

Angehörigenbefragungen – Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen

R. Nübling
D. Kriz
G. Kress
C. Schrempp
C. Löschmann
J. Schmidt

Questioning of Relatives – Potentials of Internal Quality Management in Institutions Caring for the Elderly

Zusammenfassung

Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) fordert die Einführung eines internen Qualitätsmanagements in Altenpflegeeinrichtungen. Ein wesentliches Element zur Schaffung von Transparenz und damit der Bewertung der Qualität von Dienstleistungen sind empirische Befragungen, z. B. von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern der stationären Altenpflege. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden über 1400 Angehörige der Bewohner von 31 stationären Altenpflegeeinrichtungen befragt. Hierfür wurde in Vorstudien ein umfassender „Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Altenpflegeeinrichtungen“ (FQA) entwickelt, der qualitätsrelevante Aspekte einer Einrichtung aus Sicht der Angehörigen in verschiedenen Dimensionen (u. a. Pflege und Betreuung, Personal, ärztliche Versorgung, Kooperation mit Angehörigen) erfasst. Die Qualität der Einrichtungen wurde von den Angehörigen in der vorliegenden Befragung im Durchschnitt relativ gut beurteilt. Der Gesamtwert von 2,2 (Skalenwerte zwischen 1,8 („Verwaltung“) und 2,5 („Pflege und Betreuung“)), zeigt ein insgesamt positives Gesamtbild. Der Vergleich zwischen den Einrichtungen ergab eine deutliche Variation. Empirische Befragungen dieser Art sind wichtige Hilfsmittel und Werkzeuge für das interne Qualitätsmanagement in den Einrichtungen, u. a. als Input für die konkrete Qualitätszirkelarbeit und damit für Verbesserungen. Kontinuierlich eingesetzt im Sinne eines Routine-Monitorings können sie darüber hinaus der Evaluation von Qualitätsmanagementverfahren dienen.

Schlüsselwörter

Internes Qualitätsmanagement · Altenpflege · Angehörigenbefragung · Qualitätssicherung · Routine-Monitoring

Abstract

The German care quality assurance law (“Pflege-Qualitätssicherungsgesetz”, PQsG) calls for internal quality management in residential care facilities. Empirical surveys with residents, their relatives and employees are essential to get transparency and to assess the quality of service. Within the scope of the present study more than 1400 relatives of residents of 31 residential care institutions were surveyed. Therefore in preliminary studies a questionnaire for the relatives was developed, which collects data concerning quality aspects on various aspects (for example care, staff, medical care, cooperation with relatives). On the average, relatives judged the quality of the institutions as good. The overall mean of 2.2 (scale values between 1.8 [“administration/management”] and 2.5 [“care”]) reveals a positive aspect, but there is substantial variation between institutions. Empirical surveys are important tools for internal quality management. Among other things, their results can be used as input for specific quality circle work and thus for continuous improvement. Used continually in the sense of a routine-monitoring system, surveys can also serve to evaluate quality management procedures.

Key words

Internal quality management · care for the elderly · survey of relatives · quality assurance · routine monitoring

Institutsangaben

eqs.-Institut Karlsruhe

Korrespondenzadresse

Dr. Rüdiger Nübling · eqs.-Institut Karlsruhe · Karlstr. 49 a · 76133 Karlsruhe ·
E-mail: nuebling@eqs-institut.de · <http://www.eqs-institut.de>

Bibliografie

Gesundheitswesen 2004; 66: 380–386 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-813227
ISSN 0941-3790

Einleitung

Die Beteiligung von Pflegeeinrichtungen an Maßnahmen zur Qualitätssicherung wird im §80 SGB XI seit Einführung der Pflegeversicherung gesetzlich gefordert. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) und dem Heimbewohnerschutzgesetz (HeimBSG) wurden die gesetzlichen Anforderungen an Qualitätskontrollen, Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen deutlich erweitert. Ziel dieses Gesetzes ist die Förderung der Eigenverantwortung der Einrichtungen, die Stärkung der Verbraucherrechte sowie die Weiterentwicklung der Qualität. Mit dem neuen PQsG werde – so das Bundesministerium für Gesundheit – auf bestehende Qualitäts- und Versorgungsmängel in Pflegeeinrichtungen reagiert und die Verbrauchersouveränität bzw. der Verbraucherschutz gestärkt [1, 2].

Eine der wesentlichen gesetzlichen Neuerungen des PQsG ist die Forderung nach der Einführung eines internen Qualitätsmanagements in Altenpflegeeinrichtungen. Nicht näher im Gesetz ausgeführt ist hingegen, was darunter konkret zu verstehen ist. Unabhängig davon, welches Modell für die Einführung von Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung herangezogen wird – z. B. nach EFQM, DIN EN ISO, bpa –, liegt eine wesentliche Grundlage in der systematischen Erfassung des Ist-Zustands in den Einrichtungen vor Ort. „Gute Qualität“ muss belegbar sein. Grundvoraussetzung für Qualitätssicherung und mehr noch für Qualitätsmanagement ist deshalb zunächst die Schaffung von Transparenz [3, 4]. Die Offenlegung von Stärken und Schwächen ist notwendige Voraussetzung für eine aussagekräftige Bewertung von Dienstleistungen. Wesentliches Werkzeug sind hierfür standardisierte, empirisch basierte Befragungen, z. B. von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern der stationären Altenpflege [5]. Befragungen sind Instrumente für die Dokumentation kundenspezifischer Beurteilungen und stellen Hilfsmittel dar, die wesentlich zur Förderung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse beitragen können. Sie liefern wertvolle Informationen, auf deren Grundlage Verbesserungen zum Nutzen der Bewohner initiiert und umgesetzt werden können [4, 6, 7].

