“ einen Punkt, der der Stärke ihrer Schmerzen am ehesten entspricht. Die NRS ist eine numerische 11-teilige Skala (0 – kein Schmerz, bis 10 – maximal vorstellbarer Schmerz), bei der die entsprechende (ganze) Zahl angekreuzt oder erfragt wird. Die VRS enthält in analoger Weise verbal abgestufte Kategorien des empfundenen Schmerzes („kein“, „mäßig“, „mittelstark“, „stark“, „stärkster vorstellbarer“). GRS, wie die Wong-Baker-Skala oder die Facial-Pain-Scale, symbolisieren die Schmerzintensität mit Gesichtern (Smiley).

Die verschiedenen Varianten haben jeweils Vor- und Nachteile, die je nach Zielgruppe abgewogen werden müssen. Die VRS eignet sich z. B. weniger für Sprachunkundige als die VAS; NRS und VRS können auch mündlich erfragt werden und erlauben gegenüber der VAS auch eine einfache Quantifizierung des Schmerzes. GRS eignen sich besonders für Kinder (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011; Stedter/Bischofberger 2011b).

Der Zeitaufwand für die Verwendung von eindimensionalen Skalen ist gering (etwa: Instruktion 1–2 Minuten, Durchführung 30 Sekunden) und Pflegepersonen sind in der Regel damit vertraut. Sie eignen sich bei akuten Schmerzen oder als Momentaufnahmen in einer Verlaufskontrolle, bilden jedoch nur die Intensität des Schmerzes ab, andere Informationen zum Schmerz (z. B. zur Alltagsbeeinträchtigung, Tagesspitzen, Bewältigungsformen usw.) bleiben außer Acht. Deswegen braucht es für ein umfassenderes Bild die Integration bzw. Kombination mit mehrdimensionalen Verfahren.

Ein mehrdimensionales und nicht allzu zeitaufwändiges Assessment-Instrument ist die deutsche Version des Brief Pain Inventory (BPI). Radbruch et al. legten bereits 1999 in ihrer Validitäts- und Reliabilitätsstudie gute Ergebnisse für den BPI vor. Der BPI enthält neben numerischen Skalen Fragen zur Medikation und deren Wirksamkeit sowie zu den Auswirkungen des Schmerzes im Alltag (auf Aktivität, soziale Beziehungen, Schlaf, Lebensfreude etc.). Nach der Einschätzung von Steudter/Bischofberger handelt es sich beim BPI um „ein sinnvolles und hilfreiches“ Instrument, im Expertenstandard wird der BPI als mögliches Instrument für das Erstassessment angeführt. Der BPI ist darüber hinaus eher auf chronische Schmerzen ausgerichtet (Steudter/Bischofberger 2011b).

Wo eine Selbsteinschätzung nicht möglich ist, ist die Einschätzung des Schmerzes auf die Beobachtung des Schmerzverhaltens angewiesen. Gründe für die Unmöglichkeit einer Selbsteinschätzung können sein (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011): mittlere bis schwere Demenz, Alter/Reife (z. B. Früh- und Neugeborene), Behinderung, Bewusstseinsbeeinträchtigung, Sedierung. Der Rückschluss von Verhaltens- und Äußerungsweisen eines betroffenen Menschen auf dessen Schmerzerleben umfasst Beobachtungen, die sich z. B. auf Gesichtsausdruck, Körpersprache, Atmung, bei demenziell erkrankten Personen auch auf herausforderndes Verhalten usw. beziehen. Insbesondere in diesem Zusammenhang ist wiederum darauf hinzuweisen, dass Einschätzungsinstrumente nur unterstützend sein können, vor allem um die Aufmerksamkeit für Schmerzen bei den professionellen Helfern und Helferinnen zu erhöhen und die Qualität der interprofessionellen Kommunikation zu verbessern (Fischer 2009). Da es zum einen, insbesondere bei Demenz, noch viele unklare Punkte hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die Beobachtungsparameter, auf denen diese Assessments beruhen, gibt (ebd.), zum anderen beobachtbares Verhalten nur *einen* Zugang zu einem Menschen darstellt (Auskünfte von Angehörigen, Wissen über die Biografie, deutbare Selbstauskunft), bleiben Umgangskultur und klinische Urteilskraft von Pflegepersonen und -teams die Grundlage für das Erfassen und Lindern von Schmerz. Folgende deutschsprachige Assessment-Instrumente dienen der Einschätzung von Schmerzen bei kognitiv beeinträchtigten Menschen:

- » Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)
- » Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD)
- » Doloplus 2

Die BESD-Skala ist die deutsche Übersetzung bzw. Version der PAINAD-Scale (Pain Assessment in Advanced Dementia) und wurde von Basler et al. und Schuler et al. wissenschaftlich getestet (Basler et al. 2006; Schuler et al. 2007). Das BISAD-Instrument beruht auf der französischen „Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes“ (ECPA) und wurde von Fischer (2009) übersetzt, entwickelt und im Setting Pflegeheim getestet. Als allgemeines Fazit kann aus der Perspektive der wissenschaftlichen Testung (Reliabilität, Validität) für beide Instrumente festgehalten werden, dass sie noch weiterer Entwicklung bedürfen, die vorliegenden Ergebnisse hinsichtlich Validität bei allen methodischen Schwierigkeiten aber so weit ausreichen, dass ein Einsatz in der Praxis empfohlen werden kann. BISAD erwies sich als praktisch anwendbar und dem pflegerischen Alltag im Pflegeheim angemessen (Fischer 2009, bes. 157 ff.).

Doloplus 2 wurde ursprünglich gleichfalls in Frankreich entwickelt und in der Review von Zwakhalen et al. (2004) anhand eines umfassenden Kriterienkataloges als eine von den zwei besten gegenwärtig vorliegenden Beobachtungsskalen beurteilt – wenngleich für alle Fremdeinschätzungsinstrumente noch Entwicklungsbedarf konstatiert wurde (Zwakhalen et al. 2004). Eine Evaluierung im deutschsprachigen Raum durch Likar/Pinter kommt zu dem Ergebnis, dass die Skala sich als tauglich zur Schmerzerfassung erwies. Die Beurteilungen von Pflegepersonen und Ärzten/Ärztinnen stimmten weitgehend überein, die Skala zeigte eine gute Sensitivität und der Score war in der Verlaufsmessung reliabel. Erfahrungen sprächen für eine gute klinische Anwendbarkeit (Likar/Pinter o. J.).

Was die Frage nach der Vergleichbarkeit durch möglicherweise mittels BESD, BISAD etc. erhobene Informationen betrifft, muss Zurückhaltung bei der Interpretation geübt werden. Zum einen stellt sich die Frage, inwieweit die Instrumente über die Settings hinaus, in denen sie entwickelt wurden (z. B. BISAD – Pflegeheim), einsetzbar sind. Zum anderen werden durch die Einschätzungsinstrumente nur *relative* Werte erhoben, die eine Steigerung oder Minderung bei einem individuellen Patienten angeben. Streng genommen ist die Aussagekraft auf eine einzelne Patientin / einen einzelnen Patienten beschränkt. Vergleiche sind deshalb mit Vorsicht auszulegen. Letzteres gilt auch für die „kleinen“ Assessment-Instrumente wie „VAS“, „VRS“ usw. Ein weiteres Problem stellen verschiedene Definitionen von Cut-Off-Werten dar bzw. die Frage nach der Möglichkeit der Definition von Cut-Off-Werten überhaupt, weil es sich im Grunde ja nur um Vergleichswerte für den jeweiligen Patienten / die jeweilige Patientin handelt (Osterbrink et al. 2012).

3.7.5 Diskussion

Es steht außer Frage, dass das Freisein und die Linderung von Schmerzen für Gesundheit und Lebensqualität von Menschen von ganz grundsätzlicher Bedeutung sind. Das Schmerzmanagement selbst stellt ein komplexes Handlungsfeld dar, worin insbesondere die ärztlich angeordnete medikamentöse Therapie eine zentrale Rolle spielt. Allerdings ist der Einfluss pflegerischer Versorgung im Gesamtprozedere der medikamentösen Therapie, namentlich die Aufmerksamkeit für das Schmerzerleben pflegebedürftiger Menschen, von so großer Bedeutung, dass das Handeln von Pflegenden für Patienten und Patientinnen mit Schmerzen einen – durchaus messbaren – „Unterschied macht“. Die Verwendung leicht handhabbarer Selbsteinschätzungs-Skalen der Schmerzintensität dürfte einen wichtigen Faktor im Prozess des Schmerzmanagements ausmachen und ist – im Gegensatz zu anderen fokussierten Assessments – leicht in den Alltag zu integrieren. Ob darauf aufbauende Daten für eine sinnvolle Qualitätsarbeit ausreichen, ist fraglich. Welche tiefer gehenden bzw. weiteren Informationen (demografische und relevante klinische Daten sowie zum Schmerz selbst) dafür notwendig sind, müsste auf Basis der gegebenen Routinen in den Einrichtungen ausgehandelt und entwickelt werden.

3.8 Erhaltung oder Verbesserung der Alltagsaktivitäten

Ein zugleich wichtiges, komplexes, anspruchsvolles und daher auch für Interpretationen offenes Indikator-Set ist dasjenige, das die Erhaltung oder Verbesserung der Alltagsaktivitäten abbildet. Besonders wichtig sind diese Indikatoren, da es im Hinblick auf den demografischen Wandel darauf ankommen wird, die Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung für kranke und hier insbesondere ältere Menschen zu verbessern und zu erhalten. Die Pflegeinterventionen in diesem Bereich sind darauf ausgerichtet, den Pflegebedarf sowie die Pflegebedürftigkeit längerfristig zu verringern oder hinauszuzögern. Dabei geht es nicht nur um die Minimierung von Kosten, sondern insbesondere um die Handlungsfähigkeit und damit die Erhöhung der Lebensqualität für die Betroffenen.

Komplex ist der Indikator bzw. das Indikatoren-Set, da der Begriff der Alltagsaktivitäten eine Vielzahl von Aktivitäten umfasst. Die Kriterienkataloge, die sich als Grundlage für Qualitätsindikatoren nutzen lassen, sind als Instrumente der Pflegediagnose, -planung und -evaluation entwickelt worden, was die hohe Pflegerelevanz des Indikators zeigt, da dies in den eigenverantwortlichen Aufgabenbereich der Pflege fällt (§ 14 GuKG).

3.8.1 Definition

Alltagsaktivitäten, respektive die Fähigkeit für sich selbst zu sorgen, wird je nach wissenschaftlichen Disziplinen, Konzepten und Zielsetzungen unterschiedlich definiert und systematisiert.

Im Allgemeinen werden darunter die Aktivitäten verstanden, die für die selbständige Lebensführung notwendig sind. Laut Nursing Outcome Classification wird darunter die „*Fähigkeit, die wesentlichen, grundlegenden physischen Aufgaben und Handlungen der persönlichen Versorgung zu verrichten*“ verstanden (Johnson et al. 2005).

Je nach wissenschaftlicher Ausrichtung (Medizin oder Pflege) sowie ADL-Konzepten werden unter alltäglichen Lebensaktivitäten terminologisch (siehe für die folgenden Angaben: Burkhard 2004) zwischen den *Activities of Daily Living* nach Katz (1963), den *Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens* nach Lawton & Brody (1964), den *Aktivitäten des täglichen Lebens* nach Roper, Logan und Tierney (1993) oder den *Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens* nach Krohwinkel (1993) unterschieden. Die Anzahl der Aktivitäten variiert dabei sehr stark, wobei die früheren Konzepte einfachere Erfassungsinstrumente bieten, da diese auf die Beschreibung des funktionalen Status beschränkt sind, während die neueren Konzepte umfassend auch die sozialen und emotionalen Dimensionen einbeziehen.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens nach Katz et al. (1963) erfassen die Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit eines Menschen bei Verrichtungen wie Baden, Ankleiden, die Toilette benutzen, Mobilität, Essen und Kontinenz. Die von Katz et al. in den 1960er Jahren entwickelten Skalen dienen der Beschreibung des funktionalen Status und wurden als epidemiologisches Instrument entwickelt. Bis dato erfuhren sie zahlreiche Erweiterungen und Präzisierungen.

Die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) nach Lawton (1964) beschreiben Aktivitäten die notwendig sind, um unabhängig zu leben. Dazu gehören beispielsweise das Kochen, Einkaufen, Benutzen des Telefons, Medikamente Herrichten und die Erledigung finanzieller Angelegenheiten.¹

Die Kategorien im Bereich der Erhaltung und Verbesserung der Alltagsaktivitäten variieren je nach Autor, Disziplin und Verständnis von Pflegebedürftigkeit stark (Halek 2003) (Bartholomeyczik/Halek 2004) (Diegmann-Hornig et al. 2009) und finden sich in einer Vielzahl von Assessment-Instrumenten als Items wieder, die zur Messung der Selbstversorgung oder Selbstpflegefähigkeiten (self-care) genutzt werden.

