

2. Dezember 2008

Qualitätsberichterstattung in der Pflege

Stellungnahme zu den Kriterien der Veröffentlichung, der Bewertungssystematik und der Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen von stationären Einrichtungen

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

Vorbemerkung

Verbraucherverbände fordern seit vielen Jahren mehr Qualitätstransparenz in der Pflege. Pflegebedürftige Menschen sind auch Kunden auf dem Markt der Pflegeangebote. Sie leisten einen beträchtlichen Kostenteil aus eigener Tasche. Bestehende Wahlmöglichkeiten sind nur dann sinnvoll auszuüben, wenn aussagekräftige Informationen zur Qualität von Leistungen der Anbieter vorliegen.

Im Mittelpunkt des Interesses bei Verbrauchern stehen dabei Informationen zu Fragen der Lebensqualität im Leistungsgeschehen und der Qualität der Ergebnisse der Leistungen zur Pflege im engeren Sinn.

Der Gesetzgeber hat den Landesverbänden der Pflegekassen aufgegeben, verbraucherfreundliche Qualitätsberichte, insbesondere zu den Aspekten Ergebnis- und Lebensqualität, zu veröffentlichen; die Vertragsparteien des 11. Sozialgesetzbuchs (SGB XI) auf Bundesebene haben die Aufgabe eine Vereinbarung über die Kriterien der Veröffentlichung sowie der Bewertungssystematik der erbrachten Leistungen und deren Qualität herbeizuführen.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) begrüßt daher, dass sich die Vertragsparteien auf ein Verfahren zur Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen geeinigt haben, wenn auch bislang gesicherte Erkenntnisse über valide und reliable Indikatoren der Lebens- und Ergebnisqualität noch nicht vorliegen. Erst die 2010 vorliegenden Resultate des geplanten Modellprojekts des BMG und des BMFSFJ zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ sollen zeitnah in die dann erforderliche Weiterentwicklung der Berichterstattung einfließen. Bis zur Beendigung dieses Projektes, mit der Benennung umsetzbarer Indikatoren der Ergebnisqualität, bleibt es bei der bisherigen Verknüpfung der fachlichen Bewertung insbesondere von Prozessschritten und des insoweit erzielten pflegerischen Ergebnisses. Die Vertragsparteien müssen sich darüber im Klaren sein, dass die vorgelegte Vereinbarung, die im Wesentlichen auf die Erhebung und Darstellung von Struktur- und Prozessergebnissen abstellt, daher von Anfang an als erheblich verbesserungsbedürftig betrachtet werden muss - zumal die Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) der Pflegekassen bislang keine ausreichende Grundlage darstellen, um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen. Dennoch bilden die Feststellungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) die Basis für die Qualitätsberichterstattung. Soweit auch „gleichwertige Prüfergebnisse“ zugrunde gelegt werden können, fehlt es zurzeit noch an einer Vereinbarung nach §113 SGB XI über die Anforderungen an solche Prüfungen.

Im Übrigen sollen zu Recht ergänzende Informationen, zum Beispiel gewonnen aus dem Projekt „heimverzeichnis.de“ der BIVA e.V., ebenfalls dargestellt werden.

Generell sollten die nunmehr aufgestellten Kriterien und die Bewertungssystematik nicht als statisch erachtet, sondern einem dynamischen Prozess unterzogen werden, der einerseits die Ergebnisqualität besonders fokussiert und andererseits einer verbraucherfreundlichen Darstellung, Verständlichkeit und Vergleichbarkeit gerecht wird.

1. Zur Einigung der Vertragsparteien

Vorab ist festzustellen, dass die Ausfüllvorgaben, die „Manuale“ für die Gutachter bisher fehlen. Das ist bedeutend für die Einzelbewertung der Kriterien und die Skalenwerte als Grundlage der Noten.

Hieran werden sich auch die Reliabilität und die Validität des Verfahrens messen lassen müssen.

Der Vereinbarung beinhaltet noch keine Ausfüllanleitung für die Gutachter, deren Prüfungen bundesweit einheitlich gehandhabt werden müssen, um eine Vergleichbarkeit herzustellen. So lange diese notwendige Ergänzung noch nicht vorliegt, aus der eindeutig abgrenzbar hervorgehen muss, wann ein Kriterium als erfüllt (10 Punkte) oder nicht erfüllt (0 Punkte) gilt, kann auch die gesamte Bewertungssystematik noch keiner dezidierten Stellungnahme unterzogen werden.