Empirisch basierte, standardisierte Befragungen von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern stellen jeweils unterschiedliche Perspektiven oder auch Facetten der Bewertung von Qualität in Altenpflegeeinrichtungen dar, die ihren jeweils eigenen Nutzen haben und sich gegenseitig ergänzen. Sie sind insbesondere für die Einrichtungsleitung bzw. für das Management wichtige Informationsquellen. Idealerweise sollten im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements und mit dem Ziel einer „fairen“ Bewertung (vgl. [8]) mehrere Perspektiven Berücksichtigung finden (vgl. auch den Stakeholder-Ansatz, [4, 9]).

In der vorliegenden Arbeit steht die Befragung der Angehörigen im Mittelpunkt. Zu Recht wird kritisiert, dass es Angehörigen in aller Regel an der Fachlichkeit mangelt, vor allem Pflegeleistungen zu bewerten. Dennoch kann die Sicht von Angehörigen für die jeweilige Altenpflegeeinrichtung von großer Bedeutung sein, und dies in unterschiedlicher Hinsicht. Angehörige haben durch ihre Besuche meist einen differenzierten Gesamteindruck von den Einrichtungen und tragen ihre Einschätzung über die Einrichtung in den Verwandten- und Bekanntenkreis, womit sie

ganz wesentlich zum Ruf des Altenpflegeheims beitragen. Darüber hinaus sind Angehörige in der Regel maßgeblich an der Auswahl der Pflegeeinrichtung beteiligt. Neben dem Aufzeigen von Stärken und Schwächen einer Einrichtung (und damit deren Verbesserungspotenzialen) zeigt die Einrichtung mit einer Befragung ihren „Kunden“ auch, dass sie bereit ist, deren Wünsche und Bedürfnisse ernst zu nehmen. Befragungen bzw. deren Ergebnisse können die aktive Einbeziehung des Angehörigen in den Pflegeprozess fördern und damit insgesamt den Umgang und die Kommunikation zwischen Mitarbeitern, den pflegebedürftigen Bewohnern und deren Angehörigen verbessern. Schließlich ist es möglich, bewohner- und auch angehörigorientierte Pflegestrategien zu konzipieren.

Bislang liegen in der deutschsprachigen Literatur nur wenige Arbeiten über systematische Angehörigenbefragungen aus kommunalen oder kirchlichen Trägerschaften vor (bspw. [10–14]). Eingeschätzt wurden hierbei neben verschiedenen Strukturmerkmalen unter anderem die Qualität verschiedener Dienstleistungsbereiche sowie die Zufriedenheit mit der Einrichtung insgesamt. Im Folgenden wird von einer Angehörigenbefragung berichtet, die erstmals in einem größeren Stil in Einrichtungen durchgeführt wurde, die unter *privater* Trägerschaft stehen. Ziel war es, den Einrichtungen bzw. dem Management ein kundenorientiertes Instrumentarium vorzulegen, das wichtige Informationen für die Bewertung und Optimierung der angebotenen Dienstleistungen gibt. Die Befragungen bieten darüber hinaus die Möglichkeit zu systematischen Einrichtungsvergleichen (Benchmarking) und – bei kontinuierlichen Wiederholungen – zur Darstellung und Dokumentation von Veränderungen bspw. im Rahmen des Qualitätsmanagements [15].

Methodik

Angehörigenfragebogen

Der verwendete Angehörigenfragebogen (FQA „Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Altenpflegeeinrichtungen“) wurde im Rahmen mehrerer Vorstudien entwickelt. Hierbei konnte einerseits auf Erfahrungen aus der Rehabilitationsforschung (vgl. z. B. [3, 4, 6, 16]) zurückgegriffen werden, andererseits wurden veröffentlichte Ergebnisberichte speziell aus dem Altenpflegebereich [10–14] kritisch analysiert und geprüft.

Der Angehörigenfragebogen umfasst 114 Einzelfragen. Die allgemeinen Fragen beziehen sich dabei auf die *Person des befragten Angehörigen* (Alter, Geschlecht, Verwandtschaftsverhältnis, Entfernung des Wohnorts), auf den *Bewohner* (Alter, Geschlecht, Wohndauer, Pflegestufe) und dessen *Einschränkungen* aus Angehörigensicht (bzgl. AEDL, z. B. Körperpflege, Bewegungen, Nahrungsaufnahme) sowie auf die *Auswahl der Einrichtung* und *Einzug in die Einrichtung*.

