

IQP Symposium am 08.11.2011 in Fürstenfeld

„Qualitätssicherung in der Pflege – Sollen – Können – Ermöglichen“

Qualitätssicherung in der Pflege – Blick über die Grenzen

Prof. Dr. rer. medic. Astrid Herold-Majumdar

Mit meinem Blick über die Grenzen möchte ich Sie gerne zunächst in die Welt des Frisiersalons führen, die uns allen vertraut ist, weil wir alle in diesem Bereich ein Selbstpflegedefizit aufweisen.

Begeben wir uns zu einem neuen Friseur, so müssen wir uns zunächst aufgrund der Außenansicht des Salons einen ersten Eindruck verschaffen und uns entscheiden, ob wir unsere Haarpracht, oder bei manchen auch den kargen und wertvollen Rest davon, genau diesem Friseur anvertrauen wollen. Vielleicht gibt es im Schaufenster des Salons schöne Fotos von gelungenen Frisuren auf ebenso gelungenen Köpfen. Der Output könnte so (perfekte Frisur) oder auch so („Sturmfrisur“) aussehen. Nicht auszudenken, wenn letzteres Ergebnis eintritt und gleich anschließend eine seriöse Geschäftsbesprechung angesagt ist. Mit etwas mulmigem Gefühl betreten wir den Salon und hoffen, dass wir den Laden mit dem geeigneteren Ergebnis verlassen werden. Die sogenannte Throughput-Phase, also der eigentliche Dienstleistungserstellungsprozess, beginnt - wir könnten auch betriebswirtschaftlich ausgedrückt sagen, die mit allerlei Werkzeug ausgestattete Friseurin fängt an, ihre Leistungsbereitschaft auf uns zu übertragen. Bis wir jedoch wirklich bereit sind, unseren Kopf hinzuhalten, braucht es eine einfühlsame Einführung und Beratung. Dabei führen wir als Kunden laufend Bewertungen durch:

- Wie fühlt sich der Stuhl an?
- Sind die Reste der Haarpracht des Vorgängers noch zu sehen?
- Sind der Kamm und die Bürste, die sich gleich durch unseren Kopf arbeiten werden, mit einem staubig-struppigem Etwas verklebt?
- Wie wendet sich die Friseurin uns zu?

- Hat der Salon ein Motto und versucht sie uns diesem Kredo entsprechend zu einer Mode zu überreden, an die wir nicht im Traum gedacht haben?
- Können wir unsere Vorstellungen und Wünsche einbringen?
- Kann die Friseurin erfassen, was für ein Typ wir sind und uns entsprechend beraten?
- Wie geht die Friseurin damit um, wenn sich diese Vorstellungen mit ihrer professionellen Meinung über eine passende und moderne Frisur nicht decken?

Endlich ist die Entscheidung gefallen – das Handwerk nimmt seinen Lauf. Wer kennt das nicht: zu kaltes Wasser – zu heißes Wasser, Schaum läuft ins Gesicht, in die Augen und brennt. Der Nacken verkrampft. Die Massage beim Haare waschen ist eher flüchtig, gelangweilt oder vielleicht doch einfühlsam, belebend, wohltuend und entspannend. Viele Arbeitsschritte sind zu durchlaufen. Wir vertrauen darauf, dass die Friseurin ihr Handwerk beherrscht, denn jetzt ist nichts mehr rückgängig zu machen. War der Schnitt jetzt nicht doch zu weit oben – warum riecht der Festiger so scharf und brennt auf der Kopfhaut? Unter der Trockenhaube gehen uns Gedanken durch den Kopf. Der homo oeconomicus erhebt seine Stimme:

Der Vortrag für die Besprechung ist noch nicht ganz fertig. Eine Statistik wäre noch zu überprüfen – nicht auszudenken, wenn die Zahlen nicht stimmen – Opportunitätskosten rattern unablässig durch unseren Kopf – was hätten wir in der Zeit, in der wir hier nutzlos unter der Trockenhaube sitzen, alles erledigen können.

Endlich ist es so weit – wie bei einer Geschenkpackung warten wir ungeduldig darauf, dass die Haube entfernt und die Wickler gelöst werden. Gut, wenn der Schmerz nachlässt und die Spannung vom Kopf weicht - zumindest vom äußeren Kopf. Der erste Eindruck lässt uns noch zögern. Nach dem Aufkämmen und Föhnen dürfen wir das Ergebnis im Rückspiegel betrachten. Hoffentlich können wir dann sagen – so gefalle ich mir – und mit frisch aufpoliertem Selbstbewusstsein den Salon verlassen, um uns den Herausforderungen des Lebens erneut zu stellen.

