

Abschlussbericht

Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität

Für den Bereich der Pflegequalität

Prof. Dr. Martina Hasseler
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Prof. Dr. Renate Stemmer
Katholische Hochschule Mainz
Prof. Dr. Michael Macsenaere
Jens Arnold (Dipl. Psych.)
IKJ ProQualitas GmbH

Für den Bereich der Lebensqualität

Prof. Dr. Manuela Weidekamp-Maicher
Hochschule Düsseldorf

25. August 2016

Der Abschlussbericht besteht aus vier einzelnen Berichten

Teil 1: Entwicklung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses

Prof. Dr. Martina Hasseler

Teil 2: Durchführung einer systematischen Literaturrecherche und Beschreibung von 19 Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Prof. Dr. Martina Hasseler

Mathias Fünfstück

Teil 3: Darstellung von 31 Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Prof. Dr. Michael Macsenaere

Jens Arnold (Dipl. Psych.)

Prof. Dr. Renate Stemmer

Teil 4: Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung. Rahmenmodell und Merkmale

Prof. Dr. Manuela Weidekamp-Maicher

Teil 1

Entwicklung eines theoretisch-
konzeptionellen Qualitätsverständnisses

Bericht: Entwicklung eines theoretisch- konzeptionellen Qualitätsverständnisses

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Prof. Dr. Martina Hasseler
31.10.2015

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	0
Abbildungsverzeichnis.....	0
1 Ausgangslage und Hintergrund.....	1
2 Theoretische Grundlagen der Qualitätsdebatte in der Pflege.....	2
2.1 Begriff Qualität in der Qualitätsdebatte in Pflege und Gesundheit	3
2.2 Begriffe Kennzeichen – Kriterien – Indikatoren.....	5
2.3 Zusammenfassung: Anforderungen an ein theoretisch-konzeptionelles Verständnis von Qualität in der Pflege	11
3 Theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis	12
3.1 Grundlage für ein konzeptionelles-systemisches Qualitätsverständnis: Quality Health Outcomes Modell	15
3.2 Dimensionen von Qualität.....	19
3.3 Heuristisches Qualitätsmodell.....	21
4 Methodische Vorgehensweise: Suche und Auswahl von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung.....	27
4.1 Theoretische Grundlagen und konzeptionelle Ansätze für ein gemeinsames Qualitätsverständnisses	28
4.2 Suche und Auswahl geeignete Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung	29
4.3 Darstellung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung	41
5 Zusammenfassung und Ausblick.....	44
Anhang.....	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Begrifflichkeiten für Kennzeichen/Merkmale, Kriterien und Indikatoren	6
Tabelle 2: Anforderungen Indikatoren (eigene Darstellung)	10
Tabelle 3: Qualitätsdimensionen verschiedener Autoren	19
Tabelle 4: Heuristisches Qualitätsmodell	22
Tabelle 5: Vorläufige Liste Kennzeichen/Merkmale zur Qualität der pflegerischen Versorgung.....	41
Tabelle 6: Codierschema.....	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kennzeichen/Merkmale – Anforderungen (eigene Darstellung)	8
Abbildung 2: Quality Health Outcomes Modell (Mitchell et al. 2004)	17
Abbildung 3: Vorgehen Analyse geeigneter Kennzeichen/Merkmale für die Qualität in der pflegerischen Versorgung	28
Abbildung 4: Konsensusverfahren Analyse Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung (eigene Darstellung)	30

1 Ausgangslage und Hintergrund

Aufgrund gesetzlicher Regelungen auf Bundes- und Landesebene sind unterschiedliche Verfahren der Qualitätsprüfung und –berichterstattung zur Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität in der Langzeitpflege vorgegeben. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten implizieren, dass verschiedene Institutionen für die Überprüfung der Qualität sowie für die Berichterstattung verantwortlich sind. Unabhängig von den Verantwortlichkeiten auf den unterschiedlichen Ebenen bleiben jedoch übergreifend Herausforderungen und Fragen an systematisch entwickelte Qualitätsprüfsysteme, die zuverlässig die Performanz der Einrichtungen abbilden.

Bisherigen Bemühungen zur Entwicklung von Kennzeichen/Merkmalen¹, Kriterien und Indikatoren sowie Instrumenten zur Messung von Qualität in der Pflege fehlt ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis. Ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis bietet hingegen einen Erklärungsrahmen für die Zusammenhänge von Qualität und erlaubt Aussagen über die Wirksamkeit von Maßnahmen und Interventionen. Ein theoretisch-konzeptionell und systematisch hergeleitetes Qualitätsverständnis erfordert jedoch in einem ersten Schritt, die für die pflegerische Versorgung² aller Settings relevanten Kennzeichen/Merkmale herzuleiten und zu beschreiben, da auf dieser Grundlage erst die entsprechenden Kriterien und Indikatoren entwickelt werden können. Die so aufgearbeiteten Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung können in einem zweiten Schritt in das heuristische Qualitätsmodell überführt werden. Die Multiperspektivität und der dynamische Prozess zwischen den Systemebenen und den Bereichen pflegerischer Versorgung werden mit dieser Zuordnung in das Modell sehr deutlich. Des Weiteren wird erleichtert, eine begründete Auswahl relevanter Kennzeichen/Merkmale, Kriterien und Indikatoren vorzunehmen oder auf Lücken in der Qualitätsforschung hinzuweisen. Aus wissenschaftlicher Perspektive wird empfohlen nach Entwicklung und Zuordnung der relevanten Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung die entsprechenden Kriterien und Indikatoren systematisch zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund wird ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, des Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. sowie der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung auf der Basis wissenschaftlicher und

¹ Im gesamten Text wird die Wortkombination Kennzeichen/Merkmale benutzt. In Kapitel 2 wird herausgearbeitet, dass der Begriff „Merkmal“ in den allgemeinen Definitionen von Qualität zentral ist und den Ausgangspunkt für die inhaltliche Bestimmung der zu messenden Bereiche darstellt. Innerhalb der Arbeitsgruppe wurde die Entscheidung getroffen, den Begriff „Kennzeichen“ zu verwenden, da dieser leichter nachvollziehbar und verständlich erscheint.

² Der verwendete Begriff „pflegerische Versorgung“ impliziert, dass an der Performanz der Einrichtungen in der Langzeitpflege diverse Berufsgruppen, Entscheidungsträger und andere Faktoren beteiligt sind.

theoretischer Erkenntnisse angestrebt. Dieses theoretisch-konzeptionelle Qualitätsverständnis wurde in einer Arbeitsgruppe bestehend aus Mitgliedern der zuvor genannten Institutionen sowie Vertreterinnen aus den wissenschaftlichen Disziplinen entwickelt. Es umfasst die Herleitung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung und bildet somit die Basis für die Entwicklung und Umsetzung von Instrumenten zur Messung, Prüfung und vergleichbaren Berichterstattung und damit für die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI. Des Weiteren ist intendiert, dass das theoretisch-konzeptionelle Qualitätsverständnis alle Settings pflegerischer Versorgung (stationäre Langzeitpflege, ambulante Langzeitpflege, teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege) berücksichtigt.

Gegenstand des vorliegenden Berichtes ist die Darstellung der Herleitung der Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung als Grundlage für die weitere Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen. Es bleibt zukünftigen Entscheidungen überlassen, welche der identifizierten Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung in Kriterien und Indikatoren überführt werden sollen. Es erscheint jedoch sinnvoll, die Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung in die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI (vorgesehen für alle Settings) zu überführen, um einen fachlich fundierten rechtlichen Rahmen für die weitere Entwicklung von Kriterien und Indikatoren zu bieten.

2 Theoretische Grundlagen der Qualitätsdebatte in der Pflege

Eine systematische Qualitätsentwicklung, -sicherung, -prüfung und -berichterstattung unterliegt diversen wissenschaftlichen Herausforderungen. Dazu gehört, den Begriff der Qualität in der Qualitätsdebatte einzugrenzen sowie darauf aufbauend ein theoretisch und wissenschaftlich geleitetes Qualitätsverständnis zu entwickeln. Es ist ein systemisch orientiertes Qualitätsverständnis erforderlich, das die vielen interdependenten Wirkungen unterschiedlicher Ebenen und Faktoren berücksichtigt, die die Performanz der pflegeerbringenden Einrichtungen beeinflussen. Des Weiteren muss der eher noch allgemein gehaltene Qualitätsbegriff in der Pflege inhaltlich gefüllt werden, um die Qualitätskennzeichen/Merkmale zu bestimmen, die mit Hilfe von Kriterien und Indikatoren in der Erfüllung eines vorab definierten Beurteilungsniveaus bewertet werden.

2.1 Begriff Qualität in der Qualitätsdebatte in Pflege und Gesundheit

Eine der wesentlichen Anforderungen an den Begriff der Qualität, um eine angemessene Messung, Prüfung und Berichterstattung durchführen zu können ist, diesen für den fokussierten Bereich angemessen einzugrenzen, da er in der Pflege vielfältig, multidimensional und in der Beurteilung von der Perspektive der Beteiligten abhängig ist. Nach wie vor fehlt es an einem einheitlichen und zugleich ausreichend differenzierten Verständnis des Begriffes Qualität (Görres 1998). Bislang ist noch nicht geklärt, was die einzelnen Professionen in den verschiedenen Sektoren und Hierarchieebenen sowie die Entscheidungsträger in Politik unter Qualität verstehen und wie und mit welchen Kriterien und Indikatoren Qualität in optimaler Weise gemessen werden soll (Mittnacht et al. 2006; Görres et al. 2008). Blumenstock (2011) konstatiert diesbezüglich, dass „eine universelle und abschließende Definition von Qualität in der Gesundheitsversorgung“ nicht vorhanden ist. Er bringt die Frage, was Qualität ist und wie Qualität gemessen werden kann auf folgende Kurzformel „Qualität kann nicht direkt beobachtet werden. Es handelt sich vielmehr um einen theoretischen Begriff, um ein sogenanntes Konstrukt, das durch geeignete Indikatoren als messbare Größe weiter operationalisiert werden muss“ (Blumenstock 2011, S. 154) Im Grunde sagt der Begriff Qualität „nicht mehr aus, [als] dass es um die Beschaffenheit, Eigenschaft, Fähigkeit, demzufolge um Wesensmerkmale geht, die ein „Ding“ von einem anderen unterscheidet.“ (Eberlein-Gonska 2011, S. 148).

Allgemeine Definitionen von Qualität sind abstrakt und legen vielmehr einen Rahmen fest, der entsprechend für den Bereich der Qualitätsmessung und –prüfung gefüllt werden muss. Die bekannten Definitionen gehen zunächst von einem objektbezogenen Begriffsverständnis aus. So wird in der EN ISO 9000 – 2005 Qualität wie folgt definiert: „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt.“ (EN ISO 9000-2005, S. 18). Dabei sind inhärente Merkmale Eigenschaften, die der zu beurteilenden Einheit innewohnen. Anforderungen sind Erfordernisse oder Erwartungen, die festgelegt, vorausgesetzt oder verpflichtend sind und von verschiedenen interessierten Parteien aufgestellt werden können. In der DIN ISO 9004/8402 wird Qualität folgendermaßen eingegrenzt:

„Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter Ziele oder vorgegebener Erfordernisse bezieht“ (DIN ISO 9004/8402).

Benes und Groh (2011) betonen, dass Qualität keine physikalische Größe ist, deren Werte messbar sind, da es sich beim Begriff „Qualität“ um eine Vielzahl von Merkmalen und Eigenschaft handelt. Zu berücksichtigen sei, dass diese Aspekte einem ständigen Wandel unterworfen seien. Qualität umfasse Qualitätsmerkmale, mit deren Hilfe sie beschrieben und

definiert werden könne. Demzufolge sei Qualität nichts Absolutes und beziehe sich auf gegebene Erfordernisse und/oder auf vorgegebene Forderungen. Die Summe einzelner Forderungen ergebe Qualität.

Diese zitierten Begriffsverständnisse legen ein produktbezogenes Qualitätsverständnis von Qualität zugrunde. Seghezzi et al. (2007) hingegen fokussieren auf ein kundenbezogenes Verständnis von Qualität:

„Qualität einer Einheit ist ihre Beschaffenheit, gemessen an den Bedürfnissen der relevanten Kundengruppen“ (Seghezzi et al. 2007, S. 34).

Campbell et al. (2000) verstehen unter einem individuenorientierten Verständnis von Qualität:

„whether individuals can access the health structures and processes of care which they need and whether the care received is effective“ (Campbell et al. 2000, S. 1614).

Ein kunden- oder individuenorientierter Qualitätsbegriff liegt vor, wenn bei der Qualität von Produkten oder Dienstleistungen von Unternehmen oder Organisationen die Kundenwünsche (Bedürfnisse und Erwartungen) bzw. der Grad der Erfüllung der Kundenwünsche in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt wird. Ein kundenbezogener Qualitätsbegriff betrachtet überwiegend die Merkmale des Produktes, die subjektiv von der Zielgruppe „Kunde“³ wahrgenommen werden (Henkel 2008). Geraedts et al. (2011) fordern, dass bei der Definition der Anforderungen an die Qualität es darauf ankomme, die Anforderungen der verschiedenen Kundengruppen gleichberechtigt zu integrieren. Qualität ist demnach kein absoluter Wert, sondern vielfach in Beziehung zu Erwartungen und Wünschen zu verstehen (Stolle 2012).

Übertragen auf die Pflege wird Qualität (Pflegequalität) als „Grad der Übereinstimmung zwischen Ergebnis und zuvor formuliertem Pflegeziel“ (Donabedian 1966) dargestellt. Die Joint Commission definiert in ähnlicher Form Pflegequalität als „Grad, zu dem die Pflege die gewünschten Ziele erreicht und die unerwünschten Resultate unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes reduziert“. Kämmer (1998) fasst darüber hinaus verschiedene Definitionen zusammen, wonach Qualität der Grad der Übereinstimmung von Kundenerwartungen und der geleisteten Pflege unter Berücksichtigung des anerkannten, fachlichen Standards der Pflege sei. Nach Brandenburg (1998) ist Pflegequalität zu verstehen als ein Ergebnis eines interprofessionellen Aushandlungsprozesses zwischen Patienten, Pflegenden, Ärzten und anderen therapeutischen Gruppen hinsichtlich der

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen im vorliegenden Bericht verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

objektiven und subjektiven Kriterien der Förderung und Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und Gesundheit des Patienten. Dabei werden handwerklich-technische, kommunikative, organisatorische, kontextuelle und institutionelle Aspekte der Pflege als konstitutiv für den Qualitätsbegriff angesehen.

Zusammenfassend ist erkennbar, dass in den pflegebezogenen Definitionen von Qualität ein produkt- sowie subjektbezogenes Verständnis offenbar wird, der inhaltlich angemessen gefüllt werden muss. Darüber hinaus lässt sich aus den pflegebezogenen Definitionen ebenso ein Zusammenhang von Kennzeichen, Kriterien und Indikatoren über die Zuordnung der verwendeten Begrifflichkeiten ableiten.

2.2 Begriffe Kennzeichen – Kriterien – Indikatoren

In der Qualitätsdebatte werden die Begriffe Qualitätskennzeichen(-merkmale), -kriterien und -indikatoren häufig synonym verwendet. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass der Begriff der Qualität in der Pflege noch nicht ausreichend entwickelt ist (s. Kapitel 2.1). Wie im obigen Kapitel aufgezeigt, bilden die Definitionen zu Qualität und Qualität in der Pflege nur einen Rahmen, der inhaltlich gefüllt werden muss. Aus diesen in Kapitel 2.1 aufgeführten Definitionen zu Qualität in der Pflege lässt sich ableiten, dass ein Zusammenhang von Kennzeichen/Merkmalen und Indikatoren besteht. Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass die bisherigen Definitionen zu Qualität in der Pflege insbesondere die mit der pflegerischen Versorgung einhergehenden relevanten Kennzeichen/Merkmale fokussieren und als Kriterium Ziele pflegerischer Versorgung bzw. Erwartungen herangezogen werden. Auf der Indikatorebene gilt der Erfüllungsgrad der zuvor gesetzten Ziele.

Begriffe/Quellen	Kennzeichen/ Merkmale	Kriterien	Indikatoren
EN ISO 9000 – 2005	Merkmale	Anforderungen	Grad
Seghezzi et al. (2007)	Beschaffenheit	Bedürfnisse	-
Donabedian (1966)	Pflege- [tätigkeiten]	zuvor formulierte Pflegeziele	Grad
Joint Commission	Pflege- [tätigkeiten]	Gewünschte Ziele	Grad
Kämmer (1998)	Geleistete Pflege	Erwartungen	Grad

Tabelle 1: Begrifflichkeiten für Kennzeichen/Merkmale, Kriterien und Indikatoren

Die inhaltliche Darstellung von Qualitätsvorstellungen erfolgt demgemäß über Kennzeichen/Merkmale. Sie beschreiben einen Gegenstand und können in der Definition von Qualitätsvorstellungen in eine Hierarchisierung bzw. Taxonomie überführt werden. Mit anderen Worten: es gibt Kennzeichen/Merkmale innerhalb einer auf theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen hergeleiteten Kennzeichen-/Merkmalsbeschreibung, die den Bereich bzw. den Gegenstand prägnanter darstellen als andere, die eher randständig den Bereich/Gegenstand beschreiben. Darüber hinaus ist Qualität nichts Absolutes, da es sich beim Begriff Qualität um eine Vielzahl von Kennzeichen/Merkmalen und Eigenschaften handelt, die einem ständigen Wechsel unterworfen sind. Die Kennzeichen/Merkmale und Eigenschaften beziehen sich auf gegebene Erfordernisse und/oder auf vorgegebene Forderungen. Erst in der Summe einzelner Forderungen ergibt sich folglich Qualität (Benes und Groh 2011). Auf der Suche nach geeigneten Kennzeichen/Merkmalen wird es somit keine abschließenden Auflistungen geben können. Auch ist nicht jedes Kennzeichen/Merkmal für die Prüfung und Berichterstattung von Qualität geeignet, da nicht alle in geeigneter Weise die Performanz der Einrichtungen der Langzeitpflege darstellen. Für die Beurteilung von Qualitätskennzeichen/Merkmalen ist erforderlich, Anforderungen, Erfordernisse oder Erwartungen festzulegen (Hasseler und Fünfstück 2015).

Kriterien sind als Eigenschaften zu verstehen, deren Erfüllung als Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Gesundheitswesen erwartet wird (Geraedts et al. 2002). Nach Donabedian (1980) sind „Kriterien [...] zählbar und messbar und dienen der Evaluation der Qualität“ (Donabedian 1980). Für die Kriterien wird eine Anforderung bzw.

Ziel-Vorgabe festgelegt, die in der Qualitätsprüfung erfüllt werden soll. An dieser Vorgabe gilt die Orientierung, ob das Kriterium mit „ja, erfüllt“, „nein, nicht erfüllt“ oder ggf. „teilweise erfüllt“ beurteilt werden kann. Um das Kriterium anhand einer Messung beurteilen zu können, muss ein Maß und ein Messinstrument vorliegen. Nur über ein Maß kann das Kriterium differenziert eingeschätzt werden. Die Maßeinheiten, die die Angabe eines erreichten Grads bzw. Niveaus ermöglichen, sind die Indikatoren, die zu jedem Kriterium notwendig sind und wie die Merkmale und Kriterien theoriefundiert und möglichst Evidenz basiert ermittelt werden müssen.

Kennzeichen/Merkmale von Qualität in der Pflege werden demgemäß auf der Grundlage von Kriterien beurteilt. Auch bei den Kriterien ist eine Mehrdimensionalität zu konstatieren, da die Anforderungen durch die „verschiedenen interessierten Parteien“ sehr heterogen ausfallen können. Im Bereich der Langzeitpflege sind als Interessengruppen u. a. die Leistungsempfänger, die Pflege(fach)kräfte, das Einrichtungsmanagement, Träger, Behörden u. w. m. zu nehmen. Für die Bestimmung, ob ein Kriterium erfüllt, nicht erfüllt oder nur teilweise erfüllt wurde, müssen wiederum ein Maß und ein Messinstrument vorliegen, da nur über ein Maß das Kriterium differenziert eingeschätzt werden kann. Dafür sind theoriefundierte und auf Evidenz basierte entwickelte Indikatoren erforderlich, die den zu erreichenden Grad bzw. das zu erreichende Niveau als Maßeinheiten angeben. Dieser Zusammenhang von Kennzeichen/Merkmal und Anforderungsgrad wird in Abbildung 1 visualisiert. Zu definierende Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung können nur dann beurteilt werden, wenn Anforderungen durch wissenschaftlich entwickelte und überprüfte Indikatoren erfüllt werden. Zur Veranschaulichung kann ein Beispiel aus der Körperhygiene herangezogen werden. Körperlotionen müssen das Merkmal bzw. das Kennzeichen der Hautneutralität erfüllen. Das dazugehörige Kriterium ist die PH-Neutralität. Der Indikator, der den Soll-Wert bzw. das Anforderungsniveau anzeigt ist der Wert: 5.5 ph-neutral. Ein weiteres Beispiel ist die Temperatur der warmen Mahlzeit in Einrichtungen der Langzeitpflege. Es liegen gesetzliche Vorgaben vor, die die erforderliche Temperatur von warmen Mahlzeiten vorgeben. Das Kriterium dafür ist der Zustand warm/heiß. Der Indikator ist die gesetzlich vorgegebene Temperatur in Höhe von 65 Grad Celsius. Beide Beispiele illustrieren Kennzeichen/Merkmale in bestimmten Gebieten, welche durch Kriterien und Indikatoren hinsichtlich ihres Erfüllungsgrades bestimmt werden können.

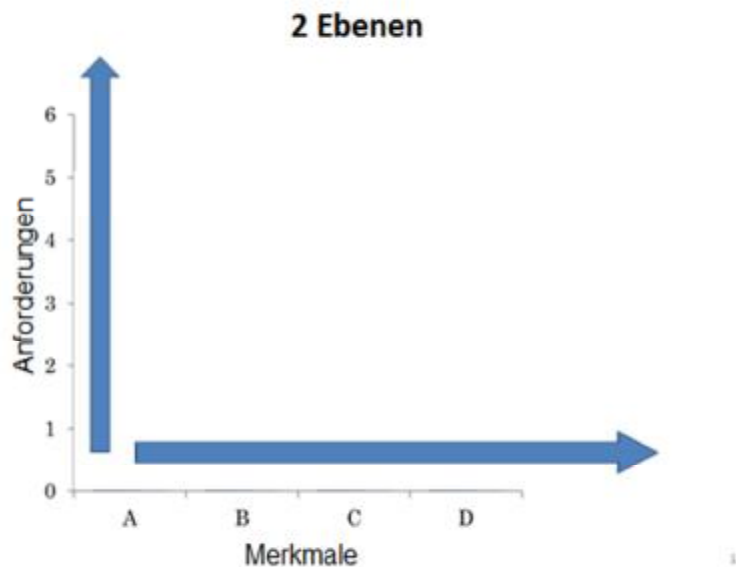


Abbildung 1: Kennzeichen/Merkmale – Anforderungen (eigene Darstellung)

Qualitätsindikatoren sind in aller Regel quantitative Messungen und Ergebnisse, die die professionelle pflegerische Versorgung darstellen. Sie unterstützen ein Monitoring in der pflegerischen Versorgung und eine Evaluation in Bereichen, die für die Maßnahmen in der Pflege relevant sind (Nakrem et al. 2009). Prinzipiell sollten Indikatoren im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichterstattung eine Bewertung der Performanz von gesundheits- bzw. pflegebezogenen Prozessen und Ergebnissen ermöglichen (Mainz 2003).

Eine allgemeine Anforderung an Qualitätsindikatoren besteht darin, dass ein Soll-Wert die Beurteilung des Indikators ermöglicht. Der Vergleich des Ist-Wertes mit einem Soll-Wert bildet die Basis der Qualitätsbeurteilung (Seghezzi et al. 2007). In der Qualitätsbeurteilung wird demzufolge der Zielerreichungsgrad hinsichtlich im Vorfeld definierter Soll-Werte überprüft, um auf diesem Wege die Qualität in dem Versorgungsbereich darzustellen (Geraedts et al. 2002). Es ist nicht möglich, ohne die Bestimmung eines Soll-Wertes zu bewerten, wann eine Leistung eine Qualität erfüllt (Elsbernd et al. 2010). In diesem Sinne kommt Indikatoren eine Steuerungsfunktion insofern zu, als dass sie überprüfen, ob Anforderungen auf den Ebenen der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse auf der Basis von vorab formulierten Qualitätszielen bzw. Soll-Werten erreicht werden (Elsbernd et al. 2010). Dabei geht es bei diesem Vergleich nicht darum, dass die Ist-Werte möglichst nah an die Soll-Werte heranreichen. Die Soll-Werte stellen vielmehr einen Mindeststandard dar, die die Ist-Werte im Idealfall übersteigen (Henkel 2008). Die Beurteilung der Qualität anhand eines Ist-Soll-Vergleichs kann produkt- oder leistungsbezogen konzipiert und durch die

Einbeziehung von objektiv bestimm- und messbaren Leistungseigenschaften realisiert werden.

Es bleibt aber festzuhalten: Können aufgrund fehlender Referenzwerte und wissenschaftlich-systematischer Erkenntnisse keine Soll-Werte formuliert werden, so ist die Entwicklung eines Indikators nicht möglich. In diesem Falle bleibt die Qualitätsbeurteilung auf der Ebene der Kriterien (Hasseler und Fünfstück 2012).

Mit anderen Worten: Indikatoren messen die Ergebnisqualität in der pflegerischen Versorgung. Sie sind Maße, deren Ausprägungen zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in Gesundheit und Pflege unterscheiden (Geraedts et al. 2002). Somit bestimmen Qualitätsindikatoren die Qualitätslevel oder Schwellen, die zwischen guter und schlechter Qualität unterscheiden (Dyck 2005; Geraedts et al. 2002). Sie sind demzufolge „Messinstrumente und Hilfsgrößen, die den direkt nicht fassbaren Qualitätsbegriff abbilden“ (Blumenstock 2011, S. 155). Indikatoren basieren auf Standards, Leitlinien und systematischen Erkenntnissen in der Pflege oder Gesundheitsversorgung. Sie sollten auf der besten zur Verfügung stehenden Evidenz basieren und sich aus der akademischen Literatur ableiten (ebd. 2011) oder sollten, wenn systematische Literatur fehlt, auf der Basis von Expertenpanels bestimmt werden (Mainz 2003). Da Qualität in der Pflege ein multidimensionales Konstrukt ist, werden multiple Indikatoren für jeden relevanten Bereich der Versorgung benötigt, welche Einsichten in die einzelnen Domänen von Qualität geben und umfassend Qualität in der Pflege messen (Arling et al. 2005; Rubin et al. 2001).

Indikatoren, die für eine Qualitätsprüfung sowie für eine Qualitätsberichterstattung zugrunde gelegt werden, müssen wissenschaftlichen Gütekriterien genügen. Die Gütekriterien geben Auskunft darüber, ob die Indikatoren das zuverlässig messen, was sie messen sollen (Schmitt et al. 2013; Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Dafür ist jedoch zunächst erforderlich, den Begriff der Qualität für das Qualitätsprogramm zu definieren, da sich für die Festlegung von Qualität und die Operationalisierung von Qualität und entsprechenden Indikatoren grundsätzlich die Frage stellt, welche Qualität und wie diese gemessen werden soll (Mittnacht et al. 2006). Die Auseinandersetzung über Anforderungen an Qualitätsindikatoren werden national wie international geführt (z. B. Mainz 2003; Halber 2003; Hasseler und Wolf-Ostermann 2010; Wollersheim et al. 2007; Gallagher und Rowell 2003; Hutchinson et al. 2010). Die Auswahl von Indikatoren in den relevanten Bereichen, Ebenen und Dimensionen sollte nach folgenden Kriterien erfolgen:

Anforderung	Beschreibung
Evidenzgestützt	Basieren auf Leitlinien, Standards, systematischen Erkenntnissen
Relevanz	In Bezug auf das Versorgungsziel
Messbarkeit unter Berücksichtigung der Gütekriterien	Reliabilität, Validität, Sensitivität, Objektivität, Praktikabilität
Veränderbarkeit durch Verhalten	Kann von Pflege oder pflegenahen Berufen veränderter werden
Durchführbarkeit bzw. Erreichbarkeit	Erfahrungen mit Indikator liegen vor, stimulieren Verbesserungen
Multidimensionalität	Multiple Indikatoren in den Dimensionen liegen vor
Erwünschte/unerwünschte Wirkungen	Wirkungen, die durch Indikatoren auf die Versorgung erzielt werden können
Risikoadjustierung	Vergleichbarkeit wird hergestellt
Beziehungen zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind dargestellt	

Tabelle 2: Anforderungen Indikatoren (eigene Darstellung)

Einschränkend muss ergänzt werden, dass eine Entwicklung von Indikatoren nicht möglich ist, wenn keine Referenzwerte und wissenschaftlich-systematische Erkenntnisse zu den Kennzeichen/Merkmalen vorliegen, die erforderlich sind, um Soll-Werte formulieren zu können. In diesem Fall ist es sinnvoll, die Beurteilung der Qualität auf der Ebene der Kriterien zu belassen und nach erfüllt/nicht erfüllt der Kriterien zu fragen und zu urteilen (Hasseler und Fünfstück 2012).

Für das zu entwickelnde theoretisch-konzeptionelle Qualitätsverständnis können folgende Erkenntnisse zugrunde gelegt werden:

Die in der Literatur publizierten Definitionen zu Qualität in der Pflege sind sehr allgemein und geben keine Hinweise auf Ausgestaltung sowie Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen und -berichterstattungen. Es ist erforderlich, diese inhaltlich zu füllen. Als bedeutsame Begriffe aus diesen in Kapitel 2.1 aufgeführten Definitionen können Kennzeichen/Merkmale, Kriterien und Indikatoren extrahiert werden. Dieser Dreiklang der drei Begriffe impliziert, dass für die Entwicklung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses in einem ersten Schritt geeignete Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung zu definieren sind. Auf

dieser Grundlage werden bzw. sollten in weiteren Prozessen angemessene Kriterien und Indikatoren entwickelt werden.⁴

Inhalt und Schwerpunkt dieses Berichtes ist die Darstellung der Analyse und Herleitung geeigneter Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung. Damit wird eine Grundlage für eine systematische Entwicklung von entsprechenden Kriterien und Indikatoren geliefert, die erst auf der Basis weiterer Entscheidungen und Prozessen erfolgen kann. Das Kapitel verdeutlicht jedoch, dass die in weiteren bzw. nachfolgenden Prozessen zu entwickelnden Kriterien und Indikatoren wissenschaftliche Anforderungen erfüllen müssen, wenn sie Qualität zuverlässig abbilden sollen.

2.3 Zusammenfassung: Anforderungen an ein theoretisch-konzeptionelles Verständnis von Qualität in der Pflege

Aus der skizzierten fehlenden theoretischen Einbettung und Konzeptionalisierung des Begriffes Qualität in der Pflege kann festgehalten werden, dass es an einem eigenständigen theoriefundierten Verständnis von Qualität fehlt. Bisher entwickelte Kriterien und Indikatoren zur Messung der Qualität in der Pflege sind im deutschsprachigen Raum überwiegend ohne theoretische Grundlagen entwickelt und umgesetzt worden. Vor diesem Hintergrund bleiben Fragen hinsichtlich erreichter Qualität und Performanz in den Einrichtungen pflegerischer Versorgung offen.

Zusammenfassend kann jedoch konstatiert werden, dass an die Kriterien und Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der pflegerischen Versorgung wissenschaftliche, fachliche und gesetzliche Anforderungen zu stellen sind. Bei einem theoriefundierten bzw. wissenschaftlich hergeleiteten Verständnis geht es dabei um eine systematische Herleitung der Kennzeichen/Merkmale, die in einem begründeten Qualitätsverständnis und einer inhaltlichen Festlegung eingebettet sind. Mit einem systematischen Verständnis von Qualität in der Pflege wird die Möglichkeit genutzt, dass der komplexe und spezifische Versorgungs- und Betreuungsprozess sowie das Ergebnis der pflegerischen und betreuenden Versorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen beurteilt werden kann.

Aus der in den Kapiteln 2.1 bis 2.3 geführten Diskussion wird folgender Vorschlag für eine Definition des Begriffes Qualität in der Pflege formuliert:

⁴ Die weiteren Schritte sehen wie folgt aus: Basierend auf den hergeleiteten Kennzeichen/Merkmalen pflegerischer Versorgung werden Anforderungsniveaus festgelegt, die erreicht werden müssen, um eine ausreichende Qualität vorweisen zu können (Kriterien). Anschließend werden geeignete Messskalen/Instrumente zur Überprüfung des Erreichungsgrades der Anforderungsniveaus entwickelt.

„Qualität in der Pflege bzw. Pflegequalität entsteht dann, wenn Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung ein im Vorfeld definiertes Niveau erreichen, welches sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der relevanten beteiligten Gruppen (Klienten, Bewohner, Berufsgruppen, Träger u. a.) messen lässt. Die Qualität in der Pflege wird messbar, wenn zu den Merkmalen der pflegerischen Versorgung Kriterien definiert worden sind, die anhand von evidenzbasierten Indikatoren Rückschlüsse auf das Erreichen von Soll-Werten zulassen“ (Hasseler und Fünfstück 2015, S. 369).

Aus diesem Definitionsvorschlag folgt zusammenfassend, dass für eine systematische Entwicklung, Prüfung und Berichterstattung von und Verständigung auf Qualität ein systematisches Verständnis von Qualität in der Pflege, ein theoriefundiertes Qualitätsverständnis sowie eine Differenzierung und inhaltliche Füllung der Begriffe Kennzeichen/Merkmale, Kriterien und Indikatoren grundlegend sind. Für die Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen in der Langzeitpflege sind demgemäß mehrere systematisch aufeinander abgestimmte Schritte notwendig:

1. Entwicklung/Eingrenzung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses
2. Bestimmung und Beschreibung geeigneter Kennzeichen/Merkmale für die Qualitätsbeurteilung (die der pflegerischen Dienstleistung zugeordnet werden können)
3. Festlegung von und Verständigung auf Kriterien mit systematisch entwickelten Anforderungsniveaus, die erreicht werden müssen, um eine ausreichende Qualität vorweisen zu können
4. Entwicklung von Indikatoren (geeigneter Messskalen und Instrumente zur Überprüfung des Erreichungsgrades des Anforderungsniveaus)
5. Überprüfung und Bewertung von Indikatoren in der Pflege mit entsprechenden Instrumente wie QUALIFY (Reiter et al. 2007) oder mit einem zweistufigem Bewertungsverfahren wie QISA (Beyer et al. 2011).

3 Theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis

Bislang liegt für die Langzeitpflege in Deutschland kein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis vor. Um ein Qualitätsprüfungssystem wissenschaftlich fundiert und systematisch zu entwickeln, ist ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis notwendig. Wie in Kapitel 2 dargestellt, ist der erste Schritt im Rahmen der Entwicklung eines theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnisses die Herleitung von Kennzeichen/Merkmalen pflegerischer Versorgung. Qualität in der pflegerischen Versorgung wird jedoch nicht eindimensional oder in einer Kausalkette hergestellt, sondern wird von diversen Systemebenen beeinflusst und hervorgebracht.

Ein theoretisch-konzeptioneller Bezugsrahmen ist in diesem Kontext von Bedeutung, um einen Erklärungsrahmen für Zusammenhänge und Hintergründe von Qualität zu liefern (Mittnacht 2010) und Aussagen über die Wirksamkeit von Maßnahmen und Interventionen machen zu können. Auf diese Weise können Antworten auf die Frage generiert werden, was gute Qualität in der Pflege ist. Walshe (2007) begründet die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen und systematischen Qualitätsentwicklung wie folgt:

“The purpose is to establish when, how and why the intervention works, to unpick the complex relationship between context, content, application and outcomes, and to develop a necessarily contingent and situational understanding of effectiveness. The researchers seek theoretical rather than empirical generalizability – the ability to transfer theories from the research setting and bring them to bear in quite different combinations of context, content and application” (Walshe 2007, S. 58).

Eine theoriefundierte Annäherung an der Herleitung von Kennzeichen/Merkmalen und der darauf aufbauenden Entwicklung von Kriterien und Indikatoren stellt in Rechnung, dass die Erreichung von Outcomes/personenrelevanten Ergebnissen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung variabel ist. Sie hängt von unterschiedlichen Faktoren ab:

- personalen, soziokulturellen und gesundheitsbezogenen Charakteristika der Patienten
- personalen und professionellen Charakteristika der Gesundheits- und Pflegeprofessionen
- physische und soziale Rahmenbedingungen des Settings
- Art und Dosis der Interventionen, die die Patienten erhalten
- Art und zeitlicher Eintritt der Ergebnisse

Dieser Ansatz geht davon aus, dass diese Faktoren die Ergebnisse der Versorgung direkt und indirekt beeinflussen (Sidanie et al. 2004).

Anders formuliert, bei einem theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnis geht es dabei um eine systematische Einordnung der Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung und der Entwicklung und Ableitung der Kriterien und Indikatoren. Auf diese Weise wird es möglich, die komplexen und spezifischen Pflege- und Betreuungsprozesse beurteilen zu können (Mittnacht 2010, S. 43).