Kern des Fragebogens ist eine insgesamt 9 inhaltliche Bereiche und 63 Einzelfragen umfassende Qualitätsbeurteilung durch die Angehörigen, die wesentliche strukturelle und prozessuale Merkmale einer Altenpflegeeinrichtung kennzeichnet (vgl. Tab. 1). Alle Fragen werden anhand einer 5-stufigen Beurteilungsskala zwischen „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5) bewertet. Dieser Teil des Fragebogens wird zu einem „Qualitätsprofil“

Tab. 1 Erfasste Qualitätsbereiche des Angehörigenfragebogens FQA

- *allgemeine Einrichtungsaspekte*: Lage; architektonische Gestaltung; behindertengerechte Gestaltung; Größe; Orientierungsmöglichkeiten in der Einrichtung; Erreichbarkeit mit öffentlichem Nahverkehr; Einkaufsmöglichkeiten; Innengestaltung; Sauberkeit; Gestaltung und Pflege der Außenanlagen; Komfort; Atmosphäre allgemein; Rückzugsmöglichkeiten für Bewohner (13 Items, $\alpha = .88$)
- *Räumlichkeiten/Bewohnerzimmer*: Größe des Bewohnerzimmers; Zimmerausstattung; Ausstattung der Gemeinschaftsräume; Raumtemperatur; Gestaltung des Speiseraums; Atmosphäre im Eingangsbereich (6 Items, $\alpha = .83$)
- *Pflege und Betreuung*: Qualität der Pflege und Betreuung; spezifische Angebote für demente Personen; Möglichkeit, über Sorgen zu sprechen; Einflussmöglichkeit auf die Pflege; Unterstützung hinsichtlich Selbstständigkeit; Betreuung rund um die Uhr; Eingehen auf Bewohnerwünsche; Zeit des Personals für persönliche Zuwendung; Angebote zur Selbstbeschäftigung; Beständigkeit des Pflegepersonals; Möglichkeiten der Bewohner, den Tagesablauf selbst zu strukturieren (11 Items, $\alpha = .96$)
- *ärztliche Versorgung*: Qualität der ärztlichen Versorgung vor Ort; Erreichbarkeit von Ärzten; Möglichkeit, jederzeit einen Arzt zu rufen; Möglichkeit der freien Arztwahl (4 Items, $\alpha = .87$)
- *kulturelle und aktivierende Angebote*: Angemessenheit, Vielseitigkeit des kulturellen Angebots; Informationen über das Angebot; Möglichkeiten zum geselligen Beisammensein; Kontaktmöglichkeiten in der Freizeit; Angebot an regelmäßigen speziellen therapeutischen Maßnahmen (6 Items, $\alpha = .94$)
- *Personal*: Umgang des Personals mit den Bewohnern; Zuverlässigkeit; Freundlichkeit; fachliche Kompetenz; sprachlicher Umgang mit Bewohnern (5 Items, $\alpha = .92$)
- *Verpflegung; hauswirtschaftliche und sonstige Serviceleistungen*: Qualität des Essens; Vielseitigkeit des Essens; Service beim Essen; Getränkeangebot; Qualität der Wäschereinigung; Rückgabe der Wäsche; zusätzliche Dienstleistungen; Zuverlässigkeit bei Reparaturen (8 Items, $\alpha = .89$)
- *Verwaltung*: Pünktlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Abrechnung; Abwicklung der Aufnahmeformalitäten; Verständlichkeit des Heimvertrags (4 Items, $\alpha = .85$)
- *Kooperation mit Angehörigen*: Information über Pflegemaßnahmen; Beratungsmöglichkeiten; Umgang des Personals mit Angehörigen; Einbindung in Pflege und Betreuung; Mitwirkungsmöglichkeiten im Heimbeirat (6 Items, $\alpha = .92$)

verdichtet; er umfasst die in Tab. 1 dargestellten einrichtungsbezogenen Qualitätsbereiche.

Im Ergebnisteil wird speziell über dieses Qualitätsprofil berichtet. Die ebenfalls mit dem FQA erfasste Zufriedenheit mit der Einrichtung (18 Items, in Anlehnung an [17, 18]) wird in einer späteren Arbeit vorgestellt.

Durchführung der Befragung

Die Befragung erfolgte auf dem Postweg. Hierzu wurde – in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Einrichtung – für jeden Bewohner ein Ansprechpartner (Angehöriger) ermittelt, der einen möglichst engen Kontakt zum Bewohner pflegt. Von den 31 untersuchten Einrichtungen befinden sich elf im Raum Berlin/Brandenburg, sieben in Sachsen-Anhalt, vier in Thüringen und Sachsen, vier in Niedersachsen, drei in Nordrhein-Westfalen sowie zwei in Baden-Württemberg. Die Anzahl der Bewohnerplätze variiert zwischen 37 und 334. Die Angehörigen wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen in einem beiliegenden frankierten Rückumschlag zurückzusenden.

Ergebnisse

Rücklauf

Von den insgesamt 2989 versandten Fragebögen wurden 1489 beantwortet. Tab. 2 gibt spezifisch Auskunft über den Datenrücklauf; zum Vergleich sind zusätzlich die entsprechenden Ergebnisse einer Vorstudienstichprobe aufgeführt. Die Rücklaufquoten beider Stichproben sind mit gut 50% identisch.

Im Vergleich zu den Rücklaufquoten anderer Angehörigenbefragungen ([13]: 65% [12]: 46% [11]: 44% [10]: 39%) kann das erzielte Ergebnis von 50,2% als befriedigend angesehen werden. Zudem ließen sich bei beiden Stichproben keinerlei signifikante Abweichungen in den basalen Ausgangsvariablen (bspw. Geschlecht des Angehörigen, Verwandtschaftsverhältnis, Alter etc.) zwischen denjenigen Angehörigen, die den Fragebogen zurückgesandt hatten, und denen, die nicht antworteten, finden.