All das passiert in der Blackbox „Throughput“ – Ängste, Sorgen, Erwartungen, Wünsche, miteinander reden, verstehen oder nicht verstehen, verständigen oder aufdrängen. Das Risiko beim Friseur ist verhältnismäßig gering gegenüber dem

Risiko, wenn wir uns in medizinisch-pflegerische Behandlung begeben. Im Ernstfall kann sich bei der medizinisch-pflegerischen Behandlung im Output entscheiden, ob und wie wir weiterleben und unseren Alltag bewältigen können. Die Instrumente, die das sichern sollen, setzen jedoch an der Salon-Fassade an (wir nennen das Strukturqualität, Ablaufregelung, Standardisierung) und betrachten das Ergebnis, zu einem Zeitpunkt, an dem dieses meist nicht mehr zu beeinflussen ist. Wir sitzen da, am Eingang des Frisiersalons, ausgestattet mit Checklisten über Soll-Bestimmungen und betrachten die Köpfe, wie sie den Salon wieder verlassen. Wenn dann der soundso vielte Kopf mit Lücken oder Läusen, mit abgebrochenen Haarspitzen, ausgebleichten Strähnen oder gar mit blutigen Ohren aus dem Salon kommt, dann müssen wir genauer hinschauen und wir beschließen in den Salon zu gehen, um nachzusehen, wie dort gearbeitet wird.

Können wir uns das leisten, wenn es um oft hilflose und wehrlose Menschen geht, die ihre Wünsche nicht mehr äußern und durchsetzen können. Ist es dann nicht schon zu spät, nachzuschauen, wie die Dienstleistungsqualität gewährleistet wird?

Pflegequalität wird bestimmt vom alltäglichen Handeln in konkreten Situationen mit dem Patienten. Viele qualitätsrelevante Handlungen sind von außen gar nicht sichtbar. Wir können erfassen wie viel Flüssigkeit dem Patienten zugeführt wurde, jedoch im Nachhinein nicht mehr feststellen, *wie* diese Flüssigkeit verabreicht wurde. Deshalb ist Pflegequalität nur bedingt von außen zu kontrollieren und zu steuern.

Die externe Qualitätssicherung in der Pflege setzt aktuell an zwei Punkten im Dienstleistungserstellungsprozess an, nämlich am Input (an den Voraussetzungen für Qualität: Struktur, Produktionsfaktoren, Ablaufregelungen, Konzepte) und am Output bzw. Outcome (unmittelbare und mittelbare Wirkungen der Pflege: Ergebnisqualität). Der eigentliche DL-Erstellungsprozess, d. h. die Arbeit der Pflegenden mit dem Patienten, wird nur indirekt erfasst, teilweise mit unzulässigen Schlüssen auf die tatsächlich geleistete Pflege- und Beziehungsarbeit. Der Zusammenhang zwischen den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist noch völlig ungeklärt und in keiner Weise bewiesen. Durch die vielschichtigen Einflussfaktoren und die Komplexität der menschlichen Interaktion wird dieser Beweis auch schwer anzutreten

sein. In diesem linearen Steuerungsmodell, das aktuell implizit unserem Handeln in der Qualitätssicherung zugrunde liegt, gehen wir jedoch davon aus, dass eine entsprechende Zuführung von Produktionsfaktoren und die Sicherung der Strukturqualität zu einem guten Ergebnis führt und umgekehrt meinen wir, dass ein gutes Ergebnis, z. B. niedrige Sturzrate, auch ein Beleg für gute Pflege ist.

Zunächst ist Pflege jedoch eine *kontemplative Disziplin* und die aufrichtige Zuwendung zum Klienten ist eine wesentliche Qualitätsdimension der Pflege. Der Gegenstand der Pflege ist nach Jean Watson die menschliche Erfahrung von Gesundheit und Krankheit sowie der Aspekt der zwischenmenschlichen Zuwendung im Rahmen dieses Prozesses. Diese Zuwendung hat eine professionelle, persönliche, wissenschaftliche, ästhetische und ethische Dimension. Wissen und instrumentelle Fähigkeiten gehören zur Professionalität, jedoch lässt erst die Fähigkeit zur Kontemplation die Pflegefachkraft zur *Expertin* werden. Dabei spielt der lebensgeschichtlich gewachsene Erfahrungshintergrund der Pflegenden eine wichtige Rolle. Kontemplation, die am ehesten der ästhetischen Dimension des Pflegehandelns zuzuordnen ist, bedeutet Achtsamkeit dem Klienten gegenüber, seine innere Verfassung in der aktuellen Situation wahrnehmen, aufnehmen und ohne Wertung annehmen, d. h. ohne Zweifel an der Wahrhaftigkeit dessen, was die kranke Person in diesem Moment erlebt, von Jean Watson auch als „Aufmerksames Interesse“ bezeichnet.