Allgemein sei bereits an dieser Stelle eine für Verbraucher verständlichere Sprachwahl angemahnt. Was sind beispielsweise gerontopsychiatrisch veränderte Menschen oder Kontrakturprophylaxen? Was ist ein Dekubitus?

Hier ist eine Überführung der Kriterien und der gesamten Darstellung in laienverständliche Sprache erforderlich.

2. Bewertungskriterien für die Pflegequalität in stationären Einrichtungen (Anlage 1)

a) Prüfung und Darstellung der Qualität anhand von 82 (64) Kriterien

Die vereinbarten 82 Kriterien basieren weitestgehend auf den Erhebungen der MDK-Prüfer im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 112, 114 SGB XI. Davon fließen 18 Kriterien des Qualitätsbereichs 5 (Bewohnerbefragung) nicht in die Gesamtbewertung ein, sondern erhalten eine eigenständige Note.

Das Gros der Fragen wurde aus der für die Prüfungen der MDK verbindlichen QPR übernommen. Einige Fragen wurden hinzugefügt, ergänzt oder sprachlich verändert. Dabei wurden einzelne Items aus der QPR wahlweise in den Kriterienkatalog aufgenommen, andere hingegen nicht. Nicht nur im Hinblick auf die eher zufällige Auswahl wird die Gleichwertigkeit aller 64 Kriterien für die Bereiche 1 - 4 bezweifelt. Der Gesetzgeber hat zudem die Anforderung gestellt, in erster Linie die Ergebnis- und Lebensqualität abzubilden. Eine Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird aber bei den einzelnen Kriterien und deren Wertigkeit nicht vorgenommen, vielmehr lässt sich durch eine gute Struktur- und Prozessqualität eine schlechte Ergebnisqualität ausgleichen.

Relevante Kriterien für Aussagen zur Ergebnisqualität enthält nur der Qualitätsbereich 1. Ihre Bedeutung wird aber erheblich gemindert, weil der Bereich weitaus überwiegend Erhebungen zu Struktur- und Prozessdaten enthält. Die Ergebnisse der Bewohnerbefragung, die der Ergebnisqualität zuzuordnen sind, fließen hingegen nicht in das Gesamtergebnis ein.

Aus diesen Gründen sollte von der Vergabe eines Gesamtwertes Abstand genommen werden und die 64 bzw. 82 Einzelkriterien noch einmal dringend auf ihre jeweilige Wertigkeit hin untersucht werden (nähere Ausführungen hierzu siehe unten).

b) Fünf Qualitätsbereiche

Die Vertragsparteien bestimmen nur fünf Qualitätsbereiche, die insbesondere im **Bereich 1** (Pflege und medizinische Versorgung) zu einer intransparenten Häufung unterschiedlicher Kriterien führen:

- 5 Kriterien befassen sich mit der Dokumentation von Wunden, Stürzen, Absprachen mit Ärzten oder Verfahrensanweisungen für Notfälle.
- 9 Kriterien befassen sich mit der Pflegeplanung einschließlich der Erhebung von Risiken und Ressourcen sowie der Kooperation mit Ärzten.
- 14 Kriterien befassen sich mit der Durchführung des Pflegeprozesses (sach- und fachgerechte Durchführung, Entsprechung mit ärztlichen Anordnungen, Vornahme notwendiger Prophylaxen)
- 3 Kriterien erheben den Pflegezustand (korrekte Anlegung von Kompressionsstrümpfen, angemessener Ernährungs- und Flüssigkeitszustand).
- 2 Kriterien befassen sich mit dem Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen (richterliche Genehmigungen, regelmäßig Überprüfung der Notwendigkeit).
- 2 Kriterien befassen sich mit dem Personaleinsatz, allerdings nur mit Fragen nach der personellen Kontinuität und der Schulung der Mitarbeiter ausschließlich (!) für Notfälle.

Es gibt es keine differenzierende Gewichtung der Kriterien. Kriterien der Dokumentation, Planung, Kommunikation und des Personaleinsatzes (18) stehen gleichwertig neben der fachgerechten Durchführung der Pflege und dem Pflegezustand (17). Trotz schlechter pflegerischer Versorgung könnten problemlos 18 von 35 Punkten und somit 51% (Skalenwert 5,1) erreicht werden und zu einer Bewertung von ausreichend (Skalenwert 4,5 bis 5,9) führen.