Stichprobenbeschreibung

Die 1489 antwortenden Angehörigen sind zwischen 19 und 92, im Durchschnitt 57,4 Jahre alt ($sd = 11,2$). Das Alter der Bewohner liegt zwischen 30 und 102 Jahren bei einem Durchschnitt von 82,9 Jahren ($sd = 10,2$). Die Altersverteilung der Vorstudienstichprobe ist weitgehend übereinstimmend.

Tab. 3 zeigt weitere Merkmale der Bewohner und der befragten Angehörigen in beiden Stichproben. Etwa 60% der antwortenden Angehörigen und 80% der Bewohner sind jeweils weiblich. Die überwiegende Mehrheit der Angehörigen sind Kinder der Bewohner. Über 80% der Angehörigen kommen aus der näheren Umgebung bis 50 km und mehr als 90% sind mindestens einmal im Monat, meistens wöchentlich, zu Besuch beim Bewohner. Unterschiede bestehen hinsichtlich der bisherigen Verweildauer des Bewohners in der Einrichtung: in der Vorstudie liegt sie mehrheitlich (ca. 75%) bei über einem Jahr; in der aktuellen Stichprobe hingegen leben gut die Hälfte der Bewohner erst kürzer als ein Jahr in der Einrichtung. Bezüglich der Pflegestufe sind ca. 40–50% der Bewohner in Stufe II eingestuft, etwa ein Drittel waren in Stufe I sowie ca. ein Fünftel in Stufe III.

Tab. 2 Rücklauf

	Vorstudien 2000–2001 13 Einrichtungen		Erhebung 2002/2003 31 Einrichtungen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
angeschriebene Angehörige	1 272	100	2 989	100
Nichtantworter	596	46,9	1 473	49,3
postalisch nicht erreichbar	41	3,2	25	0,8
Rücklauf angeschriebene Angehörige	635	49,9	1 489	49,8
erreichbare Angehörige	1 231	96,8	2 964	99,2
Rücklauf bezogen auf erreichbare Angehörige	635	51,6	1 489	50,2

Tab. 3 Stichprobenmerkmale

		Vorstudien 2000–2001 13 Einrichtungen		Erhebung 2002/2003 31 Einrichtungen	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht des Angehörigen	männlich	248	39,4	535	36,4
	weiblich	382	60,6	936	63,6
Geschlecht des Bewohners	männlich	131	20,8	289	19,5
	weiblich	500	79,2	1 194	80,5
Beziehung zu Bewohner	Ehegatte/-in	23	3,7	55	3,8
	Lebenspartner/-in	2	0,3	6	0,4
	Sohn/Tochter	367	58,6	827	56,7
	Schwiegersohn/Schwiegertochter	22	3,5	76	5,2
	Enkel/Enkelin	27	4,3	48	3,3
	sonstiges Verwandtschaftsverhältnis	91	14,5	139	9,5
	nahe Bekannte/naher Bekannter	18	2,9	29	2,0
	bestellter/e Betreuer/-in	66	10,5	118	8,1
	sonstige	10	1,6	161	11,0
Entfernung des Wohnorts von der Einrichtung	unter 10 km	276	43,9	682	46,4
	10 km bis 50 km	238	37,9	570	38,8
	über 50 km	57	9,1	112	7,6
	über 100 km	57	9,1	106	7,2
Anzahl der Besuche	täglich	30	4,8	118	8,0
	einmal in der Woche oder häufiger	327	51,9	855	58,0
	mehrmals im Monat	155	24,6	288	19,5
	etwa einmal im Monat	76	12,1	149	10,1
	mehrmals im Jahr	38	6,0	56	3,8
Aufenthaltsdauer des Bewohners in der Einrichtung	etwa einmal im Jahr	4	0,6	8	0,5
	weniger als 1 Monat	3	0,5	184	12,4
	weniger als 1/2 Jahr	64	10,1	286	19,4
	zwischen 1/2 Jahr und 1 Jahr	79	12,5	318	21,5
	zwischen 1 Jahr und 2 Jahren	131	20,7	378	25,6
Pflegestufe	länger als 2 Jahre	356	56,2	312	21,1
	Pflegestufe I	166	26,8	458	32,8
	Pflegestufe II	275	44,4	651	46,6
	Pflegestufe III	137	22,1	212	15,2
	Bewohner ist nicht eingestuft	27	4,4	40	2,9
	Pflegestufe nicht bekannt	14	2,3	30	2,1
	Sonderpflegestufe/Härtefallregelung		nicht erhoben	7	0,5

Qualitätsprofile

Zur übersichtlicheren Darstellung wurden Qualitätsprofile erstellt, die die Gesamtqualität der Einrichtungen auf relevanten Qualitätsebenen darstellen, so dass ein anschauliches, aussagekräftiges Instrument für ein trägerinternes Benchmarking zur Verfügung steht. Die Profile setzen sich jeweils aus den neun inhaltlichen Kernbereichen (vgl. Tab. 1) zusammen. Sie wurden testtheoretisch untersucht und zu Skalen zusammengefasst, deren Reliabilitäten als ausgesprochen gut bezeichnet werden können (Cronbach's α jeweils um.90; vgl. Abb. 1). Für die Profildarstellung wurden über die Einzelfragen der jeweiligen Kernbereiche Durchschnittswerte der Items gebildet (Skalierung: „sehr gut“ = 1, „gut“ = 2, „zufrieden stellend“ = 3, „schlecht“ = 4 und „sehr schlecht“ = 5). Abb. 1 zeigt das durchschnittliche Qualitätsprofil aller Einrichtungen im Vergleich zu den besten und schlechtesten durchschnittlichen Bewertungen einer einzelnen Einrichtung.