Denn, wie Watson 1996 formulierte, „der Zustand einer Person hängt oftmals weniger mit der äußeren Welt zusammen als mit der Welt ihres inneren Erlebens.“ Der lebensgeschichtlich gewachsene Erfahrungshintergrund, die Identität und die Lebenswelt der Pflegenden und des Patienten (das „Phänomenale Feld“ nach Watson 1996) wirken im Hintergrund dieses Zuwendungsprozesses auf beiden Seiten.

„Den Wert der zwischenmenschlichen Zuwendung und Fürsorge in der Pflege anzuerkennen, ist eine Voraussetzung dafür, diese Zuwendung auch tatsächlich geben zu können (Watson 1996: 49).“

Jedoch wird diese wesentliche Dimension der Pflegequalität von den Managementkonzepten noch kaum berücksichtigt. Stattdessen orientieren wir uns an den von außen sichtbaren und beurteilbaren Aspekten des pflegerischen Handelns. Dabei sind diese instrumentell-praktischen Anteile des pflegerischen Handelns in den letzten Jahren immer mehr in den Mittelpunkt gerückt. Uns interessiert die Flüssigkeitszufuhr nach errechneter Soll-Vorgabe, jedoch nicht, wie die Assistenz bei der Flüssigkeitsaufnahme erfolgt. Wendet sich die Pflegende, wie hier im Bild, aufmerksam der Patientin zu, lässt sie ihre Hand durch die Patientin führen und kontrollieren, um das Getränk in der Geschwindigkeit zu verabreichen, wie es die pflegebedürftige Person wünscht und aufnehmen kann.

Es bedarf auch unternehmensintern einem Umdenken in den Managementstrukturen. Die Sichtweise des Dienstleistungsmarketing kann uns dabei unterstützen. Marketing wird im Dienstleistungssektor von der Führungsebene auf die Ebene der operativen Abläufe verlagert, das Kontaktpersonal, d. h. die Mitarbeiter im direkten Kundenkontakt, sind letztlich Manager der eigenen Situation. Der Vorgesetzte erteilt damit weniger Vorschriften, sondern ist Unterstützer der kundennahen Einheit. Die Organisationspyramide dreht sich um. Kompetenzen werden zu den internen Kontaktpersonen verlagert. Dabei können Pflegende flexibel auf die aktuelle Situation und die Bedarfs- und Bedürfnislage des Patienten reagieren (Variabilitätsmarketing). Bei der Einbindung des Patienten in den Pflegeprozess sind dessen Integrationsfähigkeit und –bereitschaft einzubeziehen (Integrationsmarketing). Qualitätsentwicklung passiert dabei von innen nach außen, also vom Arbeitsbündnis mit dem Patienten hin zu den unterstützenden oder Supportfaktoren, wie z. B. die Betriebsstrukturen und –abläufe.

Von dem Blick aus der Betriebswirtschaftslehre und des Marketings möchte ich nun den Blick über die nationalen Grenzen hinaus wenden. Öffentlich zugängliche Pflegeheimvergleiche sind eine relativ neue Entwicklung. In den europäischen und anglo-amerikanischen Ländern existiert das System längstens seit 2002 (USA). Viele Länder haben wesentlich kürzere Erfahrungen, darunter Deutschland (seit 2009) und Österreich (seit 2008). Teilweise befinden sich die Systeme in Umstrukturierungen, z.B. in England oder werden gerade erst gestartet, z.B. in Österreich (Nationales