Vor diesem Hintergrund sind bisherige Bemühungen der Indikatorenentwicklung in der pflegerischen Versorgung kritisch zu reflektieren. Sie erfolgen in aller Regel ohne systematische Herleitung der Kennzeichen/Merkmale und der sich anschließenden Entwicklung der jeweiligen Kriterien und Indikatoren. Beispielhaft können die Indikatoren aus

dem Bereich der ambulanten Pflege genannt werden, die auf der Grundlage international anerkannter Klassifikationssysteme wie ICNP oder „Home Health Care Classification System – HCC“ entwickelt worden sind. Diese Indikatoren sind eher theorieneutral und sie sammeln Informationen über einzelne Patienten auf der Grundlage statischer Durchschnittsdaten und beruhen überwiegend auf einem pflegerisch-medizinischen Wissen (Mittnacht 2010). Auch an der Kritik von Kol et al. (2003) an den bekannten Pflegeklassifikationssystemen wird die Problematik von nicht systematisch hergeleiteten Indikatoren deutlich, die nach Verständnis dieses Berichtes erst erfolgen kann, wenn die jeweiligen Kennzeichen/Merkmale in einem ersten Schritt systematisch entwickelt werden. Kol et al. (2003) analysieren vier Probleme in der bisherigen Indikatorenentwicklung: a) einige der Indikatoren stimmen nicht mit Leitlinien überein, b) die Einschätzung auf den Skalen lässt einen subjektiven Interpretationsspielraum, c) es wird in Frage gestellt, dass für die Beurteilung von Vitalzeichen eine Graduierung mit einer 5-Skala notwendig ist, d) es ist nicht möglich, auf der Basis der Ergebnisse der Indikatoren gewichtete Indizes für geschätzte Patientenoutcomes zu entwickeln. Des Weiteren werden Probleme hinsichtlich der Definition und Beschreibung der Indikatoren und Skalen formuliert. Sie schlussfolgern:

“At present, it is difficult to evaluate and compare the results of nursing interventions as categorized by the NOC because each outcomes suggests several indicators that cannot be evaluated objectively, and it is not possible to weight all the grades into one single result” (Kol et al. 2003, S. 126).

In dieser Kritik offenbart sich die Multiperspektivität in der Beurteilung von Qualität. Des Weiteren wird deutlich, dass bestimmte Ergebnisse pflegerischer Versorgung von diversen Faktoren beeinflusst werden, die im System der pflegerischen Versorgung Einfluss nehmen. Es ist dieser Aussage zur Folge oftmals nicht möglich, bestimmte Interventionen oder Maßnahmen nur von einem Indikator messen zu lassen. Die in diesem Bericht dargestellte Vorgehensweise, zunächst die Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung zu identifizieren und systematisch zu beschreiben, stellt eine gute Grundlage dar, dieser Eindimensionalität bisher bekannter und angewandeter Indikatoren entgegenzuwirken.

Darüber hinaus ist in der kritischen Betrachtung des Begriffes Qualität und seiner Messung und Entwicklung zu berücksichtigen, dass für Pflegebedürftige und deren soziales Umfeld in den unterschiedlichen Settings klassische Qualitätsbereiche wie ökonomische, sozialrechtliche, pflegfachliche sowie medizinisch-naturwissenschaftliche möglicherweise nicht die relevanten sind, um Qualität zu beurteilen (Mittnacht 2010). Für diese stehen häufig die interpersonalen und kommunikativen Kompetenzen, formelle und informelle Beziehungsverhältnisse sowie das Wohlbefinden im Vordergrund (Mittnacht 2010; Geraedts et al. 2011).

3.1 Grundlage für ein konzeptionelles-systemisches Qualitätsverständnis: Quality Health Outcomes Modell

Bislang liegen für die Qualität in der Pflege keine Bezugssysteme vor, die eine theoriegeleitete Ableitung von Qualitätskennzeichen, -kriterien und -indikatoren in der Pflege zulassen. Für ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis in der Pflege sind Pflegetheorien großer Reichweite oder das Pflegeprozessmodell als Grundlage für die Eingrenzung des Begriffes Qualität in der Pflege und Ableitung von Qualitätskennzeichen, -kriterien und -indikatoren der Analyse nicht geeignet, da sie gute Qualität in der Pflege durch standardisierte Norm- und Kontrollwerte determinierten und demgemäß einem zweckrationalen Muster folgten. Die Pflege wird auf eine Mittel-Zweck-Relation zur Erreichung festgelegter Ziele reduziert und berücksichtigten nicht in vollem Umfang die pflegerische Praxis (Mittnacht 2010). Es gibt Hinweise aus der Literatur, wonach viele noch nicht analysierte Faktoren die Performanz der Einrichtungen beeinflussen wie z. B. strukturelle Faktoren (dazu gehören u.a. Finanzierung der Leistungen, Qualifikation und Einteilung des Personals u. w. m.) oder organisationale Faktoren (z. B. Zufriedenheit des Personals u. w. m.) (Werner et al. 2013).

Diese Erkenntnisse spiegeln sich in einer kritischen wissenschaftlichen Diskussion in Bezug auf die dominierende lineare Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Dreiteilung findet sich in Deutschland bspw. im SGB XI (z. B. in § 115 Abs. 1) oder in den „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung“ (2011) sowie im Passus zur Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege (2011) oder in den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die stationäre und ambulante Pflege (2014). Bereits Donabedian (2005) weist daraufhin, dass eine reine Fokussierung auf Ergebnisqualität zahlreichen Limitationen unterliegt, da bspw. die Ergebnisse nicht zwingend die Stärken und Schwächen der Prozesse darstellen oder nicht alle Ergebniskriterien relevant sein müssen, da sie in bestimmten Kontexten keinen Sinn machen. In einer Konzeptanalyse zum Thema pflegesensitive Indikatoren arbeiten Heslop & Lu (2014) heraus, dass einige Autoren die Messung der Prozesse pflegerischer Versorgung als schwierig betrachten und bislang wenig aussagekräftige Forschung über die geeignete Prüfung und Messung von Prozessen der pflegerischen Versorgung vorliegt. Es gibt offensichtlich wenig Evidenz über den Zusammenhang zwischen Pflegeprozessindikatoren und Ergebnisindikatoren. Ähnliche Ergebnisse können für die noch nicht erbrachte Evidenz über den Zusammenhang zwischen Strukturindikatoren und Ergebnisindikatoren konstatiert werden (Heslop und Lu 2014).

Ähnlich kritisiert auch Eberlein-Gonska (2011) die traditionelle Unterteilung des Begriffes Qualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Bei diesem traditionellen Verständnis

würden die handelnden Personen und ihre Absichten nicht berücksichtigt werden. Als Beispiel führt sie den Prozess einer chemotherapeutischen Versorgung an. Dieser könne auf der Basis ökonomischer Kriterien oder auf der Grundlage des Blutbildes oder Befinden der Betroffenen entschieden werden. Diese Absichten werden die Qualität der Versorgung auf jeder Ebene beeinflussen. Eine weitere Kritik von Eberlein-Gonska (2011) bezieht sich auf die fehlenden interaktiven und gesellschaftlichen Dimensionen von Qualität im Verständnis von Donabedian. Sie führt aus:

„In die Kriterien-Legitimation fließen das Menschenbild sowie sittliche Vorstellungen zur Menschenwürde und zur Gerechtigkeit mit ein und beeinflussen demzufolge den Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen.“ (Eberlein-Gonska 2011, S. 148).

Insgesamt ist demgemäß an den vorhandenen Indikatoren zu kritisieren, dass sie nicht den gesamten Prozess der Versorgung und Betreuung umfassen und überwiegend einem pflegfachlichen, medizinisch-naturwissenschaftlichem und ökonomischen Ansatz folgen. Darüber hinaus leiten sich die Indikatoren für die Messung von Qualität nicht ohne ein zugrundeliegendes Qualitätsverständnis ab. Es wird vielfach nicht deutlich, auf welche Kennzeichen/Merkmale sich die bisher entwickelten Indikatoren beziehen und welche Anforderungsniveaus erfüllt werden sollen (Kriterien). Der Einfluss anderer Faktoren bleibt bei den meisten Indikatoren zunächst außen vor (Mittnacht 2010). Auf der Indikatorebene ist darüber hinaus zu klären, welche Strukturindikatoren die Prozesse und welche Prozessindikatoren die Ergebnisse beeinflussen (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Gleichwohl liegen nur wenige empirische Forschungserkenntnisse vor, die den Einfluss von Pflegeprozessindikatoren auf Ergebnisindikatoren belegen (Heslop und Lu 2014). Des Weiteren sind die Indikatoren der Prozessqualität für standardisierte Messungen häufig nicht gut konzeptionalisiert (ebd. 2014). Die Literaturlage weist darüber hinaus daraufhin, dass Indikatoren der Strukturqualität übermäßig viel vorhanden sind und genutzt werden, obwohl auch der Zusammenhang von Strukturqualität auf Ergebnisqualität in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung empirisch nicht umfassend untersucht ist (ebd. 2014). Ein möglicher Grund dafür könnte darin liegen, dass die Herleitung der Indikatoren zum einen nicht auf der Grundlage von systematisch hergeleiteten Kennzeichen/Merkmale sowie entwickelten Kriterien erfolgt. Zum anderen könnte eine weitere Erklärung sein, dass sie nicht in ein systemisches Verständnis von Qualität eingeordnet werden, das die Mehrdimensionalität pflegerischer Prozesse und daraus folgender Performanz der pflegerischen Versorgung verdeutlichen kann. Für Verbraucher stehen hinsichtlich Qualität in der Pflege häufig andere Bereiche pflegerischer Versorgung, wie interpersonale und kommunikative Kompetenzen, formelle und informelle Beziehungen sowie das Wohlbefinden im Vordergrund (Mittnacht 2010; Geraedts et al. 2011). Es ist fraglich, ob und wie sich diese

vielen, aus unterschiedlichen Perspektiven ergebenden Faktoren, die die Entwicklung und die Prozesse sowie Ergebnisse von Qualität in der Pflege beeinflussen, in der traditionellen Dreiteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wiederfinden.

Aus dieser Analyse ist die Schlussfolgerung zu ziehen, dass für die Messung und Beurteilung von Qualität in der pflegerischen Versorgung ein dynamisches und systemisches Qualitätsverständnis erforderlich ist, das die soziale, räumliche, materielle, gesellschaftliche und institutionelle Umwelt einbezieht.

Vor dem Hintergrund der kurz umrissenen wissenschaftlichen Diskussion (in und um den Begriff Qualität und Qualitätsindikatoren) sowie in Ermangelung eines entsprechenden Theoriemodells für die Qualität in der Pflege wird auf das Health Quality Modells von Mitchell et al. (1998) rekurriert.

Das Quality Health Outcomes Model (s. nachfolgende Abbildung 2) geht im Gegensatz von Donabedians linearer Strukturierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von einem dynamischen Modell aus (Mitchell et al. 1998). Das aus den USA stammende „Quality Health Outcomes Model“ zeigt, dass die 4 Bereiche System, Charakteristika, Interventionen, Klienten und Outcomes sich gegenseitig beeinflussen (Mitchell et al. 2004). Interventionen werden dieser Vorstellung nach vom System und dem Klienten sowie von den gewünschten Outcomes beeinflusst und beeinflussen diese. Die Effekte von Interventionen werden durch die Klienten und das Gesundheits- und Pflegesystem beeinflusst und verändert.



Abbildung 2: Quality Health Outcomes Modell (Mitchell et al. 2004)

Unter **Systemcharakteristika** werden in diesem Modell traditionelle und strukturelle Elemente verstanden. Dazu gehören bspw. die Institution bzw. die Organisation, die Größe, die Trägerschaft, der Skillmix des Personals, demographische Charakteristika der Klienten und technologische Ausstattung der Einrichtungen und Dienste.

Unter **Interaktionen** werden in diesem Modell alle direkten und indirekten klinischen Prozesse subsumiert. Für die Langzeitpflege führen die Autoren aus:

„Thus, one might expect in a long-term care setting that the effectiveness of a nursing intervention, such as self-care in dressing, will depend on both the self-care technique and the work group interactions and unit level processes used by nurse assistants delivering the intervention” (Mitchell et al. 1998, S. 44).

Dieses Zitat verdeutlicht, dass Interventionen in der pflegerischen Versorgung sowohl von Strukturen wie von Prozessen abhängig sind und die Qualität dementsprechend beeinflussen.

Unter **Klientencharakteristika** subsumieren die Autoren bspw. die Gesundheit, die demografischen Daten, Morbidität und weitere Faktoren. Das heißt, darunter fallen alle Faktoren, die die Klienten mit in die Versorgung einbringen. Die Autoren betonen, dass diese direkt die Ergebnisse der Interventionen beeinflussen (Mitchell et al. 1998).

Mitchell et al. (1998) betonen, dass **Ergebnisse (Outcomes)** mit Bezug zu den Effekten von Gesundheitsproblemen von großer Relevanz sind für die Entwicklung und Messung von Pflegeinterventionen und Wohlbefinden der Patienten. Sie schlagen vor, dass entsprechende Messinstrumente zur Messung von Qualität sowohl Strukturen und Prozesse wie auch funktionale, soziale, psychische wie physische Aspekte umfassen sollten. Die Ergebnismessungen sollten für die fünf folgenden Bereiche operationalisiert werden: Erreichung einer angemessenen Selbstpflege/-versorgung, Zeigen von gesundheitsförderlichen Verhalten, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Wahrnehmung, dass gut für einen gesorgt wird und Symptommanagement. Des Weiteren sollten nach Ansicht der Autoren Ergebnisse in den Bereichen Sterben, klinischer Gesundheitsstatus und Gesundheitskosten nicht ignoriert werden (ebd. 1998).

Dieses Modell berücksichtigt in einem hohen Maße, dass Qualitätsentwicklung ein kontinuierlicher dynamischer Prozess ist, der im Laufe des Lebens variiert und wechselnde Situationen berücksichtigen muss (Mittnacht 2010):

„Qualitätsentwicklung ... bedeutet demnach nicht die Beibehaltung von bestehenden Strukturen, Prozessen und Institutionen, sondern eine permanente Auseinandersetzung mit den sich wandelnden Lebenssituationen der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und die Weiterentwicklung und Anpassung bestehender sozialer, räumlicher, gesellschaftlicher, materieller und institutioneller Umweltbedingungen“ (Mittnacht 2010, S. 73).

3.2 Dimensionen von Qualität

In einer Veröffentlichung zu Qualität in der Gesundheitsversorgung fordert die OECD (2006), dass in spezifisch definierten Dimensionen der Qualität Verbesserungen erfolgen sollten. Dimensionen der Gesundheits- und Pflegeversorgung sind jene, definierbare, bevorzugt messbare und einklagbare Attribute des Systems, die die Gesundheit erhalten, verbessern oder wiederherstellen (Arah et al. 2006; OECD 2006). Die Dimensionen werden häufig herangezogen, um das Konzept Qualität zu definieren (Legido-Quigley et al. 2008). In der Literatur lassen sich nachstehende Dimensionen von Qualität diverser Autoren finden (s. Tabelle 3).

Arah et al. 2006 für das konzeptionelle Framework „OECD Health Care Quality Indicators Project“	Campbell et al. (2000)	Rantz et al. (2000) für die stationäre Langzeitpflege
<ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz - Zugang - Angemessenheit - Umgebung der Versorgung und Annehmlichkeiten - Kompetenz oder Fähigkeiten - Kontinuität - Effektivität oder - Verbesserung der Gesundheit oder - Klinischer Fokus - Kosten/Ausgaben - Effizienz - Gerechtigkeit - Governance - Patientenzentriertheit oder Patientenfokus oder Ansprechbarkeit - Sicherheit - Pünktlichkeit - Nachhaltigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Zugänglichkeit - Effektivität - Effizienz - Gerechtigkeit - Relevanz - Akzeptabilität - Patientenzentriertheit - Kontinuität, Koordination - Umfang - Rechtmäßigkeit/ Zulässigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Interaktion - Individuelle Pflege - Personal - Milieu - Umgebung - Sicherheit

Tabelle 3: Qualitätsdimensionen verschiedener Autoren

Aus der Tabelle ist zu entnehmen, dass diverse Dimensionen von Qualität diskutiert und genannt werden. Der Ursprung und die wissenschaftliche Herleitung und Begründung der Dimensionen, lässt sich derzeit aus den Quellen nicht entnehmen. Des Weiteren lassen sich keine Hinweise finden, welche Dimensionen in jedem Fall für ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis zu berücksichtigen seien. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend Dimensionen aufgeführt, die für die Qualität der Langzeitpflege in Deutschland bedeutsam erscheinen und aus wissenschaftlicher Perspektive in ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis Eingang finden sollten:

- **Kontinuität und Patientenzentriertheit:** Kontinuität fokussiert auf das Ausmaß, in dem die Gesundheitsversorgung für definierte Nutzer über einen längeren Zeitraum und durch mehrere Anbieter und Institutionen stattfindet. Aus diesem Grund wird diese Dimension häufig als Patientenzentriertheit oder Patientenfokus bezeichnet (z. B. Überleitung zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, gleichartige Versorgung innerhalb der Einrichtung über längeren Zeitraum, Berücksichtig individueller Bedarfe und Bedürfnisse).
- **Sicherheit:** Die Dimension Sicherheit meint der Grad, in dem die Gesundheitsversorgung adverse Ergebnisse oder Verletzungen verhindert und/oder vermeidet. Sicherheit steht in enger Beziehung zu Effektivität (z. B. Prophylaxen, rechtzeitige ärztl. Versorgung, Qualifikation).
- **Nachhaltigkeit:** Die Dimension Nachhaltigkeit fokussiert die Dynamik und Fähigkeit des Systems auf sich verändernde Rahmenbedingungen, Kontext und Situation einzustellen (z. B. Überleitung zu verschiedenen Versorgungsbereichen, Anpassungsfähigkeit hinsichtlich sich verändernder Zielgruppen, Personalsituation).
- **Koordination:** Diese Dimension bezieht sich darauf, inwieweit die Gesundheitsprofessionen miteinander und/oder mit Organisationen und Institutionen zusammenarbeiten (z. B. Schnittstellenmanagement im berufsgruppenübergreifenden und sektorenübergreifenden Sinne wie bspw. zusätzliche Betreuungskräfte, Hauswirtschaft, Pflege, niedergelassene Ärzte).
- **Rechtzeitigkeit:** Diese Dimension bezieht sich darauf, bis zu welchem Grad die Zielgruppen die notwendige Patientenversorgung prompt und rechtzeitig sowie koordiniert erhalten (z. B. Ausscheidung, Notfälle und deren Versorgung).
- **Effektivität:** Diese Dimension umfasst die Wirksamkeit der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Sie hängt bspw. von dem Wissen der Gesundheitsprofessionen und der Evidenzbasierung der Gesundheitsdienstleistungen ab. In dieser Dimension ist aber auch enthalten, die Erfahrungen der betroffenen Individuen

einzubeziehungen und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung gemeinsam zu planen.

- **Effizienz:** Effizienz ist das optimale Nutzen der Ressourcen durch das System, um den maximalen Benefit oder Ergebnisse zu erzielen.

3.3 Heuristisches Qualitätsmodell

Auf der Grundlage der Diskussionen in Kapitel 2 und des in Kapitel 3.1 dargestellten Rahmes des Quality-Health-Outcomes-Modell nach Mitchell et al. (2004) sowie der in Kapitel 3.2 dargestellten Dimensionen von Qualität, wird ein heuristisches Qualitätsmodell (s. Tabelle 4) vorgestellt, das die Anforderungen an ein systemisches und dynamisches Qualitätsverständnis berücksichtigt.

Die erste Version dieses heuristischen Qualitätsmodells wurde in der Expertise zu Qualitätsindikatoren in der ambulanten Pflege von Hasseler, Görres und Fünfstück (2013) zur Diskussion gestellt.⁵

Dieses heuristische Qualitätsmodell wurde für eine systematische Recherche von Indikatoren in der ambulanten Pflege entwickelt. Das Kennzeichen heuristischer Modelle ist, dass sie weiterentwickelt werden können und sollten. Im Kontext dieses Berichtes hat das Modell insofern eine Relevanz, als dass es verdeutlicht, dass Qualität in der pflegerischen Versorgung systemisch gedacht werden muss, da die internationale Qualitätsdebatte der linearen Abfolge von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht mehr folgt. Vielfach wird national und international, wie in Kapitel 2 und Kapitel 3.1 dargestellt, die Linearität von Qualität wegen der Komplexität pflegerischer Versorgung, aber auch wegen der fehlenden Evidenz des Nachweises über die Zusammenhänge zwischen Struktur- auf Prozess- und Ergebnis- sowie zwischen Prozess- und Ergebnisqualität, kritisiert. Davon ausgehend, dass

⁵ Mit diesem Modell konnten für eine systematische Literaturrecherche von Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität in der ambulanten Pflege die Suchstrategie begründet und mögliche Zusammenhänge für Qualität in der Pflege hergestellt werden. Durch die Zuordnung der mit Hilfe einer systematischen internationalen Literaturrecherche gefundenen Indikatoren in das heuristische Qualitätsmodell konnte als Ergebnis generiert werden, dass nicht nur für viele relevante Bereiche ambulanter Pflege noch keine Indikatoren vorhanden sind, sondern dass die Güteeigenschaften der recherchierten Indikatoren sehr heterogen sind. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass der Begriff „Indikator“ durchaus unkritisch und fachlich nicht angemessen verwendet wird. Teilweise werden die Indikatoren ohne die Kernmerkmale „Zähler“ und „Nenner“ aufgeführt (Hasseler, Görres und Fünfstück 2013). Nach Zuordnung und Beurteilung der Indikatoren für die ambulante auf der Basis des heuristischen Qualitätsmodell konnte aus den Resultaten der Expertise die Schlussfolgerung gezogen werden, dass aus theoretischer und wissenschaftlicher Perspektive nachvollziehbare und relevante Anforderungen an Indikatoren gestellt, diese aber selten erfüllt werden. Es fehlt eine systematische Einbettung, Ableitung, Überprüfung und Bewertung der Indikatoren bspw. nach QUALIFY (Reiter et al. 2007) oder QUIISA (Beyer et al. 2011) in der pflegerischen Versorgung. Der Zusammenhang der Qualität der pflegerischen Versorgung durch die möglichen Indikatoren ist noch nicht hergestellt werden. Die Indikatoren erfüllen nicht immer die an in der wissenschaftlichen Literatur gestellten Anforderungen und müssen vor diesem Hintergrund kritisch reflektiert werden (Hasseler, Görres und Fünfstück 2013).

die Herleitung und Beschreibung von Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung der erste und relevante Schritt ist für eine systematische Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen, da sich von diesen erst die Kriterien und Indikatoren ableiten können, entspricht es der Logik der Weiterentwicklung des heuristischen Qualitätsmodells, dieses bereits für die Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung zugrunde zu legen. Die Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung finden sich bereits in den Ebenen und Settings sowie Dimensionen des heuristischen Qualitätsmodells wieder.

	Bereiche (in denen Interventionen, Leistungen, Maßnahmen durchgeführt und Ergebnisse erreicht werden) - Settings d. Langzeitpflege					Dimensio- nen Qualität	Anforder- ungen Kennzei- chen/Merk- male	Anforder- ungen Kriterien	Anforderungen Indikatoren
	Ambulantes Setting	Stationäres Setting	Teilstationäres Setting	Kurzzeit- pflege	Palliative Versorgung				
Systembedingte Ebene, z.B. mögliche Merkmale <ul style="list-style-type: none"> - Zugang zu Pflegeleistungen - Zugang zu ärztlichen Leistungen - Kosten - Finanzierung • 						<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuität - Patienten- zentriert- heit - Sicherheit - Nachhaltig- keit - Koordina- tion - Rechtzeitig keit - Effektivität - Effizienz 	<ul style="list-style-type: none"> - Systema- tisch herge- leitet - Überprü- fung d. Dimensio- nen d. identifi- zierten Kennzei- chen/Merk male - Einordnung in die Tabelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Beziehen sich auf Kenn- zeichen/ Merkmale - Systema- tisch entwickelte Anforder- ungsni- veaus 	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenz- gestützt - Relevanz - Messbar- keit unter Berücksich- tigung der Gütekriterien - Veränderbar- keit durch Verhalten - Durchführ- barkeit bzw. Erreichbarkeit - Multidimen- sionalität - Erwünschte/ unerwünschte Wirkungen - Risikoadjust- ierung
Klientenfokussierte Ebene (Pflege-/Hilfsbedürftiger), z.B. mögliche Merkmale <ul style="list-style-type: none"> - Wohlbefinden - Lebensqualität - Interaktion - Kommunikation - Beratung • 									
Anbieterfokussierte Ebene, z.B. mögliche Merkmale <ul style="list-style-type: none"> - Personalqualifikation - Träger - Personalmix - Zufriedenheit der Mitarbeiter • 									
Umweltfokussierte Ebene, z.B. mögliche Merkmale <ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittel - Formelle/informelle Beziehungen 									

Tabelle 4: Heuristisches Qualitätsmodell

Systematisch entwickelte Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung werden in das heuristische Modell eingeordnet und hinsichtlich der Dimensionen von Qualität überprüft. In diesem heuristischen Qualitätsmodell wird davon ausgegangen, dass dynamische Beziehungen zwischen den einzelnen Bereichen und Ebenen vorhanden sind und diese sich gegenseitig in den Prozessen wie Outcomes beeinflussen. Aus dem Quality Health Modell werden für die **Spalte Ebene** die Kategorien **Systemcharakteristika** und **Klientencharakteristika** übernommen und im Verständnis erweitert. In Erweiterung zum Quality Health Outcomes Modell werden die **Charakteristika der Anbieter (Leistungserbringer)** und **Umwelt** in Anlehnung an Mittnacht (2010) ergänzt. Die **Umwelt** wird demgemäß bestimmt von der sozialen Umwelt (wie formelle und informelle Beziehungsverhältnisse), räumliche und gesellschaftliche Umwelt (z. B. Wohnraumausstattung), materielle Umwelt (z. B. Hilfsmittel) und institutionelle Umwelt (z. B. bestehende Betreuungs- und Versorgungsstrukturen (Mittnacht 2010)). Die Charakteristika der Anbieter und die Rahmenbedingungen der Umwelt stellen eine wesentliche Bedingung für die Prozesse und Ergebnisse von Qualität dar. Demgemäß ist es erforderlich, die unterschiedlichen Ebenen und Bereiche miteinander in Verbindung zu bringen, da sie in einer dynamischen Beziehung zueinander stehen.

In der **Spalte Ebene** werden zunächst die möglichen und beispielhaft genannten Kennzeichen/Merkmale für das System (systembedingte Ebene), die Klienten (klientenfokussierte Ebene, wie Hilfe- und Pflegebedürftiger, Angehöriger) und die Anbieter (anbieterfokussierte Ebene) und die Umwelt (umweltbedingte Ebene) genannt.

- Die **systembedingte Ebene** bezieht sich auf die Rahmenbedingungen und Strukturen der pflegerischen Versorgung, wie bspw. Finanzierung der Leistungen u. ä.
- Die **klientenfokussierte Ebene** stellt die Perspektive der Zielgruppen in den Mittelpunkt, dazu gehören Aspekte wie Wohlbefinden, Lebensqualität u. w. m.
- Die **anbieterfokussierte Ebene** zielt auf die Ebene der Leistungserbringer. Dazu gehören Indikatoren wie Personalmix, Personalqualifikation, Zufriedenheit der Mitarbeiter u. ä.
- Die **umweltfokussierte Ebene** fokussiert das räumliche, soziale, gesellschaftliche und materielle Umfeld wie Hilfsmittel, formelle und informelle Beziehungsverhältnisse u. ä. ab.

Qualität kann in unterschiedlichen **Bereichen** bzw. Settings der pflegerischen und gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung adressiert werden (Legido-Quigley et al. 2008). Die Einteilung dieser **Bereiche** orientiert sich an den derzeitigen Settings

pflegerischer Versorgung wie ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und palliative Pflege.

In der ersten rechten Spalte, die sich der Spalte mit den aufgeführten pflegerischen Bereichen anschließt, werden die Dimensionen der Qualität genannt (s. Kapitel 2.3), in denen sich die Qualität pflegerischer Versorgung in den Bereichen der Langzeitpflege und auf den unterschiedlichen Ebenen verbessern sollte. Die identifizierten Merkmale/Kennzeichen pflegerischer Versorgung werden hinsichtlich der Dimensionen überprüft und dann in die entsprechenden Spalten und Zeilen eingeordnet (zweite Spalte in der Tabelle).

Die dritte Spalte umfasst die wissenschaftlichen Anforderungen an die Kriterien, die sich auf die jeweiligen identifizierten Kennzeichen/Merkmale beziehen.

In der letzten Spalte werden schließlich die wissenschaftlichen Anforderungen an die Indikatoren in der Qualitätsbeurteilung aufgelistet, die auf der Basis der hergeleiteten Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung und deren Kriterien entwickelt werden. Bereits vorhandene oder neu zu entwickelnde Indikatoren müssen diesen Anforderungen genügen, um eine systematische Aussage über die Qualität und die Performanz in den Einrichtungen der Langzeitpflege machen zu können. Diese beiden zuletzt genannten Spalten sind für den vorliegenden Bericht nicht von Bedeutung, da die Herleitung von Merkmalen/Kennzeichen der Qualität in der Pflege im Fokus steht.

Die Potenziale des heuristischen Qualitätsmodells sind vielfältig. Es erfüllt die Anforderungen, die Multidimensionalität und Komplexität pflegerischer Versorgung zu berücksichtigen. Es trägt in Rechnung, dass die Erreichung von Ergebnissen in der pflegerischen Versorgung von personalen, soziokulturellen, professionellen, physischen und sozialen Faktoren sowie Art und Dosis der Intervention und Art und zeitlichem Eintritt der Ergebnisse sowie von sich gegenseitig beeinflussenden Systemebenen abhängt. Für jede Systemebene werden darüber hinaus das Setting der Pflege sowie die Dimensionen der Qualität in Bezug zueinander gesetzt. Mit diesem konzeptionellen Bezugsrahmen wird verdeutlicht, dass alle Kennzeichen/Merkmale, Kriterien und Indikatoren pflegerische Versorgung systematische Anforderungen erfüllen und sich aufeinander beziehen müssen.

In der praktischen Anwendung ermöglicht das heuristische Qualitätsmodell zunächst eine Zuordnung von Kennzeichen/Merkmalen der Qualität pflegerischer Versorgung in die entsprechenden Ebenen, Settings und Dimensionen. Des Weiteren können darauf aufbauend die entsprechenden Kriterien und Indikatoren entwickelt und/oder analysiert und in der Erfüllung ihrer Anforderungen überprüft werden. Ein weiteres Potenzial dieses

Qualitätsmodells liegt darin, dass nach einer Analyse und Zuordnungen von Kennzeichen, Kriterien und Indikatoren Desiderate wichtiger Bereiche offenbart werden. In der Konsequenz können damit Grundlagen für Forschungslücken in der Qualitätsforschung im Bereich der Langzeitpflege transparent gemacht und in der Notwendigkeit weiterer Forschung begründet werden.

4 Methodische Vorgehensweise: Suche und Auswahl von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Für die Entwicklung eines wissenschaftlichen fundierten Qualitätsverständnisses bedarf es theoretischer und konzeptioneller Grundlagen. Im Gegensatz zur Lebensqualität liegt kein theoretisches oder empirisch basiertes Konstrukt von Qualität in der Pflege vor, das eine Herleitung geeigneter Kennzeichen/Merkmale zulässt.⁶ Vor diesem Hintergrund wurde auf wissenschaftlicher Beratung basierend eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich theoretisch-konzeptionell mit der Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses auseinandersetzte. Ziel und Inhalt der Arbeitsgruppe war es u. a., relevante Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung abzuleiten.

Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe gewährleistete, dass Experten unterschiedlicher Entscheidungsträger (GKV-SV, MDS, MDK, Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene) und aus der Wissenschaft ihre jeweiligen Perspektiven und Expertisen einbringen können. Auftrag war es, auf systematischer Basis sowohl ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis wie auch Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung und Lebensqualität⁷ zu erarbeiten. Diese beiden Schritte bilden die Grundlage, um im weiteren Verlauf die analysierten Kennzeichen/Merkmale zur Qualität in der pflegerischen Versorgung auf systematischer Grundlage zu beschreiben und entsprechende Kriterien und Indikatoren in weiteren Projekten zu entwickeln.

⁶ Die Lebensqualität wird seit vielen Jahren insbesondere in der Sozialwissenschaft beforscht. Ihr liegt mittlerweile ein gut definiertes theoretisches Konstrukt zugrunde, das auf der Grundlage empirischer Forschung entwickelt worden ist. Kurz gefasst wird Lebensqualität als ein multidimensionales Konzept verstanden, das sowohl durch objektive (im Sinne objektiv messbarer Bedürfnisbefriedigung) als auch subjektive Merkmale (im Sinne subjektiver Lebensqualität) beschrieben wird und aus der Perspektive der Lebensqualitätsforschung durch vier Dimensionen (physische, soziale, umweltbezogene und psychologische Dimension) geprägt wird. Lebensqualität bezieht sich auf einen dynamischen Prozess und variiert in den Ergebnissen und über den Lebensverlauf der betroffenen Individuen. Es beinhaltet eine Anzahl positiver wie negativer Komponenten, die miteinander in einer komplexen Interaktion stehen (Vaarama 2009).

⁷ Die Kennzeichen/Merkmale der Lebensqualität sind nicht Gegenstand dieses Berichtes.

4.1 Theoretische Grundlagen und konzeptionelle Ansätze für ein gemeinsames Qualitätsverständnisses

In den Kapitel 2 und 3 wurde dargestellt, dass der Begriff Qualität in der Pflege weder umfassend geklärt noch mit empirischen Befunden belegt ist. Vor diesem Hintergrund werden aus der Perspektive der Qualitätsforschung andere Quellen zugrunde gelegt, die hilfreich sein können, um den Begriff Qualität in der Pflege konzeptionell einzugrenzen. Dazu gehören bspw. gesetzliche Grundlagen, Expertenstandards in der Pflege, Berufsordnungen u. w. m.

Das Vorgehen für die Herleitung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität in der pflegerischen Versorgung bis hin zu der Entwicklung angemessener Kriterien und Indikatoren zeigt nachfolgende Abbildung:

Der Ablauf stellt sich wie folgt dar:

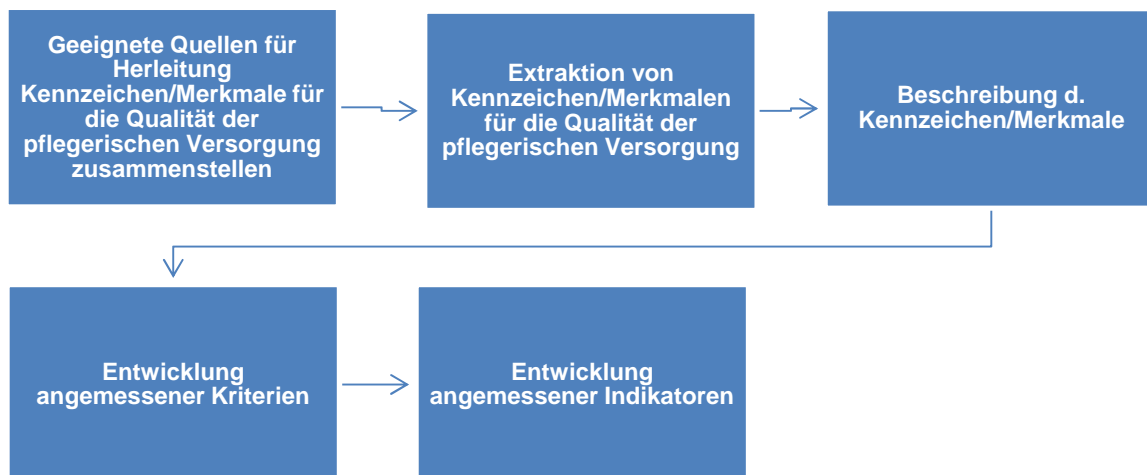


Abbildung 3: Vorgehen Analyse geeigneter Kennzeichen/Merkmale für die Qualität in der pflegerischen Versorgung

Aufgrund eines fehlenden Rahmenmodells bzw. theoretischen Konstruktes für Qualität in der Pflege wird in der Arbeitsgruppe auf Empfehlung der wissenschaftlichen Beratung ein konzeptionelles Vorgehen gewählt. Die methodische Vorgehensweise wird in den Kapiteln 4.2 beschrieben. Aus Abbildung 3 ist jedoch zu ersehen, dass zunächst geeignete Quellen gesucht werden, aus denen Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung generiert werden können. In einem zweiten Schritt werden diese extrahiert und in einem dritten Schritt beschrieben. Diese Vorgehensweise ist die Grundlage für den Prozess der Arbeitsgruppe und Inhalt des vorliegenden Berichtes.

Weitere Schritte erfolgen sinnvollerweise nach Beschreibung aller Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung, da erst auf dieser Basis Entscheidungen getroffen werden können, welche Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung mit Hilfe von Kriterien und Indikatoren gemessen werden sollen.