Die in der jeweiligen Dimension schlechteste und beste Bewertung zeigt den „Qualitätskorridor“ auf. Zur Veranschaulichung und als Interpretationshilfe für die Mitarbeiter vor Ort in den jeweiligen Einrichtungen haben wir als kritischen Schwellenwert („Auffälligkeitssignal“) einen Durchschnitt von 2,5 je Dimension definiert. Alle Werte zwischen 2,5 und 3,0 werden hinsichtlich ihrer Qualität als „grenzwertig“ bezeichnet. Durchschnittswerte, die über 3,0 liegen, also schlechter sind als „zufrieden stellend“, sprechen für Qualitätsprobleme aus Angehörigensicht. Diesen Bereichen sollte im Rahmen des internen Qualitätsmanagements erhöhte Aufmerksamkeit eingeräumt werden.

Der Abbildung ist weiterhin zu entnehmen, dass keine der Bewertungen innerhalb des Grenzbereichs liegt oder ungünstiger ausfällt. Die „schlechteste“ mittlere Bewertung ergab sich in der vorliegenden Befragung für den Bereich „Pflege und Betreuung“. Hier lag der Durchschnittswert mit 2,5 genau auf dem Schwellenwert (Streubreite der Einzelfragen von 2,3 bis 2,9). Die beste durchschnittliche Bewertung hingegen konnte mit 1,8 für den

Bereich „Verwaltung“ ermittelt werden (Streubreite: 1,6 bis 2,0). Der Mittelwert über alle Dimensionen (Gesamtmittel) lag bei 2,2 (vgl. Abb. 1).

Im Sinne eines Benchmarkings wurden Einrichtungsvergleiche durchgeführt. Abb. 2 zeigt beispielhaft die Bewertungen der einzelnen Einrichtungen durch die Angehörigen hinsichtlich der Skala „Personal“. Mit dieser Skala werden Aspekte wie der Umgang des Personals mit den Bewohnern sowie die Zuverlässigkeit, Freundlichkeit und Qualifikation erfasst. In diesem Bereich wurde keine Einrichtung schlechter als 3,0 („auffällig“) und nur eine schlechter als 2,5 („grenzwertig“) eingestuft. Demgegenüber waren 17 von 31 Einrichtungen besser als 2,0 (vgl. Abb. 2). Der Gesamtmittelwert über alle Einrichtungen lag bei 2,1 (vgl. Abb. 1).

Als zweites Beispiel, Einrichtungen hinsichtlich ihrer Qualität zu differenzieren, sind die Ergebnisse der Skala „Kooperation mit Angehörigen“ dargestellt (vgl. Abb. 3). Wie zu sehen, liegt der überwiegende Teil der Einrichtungen in einem Bereich, der hinsichtlich des Vorliegens von Qualitätsmängeln nach der hier vorgenommenen Definition als „unauffällig“ bezeichnet werden kann. Aber immerhin neun der 31 Einrichtungen liegen über dem kritischen Schwellenwert von 2,5 (d.h. im „Grenzbereich“ zwischen 2,5 und 3,0), der als kritischer Bereich definiert wird, wenn auch keine Einrichtung ein deutlich schlechtes Ergebnis > 3,0 erreicht. Auffällig sind auch zwei Einrichtungen (Nr. 15 und 17), die deutlich sehr gute Ergebnisse erzielen.

Zusammenfassung und Diskussion

Insgesamt wurden in den Vorstudien und der dargestellten Erhebung 2002/2003 über 2100 Angehörige der Bewohner von stationären Altenpflegeeinrichtungen privater Trägerschaft befragt. Der hierbei entwickelte und geprüfte Angehörigenfragebogen (FOA „Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Altenpflegeeinrichtungen“) erfasst umfassend qualitätsrelevante Aspekte einer Einrichtung aus Sicht der Angehörigen in verschiedenen Dimen-

sionen (u.a. Pflege und Betreuung, Personal, ärztliche Versorgung, Kooperation mit Angehörigen).

Angehörige können in aller Regel kein fachliches Urteil abgeben und ihre Perspektive stellt nur eine unter mehreren denkbaren dar. Aber sie besitzen eine wesentliche Schlüsselrolle, u.a. bezogen auf die Außendarstellung oder den Verbleib eines Bewohners in einer Einrichtung. Ihr subjektiver Eindruck schlägt sich in den Qualitätsbewertungen nieder. Angehörige entscheiden meist über die Auswahl einer Einrichtung, sie reden mit anderen, bekannten und verwandten Personen darüber; Letztere werden gegebenenfalls in naher oder mittlerer Zukunft selbst über die Auswahl einer solchen Einrichtung entscheiden. Insofern haben Angehörige auch einen entscheidenden Anteil an der Zukunftssicherung einer Einrichtung.