3.8.2 Relevanz

Aufgrund demografischer, sozialer, medizinischer und pflegerischer Entwicklungen werden Informationen über die Anzahl pflege- und/oder hilfebedürftiger Menschen zunehmend notwendiger. Die Kenntnis über den Grad von Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit stellt eine wichtige Voraussetzung für die Planung und Durchführung pflegerischer Interventionen dar. Der funktionelle Status ist dabei ein wichtiges Kriterium für Gesundheit oder Krankheit (gerade bei hochbetagten Menschen) und daher für die Einschätzung von Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit wesentlich. Indikatoren, die abbilden können, inwieweit die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung durch pflegerische Versorgung erhalten oder verbessert wird, sind daher von steigender Bedeutung.

Zur Einschätzung der Entwicklung des Pflegebedarfs werden vorwiegend die Daten der Pflegegeldbezieher/innen in Österreich herangezogen. Im Jahr 2012 bezogen in Österreich 434.900 Personen Pflegegeld.

Probleme bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sind vorrangig altersassoziiert. Die Risikofaktoren für eine Abnahme dieser Funktionen sind akute Krankheit, Verschlechterung von chronischen Erkrankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Depression, Mangelernährung oder Bettlägerigkeit oder die Beschränkung der Mobilität durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen.

Die Verschlechterung des funktionellen Status kann in manchen Fällen durch sofortige Maßnahmen und spezifische Pflegeinterventionen (z. B. Überprüfung von Medikamenten, Aufhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, individuelle Bewegungsförderung, intensivere Kommunikation etc.) vermieden oder zumindest aufgehalten werden.

1

Demgegenüber steht der Begriff der Lebensaktivitäten (LA), der aus der Pflegewissenschaft stammt (Bartholomeyczik/Halek 2004, 132). Hier werden die Kategorien der Aktivitäten des täglichen Lebens genutzt, um das pflegerische Handeln zu strukturieren und dienen als Anamneseleitfaden (Assessment).

Dementsprechend findet sich der Indikator zumeist in Berichtssystemen und Qualitätshandbüchern der häuslichen Pflege (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen 2008) oder der stationären Langzeitpflege (z. B. Systems Nursing Home Compare). Im Besonderen sei hier hervorgehoben, dass gerade in der Versorgung von Hochbetagten der Erhalt von Fähigkeiten einen großen Erfolg pflegerischer Versorgung darstellt.

3.8.3 Pflegesensitivität

Doran zeigt in einer Literaturübersicht aus dem Jahr 2011 die Heterogenität verschiedener Forschungsergebnisse zur Pflegesensitivität des funktionellen Status. Hinsichtlich des Einflusses pflegerischer Maßnahmen auf den funktionalen Status dokumentieren die empirischen Studien und Übersichtsarbeiten unterschiedliche Ergebnisse. Während einige Übersichtsarbeiten einen positiven Effekt pflegerischer Maßnahmen auf die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen nachweisen konnten, gibt es in anderen Studien keine signifikanten Zusammenhänge. Die in den Überblick einbezogenen Studien unterscheiden sich in Bezug auf Studiendesign, Setting, Erhebungsmethode und Stichprobe. Trotz der Heterogenität der Studien und Übersichtsarbeiten stellt Doran zusammenfassend fest, dass die Ergebnisse aus den empirischen Studien, Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen die Ansicht bekräftigen, dass es sich bei ‚funktionalem Status‘¹ um ein Ergebnis handelt, das pflegesensitiv ist².

Im großen Ausmaß werden ADL/IADL-Skalen in der Forschung verwendet, um den Funktionsverlust durch schwere Erkrankungen oder den Rehabilitationsverlauf aufzuzeigen. Beispielsweise konnte Held et al. (2000) in ihrer Studie mittels ADL-Skalen eine positive Wirkung der geriatrischen Rehabilitation bei Schlaganfall-Patienten nachweisen.

3.8.4 Assessment

Zur systematischen Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens und/oder den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) liegt gegenwärtig eine fast unüberschaubare Zahl an standardisierten Assessment-Instrumenten vor. International werden ca. 120 Instrumente und Methoden beschrieben, die einerseits ADL, nur Teile der ADL oder andererseits IADL evaluieren (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen 2008). Vereinfacht ausgedrückt kann man sagen, dass

1

Funktionaler Status wird je nach Autorschaft operationalisiert als activities of daily living (ADLs) und häufig eingeschätzt mit der Katz-Scala.

2

„Collectively, this evidence supports the argument that functional status is an outcome sensitive to nursing care.“ (Doran 2011, 13)

die Skalen zu ADL den Grad der Pflegebedürftigkeit messen und die IADL-Skalen den der Hilfebedürftigkeit (Burkhard 2004).

Tabelle 3.6:
Exemplarische Auswahl an Instrumenten und Skalen zur Einschätzung des funktionellen Status und/oder des Pflegebedarfs

Instrument	Zielgruppe	Setting/Sprache	Anmerkungen
Rapid Disability Rating Scale (RDRS)	vorwiegend ältere Menschen	Englisch	16 Items zu alltäglichen Lebensführung
Functional Assessment of Care Environment for Older People (FACE)	Das Tool-Set wurde für die multiprofessionelle und institutionenübergreifende Zusammenarbeit entwickelt	Englisch	zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, umfasst 6 Domänen, unter anderem die Aktivitäten des täglichen Lebens.
EasyCare	für ältere Menschen	Gemeinde, ins Deutsche übersetzt	enthält Fragen zu den ADL/IADL und Lebensqualität
Neue Begutachtungsassessment -NBA - Modul Selbstversorgung	unterschiedliche Zielgruppen	Deutsch	Das NBA dient zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.
Katz Scale	alle Menschen	ins Deutsche übersetzt	zur Einschätzung des Funktionalen Status; 6 Alltagsaktivitäten.
Barthel-Index	für Menschen mit chronischen Erkrankungen	akutstationär; ins Deutsche übersetzt	10 Alltagsaktivitäten, die die funktionellen Fähigkeiten einer Person, speziell die Aktivitäten des täglichen Lebens und Mobilität messen.
Functional Independence Measure (FIM)-Funktionale Selbstständigkeitmessung	vornehmlich bei Patient/inn/en, die über einen längeren Zeitraum gepflegt werden im Sinne einer Rehabilitation	Rehabilitation, ins Deutsche übersetzt	Damit lassen sich der Schweregrad einer Behinderung und auch die Veränderung im Laufe der Rehabilitation darstellen.
Resident Assessment Instrument-RAI (RAI-HC, RAI-AC, RAI)	unterschiedliche Zielgruppen	für alle Versorgungssettings, ins Deutsche übersetzt	enthält ADL/IADL Skalen; zur Einschätzung von Pflegebedarf
Pflegeabhängigkeitskala-PAS	Pädiatrie, Onkologie, Rehabilitation, ambulante Pflege, Angehörigenversion	für alle Versorgungssettings; ins Deutsche übersetzt	aufbauend auf den Grundbedürfnissen nach Henderson zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit

Quelle und adaptierte Darstellung: GÖG/ÖBIG, orientiert an (Halek 2003, 71)

Die einzelnen Instrumente sind in unterschiedlichem Ausmaß auf wissenschaftliche Gütekriterien wie die Reliabilität, Praktikabilität und Validität getestet. Zudem sind die meisten Instrumente bereits ins Deutsche übersetzt.

Zentral ist, dass je nach Zielgruppe der betreuenden Einrichtung, der Zielsetzung und der Reichweite der pflegerischen Versorgung eine spezifische Auswahl an Indikatoren von den Einrichtungen erfolgt. Dies erschwert eine Vergleichbarkeit der Pflege-Ergebnisqualität in diesem Bereich.

3.8.5 Diskussion

Wie sich die Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensaktivitäten erhalten und verbessern lässt, ist nicht nur Gegenstand umfangreicher Forschungstätigkeiten. Darüber hinaus gelten der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensaktivitäten gerade in der Langzeitpflege als Qualitätskriterium für Pflegequalität. Aufgrund der Komplexität sind die Erfahrungen der Messbarkeit höchst heterogen und zugleich spezifisch für unterschiedliche Settings (Pflegeheime, Rehabilitation, akutstationäre Bereich). Übergreifende Indikatoren zur Messung der Pflege-Ergebnisqualität in diesem Bereich bedürfen einer umfangreichen Abstimmung zwischen den Einrichtungen. Da die alltäglichen Lebensaktivitäten zentral für die Einschätzung von Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit sind, könnten aus den in diesem Kontext erhobenen Routinedaten (z. B. Pflegeanamnese) perspektivisch Indikatoren für die Ergebnisqualität entwickelt werden.

Einerseits sind Indikatoren, die abbilden können, inwieweit die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung durch pflegerische Versorgung erhalten oder verbessert wird, im Kontext des demografischen Wandels von steigender Bedeutung. Andererseits scheinen sie von geringerer Bedeutung für die Beurteilung der Qualität einzelner Einrichtungen (Krankenanstalten und Pflegeheime) zu sein, da hier die Vergleichbarkeit (zwischen Settings) nur in geringem Maße gegeben ist und die im besten Fall erzielbaren Ergebnisse sehr stark von Patienten/Bewohnerstruktur (demografische und sozioökonomische Faktoren) abhängen¹.

Indikatoren in diesem Bereich bedürfen daher einer umfangreichen Abstimmung, die sowohl Routinedaten als auch die bisher üblichen Praxen der Erfassung berücksichtigen müsste. Gesundheitspolitisch, sozialpolitisch und aus einer epidemiologischen Perspektive sind Pflegeergebnisindikatoren zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der selbständigen Lebensführung auf jeden Fall von hoher Bedeutung.

¹

Trotz sozialer Absicherung im Krankheitsfall, hohen Standards der medizinischen und pflegerischen Versorgung und einer steigenden Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung haben sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand, von dem insbesondere Personen mit lang andauernden Belastungen und Nachteilen betroffen sind, wie Einkommensarmut, Langzeitarbeitslosigkeit, niedrige Schulbildung oder Migrationshintergrund.

4 Workshop Qualitätsindikatoren und Bedarfe

4.1 Ziele des Workshops

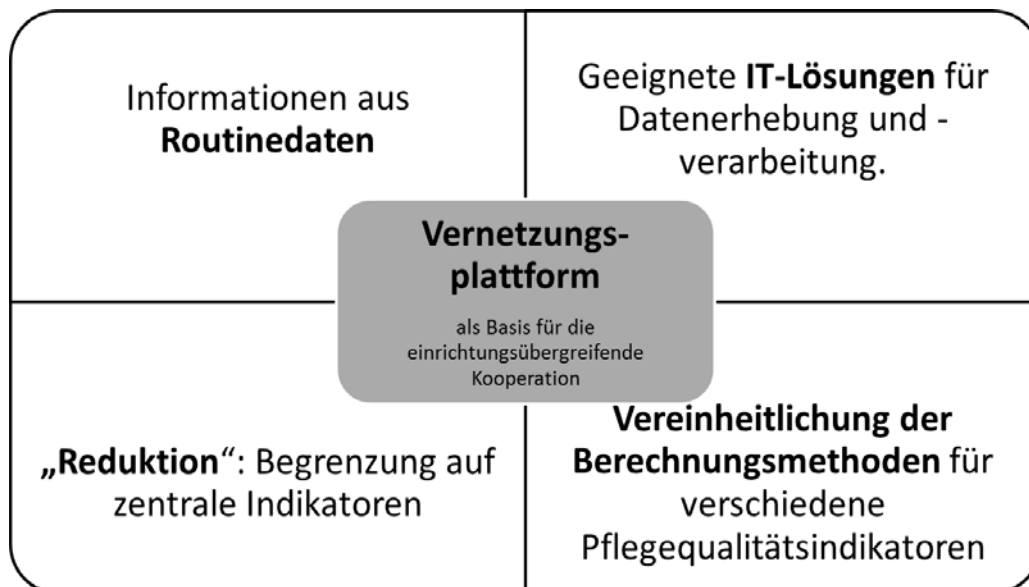
Um die Ergebnisse des Projektes und Bedarfe von Seiten des Qualitätsmanagements in Krankenanstalten zu diskutieren, wurde am 16. 10. 2012 zu einem Workshop eingeladen. Die Teilnehmer/innen kamen aus unterschiedlichen Krankenanstalten und Institutionen. Der Workshop war konzeptionell auf drei Schwerpunkte ausgerichtet:

- » Zum einen sollten der Entwicklungsstand von und Bedarf an Indikatoren, die in der Praxis Verwendung finden, diskutiert werden.
- » Die Relevanz und Praktikabilität der im Projekt identifizierten Ergebnisindikatoren sollten geklärt werden.
- » Die Bedarfe aus Sicht des Qualitätsmanagements sollten geklärt werden.