Qualitätszertifikat). Entwicklung und Kontrolle der Qualitätssicherung liegen häufig in staatlicher Hand oder werden staatlich koordiniert. Nur in Deutschland liegt die Ausgestaltung des zu veröffentlichenden Teils des Qualitätssicherungssystems komplett in der Hand der Vertragspartner. Nur in Deutschland existiert eine Doppelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und staatliche Stellen. Über die Trennung von der Festlegung der Prüfkriterien, von Prüfung und Geprüft werden finden sich ebenfalls unterschiedliche Auffassungen. In Deutschland bestimmen die Geprüften wesentlich mit, wie sie geprüft werden wollen, wobei diejenigen, zu deren Schutz die Kontrolle eigentlich bestimmt ist, nämlich die Verbraucher, nur eine beratende Funktion einnehmen. Die Qualität der Qualitätskriterien ist dabei ein generelles Problem und trifft nicht nur auf Deutschland zu. In manchen Ländern muss von den Einrichtungen ein so genannter „minimaler Datensatz“ vorgehalten werden. Diese Selbstauskunft kann dann Grundlage von externen Prüfungen und Einrichtungsvergleichen sein. Teilweise wurden bei Einführung neuer Qualitätssicherungssysteme Pilotphasen durchgeführt, z.B. in Österreich. Bei Änderungen im deutschen System ist eine vorausgehende Testphase dringend zu empfehlen, um bei einer flächendeckenden Einführung insuffizienter QS-Systeme zu große Reibungs- bzw. Ressourcenverluste zu vermeiden. In der Regel war die interne Bewertungssystematik, also die genaue Berechnung z.B. von Noten, schwer oder nicht nachvollziehbar. Diese Feststellungen treffen auch auf das deutsche System zu. Es ist problematisch, dass es bei einer Transparenzinitiative für Verbraucher oder andere Interessierte nicht oder nur schwer möglich ist, die Berechnungen detailliert nachzuvollziehen. Die Darstellung der Ergebnisse der Bewertung ist sehr heterogen. Sie reicht von der alleinigen Textform in Prosa (z.B. in UK-Wales) bis zu komplizierten Berechnungsschemata (z.B. Noten in Deutschland oder 5 Sterne in den USA). Mehrere Länder verwenden Noten, Deutschland ist allerdings das einzige Land, das Noten mit Nachkommastellen vergibt.

Die Grundannahmen des aktuellen Qualitätssicherungssystems und seiner Instrumente gehen vom Konzept des „Kunden“ aus. In der Gesundheitspflege und vor allem in der Langzeitpflege haben wir es jedoch nicht mit souveränen Kunden, die informierte Kaufentscheidungen treffen, zu tun sondern mit vulnerablen hochverletzlichen Gruppen. Das Marktprinzip kann deshalb, wenn überhaupt, nur

eingeschränkt wirken. Die Hälfte der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mit Pflegestufe I und II und sogar Zweidrittel der Bewohner mit PS III haben erhebliche Einschränkungen in ihrer Alltagskompetenz und damit auch in ihrer Fähigkeit, Informationen zu verarbeiten, sachliche Entscheidungen zu treffen und ihre Bedürfnisse zu äußern und v. a. durchzusetzen.

Über Grenzen denken heißt auch, umzudenken und querzudenken, aus Blickwinkeln zu schauen, die wir bisher nicht gewohnt waren einzunehmen. Deshalb möchte ich abschließend noch aus dem Blickwinkel der Kybernetik, der Wissenschaft, die ursprünglich aus der Steuerung und Regelung von Maschinen (Systemtechnik) kommt, ein Modell aufzeigen, wie wir Pflegequalität vielleicht besser erklären und beeinflussen können.

Die Selbstregulierung und Homöostase des menschlichen Organismus ist in vielen Pflegetheorien der Ausgangspunkt für die Entwicklung effektiver Strategien zur Gesundheitsförderung. Warum dieses Modell nicht auch für die Qualitätsförderung der Pflege selbst verwenden?

Die Kybernetik geht von einem abstrakten Steuerungsmodell aus, das auf unterschiedlichste Systeme vom menschlichen Organismus, über Maschinen bis hin zum Unternehmen übertragen werden kann. Aktuell werden die Soll-Vorgaben für die Pflege immer höher gesetzt – nationale und internationale Leitlinien – Rationierung – Anforderungen der Aufsichtsbehörden. Pflegende stehen im Arbeitsbündnis mit dem Klienten als Regler zwischen diesen Soll-Vorgaben und dem, was sie im Ist-Zustand aktuell wahrnehmen, nämlich die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten und seiner Angehörigen, den durch die Betriebsleitung vorgegebenen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen und den zur Verfügung stehenden Mitteln. Aus der Diskrepanz zwischen „Soll“ und „Ist“ heraus, sind Anweisungen umzusetzen, um den aktuellen Zustand wieder in Richtung des Soll-Zustandes zu bewegen. Pflegende wirken dabei als Effektoren, also Kompensatoren bei Soll-Ist-Abweichung und zugleich als Rezeptoren, dabei nehmen sie den aktuellen Ist-Zustand in der Arbeit mit dem Patienten unmittelbar wahr. Ohne diese Wahrnehmung wäre ein Regulativ

nicht denkbar. Effektive Steuerung kann deshalb nur ausgehend von der Pflegenden-Klient-Einheit erfolgen.