Die Qualität der Einrichtungen wird von den Angehörigen in der aktuellen Studie im Durchschnitt relativ gut beurteilt. Der Gesamtmittelwert von 2,2 (schlechtester Wert: 2,5 „Pflege und Betreuung“ bester Wert: 1,8 „Verwaltung“) zeigt ein insgesamt positives Gesamtbild. Der Mittelwert von 2,5 für die Bewertung von Pflege und Betreuung liegt direkt auf dem definierten „kritischen Schwellenwert“ und bedeutet inhaltlich eine Bewertung zwischen „gut“ und „zufrieden stellend“. Hier sind sicher Verbesserungspotenziale vorhanden, wenn auch eine vergleichende Bewertung im Hinblick auf die bundesweite Pflegesituation nicht möglich ist, da wünschenswerte Korrespondenzwerte aus Einrichtungen anderer Trägerschaft (z. B. kommunaler oder kirchlicher) zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorliegen.

Differenziert man nach Einrichtungen, so lassen sich große Unterschiede identifizieren. Zum Teil weisen einzelne Einrichtungen in ganz unterschiedlichen Inhaltsbereichen mitunter erhebliche Qualitätsmängel auf. Insbesondere bei Einrichtungen, die in mehreren Inhaltsbereichen Schwächen offenbaren, ist auf Grundlage der vorgelegten Ergebnisse eine zügige Initiierung konkreter Schritte zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements angeraten. So wurden in den entsprechenden Einrichtungen zwischenzeitlich eine ganze Reihe konkreter

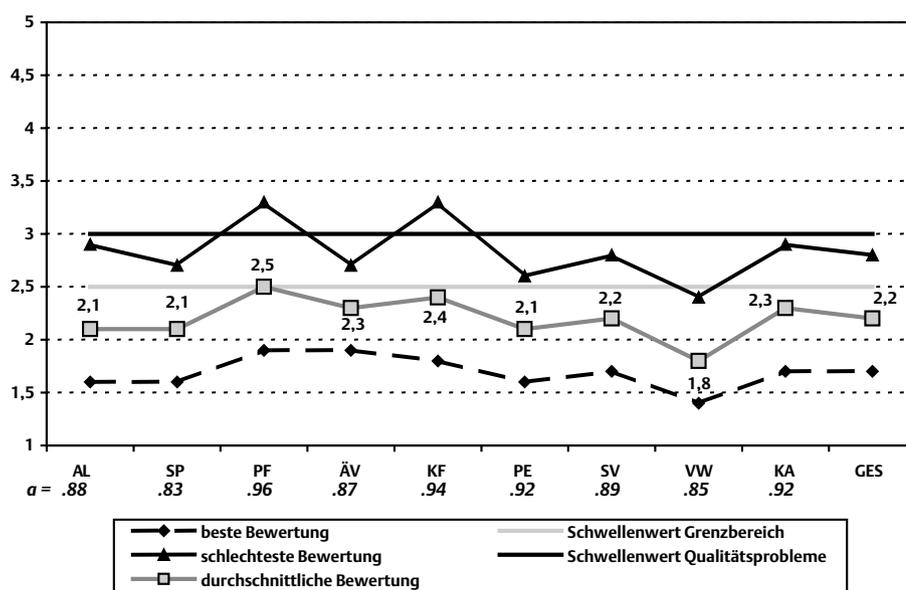


Abb. 1 Qualitätsprofil: mittleres Profil – Vergleich mit bester und schlechtester Bewertung einer Einrichtung (Erhebung 2002/2003).

Skalierung: „sehr gut“ = 1, „gut“ = 2, „zufrieden stellend“ = 3, „schlecht“ = 4 und „sehr schlecht“ = 5

Legende: AL = allgemeine einrichtungsbezogene Aspekte; SP = spezielle einrichtungsbezogene Aspekte; PF = Pflege und Betreuung; ÄV = ärztliche Versorgung; KF = Kultur und Freizeit; PE = Personal; SV = Service und Verpflegung; VW = Verwaltung; KA = Kooperation mit Angehörigen; GES = Gesamtmittelwert

α = interne Konsistenz; Cronbach's α

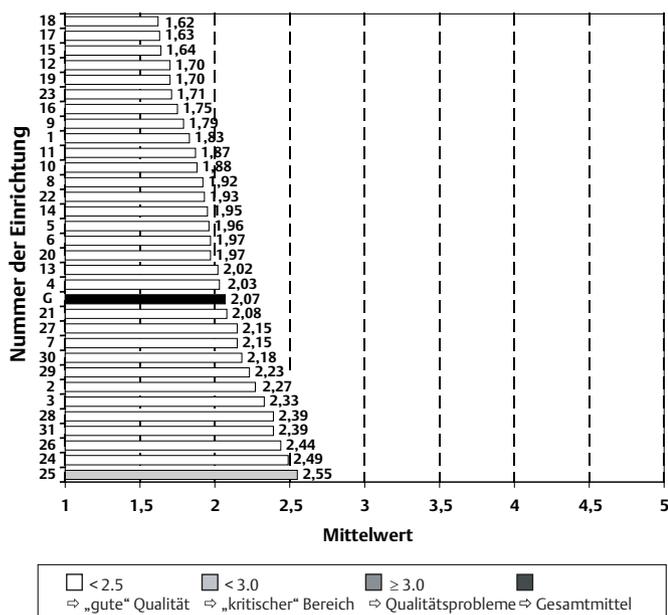


Abb. 2 Skala „Personal“, Einrichtungsvergleich, Rangfolge.

Schritte zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements vollzogen. Es wurde z.B. der Aufbau von QM-Strukturen initiiert, indem Qualitätsbeauftragte berufen und ausgebildet, ein kontinuierlicher Qualitätszirkel eingerichtet und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt wurden. Ergänzt wird dies durch eine Reihe von Fortbildungsmaßnahmen, z.B. über den speziellen Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern.