Im Rahmen der Vorstellungsrunde wurden die Erwartungen der Teilnehmer/Teilnehmerinnen an den Workshop erfragt. Die wichtigsten, mehrfach genannten Punkte bezogen sich nicht auf die Indikatoren selbst, sondern vielmehr auf den gesamten Prozess einer zukünftigen Erhebung von vergleichbaren Daten zur Pflegequalität. Die zentralen Punkte sind im Folgenden nach Abstraktion dargestellt:

1. Ein zentraler Punkt der Teilnehmer/innen ist die Frage, wie Informationen zukünftig möglichst aus **Routinedaten** gewonnen werden können, sowie
2. die Frage nach geeigneten **IT-Lösungen** für Datenerhebung und -verarbeitung.
3. Im engen Zusammenhang damit stand die Forderung nach „**Reduktion**“ in dem Sinne, dass nicht zu viele Indikatoren erhoben werden sollten.
4. Um zu einer vergleichbaren Datenlage zu kommen, ist es nach Ansicht der Teilnehmer/innen von hoher Relevanz, sich über eine mögliche **Vereinheitlichung der Berechnungsmethoden** für verschiedene Pflegequalitätsindikatoren zu verständigen.
5. Ein daraus resultierender Bedarf wurde in Form einer gemeinsamen **Vernetzungsplattform** als Basis für die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit und die Konsensfindung zum Thema Pflege-Ergebnisqualität gesehen.

Abbildung 4.1:
Vernetzungsplattform



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Anschluss an die Diskussion dieser Bedarfe wurden die einzelnen Indikatoren kurz vorgestellt und ein erstes unmittelbares Feedback eingeholt. Dabei wurde von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern – im Kontext der Erläuterung von Assessment-Instrumenten – auf die Gefahr der Unterrepräsentanz von verschiedenen Zielgruppen hingewiesen, wie vor allem Kinder, aber auch Menschen aus anderen Kulturen sowie Intensivpatienteninnen/-patienten.

Sinnvoll erschien es den Teilnehmer/innen, bisher nicht angeführte Indikatoren wie Inkontinenz, nosokomiale Infektionen, Mortalität und Schluckstörung als Indikatoren in Betracht zu ziehen.

In der Diskussion wurde der Umgang mit Kennzahlen, Indikatoren und dem Begriff der Pflegequalität selbst problematisiert.

Zwei Punkte waren dabei von besonderer Relevanz:

- » Pflegeergebnisse sind multikausal bedingt und diese Multi-Dimensionalität ist zentral für die Interpretation von Indikatoren.
- » Die Messung mittels Indikatoren, die es ermöglichen, die Ergebnisqualität zu beurteilen, gibt wichtige Hinweise. Zentral für die Pflegequalität ist allerdings der dadurch ausgelöste Prozess der Ursachenforschung.

Im Kontext der Verwendung bzw. Nutzung der Kennzahlen wurde die Frage aufgeworfen, ob die Indikatoren noch ‚zeitgemäß‘ sind bzw. steuerungsrelevant für die jeweilige Einrichtung. Es wurde dabei unterschieden, ob es sich bei den Qualitätsindikatoren um Indikatoren handelt, die steuerungsrelevant für die Einrichtungen sind oder ob die Indikatoren primär der Reflexion über mögliche Verbesserungen in den Einrichtungen dienen.

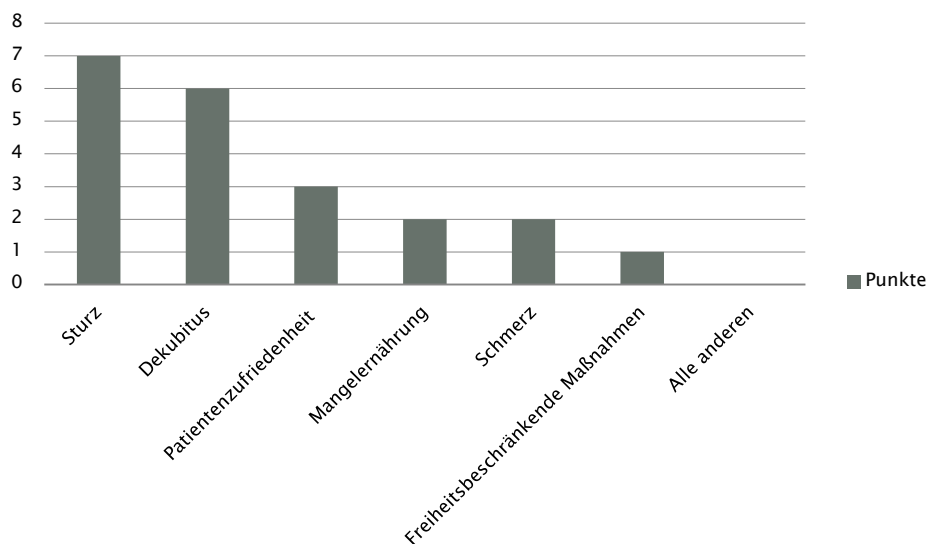
Eine offene Frage ist das „Geben und Nehmen“ zwischen verschiedenen Stakeholdern. Dazu gehören Fragen danach, wer zukünftig Expertise einbringen wird, in welcher Form die Vernetzung stattfinden kann und wie BMG bzw. GÖG/ÖBIG die gewünschte Vernetzungsplattform bereitstellen können. Insbesondere eine mögliche Vereinheitlichung der Berechnungen und Definition der Indikatoren wirft eine Vielzahl von Fragen auf.

4.2 Beurteilung der Qualitätsindikatoren

Priorisierung der Qualitätsindikatoren

Abbildung 4.2:

Priorisierung der Indikatoren durch die Teilnehmerinnen/Teilnehmer



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Rahmen des Workshops wurden die Indikatoren im Plenum priorisiert, um ein gemeinsames Meinungsbild zu erstellen.

- » Sturz 7 Punkte
- » Dekubitus 6 Punkte
- » Patientenzufriedenheit 3 Punkte
- » Mangelernährung 2 Punkte
- » Schmerz 2 Punkte
- » Freiheitsbeschränkende Maßnahmen 1 Punkt
- » Alle anderen, inklusive der vom Plenum ergänzten Indikatoren (Inkontinenz, nosokomiale Infektionen, Schluckstörung) 0 Punkte

Im Workshop wurden jene zwei Indikatoren näher diskutiert, die von den Beteiligten als wichtigste Indikatoren angesehen wurden. Für den Indikator Sturz und für den Indikator Dekubitus wurden die bisherige Erhebungspraxis in den einzelnen Einrichtungen sowie die Probleme bei der Erhebung näher beleuchtet.

Sturz

Der Ergebnisqualitätsindikator „Sturz“ wurde anhand leitender Fragen zur Praktikabilität und Relevanz diskutiert. Zentrale Fragen waren dabei:

- » Wie wird der Indikator in der derzeitigen Routinedokumentation erfasst?
- » Wofür werden die Daten genutzt?
- » Welche Bedeutung hat die Messung der QI für Pflegepersonen und Patienten?

Nach einem ersten Informationsaustausch zu den verschiedenen Erhebungsroutinen in den Einrichtungen wurden folgende Ergebnisse und Problemlagen festgehalten:

- » Für einen sinnvollen einrichtungsübergreifenden Austausch sowie für eine Qualitätsarbeit mit den Pflegepersonen selbst sollte ein größerer Detaillierungsgrad (etwa zu Ursachenanalyse, zu den Sturzfolgen, wiederholter Sturz oder nicht usw.) einheitlich erhoben werden und nicht bloß die „nackte Rate“.
- » Für eine gemeinsame weitere Vorgehensweise wurden notwendige erste Schritte definiert. Es braucht erstens eine konsensfähige Definition (von „Sturz“, aber z. B. auch von Begriffen wie „Pflegetag“, „Belagstage“); zweitens sollen die je hausüblichen Formulare ausgetauscht werden; drittens muss es zu einer einheitlichen Berechnungsformel kommen, damit ein Vergleich ermöglicht wird.

Gegenwärtig liegen in den vertretenen Einrichtungen Dokumentationsmaterialien (Meldeformulare) vor, die jedoch nach ganz unterschiedlichen Berechnungsmethoden ausgewertet werden. Die Zahlen zum Sturzgeschehen sind im Aufbau zu unterschiedlich, als dass sie Vergleiche ermöglichen.

Folgende Indikatoren wurden beschrieben:

- » z. B. Anzahl der gestürzten Bewohner/innen/dividiert durch die Gesamtanzahl der Bewohner/innen

Zudem werden beispielsweise Stürze pro Pflegetage oder Verletzungen pro Patient oder Sturzfolgen analysiert. Außerdem erfolgen die Auswertungen nach Altersgruppen; je nach Einrichtung viertel- oder halbjährlich. Die Re-Evaluierung nach 24 Stunden erfolgt ebenfalls in einigen Einrichtungen.

Die Kennzahl ‚Folgen eines Sturzes‘ wird von manchen Teilnehmerinnen als ‚reflexionswürdig‘, jedoch nicht als steuerungsrelevant beschrieben.

Dekubitus

Hinsichtlich der Definition von Dekubitus wurde bereits ein Konsens im gemeinsamen Bezug auf den Expertenstandard (bzw. NPUAP/EPUAP) festgestellt. Es liegen auch hier in den durch die Teilnehmer/innen vertretenen Einrichtungen Dokumentationsformulare vor. Vor- und Nachteile von Stichtags- gegenüber Verlaufserhebungen wurden debattiert. Die Erfassung über die ICD-10-Diagnose L.89 und damit über die Abrechnungsdaten des LKF-Systems erwies sich aufgrund mangelnder Detaillierung der daraus erhältlichen Informationen sowie verschiedener Dokumentationsprobleme aus pflegerischer Perspektive als ungenügend.

Die Auswertungsergebnisse werden in den Einrichtungen zu ganz unterschiedlichen Zwecken genutzt. Grundsätzlich bestehen die gleichen Bedarfe, die sich aus der Diskussion zum Indikator „Sturz“ ergeben.

Dasselbe gilt auch für die weiteren Indikatoren, die aufgrund des Zeitrahmens nicht im Einzelnen besprochen werden konnten.

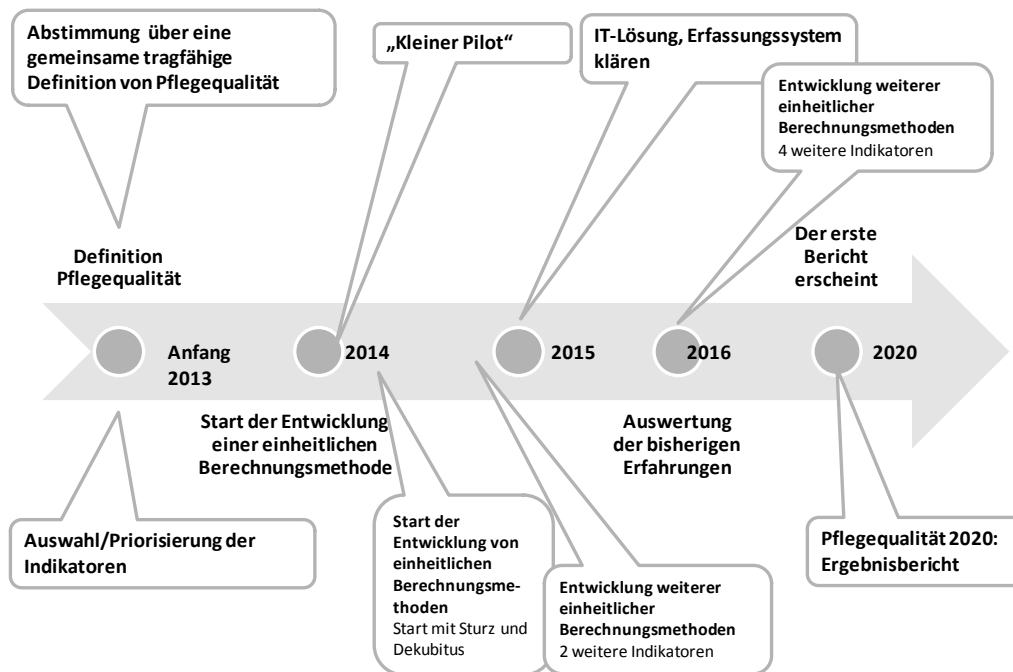
4.3 Pflegequalität 2020: Ergebnisberichte der Zukunft

In der zweiten Workshop-Session wurden anhand einer hypothetischen, aber nicht unrealistischen Vision für das Jahr 2020 Überlegungen zu möglichen Handlungsschritten diskutiert.

Als **Ziel** wurde das Vorlegen des „**Pflege(ergebnis)-Qualitätsbericht 2020**“ durch die Teilnehmerinnen definiert, der grundsätzlich alle Settings („Akutpflege, Langzeitpflege, Häusliche“) umfassen sollte. Die Zielgruppe des Pflege(ergebnis)-Qualitätsberichtes 2020 sind Politik und Entscheidungsträger/innen auf allen Ebenen. Er dient der Standortbestimmung für die Organisationen. Der Intention nach kommt der Qualitätsbericht zwar den Patienten/Patientinnen und der Bevölkerung zugute, aber noch – so wurde öfter angesprochen – bestehe kein Bewusstsein dafür, woran „gute Pflege“ gemessen werden könnte bzw. noch grundlegender, wonach überhaupt gefragt werden könnte.