Das Arbeitsbündnis ist das Steuerungszentrum. Wir kommen nicht umhin, uns Strategien zu überlegen, wie wir die Funktionsfähigkeit dieses Reglers im System der Gesundheitspflege verbessern. Das „Soll“, also die Vorgaben für den „Regler“ muss sich an wissensbasierte und individualisierbare, also an die spezifische Patientensituation anpassbare, Anforderungen im Sinne des Evidence-based Nursing (EbN) orientieren und seine Erfüllung muss durch eine entsprechende Ressourcenallokation im Gesundheitssystem ermöglicht werden.

Externe Qualitätssicherung muss auf ein effektives Monitoring über nachgewiesene sensitive und Risiko adjustierte Qualitätsindikatoren, wie sie z. B. von Wingenfeld und Kollegen 2010 entworfen wurden, erfolgen. Bei Auffälligkeiten bzw. Grenzwertüberschreitung ist jedoch tiefer in die Prozesse der Betriebe der Gesundheitspflege zu schauen. Die kollegiale Fallrekonstruktion, zur Analyse und gleichzeitig zur Lösungsentwicklung durch die Pflegenden selbst, ist hier eine effektive Methode der empirischen Sozialforschung, um den internen Qualitätsentwicklungsprozess im Sinne der lernenden, sich selbst steuernden Organisation in Gang zu setzen. Wir können Qualität nicht von außen in die Einrichtung hineinprüfen. Wir können nur den gezielten Anstoß geben, dass Qualität in den Betrieben der Gesundheitspflege von innen heraus entwickelt wird, ausgerichtet an der spezifischen Situation des Betriebs und an dem individuellen Bedarf der pflegebedürftigen Klienten.

Das externe Steuerungssystem ist unbedingt durch ein Ombudsmann bzw. Ombudsfrau-System zu ergänzen, das lokal, bürgernah organisiert ist und mit juristischer Kompetenz Mitbestimmung realisiert. Diese unparteiische Schiedsstelle könnte in Form eines lokalen Ombudsrats organisiert sein. Diese unabhängigen Vertrauenspersonen gehen Beschwerden von Menschen gegenüber der Pflege-Institution und der Verwaltung nach und bieten einen Schutz von Verbraucherrechten mit juristischer Kompetenz. Die Stärkung der Bewohnervertretung und der Mitbestimmung ist ein wesentliches demokratisches Kontrollinstrument. Soziale Kontrolle durch Angehörige,

Mitbürger (z. B. Patenschaften für Bewohner ohne Angehörige) und externe Dienstleister wirkt unmittelbar und zeitnah, was durch keine noch so engmaschige Kontrolle durch Behörden ersetzt werden kann.

Ich habe versucht meine Blicke auf die Qualitätssicherung in der Pflege Ihnen darzulegen – diese sind in meiner persönlichen und beruflichen Biographie begründet. Es waren persönlich-betroffene, pflegepraktische, pflegewissenschaftliche, sozialwissenschaftliche, betriebswirtschaftliche und systemisch-kybernetische Sichtweisen.

Um jedoch einen Gesamtblick und damit eine größere Annäherung an das Thema zu bekommen, müssen wir nun weiter in den Dialog gehen und unsere Sichtweisen zusammentragen. Wenn wir mutig aus unserem jeweiligen Erfahrungsbereich heraus zunächst undenkbar Erscheinendes denken, haben wir die Chance, ein Zukunftsmodell zu entwickeln, das allein durch den gemeinschaftlich getragenen und kraftvollen Gedanken heraus in die vor uns liegende Wirklichkeit wachsen kann.

In diesem Sinne darf ich überleiten zu der Zukunftswerkstatt und Sie ermuntern, Ihre Ideen für ein effektives Qualitätssicherungssystem einzubringen und mit zu bauen an dem Haus für Qualität in der Pflege!