Wie eingangs ausgeführt, können Angehörigenbefragungen nur einen Teil des Gesamtbilds der Qualität einer Einrichtung abdecken, weshalb es sinnvoll ist, sie durch Befragungen der Mitarbeiter sowie der Bewohner und weitere Maßnahmen zu ergänzen.

Um möglichst viele Facetten eines „objektiven“ Gesamtbilds abzudecken, sollten Befragungen durch Qualitäts-Checks, die sich an MDK-Kriterien orientieren, ergänzt werden. Solche expertenbasierte, auditähnliche Überprüfungen können im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zusätzlich zu Befragungen durchgeführt werden. Hier wird vor allem die fachliche Perspektive ins Zentrum gerückt. Kombiniert mit Ergebnissen von Befragungen können solche Qualitäts-Checks den Einrichtungen helfen, sich gegenüber möglichen unangekündigten Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht zu „immunisieren“, d. h. schon im Vorfeld, quasi als „Frühwarnsystem“, die Problemfelder herauszukristallisieren und Verbesserungen einzuleiten, bevor sie MDK-aktenkundig werden.

Befragungen stellen den größten Nutzen für eine Einrichtung oder einen Träger dar, wenn sie in bestimmten Abständen wiederholt werden. Sie dienen somit nicht mehr nur der punktuellen Ist-Aufnahme, sondern bilden Entwicklungen über längere Zeiträume hinweg ab. Sie sind somit ein äußerst geeignetes Instrument, um die Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen zu prüfen. Die routinemäßige Wiederbefragung von Angehörigen erfolgt seit Herbst 2002 einmal jährlich. Aufgrund dieser Daten wird sich zukünftig die Hypothese prüfen lassen, ob die durch die Ini-

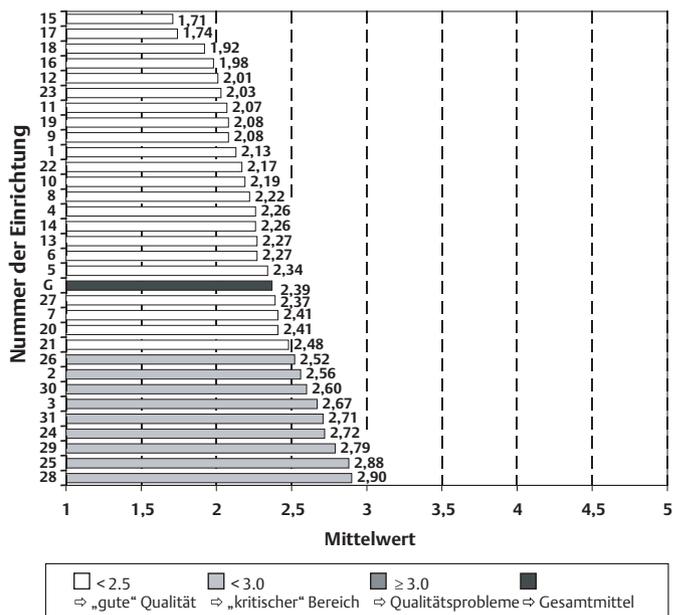


Abb. 3 Skala „Kooperation mit Angehörigen“, Einrichtungsvergleich, Rangfolge.

tiierung von Qualitätsmanagementstrukturen eingeleiteten Verbesserungen in der konkreten Einrichtung tatsächlich auch eintreten und sich empirisch bestätigen lassen.

Idealziel jeder Qualitätspolitik ist der „Null-Fehler-Ansatz“ [19]. Da dieses Ideal im realen Leben utopisch ist, müssen wesentliche Qualitätsparameter immer wieder, z.B. über Monitoring-Systeme, überprüft und verbessert werden. Sowohl Befragungen als auch Qualitäts-Checks nutzen letztlich aber wenig, wenn sie nicht in ein internes Qualitätsmanagement – wie im PQsG gefordert – eingebettet sind. In der Praxis werden derzeit im Bereich der Altenpflege unterschiedliche Konzepte bzw. Modelle diskutiert und angewandt. Diese reichen von sehr umfassenden Modellen der Bewertung der Exzellenz – hier ist das häufigste Modell das der European Foundation for Quality Management (EFQM) – bis hin zu eher einfacheren Modellen, die z.B. primär auf der Basis von Qualitätszirkeln beruhen (vgl. [20]). Einem Einrichtungsträger wird durch die Ermittlung der „Besten (Einrichtung)“ die Voraussetzung für „Lernen vom Besten“ geschaffen. Somit können sinnvolle Erfahrungen und Praktiken einrichtungsübergreifend genutzt werden (Synergienutzen).

Zwischen den externen gesetzlichen und gesellschaftlichen Forderungen nach Transparenz und Qualitätsnachweisen und dem internen Druck nach Kostensenkung und Effektivität müssen sich die Pflegeeinrichtungen – in einem zunehmend schwierig werdenden Pflegemarkt – positionieren. Mittel der Wahl ist eine strukturierte und zielgerichtete Qualitätsentwicklung, basierend auf Qualitätsanalysen, die in ein funktionierendes und systematisches Qualitätsmanagement eingebunden sind. Empirische Befragungen können wichtige Hilfsmittel und Werkzeuge für ein internes Qualitätsmanagement darstellen (vgl. [4]). Sie können z.B. für die konkrete Qualitätszirkelarbeit als Input dienen und damit die Entwicklung von Lösungsmodellen im Sinne von Verbesserungen unterstützen. Die sichtbaren, sinnvollen und transparent gemachten Ergebnisse vermitteln Bewohnern und deren Angehörigen Vertrauen in die Pflegeeinrichtung.