Abbildung 4.3:

Pflegequalität 2020: Schritte zu einem Ergebnisbericht der Zukunft



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden folgende ToDo/Hürden identifiziert:

- » Einheitliche Definition von „Pflegequalität“/ „Pflegeergebnisqualität“
- » Konsens über Auswahl und Definition von Indikatoren sowie der Berechnungsmethoden, um eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen zu erreichen
- » Erstellung eines Handbuchs (Definition, Methodik der Erhebung/Berechnung etc.) pro Indikator – Gültigkeitsdauer des Handbuchs ist jeweils festzulegen
- » Einrichtung einer Plattform für Information und Austausch der unterschiedlichen Einrichtungen
- » Commitment der Pflegedirektoren in den Einrichtungen
- » Die Indikatoren Sturzereignisse und Dekubitus werden für eine erste Pilotierung herangezogen (Zeitraum 2013–2014)
 - 2013: Sturzereignisse und Dekubitus: Erstellung eines vereinheitlichten Formulars
 - 2014: Datenerhebung (zu klären: Verhältnis von Prä-Pilot und Pilot)
 - 2015: Erste Daten zu Sturzereignissen und Dekubitus
- » Großer Klärungsbedarf im Bereich IT/EDV
- » Klärungsbedarf in den Fragen:
 1. Wer sammelt die Daten? Wie erfolgt diese Datensammlung? (Plattform, Schnittstelle)
 2. Krankenhausdokumentation (Kdok), Nutzung bereits bestehender Systeme?
 3. Ob Registerlösung analog zu den an der GÖG/BIQG geführten Ergebnisqualitäts-Registern

- » Einbindung pflegewissenschaftlicher Institute zur Beratung und Information – Art und Weise des Einbezugs klären
- » Auswahl der Einrichtungen, die kontinuierlich teilnehmen möchten
- » Klärung der Ausgangslage in den Einrichtungen, Erhebung dazu notwendig
- » Fairness und Transparenz im Geben und Nehmen von Informationen/Daten

4.4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des Workshops decken sich weitgehend mit den zuvor erarbeiteten Ergebnissen zu den Indikatoren. Es gibt zentrale Indikatoren, die weitgehend als sinnvoll für die Messung von Pflegequalität im Allgemeinen gesehen werden. Die Indikatoren haben je nach Setting unterschiedliche Relevanz, sodass für eine übergreifende Messung von Pflegequalität über Indikatoren ein zahlenmäßig begrenztes Set von unterschiedlichen Indikatoren berücksichtigt werden sollte.

Zugleich ist die Nutzung von Indikatoren für die Messung von Pflege-Ergebnisqualität begrenzt und muss in dieser Begrenzung gesehen werden. Indikatoren sind Instrumente, um eine gewisse Vergleichbarkeit zu schaffen, doch dies kann nur gelingen, wenn die Definition von Pflegequalität sowie die nähere Bestimmung der Indikatoren in einem gemeinsamen Prozess erfolgen.

5 Empfehlungen

Für die weitere Arbeit im Sinne der Qualitätssicherungsstrategie des Bundes und entsprechend dem Gesundheitsqualitätsgesetz können Pflegeergebnisindikatoren ein Mittel zur Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen sein. Die einrichtungsübergreifende Einführung und die Messung von Pflegeergebnisindikatoren können ein wesentlicher Baustein für die Implementierung systematischer Qualitätsarbeit werden.

Das Gesundheitsqualitätsgesetz sieht ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem vor, das auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz basiert. Um ein solches Qualitätssystem nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren, sind Indikatoren zentral, die von den Akteuren des Gesundheitssystems, insbesondere denjenigen, die für die pflegerische Versorgung verantwortlich sind, gemeinsam unter Berücksichtigung internationaler Entwicklungen und aktueller wissenschaftlicher Ergebnisse ausgewählt und spezifiziert werden.

Auf Basis des vorliegenden Berichts, des Austauschs mit Expertinnen/Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie des Workshops lassen sich folgende Empfehlungen für Maßnahmen aussprechen. Es geht darum, die genannten globalen Ziele über einen größeren Zeitraum Schritt für Schritt zu verwirklichen.

Maßnahmen

Zur Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsleistungen bzw. zur Erreichung der Ziele gemäß dem GQG werden folgende Maßnahmen empfohlen:

M1: Einrichten eines Expertengremiums Pflege-Ergebnisqualität

Sowohl die hohe Heterogenität von international feststellbaren Ansätzen zu Kriterien, Indikatoren und Messbarkeit von Pflegequalität als auch die Bedarfe, die Experten/Expertinnen im Rahmen des Projekts äußerten, verweisen auf die Notwendigkeit eines kontinuierlichen und zielorientierten Austausches zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems. In dem Workshop, der im Rahmen des Projektes durchgeführt wurde, artikulierten Qualitätsmanager/innen ihren Bedarf nach einer gemeinsamen ‚Plattform‘. Die konkrete Ausgestaltung dieses Gremiums wurde noch nicht näher spezifiziert. Eine Möglichkeit bestünde in der Schaffung einer übergreifenden Online-Arbeitsumgebung, in der relevante Dokumente ausgetauscht werden, sowie (halbjährige) Präsenz-Treffen, in denen gemeinsam erarbeitet wird, welche Erfahrungen und Bedarfe im Hinblick auf die Qualitätsberichterstattung bestehen. Eine solche Plattform würde ermöglichen, über organisationsinterne Qualitätsarbeit hinauszukommen. Die Arbeitsplattform sollte nach Äußerungen der Experten/Expertinnen von den Verantwortlichen des pflegerischen Qualitätsmanagements in Krankenanstalten, Pflegeheimen und Hauskrankenpflege gemeinsam genutzt werden. Eine solche Plattform könnte im Rahmen eines Folgeprojekts „Pflege-Ergebnisqualität“ durch die GÖG/ÖBIG initiiert bzw. organisiert werden. Die Plattform wäre ein Anreizmechanis-

mus für mehr Austausch und Kooperation unter den Einrichtungen. Sie leistet einen Beitrag zur Effektivität und Effizienz und somit zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

§ 6 GQG sieht Folgendes vor: „Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit hat im Hinblick auf den Aufbau, die Weiterentwicklung, die Sicherung und die Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen“. Um zu diesen Vorgaben zu kommen, sind Abstimmungsprozesse notwendig, die den Stand der Wissenschaft, die Weiterentwicklung der Praxis der Qualitätsarbeit vor Ort und die Grundsätze des GQG in Übereinstimmung bringen. Die Einrichtung einer Expertengremiums dient dazu, diese Vorgaben in Bezug auf Pflege zu spezifizieren. Dazu bedarf es einer Abstimmung zwischen den relevanten Akteuren. Das Gremium gewährleistet damit die Entwicklung der im Gesetz geforderten Erfassung der relevanten Daten unter Einbeziehung bereits bestehender Dokumentationen.

Für die im GQG vorgesehene Dokumentation und Datenmeldung bestehen Grundsätze, die durch die Plattform gewährleistet werden können: Dabei geht es darum, die Festlegung und Erfassung pflegespezifischer Daten, die für die Überprüfung der Erfüllung der GQG-Vorgaben notwendig sind, abzustimmen.

Erste **Agenden dieses Expertengremiums**, für die im Projekt-Workshop bereits Vorarbeit geleistet wurde, sollten folgende Themen umfassen:

1. Konsensfindung:

- » Wer soll im Gremium vertreten sein?
- » Abstimmung: Welche Indikatoren werden bereits für ein Monitoring – zur Beobachtung pflegerischer Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen herangezogen?
- » Konsensuale Definition von weiteren Kriterien und Indikatoren (inkl. Liste von Begrifflichkeiten)
- » Welche Kennzahlen und Berechnungsmethoden sollen zugrunde gelegt werden?

2. Weiterführenden Fragen:

- » Welche Organisationskulturen/Arbeitsbedingungen müssen erhalten oder entwickelt werden, damit eine systematische und von allen Beteiligten (von der Basis bis zum Management) mitgetragene Qualitätsarbeit verwirklicht werden kann?
- » Wie soll mit verschiedenen Daten umgegangen werden – welchen Grad an Öffentlichkeit erreichen diese?
- » Wie wird ein einrichtungsübergreifendes Lernen und Benchmarking, um die Qualitätsstrategie des Bundes umzusetzen, konkret in strukturierte Prozesse übersetzt?
- » Welche Konsequenzen/Maßnahmen werden auf Basis der Daten zur Pflegeergebnisqualität konkret getroffen / erscheinen als sinnvoll?

M2: Pilotierung erster Qualitätsindikatoren

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt empfiehlt sich eine (stufenweise) Pilotierung zur einrichtungsübergreifenden Erhebung von Ergebnisdaten anhand relativ einfach zu erfassender, abgestimmter Indikatoren (und Methoden). Gemäß einem Konsens im Workshop ist dies realistisch mit Kennzahlen zu Dekubitus und Sturzereignissen bis zum Jahr 2015 zu bewerkstelligen. Folgende Zeithorizonte können ins Auge gefasst werden:

- » 2013: Erstellung eines vereinheitlichten Formulars zur Erhebung der Informationen zu Dekubitus und Sturzgeschehen
- » 2014: Datenerhebung. Das Design des Projekts ist noch zu klären.
- » 2015: Vielfach liegen Daten (aus den teilnehmenden Einrichtungen) zu Sturzereignissen und Dekubitus vor.

Dazu kann zeitversetzt mit weiteren Indikatoren analog verfahren werden.

M3: Einrichten eines Monitoring-Systems

Zum Zweck der Sicherung pflegerischer Versorgung könnte die GÖG/ÖBIG nicht nur als Koordinationsstelle für eine Plattform genutzt werden, sondern in Anlehnung an ähnlich bereits bestehende Qualitätsregister in anonymisierter Form Daten zusammenführen und zentral auswerten. Dieses Monitoring-System könnte mit folgenden Aufgaben betraut sein:

- » Beobachtung der Entwicklungen
- » Spezifizierung von Indikatoren
- » Einrichtungsbezogene Auswertung von Qualitätsindikatoren

M4: Weiterführung methodischer und inhaltlicher Forschung in Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Praxis

Der vorliegende Bericht und die darin beschriebenen Kriterien/Indikatoren stellen einen thematischen Auftakt dar und eine Grundlage für die Pilotierung. Weiterführend wird es notwendig sein,

nach Setting und Zielgruppen auszudifferenzieren und ggf. weitere Indikatoren in die Messung von Ergebnisqualität aufzunehmen. Konkrete Bedarfe, Korrekturen, Erweiterungen müssen sich aus den Erfahrungen im Zuge der Pilotierung und aus dem Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis ergeben. Eine österreichweite Vernetzung ist auch in diesem Sinn weiter anzustreben.

Dieser Maßnahmenvorschlag ergibt sich sowohl aus dem Ergebnis des Workshops, den Interviews und der Zielsetzung des Gesundheitsqualitätsgesetzes.

Literatur

Anderberg, Patrice; Lepp, Margret; Berglund, Anna-Lena; Segesten, Kerstin (2007): Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. In: *Journal of Advanced Nursing* 59/6, 635–643

Arman, Maria; Rehnsfeldt, Arne (2007): The I "Little Extra" that alleviates suffering. In: *Nursing Ethics* 14/3, 372–386

Austin, Wendy J. (2011): The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: an evolutionary threat to the discipline. In: *Nursing Philosophy* 12/3, 158–166

Bachner, Daniela; Haas, Waltraud; Semlitsch, Barbara; Schaffer, Susanna; Uhl, Christine; Weiß, Richard (2009): Sturzprophylaxe für ältere und alte Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen. Evidence-based Leitlinie. LKH – Univ.-Klinikum, Graz

Balzer, K.; T., Dassen; Feuchtinger, J.; Flake, G.; Gottwald, Ch.; K., Kämmer; E.M., Panfil; Schröder, G.; Skiba, T.; E., Steinmetz; Wilborn, D.; Kottner, J.; A., Tannen (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege –1. Aktualisierung 2010. Hg. v. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Balzer, K.; Mertens, E. (2012): Dekubitusrisiko-Assessment. In: *Pflegebezogene Assessmentinstrumente Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis*. Hg. v. B. Reuschenbach/C. Mahler. Bern: Huber

Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margarete (2004): *Assessmentinstrumente in der Pflege*. Hg. v. W. Schriften, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co, Hannover

Bartholomeyczik, Sabine; Schreier, Maria Magdalena (2011): Instrumente zur Erfassung und Dokumentation der Ernährungssituation. In: *Pflegebezogene Assessmentinstrumente Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis*. Hg. v. B. Reuschenbach/C. Mahler. Bern: Hans Huber, 209–236

Basler, H. D.; Hüger, D.; Kunz, R. et al. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD) – Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. In: *Schmerz*/12, 519–526

Benner, Patricia (1997): A Dialogue between Virtue Ethics and Care Ethics. In: *Theoretical Medicine*/18, 47–61

Berlach-Pobitzer, Irene; Kreissl Reinhard; Pelikan, Christa; Pilgram, Arno (2005): Grundlagen für die Implementierung des Heimaufenthaltsgesetzes. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz, Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien

Blondal, Katrin; Halldorsdottir, Sigridur (2009): The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. In: *Journal of Clinical Nursing* 18/20, 2897–2906

Bostick, Jane E.; Rantz, Marilyn J.; Flesner, Marcia K.; Riggs, C. Jo (2006): Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 7/6, 366–376

Boström, B.; Sandh, M.; Lundberg, D.; Fridlund, B. (2004): Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. In: *European Journal of Cancer*/13, 238–245

Brady, Anne-Marie; Malone, Anne-Marie; Fleming, Sandra (2009): A literature review of the individual and system factors that contribute to medication errors in nursing practice. In: *Journal of Nursing Management* 2009/17, 679–697

Braudis, N.; Franey, K.; Ahern, J.; Curley, M. (2011): Establishing nurse-sensitive quality metrics for the pediatric cardiovascular ICU. In: *Pediatric Critical Care Medicine* 1

Brugger, Waltraud; Burgmann, Helene; Gröbe, Gundula; Hechensteiner, Ursula; Kustatscher, Astrid; Mauroner, Lisa; March, Albert; Schäfer, Elisabeth; Schink, Franziska; Siller, Marianne; Zihl, Monika; Zöschg, Monika (2010): Leitlinie Sturzprävention bei Betreuten in Akut- und Langzeit-einrichtungen. Südtioler Sanitätsbetrieb, Bozen

Büchi, Silvia; Rettke, Horst; Horvath, Eva; Marfurt-Russenberger, Katrin; Schwendimann, René (2008): Modell zur Darstellung und Überprüfung der Qualität in der Pflege und Gesundheitsversorgung.