4.2 Suche und Auswahl geeignete Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Wie in Kapitel 2 und in Kapitel 3 dargestellt, erfolgt eine inhaltliche Ausgestaltung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses durch ein systematisches Vorgehen bei der Herleitung von Kennzeichen/Merkmalen der pflegerischen Versorgung Pflege. Aus Kapitel 2 kann die Erkenntnis gezogen werden, dass Qualität in der Pflege nur dann zu beurteilen ist, wenn Kennzeichen/Merkmale der Pflege betrachtet werden. Diese müssen der pflegerischen Dienstleistung zuzuordnen sein. Die Bewertung der Kennzeichen/Merkmale erfolgt über die Anforderungen (Kriterien). Diese müssen dann einen Grad erreichen, der vorher festgelegt wurde. Die Erreichung des Grades wird mit Hilfe von Indikatoren gemessen.

In Ermangelung eines theoretischen Konstruktes von Qualität in der Pflege wird ein Expertenkonsensusverfahren, orientiert an der Methode des nominalen Gruppenprozesses, gewählt, um Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung zu analysieren. Die Methode des nominalen Gruppenprozesses wird u.a. in der Leitlinien-Entwicklung als formale Konsensustechnik angewendet (Behrens und Langer 2010, S. 288; AWMF Online 2004, Delbecq et al. 2004)⁸. Nachfolgende Abbildung veranschaulicht das gewählte Verfahren:

⁸ Delbecq et al. (2004) verstehen unter einem nominalen Gruppenkonsens eine strukturierte Gruppensitzung, die sich an bestimmten Prozessen orientiert. Die Autoren sehen folgende Schritte vor: jedes Mitglied der Gruppe schreibt seine Gedanken/Ideen nieder, es wird sodann eine Round-Robin-Feedbackrunde von jedem Gruppenmitglied gestartet, in dem jedes Mitglied seine Gedanken/Ideen präsentiert, die offen dokumentiert werden, in einem dritten Schritt wird jede Idee/jeder Gedanke diskutiert und bewertet, in einem letzten Schritt wird eine Gruppenentscheidung herbeigeführt.

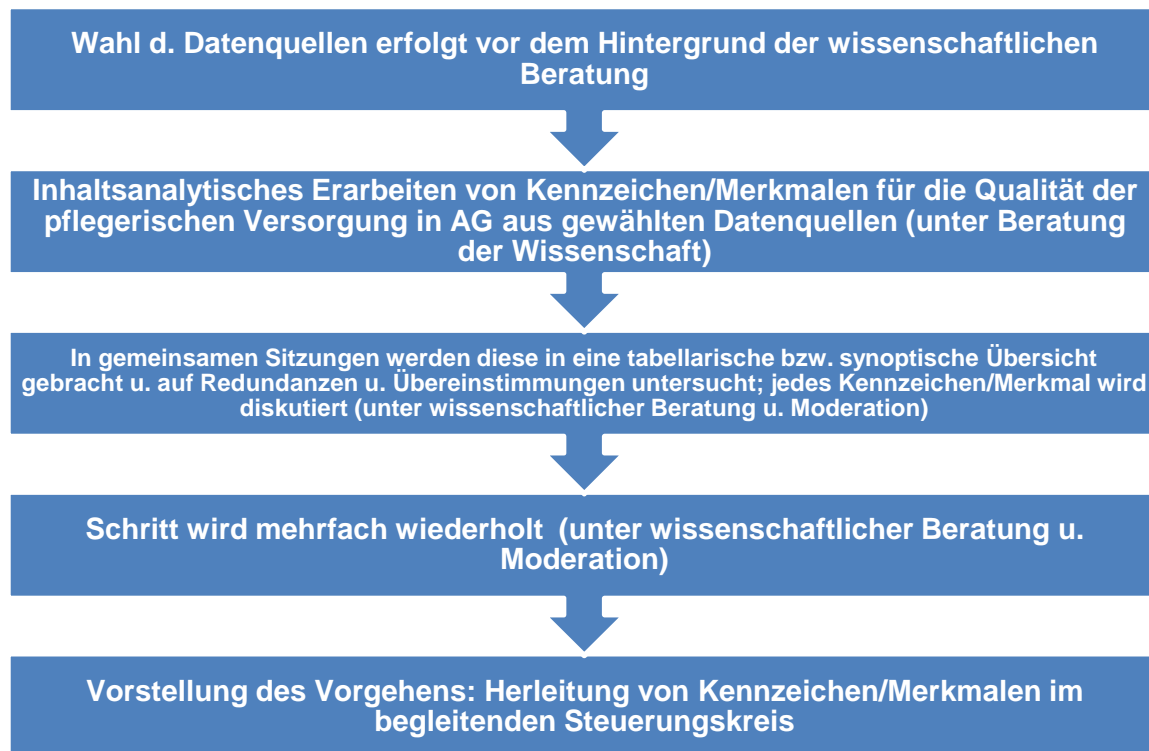


Abbildung 4: Konsensusverfahren Analyse Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung (eigene Darstellung)

Im **ersten Schritt** werden die Datenquellen auf der Basis der Beratung durch die Wissenschaft ausgewählt, die für den deutschsprachigen Raum die Aufgaben und Verantwortlichen professioneller Pflege beschreiben. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass eigenverantwortliche Aufgabenbereiche bzw. Vorbehaltsaufgaben der fachlichen Pflege bis heute umstritten und als Fragestellung nicht gelöst sind. Die Pflege als Beruf erfährt zwar seit Jahrzehnten auf einer wissenschaftlichen Ebene eine selbstkritische Auseinandersetzung und es liegen vielfältige Erklärungsmodelle in Form von Pflege-theorien und Pflegemodelle vor. Zudem gibt es Definitionen von Pflege, die aus den Pflege-theorien hervorgegangen sind und auf nationaler und internationaler Ebene konsentiert wurden. Dennoch kann festgehalten werden, dass keine prägnante abschließende Beschreibung für den Beruf der Pflege vorhanden ist, aus dem Verantwortungs- und Aufgabenbereiche abschließend hervorgehen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich Ansätze zur Einschätzung einer derartigen Fragestellung über

- Gesetze,
- Berufsordnungen,
- Expertenstandards in der Pflege,
- Pflege-theorien/Pflegemodelle,
- Etablierte Zusatzqualifizierungen für Pflegeberufe,
- Pflege-Charta und

- Publikationen zum Thema pflegerische Aufgaben.

Schritt 1 des Konsensusverfahrens stellt sich wie folgt dar:

Bei der Wahl dieser Quellen wird auch beachtet, dass sie grundlegenden Aspekte der Pflege (älterer) Menschen gerecht werden und nicht nur den medizinischen und körperverrichtungsbezogenen Bereich pflegerischer Versorgung umfassen. Sie sollen explizit umfassend sein und auch die gesundheitliche und soziale Versorgung sowie die Betreuung der Menschen betonen (Berger und Tegtmeier 2015).⁹

Vor diesem Hintergrund werden die nachfolgend aufgelisteten Datenquellen zugrunde gelegt, da sie entweder rechtliche Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns darstellen und damit relevante Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie Rechte und Pflichten pflegerischer Berufe festlegen, oder einen gesellschaftlichen Konsens pflegerischen Handelns bzw. gesellschaftliche Erwartungen pflegerischen Handelns und einer menschenwürdigen pflegerischen Versorgung aufzeigen (wie bspw. Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005) Grunddimensionen der professionellen Pflege, Definition von Pflege der Weltgesundheitsorganisation nach WHO (1993); Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen).

Die gesetzlichen Grundlagen wie das SGB XI sind von besonderer Bedeutung, da in Deutschland die Debatte sowie Entwicklung von Qualität in der Pflege im Wesentlichen durch die Einführung des SGB XI und weiterer Reformmaßnahmen in Deutschland initiiert worden ist. Viele Diskussionen, Publikationen und Erkenntnisse von Qualität in der Pflege sind auf Auswirkungen gesetzlicher Anforderungen zurückzuführen. Die Berufegesetze der Pflegeberufe (Krankenpflegegesetz – (KrPflG) und Altenpflegegesetz – (AltPflG)) haben insofern eine besondere Bedeutung, als dass sie die Rechte und Pflichten der pflegerischen Berufsgruppen darstellen, die bei Einhaltung zu einer hohen Qualität in der Pflege beitragen. In ähnlicher Weise können die bereits veröffentlichten Expertenstandards betrachtet werden, die den neuesten Stand (pflege-)wissenschaftlicher Erkenntnisse für bedeutsame Bereiche pflegerischer Versorgung darstellen.

⁹ Es gibt eine Reihe Veröffentlichungen, die sich speziell mit Aufgabenverteilungen zwischen Ärzten und Pflegekräften auseinandersetzen. Diese sind recht häufig auf das Krankenhaus bezogen (z. B. Blum et al. 2008; Dahlgaard 2010; Hibbeler 2011; Offermanns 2011, Wagner 2010). Aus diesem Grunde kommen sie für das gewählte Thema nicht in Frage, da in diesem Bericht die Settings der Langzeitpflege berücksichtigt werden sollen, die durch spezifische Rahmenbedingungen gekennzeichnet sind. Veröffentlichungen zu Beratung in der Pflege fokussieren überwiegend Themen wie evidenzbasierte Patienteninformation oder die Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und Patienten (z. B. Frommelt et al. 2008; Köpke und Meyer 2010). Weitere Beispiele können angeführt werden. Vor diesem Hintergrund werden möglichst Publikationen verwendet, die das Potenzial haben, die pflegerischen Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die Settings der Langzeitpflege darzustellen.

Der europäische Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege „Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftige Menschen“ (WEDO 2012) eignet sich als Datenquelle in besonderer Weise, da auf europäischer Ebene Qualitätsgrundsätze und Handlungsfelder für die Pflege mit dem Ziel, eine hohe Qualität in der pflegerischen Versorgung zu erreichen, beschrieben werden. Diese Publikation stellt einen großen gesellschaftlichen Konsens in der Erwartung einer hohen Qualität in der Pflege, und wie diese zu erreichen ist, dar. Auf nationaler Ebene liegt für die Langzeitpflege und die relevanten Versorgungssettings kein Qualitätsrahmen vor, der zugrunde gelegt werden könnte.

Auf die Integration von Pflege-theorien und Pflegemodellen großer Reichweite (grand theories) wird verzichtet, da diese überwiegend in einer Phase der theoretischen Entwicklung der Pflegewissenschaft in den 1950 bis 1990er Jahren des letzten Jahrhunderts v.a. im us-amerikanischen Raum entstanden sind. Basierend auf Theorien anderer Fachdisziplinen versuchen diese den Gegenstandsbereich der Pflege in Abgrenzung von Medizin zu erklären. Sie sind des Weiteren fast alle als Qualifikationsarbeiten entwickelt worden und haben seit dieser Zeit nur wenig Weiterentwicklung erfahren. Die Pflege-theorien und Pflegemodelle großer Reichweite werden vor diesem Hintergrund innerhalb der Pflegewissenschaft eher in einem historischen Kontext betrachtet und spielen in der pflegewissenschaftlichen Diskussion und der Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft keine bedeutsame Rolle mehr. Selbst das einzige auf empirischer Basis in Deutschland entwickelte Pflegemodell (Krohwinkel 1993; 2007) ist derart veraltet, dass auch auf Ebene der politischen Entscheidungsträger in der Langzeitpflege von diesem Modell Abstand genommen wurde. Hinweis darauf findet sich in der Publikation zur neuen Pflegedokumentation (Beikirch et al. 2014). Darüber hinaus sind die Pflege-theorien und -modelle so allgemein, dass sie kaum Aussagen über die grundlegenden Aspekte der Versorgung von Menschen in der Langzeitpflege machen. Sie sind überwiegend in Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts entstanden, in denen die kurative Versorgung noch im Fokus von Gesundheit und Pflege standen. Des Weiteren repräsentieren sie überwiegend ein Pflegesystem und ein Pflegeverständnis, welche in einem anderem Gesundheitssystem sowie Kultur- und Werteverständnis eingebettet sind. In den letzten Jahrzehnten sind international und national zahlreiche neue wissenschaftliche Erkenntnisse innerhalb der Pflegewissenschaft generiert worden, die u. a. auch empirisch entwickelt wurden. Diese werden auch als Theorien geringer Reichweite verstanden. Für diverse Themen und der sich noch entwickelnden Subdisziplinen der Pflegewissenschaft haben sie eine größere Bedeutung als Pflege-theorien und -modelle großer Reichweite.

Die Herausforderung besteht darin, bei der Betrachtung der jeweiligen Quellen zu unterscheiden, ob es sich bei den beschriebenen „Aufgaben“ für Pflegenden tatsächlich um

- Vorbehaltsaufgaben,
- Verantwortlichkeiten,
- Anforderungen oder
- Ziele handeln.

Folgende Quellen wurden unter Beratung der Wissenschaft herangezogen (Inhalte der Quellen, die in die Analyse einfließen, werden nachfolgend in Spiegelstrichen kurz skizziert):

• **Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005)**

Grunddimensionen der professionellen Pflege

- Erhalt, Förderung oder Wiederherstellung von Autonomie in der alltäglichen Lebensführung
- Körperbezogene Interventionen
- Unterstützung kognitiver Funktionen
- Gezielte Kommunikation und Beziehungsgestaltung
- Hilfen bei der Tagesstrukturierung
- Spezifische Beratung, Schulung und Anleitung sowohl der Betroffenen selbst als auch der ihnen Nahestehenden (Patientenedukation)
- Begleitung Sterbender
- Prävention durch Umsetzung von Prophylaxen, allgemeiner Risikoeinschätzung und individueller Beratung
- Eigenständige pflegerische Diagnostik (Assessment) unter Einbeziehung der Perspektive des Pflegebedürftigen und darauf aufbauende Planungen, Maßnahmendurchführungen und Überprüfungen der Ergebnisse
- Unterstützung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen
- Kooperation mit den anderen Gesundheitsberufen (Schnittstellenmanagement, zum Beispiel Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus und pflegerisches Case-Management)
- Beziehungsgestaltung unter Einbeziehung der Biografie

• **Definition von Pflege der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1993):**

- Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt.

- Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern.
 - Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben.
 - Pflegende gewährleisten, dass der Einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung.
 - Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen zusammen.
- **Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**
 - **Artikel 1:** Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.
 - **Artikel 2:** Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.
 - **Artikel 3:** Privatheit
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.
 - **Artikel 4:** Pflege, Betreuung und Behandlung
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.
 - **Artikel 5:** Information, Beratung und Aufklärung
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.
 - **Artikel 6:** Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
 - **Artikel 7:** Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

- **Artikel 8:** Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

• **Europäischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege „Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftige Menschen“ (WeDO 2012):**

- die Menschenrechte und Menschenwürde achten (Grundrechte, Freiheiten)
 - personenzentriert sein (Flexibilität, Chancengleichheit, Lebensqualität)
 - präventiv und rehabilitativ sein, d.h. darauf ausgerichtet sein (Zustandsverschlechterungen verhindern und Selbstständigkeit fördern)
 - verfügbar sein (bedürfnisorientiert, Wahlfreiheit)
 - zugänglich sein (objektive Beratung, Erreichbarkeit)
 - erschwinglich sein (kostenfrei oder derart kalkuliert, dass die Lebensqualität erhalten bleiben kann)
 - umfassend sein (ganzheitlich)
 - kontinuierlich sein (lückenlos)
 - ergebnisorientiert und evidenzbasiert sein (nutzenorientiert, auf Wohlbefinden und Unabhängigkeit ausgerichtet)
 - transparent sein (Kosten, unaufgeforderte Mitteilungen über Änderungen)
 - auf Gender und Kultur der älteren Menschen eingehen (bedürfnisspezifisch)
- Qualitativ hochwertige Pflege sollte dieser Publikation zur Folge folgende Aspekte umfassen:
- Misshandlungen und Vernachlässigung älterer Menschen auch präventiv bekämpfen
 - Älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen Partizipationsmöglichkeiten eröffnen
 - Gute Arbeitsbedingungen garantieren
 - In die Mitarbeiter investieren
 - Eine angemessene physische Infrastruktur aufbauen
 - Auf Partnerschaft beruhen (Kooperation aller Betroffenen)
 - Ein System verantwortungsvoller Führung (good governance) entwickeln
 - Eine angemessene Kommunikation und Aufklärung gewährleisten

• **Pflege nach SGB XI (§ 28 und Leistungsarten)**

- Medizinische Behandlungspflege
- Beratung zur pflegerischen Versorgung
- Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft
- Zusätzliche Betreuungsleistungen

- Allgemeine Anleitung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
 - Soziale Betreuung und zusätzliche soziale Betreuung
 - Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Pflege-) Hilfsmitteln
 - Verhinderungspflege
 - Sterbebegleitung
 - Kurse für pflegende Angehörige
 - Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Gleichgeschlechtlichkeit, Selbstbestimmung
 - Vorrang von Prävention und med. Reha
 - Pflege nach aktuellem Stand des Wissens
 - Aktivierende Pflege
 - Grundpflege
 - Wirtschaftlichkeit
 - Zusätzliche Leistungen für Wohngruppen (organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten)
 - Zusatzleistungen
 - Qualitätsverantwortung
 - Expertenstandards
 - Verantwortliche Pflegefachkraft
 - Internes Qualitätsmanagement
 - Vermittlung ehrenamtlicher Helfer oder sonstiger niedrigschwelliger Hilfen
 - Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
 - Pflege von Menschen mit Behinderungen
 - Hygiene
 - Selbstbestimmung
- **Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) § 3**
Ausbildungsziel / Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates
 - Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
 - Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
 - Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
 - Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
 - eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,

- Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
 - Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
 - interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.
- **Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) § 3**
- Ausbildungsziel / Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates**
- die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
 - die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
 - die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
 - die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,
 - die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
 - die umfassende Begleitung Sterbender,
 - die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,
 - die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
 - die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte
 - die Anleitung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfen und die Beratung pflegender Angehöriger
- **Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates**
- I. Professionell Pflegende sind verpflichtet, ihren Beruf entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auszuüben. Sie müssen sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften informieren und sie beachten.
 - II. Professionell Pflegende üben die Pflege ohne Wertung des Alters, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, des Glaubens, der Hautfarbe, der Kultur, der Nationalität, der politischen Einstellung, der Rasse oder des sozialen Status aus.

- III. Eigenverantwortliche Aufgaben professionell Pflegender sind:
- Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
- Beratung, Anleitung und Unterstützung von Leistungsempfängern und ihrer Bezugspersonen
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes oder der Ärztin.
- Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung sind:
- eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
- Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen.
- Professionell Pflegende arbeiten interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen. Sie entwickeln multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen.

Berufspflichten sind:

- Schweigepflicht
- Auskunftspflicht
- Beratungspflicht
- Dokumentationspflicht
- Fortbildung

• Expertenstandards in der Pflege

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat in den letzten Jahren sieben Expertenstandards (bis zum Stand der Sitzungen der AG) entwickelt und mitunter aktualisiert:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement in der Pflege

Aus diesen Expertenstandards gehen konkrete Aufgaben für die Pflege bezogen auf die fachlichen Schwerpunkte hervor:

- Aktuelles Wissen aneignen
- Risiken erkennen

Fachgerechtes Handeln

- Dokumentation
- Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen
- Anleitung, Schulung, Beratung (Patientenedukation)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Evaluation

Die zugrunde gelegten Quellen werden von allen Mitgliedern der AG unter Moderation und Beratung der beteiligten Wissenschaftlerinnen konsentiert.

In **Schritt 2 nach dem nominalen Gruppenkonsensverfahren** analysiert jedes Mitglied die aus seiner Sicht relevanten Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung. Dafür liest jedes Mitglied im Vorfeld einer Arbeitsgruppensichtung die zugrunde gelegte Literatur und arbeitet individuell auf der Grundlage eines Verständnisses von Kennzeichen/Merkmalen der Pflege entsprechende Kennzeichen der Pflege heraus.

In **Schritt 3 nach dem nominalen Gruppenkonsensverfahren** werden die Kennzeichen/Merkmale je Dokument in eine tabellarische Übersicht gesammelt (s. Anhang 1). Diese werden in eine gemeinsame Tabelle überführt. Es werden 97 Kennzeichen identifiziert (s. Anhang 2). Anschließend erfolgt eine Überprüfung auf Redundanzen. Redundante Kennzeichen werden aus der Liste gelöscht. Als Ergebnis dieses Arbeitsschrittes liegt eine tabellarische Übersicht ausgewählter Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung in einer synoptischen Übersicht vor (s. Anhang 3).

In mehreren Sitzungen werden die analysierten Begriffe kritisch diskutiert und bewertet inhaltsanalytisch daraufhin überprüft, ob und inwiefern sie Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung darstellen (**Schritt 4**). Dafür wird eine strukturierende Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012) durchgeführt. Die in mehreren Schritten erarbeitete Tabelle wird dabei als Profilmatrix genutzt (s. Anhang 3). Alle diese aufgeführten Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung werden themenorientiert betrachtet und auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten analysiert (Kuckartz 2012). Dabei ist die Frage leitend, ob dieser Begriff die pflegerische Versorgung in ihrer Dienstleistung darstellt und ihr zuordnenbar ist. Auf diese Weise werden induktiv aus dem Datenmaterial und deduktiv basierend auf dem bestehenden Expertenwissen der Arbeitsgruppenmitglieder folgende Kategorien erarbeitet: Leistungsarbeiten, direkte pflegerische Handlungen, indirekte wirksame Handlungen, Handlungsmaxime, Rahmenbedingungen, Beziehungsgestaltung und Sonstiges. Somit wird eine konsensuelle Kategorisierung erreicht (ebd. 2012). Auf dieser Grundlage wird es möglich, die Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung den Kategorien zuzuordnen und eine weitere Reduktion zu erreichen. Nach Beendigung dieses

Prozesses werden insgesamt 50 Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung erarbeitet, die in nachfolgender Tabelle (Tabelle 5) dargestellt werden.¹⁰

	Vorläufige Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung
1	Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege
2	Umsetzung Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
3	Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege
4	Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege
5	Aktivierende Pflege
6	Umsetzung Pflegeprozess
7	Selbstbestimmung/Selbstständigkeit
8	Sicherheit/Unversehrtheit
9	Förderung sozialer Kontakte
10	Förderung eigenständiger Lebensführung
11	Kommunikation
12	Gesundheitsförderung/Prävention
13	Teilhabe an der Gesellschaft (inkl. Pflege von Menschen mit Behinderung)
14	Grundpflege
15	Körperbezogene Interventionen
16	Beziehungsgestaltung (inkl. Aspekte der Pflegebeziehung)
17	Kooperation/Koordination (inkl. Vermittlung ehrenamtlicher Helfer oder sonstiger niedrigschwelliger Hilfen)
18	Pflegeplanung
19	Unterstützung von Angehörigen
20	Expertenstandard chronische Wunden
21	Expertenstandard Harnkontinenz
22	Medizinische Behandlungspflege
23	Dokumentation
24	Evaluation
25	Pflegefachlichkeit
26	Unterstützung kognitiver Interventionen
27	Unterstützung Tagesstrukturierung
28	Biografiearbeit
29	Individuelle Pflege (inkl. Pflege von Menschen mit Behinderungen)
30	Betreuungsleistungen (Allgemeine Anleitung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, Soziale Betreuung und zusätzliche soziale Betreuung, Zusätzliche Betreuungsleistungen)
31	Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Gleichgeschlechtlichkeit
32	Förderung des Selbstvertrauens

¹⁰ Die analysierten Kennzeichen/Merkmale zur Qualität der pflegerischen Versorgung bewegen sich auf einem unterschiedlichen Abstraktionsniveau. Es ist davon auszugehen, dass einige dieser Kennzeichen/Merkmale auch in einem engen Zusammenhang miteinander stehen (z. B. Pflegeplan und Dokumentation). Die weiteren noch zu erfolgenden Recherchen und Beschreibungen der Kennzeichen/Merkmale werden ermöglichen, die Abstraktionsniveaus und inhaltlichen Zusammenhänge darzustellen und zu ordnen.

33	Privatsphäre/ Intimsphäre
34	Menschenwürde
35	Sterbebegleitung (und SAPV, Palliativversorgung)
36	Wertschätzung (Aufklärung)
37	Pflegerische Beratung/Schulung/Edukation
38	Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen
39	Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel (inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)
40	Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften
41	Internes Qualitätsmanagement
42	Verantwortliche Pflegefachkraft
43	Qualitätsverantwortung
44	Fortbildung
45	Sicherung und Entwicklung der Qualität
46	Hygiene
47	Personalentwicklung
48	Arbeitsbedingungen
49	Wirtschaftlichkeit
50	Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft

Tabelle 5: Vorläufige Liste Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Diese Liste wird im begleitenden Steuerungskreis vorgestellt und von ihm zur Kenntnis genommen. Sie bildet die Grundlage für eine differenzierte Beschreibung der Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung, um die weiteren Schritte (Bestimmung Kriterien und Indikatoren) vornehmen zu können.

4.3 Darstellung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Insgesamt wurden mit diesem Verfahren 50 Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung generiert (s. Kapitel 4.2). Diese müssen in einem weiteren Schritt auf der Grundlage systematischer Literaturrecherchen beschrieben werden, um eine wissenschaftlich fundierte Basis für die Entwicklung der jeweiligen Kriterien und Indikatoren zu bilden.

Die Recherche wurde mit einer Suchstrategie durchgeführt, die für jedes Kennzeichen/Merkmal zur Qualität der pflegerischen Versorgung neu entwickelt wurde. Der Suchstrategie liegt eine Fragestellung für jedes Kennzeichen/Merkmal zugrunde. Es wurden Schlagwörter/Suchbegriffe durch Orientierungsrecherchen, Suche in Schlagwortregistern und von Synonymen gebildet. Die gefundenen Schlagwörter/Suchbegriffe wurden ins

Englische übersetzt und validiert. Die Erfahrungen zeigten, dass die Recherchestrategien je Kennzeichen/Merkmal auf die entsprechenden Datenbanken angepasst werden mussten. Die Recherchen wurden in folgenden Datenbanken durchgeführt: Medpilot, Embase, Psynindex, PsycInfo, PubMed (Medline), Cochrane Library, CINAHL, GeroLit, Carelit. Darüber hinaus erfolgte eine Handrecherche in pflegerelevanten Zeitschriften wie „Die Schwester/Der Pfleger“, „Pflegerzeitschrift“, „Pro Alter“ u.w.m. Um Veröffentlichungen zu erfassen, die bspw. Ergebnisse ministeriell oder institutionell geförderter Projekte darstellen, wurden Recherchen in Suchmaschinen wie bspw. „google“, „google scholar“ u.w.m. mit den Schlagwörtern je Kennzeichen/Merkmal durchgeführt. Die gefundenen Quellen wurden nach Titel und Abstract protokolliert und organisiert.

Die Durchführung der Recherche zeigte, dass die meisten Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden können (s. Kapitel 2, Kapitel 3 und Kapitel 4). Für die Recherche zum Kennzeichen „Kommunikation“ können folgende vier Sichtweisen aufgeführt werden:

- Förderung der Kommunikationsfähigkeit bei Pflegebedürftigen
- Gestaltung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen
- Gestaltung der Kommunikation zwischen Pflegenden
- Gestaltung der einrichtungsübergreifenden Kommunikation zwischen Pflegenden und anderen Berufsgruppen.

Das Kennzeichen/Merkmal „Gesundheitsförderung“ kann in folgender Weise differenziert werden:

- Gesundheitsförderung der Pflegebedürftigen
- Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (der Pflegepersonen)

Für das Kennzeichen/Merkmal „Beziehungsgestaltung“ sind drei Sichtweisen möglich:

- Beziehungsgestaltung zwischen beruflich Pflegenden und Pflegebedürftigen
- Aufrechterhaltung von Beziehungen des Pflegebedürftigen zum bestehenden sozialen Netzwerk
- Aufrechterhaltung von Beziehungen der pflegenden Angehörigen zum sozialen Netzwerk

Demgemäß war erforderlich, jedes Kennzeichen/Merkmal für die Qualität der pflegerischen Versorgung vor der systematischen Recherche aufzuarbeiten und die infrage kommenden Perspektiven zu analysieren, um eine strukturierte Suche beginnen zu können. Des Weiteren wird mit dieser Aufarbeitung gewährleistet, dass die Multidimensionalität der Kennzeichen/Merkmal für die Qualität der pflegerischen Versorgung in der Recherche und

Beschreibung berücksichtigt wird. Gegebenenfalls musste im Vorfeld festgelegt werden, welche der differenzierten Perspektiven für die systematische Recherche zugrunde zu legen sind. Es ist möglich, alle Sichtweisen in die Suchstrategie und Recherche einfließen zu lassen. Abhängig vom zugrunde gelegten Qualitätsverständnis wurden jedoch einige Perspektiven nicht berücksichtigt. Dies war entsprechend zu begründen.

Die recherchierte und zugrunde gelegte Literatur je Kennzeichen/Merkmal wurde nach folgendem Codierschema durchgearbeitet, um eine strukturierte Analyse und Beschreibung der Merkmale zu erreichen.

Leitfragen für die Textanalyse	Codierung
Liegt eine wissenschaftliche Arbeit vor oder wird auf wissenschaftliche Arbeiten verwiesen?	Studie
Wird im Text das Kennzeichen/Merkmal definiert?	Definition
Werden rechtliche Aspekte zu diesem Kennzeichen/Merkmal benannt/beschrieben?	Rechtslage
Werden Mindeststandards formuliert oder auf solche verwiesen?	Standard
Werden Richtlinien formuliert oder auf solche verwiesen?	Richtlinie
Werden Aspekte beschrieben, die für eine Qualitätsmessung von Bedeutung sind/sein können?	Qualitätsmessung
Werden im Text Kriterien für das Kennzeichen/Merkmal benannt oder auf solche verwiesen?	Kriterien
Gibt es Hinweise auf Indikatoren?	Indikatoren

Tabelle 6: Codierschema

Nach Recherche und Analyse der Literatur zu den jeweiligen Kennzeichen/Merkmal für die Qualität der pflegerischen Versorgung wurden nach folgendem Schema beschrieben:

- Rechercheleitende Frage
- Zusammenfassende Kennzeichen-/Merkmalsbeschreibung
- Stand der Literatur
- Rechtliche Aspekte
- Gibt es Mindeststandards
- Gibt es Mindestanforderungen
- Gibt es zentrale Aspekte, die für Qualitätsmessung von Bedeutung sind?
- Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?
- Literaturverzeichnis

Auf der Grundlage dieses dargestellten Verfahrens wurden alle Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung beschrieben. In zwei Anhang Bänden werden alle

recherchierten und beschriebenen Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung vorgestellt. Die Such- und Rechercheverläufe der Literaturrecherchen zu den 50 Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung werden in einem separaten Anlageband aufgeführt.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Ein systemisch und theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis erfordert mehrere aufeinander aufbauende Schritte. Dazu gehört u.a., die abstrakt formulierten Definitionen zu Qualität in der Pflege inhaltlich zu füllen. Eine nähere Betrachtung zeigt, dass die bedeutsamen Begriffe in diesen Definitionen „Kennzeichen/Merkmale“, „Kriterien“ und „Indikatoren“ darstellen. Für eine systematische Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen in der Pflege ist demzufolge eine Bestimmung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung eine relevante Grundlage. In dieser Arbeitsgruppe wurden sie inhaltsanalytisch auf der Grundlage von relevanten und gesellschaftlich anerkannten Literaturquellen aufgearbeitet, da kein allgemeingültiges Verständnis von professioneller Pflege im Setting der Langzeitpflege vorliegt. In einem Expertenkonsensverfahren, das sich an der Methode des nominalen Gruppenprozesses orientiert, wurden insgesamt 50 Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung analysiert. Davon wurden bereits 19 auf der Grundlage systematischer Literaturrecherchen und –analysen beschrieben. In dieser Analyse und Beschreibung der Kennzeichen/Merkmale zur Qualität der pflegerischen Versorgung der Pflege wurde deutlich, dass diese abhängig von unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und beschrieben werden können. Mit diesem Befund kann belegt werden, dass die Qualität in der Pflege multidimensional und abhängig von Perspektive der Beteiligten ist. Ein systemisches Qualitätsverständnis bildet die Grundlage, diese vielfältigen Ebenen und Perspektiven zu berücksichtigen. Es ist demzufolge erforderlich, die Kennzeichen/Merkmale, Kriterien und Indikatoren in ein Qualitätsmodell einzubetten, das die systemischen Wirkungen in der Erbringung von Qualität sowie die unterschiedlichen Perspektiven auf Qualität in der Pflege und die Kritik an einem linearen Verständnis von Qualität aufnimmt. Bislang fehlt eine Evidenz für die Annahmen, dass Strukturindikatoren auf Prozesse und Ergebnisse oder Prozessindikatoren auf Ergebnisindikatoren einen Einfluss haben.

Die nächsten Schritte werden sein, nach systematischer Beschreibung aller identifizierten Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung die entsprechenden Kriterien und Indikatoren zu entwickeln, die die Grundlage für das Bewertungsniveau darstellen.

6 Literatur

- Arah, O. et al. (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. In: International Journal for Quality in Health Care September: 5-13
- Arling, G. et al. (2005): Future Developments of Nursing Home Quality Indicators. The Gerontologist 45:2:147-156
- Behrens, J., Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. überarbeitete u. ergänzte Aufl. Huber Verlag: Bern
- Beikirch, E. et al. (2014): Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Abschlussbericht.“ Berlin, Witten
(http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen__fin20140415_sicher.pdf)
- Benes, G., Groh, P. (2011): Grundlagen des Qualitätsmanagements. 1. Aufl. München: Carl Hanser Verlag
- Berger, B., Tegtmeier, R. (im Erscheinen): Qualität in der Langzeitpflege. In: Brandenburg, H., Güther, H. (Hrsg.): Gerontologische Pflege – Grundlegung und Perspektiven für die Langzeitpflege. Hans Huber: Bern (im Erscheinen)
- Besche, A. (2015): Die Pflegeversicherung. 7. Auflage. Köln: Bundesanzeiger Verlag
- Beyer, M. et al. (2011): Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 105:1:13-20
- Blum, K.; Offermanns, M.; Perner, P. (2008): Krankenhaus Barometer. Neuordnung pflegerischer und ärztlicher Aufgaben gehört zusammen. In: Die Schwester, der Pfleger 47:12
- Blumenstock, G. (2011): Zur Qualität von Qualitätsindikatoren. In: Bundesgesundheitsblatt 54:154-159
- Brandenburg, H. (1998): Kooperative Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegewissenschaft. In: Klie, T. (Hrsg.): Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. Freiburg im Breisgau. S. 52-77

- Brunen, M. et al. (2001): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. 2. Aufl. Hannover Schlütersche
- Büscher, A., Horn, A. (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. P 10-145 Institut für Pflegewissenschaft: Bielefeld
- Campbell, S.M. et al. (2000): Defining quality of care. In: Social Science & Medicine 51:1611-1625
- Dahlgaard, K. (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden - Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegenden. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104:1
- Delbecq, A.L. et al. (2004): Group Techniques for Programm Planning. A Guide to Nominal Groups and Delphi Process. University of Minnesota: Mineapolis. Reprint
- Deutscher Bildungsrat (2004): Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegenden. Deutscher Pflegerat e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft für Pflege- und Hebammenwesen. Online verfügbar unter <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf>
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Gesetzliche Bezugnahmen auf die Pflege-Charta. Online verfügbar unter <http://www.pflege-charta.de/umsetzung-der-pflege-charta/gesetzliche-bezugnahmen-auf-die-pflege-charta.html>, zuletzt geprüft am 03.04.2013
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2005): Quality management systems – Fundamentals vocabulary (ISO 9000:2005); Trilingual version EN ISO 9000:2005 (12th ed), Berlin: Beuth Verlag
- DNQP (Hg.) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- DNQP (Hg.) (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Online verfügbar unter <http://vzlbs2.gbv.de:80/DB=41/PPNSET?PPN=549865357>.
- DNQP (Hg.) (2009a): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für

- Qualitätsentwicklung in der Pflege). Online verfügbar unter <http://vzlbs2.gbv.de:80/DB=41/PPNSET?PPN=388218797>.
- DNQP (Hg.) (2009b): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Online verfügbar unter <http://vzlbs2.gbv.de:80/DB=41/PPNSET?PPN=60530081X>.
- DNQP (Hg.) (2010a): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. 1. Aufl. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- DNQP (Hg.) (2010b): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Online verfügbar unter <http://vzlbs2.gbv.de:80/DB=41/PPNSET?PPN=627714684>.
- DNQP (Hg.) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011. 1. Aufl. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege)
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, H. No. 3, Part. 2, S. 166–206
- Donabedian, A. (1980): Explorations in quality assessments and monitoring. Ann Arbor, MI, Health Administration Press
- Donabedian, A. (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly 83:4:691-729 (preprinted from the Milbank Memorial Fund Quarterly 44:3:166-203; style and usage are unchanged
- Dyck, M.J. (2005): Evidence-based Administrative Guideline. Quality Improvement in Nursing Homes. In: Journal of Gerontological Nursing 31:2:4-10
- Eberlein-Gonska, M. (2011): Was ist an Qualitätsmanagement evidenzbasiert? Reflexionen über eine scheinbar einfache Frage. In: Bundesgesundheitsblatt 54:148-153
- Elsbernd, A. et al. (2010): Praxisstandards und Qualitätsindikatoren in der Pflege. Qualitätsinstrumente am Beispiel der stationären Altenpflege. Lage: Jacobs
- Enquetekommission im Landtag NRW (2005): Abschlussbericht. Situation und Zukunft der Pflege

- Frommelt, M. et al. (2008): Pflegeberatung und Pflegestützpunkte: Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung und das Case Management. In: Case Management 5 (Sonderheft)
- Gallagher, R.M., Rowell, P.A. (2003): Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators. In: Nurs Admin Q 27:4.273-83
- Geraedts, M. et al. (2002): Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Meßgrößen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 96:2:155-172
- Geraedts, M. et al. (2011): Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege. Aktuelle Entwicklungen und Besonderheiten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2:185-193
- Görres, S. (1998): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektivem am Beispiel des Krankenhauses. Verlag Hans Huber: Bern u.a. Görres, S. et al. (2008): Gutachten zu den Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V. Bremen: iap expert GmbH
- Görres, S. et al. (2008): Gutachten zu den Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V. Bremen: iap expert GmbH
- Halber, M. (2003): Qualitätsindikatoren und Transparenz?! Eine Einführung in Indikatoren und ihre Probleme. In: Pfaff, M. (et al.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung. In: Verlag Hans Huber: Bern, S. 117-120
- Hasseler, M., Fünfstück, M. (2012): Die Erstellung und Erprobung von Qualitätsberichten nach § 12 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) in Rheinland-Pfalz. Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung. Langversion, Abschlussbericht
- Hasseler, M.; Wolf-Ostermann, K. (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen inklusive Empfehlungen des Beirates zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen. Berlin 2010
- Hasseler, M., Fünfstück, M. (2015): Entwicklung, Einführung und Evaluation von Kriterien und des Verfahrens von Prüfergebnissen nach § 31 Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG)“, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg (<http://www.hamburg.de/contentblob/4506012/data/gutachten-hmbwbwg.pdf>)

- Henkel, M. (2008). Qualitätsberichte in der stationären Altenpflege. Potenzial und Ausgestaltungsmöglichkeiten. Diplomarbeit. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Sozialwissenschaften (letzter Zugriff am: 09.04.2010: http://www.careeffects.de/pdf/Qualitaetsberichte_in_der_Altenpflege.pdf)
- Heslop, L., Lu, S. (2014): Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. In: Journal of Advanced Nursing 70:11:2469-2482
- Hibbeler, B. (2011): Ärzte und Pflegekräfte: Bei Konflikten geht es oft um die Aufgabenverteilung und Hierarchien. In: Deutsches Ärzteblatt : Ausgabe A, Praxis-Ausgabe: niedergelassene Ärzte 108:21
- Hutchinson, A. et al. (2010): The Resident Assessment Instrument Minimum Data Set 2.0 quality indicators. BMC Health Services Research 10, 166
- Joint Commission (2013a): Core Measure Sets. Joint Commission. Online verfügbar unter http://www.jointcommission.org/core_measure_sets.aspx, zuletzt geprüft am 26.05.2013.
- Joint Commission (2013b): ORYX Non-Core Measure Information. Hg. v. Joint Commission. Online verfügbar unter http://www.jointcommission.org/oryx_non-core_measure_information/, zuletzt geprüft am 26.05.2013.
- Joint Commission (2013c): Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures (v2013A1). Joint Commission. Online verfügbar unter <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2013A/IntroductionTJC.html>, zuletzt geprüft am 26.05.2013
- Kämmer, K. (1998): Pflegemangement in Altenpflegeeinrichtungen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation. 3. Aufl. Hannover: Schlütersche
- Kol, Y. et al. (2007): Evaluation of the Nursing Outcomes Classification (NOC) – From Theory to Practice in Israel. In: Outcomes Management 7:3:121-127
- Köpke, S., Meyer, G. (2010): Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung: Eine Aufgabe für die Pflege? In: Pflegezeitschrift 63:1
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. Nomos-Verl.Ges. Baden-Baden
- Krohwinkel, M. (2007): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System – Entstehung, Entwicklung und Anwendung. 2. überarbeitete u. erweiterte Aufl. Hans Huber: Bern.

- Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa, Weinheim und Basel
- Logido-Quigley, H. et al. (2008): Assuring the quality of health care in the European Union. A Case for action. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark.
- Mainz, J. (2003): Defining classifying clinical indicators for quality improvement. In: International Journal for Quality in Health Care 15:6:523-530
- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Entwicklung eines internen Qualitätsmanagementsystems (2011)
- Mitchell, P. H., Lang, N.M. (2004): Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality. Has the Quality Health Outcomes Modell Been Useful? In: Medical Care 42:2:II-4-II-11
- Mitchell, P.H. et al. (1998): Quality Health Outcomes Model. In: Journal of Nursing Scholarship 30:1:43-46
- Mittnacht, B. (2010): Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. Entwicklungstrends und Perspektiven. Lage: Jacobs
- Mittnacht, B. et al. (2006): Bewertung der Qualitätsaktivitäten in den verschiedenen Betreuungssystemen. In: Görres, S. et al. (Hrsg.): Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Genesis, Strukturen und künftige Ausrichtung in der Betreuung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf. C.F. Müller. Heidelberg, S. 177-202
- Nakrem, S. et al. (2009): Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. In: International Journal of Nursing Studies 46 (6), S. 848–857
- OECD (2006): Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper
- OECD (2006): Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework. OECD Health Working Papers, No. 23, OECD Publishing
- Reiter, A. et al. (2007): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. BQS Düsseldorf, Universität Düsseldorf, Universität Freiburg
- Rubin, H.R. et al. (2001): From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. In: International Journal for quality health care 6:489-496

- Seghezzi, H. D- et al. (2007): Integriertes Qualitätsmanagement. Der St. Galler Ansatz. München: Hanser
- Sidani, S. et al. (2004): A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. In: Journal of Nursing Scholarship First Quarter:60-65
- Stolle, C. (2012): Wirkungen und Effekte des Resident Assessment Instrument (RAI Home Care 2.0) in der ambulanten Pflege in Deutschland. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde Dr. Public Health an der Universität Bremen. Bremen 2012
- Vaarama, M. (2009): Care-related quality of life in old age. In: Eur J Ageing 6:113-125
- Wagner, Michael (2010): Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen. Kohlhammer Verlag: Stuttgart
- Waidkamp-Maicher, M. (2014): Kennzeichen der Lebensqualität in der Pflege. Präsentation der Ergebnisse aus der AG Qualitätsverständnis vom 29.10.2014
- Walshe, K. (2007): Understanding what works - and why - in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. In: International Journal for Quality in Health Care 19:2:57-59
- WeDO (2012): Europäischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege. Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Hg. v. WeDO - Für Würde und Wohlbefinden älterer Menschen. Online verfügbar unter http://projekte.bagso.de/fileadmin/user_upload/redaktion/WeDO/Downloads/24171_WeDo_brochure_A4_48p_DE_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 17.04.2013.
- Werner, R.M. et al. (2013): Quality improvement under Nursing Home Compare: The Association between Changes in Process and Outcome. In: Med Care 51:7:582-588
- Wollersheim, H. et al. (2007): Clinical indicators: development and applications. In: The Netherlands Journal of Medicine 65:1:15-22

Anhang

Anhang 1 Analyse Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Anhang 2 Übersicht der ausgewählten Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung (Mehrfachnennungen wurden gestrichen)

Anhang 3 Identifizierte Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Anhang 1 Analyse Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

	Fachliche Anforderung und Aufgaben der Pflege	SGB XI	SGB V	KrPflg § 3 / Rahmenberufsordnung Deutscher Pflegerat	AltPflg § 3	Expertenstandards
Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung/Prävention • Pflegeplan/ Pflegeprozess • Sterbebegleitung • Autonomie/ Selbstbestimmung • Körperbezogene Interventionen • Kommunikation • Beziehungsgestaltung • Unterstützung Tagesstrukturierung • Beratung/Schulung /Eduktion • Aktivierende Pflege • Kooperation/ Koordination • Individuelle Pflege • Pflegefachlichkeit • Unversehrtheit/ Sicherheit • Unterstützung von Angehörigen • Teilhabe an der Gesellschaft • Wertschätzung (Aufklärung) • Umgebungsgestaltung/ Hilfsmittel • Kulturelle/religiöse Selbstbestimmung • Arbeitsbedingunge 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Behandlungspflege • Beratung zur pflegerischen Versorgung • Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft • Zusätzliche Betreuungsleistungen • Allgemeine Anleitung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz • Soziale Betreuung und zusätzliche soziale Betreuung • Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Pflege-) Hilfsmitteln usw. • Sterbebegleitung • Kurse für pflegende Angehörige • Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Gleichgeschlechtlichkeit, Selbstbestimmung • Vorrang von Prävention und med. Reha • Pflege nach aktuellem Stand des 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauswirtschaftliche Leistungen • Medizinische Behandlungspflege • SAPV 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschenwürde • Pflegeprozess • Dokumentation • Sicherung und Entwicklung der Qualität • Beratung/Anleitung/ • Edukation • Einleitung von • Sofortmaßnahmen • Behandlungspflege • Humanitäre Pflege • Interprof. Zusammenarbeit • Schweigepflicht • Auskunftspflicht • Fortbildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachlichkeit • Pflegeprozess • Behandlungspflege • Umsetzung geriatrischer Reha • Sicherung und Entwicklung der Qualität • Sterbebegleitung • Gesundheitsförderung • Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften • Betreuung und Beratung Pflegebedürftigen • Förderung sozialer Kontakte • Förderung eigenständige Lebensführung • Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe • Beratung pflegender Angehöriger 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelles Wissen aneignen • Risiken erkennen • Fachgerechtes Handeln • Dokumentation • Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen • Anleitung, Schulung, Beratung, Edukation • Interdisziplinäre Zusammenarbeit, • Evaluation

	<p>n</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalentwicklung • Betreuung bei Krankheit und Rehabilitation • Förderung des Selbstvertrauens • Privatsphäre/ Intimsphäre • Wirtschaftlichkeit • Unterstützung Kognitive Interventionen • Good Governance • Ganzheitlichkeit • Aspekte der Pflegebeziehung • Individualität • Biografiearbeit • Selbständigkeit 	<p>Wissens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivierende Pflege • Grundpflege • Wirtschaftlichkeit • Zusätzliche Leistungen für Wohngruppen (organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten) • Qualitätsverantwortung • Umsetzungsrelevanter Expertenstandards • Verantwortliche Pflegefachkraft • Internes QM • Vermittlung ehrenamtlicher Helfer oder sonstiger niedrigschwellige Hilfen • Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen • Pflege von Menschen mit Behinderungen • Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen • Pflege von Menschen mit Behinderungen • Hygiene • Selbstbestimmung 				
--	---	---	--	--	--	--

Anhang 2 Übersicht der ausgewählten Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

(Mehrfachnennungen wurden gestrichen)

	Fachliche Anforderung und Aufgaben der Pflege	SGB XI	SGB V	KrPflG § 3 / Rahmenberufsordnung Deutscher Pflegerat	AltPflG § 3	Expertenstandards
Kennzeichen/ Merkmale der pflegerischen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung/ Prävention (inkl. Reha) • Pflegeplan/Pflegeprozess • Sterbebegleitung (und SAPV/Palliativversorgung) • Autonomie/Selbstbestimmung • Körperbezogene Interventionen • Kommunikation • Beziehungsgestaltung (Aspekte der Pflegebeziehung) • Unterstützung Tagesstrukturierung • pflegerische Beratung/Schulung /Edukation (inkl. Einbeziehung soziales Umfeld, Kurse pflegende Angehörige) • Aktivierende Pflege • Kooperation/Koordination (interprofessionelle/-sektoral, Vermittlung ehrenamtlicher Helfer oder sonstiger niedrigschwellige Hilfen) • Individuelle Pflege (inkl. Pflege von Menschen mit Behinderung, Ganzheitlichkeit) • Pflegefachlichkeit • Unversehrtheit/Sicherheit • Unterstützung von Angehörigen • Teilhabe an der Gesellschaft • Wertschätzung (Aufklärung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Behandlungspflege • Grundpflege • Beratung zur pflegerischen Versorgung • Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft • Betreuungsleistungen (Allgemeine Anleitung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, soziale Betreuung und zusätzliche soziale Betreuungsleistungen) • Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen (Pflege-) Hilfsmitteln usw. • Sterbebegleitung • Kurse für pflegende Angehörige • Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Gleichgeschlechtlichkeit, Selbstbestimmung • Vorrang von Prävention und med. Reha • Pflege nach aktuellem Stand des Wissens • Aktivierende Pflege • Grundpflege • Wirtschaftlichkeit • Qualitätsverantwortung 	<ul style="list-style-type: none"> • Hauswirtschaftliche Leistungen • Medizinische Behandlungspflege • SAPV 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschenwürde • Pflegeprozess • Dokumentation • Sicherung und Entwicklung der Qualität • Beratung/Anleitung/ Edukation • Einleitung von Sofortmaßnahmen • Behandlungspflege • Humanitäre Pflege • Interprof. Zusammenarbeit • Schweigepflicht • Auskunftspflicht (Wertschätzung) • Fortbildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachlichkeit • Pflegeprozess • Behandlungspflege • Umsetzung geriatrischer Reha • Sicherung und Entwicklung der Qualität • Sterbebegleitung • Gesundheitsförderung • Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften • Betreuung und Beratung Pflegebedürftigen • Förderung sozialer Kontakte • Förderung eigenständiger Lebensführung • Anregung und Begleitung von Familien und Nachbarschaftshilfe • Beratung pflegender Angehöriger 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelles Wissen aneignen • Risiken erkennen • Fachgerechtes Handeln • Dokumentation • Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen • Anleitung, Schulung, Beratung, Edukation • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Evaluation

	<ul style="list-style-type: none"> • Umgebungsgestaltung/ Hilfsmittel (inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) • Kulturelle/religiöse Selbstbestimmung • Arbeitsbedingungen • Personalentwicklung • Betreuung bei Krankheit und Reha • Förderung des Selbstvertrauens • Privatsphäre/ Intimsphäre • Wirtschaftlichkeit • Unterstützung Kognitive Interventionen • Ganzheitlichkeit • Good Governance • Aspekte der Pflegerbeziehung • Individualität • Biografiearbeit • Selbständigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung relevanter Expertenstandards • Verantwortliche Pflegefachkraft • Internes QM • Vermittlung ehrenamtlicher Helfer oder sonstiger niedrigschwellige Hilfen • Pflege von Menschen mit Behinderungen • Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen • Pflege von Menschen mit Behinderungen • Hygiene • Selbstbestimmung 				
--	---	--	--	--	--	--

Legende: Durchgestrichene Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung kommen mehrmals vor

Anhang 3 Identifizierte Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

	Fachliche Anforderung und Aufgaben der Pflege	SGB XI	SGB V	KrPflG § 3 / Rahmenberufsordnung Deutscher Pflegerat	AltPflG § 3	Expertenstandards
Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung/Prävention (inkl. Reha) • Pflegeplan/Pflegeprozesse • Sterbebegleitung (und SAPV/Palliativversorgung) • Autonomie/Selbstbestimmung • Körperbezogene Interventionen • Kommunikation • Beziehungsgestaltung (Aspekte der Pflegebeziehung) • Unterstützung Tagesstrukturierung • pflegerische Beratung/Schulung/Eduktion (inkl. Einbeziehung soziales Umfeld, Kurse pflegende Angehörige) • Aktivierende Pflege • Kooperation/Koordinatio n (interprofessionelle/-sektoral, Vermittlung ehrenamtlicher Helfer oder sonstiger niedrigschwellige Hilfen) • Individuelle Pflege (inkl. Pflege von Menschen mit Behinderung, Ganzheitlichkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Behandlungspflege • Grundpflege • Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft • Betreuungsleistungen (Allgemeine Anleitung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, soziale Betreuung und zusätzliche soziale Betreuungsleistungen) • Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Gleichgeschlechtlichkeit, Selbstbestimmung • Qualitätsverantwortung • Umsetzung relevanter Expertenstandards • Verantwortliche Pflegefachkraft • Internes QM • Hygiene 		<ul style="list-style-type: none"> • Menschenwürde • Dokumentation • Sicherung und Entwicklung der Qualität • Fortbildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften • Förderung sozialer Kontakte • Förderung eigenständiger Lebensführung 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen • Evaluation

	<ul style="list-style-type: none">• Pflegefachlichkeit• Unversehrtheit/Sicherheit• Unterstützung von Angehörigen• Teilhabe an der Gesellschaft• Wertschätzung (Aufklärung)• Umgebungsgestaltung/ Hilfsmittel (inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)• Arbeitsbedingungen• Personalentwicklung• Förderung des Selbstvertrauens• Privatsphäre/ Intimsphäre• Wirtschaftlichkeit• Unterstützung Kognitive Interventionen• Aspekte der Pflegebeziehung• Individualität• Biografiearbeit• Selbständigkeit					
--	---	--	--	--	--	--

Teil 2

Durchführung einer systematischen
Literaturrecherche und Beschreibung
von 19 Kennzeichen/Merkmalen für die
Qualität in der pflegerischen Versorgung

Prof. Dr. Martina Hasseler, Professorin für Pflegewissenschaften

Mathias Fünfstück, Pflegewissenschaftler/Pflegemanager (M.Sc.), Dipl.-Pfleger (FH)

**Durchführung einer
systematischen Literaturrecherche
und Beschreibung von
Kennzeichen/Merkmalen für die
Qualität der pflegerischen
Versorgung**

Im Auftrag des GKV-Spitzenverband der Pflegekassen

Oktober 2014

Inhaltsverzeichnis

1 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege“	12
1.1 Rechercheleitende Frage	12
1.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	12
1.3 Stand der Literatur.....	13
1.4 Rechtliche Aspekte.....	14
1.5 Gibt es Mindeststandards?.....	14
1.6 Gibt es Mindestanforderungen?	17
1.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	18
1.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	19
1.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege“.....	19
2 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“	21
2.1 Rechercheleitende Frage	21
2.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	21
2.3 Stand der Literatur.....	21
2.4 Rechtliche Aspekte.....	23
2.5 Gibt es Mindeststandards?.....	23
2.6 Gibt es Mindestanforderungen?	26
2.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	26
2.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	31
2.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege“	31
3 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“	33
3.1 Rechercheleitende Frage	33
3.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	33

3.3	Stand der Literatur.....	34
3.4	Rechtliche Aspekte.....	34
3.5	Gibt es Mindeststandards?.....	34
3.6	Gibt es Mindestanforderungen?	36
3.7	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	37
3.8	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	38
3.9	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“	38
4	Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“	39
4.1	Rechercheleitende Frage	39
4.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	39
4.3	Stand der Literatur.....	40
4.4	Rechtliche Aspekte.....	42
4.5	Gibt es Mindeststandards?.....	42
4.6	Gibt es Mindestanforderungen?	44
4.7	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	45
4.8	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	46
4.9	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“	46
5	Erläuterungen zum Kennzeichen „Aktivierende Pflege“	51
5.1	Rechercheleitende Frage	51
5.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	51
5.3	Stand der Literatur.....	52
5.4	Rechtliche Aspekte.....	55
5.5	Gibt es Mindeststandards?.....	58
5.6	Gibt es Mindestanforderungen?	58
5.7	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	61

5.8	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	61
5.9	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Aktivierende Pflege“	61
6	Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Pflegeprozesses“	63
6.1	Rechercheleitende Frage	63
6.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	63
6.3	Stand der Literatur.....	63
6.4	Rechtliche Aspekte.....	67
6.5	Gibt es Mindeststandards?.....	68
6.6	Gibt es Mindestanforderungen?	68
6.7	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	68
6.8	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	69
6.9	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Pflegeprozess“	69
7	Erläuterungen zum Kennzeichen „Selbstbestimmung“	71
7.1	Rechercheleitende Frage	71
7.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	71
7.3	Stand der Literatur.....	71
7.4	Rechtliche Aspekte.....	73
7.5	Gibt es Mindeststandards?.....	74
7.6	Gibt es Mindestanforderungen?	74
7.7	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	76
7.8	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	78
7.9	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Selbstbestimmung“	78
8	Erläuterungen zum Kennzeichen „Sicherheit/Unversehrtheit“	80
8.1	Rechercheleitende Frage	80
8.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	80
8.3	Stand der Literatur.....	80
8.4	Gibt es Mindeststandards?.....	83
8.5	Gibt es Mindestanforderungen?	83

8.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	83
8.7	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	84
8.8	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Sicherheit/Unversehrtheit“	84
9	Erläuterungen zum Kennzeichen „Förderung sozialer Kontakte“	85
9.1	Rechercheleitende Frage	85
9.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	85
9.3	Stand der Literatur.....	85
9.4	Gibt es Mindeststandards?.....	87
9.5	Gibt es Mindestanforderungen?	87
9.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	87
9.7	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	88
9.8	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Förderung sozialer Kontakte“.....	88
10	Erläuterungen zum Kennzeichen „Eigenständige Lebensführung“	89
10.1	Rechercheleitende Frage	89
10.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	89
10.3	Stand der Literatur.....	89
10.4	Rechtliche Aspekte.....	90
10.5	Gibt es Mindeststandards?.....	91
10.6	Gibt es Mindestanforderungen?	91
10.7	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	91
10.8	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	93
10.9	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „eigenständige Lebensführung“	93
11	Erläuterungen zum Kennzeichen „Kommunikation“	95
11.1	Rechercheleitende Frage	95
11.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	95
11.3	Stand der Literatur.....	95
11.4	Rechtliche Aspekte.....	100
11.5	Gibt es Mindeststandards.....	100

11.6	Gibt es Mindestanforderungen?	100
11.7	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	101
11.8	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	102
11.9	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Kommunikation	102
12 Erläuterungen zum Kennzeichen „Gesundheitsförderung/Prävention“		104
12.1	Rechercheleitende Frage	104
12.2	Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung	104
12.3	Stand der Literatur.....	108
12.4	Rechtliche Aspekte.....	112
12.5	Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?	113
12.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	115
12.7	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	116
12.8	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Gesundheitsförderung/Prävention ..	116
13 Erläuterungen zum Kennzeichen „Teilhabe“		120
13.1	Rechercheleitende Frage	120
13.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	120
13.3	Stand der Literatur.....	120
13.4	Rechtliche Aspekte.....	129
13.5	Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?	130
13.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	131
13.7	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	132
13.8	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Teilhabe	132
14 Erläuterungen zum Kennzeichen „Grundpflege“		136
14.1	Rechercheleitende Frage	136
14.2	Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung	136
14.3	Stand der Literatur.....	136
14.4	Rechtliche Aspekte.....	137
14.5	Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?	138

14.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	138
14.7	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	138
14.8	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Grundpflege	139
15	Erläuterungen zum Kennzeichen „Körperbezogene Interventionen“	140
15.1	Rechercheleitende Frage	140
15.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	140
15.3	Stand der Literatur.....	141
15.4	Rechtliche Aspekte.....	141
15.5	Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?	141
15.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	141
15.7	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Grundpflege	141
16	Erläuterungen zum Kennzeichen „Beziehungsgestaltung“	144
16.1	Rechercheleitende Frage	144
16.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	144
16.3	Stand der Literatur.....	144
16.4	Rechtliche Aspekte.....	146
16.5	Gibt es Mindeststandards/Anforderungen	147
16.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	147
16.7	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	150
16.8	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Beziehungsgestaltung.....	150
17	Erläuterungen zum Kennzeichen „Kooperation“	153
17.1	Rechercheleitende Frage	153
17.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	153
17.3	Stand der Literatur.....	153
17.4	Rechtliche Aspekte.....	155
17.5	Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?	156
17.6	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	156

17.7	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	156
17.8	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Kooperation.....	156
18	Erläuterungen zum Kennzeichen „Pflegeplanung“	158
18.1	Rechercheleitende Frage	158
18.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	158
18.3	Stand der Literatur.....	159
18.4	Rechtliche Aspekte.....	160
18.5	Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?	160
18.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	161
18.7	Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?	161
18.8	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Pflegeplanung	161
19	Erläuterungen zum Kennzeichen „Unterstützung von Angehörigen“	163
19.1	Rechercheleitende Frage	163
19.2	Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung.....	163
19.3	Rechtliche Aspekte.....	164
19.4	Gibt es Mindeststandards/Mindestanforderungen?	165
19.5	Stand der Literatur.....	165
19.6	Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?	171
19.7	Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Unterstützung von Angehörigen.....	171

Literaturrecherche zur Darstellung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung

In diesem Bericht werden 19 Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung näher beschrieben und dargestellt. Die zugrunde gelegte Suchstrategie wird im Folgenden erläutert:

Die Recherche wurde mit einer Suchstrategie durchgeführt, die für jedes Kennzeichen/Merkmal für die Qualität der pflegerischen Versorgung neu entwickelt wurde. Der Suchstrategie liegt eine Fragestellung für jedes Kennzeichen/Merkmal zugrunde. Hierfür wurden Schlagwörter/Suchbegriffe durch Orientierungsrecherchen, Suche in Schlagwortregistern und von Synonymen gebildet. Die gefundenen Schlagwörter/Suchbegriffe wurden ins Englische übersetzt und validiert. Die Erfahrungen zeigten, dass die Recherchestrategien je Kennzeichen/Merkmal auf die entsprechenden Datenbanken angepasst werden mussten. Die Recherchen wurden in folgenden Datenbanken durchgeführt: Medpilot, Embase, Psynindex, PsycInfo, PubMed (Medline), Cochrane Library, CINAHL, GeroLit, Carelit. Darüber hinaus erfolgte eine Handrecherche in pflegerelevanten Zeitschriften wie „Die Schwester/Der Pfleger“, „Pflegezeitschrift“, „Pro Alter“ u.w.m. Um Veröffentlichungen zu erfassen, die bspw. Ergebnisse ministeriell oder institutionell geförderter Projekte darstellen, wurden Recherchen in Suchmaschinen wie bspw. „google“, „google scholar“ u.w.m. mit den Schlagwörtern je Kennzeichen/Merkmal durchgeführt. Die gefundenen Quellen wurden nach Titel und Abstract protokolliert und organisiert.

Die Durchführung der Recherche zeigte, dass die meisten Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden können. Für die Recherche zum Kennzeichen „Kommunikation“ können folgende vier Sichtweisen aufgeführt werden:

- Förderung der Kommunikationsfähigkeit bei Pflegebedürftigen
- Gestaltung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen
- Gestaltung der Kommunikation zwischen Pflegenden
- Gestaltung der einrichtungsübergreifenden Kommunikation zwischen Pflegenden und anderen Berufsgruppen.

Das Kennzeichen/Merkmal „Gesundheitsförderung“ kann folgender Weise differenziert werden:

- Gesundheitsförderung der Pflegebedürftigen
- Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (der Pflegepersonen)

Für das Kennzeichen/Merkmal „Beziehungsgestaltung“ sind drei Sichtweisen möglich:

- Beziehungsgestaltung zwischen beruflich Pflegenden und Pflegebedürftigen
- Aufrechterhaltung von Beziehungen des Pflegebedürftigen zum bestehenden sozialen Netzwerk
- Aufrechterhaltung von Beziehungen der pflegenden Angehörigen zum sozialen Netzwerk

Demgemäß war es erforderlich, jedes Kennzeichen/Merkmal für die Qualität der pflegerischen Versorgung vor der systematischen Recherche aufzuarbeiten und die infrage kommenden Perspektiven zu analysieren, um eine strukturierte Suche beginnen zu können. Des Weiteren wurde mit dieser Aufarbeitung gewährleistet, dass die Multidimensionalität der Kennzeichen/Merkmal für die Qualität der pflegerischen Versorgung in der Recherche und Beschreibung berücksichtigt wird. Gegebenenfalls musste im Vorfeld festgelegt werden, welche der differenzierten Perspektiven für die systematische Recherche zugrunde zu legen sind. Es ist möglich, alle Sichtweisen in die Suchstrategie und Recherche einfließen zu lassen. Abhängig vom zugrunde gelegten Qualitätsverständnis wurden jedoch einige Perspektiven nicht berücksichtigt. Dies war zu begründen.

Die recherchierte und zugrunde gelegte Literatur je Kennzeichen/Merkmal wurde nach folgendem Codierschema durchgearbeitet, um eine strukturierte Analyse und Beschreibung der Merkmale zu erreichen.

Leitfragen für die Textanalyse	Codierung
Liegt eine wissenschaftliche Arbeit vor oder wird auf wissenschaftliche Arbeiten verwiesen?	Studie
Wird im Text das Kennzeichen/Merkmal definiert?	Definition
Werden rechtliche Aspekte zu diesem Kennzeichen/Merkmal benannt/beschrieben?	Rechtslage
Werden Mindeststandards formuliert oder auf solche verwiesen?	Standard
Werden Richtlinien formuliert oder auf solche verwiesen?	Richtlinie
Werden Aspekte beschrieben, die für eine Qualitätsmessung von Bedeutung sind/sein können?	Qualitätsmessung
Werden im Text Kriterien für das Kennzeichen/Merkmal benannt oder auf solche verwiesen?	Kriterien
Gibt es Hinweise auf Indikatoren?	Indikatoren

Tabelle 1: Codierschema

Nach Recherche und Analyse der Literatur zu den jeweiligen Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung wurden diese nach folgenden Schema beschrieben:

1. Rechercheleitende Frage
2. Zusammenfassende Kennzeichen-/Merkmalsbeschreibung
3. Stand der Literatur
4. Rechtliche Aspekte
5. Gibt es Mindeststandards
6. Gibt es Mindestanforderungen
7. Gibt es zentrale Aspekte, die für Qualitätsmessung von Bedeutung sind?
8. Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?
9. Literaturverzeichnis

1 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

1.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich eine „Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

1.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege ist gegeben, wenn in der jeweiligen Pflegeeinrichtung ein Standard Dekubitusprophylaxe basierend auf dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe vorliegt und die Anforderungen aus dem Expertenstandard auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erfüllt sind. Die Überprüfung erfolgt anhand des vom DNQP herausgegebenen Auditinstrumentes, welches Struktur- und Ergebniskriterien beinhaltet.

Mit der Umsetzung des Expertenstandards wird ein fachlicher Rahmen zum Umgang mit dem Pflegephänomen Dekubitus vorgegeben. Die Definition eines Dekubitus, erfolgt vom DNQP in Anlehnung an die internationale Definition der Gesellschaften „European Pressure Ulcer Advisory Panel“ (EPUAP) und „National Pressure Ulcer Advisory Panel“ (NPUAP) (2009) wie folgt:

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären“ (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel 2009, S. 7).

Das übergreifende Ziel des Expertenstandards besteht darin, die Entstehung eines Dekubitus unter Berücksichtigung zu verhindern. Hierbei sind individuelle Wünsche des Betroffenen und besondere Umstände zu berücksichtigen (Balzer et al. 2010, S. 20).

1.3 Stand der Literatur

Als übergreifendes Ziel des Expertenstandards ist die „Verhinderung eines Dekubitus“ beschrieben (Balzer et al. 2010, S. 19). Dass das Ziel des Expertenstandards der ersten Fassung nicht immer erreichbar war, wurde seitens der Praxis beklagt (Haupt 2012, S. 723). Mit der Aktualisierung des Expertenstandards gilt das Ziel der Verhinderung eines Dekubitus unter Berücksichtigung weiterer Umstände, da es immer sein kann, dass andere Prioritäten in eintretenden Situationen wichtig werden, wie beispielsweise vorhandene Einschränkungen bei der betroffenen Person oder das Eintreten lebensbedrohlicher Zustände (Balzer et al. 2010, S. 20).

Allerdings liegen für das Thema „Umsetzung des Kennzeichens/Merkmals Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ bislang keine aussagekräftige Forschungslage in Deutschland vor.

Studien zur Verbreitung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der ambulanten Pflege sind nach den Erkenntnissen aus der Recherche nicht bekannt. Bisher liegt hierzu lediglich eine Studie für die stationäre Akut- und Langzeitversorgung vor. Wilborn et al. (2010) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Anwendung des „Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe“ in der Pflege und der Dekubitusprävalenz in deutschen Pflegeheimen und Kliniken. Sie stellten dabei fest, dass in jeweils 40 % der Pflegeheime und Kliniken ein Standard zur Dekubitusprophylaxe vorliegt, der auf dem Expertenstandard beruht. Als Ergebnis der Studie zeigen die Autoren auf, „dass es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Anwendung des Expertenstandards und der Dekubitushäufigkeit innerhalb der Risikogruppe gab“ (Wilborn et al. 2010, S. 243). Sie schlussfolgern, dass „eine deutliche Überlegenheit der Anwendung des Nationalen Expertenstandards gegenüber anderen Quellen“ (Wilborn et al. 2010, S. 244) nicht gezeigt werden konnte. Die kritische Betrachtung der Studie zeigt, dass eine „formale Evaluation der Implementierung der Verfahrensregelungen [...] jedoch innerhalb dieses Studiendesigns nicht möglich“ (Wilborn et al. 2010, S. 244) war, so dass eine wesentliche Voraussetzung, nämlich die Prüfung, ob ein Standard nicht nur vorhanden, sondern auch tatsächlich umgesetzt wird, nicht durchgeführt worden ist. Mit dieser Studie wird deutlich, dass nicht das Vorhandensein eines Standards und der Stand der Dekubitusrate überprüft werden müssen, sondern vielmehr die Ergebnisqualität.

Die allgemeine Forschungslage zur Dekubitusprophylaxe wird umfassend im Expertenstandard des DNQP (2010) dargestellt und stellt demgemäß den neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse dar.

1.4 Rechtliche Aspekte

Expertenstandards „werden vom Gesetzgeber als ein wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklungen in der Pflege qualifiziert“ (Klie 2014, S. 1135). Die Expertenstandards des DNQP sind nicht mit den Expertenstandards des § 113a des SGB XI gleichzusetzen. Sie bilden jedoch den „state of the art“ ab und sind somit haftungsrechtlich gesehen relevant (Klie 2014, S. 1136). Mit dem Anspruch „state of the art“ werden die Expertenstandards in regelmäßigen Abständen auf ihre Aktualität hin überprüft.

1.5 Gibt es Mindeststandards?

Als Richtlinie zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege gilt derzeit der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ des DNQP (DNQP 2010). Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege liegt derzeit in der ersten aktualisierten Fassung vor, die einige Neuerungen mit sich brachte.

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege enthält sechs Ebenen die allesamt berücksichtigt sein müssen, um den Expertenstandard vollständig umzusetzen (Balzer et al. 2010, S. 21). Die Ebenen können als Kriterien zur Beurteilung der Umsetzung herangezogen werden:

- Vorhandene Dekubitusrisikoeinschätzung,
- Anwendung von Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken (wenn notwendig),
- Anwendung von druckverteilenden Hilfsmitteln (wenn notwendig),
- Durchführung von Beratung, Anleitung und Schulung (je nach Notwendigkeit),
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (wenn notwendig),
- Effektivitätsbeurteilung der prophylaktischen Maßnahmen (Balzer et al. 2010, S. 21).

Bei allen Klienten, bei denen eine Dekubitusgefahr besteht, muss eine systematische Dekubitusrisikoeinschätzung unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags erfolgen. Diese ist in individuell festzulegenden Abständen zu wiederholen oder wenn Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder Einwirkungen von externen Faktoren (z. B. Sonden, Katheter) vorliegen, die zur erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen (Balzer et al. 2010, S. 21).

Wird ein Dekubitusrisiko festgestellt, soll gewährleistet sein, dass die betroffene Person auf Basis eines individuellen Bewegungsplans sofortige fachgerechte Maßnahmen zur Druckentlastung erhält. Dies kann durch regelmäßige Bewegungen des Klienten, durch Mikrobewegungen und scherkräftearmer Transfers ermöglicht werden. Zudem sollen die

Pflegefachkräfte soweit wie möglich die Eigenbewegung des Klienten fördern (Balzer et al. 2010). Darüber hinaus sollen die Pflegefachkräfte zusätzlich geeignete druckverteilende Hilfsmittel anwenden, wenn der Zustand des Klienten eine ausreichende Bewegungsförderung nicht zulässt (Balzer et al. 2010).

Je nach Notwendigkeit sollen die Pflegefachkräfte die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen und deren Evaluation erläutern. Je nach Bedarf werden Beratungen, Anleitungen und/oder Schulungen durchgeführt. Die prophylaktischen Maßnahmen sollen individuell mit dem Klienten und seinen Angehörigen individuell geplant werden (Balzer et al. 2010).

Wird die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen notwendig, sind diese über die Notwendigkeit der umzusetzenden Interventionen zu informieren. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Interventionen kontinuierlich fortgeführt werden (Balzer et al. 2010).

Nach individuell zu bestimmenden Zeitabständen soll von der zuständigen Pflegefachkraft der Hautzustand des gefährdeten Klienten begutachtet werden. Hierdurch wird die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen festgestellt (Balzer et al. 2010).

Die prophylaktischen Maßnahmen zur Verhinderung eines Dekubitus umfassen verschiedene Teilbereiche, die teilweise nachgeordnet, aber auch zugleich berücksichtigt werden müssen. Die Empfehlungen der EPUAP und NPUAP (2009) erstrecken sich über sechs Bereiche, wobei der sechste Punkt für eine spezielle Patientengruppe vorgesehen ist (Patienten im OP). Der Expertenstandard für die Pflege beinhaltet ebenfalls sechs Verantwortungsbereiche für die Pflegefachkräfte, welche zusätzlich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene geteilt sind (vgl. DNQP 2010).