Die Diskussion um die richtigen Wege zu einem fundierten Qualitätsmanagement in der Altenpflege ist seit Anfang 2002 endgültig entbrannt. Die Vorschläge, die hierzu gemacht werden, sind vielfältig und nicht selten von einseitigen Interessen bestimmt. Mit den von der „Bundeskongferenz für Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.“ (BUKO) in den drei Berliner Memoranden [21–23] festgehaltenen Forderungen sind u. a. wesentliche übergeordnete Punkte (z. B. Bildung eines nationalen Akkreditierungsrats im Pflegewesen) bereits formuliert. Außer Frage steht, dass alle Verbesserungsmaßnahmen und somit Qualitätsentwicklungen einer aussagekräftigen Wirksamkeitsüberprüfung (Evaluation) unterzogen werden müssen. Hierbei ist es notwendig, dass die Qualitätskriterien systematisch definiert, methodisch sauber operationalisiert und empirisch erfasst werden [24]. Diese professionelle – aus unserer Sicht notwendige – empirische Basis eines „fundierten“ Qualitätsmanagements steht in weiten Teilen der bundesdeutschen Altenpflege noch aus.

Literatur

- ¹ Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG), vom 9.11.2001, unter: http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/ges_19.cfm
- ² Klie T. Qualitätssicherung im Streit. Das Konzept, seine Umsetzung und Ansätze einer Reform. *Altenheim* 2000; 6: 16–21
- ³ Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F. Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. *Gesundheitswesen* 1992; 54: 70–80
- ⁴ Nübling R, Schmidt J. Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“. In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch*. Tübingen: dgvt, 1998: 1335–353
- ⁵ Zieske J, Roggenbuck F. Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung – Schlüsselinstrumente der internen Qualitätssicherung. *Pro Vita* 2000; 4: 6–7
- ⁶ Schmidt J, Nübling R, Vogel H. Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation. Psychologische Beiträge zu einem modernen Trend in der Gesundheitsversorgung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1995; 27: 49–67
- ⁷ Nübling R, Schmidt J. Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. *Versicherungsmedizin* 1999; 51: 149–151
- ⁸ Koch U, Schulz H. Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin. In: Ahrens S (Hrsg.). *Lehrbuch Psychotherapeutische Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 1996: 14–26
- ⁹ Wittmann WW. Evaluation in der Rehabilitation – Wo stehen wir heute? In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (Hrsg.). *Evaluation in der Rehabilitation*. Frankfurt/Main: VDR, 1996: 6: 27–37
- ¹⁰ Mutscher W, Prehm K, Wosegien A. Aus Kundensicht: Eine Befragung zur Zufriedenheit von Bewohnern und Angehörigen. *Altenheim* 2000; 1: 28–33
- ¹¹ Born A, Weigel R. Was lässt sich verbessern? Handlungsoptionen auf der Basis fundierter Daten ermitteln und umsetzen. *Altenheim* 2000; 4: 18–25
- ¹² Boie J, Dietsche S, Lecher S et al. Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2002; 3: 107–123
- ¹³ Berger G, Gerngroß-Haas G. Schlagwort Praxiskonzept. SIESTA: Für mehr Kundenorientierung im Pflegeheim. *Altenheim* 1999; 10: 14–20
- ¹⁴ Berger G. Qualitäts-Controlling von Pflegeheimen auf regionaler Ebene. Die SIESTA-Pilotstudie Baden-Württemberg im Kreis Heidenheim. In: Schmidt R, Entzian H, Giercke K, Klie T (Hrsg.). *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune*. Frankfurt/Main: Mabuse, 1999
- ¹⁵ Nübling R, Kriz D, Kress G et al. Wiederholte Angehörigenbefragung als Instrument zur Erfassung von Veränderungen im Rahmen des Qualitätsmanagements (in Vorbereitung)
- ¹⁶ Nübling R, Schmidt J. Methodische Grundlagen der Ergebnisevaluation. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft*. Berlin: Springer, 2000: 324–346
- ¹⁷ Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie medizinische Psychologie* 1989; 39: 248–255
- ¹⁸ Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F et al. Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg.). *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik*. Frankfurt/Main: VAS, 1994: 271–283
- ¹⁹ Crosby PB. *Quality is Free. The Art of Making Quality Certain*. New York: McGraw-Hill, 1979
- ²⁰ Reuter U. *Qualitätszirkel. Leitfaden für die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Pflege VG*. Stuttgart: Schattauer, 1998
- ²¹ Memorandum, 2000; <http://www.efh-freiburg.de/buko.htm>
- ²² Bundeskongferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO) e.V. *Zweites Berliner Memorandum*, 2000; <http://www.efh-freiburg.de/buko.htm>.
- ²³ Bundeskongferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO) e.V. *Drittes Berliner Memorandum vom 7.11.2002* (3. Memorandum); <http://www.efh-freiburg.de/buko.htm>.
- ²⁴ Nübling R, Schrempp C, Kress G et al. *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2004; 47: 133–140