Bundesgesundheitskommission (2010): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Burkhard, Werner (2004): Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Kontext der Medizin und der Pflegewissenschaft. In: *Kooperation und Kommunikation in der Pflege*. Hg. v. H. Brandenburg. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH

Burla, L.; Schaffert, R.; Mylaeus, M.; Rüesch, P. (2010): Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege in der Schweiz Developing and Testing Quality Indicators of Home Care in Switzerland. In: *Gesundheitswesen* 72/2, 106–113

Cassier-Woidasky, Anne-Kathrin (2007): Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main

Castle, N. G.; Anderson, R. A. (2011): Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care: using dynamic panel estimation methods. In: *Medical Care* 49/6, 545–552

Castle, Nicholas G.; Engberg, John (2007): The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes. In: *Health Services Research* 42/5, 1822–1847

Courtenay, Molly; Carey, Nicola (2008): The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. In: *Journal of Clinical Nursing* 17/15, 2001–2013

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (2008): *Qualitätshandbuch ambulant*. Unveröffentlicht, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Wien

de Rond, Marlies; de Wit, Rianne; van Dam, Frits; van Campen, Brigitte; den Hartog, Yvonne; Klievink, Rietje; Nieweg, Roos; Noort, Janny; Wagenaar, Margret; van Campen, Barbara; van, Dam (1999): Daily pain assessment: value for nurses and patients. In: *Journal of Advanced Nursing* 29/2, 436–444

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2011): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. 1. Aktualisierung 2011 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück

Diegmann-Hornig, Katja; Jurgschat-Geer, Heike; Beine, Matthias; Neufeld, Gudrun (2009): *Pflegegeldbegutachtung. Lehrbuch für Sachverständige und Gutachter in der Pflege*. Hans Huber, Bern

Doran, Diane M. (2011): *Nursing Outcomes. The state of science*. Second Edition. Jones & Bartlett Learning, Ontario

Doran, Diane; Midon, Barbara; Clarke, Sean (2011): Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. In: *Canadian journal of nursing leadership* 24/2, 38–57

Eberhardt, S.; Heinemann, A.; Kulp, W.; W., Greiner; C., Leffmann; M., Leutenegger; J., Anders; F., Profener; U., Balmaceda; O., Cordes; U., Zimmermann; J.-M., Graf von der Schulenburg (2005): *Dekubitusprophylaxe und -therapie*. 1. Aufl., Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, Köln

Elmadfa, I.; Freisling, H.; Nowak, V.; Hofstädter, D. (Hg.) (2009): *Österreichischer Ernährungsbericht 2008*. 1. Aufl., Wien

Europäische Charta Patientenrechte (2002): *Europäische Charta der Patientenrechte* [Online]. <http://www.adexo.pt/internacional/EUCharterGerman.pdf> [Zugriff am 15. 03. 2012]

Evans, David; Wood, Jacquelin; Lambert, Leonnie (2002): A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. In: *Journal of Advanced Nursing* 40/869, 616–625

Evans, Jennifer (2009): Prevalence, risk factors, consequences and strategies for reducing medication errors in Australian Hospitals: A literature review. In: Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession/31, 176–189

Expert Group on Safe Medication Practices (2006): Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practises [Online]. Council of Europe
http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/medication%20safety%20culture%20report%20e.pdf [Zugriff am 22.02.2012]

Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale Versorgungsleitlinien (2009): Qualitätsindikatoren. Manual für Autoren. Programm für Nationale Versorgungsleitlinien von BÄK, KBV und AWMF. ÄZQ Schriftenreihe, Bd. 36. Berlin

Fagerström, L.; Bergbom, Engberg I. (1998): Measuring the unmeasurable: a caring science perspective on patient classification. In: Journal of Nursing Management/6, 165–172

Ferner, Robin E. (2009): The epidemiology of medication errors: the methodological difficulties. In: British Journal of clinical Pharmacology 67/6, 614–620

Fischer, Thomas (2009): Entwicklung eines Instruments zum Assessment von Schmerzen bei alten Menschen mit schwerer Demenz. Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.), Berlin

Fletcher, Robert H.; Fletcher, Suzanne W. (2007): Klinische Epidemiologie. Grundlagen und Anwendung. 2., vollst. ©*berarb. dt.-sprachige Ausg. Aufl., Huber, Bern

Fosbinder, Donna (1994): Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. In: Journal of Advanced Nursing 20/6, 1085–1093

Foulkes, Mark (2011): Nursing metrics: measuring quality in patient care. In: Nursing Standard 25/42–40–45; quiz 46

Frank, Arthur W. (2004): The Renewal of Generosity. Illness, Medicine, and How to Live. The University of Chicago Press

Franklin, Lise-Lotte; Ternestedt, Britt-Marie; Nordenfelt, Lennart (2006): Views on Dignity of Elderly Nursing Home Residents. In: Nursing Ethics 13/2, 130–146

Friesacher, H. (2004): Foucaults Konzept der Gouvernementalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft. In: Pflege/6, 364–374

Friesacher, Heiner (2012): "Und es geht doch...". Pflegeprozessplanung in pragmatischer Hinsicht. Neues PflegeWISSEN nutzen – Aus der Hochschule für die Praxis. München, 28.02.2012

Fuchs, Fabiola; Amon, Margarita; Nimptsch, Ulrike; Mansky, Thomas (2010): A-IQI | Austrian Inpatient Quality Indicators. Qualitätsindikatoren der Niederösterreichischen Landeskliniken–

Holding. Definitionshandbuch. Version 1.0, Datenjahr 2010. Stand: 31.05.2010. Universitätsverlag der TU Berlin, St. Pölten/Berlin

Fürthaller, Ernst; Danter-Klenner, Andrea (2012): Dekubitusmanagement in den OÖ Fondskrankenanstalten aus Sicht der zentralen Prüfgruppe der Abteilung Gesundheit. In: Österreichische Pflegezeitschrift 65/8/9, 24

Garms-Homolova, Vjenka (2008): Messung der Pflege-Outcomes mithilfe von Routinedaten. In: Public Health Forum 16/4, 21.e1-21.e23

Georg, Jürgen; Frowein, Michael; Georg, Frowein (1999): Pflegelexikon. Ullstein Medical, Wiesbaden

Gepart, Christian (2010): Freiheitsbeschränkende Maßnahmen im extramuralen Bereich. In: Pflegerecht 2010/5, 146-149

Gesundheitsqualitätsgesetz: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG), BGBl. I Nr. 179/2004 23. 10. 2012

Gleichweit, Sonja; Kern, Reinhard; Lerchner, Martina (2011): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Österreichweit einheitliche, sektorenübergreifende Patientenzufriedenheitsbefragung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien

Gleichweit, Sonja; Lerchner, Martina; Kern, Reinhard; Nowak, Peter (2012): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Valides Instrument und Erhebungsdesign für eine Patientenbefragung im extramuralen Bereich mit Fokus auf die Qualität an den Versorgungsübergängen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien

GQG: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, in der geltenden Fassung

Griffiths, Peter; Jones, Simon; Maben, Jill; Murrells, Trevor (2008): State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. National Nursing Research Unit

King's College London, National Nursing Research Unit

King's College London, London

Gudmannsdottir, Gudrun Dora; Halldorsdottir, Sigridur (2009): Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 23/2, 317-327

GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, BGBl. I Nr. 108/1997, in der geltenden Fassung

Gunningberg, Lena; Idvall, E. W. A. (2007): The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. In: *Journal of Nursing Management* 15/7, 756–766

Hackl, MJ.; Jeske, M.; Galvan, O.; Strauha, I.; Matteuci, Gothe R. (2006): Prävalenz der Mangelernährung bei alten Menschen. In: *Journal für Ernährungsmedizin* 8/1, 13–20

Hagenbichler, Edgar; Olensky, Erwin (2010): Das österreichische LKF-System. Bundesministerium für Gesundheit

Halek, M. (2003): Wie misst man Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Schlütersche

Hayes, Bronwyn; Bonner, A. N. N.; Pryor, Julie (2010): Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. In: *Journal of Nursing Management* 18/7, 804–814

HeimAufG: Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG), BGBl. I Nr. 11/2004, in der geltenden Fassung

Heimerl, Katharina; Wegleitner, Klaus; Heller, Andreas (2009): Bewohnerinnenbefragung im Alten- und Pflegeheim. Ein Instrument zur Kommunikation mit hochbetagten Menschen und mit Menschen mit Demenz. In: *Praxis Palliative Care (Beilage)*/5, 1–39

Hengstberger, Marianne; Kopa, Helmut (2008): *Qualitätshandbuch ambulante Pflege*. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Wien

Herman, Adam D.; Johnson, Theodore M.; Ritchie, Christine S.; Parmelee, Patricia A. (2009): Pain Management Interventions in the Nursing Home: A Structured Review of the Literature. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 57/7, 1258–1267

Hewitt, Peggy (2010): Nurses' Perception of the Causes of Medication Errors: An Integrative Literature Review. In: *MEDSURG Nursing* 19/3, 159–168

Hiesmayr, M.; Schindler, K.; Pernicka, E.; Schuh, C. et al. (2009): Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: The NutritionDay survey 2006. In: *Clinical Nutrition* 28/5, 484–491

Höffe, Otfried (2009): *Lebenskunst und Moral oder Macht Tugend glücklich? 1. überarbeitete Neuausgabe*. Beck, München

Hoffmann, Frédérique; Maas, Flip; Rodrigues, Ricardo (2010): Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Wien

Hogg, L. H.; Donohue, R. B.; Beck, S.; Marsee, V. D.; Otte, D. M.; Tranin, A. S. (2009): Development of nursing-sensitive quality measures for breast cancer using ONS putting evidence into practice (PEPRG) resources. In: *Oncology Nursing Forum* 36/3, 16-17

Horn, Christoph; Rapp, Christof (Hrsg.) (2008): Wörterbuch der antiken Philosophie. 2. Auflage. Beck, München

Höwer, Olaf (2002a): Pflegequalität – Was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Frankfurt am Main

Höwer, Olaf (2002b): Pflegequalität – Was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Diplomarbeit

Huhn, Siegfried (2005): Expertenstandard Sturzprophylaxe. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 10/05, 8-12

Idvall, Ewa; Hamrin, Elisabeth; Rooke, Liselotte; Sjöström, Björn (1999): A tentative model for developing strategic and clinical nursing quality indicators: Postoperative pain management. In: *International Journal of Nursing Practice* 5/4, 216-226

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. In: *IQWiG-Berichte*-11

IOM (2007): Preventing Medication Errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. [Online]. Institute of Medicine of the National Academies.
<http://www.nap.edu/catalog/11623.html> [Zugriff am 14.03.2012]

Isfort, Michael (2007): Pflegekapazität und Patientensicherheit – Konsequenzen internationaler Studien. In: *Die Schwester / Der Pfleger* 46/7, 631-633

Jaquemar, Susanne (2010): Die Bewohnervertretung. Der österreichische Weg. Über den Umgang mit Freiheitsbeschränkungen in Einrichtungen. In: *Betreuungspraxis*/3, 105-108

Jaquemar, Susanne (2012): Daten zu Freiheitsbeschränkungen und – einschränkungen, sowie Einrichtungen gemäß HeimAufenthaltsgesetz. Unveröffentlicht

Johansson, Peter; Oléni, Magnus; Fridlund, Bengt (2002): Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16/4, 337-344

Johnson, Marion; Maas, Meridean L.; Moorhead, Sue (2005): Pflegeergebnisklassifikation NOC. Huber, Bern

Joint Commission International (2010): Nursing Sensitive Care (NSC) Measures. The Joint Commission

Jones, SW (2009): Reducing medication administration errors in nursing practice. In: Nursing Standard 23/50, 40–46

Jutel, A.; Menkes, D.B. (2010): Nurses' reported influence on the prescription and use of medication. In: International Nursing Review 57/1, 92–97

KAGes (2010): Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahmen der Steiermärkischen Krankenkassengesellschaft m.b.H. Jahresbericht 2010. Graz

Kaiser, M. J.; Bauer, J. M.; Ramsch, C. et al. (2009): Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status. In: The Journal of Nutrition, Health and Ageing 13, 782–788

Kaiser, Matthias J.; Bauer, Jürgen M.; Rämisch, Christiane; Uter, Wolfgang; Guigoz, Yves; Cederholm, Tommy; Thomas, David R.; Anthony, Patricia S.; Charlton, Karen E.; Maggio, Marcello; Tsai, Alan C.; Vellas, Bruno; Sieber, Cornel C. (2010): Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. In: Journal of the American Geriatrics Society 58/9, 1734–1738

Kane, Robert L.; Shamliyan, Tatyana; Mueller, Christine; Duval, Sue; Wilt, T. J. (2007): Nurse staffing and quality of patient care. In: Evidence Report/Technology Assessment/151, 1–115

Käppeli, Silvia (2005): Bündnis oder Vertrag? Eine Reflexion über zwei Paradigmen der pflegenden Beziehung. In: Pflege/18, 187–195

Käppeli, Silvia (2009): Das Ethos der Pflege – Gedankenspiel oder Verpflichtung? In: Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hg. v. R. Stemmer. Hannover

Kendlbacher, Elisabeth (2007): Evaluation des Schmerzmanagements an einer Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Österreich. Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften Medizinische Informatik und Technik. Magisterarbeit, Hall in Tirol

Kis Dadara, Z. et al. (2011): Dekubitusprävention–die internationale Leitlinie als Basis. Den Horizont auf die gesamte Versorgungskette erweitern. In: Pro Care/03, 8–14

Kizer, Kenneth W. (2004): National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance.