Andererseits könnte eine Pflegeeinrichtung, die sehr gut pflegt, aber weniger gut dokumentiert, entsprechende oder gar schlechtere Ergebnisse erzielen. Das kann nicht gewollt sein und entspricht auch nicht den Erwartungen von Heimbewohnern an einen Qualitätsbereich, der sich „Pflege und medizinische Versorgung“ nennt.

Am Beispiel der „Versorgung chronischer Wunden“ wird diese Kritik verdeutlicht: Hierzu gibt es vier Kriterien: Frage 8 (Dokumentation der Entstehung), Frage 9 (Dokumentation des Verlaufs) Frage 10 (Dokumentation der Planung) und Frage 11 (Versorgung). Wenn alles dokumentiert und geplant ist, die Versorgung selbst aber vollkommen unzureichend ist, liegt dennoch eine Zielerreichung von 75 % vor. Ein Skalenwert von 7,5 entspricht aber der Notenzuordnung „gut“ – trotz unzureichender Versorgung.

Aus diesen Gründen empfehlen wir den Qualitätsbereich 1 in mehrere Qualitätsbereiche aufzuteilen.

Eine Trennung in „Pflege“ und „medizinische Versorgung“ wäre beispielsweise sinnvoll, wenn man die bisherigen Struktur- und Prozesskriterien reduzieren und Fragen zur Regelung der medizinischen Versorgung, wie im Ergebnis des Projekts „Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte in der Pflege - Anforderungen an Inhalt und Darstellung der Verbraucherzentrale und des MDK Rheinland-Pfalz“ (Projekt VZ/MDK RLP) formuliert, hinzunähme.

Auf diesem Wege könnte eine vor allem für Verbraucher differenziertere Betrachtung der Wertigkeit der Einzelbereiche erreicht werden. In der vorliegenden Konzeption gibt es 35 Kriterien für den Qualitätsbereich 1, für die Bereiche 2 bis 4 dagegen insgesamt nur 29. Diese Schiefelage sollte vermieden werden.

Aufgrund des steigenden Anteils von Menschen mit Demenz und anderen gerontopsychiatrischen Veränderungen in Pflegeheimen wird hierfür ein eigener, der **Qualitätsbereich 2**, Umgang mit demenzkranken Bewohnern und anderen gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern, gebildet.

Dem stimmen wir grundsätzlich zu - insoweit wurde zu recht dem Vorschlag des rheinland-pfälzischen Projektergebnisses gefolgt. 50 bis 70 Prozent der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen leiden an einer Demenz; die Demenz ist ein häufiger Grund für den Wechsel von ambulanter in stationäre Pflege. Sie ist die vorherrschende, Pflege begründende Erkrankung bei stationärer Pflege. Daher soll die große Bedeutung dieses Versorgungsbereiches für die Qualität der Pflege durch einen eigenen Bereich abgebildet werden und dem hohen Informationsbedürfnis der Betroffenen, insbesondere ihrer Angehörigen, Rechnung getragen werden.

Sprachlich sollte dieser Qualitätsbereich allerdings verständlicher gefasst werden:
Vorschlag: Versorgung altersverwirrter Bewohnerinnen und Bewohner (Demenzpatienten).

Für eine „echte“ Qualitätssicherung sind Bewohnerbefragungen (**Qualitätsbereich 5**) unabdingbar, da sie ein notwendiger Bestandteil der Erfassung von Ergebnisqualität sind. Nur wenn die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner befragt werden, lässt sich herausfinden, ob die Bemühungen um eine bessere Lebensqualität auch wirklich „ankommen“.

Die Aussagekraft von Befragungen zur Zufriedenheit Pflegebedürftiger wird seitens der Pflegewissenschaft kritisch gesehen. Sie ist gerade bei der in der Pflege betroffenen Altersgruppe durch eine starke Tendenz zu positiven Antworten erheblich verzerrt. Bei der Formulierung der Fragen sollte deshalb ein **Ereignisbezug** hergestellt werden. Der Rückgriff auf einfache Frageformulierungen, mit denen Zustimmung oder Ablehnung direkt ermittelt werden kann (z.B. Personalfluktuaton), die Feststellungen tatsächlicher Verhaltensweisen (z.B. Beschwerden, Wechsel des Pflegedienstes) werden im Gegensatz zu Zufriedenheitsbefragungen oder metrischen Beurteilungsskalen bevorzugt. Auch Fragen nach Verbesserungsvorschlägen oder Wünschen eröffnen einen indirekten Zugang zu Beurteilungen aus der Nutzerperspektive. In Studien haben sich zudem Reporting-Fragen als geeignetes Mittel herausgestellt, verlässliche Informationen zum Versorgungsgeschehen zu erhalten.