EPUAP und NPUAP (2009)	DNQP (2010)	Differenzierung in
Risikoeinschätzung mit Untersuchung der Haut	Systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung	Strukturebene Prozessebene Ergebnisebene
Ernährung im Hinblick auf die Prävention des Dekubitus		
Lagerung zur Prävention des Dekubitus	Erstellen eines individuellen Bewegungsplans	Strukturebene Prozessebene Ergebnisebene
Lagerungssysteme	Unverzögerlicher Einsatz von geeigneten druckverteilenden Hilfsmittel	Strukturebene Prozessebene Ergebnisebene
	Informierung und Schulung der Betroffenen und ggf. deren Bezugspersonen	Strukturebene Prozessebene Ergebnisebene
	Informationsweitergabe an alle an der Versorgung des Patienten/Bewohners Beteiligten	Strukturebene Prozessebene Ergebnisebene
	Beurteilung der Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen	Strukturebene Prozessebene Ergebnisebene

Tabelle 2: Empfehlungen für die Prävention des Dekubitus

Die Leitlinie der EPUAP und NPUAP (2009) und der „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (vgl. DNQP 2010) unterscheiden sich inhaltlich. Gemeinsame Bereiche sind die Risikoeinschätzung und die Anwendung von Hilfsmitteln. Der Bereich Ernährung wird im Expertenstandard nicht thematisiert, da die Studienlage zum Nachweis positiver Effekte auf die Prävention unzureichend ist (Kottner und Tannen 2010; Balzer und Meyer 2012). Darüber hinaus werden zusätzlich im Expertenstandard die Bereiche Information und Schulung, Informationsweitergabe im Kontext Zusammenarbeit und die Evaluation der getroffenen Maßnahmen thematisiert. Da sich der Expertenstandard des DNQP (2010) an die Leitlinie der EPUAP und NPUAP (2009) anlehnt und nur die Inhalte übertragen worden

sind, die sich nach einer kritischen wissenschaftlichen Reflektion als fundiert herausgestellt haben, soll der Expertenstandard des DNQP als Bewertungsgrundlage herangezogen werden. Die Bewertungsgrundlage für den Expertenstandard wurde in Form eines Auditinstruments entwickelt.

Das Ziel des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege ist die Verhinderung eines Dekubitus unter Berücksichtigung weiterer Umstände (Balzer et al. 2010, S. 19). Hierdurch wird deutlich, dass die Beurteilung einer Pflegeeinrichtung ausschließlich über die Anzahl der vorhandenen bzw. entstandenen Dekubitie völlig unzureichend ist. Vielmehr muss betrachtet werden, ob die Pflege(fach)kräfte alles, nach neuestem Stand der Wissenschaft mögliche unternommen haben, um die Entstehung zu verhindern. Als mögliche Kriterien und Indikatoren können Elemente des Auditinstruments übertragen werden. Kriterien sind jeweils im Fragebogen 1 (Patienten-/Bewohnerbezogene Daten) und im Fragebogen zur „Befragung der Pflegefachkräfte zum Fortbildungsbedarf“ enthalten. Die dazugehörigen Indikatoren lassen sich über die jeweiligen Ergebnisprotokolle messen.

1.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Als Mindestanforderungen, die es umzusetzen gilt, können die Struktur- und Prozesskriterien des Expertenstandards herangezogen werden. Ohne zielgerichtete Strukturen und Prozesse sind im Vorfeld gesetzte Ziele nicht erreichbar. Die Struktur- und Prozesskriterien ergeben sich aus dem Expertenstandard:

- Alle Pflegefachkräfte müssen über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung verfügen.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über die Kompetenz verfügen, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.
- Alle Pflegefachkräfte müssen haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfertechniken beherrschen.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über die Kompetenz verfügen, die Notwendigkeit und die Eignung druckverteilender Hilfsmittel zu beurteilen.
- Dem Risiko des Klienten entsprechend sind druckverteilende Hilfsmittel (z. B. Weichlagerungskissen und -matratzen, Spezialbetten) unverzüglich zugänglich.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über Fähigkeiten sowie über Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung des Klienten und seiner Angehörigen zur Förderung der Bewegung des Klienten, zur Hautbeobachtung zu druckentlastenden Maßnahmen und zum Umgang mit druckverteilenden Hilfsmitteln verfügen.

- Das Management des Pflegedienstes stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Klienten Beteiligten den Zusammenhang von Kontinuität der Intervention und Erfolg der Dekubitusprophylaxe kennen und gewährleistet die Informationsweitergabe über die Dekubitusgefährdung an externe Beteiligte.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über die Kompetenz verfügen, die Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen zu beurteilen (Balzer et al. 2010, S. 21).

Die Überprüfung der jeweiligen Items erfolgt entsprechend des Auditinstruments anhand einer Dokumentenanalyse und/oder einer Befragung der zuständigen Pflegefachkraft und/oder einer Befragung des Klienten, ggf. seiner Angehörigen.

1.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Als zentrale Aspekte für die Qualitätsmessung können die Items des Auditinstruments zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe betrachtet werden. Das Auditinstrument zielt im ersten Fragebogen ausschließlich auf die Ergebniskriterien ab (Schiemann et al. 2010), im zweiten Fragebogen auf die Fortbildungsbedarfe (Strukturkriterien) des Pflegepersonals (Schiemann et al. 2010).

Mögliche Erhebungskriterien:

- Feststellung, ob bei Übernahme des Klienten ein oder mehrere Dekubitus vorlagen,
- Feststellung, ob unmittelbar zu Beginn der pflegerischen Versorgung eine systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos vorgenommen wurde,
- Feststellung, ob eine Hautinspektion vorgenommen wurde,
- Feststellung, ob eine aktuelle, systematische Risikoeinschätzung vorliegt,
- Feststellung, ob die Bewegungsförderung nach einem individuellen Bewegungsplan erfolgt,
- Feststellung, ob individuell benötigte druckverteilende Hilfsmittel in der Pflegeplanung vorgesehen waren und diese unverzüglich eingesetzt wurden,
- Feststellung, ob dem Klienten Beratung über Dekubitusrisiken angeboten worden sind.
 - o Feststellung, ob die Informationen für den Klienten verständlich und ausreichend waren,
 - o Feststellung, ob dem Klienten Möglichkeiten zur Vermeidung des Wundliegens aufgezeigt worden sind,

- Feststellung, ob es möglich war, den Klienten oder ggf. Angehörige an der Planung der Maßnahmen zu beteiligen,
- Feststellung, ob alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen über die notwendigen prophylaktischen Maßnahmen informiert wurden,
- Feststellung, ob die Pflegefachkräfte über ausreichend Wissen zur Umsetzung des hauseigenen Standards zur Dekubitusprophylaxe basierend auf dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe verfügen (Schiemann et al. 2010).

In der Literatur wird im Kontext möglicher Indikatoren für die Qualität in der Pflege immer wieder die Anzahl der aufgetretenen Dekubitus in einer Einrichtung diskutiert. Den entsprechenden Ausführungen im Expertenstandard folgend, kann dieser Indikator jedoch nicht ausschlaggebend sein, da ein Dekubitus trotz Berücksichtigung pflegerischer Intervention nach aktuellsten Erkenntnissen nicht immer verhindert werden kann (Haupt 2012) und das Ziel des Expertenstandards in der Verhinderung eines Dekubitus unter Berücksichtigung weiterer Umstände liegt (Balzer et al. 2010). Die Qualitätsprüfung sollte daher auf die Umsetzung der Dekubitusvermeidung ausgerichtet sein. Die Anzahl der in einer Einrichtung neu entstandenen Dekubitus kann höchstens in Form eines risikoadjustierten Vergleichs zwischen den Einrichtungen herangezogen werden. Voraussetzung hierfür ist eine fortlaufend geführte Statistik.

1.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die Vermeidung eines Dekubitus gehört zugleich in die Merkmalsbereiche „Sicherheit“ und „Pflegeplanung“ und wird beeinflusst von den Merkmalen „Selbstständige Lebensführung“ und „Selbstbestimmung“.

1.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

Balzer, K.; Dassen, T.; Feuchtinger, J.; Flake, G.; Gottwald, C.; Kämmer, K. et al. (2010): Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege - 1. Aktualisierung 2010. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), S. 17–40.

Balzer, K.; Meyer, G. (2012): Wissenschaftliche Beweislage nicht berücksichtigt Kritik am Artikel zur Rolle der Ernährung bei der Dekubitusprophylaxe. In: Pflegezeitschrift 65 (8),

S. 504–505.

DNQP (Hg.) (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). 1. Aktualisierung 2010. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009): Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Leitlinie Dekubit Prävention - Eine Kurzanleitung - Deutsche Übersetzung. Washington DC. Online verfügbar unter http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_German.pdf, zuletzt geprüft am 02.02.2014.

Haupt, C. (2012): Wenden statt Wunden. In: Pflegezeitschrift 65 (12), S. 722–725.

Klie, T. (2014): § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. In: Thomas Klie und Utz Kraemer (Hg.): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar), S. 1134–1142.

Kottner, J.; Tannen, A. (2010): Literaturstudie. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), S. 41–71.

Schiemann, D.; Moers, M.; Stehling, H. (2010): Das Auditinstrument zum aktualisierten Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010. Unter Mitarbeit von Doris Schiemann. Osnabrück: DNQP, S. 74–86.

Wilborn, D.; Halfens, R.; Dassen, T.; Tannen, A. (2010): Dekubitusprävalenzen in deutschen Pflegeheimen und Kliniken - Welche Rolle spielt der Nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege? In: Gesundheitswesen 72 (4), S. 240–245.

2 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“

2.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich eine Umsetzung des Expertenstandards zum Schmerzmanagement bei akuten¹ Schmerzen als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

2.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege ist gegeben, wenn in der jeweiligen Pflegeeinrichtung ein Standard Schmerzmanagement basierend auf dem Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen vorliegt und die Anforderungen aus dem Expertenstandard auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erfüllt sind. Die Überprüfung erfolgt anhand des vom DNQP herausgegebenen Auditinstrumentes, welches Struktur- und Ergebniskriterien beinhaltet.

Mit der Umsetzung des Expertenstandards wird ein fachlicher Rahmen zum Umgang mit dem Pflegephänomen Schmerz vorgegeben. Das DNQP definiert akuten Schmerz wie folgt:

„Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Er nimmt eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u. a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz (Osterbrink et al. 2011, S. 23).

Das übergreifende Ziel des Expertenstandards besteht darin, dass durch ein angemessenes Schmerzmanagement unnötiges Leid erspart und einer Chronifizierung von Schmerzen vorgebeugt werden soll (Osterbrink et al. 2011).

2.3 Stand der Literatur

Ziel des Expertenstandards ist, dass durch ein angemessenes Schmerzmanagement unnötiges Leid erspart und einer Chronifizierung vorgebeugt werden soll (Osterbrink et al.

¹ Im März 2014 wurde neben dem Expertenstandard für akute Schmerzen ein Expertenstandard zum Thema „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ veröffentlicht.

2011, S. 22). Klienten mit chronischen Schmerzen sind ausdrücklich nicht die Zielgruppe des vorliegenden Expertenstandards. Für chronische Schmerzen wurde ein eigener Expertenstandard entwickelt und im März 2014 veröffentlicht. Ausschlaggebend war, dass bei pflegerischen Handlungen bei Menschen mit akuten Schmerzen grundlegend andere Ziele verfolgt werden als bei Menschen mit chronischen Schmerzsituationen (Schüssler und Osterbrink 2012, S. 206).

Studien zur Verbreitung des Expertenstandards Schmerzmanagement sind nach den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche nicht bekannt. Für den ambulanten Versorgungsbereich konnte jedoch ein Forschungsprojekt betrachtet werden, das vom „Aktionsbündnis Schmerzfremde Stadt Münster“² durchgeführt wird und sich mit der Optimierung des Schmerzmanagements beschäftigt (Osterbrink et al. 2010). Im Rahmen eines Forschungsprojektes „Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankung“ (Osterbrink et al. 2013) wurden Daten aus drei unterschiedlichen Versorgungsbereichen erhoben (ambulant-pflegerische Versorgung, hausärztliche Versorgung und FSAPV). Aus dem Versorgungsbereich der ambulanten Pflege haben sich von ursprünglich 14 ambulanten Pflegediensten in der Stadt Münster mit 266 gemeldeten Pflegenden 122 Pflegenden am Projekt beteiligt (Osterbrink et al. 2013). Die Ergebnisse zeigen, dass bei Menschen mit einer Tumorerkrankung, die von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden, zu einem großen Anteil eine regelmäßige Einschätzung der Schmerzintensität mit geeigneten Einschätzungsinstrumenten erfolgt. Bei Menschen mit einer Tumorerkrankung, die sich nicht mehr äußern können, erfolgt die Schmerzerfassung seltener. Auch die Abstimmung zwischen den Pflegenden und Hausärzten ist nicht optimal und zeigt Handlungsbedarfe auf (Osterbrink et al. 2013, S. 146–147; Gnass et al. 2012a).

Auch im stationären Bereich gibt es Durchdringungslücken. Im Rahmen einer Dissertation wurde die Implementierung des nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege aus der Sicht examinierter Pflegefachkräfte beleuchtet (Hollenbach 2014). Hierbei wurden Einrichtungen der stationären Altenpflege in Baden-Württemberg untersucht und in drei Gruppen geteilt. Die erste Gruppe bestand aus Einrichtungen, die einen Standard zum Schmerzmanagement auf Basis des Expertenstandards bis 2008 eingeführt haben, die zweite Gruppe aus Einrichtungen die einen entsprechenden Standard ab 2009 eingeführt haben und die dritte Gruppe bestand aus Einrichtungen, die noch keinen entsprechenden Standard hatten. In der Ergebnisdarstellung wird beschrieben, dass für die Einrichtungen mit Standard nach Einführung des Expertenstandards das Wissen der Pflegenden erhöht war, eine bessere Schmerzeinschätzung stattfindet, häufiger Schmerzmedikationen verabreicht

²Ein epidemiologisches Forschungsprojekt der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) Salzburg, besteht aus einer Projektgruppe mit Experten aus verschiedenen Disziplinen.

werden und Beratungen der Bewohner zum Umgang mit Schmerzen häufiger erfolgen. Pflegerische Interventionen der Schmerztherapie, Dokumentationen, Informationsweitergaben an andere Berufsgruppen und die Schmerzzustände der Bewohner brachten dagegen keine signifikanten Verbesserungen. Begründet werden diese Ergebnisse damit, dass auch nach der Einführung des Expertenstandard nicht alle Maßnahmen kontinuierlich umgesetzt werden (Hollenbach 2014).

Neben den Umsetzungslücken können auch Forschungslücken dargestellt werden. So schreibt Schüßler et al. (2012), dass von den Wissenschaftlern und Experten des Expertenstandards festgestellt wurde, dass zum Themenkomplex der nichtmedikamentösen Maßnahmen zur Schmerzlinderung und hinsichtlich der Information, Anleitung und Schulung noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. Nicht nur hinsichtlich der Wirksamkeit, sondern auch zur Anwendungen in der Pflegepraxis (Schüßler und Osterbrink 2012).

Eine Studienlage zum aktualisierten Expertenstandard ist kaum gegeben. Künftig muss sogar zwischen zwei Expertenstandards zum Thema Schmerzmanagement unterschieden werden. Auffindbare Literatur bezieht sich zum größten Teil auf die Veröffentlichung des aktualisierten Expertenstandards und dessen Neuerungen. Zur Bewertung der Umsetzung des Expertenstandards kann nur auf das im Standard selbst mitgelieferte Auditinstrument verwiesen werden. Alternative Beurteilungsmöglichkeiten konnten nicht recherchiert werden, was durchaus an der kurzen Zeitspanne von der Veröffentlichung bis heute liegen kann.

2.4 Rechtliche Aspekte

Expertenstandards „werden vom Gesetzgeber als ein wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklungen in der Pflege qualifiziert“ (Klie 2014). Die Expertenstandards des DNQP sind nicht mit den Expertenstandards des § 113a SGB XI gleichzusetzen. Sie bilden jedoch den „state of the art“ ab und sind somit haftungsrechtlich gesehen relevant (Klie 2014). Mit dem Anspruch „state of the art“ werden die Expertenstandards in regelmäßigen Abständen auf ihre Aktualität hin überprüft.

2.5 Gibt es Mindeststandards?

Der „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ des DNQP ist mit Stand 2011 der aktuell gültige Mindeststandard für die Pflege. Der Expertenstandard zum Schmerzmanagement liegt derzeit in der ersten aktualisierten Fassung vor, die einige Neuerungen mit sich brachte.

Der Expertenstandard Schmerzmanagement enthält fünf Ebenen die allesamt berücksichtigt sein müssen, um den Expertenstandard vollständig umzusetzen (Osterbrink et al. 2011). Die Ebenen können als Kriterien zur Beurteilung der Umsetzung herangezogen werden:

- Vorhandene Schmerzeinschätzung
- Umsetzung medikamentöser Schmerzbehandlungen (wenn verordnet)
- Beachtung schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen (wenn notwendig)
- Anwendung nichtmedikamentöse Maßnahmen (wenn notwendig)
- Informationsgabe, Durchführung von Anleitung und Schulung (je nach Notwendigkeit) (Osterbrink et al. 2011).

Bei allen Klienten ist zu Beginn der pflegerischen Versorgung ein initiales Assessment durchzuführen. Fällt das Assessment negativ aus (keine Schmerzen vorhanden oder absehbar), wird die Einschätzung zu einem individuell festgelegten Zeitpunkt oder in individuell festgelegten Zeitintervallen wiederholt. Bei festgestellten Schmerzen oder bei zu erwartenden Schmerzen ist ein differenziertes Schmerzassessment in Ruhe als auch bei Belastung oder Bewegung durchzuführen. Im Expertenstandard sind geeignete Instrumente für die initiale und differenzierte Beurteilung benannt (Osterbrink et al. 2011).

Kein Mensch soll unnötig Schmerzen erleiden oder aushalten müssen. Der frühestmögliche Beginn einer Schmerztherapie wurde nicht festgelegt. Spätestens jedoch beim Erreichen der Cut-off-Punkte³ analog der Numerischen Rangskala (NRS) sollen ärztliche Anordnungen zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem klientenbezogenen interprofessionellen Behandlungsplan umgesetzt werden. Es ist sodann in angemessenen Zeitabständen zu überprüfen, ob die eingesetzten Analgesieverfahren die gesetzten Ziele erreichen. Sind schmerzhaftere Ereignisse abzusehen, sind präventiv adäquate Analgesieverfahren einzusetzen (Osterbrink et al. 2011).

Der Einsatz von Schmerzmedikamenten kann unerwünschte Nebenwirkungen mit sich bringen. Es ist somit sicherzustellen, dass entsprechende Nebenwirkungen erkannt und dokumentiert werden. In Absprache mit dem zuständigen Arzt sollen geeignete Maßnahmen zur Behandlung aber auch zur Prophylaxe umgesetzt werden (Osterbrink et al. 2011).

In Ergänzung zu den medikamentösen Maßnahmen können in Absprache mit anderen an der Versorgung der Klienten beteiligte Berufsgruppen auch nichtmedikamentöse Maßnahmen in den Behandlungsplan aufgenommen und eingesetzt werden. Im Expertenstandard werden spezifische Maßnahmen mit primär peripherer Wirkung (z. B.

³Bei einer Ruheschmerzintensität von mehr als 3/10 oder einer Belastungs-/Bewegungsschmerzintensität von mehr als 5/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS).

Kälte- und Wärmetherapie, Massagen, transkutane Nervenstimulation) und mit primär zentraler Wirkung (z. B. Ablenkung, Entspannungsübungen, Imaginationen) vorgeschlagen. In die Umsetzung der nichtmedikamentösen Maßnahmen sollen ggf. auch Angehörige einbezogen werden (Osterbrink et al. 2011).

Eine zielgruppenspezifische Information, Anleitung und Schulung der betroffenen Klienten und deren Angehörige ist ebenso Bestandteil des Expertenstandards. Diese sollen in Absprache mit den anderen an der Versorgung der Klienten beteiligten Berufsgruppen so früh wie möglich durchgeführt werden (Osterbrink et al. 2011).

Das DNQP definiert akuten Schmerz wie folgt:

„Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Er nimmt eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u. a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz“ (Osterbrink et al. 2011, S. 23).

Der akute Schmerz ist darüber hinaus eine anerkannte Pflegediagnose der NANDA. Dort ist mit Bezug auf die International Association für the Study of Pain akuter Schmerz beschrieben als

„unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die von aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigungen herrührt oder als solche Schädigungen beschrieben werden kann (International Association für the Study of Pain); plötzlicher oder allmählicher Beginn mit der Intensität von leicht bis schwer und einem erwarteten oder vorhersagbaren Ende und einer Dauer von weniger als 6 Monaten“ (Doenges et al. 2013, S. 936).

Klienten mit chronischen Schmerzen sind ausdrücklich nicht die Zielgruppe des vorliegenden Expertenstandards. Für chronische Schmerzen wurde ein eigener Expertenstandard entwickelt und im März 2014 veröffentlicht. Ausschlaggebend war, dass bei pflegerischen Handlungen bei Menschen mit akuten Schmerzen grundlegend andere Ziele verfolgt werden als bei Menschen mit chronischen Schmerzsituationen (Schüssler und Osterbrink 2012). Als übergreifendes Ziel des Expertenstandards ist beschrieben, dass durch ein angemessenes Schmerzmanagement unnötiges Leid erspart und einer Chronifizierung vorgebeugt werden soll (Osterbrink et al. 2011).

2.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Als Mindestanforderungen, die es umzusetzen gilt, können die Struktur- und Prozesskriterien des Expertenstandards herangezogen werden. Ohne zielgerichtete Strukturen und Prozesse sind im Vorfeld gesetzte Ziele nicht erreichbar. Die Struktur- und Prozesskriterien ergeben sich aus dem Expertenstandard (Osterbrink et al. 2011, S. 25):

- Alle Pflegefachkräfte müssen über aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung verfügen,
- Allen Pflegefachkräften stehen aktuelle, zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung,
- Alle Pflegefachkräfte müssen über das erforderliche Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung verfügen,
- In der Einrichtung existiert eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung,
- Alle Pflegefachkräfte müssen über aktuelles Wissen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten verfügen,
- Alle Pflegefachkräfte müssen über aktuelles Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung sowie deren mögliche Kontraindikationen verfügen,
- Alle Pflegefachkräfte müssen über die notwendige Schulungskompetenz in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme für die Klienten und deren Angehörige verfügen.

Die Überprüfung der jeweiligen Items erfolgt entsprechend des Auditinstruments anhand einer Dokumentenanalyse und/oder einer Befragung der zuständigen Pflegefachkraft und/oder einer Befragung des Klienten, ggf. seiner Angehörigen.

2.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Als zentrale Aspekte für die Qualitätsmessung können die Items des Auditinstruments zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen betrachtet werden. Das Auditinstrument zielt im ersten Fragebogen ausschließlich auf die Ergebniskriterien ab (Moers et al. 2011), im zweiten Fragebogen auf die Fortbildungsbedarfe (Strukturkriterien) des Pflegepersonals (Moers et al. 2011).

Mögliche Erhebungskriterien:

- Feststellung, ob zu Beginn der pflegerischen Versorgung bei den Klienten Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme erhoben wurden.
- Feststellung, ob bei festgestellten Schmerzen ein differenziertes Schmerzassessment durchgeführt wurde.
- Feststellung, ob eine aktuelle und systematische Verlaufskontrolle vorliegt.
- Feststellung, ob spätestens bei einer Schmerzintensität von > 3/10 NRS in Ruhe unverzüglich eine medikamentöse Schmerzbehandlung angeboten worden ist.
- Feststellung, ob spätestens bei einer Schmerzintensität von > 5/10 NRS bei Belastung/Bewegung unverzüglich eine medikamentöse Schmerzbehandlung angeboten worden ist.
- Feststellung, ob die Wirkung der medikamentösen Schmerzbehandlung in angemessenen Abständen überprüft wurde.
- Feststellung, ob bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesie Verfahren eingesetzt wurde.
- Feststellung, ob Maßnahmen zur Prophylaxe und/oder Behandlung von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen durchgeführt wurde.
- Feststellung, ob nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerztherapie angeboten worden sind.
- Feststellung, ob Informationen, Anleitungen oder Schulungen zum Umgang mit Schmerzen angeboten worden sind.
- Feststellung, ob es den Pflegefachkräften möglich war, die geltenden Verfahrensregeln zum Schmerzmanagement umzusetzen.
- Feststellung, ob es den Pflegefachkräften möglich war, nicht-medikamentöse Maßnahmen einzusetzen.
- Feststellung, ob die Klienten regelmäßig nach Schmerzen und schmerzbedingten Problemen befragt wurden.
- Feststellung, ob die Klienten nach der Einnahme der Medikamente schmerzfrei oder die Schmerzen zumindest erträglich waren.
- Feststellung, ob die Pflegefachkräfte über ausreichend Wissen zur Umsetzung des hauseigenen Standards zum Schmerzmanagement basierend auf dem Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen verfügen. (In Anlehnung an Moers et al. 2011)

Im Folgenden ist für die Expertenstandards exemplarisch dargestellt, wie den Kriterien der jeweiligen Ebene Bewertungsmöglichkeiten zugeordnet werden können. In Verbindung mit einer definierten Häufigkeit im Verhältnis zur Anzahl der Bewohner entsteht ein Indikator.

Ebene 1: Schmerzeinschätzung

Aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzungen und Verlaufskontrollen liegen vor.		
Gültigkeit:	Für alle Einrichtungen	
Kriterium:	erfüllt – teilweise erfüllt – nicht erfüllt	
E1.1	Für alle Bewohner liegen Protokolle zur initialen Schmerzerfassung vor.	Dokumentation
E1.2	Für alle Bewohner mit Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen liegen Protokolle zur differenzierten Schmerzerfassung vor.	Dokumentation
E1.3	Für alle Bewohner sind entweder individuelle Zeitpunkte der erneuten initialen Schmerzerfassung festgelegt oder es liegen Protokolle vor, aus denen die Verlaufskontrollen ersichtlich werden.	Dokumentation
E1.4	Alle betroffenen Patienten/Bewohner berichten, dass sie regelmäßig zu Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen befragt werden.	Patienten-/Bewohnerbefragung

Tabelle 3: Ebene 1: Schmerzeinschätzung

Ebene 2: Medikamentöse Schmerzbehandlungen

Der Patient/Bewohner ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 in Ruhe bzw. 5/10 unter Belastung oder Bewegung analog der Numerischen Rangskala (NRS).		
Gültigkeit:	Für alle Einrichtungen, bezieht sich auf die Patienten/Bewohner mit Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden Schmerzen	
Kriterium:	erfüllt – teilweise erfüllt – nicht erfüllt	
E2.1	Bei einer Schmerzintensität von spätestens 3/10 in Ruhe bzw. 5/10 unter Belastung oder Bewegung wurde unverzüglich eine medikamentöse Schmerzbehandlung angeboten.	Dokumentation
E2.2	Die Wirkung der medikamentösen Schmerzbehandlung wurde in angemessenen Abständen überprüft.	Dokumentation
E2.3	Für Patienten/Bewohner mit zu erwartenden Schmerzen wurde präventiv ein adäquates	Dokumentation

	Analgesieverfahren eingesetzt.	
E2.4	Alle befragten Mitarbeiter geben an, dass sie die geltenden Verfahrensregeln zum Schmerzmanagement umsetzen konnten und können.	Mitarbeiterbefragung
E2.5	Alle betroffenen Patienten/Bewohner berichten, dass ihnen bei Schmerzen unverzüglich eine medikamentöse Schmerzbehandlung angeboten wurde.	Patienten-/Bewohnerbefragung
E2.6	Alle betroffenen Patienten/Bewohner berichten, dass sie nach der Einnahme der Medikamente (und bei Bedarf nach einer Anpassung) schmerzfrei oder die Schmerzen zumindest erträglich waren.	Patienten-/Bewohnerbefragung
E2.7	Alle betroffenen Patienten/Bewohner mit zu erwartenden Schmerzen berichten, dass ihnen vor schmerzhaften Maßnahmen Schmerzmittel angeboten worden sind.	Patienten-/Bewohnerbefragung

Tabelle 4: Ebene 2: Medikamentöse Schmerzbehandlungen

Ebene 3: Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen

Eine aktuelle Dokumentation schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen liegt vor. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.		
Gültigkeit:	Für alle Einrichtungen, bezieht sich auf die Patienten/Bewohner mit Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden Schmerzen, die eine medikamentöse Schmerzbehandlung erhalten.	
Kriterium:	erfüllt – teilweise erfüllt – nicht erfüllt	
E3	Maßnahmen zur Prophylaxe und/oder Behandlung von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen sind dokumentiert.	Dokumentation

Tabelle 5: Ebene 3: Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen

Ebene 4: Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation und/oder die Eigenaktivität des Patienten/Bewohners ausgewirkt.		
Gültigkeit:	Für alle Einrichtungen, bezieht sich auf die Patienten/Bewohner mit Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden	

	Schmerzen.	
Kriterium:	erfüllt – teilweise erfüllt – nicht erfüllt	
E4.1	Bei Angaben von Schmerzen wurden (ggf. neben der medikamentösen Schmerzbehandlung) nicht-medikamentöse Schmerzbehandlungsmaßnahmen angeboten. Umgesetzte Maßnahmen wurden auf ihre Wirksamkeit überprüft.	Dokumentation
E4.2	Alle Mitarbeiter geben an, dass Ihnen der Einsatz von nichtmedikamentösen Schmerzbehandlungsmaßnahmen möglich war und ist.	Mitarbeiterbefragung
E4.3	Alle betroffenen Patienten/Bewohner geben an, dass Ihnen nichtmedikamentöse Schmerzbehandlungsmaßnahmen angeboten worden sind.	Patienten-/Bewohnerbefragung
E4.4	Alle betroffenen Patienten/Bewohner, die nichtmedikamentöse Schmerzbehandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen haben, geben an, dass diese die Schmerzen gelindert haben.	Patienten-/Bewohnerbefragung

Tabelle 6: Ebene 4: Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Ebene 5: Information, Anleitung und Schulung

Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind über die Bedeutung systematischer Schmerzeinschätzung informiert, können Schmerzen mitteilen und sind befähigt, situationsgerechte Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung anzuwenden.		
Gültigkeit:	Für alle Einrichtungen, bezieht sich auf die Patienten/Bewohner mit Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden Schmerzen.	
Kriterium:	erfüllt – teilweise erfüllt – nicht erfüllt	
E5.1	Allen betroffenen Patienten/Bewohner wurden Informationen, Anleitungen oder Schulungen zum Umgang mit Schmerzen angeboten.	Dokumentation
E5.2	Alle betroffenen Patienten/Bewohner geben an, dass Ihnen Informationen, Anleitungen oder Schulungen zum Umgang mit Schmerzen angeboten worden sind.	Patienten-/Bewohnerbefragung
E5.3	Alle betroffenen Patienten/Bewohner, die	Patienten-

	Informationen, Anleitungen oder Schulungen erhalten haben, geben an, dass sie jetzt besser mit der Schmerzsituation umgehen können.	/Bewohnerbefragung
--	---	--------------------

Tabelle 7: Ebene 5: Information, Anleitung und Schulung

2.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Schmerzmanagement steht im Zusammenhang mit dem Kennzeichen „Pflegeplanung“ und wird beeinflusst von den Kennzeichen „Selbstständige Lebensführung“ und „Selbstbestimmung“.

2.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege“

Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.; Murr, A.; Müller Staub, M. (2013): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber.

Gnass, I.; Nestler, N.; Krüger, C.; Schüßler, N.; Kutschar, P.; Mitterlehner, B.; Hemling, S.; Osterbrink, J. (2012a): Schmerzmanagement: Tumorpatienten besser betreuen. Ambulant-pflegerische Versorgung. In: Die Schwester Der Pfleger 51 (9), S. 934–939.

Gnass, I.; Schüßler, N.; Osterbrink, J. (2012b): Schmerzen adäquat behandeln. Die erste Aktualisierung des Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege". In: Pflegezeitschrift 65 (11).

Hollenbach, A. (2014): Die Implementierung des nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege aus der Sicht examinierter Pflegefachkräfte. Eine komparative Evaluationsstudie in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Baden-Württemberg. In: Pflege 27 (1), S. 51–53.

Moers, M.; Schiemann, D.; Stehling, H. (2011): Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, S. 135–144.

Osterbrink, J.; Ewers, A.; Nestler, N.; Pogatzki-Zahn, E.; Bauer, Z.; Gnass, I. et al. (2010): Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“. In: Schmerz 24 (6), S. 613–620.

- Osterbrink, J.; Hemling, S.; Nestler, N.; Becker, R.; Hofmeister, U.; Gnass, I. (2013): Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankung. In: Schmerz 27 (2), S. 141–148.
- Osterbrink, J.; Besendorfer, A.; Bohlmann, L.; Flake, G.; Franke, A.; Himpler, K. et al. (2011): Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Einschliesslich Kommentierung und Literaturstudie. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, S. 19–43.
- Schüßler, N.; Gnass, I.; Osterbrink, J. (2012): Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen - Was ist neu? Aktualisierter Expertenstandard. In: Die Schwester Der Pfleger 51 (4), S. 336–341.
- Schüßler, N.; Osterbrink, J. (2012): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Erste Aktualisierung. National Standard for Acute Pain Management in Nursing. First update. In: Schmerz 26 (2).

3 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“

3.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich eine „Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

3.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege ist gegeben, wenn in der jeweiligen Pflegeeinrichtung ein Standard Sturzprophylaxe basierend auf dem Expertenstandard Sturzprophylaxe vorliegt und die Anforderungen aus dem Expertenstandard auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erfüllt sind. Die Überprüfung erfolgt anhand des vom DNQP herausgegebenen Auditinstrumentes, welches Struktur- und Ergebniskriterien beinhaltet.

Mit der Umsetzung des Expertenstandards wird ein fachlicher Rahmen zum Umgang mit dem Pflegephänomen Dekubitus vorgegeben. Die Definition eines Sturzes ist im Expertenstandard an die World Health Organization (WHO) (2007) angelehnt:

„Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt“ (World Health Organization 2007).

Ein beinahe geschehener Sturz gilt nicht als Sturz, soll aber erfasst werden, da dieser wichtige Hinweis für Risikofaktoren liefern kann (Heinze et al. 2013).

Das Ziel des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe richtet sich in zwei Richtungen aus. Zum einen gilt es Stürze zu verhindern. Zum anderen sollen Sturzfolgen minimiert werden. Hierdurch kommt zum Ausdruck, dass nicht jeder Sturz tatsächlich vermieden werden kann, insbesondere unter Berücksichtigung des freien Willens der Betroffenen. Ist das Sturzrisiko bekannt und kann nicht oder nur unzureichend minimiert werden, sind Maßnahmen auf die Folgen eines Sturzes abzustellen, so dass es zu keinem oder einem geringeren Schaden kommt.

3.3 Stand der Literatur

Der Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ ist mit Stand 2013 hoch aktuell. Bedingt durch die ausführliche Literaturrecherche zum Expertenstandard sind im Rahmen der Literaturrecherche zur Kennzeichenbeschreibung, die in 2011 ansetzte, keine neueren Erkenntnisse generiert worden. Naturgemäß gibt es einige Publikationen, die sich mit dem Expertenstandard auseinandersetzen und diesen vorstellen (z. B. Huhn 2013; Klimmer 2013).

3.4 Rechtliche Aspekte

Expertenstandards „werden vom Gesetzgeber als ein wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklungen in der Pflege qualifiziert“ (Klie 2014, S. 1135). Die Expertenstandards des DNQP sind nicht mit den Expertenstandards des § 113a SGB XI gleichzusetzen. Sie bilden jedoch den „state of the art“ ab und sind somit haftungsrechtlich gesehen relevant (Klie 2014, S. 1136). Mit dem Anspruch „state of the art“ werden die Expertenstandards in regelmäßigen Abständen auf ihre Aktualität hin überprüft.

3.5 Gibt es Mindeststandards?

Der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ des DNQP ist mit Stand 2013 der aktuell gültige Mindeststandard für die Pflege. Der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe liegt derzeit in der ersten aktualisierten Fassung vor und gilt ausdrücklich auch für die ambulante pflegerische Versorgung, „wohlwissend, dass dort nicht alle Interventionen (...) durchgeführt werden können“ (Heinze et al. 2013, S. 21).

Der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe enthält sechs Ebenen die allesamt berücksichtigt sein müssen, um den Expertenstandard vollständig umzusetzen (Heinze et al. 2013, S. 23). Die Ebenen können als Kriterien zur Beurteilung der Umsetzung herangezogen werden:

- Systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren
- Beratungen zu Sturzrisikofaktoren und entsprechende Interventionen
- Wissen um geeignete Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung sturzbedingter Folgen
- Anwendung geeigneter zielgruppenspezifischer Interventionen (wenn notwendig)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (wenn notwendig)
- Effektivitätsbeurteilung der prophylaktischen Maßnahmen

Bei allen Klienten ist zu Beginn der pflegerischen Versorgung ein systematisches Assessment durchzuführen, um Klienten mit personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren zu identifizieren. Die Einschätzung des Sturzrisikos ist bei Veränderungen der Pflegesituation und nach einem Sturz erneut durchzuführen (Heinze et al. 2013, S. 23). Zur Orientierung, welche Sturzrisikofaktoren zu berücksichtigen sind, wurden im Expertenstandard Kriterien zusammengestellt (Heinze et al. 2013, S. 25), ein besonderes Assessment oder Screening wird nicht empfohlen.

Die Ergebnisse der Risikoeinschätzung sind dem Klienten und seinen Angehörigen mitzuteilen. Darüber hinaus sollen dem Klienten und seinen Angehörigen Beratungen und ggf. Schulungen zu den Interventionen angeboten werden (Heinze et al. 2013, S. 23). Ziel der Beratungen und Schulungen ist der Erhalt oder die Erhöhung der Selbstpflegefähigkeit und das Ermöglichen einer selbstbestimmten Alltagskompetenz (Heinze et al. 2013, S. 28).