Klindtworth, K.; Cuno, J.; Schneider, N.; Wehkamp, K.-H. (2010): Qualitätsmanagement auf einer Palliativstation – welchen Beitrag können qualitative Interviews mit Patienten und ihren Angehörigen leisten? In: Zeitschrift für Palliativmedizin/11, 180–187

Klindtworth, K.; Cuno, J.; Schneider, N.; Wehkamp, K.-H. (2010): Qualitätsmanagement auf einer Palliativstation – welchen Beitrag können qualitative Interviews mit Patienten und ihren Angehörigen leisten? In: Zeitschrift für Palliativmedizin 2010/11, 180–187

Kohlen, Helen; Kumbruck, Christel (2008): Helen Kohlen und Christel Kumbruck: Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). artec-paper Nr. 151 [Online]. artec – Forschungszentrum Nachhaltigkeit. Bremen. http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_151.pdf [Zugriff am 08. 03. 2012]

Kondrup, J.; Allison, S. P.; Vellas, B.; Plauth, M. (2003): ESPEN Guidelines für Nutrition Screening 2002. In: Clinical Nutrition 22/4, 415–421

Konetzka, R. T.; Stearns, S. C.; Park, J. (2008): The staffing-outcomes relationship in nursing homes. In: Health Services Research 43/3, 1025–1042

Köpke, Sascha; Meyer, Gabriele (2011): Sturzrisikoassessment. In: Testtheoretische und ökonomische Gütekriterien von Pflegeassessments. Hg. v. B. Reuschenbach. Bern: Hans Huber, 169–190

Körtner, Ulrich J. (2012): Grundkurs Pflegeethik. 2., überarb. und erw. Aufl., Facultas. WUV, Wien

Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV) (2010): Freizeitunfallstatistik 2009. Wien

Lackner, Angelika (2010): Stürze bei PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen – Prävalenz, Prävention und Pflegeabhängigkeit. Master of Science Masterarbeit, Graz

Laschinger, H. K.; Gilbert, Stephanie; Smith, Lesley (2011): Patient Satisfaction as a Nurse-Sensitive Outcome. In: Nursing Outcomes The State of the Science. Hg. v. D. M. Doran. Library of Congress, 359–408

LBIMGS (2004): Instrumente. Fragebogen für Patienten und Patientinnen (PAO 58). Beiblatt Anästhesie (PAO-AN). Fragebogen für Mitarbeiter/innen (MAO 16/17). Maßnahmenbiographie. Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien

Lea, Amandah; Watson, Roger (1996): Caring research and concepts: a selected review of the literature. In: Journal of Clinical Nursing 5/2, 71–77

Lenche, N.; Damevska, K.; Gjorgova, S.T.; Kostov, M.; Jakimovska, J. (2012): Reduction of pressure ulcer prevalence after implementation of EPUAP guidelines. Gerontology Institute

Leuenberger, M. S.; Joray, M. L.; Kurmann, S.; Stanga, Z. (2012): Wie beurteile ich den Ernährungszustand meines Patienten. In: Praxis Palliative Care 101/5, 307–315

Likar, Rudolf; Pinter, Georg (o. J.): Schmerzdiagnostik und -therapie bei älteren und kognitiv beeinträchtigten Patienten [Online].
<http://www.oesg.at/fileadmin/schmerzgesellschaft/pdf/Folder/Schmerzdiagnostik.pdf> [Zugriff am 23.10.2012]

Lohrmann, Christa; Schönherr, Silvia (2011): Europäische Pflegequalitätserhebung Hg. v. C. Lohrmann/M. U. Graz/I. f. Pflegewissenschaft, Graz

Maderdonner, Manuela (2010): Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Erhebung der Prävalenz, Maßnahmen und Pflegeabhängigkeit. Graz

Maier, Christoph; Nestler, Nadja; Richter, Helmut et al. (2010): Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. In: Deutsches Ärzteblatt 107/36, 607–614

Manzeschke, Arne; Brink, Alexander (2010): Versprechen, Vertrag und Supererogation in Nonprofit-Organisationen. In: Stakeholdermanagement in Non-Profit-Organisationen. Hg. v. L. S. Theuvsen, Reinbert; Gmür, Markus. Linz: Trauner

Mayer, Hanna et al. (2011): „Careful“. Caring-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen und deren Einschätzung durch Pflegepersonen im postoperativen, behandlungszentrierten und palliativen Setting [Online].
http://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_pfliegewiss/Homepage_neu/Home/Institut/Projekte/Ergebnisbericht_CAREFUL_final_pdf.pdf [Zugriff am 08. 03. 2012]

Menche, Nicole (2011): Pflege heute Lehrbuch für Pflegeberufe 5., vollst. überarb. Aufl., Elsevier, München

Milutinovic, D.; Milovanovic, V.; Pjevic, M.; Martinov-Cvejin, M.; Cigic, T. (2009): Assessment of quality of care in acute postoperative pain management. In: Vojnosanitetski Pregled 66/2, 156–162

Mitchell, P. H.; Ferketich, S.; Jennings, B. M. (1998): Health policy. Quality health outcomes model. In: Image: Journal of Nursing Scholarship 30/1, 43–46

Mitchell, Pamela H.; Lang, Norma M. (2004): Framing the problem of measuring and improving healthcare quality: has the Quality Health Outcomes Model been useful? In: Medical Care 42/2 Suppl, II 4–11

Montalvo, I. (2007): The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). In: Online Journal of Issues in Nursing 12/3–13p

- Morse, Janice M. et al. (1990): Concepts of Caring and Caring as a Concept. In: *Advances in Nursing Science* 13/1, 1–14
- Müller–Straub, Maria (2001): Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen–Zufriedenheit. In: *Pflege*/14, 230–238
- Müller, M. (2007): Total Pain. In: *Lehrbuch Palliative Care Mit einem Geleitwort von Reimer Gronemeyer 2, durchgesehene und korrigierte Auflage*. Hg. v. C. Knipping. Bern: Huber, 386–393
- Neugebauer, Birgit; Porst, Rolf (2001): Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht. ZUMA–Methodenbericht Nr. 7/2001. Mannheim
- Osterbrink, Jürgen (2006): Schmerzmanagement in der Pflege. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 12/06, 8–11
- Osterbrink, Jürgen; Hufnagel, M.; Kutschar, P. et al. (2012): Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster. In: *Der Schmerz* 26:27/35, 27–35
- Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) (2003): Konsensus–Statement. Postoperative Schmerztherapie [Online]. http://www.oesg.at/uploads/tx_abdownloads/files/Konsensus-Statement_postoperative_Schmerztherapie.pdf [Zugriff am 15.03.2012]
- Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) (2009): Pressemitteilung zu den 9. Österreichischen Schmerzwochen – 12. bis. 25. Oktober 2009 [Online]. <http://www.oesg.at/index.php?id=177> [Zugriff am 15. 03. 2012]
- Palese, Alvisa; Tomietto, Marco; Suhonen, Riitta; Efstathiou, Georgios; Tsangari, Haritini; Merkouiris, Anastasios; Jarosova, Darja; Leino–Kilpi, Helena; Patiraki, Elisabeth; Karlou, Chrysoula; Balogh, Zoltan; Papastavrou, Evridiki (2011): Surgical Patient Satisfaction as an Outcome of Nurses' Caring Behaviors: A Descriptive and Correlational Study in Six European Countries. In: *Journal of Nursing Scholarship* 43/4, 341–350
- Prammer, Petra (2008): Mangelernährung im Krankenhaus. NutritionDay 2006 – Das allgemeine Krankenhaus Wien im Vergleich. Diplomarbeit. Wien
- Prütz, Franziska (2012): Was ist Qualität im Gesundheitswesen. In: *Ethik in der Medizin* 24/2, 105–115
- Reeves, Jerry (2011): Guidelines for recording the use of physical restraint. In: *Mental Health Practice* 15/1, 22–23

Reuschenbach, Bernd (2011): Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In: Pflegebezogene Assessmentinstrumente Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Hg. v. B. Reuschenbach/C. Mahler. Bern: Hans Huber

Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth; Schrems, Berta; Hlava, Anton; Link, Thomas (2012): Gesundheits- und Krankenpflege. Evaluierung der Ausbildungsbereiche. Kontext- und Bedarfsanalyse. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. I von II, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Schiemann, Doris (2009): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege [einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse]. Sonderdruck. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Schiemann, Doris; Moers, Martin; Schiemann, Doris; Blumenberg, Petra; Schemann, Jörg; Stehling, Heiko (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück

Schindler, Karin; Pernicka, Elisabeth; Laviano, Alessandro et al. (2010): How nutritional risk is assessed in and managed in european Hospitals: A survey of 21,007 patients findings from the 2007-2008 cross-sectional nutritionDay survey. In: Clinical Nutrition 29/5, 552-559

Schlaffer, Peter (2005): Heimaufenthaltsgesetz, Information über Bewohnerrechte. Verein für Sachwalterschaft & Patientenadvokatur, Wien

Schmid-Büchi, S.; Rettke, H.; Horvath, E.; Marfurt-Russenberger, K.; Schwendimann, R. (2008): The "Zurich Quality Model of Nursing Care", based on the "Quality of Health Outcome Model" (QHOM): a new perspective in measuring quality in nursing care. [German]. Das auf Basis des <<Quality of Health Outcome Model>> (QHOM) entwickelte Zürcher Pflege-Qualitätsmodell: Eine neue Perspektive zur Messung der Pflegequalität. In: Pflege 21/5-309-317

Schmid-Büchi, Silvia (2001): Wie schätzen Patientinnen und Patienten Caring ein, welches sie von Pflegenden erfahren haben? In: Pflege 14/3, 152-160

Schmid-Büchi, Silvia; Rettke, Horst; Horvath, Efa; Marfurt-Russenberger, Katrin; Schwendimann, René (2006): Modell zur Darstellung und Überprüfung der Qualität in der Pflege und Gesundheitsversorgung [Online]. http://www.aggp.ch/cms/upload/aggpPDF/fqual_pflegetheraetsmodell_juni06.pdf [Zugriff am 18.10.2012]

Schmidt, Jürgen; Kriz, David; Nübling, Rüdiger (2011): Patienten-, Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit. In: Pflegebezogene Assessmentverfahren. Hg. v. B. Reuschenbach/C. Mahler. Bern: Hans Huber

Schöniger, Ute; Zegelin-Abt, Angelika (1998): Hat der Pflegeprozess ausgedient? Wird es Zeit für den Prozess der Pflege? In: Die Schwester / Der Pfleger 37/4, 305-310

Schrems, Berta (2005): Qualitätsprogramm für die stationäre Altenpflege Wien. Leitfaden zum Zielkatalog zur Prüfung der Qualität nach dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz. Dachverband Wiener Pflege & Sozialdienste, Wien

Schrems, Berta (o.J.): Pflege im Prozess. Assessmentinstrumente. Hamburger Fern-Hochschule

Schüssler, Sandra (2009): Erhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in Österreich. Master of Science Masterarbeit, Graz

Schuler, M.; Becker, S.; Kasper, R. et al. (2007): Psychometric Properties of the German 'Pain Assessment in Advanced Dementia Scale' (PAINAD-G) in Nursing Home Residents. In: Journal of the American Medical Directors Association 8/6, 388-395

Schwappach, D. (2008): Paper of the Month No. 2, Patientensicherheit Schweiz. Individuelle und strukturelle Prädiktoren für Medikationsfehler bei älteren hospitalisierten Patienten [Online]. <http://patientensicherheit.ch/de/publikationen/Paper-of-the-Month.html> [Zugriff am 22.02.2012]