Auf die Befragung von Angehörigen sollte wegen der unterschiedlichen Antworttendenzen und fehlender Verfügbarkeit, insbesondere bei unangemeldeten Prüfungen, verzichtet werden. Auf vertrauliche Atmosphäre (Vier-Augengespräch) muss unbedingt geachtet werden, Bei der Fragenformulierung ist darauf zu achten, dass die Fragen kurz sind und keine Konditional- und Nebensätze enthalten. Das Interview sollte nicht länger als fünf bis zehn Minuten dauern, im Zweifelsfall ist die Befragung auf zwei Zeitintervalle aufzuteilen. Die Anonymität der Antworten muss zugesichert werden in Verbindung mit einer nur summarischen Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse zu den einzelnen Fragen, wobei dem Datenschutz

Genüge geleistet werden muss und keine personenbezogenen Rückschlüsse möglich sein dürfen.

Die regelmäßig in der Mehrheit nur begrenzt auskunftsfähigen Bewohner werden durch einen Fragenkatalog, der 18 Fragen und vier Antwortkategorien umfasst, überfordert. Aus diesem Grund sollte der Fragebogen auf wenige zielführende Fragen beschränkt werden, die auch einen tatsächlichen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf die Lebensqualität gewährleisten. Die vierstufige Bewertung sollte auf eine dreistufige reduziert werden, da für ältere Menschen mehr als drei Stufen verwirrend sind und schnell zu einer Antwortverweigerung führen. Im Pretest der Bewohnerbefragung des rheinland-pfälzischen Modells wurden lediglich drei Antwortkategorien statt der hier angestrebten vier vorgegeben und waren in der Praxis gut handhabbar und aussagekräftig.

Es wird daher den Vertragsparteien empfohlen, sich den in der Anlage zur Stellungnahme beigefügten Fragebogen des Projekts VZ/MDK RLP mit seiner dreistufigen Beantwortungsoption zu Eigen zu machen. Im Übrigen regt der vzbv die wissenschaftliche Evaluation der Methoden und Inhalte von Bewohnerbefragungen an, die das in der Vorbemerkung erwähnte Modellprojekt sinnvoll ergänzen könnte.

3. Bewertungssystematik stationärer Pflege (Anlage 2)

Die vereinbarte Bewertungssystematik ist hauptsächlich durch folgende Elemente geprägt:

- Jedes einzelne in der Anlage 1 aufgeführte Kriterium wird anhand einer Punkteskala von 0 bis 10 bewertet und über eine Skalierung benotet. Auf eine „Ampeldarstellung“ wird verzichtet.
- Daraus erfolgt eine Bewertung/Benotung der Qualitätsbereiche.
- Aus vier Qualitätsbereichen (ohne Bewohnerbefragung) wird eine Gesamtbenotung ermittelt.
- Der Bereich Bewohnerbefragung erhält eine eigenständige Benotung

Da aus der Bewertungssystematik deutlich wird, dass alle Kriterien dichotom (erfüllt/nicht erfüllt) bewertet werden, kann sich bei der einzelnen Bewohnerbegutachtung kein Skalenwert ungleich 0 oder 10 ergeben. Lediglich in der Mittelwertbildung aller Begutachteten ergeben sich dann entsprechende Zwischenwerte. Zum besseren Verständnis des Bewertungssystems für Laien sollte klar herausgestellt werden, dass es bei der Einzelbewertung lediglich die Werte 0 oder 10 gibt.

Die Wahl der Bewertung durch „Schulnoten“ von eins bis fünf, die eine Stelle nach dem Komma erhalten, entspricht durchaus der Lebenswelt der Heimplatzsuchenden und ist auch aus den Bewertungen der Stiftung Warentest entsprechend bekannt. Auch eine grafische Darstellung wäre denkbar und aussagekräftig.

Die vereinbarte Form der **Stichprobenauswahl** ist grundsätzlich zu begrüßen. Um allerdings eine bessere Vergleichbarkeit der Einrichtungen zu gewährleisten, wurde im Projekt VZ/MDK RLP nach dem Votum der statistischen Experten eine nach Pflegestufen geschichtete Stichprobe mit gleichen, **an der durchschnittlichen**

bundesweiten Belegung orientierten, Anteilen der Bewohner mit den Pflegestufen 0 + I, II und III gezogen. Die Auswahl der einzelnen Bewohner aus diesen drei Gruppen erfolgt nach einem Zufallsverfahren. Das hiesige Verfahren einer individuellen Schichtung analog der Verteilung der Pflegestufen in dem jeweiligen Heim hat eine höhere Repräsentativität für das einzelne geprüfte Heim, erlaubt aber weniger einen Vergleich von Heim zu Heim, was ja der eigentliche gesetzliche Auftrag ist.