Sind Maßnahmen zur Sturzprophylaxe notwendig sollen diese gemeinsam mit dem Klienten, seinen Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen zusammen abgestimmt und in einem individuellen Maßnahmenplan festgehalten werden (Heinze et al. 2013, S. 23). Neben den geeigneten Interventionen sollen hierin auch die Ressourcen des Klienten festgehalten werden. Im Expertenstandard wird zum Punkt Interventionen ausdrücklich betont, dass freiheitsentziehende Maßnahmen keinesfalls zum Zweck der Sturzprävention einzusetzen sind (Heinze et al. 2013, S. 34). Sollten dennoch Maßnahmen (beispielsweise das Anbringen eines Bettseitenteils) vom Klienten gewünscht sein, ist dieser über die Risiken aufzuklären und über Alternativangebote zu informieren (Heinze et al. 2013, S. 35).

Da Pflegekräfte nicht allein dafür Sorge tragen können, dass die ausgehandelten Interventionen auch umgesetzt werden können, hat die Einrichtung zu gewährleisten, dass Möglichkeiten bestehen, dass zielgruppenspezifische Interventionsangebote umgesetzt werden können. Die Umsetzung soll in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Klienten auf der Grundlage des Maßnahmenplans erfolgen (Heinze et al. 2013, S. 23). Im häuslichen Bereich liegt der Schwerpunkt auf den wohnraumbedingten Sturzgefahren. Hier können Pflegekräfte beratend, unterstützend und vermittelnd tätig sein. Die Entscheidung über notwendige Wohnraumveränderungen obliegt ausschließlich dem Klienten (Heinze et al. 2013, S. 36).

Ist die Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen notwendig (z. B. für Diagnostik und Therapie) ist sicherzustellen, dass diese über bestehende Sturzrisiken informiert werden und Hinweise zum situativ angemessenen Umgang erhalten (Heinze et al. 2013, S. 23). Es ist ebenso sicherzustellen, dass auch innerhalb der Einrichtung alle Personen informiert sind, die mit dem Klienten arbeiten (Therapeuten, Mitarbeiter für Beschäftigungen u. a. m.). Die

Experten sehen hier das Management der jeweiligen Pflegeeinrichtung in der Pflicht eine entsprechende Verfahrensanweisung zu erstellen (Heinze et al. 2013, S. 39).

Um die einzelnen Elemente des Expertenstandard umsetzen zu können, ist umfangreiches Fachwissen notwendig sowie die Fähigkeit seitens des Fachpersonals Stürze angemessen zu erfassen und zu analysieren (Heinze et al. 2013, S. 23). Die Einrichtungen haben hierfür die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen (Heinze et al. 2013, S. 23).

Das Risiko zu stürzen trägt jeder Mensch, aber nicht jeder ist mehr in der Lage, Stürze zu vermeiden. Die Definition eines Sturzes ist im Expertenstandard an die WHO (2007) angelehnt: „Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt“ (Heinze et al. 2013, S. 20). Die Experten des Standards schließen jedoch „Beinahstürze“ bewusst aus, bzw. definieren diese nicht als Stürze. Dennoch sollen sie erfasst werden, da sie wichtige Hinweise für Risikofaktoren liefern (Heinze et al. 2013).

3.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Als Mindestanforderungen, die es umzusetzen gilt, können die Struktur- und Prozesskriterien des Expertenstandards herangezogen werden. Ohne zielgerichtete Strukturen und Prozesse sind im Vorfeld gesetzte Ziele nicht erreichbar. Die Struktur- und Prozesskriterien ergeben sich aus dem Expertenstandard (Heinze et al. 2013, S. 23):

- Alle Pflegefachkräfte müssen über aktuelles Wissen zur Identifikation des Sturzrisikos verfügen.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über Beratungskompetenzen bezüglich des Sturzrisikos und den geeigneten Interventionen verfügen.
- Alle Pflegefachkräfte müssen geeignete Interventionen zur Vermeidung von Stürzen und zur Minimierung sturzbedingter Folgen kennen.
- Das Management des Pflegedienstes muss zielgruppenspezifische Interventionsangebote ermöglichen.
- Das Management des Pflegedienstes muss geeignete räumliche und technische Voraussetzungen sowie Hilfsmittel für eine sichere Mobilität vorhalten.
- (S4b entfällt für den ambulanten Bereich, da sich eine Autorisierung aus dem Klientenauftrag ergibt (Heinze et al. 2013, S. 38))
- Das Management des Pflegedienstes stellt sicher, dass alle an der Versorgung des Kleinten Beteiligte über das vorliegende Sturzrisiko informiert werden.

- Alle Pflegefachkräfte müssen befähigt sein, individuelle Sturzerfassungen und Sturzanalysen durchzuführen.
- Das Management des Pflegedienstes stellt Ressourcen zur Auswertung und Analyse von Stürzen zur Verfügung.

Die Überprüfung der jeweiligen Items erfolgt entsprechend des Auditinstruments anhand einer Dokumentenanalyse und/oder einer Befragung der zuständigen Pflegefachkraft und/oder einer Befragung des Klienten, ggf. seiner Angehörigen.

3.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Als zentrale Aspekte für die Qualitätsmessung können die Items des Auditinstruments zum Expertenstandard zur Sturzprophylaxe betrachtet werden. Das Auditinstrument zielt im ersten Fragebogen ausschließlich auf die Ergebniskriterien ab (Moers et al. 2013, S. 154), im zweiten Fragebogen auf die Fortbildungsbedarfe (Strukturkriterien) des Pflegepersonals (Moers et al. 2013).

Mögliche Erhebungskriterien:

Feststellung, ob unmittelbar zu Beginn der pflegerischen Versorgung eine systematische Erfassung des Sturzrisikos vorgenommen wurde.

- Feststellung, ob bei einer Veränderung der Pflegesituation und/oder nach einem Sturz des Klienten das Sturzrisiko überprüft wurde.
- Feststellung, ob Klienten über ihr individuelles Sturzrisiko informiert wurden.
- Feststellung, ob dem Klienten Informationen und/oder Beratung über das festgestellte Sturzrisiko und wirksame Informationen angeboten worden sind.
 - o Feststellung, ob die Informationen für den Klienten verständlich und ausreichend waren.
 - o Feststellung, ob dem Klienten Möglichkeiten zur Vermeidung von Stürzen aufgezeigt worden sind.
- Feststellung, ob ein individueller Maßnahmenplan zur Vorbeugung von Stürzen und sturzbedingten Folgen vorliegt.
- Feststellen, ob dem Klienten die im Maßnahmenplan festgelegten Interventionen und Hilfsmittel angeboten worden sind.
- Feststellung, ob bei Stürzen der Sturz und seine Ursache analysiert wurde.

- Feststellung, ob den Klienten angeboten worden ist, die Umgebung seinem individuellen Risiko anzupassen, wenn umgebungsbedingte Sturzrisikofaktoren identifiziert wurden.
- Feststellung, ob es den Pflegefachkräften möglich war, geplante Interventionen zur Vermeidung von Stürzen/Sturzfolgen zu koordinieren.

3.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die Vermeidung von Stürzen gehört zugleich in die Merkmalsbereiche „Sicherheit“ und „Pflegeplanung“ und wird beeinflusst von den Merkmalen „Selbstständige Lebensführung“ und „Selbstbestimmung“.

3.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege“

Heinze, C.; Härlein, J.; Huhn, S.; Mai, M.; Mühlberger, H.; Nitsch, K. et al. (2013): Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013. Unter Mitarbeit von Doris Schiemann. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, S. 17–43.

Huhn, S. (2013): Einem Sturz gezielt vorbeugen. Expertenstandard Sturzprophylaxe. In: *Die Schwester, Der Pfleger* 52 (5), S. 446–448. Online verfügbar unter http://www.medpilot.de?ID=CC_BIBNET_bibnet10952.

Klie, T. (2014): § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. In: Thomas Klie und Utz Kraemer (Hg.): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar), S. 1134–1142.

Klimmer, M. M. (2013): Sturz - ein multifaktorielles Geschehen. 1. Aktualisierung des "Expertenstandards Sturzprophylaxe". In: *Heilberufe* 65 (6), S. 14–17. Online verfügbar unter <http://link.springer.com/article/10.1007/s00058-013-0639-6>.

Moers, M.; Büscher, A.; Stehling, H. (2013): Das Audit-Instrument zum aktualisierten Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013. Unter Mitarbeit von Doris Schiemann. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, S. 149–160.

World Health Organization (WHO) (2007): Global Report on Falls in Older Age. Online verfügbar unter http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/.

4 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“

4.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich eine „Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

4.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Umsetzung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ ist gegeben, wenn in der jeweiligen Pflegeeinrichtung ein Standard basierend auf dem Expertenstandard Ernährungsmanagement vorliegt und die Anforderungen aus dem Expertenstandard auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erfüllt sind. Die Überprüfung erfolgt anhand des vom DNQP herausgegebenen Auditinstrumentes, welches Struktur- und Ergebniskriterien beinhaltet.

Mit der Umsetzung des Expertenstandards wird ein fachlicher Rahmen zum Umgang mit dem Pflegephänomen Mangelernährung vorgegeben. Die Definition einer Mangelernährung, erfolgt vom DNQP in Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Sie wird verstanden

„als anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physio-logische Funktion und Gesundheitszustand“
(Bartholomeyczik et al. 2010, S. 11).

Das Ziel des Expertenstandards liegt darin, das Ernährungsmanagement auf die Bedürfnisse des Klienten auszurichten, Speisen und Getränke bedarfsdeckend anzubieten, um Ernährungsdefizite (Mangelernährung) zu vermeiden oder entsprechend zu kompensieren (Bartholomeyczik et al. 2010).

4.3 Stand der Literatur

Die recherchierte Literatur zum Expertenstandard beleuchtet diesen aus verschiedenen Richtungen. Zur Umsetzung im ambulanten Versorgungsbereich können keine Aussagen getroffen werden. In einigen Literaturquellen wird die Umsetzung des Expertenstandards in die Praxis beschrieben (z. B. Pews 2013). Neue Erkenntnisse konnten jedoch nicht gewonnen werden. Weitere Autoren beschäftigen sich mit den grundlegenden Aspekten des Expertenstandards. So stellen Reuther und Bartholomeyczik (2010) fest, dass ca. 90 % der stationären Einrichtungen, die in die Studie einbezogen wurden, einen Ernährungsstandard haben, diesen aber zu selten oder zu wenig umsetzen (Reuther und Bartholomeyczik 2010). Auch Fleischer und Klewer (2011) bescheinigen in einer Untersuchung zum Ernährungsmanagement vor und während der Implementierung des nationalen Expertenstandards in einer stationären Altenpflegeeinrichtung, dass strukturelle organisatorische Vorgaben nicht automatisch zu den gewünschten Ergebnissen in der Prozessqualität führen (Fleischer und Klewer 2011, S. 149). In beiden Publikationen wird auf die Verantwortung des Managements der Pflegeeinrichtungen verwiesen.

Für den Krankenhaussektor werden positive Erfahrungen mit einem standardisierten Screening im Rahmen des Ernährungsmanagements berichtet (Bojunga 2011). Diese gehen einher mit Verkürzung der Liegezeiten, Senkung des Infektionsrisikos, Optimierung des Outcomes, Erhöhung der Lebensqualität der Patienten, weniger Rehospitalisierung, Kosteneinsparungen für Ernährungstherapie und Erlösoptimierung durch Kodierung der Ernährungstherapie (Bojunga 2011, S. 497) und bestätigen die Sinnhaftigkeit des Einsatzes eines Screeninginstruments.

Zum Thema Fehl- und Mangelernährung bei älteren Menschen kommen die meisten Forschungsergebnisse aus anderen Fachdisziplinen (Tannen und Hasseler 2013, S. 151). So werden in Deutschland, neben dem Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ vom DNQP, von weiteren spezialisierten Gesellschaften zahlreiche Standards für die Ernährung herausgegeben.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)

- DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen (2013)
- DGE-Qualitätsstandard Essen auf Rädern (2010)
- DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Krankenhäusern (2011)
- DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Rehabilitationskliniken (2011)

- Evidenzbasierte Leitlinie: Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten (2011)
- Evidenzbasierte Leitlinie: Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten (November 2006)
- Adipositas-Leitlinie (ergänzte Version 2007)
- Qualitätskriterien für ambulante Adipositas-Programme (2000)

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

- Klinische Ernährung (2013)
- Enterale Ernährung bei Schlaganfall (2007)
- Parenterale Ernährung (2007)
- Enterale Ernährung Übersetzung ESPEN Guidelines (2006)
- Adipositas (2007)
- Diabetes (2005)
- Enterale Ernährung 2 (2004)

Die jeweiligen Leitlinien/Standards/Informationen stehen im Internet zum Herunterladen zur Verfügung und werden zudem in zahlreichen Publikationen thematisiert und beschrieben (siehe hierzu Aden W. 2012; Bischoff et al. 2013a; Bischoff et al. 2013b; Böltz et al. 2013; Griebel 2010; Hartl et al. 2013; Lamprecht et al. 2014; Ockenga et al. 2014; Oehmichen et al. 2013; Plauth et al. 2014; Schütz et al. 2010; Stingel et al. 2013; Valentini et al. 2013; Volkert et al. 2013; Volkert et al. 2011; Weimann et al. 2013; Wirth et al. 2013; Wolfram 2011; Wykes et al. 2013).

Die Übertragung auf die ambulante pflegerische Versorgung kann über die Anforderungen des Expertenstandards hinaus jedoch nicht hergestellt werden, da Pflegepersonen im ambulanten Bereich nicht oder nur eingeschränkt auf die Zubereitung von Speisen einwirken können. Die Klienten und ihre Angehörigen verantworten selbstbestimmt die Ernährung. Feststellung einer Mangelernährung oder deren Risiken, Umsetzung von Maßnahmen zur Behebung sowie Information, Beratung und Schulung werden über den Expertenstandard abgedeckt. Professionelle Ernährungsberatungen zu spezifischen Situationen und Krankheiten sind laut Expertenstandard von fachkundigen Ernährungsberatern durchzuführen.

4.4 Rechtliche Aspekte

Expertenstandards „werden vom Gesetzgeber als ein wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklungen in der Pflege qualifiziert“ (Klie 2014, S. 1135). Die Expertenstandards des DNQP sind nicht mit den Expertenstandards des § 113a SGB XI gleichzusetzen. Sie bilden jedoch den „state of the art“ ab und sind somit haftungsrechtlich gesehen relevant (Klie 2014, S. 1136). Mit dem Anspruch „state of the art“ werden die Expertenstandards in regelmäßigen Abständen auf ihre Aktualität hin überprüft.

4.5 Gibt es Mindeststandards?

Als Richtlinie zum Ernährungsmanagement in der Pflege gilt derzeit der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ des DNQP (2010).

Der Expertenstandard Ernährungsmanagement in der Pflege enthält sechs Ebenen die allesamt berücksichtigt sein müssen, um den Expertenstandard vollständig umzusetzen (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 31). Die Ebenen können als Kriterien zur Beurteilung der Umsetzung herangezogen werden:

- Risikoerhebung mit Screening und wenn notwendig Durchführung eines Assessments
- Kompetenz zur bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung
- Kompetenz zur Maßnahmenplanung
- Umsetzung einer umfassende und fachgerechten Unterstützung
- Durchführung von Beratung, Anleitung und Schulung
- Effektivitätsbeurteilung der eingeleiteten Maßnahmen

Dem Expertenstandard nach soll bei allen Klienten zu Beginn des pflegerischen Auftrags ein Screening zu Risiken einer Mangelernährung durchgeführt werden. Dieses ist in regelmäßigen Abständen zu wiederholen und wenn akute Veränderungen eintreten (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 31). Die Pflegefachkräfte sollen über die entsprechende Kompetenz verfügen, Screeninginstrumente einzusetzen. Wichtige Kriterien zur Risikoeinschätzung sind im Expertenstandard hinterlegt (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 33). Als Screeninginstrument für den ambulanten Bereich wird das Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) empfohlen, soll aber nicht unreflektiert eingesetzt werden (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 34). Ergibt sich aus dem Screening ein Risiko oder Anzeichen einer Mangelernährung muss anhand eines Assessments eine tiefer gehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren erfolgen.

Exemplarisch wird hierzu das pflegerische Screening- und Assessmentinstrument PEMU benannt (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 35), alternativ ein systematisches Vorgehen anhand der im Expertenstandard benannten Untersuchungskriterien (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 38).

Mangelernährung ist ein pflegerisches Phänomen, welches allein durch Pflegekräfte nicht ausreichend behoben werden kann. Daher sollen die Pflegefachkräfte auf Grundlage einer Verfahrensregelung mit Küche und Hauswirtschaft sowie in Absprache mit den anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzten, Logopäden, Diätassistenten) eng kooperieren und Maßnahmen für eine individuell angepasste Ernährung abstimmen. Die Pflegefachkräfte tragen zwar nicht die Verantwortung für die Durchführung von Maßnahmen anderer Berufsgruppen, können jedoch dafür Sorge tragen, dass notwendige Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet und bei Bedarf berufsübergreifende Fallbesprechungen organisiert werden (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 39).

Maßnahmen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme, zur Gestaltung der Umgebung, zu geeigneten, flexiblen Speisen- und Getränkeangeboten sowie Darreichungsformen sollen mit dem Klienten gemeinsam geplant werden. Bei Bedarf auch unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 31). Voraussetzung sind jedoch umfangreiche Kenntnisse zum Ernährungsmanagement. Insbesondere für den häuslichen Bereich wird darauf verwiesen, dass es Aufgabe der Pflegefachkraft ist zu ermitteln, ob eine adäquate Verpflegung sichergestellt ist oder organisiert werden muss. Gegebenenfalls soll eine Ernährungsberatung angeregt werden (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 42).

Vorausgesetzt, die Pflegefachkraft verfügt über die notwendigen Kompetenzen zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, gewährleistet sie eine, die Selbstbestimmung und Eigenaktivität des Klienten fördernde Unterstützung während der Mahlzeiten. Dazu gehört eine motivierende Interaktions- und Umgebungsgestaltung sowie die fachgerechte Unterstützung bei bzw. mit spezifischen Gesundheitsproblemen (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 31).

Sind bei einem Klienten Risiken einer Mangelernährung bekannt, sollen die Betroffenen und ihre Angehörigen über Gefahren einer Mangelernährung und Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung informiert und beraten werden. Wenn notwendig soll zu bestimmten Maßnahmen eine Schulung (z. B. im Umgang mit Hilfsmitteln) durchgeführt werden (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 31).

In regelmäßigen, individuell festgelegten Abständen sind der Erfolg und die Akzeptanz der Maßnahmen zu überprüfen. Hierzu sind nicht nur umfangreiche Kenntnisse zum Klienten und der Ernährungssituation notwendig, sondern auch das Erkennen von Grenzen der

oralen Nahrungsaufnahme. Wenn notwendig sollen weitere Berufsgruppen in die Evaluation einbezogen werden. Gegebenenfalls sind eine Neueinschätzung und entsprechende Veränderungen im Maßnahmenplan vorzunehmen (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 31).

Das Ziel des Expertenstandards liegt darin, das Ernährungsmanagement auf die Bedürfnisse des Klienten auszurichten, Speisen und Getränke bedarfsdeckend anzubieten, um Ernährungsdefizite (Mangelernährung) zu vermeiden oder entsprechend zu kompensieren (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 51). Mangelernährung wird im Expertenstandard in Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) definiert, „als anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physio-logische Funktion und Gesundheitszustand“ (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 11). Sollten sich Bedürfnisse von Klienten nicht in Einklang mit einer bedarfsgerechten Ernährung bringen lassen, sind die Umstände zu dokumentieren. Grundsätzlich gilt für das Ernährungsmanagement, dass Selbstbestimmung und Autonomie der Klienten Vorrang haben das Ernährungsmanagement (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 51).

4.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Als Mindestanforderungen, die es umzusetzen gilt, können die Struktur- und Prozesskriterien des Expertenstandards herangezogen werden. Ohne zielgerichtete Strukturen und Prozesse sind im Vorfeld gesetzte Ziele nicht erreichbar. Die Struktur- und Prozesskriterien ergeben sich aus dem Expertenstandard (Bartholomeyczik et al. 2010, S. 31):

- Alle Pflegefachkräfte müssen über Kompetenzen zur Risikoeinschätzung und zu tiefergehenden Einschätzungen der Ernährungssituation verfügen.
- Das Management des Pflegedienstes muss sicherstellen, dass die erforderlichen Instrumente und Hilfsmittel zur Einschätzung und Dokumentation zur Verfügung stehen.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über Kompetenzen zur berufsgruppenübergreifenden Maßnahmenplanung und Steuerung im Rahmen des Ernährungsmanagements verfügen.
- Das Management des Pflegedienstes hat eine multiprofessionell geltende Verfahrensregelung zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit beim Ernährungsmanagement erstellt.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über Kompetenzen zur Planung einer individuellen Mahlzeiten- und Interaktionsgestaltung verfügen.

- Das Management des Pflegedienstes muss sicherstellen, dass ein geeignetes Verpflegungskonzept vorliegt.
- Das Management des Pflegedienstes muss sicherstellen, dass eine angemessene Personalausstattung und Personalplanung zur Gewährleistung eines bedürfnis- und bedarfsgerechten Ernährungsmanagements vorhanden ist.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über spezifische Kompetenzen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme einschließlich besonderer Risikosituationen bzw. bei speziellen Beeinträchtigungen verfügen.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über Edukationskompetenzen zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung verfügen.
- Alle Pflegefachkräfte müssen über die Kompetenz verfügen, die Angemessenheit und Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu beurteilen.

Die Überprüfung der jeweiligen Items erfolgt entsprechend des Auditinstruments anhand einer Dokumentenanalyse und/oder einer Befragung der zuständigen Pflegefachkraft und/oder einer Befragung des Klienten, ggf. seiner Angehörigen.

4.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Als zentrale Aspekte für die Qualitätsmessung können die Items des Auditinstruments zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe betrachtet werden. Das Auditinstrument zielt im ersten Fragebogen ausschließlich auf die Ergebniskriterien ab (Moers et al. 2010, S. 151), im zweiten Fragebogen auf die Fortbildungsbedarfe (Strukturkriterien) des Pflegepersonals (Moers et al. 2010, S. 154).

Mögliche Erhebungskriterien:

- Feststellung, ob eine Erfassung von Risikofaktoren für die Gefahr einer Mangelernährung durchgeführt worden ist.
- Feststellung, ob eine Erfassung von Anzeichen für eine Mangelernährung durchgeführt worden ist.
- Feststellung, ob ein Assessment der Ernährungssituation durchgeführt worden ist.
- Feststellung, ob ein individueller Maßnahmenplan zur bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung vorliegt.
- Feststellung, ob an der Entwicklung des Maßnahmenplans weitere Berufsgruppen beteiligt waren.

- Feststellung, ob dem Klienten Informationen und Beratung über Folgen einer Mangelernährung sowie über Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung angeboten worden sind.
- Feststellung, ob die Erfassung von Risiken und Anzeichen für eine Mangelernährung wiederholt worden sind.
- Feststellung, ob das Gewicht des Klienten stabil geblieben oder angestiegen ist.
- Feststellung, ob die Verzehrmenen des Klienten stabil geblieben oder angestiegen sind.
- Feststellung, ob die Trinkmenge des Klienten bedarfsgerecht ist.
- Feststellung, ob es den Pflegekräften möglich war, die geplanten Maßnahmen mit den beteiligten Berufsgruppen zu koordinieren.
- Feststellung, ob es den Pflegekräften möglich war, ihre Klienten während der Mahlzeiten bedürfnis- und bedarfsgerecht zu unterstützen.
- Feststellung, ob es den Pflegekräften möglich war, ihren Klienten in Bezug auf ihre Ernährungssituation zu beraten.
- Feststellung, ob die Klienten regelmäßig nach ihrem Essen und Getränke Wünschen gefragt werden.
- Feststellung, ob die Klienten jederzeit Speisen und Getränke bekommen.
- Feststellung, ob die Klienten beim Essen und Trinken immer Hilfe bekommen, wenn sie sie benötigen.
- Feststellung, ob Pflegekräfte ausführlich mit Klienten über ihre Ernährung gesprochen haben.

4.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die Vermeidung einer Mangelernährung gehört zugleich in die Kennzeichenbereiche „Sicherheit“ und „Pflegeplanung“ und wird beeinflusst von den Merkmalen „Selbstständige Lebensführung“ und „Selbstbestimmung“.

4.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“

Aden W. (2012): DGE-Qualitätsstandards für die Umsetzung eines vollwertigen Verpflegungskonzepts in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 37 (3), S. 140–145.

Bartholomeyczik, S.; Borker, S.; Hansen, U.; Hardenacke, D.; Henning, M.; Ott, S. et al.

- (2010): Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), S. 24–51.
- Bischoff, S. C.; Arends, J.; Dörje, F.; Engeser, P.; Hanke, G.; Köchling, K. et al. (2013a): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und der AKE. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (05), S. e101. DOI: 10.1055/s-0033-1349549.
- Bischoff S. C.; Arends J.; Dorje F.; Engeser P.; Hanke G.; Kochling K. et al. (2013b): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und der AKE. Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (5), S. e101.
- Bojunga, J. (2011): Ernährungsmanagement: Standardisiertes Screening an der Universitätsklinik Frankfurt. In: *Das Krankenhaus* 203 (5), S. 497–499.
- Bölts, M.; Girbardt, R.; Hoffmann, C.; Holtorf, R.; Kleindienst, J.; Leinweber, S. et al. (2013): DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Online verfügbar unter http://www.fitimalter-dge.de/fileadmin/user_upload/QST_Senioren_PDF_sg.pdf, zuletzt geprüft am 11.04.2014.
- DNQP (Hg.) (2010): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Fleischer, N.; Klewer, J. (2011): Untersuchung des Ernährungsmanagements vor und während der Implementierung des nationalen Expertenstandards Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege in einer stationären Altenpflegeeinrichtung. In: *HeilberufeSCIENCE* 2 (4), S. 143–149.
- Griebel, L. (2010): Ernährung im Postaggressionsstoffwechsel _ Der Malnutrition des Dialysepatienten richtig begegnen. In: *Dialyse aktuell* 14 (01), S. 30–36. DOI: 10.1055/s-0030-1249240.
- Hartl W. H.; Parhofer K. G.; Kuppinger D.; Rittler P. (2013): S3-Leitlinie der Deutschen

- Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und der AKE. Besonderheiten der Überwachung bei künstlicher Ernährung. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (5), S. e90.
- Klie, T. (2014): § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. In: Thomas Klie und Utz Kraemer (Hg.): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar), S. 1134–1142.
- Lamprecht, G.; Pape, U.-F.; Witte, M.; Pascher, A.; und das DGEM Steering Committee (2014): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. in Zusammenarbeit mit der AKE, der GESKES und der DGVS. In: *Aktuel Ernährungsmed* 39 (02), S. e57-e71. DOI: 10.1055/s-0034-1369922.
- Moers, M.; Schiemann, D.; Stehling, H. (2010): Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Ernährungsmanagement. In: DNQP (Hg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), S. 148–156.
- Ockenga, J.; Löser, Chr.; Kraft, M.; Madl, C. (2014): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGVS. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 39 (01), S. e43. DOI: 10.1055/s-0033-1360014.
- Oehmichen, F.; Ballmer, P. E.; Druml, C.; Junek, R.; Kolb, C.; Körner, U. et al. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (02), S. 112–117. DOI: 10.1055/s-0032-1332986.
- Pews, B. (2013): Ernährungsmanagement. Stuttgart: Kohlhammer (Pflegepraxis).
- Plauth M.; Schutz T.; Pirlich M.; Canbay A. (2014): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGVS. Klinische Ernährung in der Gastroenterologie (Teil 1) – Leber. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 39 (1), S. e1.
- Reuther, S.; Bartholomeyczik, S. (2010): Vorhandene Standards besser umsetzen. Ernährungsdefizite. In: *Altenheim* 49 (3), S. 46–49.
- Schütz, T.; Herbst, B.; Weimann, A. (2010): ESPEN-Leitlinien Parenterale Ernährung _ Zusammenfassung. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 35 (02), S. 68–69. DOI: 10.1055/s-

0029-1223443.

- Stingel K.; Schutz T.; Koller M.; Lochs H.; Weimann A.; Bischoff S. C. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Methodik zum Leitlinien-Update Klinische Ernährung. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (2), S. 90–96.
- Tannen, A.; Hasseler, M. (2013): Ernährung und Ernährungsmanagement bei älteren Menschen. In: Martina Hasseler, Martha Meyer und Thomas Fischer (Hg.): Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Altenpflege), S. 137–154.
- Valentini, L.; Volkert, D.; Schütz, T.; Ockenga, J.; Pirlich, M.; Druml, W. et al. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (02), S. 97–111. DOI: 10.1055/s-0032-1332980.
- Volkert, D.; Bauer, J. M.; Frühwald, T.; Gehrke, I.; Lechleitner, M.; Lenzen-Großimlinghaus, R. et al. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (03), S. e1. DOI: 10.1055/s-0033-1343169.
- Volkert, D. (2011): Nutritional guidelines and standards in geriatrics. Leitlinien und standards zur ernahrung in der geriatrie. In: *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 44 (2), S. 91–99. DOI: 10.1007/s00391-011-0174-5.
- Weimann A.; Breitenstein S.; Breuer J. P.; Gabor S. E.; Holland-Cunz S.; Kemen M. et al. (2013): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGCHa, der DGAib und der DGAVc. Klinische Ernährung in der Chirurgie. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (6), S. e155.
- Wirth R.; Dziewas R.; Jager M.; Warnecke T.; Smoliner C.; Stingel K.; Leischker A. H. (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGN und der DGG. Klinische Ernährung in der Neurologie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38 (4), S. e49.
- Wolfram G. (2011): Neue evidenzbasierte Leitlinie der DGE zur Kohlenhydratzufuhr und der primären Prävention von ausgewählten ernährungsmitbedingten Krankheiten. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin* 36 (2), S. 119–120.
- Wykes, K.; Taylor, K.; Wilkinson, Shelley, A. (2013): An investigation into the perioperative

nutritional management of open colorectal surgery patients in major Australian hospitals: a comparison with the ERAS guidelines. In: *Nutrition & Dietetics* 70 (3), S. 175–180. DOI: 10.1111/1747-0080.12021.

5 Erläuterungen zum Kennzeichen „Aktivierende Pflege“

5.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „aktivierende Pflege“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

5.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Unter aktivierender Pflege werden der Erhalt und die Förderung der Eigenständigkeit und Kompetenzen des Menschen unter Berücksichtigung der Ressourcen und seelisch-geistigen sowie sozialen Belange verstanden. Dazu werden die Ressourcen der zu Pflegenden erhoben und finden in der pflegerischen Versorgung Berücksichtigung. Ein wesentliches Kriterium der aktivierenden Pflege liegt darin, dass die Maßnahmen und Interventionen der aktivierenden Pflege gemeinsam mit dem Betroffenen geplant und umgesetzt werden. Die Betroffenen entscheiden gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen über angemessene Maßnahmen und Interventionen, um Eigenständigkeit und Aktivität in den Alltagsaktivitäten sowie geistig-seelischen und sozialen

Belange zu erhalten. Die Pflegebedürftigen erhalten mit den Maßnahmen und Interventionen eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ und werden demgemäß angeleitet und beraten und erhalten, wenn erforderlich, eine zielführende Unterstützung. Pflegebedürftige Personen werden des Weiteren motiviert, Eigenständigkeit zu erhalten. Die ermittelten Ressourcen, Maßnahmen und Interventionen werden dokumentiert, durchgeführt und in ihren Wirkungen evaluiert. Bei Bedarf werden die geplanten Maßnahmen und Interventionen angepasst. Weitere an der pflegerischen Versorgung beteiligte Berufsgruppen werden an der Planung und Umsetzung der aktivierenden Pflege beteiligt.

Eine wissenschaftliche Definition des Begriffes „aktivierende Pflege“ hat noch nicht stattgefunden⁴. Überschneidungen, mögliche Zusammenhänge oder Grundlagen mit Konzepten der Gesundheitsförderung wie bspw. Empowerment müssen geprüft werden.

⁴ Insgesamt ist sowohl die theoretische Grundlage als auch die Literaturlage zum Konzept „aktivierender Pflege“ sehr gering. Es gibt kaum theorie- oder wissenschaftsbasierte Konzepte, die die Wirksamkeit aktivierender Pflege belegen (Hasseler 2011).

5.3 Stand der Literatur

Arntzen (1992) führt die Einführung des Begriffes auf die Gerontologie zurück. Demnach hat Lehr (1992) unter aktivierender Pflege verstanden, dass die vorhandenen, verfügbaren Eigenaktivitäten (Ressourcen) eines alten und kranken Menschen innerhalb der Pflege gesichert und gefördert werden (Lehr 1992 in Arntzen (1992)). Arntzen (1992) versteht unter aktivierender Pflege eine Methode, die die vorhandenen Ressourcen erkennt und nutzt, die Selbständigkeit der Betroffenen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens erhält und fördert sowie sie in den körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Belangen begleitet. Es geht im Wesentlichen darum, den Betroffenen Selbständigkeit, Selbstbestimmung und größtmögliche Unabhängigkeit von Pflegenden und Angehörigen zu ermöglichen. Als Voraussetzung für die Durchführung einer aktivierenden Pflege sieht Arntzen die Umsetzung des Pflegeprozesses.

Menner (2004) definiert den Begriff „Aktivierende Pflege“ wie folgt:

„Aktivierende Pflege ist ein Pflegeansatz, dessen Ziel die weitgehende Unabhängigkeit der Bewohner von der Betreuungsperson ist“ (Menner 2004, S. 25).

Im Gegensatz zu Arntzen (1992) ist „aktivierende Pflege“ bei dieser Autorin ein Pflegeansatz und nicht eine Methode. Im Weiteren beschreibt sie, dass versucht wird, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Menschen zu erhalten und „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu fördern. Dies geschieht, indem die Betroffenen Beratung, Anleitung und Unterstützung durch Betreuer erhalten. Um diesen Ansatz durchführen zu können, bedarf es der Festlegung der Maßnahmen in der Pflegedokumentation. Es ist nicht nur erforderlich, dass sich alle Berufsgruppen daranhalten, sondern auch, dass die betreffende Person in den therapeutischen Prozess integriert wird. Die Grundsätze sind demnach: dass die zu pflegenden Personen motiviert werden; eine Anleitung, Beratung und Begleitung durch das multiprofessionelle Team stattfindet; Ressourcen gemeinsam erkannt und gefördert werden; ein positives Selbstwertgefühl unterstützt wird; der Pflegeprozesse beobachtet und ggf. korrigiert wird.

In den Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit definieren die Autoren „aktivierende Pflege“ als eine Pflegepraxis,

„...die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert (ressourcenorientierte Selbstpflege). Sie berücksichtigt die Ressourcen des zu Pflegenden, so dass dieser unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv sein kann. Sie hat die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Selbständigkeit des zu pflegenden Menschen zum Ziel. Aktivierende Pflege setzt eine Haltung der in der Pflege Tätigen

voraus, nämlich die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen und Hinkehr zur biografiegeleiteten, bedürfnisorientierten Pflege“ (GKV/MDS 2009, S. 51).

Besondere Merkmale der aktivierenden Pflege werden vom GKV/MDS darin gesehen, dass vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten erhalten und solche, die verloren gegangen sind, reaktiviert werden, dass bei der Leistungserbringung die Kommunikation verbessert wird und „dass geistig und seelisch behinderte Menschen, psychisch kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden“ (GKV/MDS 2009, S. 51).

Mit dieser Begriffsengrenzung wird umschrieben, was unter aktivierender Pflege nach Auffassung der Autoren der Begutachtungsrichtlinien zu verstehen ist. Es finden sich Begriffe aus Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Ressourcenorientierung, Selbstbestimmung) sowie aus einigen Pflege-theorien wie Selbstpflege wieder. Allerdings wird aktivierende Pflege nicht als ein Konzept verstanden, das theoretisch und methodisch gefüllt werden muss, sondern als eine Haltung, die sich professionell Pflegenden aneignen müssen. Als problematisch ist die Formulierung deswegen zu betrachten, da sich die aktivierende Pflege in der Pflegedokumentation widerspiegeln muss. Damit werden methodische oder konzeptionelle Ansätze wie Empowerment u. ä., die für eine aktivierende Pflege relevant sein könnten, auf die Notwendigkeit der Dokumentation reduziert. Auch ist zu berücksichtigen, dass im Verständnis der Autoren der Begutachtungsrichtlinien die aktivierende Pflege sich auf die Aktivierung und Erhaltung der Selbstversorgungsaktivitäten der betroffenen Personen fokussiert. Damit wird signalisiert, dass die Pflege der Menschen sich auf körperverrichtungsbezogene Aspekte fokussiert. Umfassende theoretische Erkenntnisse aus Gesundheitsförderung und Prävention finden hier keine Berücksichtigung.