Schwappach, D. (2009): Paper of the Month No. 16, Patientensicherheit Schweiz. Verbesserung der Medikationssicherheit durch eine strukturierte Intervention bei Pflegenden [Online]. . <http://patientensicherheit.ch/de/publikationen/Paper-of-the-Month.html> [Zugriff am 22.02.2012]

Shiber, Stella; Larson, Elaine (1991): Evaluating the quality of caring: Structure, process, and outcome. In: Holistic Nursing Practice 5/3, 57-66

Sippola-Puster, Elise (2009): Mangelernährung bei erwachsenen Patientinnen und Patienten in österreichischen Krankenhäusern. Masterarbeit, Graz

Smith, LN; Burke, J; Sveinsdóttir, H; Willman, A (Hg.) (2008): Patient Safety in Europe. Medication Errors and Hospital-acquired Infection. Hg. v. Workgroup of European Nurse Researchers. Amsterdam

Smith, Travis J.; Landercasper, Jeffrey; Gundrum, Jacob D.; De Maiffe, Brooke M.; Andersen, Jeremiah J.; Johnson, Jeanne M.; Haller, Pamela J. (2010): Perioperative quality metrics for one step breast cancer surgery: a patient-centered approach. In: Journal of Surgical Oncology 102/1, 34-38

Söderhamn, Olle; Idvall, Ewa (2003): Nurses' influence on quality of care in postoperative pain management: A phenomenological study. In: International Journal of Nursing Practice 9/1, 26-32

Spichiger, Elisabeth; Wallhagen, Margaret I.; Benner, Patricia (2005): Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 19/4, 303-309

Sterman, Ellen; Gauker, Sandra; Krieger, Julie (2003): A Comprehensive Approach to Improving Cancer Pain Management and Patient Satisfaction. In: *Oncology Nursing Forum* 30/5, 857–864

Stedter, Elke; Bischofberger, Iren (2011a): Schmerz erfassung – Instrumente und ihr Nutzen für die Pflege. In: *Pflegebezogene Assessmentinstrumente Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis*. Hg. v. B. Reuschenbach/C. Mahler. Bern: Hans Huber, 417–439

Stedter, Elke; Bischofberger, Iren (2011b): Schmerz erfassung – Instrumente und ihr Nutzen für die Pflege. In: *Pflegebezogene Assessmentinstrumente Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis*. Hg. v. B. Reuschenbach/C. Mahler. Bern: Hans Huber, 417–439

Stone, R. A.; Lowe, D.; Potter, J. M.; Buckingham, R. J.; Roberts, C. M.; Pursey, N. J. (2012): Managing patients with COPD exacerbation: does age matter? In: *Age & Ageing* 41/4, 461–468

Strickmann, Gudrun (2008): *Heimaufenthaltsrecht*. Linde Verlag Wien GmbH, Wien

Tannen, A.; Schütz, T.; Dassen, T.; Nie–Visser, N. van; Meijers, J.; Halfens, R. (2008): Mangelernährung in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern ± Pflegebedarf und pflegerische Versorgung. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin*/33, 177–183

Trummer, Ursula; Novak–Zezula, Sonja; Schmied, Hermann; Stidl, Thomas; Nowak, Peter; Bischof, Barbara; Kendlbacher, Bea; Pelikan, Jürgen M. (2004): *Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten. Zusammenfassender Projektbericht*. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin– und Gesundheitssoziologie, Wien

UbG: Unterbringungsgesetz — UbG, BGBl. Nr. 155/1990 in der geltenden Fassung

Universität Hamburg; Universität Witten/Herdecke (2009): *Leitlinie FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege*. Hamburg, Witten

Utriainen, Kati; Kyngäs, Helvi (2009): Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. In: *Journal of Nursing Management* 17/8, 1002–1010

Valentine, Kathleen (1991): Comprehensive assessment of caring and its relationship to outcome measures. In: *Journal of Nursing Quality Assurance* 5/2, 59–68

VertretungsNetz – Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung (2010): *Heimaufenthaltsgesetz*. Dr. Peter Schläffer, Wien

Wagner, Debra; Bear, Mary (2009): Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. In: *Journal of Advanced Nursing* 65/3, 692–701

Watt-Wattson, Judy; McGillion, Michael (2011): Pain as a Symptom Outcome. In: Nursing Outcomes: the state of science. Hg. v. D. M. Doran. London: Jones & Bartlett Learning International, 201-240

Wettreck, Rainer (2001): "Am Bett ist alles anders ..." – Perspektiven professioneller Pflegeethik. LIT, Münster

WHO, World Health Organization (2007): WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization, Genf

Wingenfeld, Klaus; Engel, Dietrich (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bielefeld, Köln

Wolff, Peggy Illig; Lunt, Jane Yetter (1991): Nursing in the Nineties: The Holistic Nurse Caring Process. In: Journal of Holistic Nursing 9/2, 3-21

Woo, J.; Chi, I.; Hui, E.; Chan, F.; Sham, A. (2005): Low staffing level is associated with malnutrition in long-term residential care homes. In: European Journal Clinical Nutrition 59/4, 474-479

Zwakhalen, S. M. G.; Van Dongen, K. A. J.; Hamers, J. P. H.; Abu-Saad, H. H. (2004): Pain assessment in intellectually disabled people: Non-verbal indicators. In: Journal of Advanced Nursing 45/3, 236-245

Quellen

Europäische Charta Patientenrechte (2002): Europäische Charta der Patientenrechte [Online].
<http://www.adexo.pt/internacional/EUCharterGerman.pdf> [Zugriff am 15. 03. 2012]

GQG: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG),
BGBl. I Nr. 179/2004, in der geltenden Fassung

GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des
Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, BGBl. I
Nr. 108/1997, in der geltenden Fassung

HeimAufG: Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in
Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG),
BGBl. I Nr. 11/2004, in der geltenden Fassung

Glossar

Begriff	Erläuterung
Assessment	Es handelt sich dabei um ein Verfahren mit einer mehr oder weniger umfassenden, systematischen Einschätzung und Beurteilen eines Verhaltens, eines Zustandes oder einer Situation die nicht notwendigerweise mit dem Gebrauch eines Einschätzungs-Instruments verknüpft sein muss.
Assessment-Instrument Geriatrisches Assessment	Geriatrisches Assessment (G.A.) ist die Bezeichnung für den diagnostischen Prozess in der Geriatrie. Es handelt sich dabei um eine multidimensionale Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Situation von Patientinnen und Patienten. (Interdisziplinäres Glossar. Geriatrie und Gerontologie in Österreich)
Ergebnisqualität	Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen. (GQG)
Gesundheitsleistung	Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient.
Indikator	Mess- oder berechenbare Größe, die dazu geeignet ist, den zugrunde liegenden Sachverhalt zahlenmäßig und vergleichbar abzubilden oder anzuzeigen. (ÖNORM K 1910)
Leitlinie	Systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen, die Gesundheitsdienstleister und Patienten bei der Entscheidungsfindung über die angemessene Prävention, Diagnostik und Behandlung einer Krankheit unterstützen. (ÖNORM K 1910)
Patientinnen- und Patientenorientierung	Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen. (GQG)
Pflegeanamnese	Anamnese; (griech.), Erinnerung: Erhebung der Vorgeschichte von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten eines Menschen. Der Zeitrahmen der Vorgeschichte umfasst jedenfalls den Zustand vor Eintritt in die pflegerische Versorgung.
Pflege-Ergebnisqualität	Es handelt sich um die messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis von Rahmenbedingungen und Maßnahmen der pflegerischen Versorgung.
Prozess	Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt. (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)

Begriff	Erläuterung
Prozessqualität	Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden. (GQG)
Qualifikation	Nachgewiesene Fähigkeit, Wissen und Fertigkeiten anzuwenden. (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualität	Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (GQG)
Qualitätsindikator	Messbare Größe, die dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren. (GQG)
Qualitätsmanagement	Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualitätssicherung	Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden. (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Referenzbereich	Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als gut oder als unauffällig definiert wird. (GQG)
Referenzwert	Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Ober- und Untergrenze zusammenfallen. (GQG)
Richtlinie	Von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiertere, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Bereich dieser Institution verbindlich sind. (ÖNORM K 1910)
Standard	Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. (ÖNORM K 1910)
Strukturqualität	Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht (GQG)
Transparenz	Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung (GQG)
Inzidenz	„Die Inzidenz ist der Anteil an Personen, der ein bestimmtes Outcome in einem gegebenen Zeitraum in einer Gruppe von Menschen entwickelt, die anfänglich frei von diesem Outcome war.“ (Fletcher/Fletcher 2007)

Anhang

Anhang 1: Kriterien zur Bewertung von Indikatoren

Anhang 2: Einbezogene Studien und Berichte

Anhang 3: Indikatoren nach Häufigkeit sortiert

Anhang 4: Liste von Experten/Expertinnen

Kriterien zur Bewertung von Indikatoren

Ein Indikator zur Bewertung von Pflege-Ergebnisqualität sollte bestimmten Kriterien genügen. Nachstehend werden diese Kriterien, die bei der Ausführung zu den einzelnen Indikatoren leitend waren, benannt (nach Wingenfeld/Engel 2011):

- » **Relevanz**
Der mit dem Indikator erfasste Sachverhalt ist für die Gesundheit, Lebensqualität und Zufriedenheit von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen von großer Bedeutung.
- » **Definierbarkeit**
Es kann eindeutig festgelegt werden bzw. breiter Konsens darüber erzielt werden, welcher Sachverhalt mit dem Indikator erfasst wird.
- » **Beeinflussbarkeit**
Das mit dem Indikator erfasste Ergebnis ist durch pflegerische Versorgung maßgeblich beeinflussbar. Entscheidend ist, dass der Einfluss pflegerischer Versorgung im Regelfall den Einfluss anderer Faktoren übersteigt oder zumindest so groß ist, dass ein Weglassen pflegerischer Handlungen zu einer fühl- und/oder messbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. der Zufriedenheit der betreuten und behandelten Menschen führen würde.
- » **Messbarkeit**
Es sind Instrumente verfügbar (oder können entwickelt werden), mit denen der mit dem Indikator erfasste Sachverhalt zuverlässig gemessen werden kann.
- » **Praktikabilität**
Die zur Erfassung des Indikators notwendigen Daten können so weit als möglich aus der Routinedokumentation (der Pflege oder des Qualitätsmanagements) mit einem akzeptablen Aufwand erhoben werden.
- » **Interpretierbarkeit**
Die Ergebnisse von Einschätzungen und Aussagen von Befragten sind eindeutig interpretierbar. Dies setzt voraus, dass ein erfasstes Ergebnis im Einzelfall eindeutig als positiv oder negativ bewertet werden kann und die Ergebnisse von Einrichtungen sich ausreichend stark unterscheiden (streuen), um Unterschiede aufzuzeigen bzw. um sinnvolle Prozesse der Ursachenforschung, der Kommunikation und des Lernens in Gang zu setzen.

Eignung für vergleichende (Qualitäts-)beurteilung
Der Indikator erfüllt alle vorab genannten Kriterien.

Einbezogene Studien und Berichte

Tabelle A 1:
Ausgewählte Studien und Berichte zur Indikatorenbestimmung

Liste der aufgenommen Studien	Ziele der Projekte und Studien
<p>Europäische Pflegequalitätserhebung/ Prävalenzerhebung von Indikatoren</p> <p><i>EU-Projekt unter österreichischer Beteiligung</i> <i>www.lpz-um.eu</i></p>	<p>Mit der Erhebung erhalten die beteiligten Einrichtungen einen Überblick über Prävalenz, Prävention und Behandlung von Pflegeproblemen wie Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen.</p>
<p>Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime</p> <p><i>Projekt im Rahmen es EU-Projektes Progress</i></p> <p><i>Literatur: Hoffmann, Frédérique; Maas, Flip; Rodrigues, Ricardo et. al., (2010): Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime</i></p>	<p>Das Projekt "Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Indikatoren" sicherte, wählte aus und validierte ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren auf Basis eines Austauschs von Erfahrungen in ausgewählten Mitgliedstaaten. Dabei standen neben Pflegequalität vor allem Indikatoren mit Bezug auf Lebensqualität im Vordergrund.</p>
<p>Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe</p> <p><i>Literatur: Wingefeld, Klaus; Engel, Dietrich (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe</i> <i>Erstellt im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i></p>	<p>Ziel des Projekts war es, ein wissenschaftlich fundiertes und praxistaugliches Instrumentarium zur Verfügung zu stellen, mit dem sich Ergebnisqualität messen und beurteilen lässt.</p> <p>Das Projekt entwickelte eine Liste wichtiger Indikatoren und ein methodisches Verfahren, mit dem sie erhoben und bewertet werden.</p> <p>Das Instrumentarium wurde bundesweit in knapp 50 vollstationären Pflegeeinrichtungen praktisch erprobt und auf Basis der Erfahrungen weiter verbessert.</p>
<p>Dachverband Wiener Pflege und Sozialdienste</p> <p><i>Erstellt im Auftrag der MA15, des Fonds Soziales Wien und des Dachverbands Wiener Pflege- und Sozialdienste (2005)</i></p>	<p>Zielkatalog zur Prüfung der Qualität nach dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz für die stationäre Altenpflege Wien. Aus dem Programm wurden sieben Qualitätsindikatoren, die zur Qualitätssicherung der Pflege erhoben werden, einbezogen.</p>
<p>Health Quality Ontario (HQO) ist eine Service-Agentur, die dem Minister für Gesundheit und Langzeitpflege (Long-term care reporting) berichtet.</p> <p><i>Ontario, Kanada,</i> <i>Webseite: Health Quality Ontario – www.ohqc.ca</i></p>	<p>Regelmäßige/s Pflegequalitäts- und Zufriedenheitsmessung und -reporting in Langzeitpflegeheimen in Ontario (Kanada)</p>