Die **Stichprobe** der Bewohner für die **Befragung** sollte getrennt ermittelt und die Angaben des Heimes zu der Auskunftsfähigkeit der Bewohner berücksichtigt werden.

Beim rheinland-pfälzischen Modellprojekt hat sich bei der Überprüfung in der Praxis gezeigt, dass eine Vielzahl der in die Prüfung der pflegerischen Versorgung einbezogenen Bewohner nicht Auskunftsfähig für eine Befragung ist. Auch hier sollten nach einem standardisierten Verfahren Personen nachträglich einbezogen werden, bis die Gesamtzahl der Interviews auch 10 % der Bewohnerzahl entspricht. Nach Möglichkeit sollte in die Befragung ein Mitglied des Heimbeirates einbezogen werden.

Es sollte kein **Gesamtergebnis** je Einrichtung vergeben werden, da ein solches methodisch nicht sauber möglich ist und zu einer nicht sachgerechten Nivellierung bestehender Unterschiede in den Ergebnissen führt.

4. Darstellung der Ergebnisse (Anlage 3)

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in zwei Ebenen. Auf der ersten Ebene werden die Ergebnisse der fünf Qualitätsbereiche dargestellt und ein Gesamtergebnis aus vier Bereichen ermittelt. Auf der zweiten Ebene werden die Einzelergebnisse der Kriterien dargestellt. Die dritte Ebene – der schriftliche Prüfbericht des MDK - fehlt. Damit wird einem je nach Verbraucher unterschiedlich umfassenden Informationsbedürfnis nicht in optimaler Weise Genüge geleistet. Es ist technisch kein Problem, den Bericht als pdf-Dokument zu hinterlegen.

Im Übrigen geht der vzbv davon aus, dass die von den MDK erhobenen Daten in maschinenlesbarer und –verwertbarer Datenbankform erfasst werden, unabhängig von der Frage, wo diese Daten zusammengeführt werden. Eigentümer der Daten dürften die Landesverbände der Pflegekassen sein. Daraus entspringt jedoch kein Monopol der Kassen im Hinblick auf die Datenverwertung. Sie müssen unter Wahrung des Datenschutzes den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Interessenverbänden in der vorgenannten Form allgemein zur Verfügung stehen.

Dass „zur besseren **Visualisierung der Prüfergebnisse** die Noten mit **einer** abgestuften Farbe hinterlegt werden sollen“, ist visuell nur schwer nachzuvollziehen und wird dem gesetzlichen Auftrag der Verständlichkeit und Vergleichbarkeit nicht gerecht, da es sich nur um eine Farbe handelt.

Hier wäre mit einer (auch mehr als dreistufigen) Ampelkennzeichnung, die sich in anderen Konsumbereichen bereits etabliert hat, eine wesentlich verbraucherfreundlichere Bildlichkeit gegeben. Die alleinige Farbabstufung kann irreführend sein. Eine Farbabstufung in „Blau“ bringt keinen Erkenntnis- und Visualisierungsgewinn für die Zielgruppe, für die das System eigentlich aufgebaut werden soll.

Bei der Ergebnisdarstellung wird ein **Landesvergleichswert** angegeben, wenn für mindestens 20 % aller Pflegeheime im Bundesland die Ergebnisse der MDK Qualitätsprüfungen vorliegen. Unklar bleibt, was die Ankündigung der regelmäßigen Aktualisierung des Landesvergleichswertes bedeutet.

Es findet mit diesem Instrument zudem eine Orientierung am **Durchschnittswert** aller Einrichtungen im jeweiligen Bundesland statt. Mit diesem Vergleichswert orientieren wir uns am Mittelmaß, Hier ist anzustreben, dass sich das Ergebnis an den besten Einrichtungen des jeweiligen Bundeslandes orientieren würde.

Bei den Links zu den **weiteren Leistungsangeboten und Strukturdaten** sollten unbedingt die detaillierten Preisangaben und Kosten (differenziert nach Pflegestufe und Kostenart (Pflegesatz, Investitionskosten, Unterkunft, Verpflegung, Kosten für eventuelle Zusatzleistungen) - auch als Kriterium der Navigation/Sortierung - hinterlegt werden. Auch diese sollten auf jährliche Aktualität hin überprüft werden und Anpassungen umgehend eingefügt werden.