Trotz der formalen Relevanz des Begriffes „aktivierende Pflege“ ist er theoretisch wenig systematisch und erarbeitet. Pflegewissenschaftlich ist er kaum untersucht, obwohl einige Autoren wie bspw. Arntzen (1992) formulieren, dass auch Pflege-theoretikerinnen wie Roper, Logan & Tierney auf eine aktivierende Pflege eingehen. Im Wesentlichen beinhaltet dieser Begriff den oben elaborierten Ausführungen zur Folge, dass die Ressourcen der Patienten/Klienten im Prozess der Pflege integriert werden sollen, um die Selbstständigkeit dieser in der Gesundheits- und Pflegeversorgung zu erhalten sowie die physischen, psychischen und sozialen Bedarfe und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Allerdings ist nicht deutlich abgegrenzt und erarbeitet, ob es sich um eine Methode, einen Ansatz, eine theoretische Grundlage oder eine pflegerische Haltung handelt. Bezüge zur Salutogenese und Gesundheitsförderung sind erkennbar, werden aber nur ansatzweise ausformuliert. Die Theorie- und Konzeptlosigkeit des Begriffes „aktivierende Pflege“ wird in der Kritik von Heck (2000) deutlich. Er moniert, dass die gesetzliche Forderung nach einer aktivierenden Pflege in

den stationären Einrichtungen der Kundenorientierung widerspricht, da bspw. oftmals der Wunsch nach einem sauber gekleideten Heimbewohner den Angehörigen wichtiger erscheint als ein Heimbewohner, der sich zwar selbst wäscht und ankleidet, aber dafür nicht so „adrett“ aussieht. Seiner Erfahrung nach führen viele Ergebnisse der aktivierenden Pflege zu Beschwerden der Familien. Heck fordert, dass der Begriff der „aktivierenden Pflege“ im derzeitigen Verständnis überdacht werden muss, da er ein Bild des Alters transportiert, das pauschaliert davon ausgeht, dass alle Heimbewohner in irgendeiner Form aktiviert werden möchten. Aus seiner Perspektive ist eine Orientierung am Kunden notwendig, wenn eine „aktivierende Pflege“ durchgeführt werden soll. Diese Kritik offenbart die Problematik, dass „aktivierende Pflege“ nicht systematisch erarbeitet worden ist und sich offensichtlich an „Aktivitäten“ oder „Verrichtungen“ orientiert. Des Weiteren wird in dieser Publikation deutlich, dass die Einbeziehung der Betroffenen nur in seltenen Fällen erfolgt, so dass sich die sogenannte „Aktivierung“ doch möglicherweise in eine „Passivierung“ niederschlägt, da pflegerische Maßnahmen und Interventionen geplant und dokumentiert werden, die zwar die Klienten in den Verrichtungen des täglichen Lebens aktivieren sollen, aber die Integration der Betroffenen, die Einbeziehung ihrer Perspektiven oder die Annäherung an ein Empowermentansatz offensichtlich ausbleiben.

Dangel und Korporal (2000) resümieren zu Recht, dass der Begriff der „aktivierenden Pflege“ nur unzureichend thematisiert und dargestellt wird. Er wird häufig synonym verwendet für Begriffe wie Lagerungsmaßnahmen, Bewegungsübungen, Mobilisierung. Oder er wird auf Begriffe wie Aktivitäten des täglichen Lebens oder Lebensaktivitäten bezogen oder als eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation betrachtet, die das Ziel hat, den Patienten/Klienten weit möglichst selbständig zu machen (Dangel & Korporal 2000).

Der Begriff der „aktivierenden Pflege“ bedarf einer theoretischen und konzeptionellen Überarbeitung und Erarbeitung, wenn er in Einrichtungen der Langzeitpflege einen präventiven und gesundheitsförderlichen Ansatz verfolgen soll. Obwohl er bereits seit Jahrzehnten verwendet wird, sind theoretische Grundlagen, Methoden und Ziele nicht deutlich. Auch ist ein Zusammenhang mit Theorien aus Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht hergestellt. Im Moment erscheint er losgelöst von Diskussionen und Debatten in der Gesundheitswissenschaft. Im gegenwärtigen Stadium hat der Begriff den Status einer normativen Forderung, die noch nicht ausreichend gefüllt und erfüllt werden kann und den Interpretationen der Personen überlassen wird. Dieses Defizit in Theorie und Konzeption führt zu der Problematik, dass weder die Erfüllung der Umsetzung einer aktivierenden Pflege geprüft, noch systematisch eingefordert werden kann. Auch können aufgrund dieses Mangels keine Aussagen darüber gemacht werden, ob und welche Ansätze

oder Methoden der aktivierenden Pflege zu verbesserten Gesundheitsoutcomes oder zu einer verbesserten Lebensqualität und einem verbesserten Wohlbefinden führen.

5.4 Rechtliche Aspekte

Der Begriff der aktivierenden Pflege hat Bedeutung erlangt mit der Einführung des SGB XI Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts. Der Hinweis auf eine aktivierende Pflege ist derzeit in

- § 6 Abs. 2 SGB XI
- § 11 Abs. 1 SGB XI
- § 28 Abs. 4 SGB XI
- § 87a Abs. 4 SGB XI

zu finden.

Dort heißt es:

„(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 6 Abs. 2 SGB XI).

„(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten“ (§ 11 Abs. 1 SGB XI).

„(4) Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um die Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden“ (§ 28 Abs. 4 SGB XI).

„(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1.536 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist

von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird“ (§ 87a Abs. 4 SGB XI).

„(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

- 1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,*
- 2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,*
- 3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der vierundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und*
- 4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird“ (§ 87b Abs. 1 SGB XI).*

„(1) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung“ (§ 87b Abs. 1 SGB XI).

Seit der Einführung der Pflegeversicherung spielt der Begriff der „aktivierenden Pflege“ vor allem in der Langzeitpflege eine Rolle. Er hat auch eine Bedeutung bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK. Gutachter haben den Auftrag, eine aktivierende Pflege zu berücksichtigen und als Bestandteil des medizinischen und pflegerischen Notwendigen zu werten (GKV/MDS 2009). Bei entsprechender Nichtbeachtung ist dieses in den Einrichtungen der Pflege im Begutachtungsformular entsprechend zu dokumentieren und Empfehlungen sind zu formulieren (Vogel 1994; GKV/MDS 2009).

Der Begriff impliziert einen gesundheitsförderlichen und präventiven Ansatz in der Langzeitpflege. Er war außerdem lange Zeit im § 28 SGB XI als Ziel der Pflege formuliert worden (Meyer 2006). Die Kritik an dieser Formulierung war, dass die Leistungen der aktivierenden Pflege nicht definiert werden und ein leistungsrechtlicher Anspruch auf eine „aktivierende Pflege“ daraus nicht abgeleitet werden konnte (Meyer 2006). Die aktuellen Formulierungen im SGB XI erwecken den Eindruck, dass der Begriff der „aktivierenden Pflege“ und deren Leistungen hinreichend bekannt sind, um entsprechend in den Einrichtungen umgesetzt zu werden. Allerdings besteht immer noch ein Defizit an einer Eingrenzung, Definition und Konzeptionierung des Begriffes „aktivierende Pflege“. Auf dieses Defizit weisen Dangel und Korporal bereits im Jahr 2000 hin. In der Zwischenzeit hat sich offensichtlich an diesem Mangel nichts Wesentliches geändert. In entsprechenden Veröffentlichungen, Fachbüchern und Beiträgen können allenfalls nur Umschreibungen oder Beschreibungen gefunden werden. Klie und Kramer (2009) legen aus juristischer Perspektive die Forderung nach aktivierender Pflege aus. Sie schreiben, dass im § 6 Abs. 2 SGB XI die Pflegebedürftigen zur Mitwirkung bei Leistungen zur aktivierenden Pflege verpflichtet, aber diese Verpflichtung stehe im Spannungsverhältnis zum § 2 des SGB XI und dem Recht auf Selbstbestimmung, welches das Recht zur Passivität einschließe (Klie und Kramer 2009). Darüber hinaus ist die aktivierende Pflege keine eigenständige Leistung der Pflegeversicherung, „sie ist vielmehr eine spezielle Form, in der Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 14 Abs. 4) erbracht werden“ (Plantholz und Plöd-Krämer 2009, S. 358, Rn 19). Aktivierende Pflege wird somit zum Kriterium grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Maßnahmen, sofern diese vom Pflegebedürftigen akzeptiert wird. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Anforderung aktivierende Pflege zu leisten leistungsrechtlich auf die Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI beschränkt ist. Die aktivierende Form der Pflege kann unter Umständen deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen als eine kompensatorische Pflege, was eine Leistungserweiterung zur Folge hat. Innerhalb der abschließend gelisteten Pflegebedarfe ist der höhere Zeitaufwand zu berücksichtigen. Die Pflegeversicherung ist jedoch nicht für Leistungen zuständig, die über den heutigen Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI hinausgehen und kann hierzu keine Anforderungen stellen (Plantholz und Plöd-Krämer 2009, S. 358, Rn 19). Mit dem § 87a Abs. 4 SGB XI wird

sogar ein finanzieller Anreiz zur aktivierenden Pflege gesetzt und verdeutlicht zudem das vom Gesetzgeber gesetztes Ziel der Förderung von Selbstständigkeit. Der finanzielle Anreiz zielt jedoch nicht auf kurzfristige Erfolge ab, er geht verloren, wenn innerhalb von sechs Monaten eine pflegerische Höherstufung notwendig wird.

Mit anderen Worten, Pflegebedürftige können nicht sanktioniert werden, wenn sie sich nicht an den Aktivierungen beteiligen, eine entsprechende Sanktion ist vom Gesetzgeber auch nicht vorgesehen. Pflegende können somit aktivierende Pflege anbieten, diese jedoch nicht gegen den Willen des Betroffenen durchsetzen.

5.5 Gibt es Mindeststandards?

Derzeit gibt es keinen allgemein anerkannten Standard zum Kennzeichen „aktivierende Pflege“.

5.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Aus der vorläufigen Eingrenzung des Kennzeichens „aktivierende Pflege“ können Kriterien abgeleitet werden. Bei der Formulierung von möglichen Kriterien ist zu fragen, ob und welche für die Prüfung des Kennzeichens „aktivierende“ Pflege von Bedeutung sind und eine Aussage über die Qualität dieses Kennzeichen geben. Alle vorgeschlagenen Kriterien sind vorläufig und bedürfen einer Diskussion und Überprüfung. Dieser Vorschlag stellt ein Versuch dar, das Kennzeichen „aktivierende Pflege“ in Kriterien zu überführen. Die Frage, welche Indikatoren angemessenen sind, um das Kennzeichen „aktivierende Pflege“ zu prüfen, stellt einen weiteren Schritt dar. In der Logik der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist im ersten Schritt erforderlich, das Kennzeichens der aktivierenden Pflege in „Kriterien“ zu überführen und dann Indikatoren zu entwickeln und hinsichtlich ihrer Gütekriterien zu überprüfen.

1. Kennzeichen:

Die Ressourcen an Eigenständigkeit und Kompetenzen werden unterstützt und gefördert (wenn möglich reaktiviert)

Mögliche prüfbare Kriterien	Mögliche messbare Indikatoren	Anmerkungen
1.1 Die Ressourcen der Pflegebedürftigen werden mit angemessenen Assessmentinstrumenten erhoben.	1.1.1 Anteil der Pflegebedürftigen, bei denen ein Assessment der Ressourcen mit einem validierten Assessmentinstrument zur Messung von Ressourcen stattgefunden hat	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung über Stichprobe • Ressourcenerhebungen ohne Befunde sind zu begründen (Pflegebedürftiger hat gemeinsame Befunderhebung abgelehnt, Sterbeprozess...)
1.2 Die erhobenen Ressourcen der Pflegebedürftigen sind in der Pflegeplanung enthalten; hinsichtlich der geplanten Maßnahmen ist beschrieben, ob eine Beratung, Anleitung, Beaufsichtigung oder teilweise Übernahme von täglichen Verrichtungen stattfinden soll.	1.2.1 Anteil der geplanten Maßnahmen je Pflegebedürftigen mit nachvollziehbarer Maßnahmenplanung hinsichtlich Beratung, Anleitung, Beaufsichtigung oder teilweise Übernahme	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung über Stichprobe nach 1.1.1 unter Ausschluss der Pflegebedürftigen ohne Befunde, wenn fehlende Befunde nachvollziehbar begründet wurden
1.3 Die Pflegebedürftigen werden entsprechend der geplanten Maßnahmen tatsächlich beraten, angeleitet, beaufsichtigt und/oder erhalten Unterstützung durch teilweise Übernahmen von täglichen Verrichtungen.	1.3.1 Anteil der Pflegebedürftigen die angeben, entsprechend der geplanten Maßnahmen tatsächlich beraten, angeleitet, beaufsichtigt zu werden bzw. eine teilweise Übernahme pflegerischer Tätigkeiten zu bekommen	s.o.
1.4 Die Pflegeplanung wird hinsichtlich der Wirksamkeit der Beratung, Anleitung, Beaufsichtigung oder teilweise Übernahme evaluiert und entsprechender Bedarfe angepasst.	1.4.1 Anteil evaluierter Pflegeplanungen nach einem von der Bezugspflegefachkraft vorgegebenen Zeitintervall hinsichtlich der Beratung, Anleitung, Beaufsichtigung oder teilweise Übernahme	s.o.

Tabelle 8: Mögliche Kriterien und Indikatoren zum Einbezug von Ressourcen an Eigenständigkeit und Kompetenzen

2. Kennzeichen:

Das Selbstbestimmungsrecht wird berücksichtigt und die Eigenverantwortlichkeit gestärkt

Mögliche prüfbare Kriterien	Mögliche messbare Indikatoren	Anmerkungen
<p>2.1</p> <p>Das Ergebnis der Ressourcenerhebung wurde mit dem Pflegebedürftigen besprochen. Auf Wunsch des Pflegebedürftigen oder alternativ bei Pflegebedürftigen mit psychiatrischen Einschränkungen wurde eine Bezugsperson einbezogen.</p>	<p>2.1.1</p> <p>Anteil der Pflegebedürftigen (Bezugspersonen) die angeben, dass mit ihnen das Ergebnis der Ressourcenerhebung besprochen wurde</p> <p>und</p> <p>Anteil der Pflegebedürftigen die ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten krankheitsbedingt nicht selber gelten machen können, ohne Bezugsperson sind, die gesetzliche Vertretung eine gemeinsame Abstimmung ablehnt (Akttenotiz in der Pflegedokumentation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung über Stichprobe nach 1.1.1 unter Ausschluss der Pflegebedürftigen ohne Befunde, wenn fehlende Befunde nachvollziehbar begründet wurden • Pflegebedürftige mit psychiatrischen Einschränkungen sollen im Rahmen ihrer Selbstbestimmungsmöglichkeiten einbezogen werden, alternativ Bezugspersonen (sofern vorhanden, sonst die gesetzliche Vertretung)
<p>2.2</p> <p>Die Pflegebedürftigen (ggf. ihre Vertreter) werden in die pflegerische Planung, Umsetzungen und Evaluierung entsprechender Maßnahmen der aktivierenden Pflege einbezogen.</p>	<p>2.2.1</p> <p>Anteil der Pflegebedürftigen (Bezugspersonen) die angeben, dass mit ihnen die pflegerischen Maßnahmen hinsichtlich Beratung, Anleitung, Beaufsichtigung oder teilweise Übernahme von täglichen Verrichtungen besprochen wurden und nach einem von der Bezugspflegefachkraft vorgegebenen Zeitintervall neu bewertet werden</p> <p>+</p> <p>Anteil der Pflegebedürftigen die ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten krankheitsbedingt nicht selber gelten machen können, ohne Bezugsperson sind, die</p>	<p>s.o.</p>

	gesetzliche Vertretung eine gemeinsame Abstimmung ablehnt (Akttenotiz in der Pflegedokumentation)	
--	---	--

Tabelle 9: Mögliche Kriterien und Indikatoren zum Selbstbestimmungsrecht

5.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Als zentrale Aspekte können die zwei bereits benannten Kennzeichen aktivierender Pflege festgehalten werden:

- Die Ressourcen an Eigenständigkeit und Kompetenzen werden unterstützt und gefördert (wenn möglich reaktiviert)
- Das Selbstbestimmungsrecht wird berücksichtigt und die Eigenverantwortlichkeit gestärkt.

5.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen der aktivierenden Pflege wird literarisch teilweise mit rehabilitierender Pflege in Verbindung gebracht. Darüber hinaus enthält es Elemente der Merkmale „eigenständige Lebensführung“, „Selbstbestimmung“ und „Pflegeplanung“.

5.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Aktivierende Pflege“

Arntzen, M. (1992): Aktivierende Pflege. Theorie und Praxis in der Gemeindekrankenpflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 10:663-669.

Dangel, B., Korporal, J. (2000): Begriff und Konzept der Aktivierenden Pflege. In: Pflege Aktuell 11:622-625.

GKV-Spitzenverband. MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Essen.

Hasseler, M. (2011): Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – ein konzeptioneller Ansatz. Juventa Verlag: Weinheim u. Basel.

Klie, T.; Krahmer, U. (Hg.) (2009): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar).

- Menner, H. (2004): Aktivierende und Reaktivierende Pflege. In: Thür, G. (Hrsg.): Professionelle Altenpflege. Ein praxisorientiertes Handbuch. Springer Verlag: Wien, New York, S. 23-50.
- Meyer, M. (2006): Von der Gemeindepflege zur Pflegeversicherung zur Dekonturierung präventiver pflegerischer Aufgaben in der gemeindenahen Pflege. In: Hasseler, M., Meyer, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Berliner Schriften. Schlütersche: Hannover, S. 13-33.
- Plantholz, M.; Pöld-Krämer, S. (2009): § 28 Leistungsarten, Grundsätze. In: Thomas Klie und Utz Kraemer (Hg.): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar), S. 346–360.
- Vogel, G. (1994): Aktivierende Pflege kontra Rehabilitation? In: Häusliche Pflege 9:569-574.

6 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umsetzung des Pflegeprozesses“

6.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Umsetzung des Pflegeprozesses“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

6.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Der Pflegeprozess ist nach Brucker et al. (2005) ein als kybernetischer Regelkreis gestalteter Problemlösungs- und Beziehungsprozess, der eine Reihe logischer, voneinander abhängiger Überlegungs-, Handlungs- und Entscheidungsschritte durchläuft. Der Pflegeprozess ist zielgerichtet, d. h. Probleme, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Interventionen werden in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen erkannt. Die Ergebnisse werden nach Prioritäten und unter Einbeziehung der Gesamtsituation systematisch ausgewertet. Zudem ist der Pflegeprozess grundlegende Voraussetzung, um Pflege qualitativ und quantitativ zu beurteilen und zu gestalten (Brucker et al. 2005, S. 14).

Als Kernschritte des Pflegeprozesses können betrachtet werden:

- Die Informationssammlung/Datenerhebung/Anamnese/Assessmentanwendung
- Benennung von Problemen und Ressourcen/Pflegediagnosestellung
- Vereinbarung/Festlegung von Pflegezielen
- Vereinbarung/Planung von Maßnahmen
- Durchführung der Planungen
- Auswertung/Bewertung/Beurteilung/Evaluation der Pflege

Um den Pflegeprozess nachvollziehbar darzustellen, ist eine Dokumentation zu jedem Schritt notwendig. Aus der Dokumentation muss der Bezug zwischen Pflegeanamnese, der Pflegeplanung und den Pflegeberichten hervorgehen (Bartholomeyczik et al. 2007, S. 146).

6.3 Stand der Literatur

Zum Thema Pflegeprozess gibt es einen großen Literaturfundus. Überwiegend wird sich mit der Beschreibung und Implementierung auseinandergesetzt, zum Teil mit Wirkungen einzelner Bestandteile aber eher selten auf wissenschaftlicher Ebene mit dem Gesamtprozess. Der Pflegeprozess ist ein mehrstufiges Verfahren, welches als individueller

Problemlösungs- und Beziehungsprozess beschrieben wird (Peplau 1961 in Krohwinkel 2007, S. 35; Fiechter und Meier 1998; Guttler und Lehmann 2003).

Die Bedeutung für die professionelle Pflege kommt insbesondere durch die Herstellung von Transparenz zum pflegerischen Handeln. Der Pflegeprozess ermöglicht Pflegenden, anhand einer Struktur aufzuzeigen, wie sie zu ihren Einschätzungen kommen und den daraus abgeleiteten Interventionen gelangen (Guttler und Lehmann 2003). Die Strukturen des Pflegeprozesses sind jedoch nicht einheitlich. Es haben sich über viele Jahre unterschiedlich umfangreiche Pflegeprozessformen hinsichtlich der benannten Schritte entwickelt, mitunter im Zusammenhang von Pflegemodellen oder Pflege-theorien. Der Pflegeprozess mit vier Stufen war die Ausgangsform (Yura und Walsh 1987; Ashworth 1987; Krohwinkel 2007; Bollmann 2008), es folgten fünfstufige (Brobst 2007) und sechsstufige Pflegeprozesse (Fiechter und Meier 1998; Messer 2008). Exemplarisch sind verschiedenstufige Pflegeprozesse in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

WHO (1979)	Fiechter/Meier (1998)	Krohwinkel (2007)	Brobst et al. (2007)
Assessment	Informationen	Erhebung	Assessment
	Probleme, Ressourcen		Pflegediagnose
	Ziele		
Planning	Planung	Planung	Pflegeplanung
Intervention	Durchführung	Durchführung	Umsetzung
Evaluation	Auswertung	Auswertung	Bewertung

Tabelle 9: Unterschiedliche Schrittzahl im Pflegeprozess

Jeder Pflegeprozess lässt sich auf das vierstufige Modell reduzieren, ist aber nicht weniger aufwändig, da mit jeder zusätzlichen Stufe keine Ausweitung, sondern eher eine Differenzierung vorgenommen wird. So ließe sich der Pflegeprozess nach Brobst 2007 auch in 16 Stufen darstellen und die Phasen des Pflegeprozesses nach Krohwinkel in sechs Stufen.

Hauptkategorien	Unterkategorien
Assessment	1 Erstgespräch führen
	2 Krankengeschichte erheben
	3 körperliche Untersuchung durchführen
	4 Assessmentdaten dokumentieren
Pflege-diagnose	5 Daten der Ersteinschätzung analysieren
	6 Pflege-diagnosen erkennen und benennen
Pflegeplanung	7 Pflege-diagnosen nach Prioritäten ordnen
	8 Ziele formulieren/Ergebniskriterien festlegen
	9 Interventionen/Maßnahmen planen
	10 Pflegeplan dokumentieren
Pflegeimplementation/Umsetzung	11 Maßnahmen durchführen
	12 Maßnahmen dokumentieren
Bewertung	13 Zielerreichung/Ergebnisse bewerten
	14 den Zustand des Patienten neu einschätzen
	15 Auswertungsbericht niederschreiben
	16 wenn nötig, den Pflegeplan überarbeiten

Tabelle 10: 16 Schritte im Pflegeprozess nach Brobst et al. (2007)

Hauptkategorien	Unterkategorien
Erhebung	1 Pflegeanamnese
	2 Pflege-diagnose
Planung	3 Pflegeziele
	4 Maßnahmen
Durchführung	5 kreative Umsetzung der Pflegeplanung
Auswertung	6 Evaluation auf dem Hintergrund einer Ist-Soll-Analyse und Feedback

Tabelle 11: 6 Schritte im Pflegeprozess nach Krohwinkel (2007)

Die verschiedenen (auch hier nicht weiter benannten) Abstufungen und Begrifflichkeiten lassen sich dennoch zusammenfassen und zuordnen (siehe nachfolgende Tabelle). Die Zuordnung bedeutet nicht, dass die Begrifflichkeit synonym verwendet werden.

Logische Schrittfolge	Benennung
Schritt 1	Informationssammlung / Datenerhebung / Anamnese / Assessmentanwendung
Schritt 2	Benennung von Problemen und Ressourcen / Pflegediagnosestellung
Schritt 3	Vereinbarung / Festlegung von Pflegezielen
Schritt 4	Vereinbarung / Planung von Maßnahmen
Schritt 5	Durchführung der Planungen / Maßnahmen / Vereinbarungen
Schritt 6	Auswertung / Bewertung / Beurteilung / Evaluation der Pflege

Tabelle 12: Bezeichnungen der Schritte im Pflegeprozess

In der Literatur werden dem Pflegeprozess sehr häufig positive Effekte zugeschrieben, wie beispielsweise der Entwicklung neuer Sichtweisen, erfolgreichere Zusammenarbeit mit Patienten und Kollegen, bessere Dokumentation, Stärkung der beruflichen Identität (Brobst 2007, S. 28). Es gibt jedoch kaum wissenschaftliche Studien, die belegen, dass der Pflegeprozess tatsächlich Effekte in der Praxis verursacht unabhängig der möglichen Effektrichtung (Stolle 2004). Stolle (2004) widmete sich dieser Problematik und befragte Pflegende in Einrichtungen, die den Pflegeprozess umsetzen und stellte fest, dass

- der Pflegeprozess überwiegend positiv bewertet wird
- Pflegende stärker über das eigene Handeln reflektieren
- Pflegende ihr Fachwissen gezielter einsetzen können
- die Pflege sich noch mehr nach den Bedürfnissen des Patienten richtet
- Besonderheiten und Eigenheiten des Patienten besser erkannt und stärker in der täglichen Pflege berücksichtigt werden
- der Patient intensiver in die Pflege einbezogen wird und mehr Möglichkeiten erhält aktiv am eigenen Gesundheitsprozess teilzuhaben
- sich die Pflege durch den Pflegeprozess allgemein zielorientierter gestaltet und Pflegehandlungen kontinuierlicher durchgeführt werden
- es den Pflegenden besser gelingt den Ablauf von Pflegehandlungen zu strukturieren und zu organisieren
- die Pflegezeit besser eingeteilt wird, was insgesamt sogar zu einer Zeitersparnis führt

- sich die Pflegedokumentation in Übersichtlichkeit und Ausführlichkeit verbessert
- der zeitliche Aufwand der bei der Anwendung des Pflegeprozesses nötig ist, nicht eindeutig als Mehraufwand nachgewiesen werden kann (Stolle 2004).

Da in der Studie nur fünf Einrichtungen befragt wurden, ist sie nicht repräsentativ. Es zeigt, dass hier noch Forschungsbedarf besteht.

Um die Umsetzung des Pflegeprozesses bewerten zu können, gibt es aus dem Jahr 2005 eine „Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation“ vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Brucker et al. 2005). Die Grundsatzstellungnahme ist bis heute handlungsleitend für die Prüfer des MDK und somit für die Einrichtungen bindend. Brucker et al. (2005) beschreiben in der Stellungnahme den Pflegeprozess (Definition siehe oben) und Anforderungen an die Dokumentation. Insbesondere die Anforderungen an die Dokumentation sind nicht unumstritten (siehe hierzu Bartholomeyczik et al. 2007) zumal sie durch Interpretationsmöglichkeiten zu unterschiedlichen Auslegungen in der Praxis führen. Ohne Dokumentation kann ein Pflegeprozess jedoch nicht geprüft werden, somit stehen beide Aspekte in einem untrennbaren Zusammenhang.

6.4 Rechtliche Aspekte

Der Pflegeprozess wird verstärkt seit den 1980ern eingesetzt und wurde insbesondere mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) von 1985 in Gang gesetzt (Brucker et al. 2005, S. 10). Seither sollen Fachkräfte in der Pflege nach § 3 KrPflG eigenverantwortlich die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs ausführen, die Planung, Organisation und Durchführung der Pflege ebenso wie die Dokumentation und die Evaluation der Pflege. Aufgaben, die sich allesamt dem Pflegeprozess zuordnen lassen (Wilkinson 2012, S. 36). Mit dem Inkrafttreten des novellierten KrPflG wurde die Arbeit und Dokumentation nach der Pflegeprozessmethode verbindlich (Brucker et al. 2005, S. 10). Bis heute kann jedoch keine durchgehende Umsetzung in allen Bereichen der Pflege festgestellt werden, vielmehr kommen immer wieder Diskussionen zu der Sinnhaftigkeit auf (Schrems 2006). Andererseits kann festgehalten werden, dass auf professioneller Ebene der Pflegeprozess grundlegend ist. Die WHO beschrieb im Rahmen einer Studie das Phasenmodell der Pflege (Ashworth 1987), seither wird der Pflegeprozess als international etabliert betrachtet. Darüber hinaus wird der Pflegeprozess für viele Forschungsarbeiten und im Rahmen der Qualitätsentwicklungen als Grundlage verwendet.

6.5 Gibt es Mindeststandards?

Bisher konnte sich kein einheitlicher Pflegeprozess durchsetzen. Der Pflegeprozess existiert in verschiedenen Varianten und ist vielerorts abhängig von der für die Einrichtung gewählten Pflgetheorie.

6.6 Gibt es Mindestanforderungen?

In der Literatur wird der Pflegeprozess als fortlaufender Prozess beschrieben, der die folgenden Elemente direkt (sechsstufiger Prozess) oder indirekt (weniger als sechs Stufen) enthalten sollte:

Mögliche prüfbare Kriterien	Mögliche messbare Indikatoren	Anmerkungen
1.1 Informationssammlung / Datenerhebung / Anamnese / Assessmentanwendung		
1.2 Benennung von Problemen und Ressourcen / Pflegediagnosestellung		
1.3 Vereinbarung / Festlegung von Pflegezielen		
1.4 Vereinbarung / Planung von Maßnahmen		
1.5 Durchführung der Planungen / Maßnahmen / Vereinbarungen		
1.6 Auswertung / Bewertung / Beurteilung / Evaluation der Pflege		

Tabelle 13: Kriterien zum Pflegeprozess

6.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Die zentralen Aspekte ergeben sich aus den jeweiligen Schritten des angewandten Pflegeprozesses.

6.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen Pflegeprozess ist ein Begleitmerkmal für alle Handlungsschritte in der Pflege und kann nie allein bewertet werden. Somit steht es in Beziehung zu jedem weiteren Kennzeichen, welches zur Beurteilung der Pflegequalität herangezogen wird.

6.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Umsetzung des Pflegeprozess“

Ashworth, P. M. (1987): Nursing care. Summary of a European study: a study of people's needs for nursing care and of the planning, implementation, and evaluation of care provided by nurses in two selected groups of people in the European region. Copenhagen, Albany, NY: World Health Organization, Regional Office for Europe; WHO Publications Center, USA [distributor].

Bartholomeyczik S.; Halek M.; Hunstein D.; Isfort, M.; Roser J. M.; Hebart-Herrmann, M. et al. (2007): Kommentar zur Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation des MDS. In: *Pflegezeitschrift* 60 (3), S. 145–149.

Bollmann, M. (2008): Der Pflegeprozess in der Altenpflege. Individuell und flexibel pflegen mit dem 4-Phasen-Modell. Hannover: Schlüter (Schlütersche Pflege). Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3127261&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.

Brobst, R. A. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis. 2., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege).

Brucker, U.; Ziegler, G.; Theis, S.; Jode-Laßner, U.; Köhler, C.; Reus, U et al. (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Hg. v. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen. Online verfügbar unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/P42_Pflegeprozess1.pdf, zuletzt geprüft am 01.04.2014.

Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. 10. Aufl. Basel: Recom.

Guttler K.; Lehmann, A. (2003): Eine Typologie für Pflegeprozesse am Beispiel des Projektes "Pflegeprozess, Standardisierung und Qualität im Dienstleistungssektor Pflege". In: *Pflege* 16 (3), S. 153–160. DOI: 10.1024/1012-5302.16.3.153.

- Krohwinkel, M. (2007): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Bern: Huber (Verlag Huber, Programmbereich Pflege : Pflegeforschung, Pflegepraxis).
- Messer, B. (2008): Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. Handbuch für eine fähigkeitsorientierte Pflegeplanung. 3., aktualisierte Aufl. Hannover: Schlütersche (Pflege).
- Schrems, B. (2006): Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. Reflexionen zum problematischen Verhältnis von Pflege und Pflegeprozess. In: *PrInterNet* 8 (1), S. 44–52.
- Stolle, C. (2004): Konzept und Zielsetzung des Pflegeprozesses. Eine Befragung zur Umsetzung in die Praxis. Diplomarbeit. Hochschule Fulda, Fulda.
- Wilkinson, J. M. (2012): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Nursing process and critical thinking.
- Yura, H.; Walsh, M. (1987): Nursing Process: Assessing, Planning, Implementening, Evaluating. Appleton & Lange.

7 Erläuterungen zum Kennzeichen „Selbstbestimmung“

7.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich „Selbstbestimmung“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

7.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Selbstbestimmung eines Klienten kann als gegeben angenommen werden, wenn die von Hilfeleistungen abhängige Person selber bestimmt welche Leistung, in welchem Umfang und von welcher Person ausgeführt bzw. nicht ausgeführt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Entscheidungen von den zur Verfügung stehenden Ressourcen beeinflusst sind. Die Gewährleistung von Selbstbestimmung wird über die Möglichkeit zur Wahl realisiert und schließt die Selbstverantwortung mit ein. Klienten mit Hilfebedarf können eine Wahl bekommen und sich selber entscheiden oder in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt werden. Das Recht auf Selbstbestimmung schließt ein, Entscheidungen des Klienten – auch mit in Kauf genommenen Risiken (Selbstverantwortung) – zu respektieren.

Die primäre Unterstützungsmöglichkeit einer selbstständigen (eigenständigen) Lebensführung durch Pflegende besteht in der Patientenedukation. Sie schließt Information, Anleitung, Beratung (zur Befähigung zur Selbstbestimmung) und Schulung (zur Befähigung der Selbstständigkeit) ein.

7.3 Stand der Literatur

Im Pflegelexikon wird Selbstbestimmung als „die Fähigkeit und das Recht, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen und mögliche Konsequenzen zu tragen“ (Dröber und Drude 2004, S. 975) definiert. Ähnlich können die Beschreibungen von Weingärtner (2005) zusammengefasst werden: Die Selbstbestimmung wird als Recht verstanden, selbst über das eigene Leben zu entscheiden (Weingärtner 2005, S. 21). Etwas genauer umfasst es Pawlik (2012): „Die Besonderheit der Selbstbestimmung besteht darin, dass Herrschender und Beherrscher identisch sind: Wer selbstbestimmt lebt, lässt sich seine Handlungsinhalte nicht von anderen vorgeben, sondern setzt sie nach Maßgabe seiner Wertüberzeugungen und Ziele eigenständig fest“ (Pawlik 2012, S. 131). Häufig wird im Kontext der Selbstbestimmung auf Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes verwiesen: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“ (GG).

Dröber et al. (2004) erwähnen in ihrer Definition die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen als Voraussetzung, um diese auch tatsächlich treffen zu können (Dröber et al. 2004). In dieser Form wird Selbstbestimmung auch von Kardorff (2009) dargestellt: „Selbstbestimmung heißt, sich für eine Möglichkeit zu entscheiden, und zwar in Abwesenheit institutionalisierter Zwänge und bevormundender Fachlichkeit“ (Steiner 1999, S. 42 in Kardorff und Meschnig 2009, S. 75). Steiner (1999) spricht hier auch von Wahlalternativen und nennt hierfür zwei Voraussetzungen: das Erkennen von vorhandenen Möglichkeiten und gegebenen echten Alternativen (Steiner 1999, S. 42 in Kardorff und Meschnig 2009, S. 75). Wie umfangreich von der Selbstbestimmung gebraucht gemacht wird ist nicht nur den tatsächlichen Entscheidungen geschuldet, sondern auch der Fähigkeit Anliegen zu delegieren (Kardorff und Meschnig 2009, S. 77). „Entscheidende Grundlage der Selbstbestimmung ist [...] die freie Willensbildung und Willensäußerung und in der Folge die Akzeptanz des Willens durch die Rechtsordnung, indem mit der freien Willenserklärung unmittelbar Rechtsfolgen verbunden werden“ (Ganner 2007, S. 63).

Neben der Selbstbestimmung wird auch der Begriff Selbstverantwortung gebraucht. Mit Unterstützung der Selbstverantwortung ist die Ermutigung von Patienten zur verstärkten Übernahme von Verantwortung für eigene Verhaltensweisen gemeint (Dröber und Drude 2004, S. 976).

Handlungsleitend für die Pflege ist die Pflegecharta (Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen), die Selbstbestimmung als „das Recht auf Beachtung [der] Willens- und Entscheidungsfreiheit sowie auf Fürsprache und Fürsorge“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010, S. 8) beschreibt.

Selbstständigkeit

Von der Selbstbestimmung muss Selbstständigkeit deutlich abgegrenzt werden. „Selbstbestimmung meint [...] selbst entscheiden zu können, und nicht unbedingt, Dinge auch selbst tun zu können (Selbstständigkeit)“ (Kammerer et al. 2012, S. 624). „Wenn ich etwas nicht mehr selbstständig tun kann, kann ich doch selbstbestimmt darüber entscheiden, wer dies wann und wie für mich tut“ (Heusinger und Falk 2011, S. 48). „Selbstständigkeit beschreibt die Fähigkeit des Individuums, ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben zu führen oder im Falle des Angewiesenseins auf Hilfen diese so zu gebrauchen, dass ein selbstständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich ist“ (Kruse 2005, S. 332). Im Kontext der Selbstbestimmung weisen Klie und Kraemer (2009) darauf hin, dass „das Recht auf Selbstbestimmung (...) zum Ziel Selbstständigkeitsförderung im Spannungsverhältnis stehen (kann), wenn der Pflegebedürftige kein Interesse an der Förderung seiner Selbstständigkeit hat“ (Klie und

Krahmer 2009, S. 84).