Fortsetzung nächste Seite

Liste der aufgenommen Studien	Ziele der Projekte und Studien
<p>Home care reporting</p> <p><i>Ontario, Kanada</i> <i>Webseite: Health Quality Ontario – www.ohqc.ca</i></p>	<p>Regelmäßiges Qualitätsreporting in der Hauskrankenpflege in Ontario (Kanada)</p>
<p>The National Database of Nursing Quality Indicators – NDNQI</p> <p><i>Webseite: www.nursingquality.org</i> <i>Betreiber der Webseite: American Nursing Association (ANA)</i></p>	<p>Sammlung und Evaluation von pflegesensitiven Daten amerikanischer Spitäler in einer eigenen Datenbank. Eine der bekanntesten und meist genannten Pflegeindikatorenplattformen.</p>
<p>RAI (Resident Assessment Instrument)</p> <p><i>Deutsche Webseite: www.rai-info.de</i> <i>RAI ist ein pflegerisches Messinstrument, das in den USA entwickelt wurde.</i></p>	<p>Mit dem RAI wurden standardisierte Qualitätsindikatoren entwickelt. Davon bilden 19 klinische Outcomes den Kern einer Qualitätsberichterstattung, die öffentlich zugänglich ist.</p>
<p>Nurse sensitive outcome indicators for NHS commissioned care</p> <p><i>Literatur: Bolger, Gerry (2010): Nurse sensitive outcome indicators for NHS commissioned care</i></p>	<p>Pflegesensitive Ergebnisindikatoren für das „Social Care Setting“ des National Health Service (NHS), UK</p>
<p>Qualitätsindikatoren für die professionelle häusliche Pflege in der Schweiz</p> <p><i>Literatur: Schaffert, René; Burla, Laila; Mylaeus, Maja; Rüesch, Peter: Qualitätsindikatoren für die professionelle häusliche Pflege in der Schweiz. In: Kongress „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“ Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8. Jahrgang, Heft 1 486–506 (2009)</i></p>	<p>Auswahl, Erprobung und Empfehlung von 29 Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege basierend auf der Schweizer Version des RAI–HC (Resident Assessment Instrument Home Care).</p>
<p>3 Q-Studie – Qualität in Altenpflegeeinrichtungen</p> <p><i>Webseite: www.3q.uni-wuppertal.de</i> <i>Studienleitung und -durchführung: Bergische Universität Wuppertal (Institut für Sicherheitstechnik; IST) gemeinsam mit der Johanniter GmbH Deutschland</i></p>	<p>3Q-Studie erhob von 2007–2009 vierteljährlich in 50 Altenpflegeeinrichtungen einrichtungsbezogene und bewohnerbezogene Struktur- und Ergebnisindikatoren. Die Qualitätsindikatoren sollen die Beurteilung der Qualität eines Versorgungsbereiches ermöglichen.</p>

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 2:

Ausgewählte Studien nach Griffiths-Studie zur Indikatorenbestimmung

Einbezogene Indikatoren-Sets aus dem Bericht von Griffiths et al.	Settings
American Nurses Association (ANA)	Nursesensitive indicator set Setting / clinical group: Acute, paediatric, long term care and psychiatric
Agency for Healthcare Quality and Research Patient safety Indicators (AHRC) (nursing subset)	Patient safety indicators Setting/clinical group: Acute care
Association of UK University Hospitals nurse-sensitive Indicators (AU-KUH)	Nurse sensitive indicator set Setting/clinical group: Acute care
Doran 2007 (review)	Review of nurse-sensitive outcomes Setting/clinical group: Acute care
Essence of care (EoC)	Benchmark statements for the quality of nursing care Setting/clinical group: Not specified
Healthcare Commission	Factors assessed in ward staffing review Setting/clinical group: Acute care
International Council of Nurses Briefing	Review of nurse-sensitive outcome indicators Setting/clinical group: Not specified
Joint Commission staffing Effectiveness Indicators	Staffing effectiveness indicators including NQF indicators Setting/clinical group: Acute care
Kane 2007 (review)	Review of evidence for staffing outcome relationship Setting/clinical group: Acute care
Kazanjian 2005 (review)	Review of evidence linking ward environment to mortality Setting/clinical group: Acute care
Lang 2004 (review)	Review of evidence for staffing outcome relationship Setting/clinical group: Acute care
Lankshear 2005 (review)	Review of evidence for staffing outcome relationship Setting/clinical group: Acute care
Nursing Home Quality Initiative Medicare/Medicaid Quality Compare	Long-term care/post-acute care indicator set Setting/clinical group: Long-term care
National Quality Forum (NQF) Consensus Standards for Nursing-sensitive Care	Nurse-sensitive indicator set Setting/clinical group: Acute care
Outcome Assessment Information Set (OASIS) (Medicare reporting subset)	Home health care indicator set Setting/clinical group: Home/community health care
Quality Outcomes Framework (QOF, nursing items)	General practice quality indicators with specific items relating to nursing Setting/clinical group: Primary care
Van den Heede 2007	Expert consensus regarding nurse-sensitive outcomes Setting/clinical group: Not specified

Quelle: Griffiths et al. 2008; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Indikatoren nach Häufigkeit sortiert

Tabelle A 3:

Indikatoren, die im Akutpflegebereich zur Anwendung kommen, nach Häufigkeit sortiert

INDIKATOREN, die in der Literatur identifiziert wurden (ohne Übersetzung)	BEREICH	Häufigkeit
Development (or Worsened) of pressure ulcers / Percentage of residents with a new pressure ulcer (stage 2 or higher) / Indicators for „post acute“ care in nursing homes: Percent of short-stay residents with pressure sores/Hautulcera – bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko – bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko	Hautschädigung	14
Staffing levels (nurses/hours per patient) , Staffing, skill mix, Perception of adequate staffing	Personal	11
Healthcare-Associated Infection (HCAI): pneumonia / Ventilator-associated pneumonia	Infektionen	11
Falls prevalence	Stürze	10
Failure to rescue	Verspätete Hilfe im Notfall	10
Staff satisfaction and well-being	Personal	9
Healthcare-Associated Infection (HCAI): Urinary tract infection (UTI) Harnwegsinfekt	Infektionen	8
HCAI (bloodstream) / Vental line-associated blood stream infection	Infektionen	8
Use of physical restraints / Einsatz von Gurtfixierungen / Freiheitsentziehende Maßnahmen	Freiheitsentziehende Maßnahmen	7
Mortality	Mortalität	5
Sickness rates	Personal	5
Staffing bank/agency	Personal	5
Medication administration / errors / fehlende Medikamentenüberprüfung	Medikation	4
Satisfaction with (nursing) care	Zufriedenheit	4
Smoking advice	Prävention	4
Practice environment / perceived quality	Personal	4
Staff experience, knowledge, skills, expertise	Personal	4
RN vacancies , Staff intent to leave /staff turnover	Personal	4
Stürze mit gravierenden Folgen / Inzidenz neuer Frakturen / falls with injury – bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen (Wingenfeld) – bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen (Wingenfeld)	Stürze	3
Communication /Kommunikationsprobleme	Kommunikation	3
Pain assessment/ assessment intervention cycles	Management	3

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 4:

Indikatoren, die im Langzeitpflegebereich angewendet werden, nach Häufigkeit sortiert

INDIKATOREN, die in der Literatur identifiziert wurden (ohne Übersetzung)	BEREICH	GESAMT
Development (or Worsened) of pressure ulcers / Percentage of residents with a new pressure ulcer (stage 2 or higher) / Indicators for „post acute“ care in nursing homes: Percent of short-stay residents with pressure sores / Hautulzera – bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko – bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko	Hautschädigung	13
Falls prevalence	Stürze	9
Use of physical restraints / Einsatz von Gurtfixierungen / Freiheitsentziehende Maßnahmen	Freiheitsentziehende Maßnahmen	9
Healthcare-Associated Infection (HCAI): Urinary tract infection (UTI)/ Harnwegsinfekt	Infektionen	6
Weight loss unbeabsichtigter, problematischer Gewichtsverlust – bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen – bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen	Ernährung	6
Healthcare-Associated Infection (HCAI): pneumonia / Ventilator-associated pneumonia	Infektionen	4
(Worsening) bladder incontinence/function	Inkontinenz	4
Pain assessment / assessment intervention cycles	(Symptom) Management	4
Behavioural symptoms (that affect others) / Percentage of residents whose behaviour has recently worsened / Psychiatric physical/sexual assault (Rate)	Psyche	4
Staffing levels (nurses/hours per patient), Staffing, skill mix, Perception of adequate staffing	Personal	3
Failure to rescue	Verspätete Hilfe im Notfall	3
Staff satisfaction and wellbeing	Personal	3
HCAI (bloodstream) / Ventral line-associated blood stream infection	Infektionen	3
Satisfaction with (nursing) care	Zufriedenheit	3
Stürze mit gravierenden Folgen / Inzidenz neuer Frakturen / falls with injury – bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen – bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen	Stürze	3
Continenence (Harn- und Stuhl)	Kontinenz	3

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 4 – Seite 2 von 2

INDIKATOREN, die in der Literatur identifiziert wurden (ohne Übersetzung)	BEREICH	GESAMT
Verwirrtheit / Delir / Indicators for „post acute“ care in nursing homes: Percent of short-stay residents with delirium	Psyche	3
(worsening) bowel incontinence/function	Inkontinenz	3
Pain/pain control	(Symptom) Management	3
Schmerzen (in den letzten 30 Tagen) Percent of residents who have moderate or severe pain Short stay: The Percentage of Residents on a Scheduled Pain Medication Regimen on Admission Who report a decrease in Pain Intensity or Frequency	(Symptom) Management	3
ADLs (bed mobility, transfer, locomotion, dressing, eating, toilet use, and personal hygiene); Residents who have increased their need for help with ATL	funktionale Fähigkeiten	3

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Liste von Experten/Expertinnen

Tabelle A 5:
Liste von Experten/Expertinnen

Name	Institution/Unternehmen
Glarcher Manela BSc, MSc,	KAGes-Management / Pflege Stiftingtalstraße 5, 8010 Graz
Gromer Lydia Viktoria, Dir.	Barmherzigen Brüder Pflegemanagement Taborstraße 16, 1020 Wien
Hoffberger Monika, Dr. Leiterin	Abteilung Pflege KAGES Personaldirektion – Abteilung Pflege Stiftingtalstraße 4 – 6, 8010 Graz
Petschenig Monika, DGKS	SALK – Landeskrankenhaus Stabstelle für Qualitätssicherung Pflege Müllner Hauptstr. 48, 5020 Salzburg
Schaubmayr Christine MBA, PflDir. Dr.	LKH Innsbruck Pflegedirektion Anichstr. 35, 6020 Innsbruck
Schauer Veronika MSc, MBA, Dipl.-Ing. Leitung Qualitäts- und Umweltmanagement	Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse 30a, 1160 Wien
Wardy Rita MSc, DGuKS Pflegeberaterin	AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus Direktion des Pflegedienstes Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien
Wimmer Ingrid, Mag.	Dipl.-Pflegerwirtin (FH) O.ö. Gesundheits- und Spitals AG Kompetenzmanagement Pflege in der gespag Wagner Jauregg Weg 15, 4020 Linz
Mayer Hanna, Univ.Prof.Dr. Institutsvorständin	Vize-Studienprogrammleitung Soziologie Institut für Pflegewis- senschaft Universität Wien Alser Straße 23/12, 1080 Wien
Lohrmann Christa, Univ.Prof.Dr.	Institut für Pflegewissenschaft an der Med. Universität Graz Billrothgasse 6/1, 8010 Graz
Fritz Elfriede, Assoc.Prof.Dr.	UMIT Klinische Pflegeforschung und Pflegepädagogik Depart- ment für Pflegewissenschaft und Gerontologie Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik Eduard Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol
Kis Dadara Zita, MSc	Österreichische Gesellschaft für Dekubitusprävention 1022 Wien, Postfach 38
Osterbrink Jürgen, Univ.-Prof. Dr.	Institut für Pflegewissenschaft der Paracelsus Medizinischen, Privatuniversität Strubergasse 21, 5020 Salzburg
Schindler Karin, Univ.-Lektor Priv.-Doz. Dr.	AKH Wien Universitätsklinik Innere Medizin III, Währinger Gürtel, 1090 Wien
Pleschberger Sabine, Univ.-Prof. Dr.	Institut für Pflege- und Versorgungsforschung, UMIT, Depart- ment für Pflegewissenschaft und Gerontologie Opernring 5, 1010 Wien

Quelle: GÖG/ÖBIG