Zu den **Ergebnissen weiterer Prüfungen** (keine internen Prüfungen) führt ein Link, was ausdrücklich begrüßt wird. Ebenso ist erfreulich, dass auf diesem Wege eine Vermischung von Datenquellen verhindert wird. Darauf muss bei der Umsetzung - sowohl in Papierform als auch in die online-Version – geachtet werden. Hier sollten nicht nur die Ergebnisse der Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden hinterlegt werden, sondern auch auf das Portal „heimverzeichnis.de“ verlinkt werden.

5. Ergänzend werden nachfolgend ausgewählte Kriterien im Einzelnen kommentiert:

1. Kriterien des Qualitätsbereichs 1: Pflege und medizinische Versorgung

Kriterien 3 und 4:

Hier ist angeraten folgende Fragestellung mit aufzunehmen:

„Die gerichteten Medikamente stimmen mit den dokumentierten ärztlichen Anordnungen überein.“ Nur so ist auch eine tatsächliche Überprüfung möglich, die eine höhere Aussagekraft hat als das Überprüfen der Dokumentation.

Kriterium 4:

Wieso sind hier alle Kriterien a-h hinterlegt, während bei allen anderen Items nur eine Frage hinterlegt ist?

Kriterien 29 und 30:

Bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen wird nicht überprüft, ob diese auch sachgerecht durchgeführt werden (Ausschluss Strangulationsgefahr) und ob sie wirklich notwendig sind, die Einrichtung alles unternommen hat, sie zu vermeiden. Daher fordern wir eine Aufnahme dieser beiden Kriterien.

Kriterien 33 bis 35:

Die Fragen zum Personaleinsatz sind nicht gleichzusetzen mit guter pflegerischer Versorgung, obwohl eine Kontinuität in der Betreuung unter dem Gesichtspunkt der Lebensqualität zu fordern ist. Nicht sachgerecht ist es, Fragen zur Qualifikation der Mitarbeiter auf die Schulung in Notfällen zu beschränken. Wir empfehlen daher, einen

eigenständigen Qualitätsbereich „Mitarbeiter“ zu bilden und weitere Fragen hinzuzufügen.

2. Kriterien des Qualitätsbereichs 2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern und anderen gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern

Hier zeigt sich beispielhaft, dass teilweise Kriterien nicht exakt definiert sind.

Kriterium 36:

Was bedeutet „Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt? (inhaltlich MDK 16.10a/c und BIVA 2.1.2.4)“ ? Wann sagt der Prüfer hier ja? Was fordert die Vorgabe?

Kriterium 38

Warum soll dieses Kriterium nur bei dementen Bewohnern Berücksichtigung finden und wie wird seine Erfüllung konkret gemessen?

Zu Frage 44:

„Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung? (inhaltlich MDK 16.10e, f und g)“ Was bedeutet das konkret?

Hier müssen genaue Forderungen aufgestellt werden, die dem heutigen Stand der Pflegewissenschaft entsprechen, nämlich eine biografieorientierte Alltags- und Milieugestaltung mit einer Tagesbegeleitung, z. B. Präsenzkraft. Nähere Ausführungen sind dem Konzept aus Rheinland-Pfalz unter Skala 8 zu entnehmen.

3. Kriterien des Qualitätsbereichs 5: Bewohnerbefragung

Zu allen 18 Fragen zur Bewohnerbefragung kann nicht im Detail Stellung genommen werden, wir empfehlen hier aber dringend eine Anpassung hinsichtlich der Anzahl der Fragen und der Bewertungsstufen an das rheinland-pfälzische Modell (Anlage Fragebogen) Die nachfolgend aufgeführten Beispiele verdeutlichen aber die unter 2.b, S. 4/5 aufgeworfenen Hinweise.

Kriterium 68:

Wird Ihre Intimhygiene während der Pflegehandlungen gewahrt?

Besser: Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z.B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?

Kriterium 72:

„Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?“

Besser: War innerhalb der letzten 2 Wochen ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin unfreundlich zu Ihnen?

Kriterium 76:

„Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?“

Besser: Sie wollen außerhalb der gewöhnlichen Essenszeiten essen. Geht das?

Kriterium 77:

Diese Frage sollte gestrichen werden, da bekannt ist, dass gerade ältere Personen dazu neigen, zu wenig zu trinken.