Weitere Begriffe, die im Zusammenhang mit Selbstbestimmung stehen und häufig in der Literatur eine Rolle spielen sind Empowerment und die Autonomie. Diese Begriffe werden jedoch eher als Oberbegriffe eingesetzt.

7.4 Rechtliche Aspekte

Die Selbstbestimmung ist ein Qualitätsmerkmal der pflegerischen Versorgung mit gesetzlichem Anspruch. Personen, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen haben trotz ihres Hilfebedarfs Anspruch auf die Führung eines möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebens. Geregelt wird der Anspruch in § 2 SGB XI. Dort heißt es:

„(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.

(3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

(4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen“ (SGB XI).

Klie beschreibt den Inhalt des Absatz 1 in § 2 SGB XI als „das allgemeine Ziel der Hilfen durch die Pflegeversicherung“ (Klie und Krahmer 2009, S. 83). In konzeptionellen Ausrichtungen von Hilfen und in der jeweiligen Pflegeplanung sind die Sicherung der Selbstbestimmung und der Selbstständigkeit im Rahmen pflegerischer Versorgungen als verbindlich vorgegeben. Klie und Krahmer (2009) weisen darauf hin, dass der in der Behindertenpädagogik entwickelte Normalisierungsgrundsatz auch für Pflegebedürftige zutrifft und eine Orientierung an nicht-pflegebedürftige Menschen umfasst und eine möglichst

weitgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe. Die Absätze 2 und 3 stellen nach Klie und Krahmer besondere Ausprägungen der Selbstbestimmung dar, Absatz 4 eine Hinweispflicht der Pflegekassen (Klie und Krahmer 2009, S. 85).

Der Gesetzgeber unterscheidet zwar eindeutig zwischen Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, grenzt die Begriffe aber nicht voneinander ab. Ein nicht unproblematischer Umstand, da auch in der Literatur die Begriffe teilweise synonym verwendet werden.

7.5 Gibt es Mindeststandards?

In der Literatur finden sich Vorschläge zur besseren Realisierung einer selbstständigen Lebensführung. Ein allgemein gültiger Standard konnte jedoch nicht recherchiert werden.

7.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Da Pflegebedürftige individuelle Personen mit verschiedenem sozialem und kulturellem Hintergrund sind und somit auch keine pauschalen Bedürfnisse und Bedarfe haben (Kammerer et al. 2012, S. 625), „ist es notwendig, die unterschiedlichen Lebenslagen pflegebedürftiger Menschen und auf diese Weise ihre Bedürfnisse und ihr Recht auf Selbstbestimmung umfassend zu berücksichtigen“ (Kuhn-Zuber 2012, S. 18).

In einer Wohngemeinschaft für Pflegebedürftige mit psychischer Erkrankung in Hamburg wurde ein Konzept eingeführt, das den betroffenen Menschen das Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen soll und in dessen Vordergrund die Aktivierung, Rehabilitation und die Förderung der Autonomie steht. Ein selbstbestimmtes Leben ist hier von höchster Priorität und soll durch eine familienähnliche Atmosphäre gefördert werden. Ein Kriterium zur Entstehung von Selbstbestimmung in solchen Einrichtungen stelle die Wahlfreiheit dar (besonders die Trennung von Mietvertrag und Pflege- und Betreuungsvertrag). Auch beim Treffen von Entscheidungen bedarf es der Abstimmung aller Bewohner (Sielaff und Gutierrez 2011, S. 8ff.).

Nach Heusinger (2006) sind für die Selbstbestimmungschancen häuslich versorgter Pflegebedürftiger wichtig, dass individuelle Bewältigungsstrategien der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden, ihre sozialen Beziehungen aufrecht erhalten bleiben ihr soziales Netzwerk, die Zusammensetzung des Arrangements (z. B. pflegende Ehe-/PartnerIn, Schwiegersohn/-tochter, NachbarIn...) und die Qualität der Beziehung zur Hauptpflegeperson, die gesetzlichen Rahmenbedingungen, v. a. das SGB XI und ihre Zugehörigkeit zu einem bestimmten sozialen Milieu“ (Heusinger 2006, S. 419).

Klünder (2007) geht davon aus, dass das Pflegeversicherungsgesetz, die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und die entsprechenden Einstellungen (soziales Milieu), die individuellen Reaktionen Betroffener auf die Pflegebedürftigen (Bewältigung), die unterschiedlichen Zusammensetzungen von Pflegearrangements (Konstellation) und Beziehungen aller an der Pflege Beteiligten zueinander Einfluss auf die Gestaltung der Pflege zu Hause und die Selbstbestimmung der Betroffenen haben (Klünder 2007, S. 751).

Selbstbestimmung bedeutet auch, sich selbst seiner Angelegenheiten anzunehmen. Ist dies nicht möglich, soll die verlorengegangene Fähigkeit wieder entwickelt werden. Sich selbst zu kümmern wird auch als Empowerment bezeichnet. Zum Empowermentprozess gehören nach Nau (2005) z. B.: das Treffen eigener Entscheidungen, der Zugang zu Informationen und Ressourcen, das Kennen von Handlungsalternativen und Wahlmöglichkeiten, das kritische Denken und Durchschauen von Konditionierungen, das Erkennen und Äußern von Wut, das Bewirken von Veränderungen im eigenen Leben sowie im sozialen Umfeld, die Fähigkeit zum Erlernen neuer Fähigkeiten und die Erarbeitung eines positiven Selbstbildes (Nau 2005, S. 152).

Gelingen kann Empowerment nach Nau (2005) mit einer entsprechenden Haltung zur Selbstbestimmung, wie das Anerkennung des Klienten als Subjekt. Dazu gehört, dass

- Informations-, Betreuungs- und Seminarangebote frei von entmündigenden Expertenurteilen über die Definition von Lebensproblemen, Problemlösungen und Lebensperspektiven sind.
- Die Zielperson bzw. -gruppe als Bürger mit Rechten und Bedürfnissen gesehen wird (Anerkennung der Erfahrung und der Fähigkeiten des Subjekts).
- Das Betroffenen-Expertenwissen gleichberechtigt mit wissenschaftlichen Konzepten erörtert wird.
- Den Betroffenen Fähigkeiten und Potentiale zugetraut werden.
- Das Informations-, Betreuungs- und Seminarangebot nach dem Prinzip des „Sich-Überflüssig-Machens“ ausgerichtet ist (Nau 2005, S. 157).

Dazu gehört auch die Stärkung des Subjekts:

- Eigene Ressourcen, Fähigkeiten und Kompetenzen werden entdeckt, entwickelt und gestärkt.
- Selbstwertgefühl, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen von Betroffenen wird gefördert.
- Das Vertrauen in die Fähigkeit zu persönlichem Wachstum wird gestärkt.
- Handlungs- und Durchsetzungsfähigkeit wird gefördert.
- Die gemeinsame Konstruktion einer für den Adressaten wünschenswerten Lebenszukunft wird gefördert. Dabei sind seine Maßstäbe leitend.

- Die Suche nach Lebenssinn wird begleitet (Nau 2005, S. 157).

Nach Klie und Kraher (2009) sollte eine an den Zielen der Sicherung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit orientierten Pflege folgende Punkte erfüllen:

- Verzicht auf erzieherische Maßnahmen gegenüber Pflegebedürftigen,
- Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten beim Assessment und bei der Planung und Gestaltung der Pflege,
- Beachtung lebensweltlicher und kultureller Besonderheiten, insbesondere bei Personen mit Migrationshintergrund,
- Planung der Pflege gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen oder/und mit der Person seines Vertrauens, Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuern. Eine ohne Absprache mit dem Pflegebedürftigen geplante und durchgeführte Pflege widerspricht auf der prozeduralen Ebene § 2,
- Konzeptioneller Ausrichtung der Pflege an dem Prinzip der aktivierenden Pflege,
- Systematische Evaluation der Erreichung des Pflegeziels: Selbstbestimmung und Selbstständigkeit unter Einbeziehung des Betroffenen oder/und seiner Vertreter,
- Strikter Beobachtung der grund- und strafgesetzlichen sowie betreuungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungs- und Freiheitsrechte der Pflegebedürftigen in der Pflege,
- Berücksichtigung des Pflegeziels: „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit“ bei der Festlegung der erforderlichen Pflegezeiten bei Pflegemaßnahmen im Rahmen der Begutachtung des MDK,
- Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit als wesentliche Dimension der Ergebnisqualität respektive der Wirksamkeit von Pflegeleistungen bei Qualitäts- und Wirksamkeitsprüfungen (Klie und Kraher 2009, S. 84).

7.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

An den Definitionen und Beschreibungen des Begriffs „Selbstbestimmung“ orientiert wird Selbstbestimmung gewährleistet, wenn die von Hilfeleistungen abhängige Person im Rahmen der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen selber bestimmt, welche Leistung, in welchem Umfang und von welcher Person ausgeführt bzw. nicht ausgeführt werden. Die Gewährleistung von Selbstbestimmung wird über die Möglichkeit zur Wahl realisiert und schließt die Selbstverantwortung mit ein. Klienten mit Hilfebedarf können eine Wahl bekommen und sich selber entscheiden oder in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt

werden. Das Recht auf Selbstbestimmung schließt ein, Entscheidungen des Klienten – auch mit in Kauf genommenen Risiken (Selbstverantwortung) – zu respektieren.

Nach dieser Beschreibung treffen nicht alle im Abschnitt 7.4 genannten Kriterien zu. So sollte beispielsweise eine selbstbestimmte Entscheidung nicht vom Umfeld oder Personen begünstigt werden, sondern unabhängig äußerer Einflüsse möglich sein. Demnach bilden folgende Punkte mögliche zentrale Aspekte der Selbstbestimmung:

Mögliche prüfbare Kriterien	Mögliche messbare Indikatoren	Anmerkungen
1.1 Wahlfreiheit / Treffen eigener Entscheidungen / Kennen von Handlungsalternativen		Der Klient soll die Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten (z. B. Essen 1, 2 oder 3) bekommen oder zustimmen bzw. ablehnen können (ich trinke jetzt oder jetzt nicht)
1.2 Abstimmung		In ambulant betreuten Wohneinrichtungen müssen von Fall zu Fall von den Klienten demokratische Entscheidungen getroffen werden können
1.3 Zugang zu (unvoreingenommenen) Informationen und Ressourcen		Informationen sind die Grundlage, um Entscheidungen treffen zu können
1.4 Verzicht auf erzieherische Maßnahmen		
1.5 Beachtung lebensweltlicher und kultureller Besonderheiten		
1.6 Gemeinsame Planung der Pflege		
1.7 Einhaltung der Grundrechte		

Tabelle 14: Kriterien zur Selbstbestimmung

Die primäre Unterstützungsmöglichkeit einer selbstständigen (eigenständigen) Lebensführung durch Pflegende besteht in der Patientenedukation. Sie schließt Information, Anleitung, Beratung (zur Befähigung zur Selbstbestimmung) und Schulung (zur Befähigung der Selbstständigkeit) ein.

Mögliche prüfbare Kriterien	Mögliche messbare Indikatoren	Anmerkungen
2.1 Wurden benötigte Informationen angeboten		
2.2 Wurden benötigte Anleitungen gewährleistet		
2.3 Wurde benötigte Beratung ermöglicht		

Tabelle 15: Kriterien zur Edukation

7.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die Selbstbestimmung ist ein Kennzeichen der pflegerischen Versorgung, welche alle anderen Kennzeichen der Pflegeleistungen beeinflusst (einschließlich den Pflegeprozess und pflegefachliche Entscheidungen).

7.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Selbstbestimmung“

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 10. Aufl., Stand: Oktober 2010. Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend.

Dröber, A.; Drude, C. (2004): Springer Lexikon Pflege. 3., überarb. und aktualisierte Aufl. Berlin [u.a.]: Springer.

Ganner, M. (2007): Selbstbestimmung im Alter. In: *Betreuungsrechtliche Praxis* 16 (3).

Heusinger, J.; Falk, K. (2011): Selbstbestimmt trotz Armut, Alter, Krankheit? Ein Projektbericht. In: *Dr. med. Mabuse* 36 (192), S. 48–50.

Holmberg, M.; Valmari, G.; Lundgren, S. M. (2012): Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. In: *Scand J Caring Sci* 26 (4), S. 705–712. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x.

Kammerer, K.; Falk, K.; Heusinger, J.; Kumpers, S. (2012): Self-determination of elderly persons with care needs: three case reports on individual and environmental resources of elderly persons. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (7), S. 624–629. DOI:

10.1007/s00391-012-0384-5.

- Kardorff, E. von; Meschnig, A. (2009): Selbstbestimmung, TEilhabe und selbständige Lebensführung: konzeptionelle Überlegungen. In: Vjenka Garms-Homolová (Hg.): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzept und Methoden: Mabuse-Verl, S. 61–92.
- Klie, T.; Krahmer, U. (Hg.) (2009): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar).
- Klünder, M. (2007): Pflegebeziehungen gestalten kann jeder? Die Rolle der Qualifikation beruflich Pflegenden für die Selbstbestimmungsmöglichkeiten Pflegebedürftiger in der Altenpflege. In: PR-InterNET 9 (12), S. 750–757.
- Kruse, A. (2005): Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (4), S. 273–287. DOI: 10.1007/s00391-005-0323-9.
- Kuhn-Zuber, G. (2012): Bedarfe und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen. Selbstbestimmte Pflge zu Hause. In: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 43 (3), S. 16–27.
- Nau, J. (2005): Empowerment als Konzept für die Pflege. In: PR-InterNET 7 (3), S. 152–158.
- Pawlik, Michael (2012): Das Recht der Älteren im Strafrecht – Bedeutung und Reichweite des Grundsatzes der Patientenautonomie. In: Ulrich Becker und Markus Roth (Hg.): *Recht der Älteren*. Berlin: De Gruyter (De Gruyter Handbuch), S. 127–163.
- Sielaff, M.; Gutierrez, T. (2011): Ein Ort der Selbstbestimmung. Die Wohn-Pflege-Gemeinschaften für pflegebedürftige Menschen mit psychischer Erkrankung in Hamburg-Fuhlsbüttel. In: Irmgard Vogt (Hg.): *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*: Fachhochschulverlag Frankfurt a.M., S. 303–325.
- Steiner, G. (1999): Die Idee der Selbstbestimmung. In: *INFORUM* (3), S. 44–51.
- Weingärtner, Christian (2005): *Selbstbestimmung und Menschen mit schwerer geistiger Behinderung*. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Tübingen. Online verfügbar unter <http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2005/1707/pdf/ydisscopy.pdf>, zuletzt geprüft am 03.04.2014.

8 Erläuterungen zum Kennzeichen „Sicherheit/Unversehrtheit“

8.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich „Sicherheit/Unversehrtheit“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

8.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Das Kennzeichen „Sicherheit/Unversehrtheit“ ist ein Element, welches sich nicht eigenständig prüfen lässt. Es bildet vielmehr eine Oberkategorie zu einer komplexen Kennzeichenstruktur. Unter dem Punkt „Sicherheit/Unversehrtheit“ ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten der Darstellung und der dazugehörigen Merkmale, wie beispielsweise

- Schutz der Grundrechte
- Umgebungsgestaltung (Sicherheit zu Hause)
- Für eine sichere Wohnung sorgen (Schutz vor Einbrecher etc.)
- Sicherer Umgang mit Medikamenten
- Sichere Anwendung von Pflegehilfsmitteln
- Risikomanagement (Risiken erkennen, Prophylaxen)
- Verhütung von Infektionskrankheiten
- Unfallverhütung
- Fehlerkultur
- Brandschutz u. a. m.

Jeder dieser exemplarisch gelisteten Punkte kann als eigenständiges Kennzeichen/Merkmal fungieren und anhand von Kriterien und Indikatoren überprüft und bewertet werden.

8.3 Stand der Literatur

Sicherheit ist ein Begriff, der sehr heterogen betrachtet wird und ein breites Spektrum an Merkmalen in sich vereint, je nach Schwerpunkt und Betrachtung der jeweiligen Autoren.

Eine zusammenfassende Definition zur „sicheren Pflege“ in der ambulanten Versorgung ist im Standardwerk „Ambulante Pflege“ (Brunen und Herold 2001) zu finden. Dort heißt es:

„Sichere Pflege heißt nach unserem Verständnis, dass sich die Pflegebedürftigen darauf verlassen können, dass die professionellen Pflegepersonen nach den neuesten wissenschaftlichen und pflegepraktischen Erkenntnissen korrekt und gekonnt (professionell) pflegen und dass die mitpflegenden Laien vorschriftsmäßig

angeleitet werden, sodass sich Pflegebedürftige und Pflegende sicher fühlen können. Sichere Pflege heißt weiter, dass sich die Pflegebedürftigen auf die Verschwiegenheit der Pflegepersonen verlassen können“ (Biedermann et al. 2001, S. 518).

Nach Biedermann et al. (2001) sind Sicherheitsbedürfnisse im ambulanten Bereich anders ausgeprägt als in stationären Einrichtungen. Hier werden Klienten ggf. sich selbst überlassen, sofern die Pflegekraft ihre Tätigkeiten abgeschlossen hat und Angehörige noch berufstätig sind. Somit gehören zu dieser Definition verschiedene zu berücksichtigende Punkte:

- Verlässlichkeit (möglichste Einhaltung von Pflegezeiten, rechtzeitiges Bescheid geben bei Änderungen, weitestgehend kontinuierliches Personal),
- Sicherheit durch Überwachung der Pflegebedürftigen (Beachtung des Verbots von freiheitseinschränkenden Maßnahmen – Ausnahme sind mit Zustimmung des Betroffenen möglich, bei Bedarf Einsatz von (Not-)Rufsystemen),
- Beachtung infektionsverhütender Maßnahmen,
- Sicherer Umgang mit Medikamenten,
- Sichere Anwendung von Pflegehilfsmitteln,
- Für eine sichere Wohnung sorgen (sichere Elektrogeräte, Unfallverhütung, Schutz/Bekämpfung von Ungeziefer/Schädlingen, Schutz vor Einbruch/Raub und Diebstahl) (Biedermann et al. 2001, S. 518–525).

Aufgrund einer fehlenden Studienlage wurde zum Thema Sicherheit auf weitere Lehrbücher zurückgegriffen. Nach Köther (2011) umfasst Sicherheit „Sichersein, Gewissheit, Ruhe, Sorglosigkeit, Geborgenheit, Schutz, Stabilität und Angstfreiheit“ (Köther 2011, S. 370). Um Sicherheit zu gewähren werden folgende Punkte behandelt:

- Gesetze und Rechte zum Schutz von Pflegebedürftigen
- Für eine sichere Umgebung sorgen (Fehlerberichtssysteme, Fehlervermeidungssysteme)
- Unfallverhütung
- Brandschutz (Köther 2011, S. 370–380)

Nach Sittler und Krufft (2011) ist die Zuverlässigkeit Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, zu der das Vermitteln von Geborgenheit und der Schutz vor Gefahren eingeschlossen werden. Als besondere Bedürfnisse in diesem Kontext werden

- Sicherheit der Person,
- Recht auf Leben und Freiheit,
- Soziale Sicherheit,

- Eigene Lebenshaltung,
- Gesundheit und
- Wohlbefinden gelistet (Sittler und Krufft 2011, S. 172).

Darüber hinaus gilt für Pflegekräfte das Einhalten der Vorschriften der Berufsgenossenschaft (zum eigenen Schutz und zum Schutz der Klienten), Einhaltung der persönlichen Hygiene, der richtige und sichere Umgang mit Hilfsmitteln und die Einhaltung der Hygienemaßnahmen zum Schutz vor Infektionen (Sittler und Krufft 2011, S. 172–186).

Neben den Lehrbüchern wurden Pflegemodelle betrachtet und auf Aussagen bezüglich der „Sicherheit“ geprüft. Nancy Roper geht bei dem Unterpunkt „sichere Umgebung“ ihres Pflegemodells darauf ein, dass es sehr viele Dimensionen der Lebensaktivitäten gibt, um für eine sichere Umgebung zu sorgen. Es handele sich jedoch vorwiegend um die Aufrechterhaltung einer sicheren physischen Umgebung, hierbei sind die meisten Maßnahmen nach Roper vorbeugender Natur:

- Unfallverhütung (chemische Substanzen, Scharfe Gegenstände, Hitzegefahr, Feuer, die Einrichtung zu Hause, Griffe im Bad etc.),
- Schutz vor Feuer,
- Verhütung von Infektionskrankheiten (Handhygiene, Impfungen-Bekämpfung von Epidemien, vorbeugen von Infektionen-Desinfektionsmittel) und
- Bekämpfung von Umweltverschmutzung (Roper et al. 1993).

Sowohl die Lebensspanne als auch die Abhängigkeit/Unabhängigkeit bei dem Punkt der Sorge für eine sichere Umgebung müssen bei den Lebensaktivitäten berücksichtigt werden. Die Lebensaktivität „für eine sichere Umgebung sorgen“ ist multidimensionaler Natur, daher wird die Art und Weise wie jemand die entsprechende Tätigkeit ausführt von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Probleme des Patienten unter dem Aspekt der „sicheren Umgebung“ werden von Roper bezogen auf die Krankenhausumgebung wie folgt dargestellt:

- Veränderung der Umgebung und Gewohnheiten
- Ungewohnte Umgebung
- Lärmbelastung
- Unfallrisiko
- Brandgefahr
- Infektionsrisiko
- Risiken der Medikation (Roper et al. 1993, S. 169–191)

Bei Thiemes Pflege geht es unter dem Punkt ATL „Sich sicher fühlen und Verhalten“ um:

A) Sicherheit in der Pflege

- Bedeutung von Sicherheit
- Patientensicherheit
- Fehlerkultur
- Risikomanagement
- Handlungsbedarf
- Patientensicherheit aus pflegerischer Sicht

B) Infektionsschutz

- Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten
- Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren (Händehygiene)
- Gesundheitsförderung, Beratungsaspekte und Patienteninformation (Sitzmann et al. 2012)

8.4 Gibt es Mindeststandards?

Aufgrund der durchgeführten Literaturrecherche und der vorliegenden Publikationen kann derzeit nicht von einem vorhandenen einheitlichen Mindeststandard ausgegangen werden.

8.5 Gibt es Mindestanforderungen?

Für das Kennzeichen „Sicherheit/Unversehrtheit“ als Kategorie lassen sich keine Mindestanforderungen festlegen. Das muss für jedes Merkmal im Einzelnen dargestellt werden.

8.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Derzeit liegen keine zentralen Aspekte vor, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind.

8.7 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Thema Sicherheit umfasst seitens der bisher beschriebenen Merkmale die „Expertenstandards“ und „Pflegeplanung“ und wird beeinflusst von den Merkmalen „Selbstständige Lebensführung“ und „Selbstbestimmung“.

8.8 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Sicherheit/Unversehrtheit“

Biedermann, S.; Brunen, H. M.; Buchholz, T.; Burch, J.; Herold, E. E.; Schmidt, H. (2001): Die Praxis der ganzheitlichen, integrativen Pflege gesunder und kranker Menschen. In: Helgard M. Brunen und Eva Elisabeth Herold (Hg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege: Schlütersche (1), S. 208–546.

Brunen, H. M.; Herold, E. E. (Hg.) (2001): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege: Schlütersche (1). Klie, Thomas (2013): Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 10., überarb. Aufl. Hannover: Vincentz Network (Lehrbuch Altenpflege).

Köther, I. (2011): Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können. In: Ilka Köther (Hg.): Altenpflege: Thieme, S. 370–380.

Roper, N.; Logan, W. W.; Tierney, A. J. (1993): Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht. 4., überarb. Aufl. Basel: RECOM-Verl.

Sittler, E.; Kruft, M. (Hg.) (2011): Handbuch Altenpflege. Mit www.pflegeheute.de - Zugang: Urban & Fischer in Elsevier.

Sitzmann, F.; Ullrich, L.; Schewior-Popp, S. (2012): Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung. 12., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, New York, NY: Thieme.

9 Erläuterungen zum Kennzeichen „Förderung sozialer Kontakte“

9.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Förderung sozialer Kontakte“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

9.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Förderung sozialer Kontakte wird eher aus negativer Sicht betrachtet. Es geht in der Literatur zumeist darum soziale Isolation und Vereinsamung zu vermeiden. Als wichtige Herausforderung kann die Unterstützung des Aufrechterhaltens bestehender sozialer Kontakte angesehen werden. Soziale Kontakte, die seit längerer Zeit bestehen und gewachsen sind, haben für ältere Menschen eine weit wichtigere Bedeutung als neue (vorübergehende) Kontakte. Problematisch ist dabei, dass diese Art der Kontakte durch pflegerische Interventionen zwar gebahnt, aber nicht geschaffen werden können. Darüber hinaus ist die Effektivität von Maßnahmen genau zu betrachten, objektive Gemeinschaft ist von der subjektiv wahrgenommenen Gemeinschaft zu unterscheiden.

9.3 Stand der Literatur

Die „Förderung der sozialen Kontakte“ lässt sich in der Pflegeliteratur begrifflich nicht so gut fassen. Es wird eher vom negativen Aspekt ausgegangen, der mit der Beeinträchtigung sozialer Interaktionen, soziale Isolation aber auch mit Vereinsamung bzw. der Vereinsamungsgefahr in Verbindung gebracht wird. Zu jedem der genannten Aspekte gibt es Pflegediagnosen:

Beeinträchtigte Soziale Isolation: „Ungenügende oder übermäßige Quantität oder unzureichende Qualität des sozialen Austauschs“ (Doenges et al. 2013, S. 606).

Soziale Isolation: „Von einem Individuum erlebtes Gefühl des Alleinseins, das als von anderen auferlegt und als negativer oder bedrohlicher Zustand empfunden wird“ (Doenges et al. 2013, S. 613).

Vereinsamungsgefahr: „Risiko, ein beeinträchtigtes soziales Wohlbefinden zu erleiden, verbunden mit dem Wunsch oder Bedürfnis nach mehr Kontakt mit anderen“ (Doenges et al. 2013, S. 1214). Als Risikofaktoren werden affektive Deprivation, kethektische Deprivation, physische Isolation und soziale Isolation benannt. Von der Vereinsamungsgefahr

abzugrenzen sind das normale Alleinsein, die Einsamkeit und der Zustand kontinuierlicher Verstimmung (Doenges et al. 2013, S. 1214).

In Österreich hat man sich mit der Pflegediagnose „Soziale Isolation“ wissenschaftlich auseinandergesetzt (Burns und Haslinger-Baumann 2008) und die Evidenz der vorgeschlagenen Interventionen überprüft. Empfohlen wird zur Einschätzung des sozialen Netzwerkes das Assessment „Outcome and Assessment Information Set“ (OASIS). OASIS gibt Aufschlüsse über Defizite im sozialen Netzwerk des Klienten. Als geeignete Interventionen stellten sich Gruppentreffen heraus. Wichtig ist hierbei, dass die positiven Effekte höher sind, wenn die Gruppen homogen sind. Gruppentreffen werden effektiver als Besuchsdienste bewertet. Besuchsdienste sind meist nur dann nachhaltig, wenn die Besucher aus derselben Generation stammen, gleiche Interessen und einen ähnlichen kulturellen und sozialen Hintergrund haben. Weiterhin wird die Interaktion mit Kindern positiv beschrieben, sofern gezielt Interaktionen stattfinden. Die soziale Isolation trifft nicht nur den Klienten, sondern mitunter auch die Angehörigen, so dass auch hier Unterstützung notwendig werden kann (Burns und Haslinger-Baumann 2008).

Nach Böger und Huxhold (2014) gibt es vier Interventionsgruppen zur Reduktion von Einsamkeit:

- Verbesserung der sozialen Fähigkeit,
- Steigerung der sozialen Unterstützung,
- Steigerung der Möglichkeiten zum sozialen Austausch sowie
- Veränderung negative sozialer Kognition (Böger und Huxhold 2014, S. 13).

Eine nähere Erläuterung bleibt aus. Sie berichten jedoch zugleich, dass bisherige Interventionen nur mäßig wirksam sind. Das liegt vermutlich daran, dass Maßnahmen zur sozialen Unterstützung möglicherweise die objektive Isolation verringern, nicht jedoch zwangsläufig auch die subjektiv erlebte Isolation (Böger und Huxhold 2014, S. 14). Nach Höpflinger zeigen entsprechende Studien bei älteren Menschen, dass weniger die Quantität als die Qualität sozialer Beziehungen ausschlaggebend ist (Höpflinger 2014).

Ältere Menschen stehen vor dem Problem, dass sich ihr soziales Netz ausdünn, weil Lebensgefährten und gleichaltrige Personen versterben (Kaeser 2012, S. 7). Dabei haben laut einer schweizer Studie 82 % (Kaeser 2012) der in Privathaushalten lebenden Betagten mindestens eine Person, auf die sie zählen können, wenn sie mal Unterstützung oder Hilfen benötigen. Mit voranschreitendem Alter werden es jedoch weniger, die Unterstützung aus ihrem Umfeld bekommen. Dieser Rückgang setzt bei den Männern ab 75 Jahren ein, bei den Frauen ab 85 Jahren. 70 % der über 65-jährigen Personen bekommen mindestens einmal

die Woche Besuch, 23 % mindestens einmal im Monat. Zudem ist das Telefon eine wichtige Komponente für den sozialen Kontakt. 86 % telefonieren mindestens einmal pro Woche, 11 % mindestens einmal im Monat (Kaeser 2012, S. 9). In Deutschland sind nach Tesch-Römer (2013) die Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey ähnlich positiv. Die Anteile der Personen mit einer (eher) geringen Einsamkeit betragen 55 % – 70 %, je nach Altersgruppe und Erhebungsjahr. „Zwischen 1996 und 2008 hat sich die Einsamkeit in der deutschen Bevölkerung in der zweiten Lebenshälfte signifikant verringert“ (Tesch-Römer et al. 2013, S. 238). Dennoch ist es für Pflegende eine wichtige Aufgabe, die Förderung sozialer Kontakte zu berücksichtigen, da diese mit zunehmendem Alter rückläufig sind. Problematisch ist hierbei, dass soziale Beziehungen nicht einfach aufgebaut werden können. Es braucht Zeit, um sie entstehen zu lassen.

9.4 Gibt es Mindeststandards?

Der aktuellen Literaturlage nach, kann nicht von einem existierenden Standard für die Förderung sozialer Kontakte ausgegangen werden.

9.5 Gibt es Mindestanforderungen?

Aus den bisherigen Ausführungen kann abgeleitet werden, dass Pflegekräfte auf die Förderung sozialer Kontakte eingehen sollten.

1. Es sollte im Rahmen der pflegerischen Befunderhebung ein Assessment zur Einschätzung der sozialen Situation durchgeführt werden.
2. Bei der Beurteilung der Situation sind individuelle Wünsche und Bedürfnisse zu berücksichtigen.
3. Angebote in Gruppen sind Besuchsdiensten vorzuziehen (Teilhabe).
4. Das persönliche Befinden hinsichtlich sozialer Kontakte sollte regelmäßig überprüft werden.

9.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Derzeit liegen keine zentralen Aspekte vor, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind.

9.7 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die Förderung sozialer Kontakte gehört zugleich in die Merkmalsbereiche „Pflegerplanung“ und wird beeinflusst von den Merkmalen „Selbstständige Lebensführung“ und „Selbstbestimmung“.

9.8 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „Förderung sozialer Kontakte“

Böger, A.; Huxhold, O. (2014): Ursachen, Mechanismen und Konsequenzen von Einsamkeit im Alter: Eine Literaturübersicht. In: *Informationsdienst Altersfragen* 41 (1), S. 9–14.

Burns, E.; Haslinger-Baumann, E. (2008): Evaluierung von Interventionen aufgrund der Pflegediagnose "Soziale Isolation" und Anwendung der Methode Evidence-based Nursing. In: *Pflege* 21 (1). Online verfügbar unter <http://www.medpilot.de?ID=C951977783>.

Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.; Murr, A. C. (2013): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen: Verlag Hans Huber. Online verfügbar unter <http://www.lob.de/cgi-bin/work/suche2?titnr=270153970&flag=citavi>.

Höpflinger, F. (2014): Sozialbeziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder. Online verfügbar unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf>, zuletzt aktualisiert am 02.02.2014, zuletzt geprüft am 02.05.2014.

Kaaser, M. (2012): Soziale Kontakte von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. In: *Demos* (3), S. 7–9.

Tesch-Römer, C.; Wiest, M.; Wurm, S.; Huxhold, O. (2013): Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (3), S. 237–241. DOI: 10.1007/s00391-012-0359-6.

10 Erläuterungen zum Kennzeichen „Eigenständige Lebensführung“

10.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich „eigenständige Lebensführung“ als Kennzeichen der pflegerischen (ambulanten) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

10.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Eigenständigkeit bzw. „Selbstständigkeit“ beschreibt die Fähigkeit des Individuums, ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben zu führen oder im Falle des Angewiesenseins auf Hilfen diese so zu gebrauchen, dass ein selbstständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich ist“ (Kruse 2005, S. 277). Das Stichwort „unabhängig“ bekommt dabei eine tragende Rolle. Unabhängigkeit wird von der WHO als Fähigkeit verstanden, die täglichen Dinge des Lebens selbst durchführen zu können (World Health Organization 2002, S. 13). Selbstständigkeit mache die Fähigkeit eines Menschen aus, sein Leben aus eigener Kraft so führen zu können, dass er nicht regelmäßig auf Hilfe und Unterstützung durch andere angewiesen ist (Huber 2005, S. 33).

10.3 Stand der Literatur

Die „eigenständige Lebensführung“ ist eine Begriffskombination, die nicht sehr häufig zu finden ist. Statt Eigenständigkeit kommen die Begriffe „Selbstbestimmung“ und „Selbstständigkeit“ im Kontext pflegerelevanter Literatur vor und werden oft unter dem Oberbegriff der Autonomie subsummiert (vgl. u. a. Kuhlmeier und Tesch-Römer 2013; Engels et al. 2007).

Bei pflegebedürftigen Menschen wird Selbstständigkeit in Relation zu den bestehenden Funktionseinbußen und Behinderungen verstanden und ist nicht auf die selbstständige Lebensführung im eigenen Haushalt beschränkt (Ackermann und Oswald 2006). Eigenständigkeit bzw. Selbstständigkeit lässt sich umreißen mit „Dinge auch selbst tun (...) können“ (Kammerer et al. 2012, S. 624). „Selbstständigkeit“ beschreibt die Fähigkeit des Individuums, ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben zu führen oder im Falle des Angewiesenseins auf Hilfen diese so zu gebrauchen, dass ein selbstständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich ist“ (Kruse 2005, S. 277). Unabhängigkeit wiederum wird von der WHO wie folgt definiert: „Independence is commonly understood as the ability to perform functions related to daily

living – i. e. the capacity of living independently in the community with no and/or little help from others” (World Health Organization 2002). Hiernach ist die Grundvoraussetzung für ein selbstständiges und somit unabhängiges Leben die Fähigkeit, die täglichen Dinge des Lebens selbst durchführen zu können. Ähnlich beschreibt dies Huber (2005): Selbstständigkeit mache die Fähigkeit eines Menschen aus, sein Leben aus eigener Kraft so führen zu können, dass er nicht regelmäßig auf Hilfe und Unterstützung durch andere angewiesen ist (Huber 2005).

„Selbstständigkeit“ darf nicht mit „Selbstbestimmung“ verwechselt werden (Selinger et al. 2010). Auch wenn körperlich nicht mehr eigenständig agiert werden kann, kann das Leben selbstbestimmt gesteuert werden. Im Kontext der Selbstbestimmung weist Klie darauf hin, dass „das Recht auf Selbstbestimmung (...) zum Ziel Selbstständigkeitsförderung im Spannungsverhältnis stehen (kann), wenn der Pflegebedürftige kein Interesse an der Förderung seiner Selbstständigkeit hat“ (Klie und Krahrmer 2009, S. 84).

10.4 Rechtliche Aspekte

Die rechtlichen Aspekte zur eigenständigen Lebensführung sind wie das Merkmal der Selbstbestimmung im § 2 SGB XI geregelt. Personen, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen haben trotz ihres Hilfebedarfs Anspruch auf die Führung eines möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebens. Im § 2 SGB XI heißt es:

„(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (SGB XI).

Klie beschreibt den Inhalt des Absatz 1 in § 2 SGB XI als „das allgemeine Ziel der Hilfen durch die Pflegeversicherung“ (Klie und Krahrmer 2009, S. 83). In konzeptionellen Ausrichtungen von Hilfen und in der jeweiligen Pflegeplanung sind die Sicherung der Selbstbestimmung und der Selbstständigkeit im Rahmen pflegerischer Versorgungen als verbindlich vorgegeben. Klie weist darauf hin, dass der in der Behindertenpädagogik entwickelte Normalisierungsgrundsatz auch für Pflegebedürftige zutrifft und eine Orientierung an nicht-pflegebedürftige Menschen umfasst und eine möglichst weitgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe (Klie und Krahrmer 2009, S. 85).

Der Gesetzgeber unterscheidet zwar eindeutig zwischen Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, grenzt die Begriffe aber nicht voneinander ab. Ein nicht unproblematischer Umstand, da in der Literatur die Begriffe teilweise synonym verwendet werden.

10.5 Gibt es Mindeststandards?

In der Literatur finden sich Vorschläge zur besseren Realisierung einer eigenständigen/selbstständigen Lebensführung. Ein allgemein gültiger Standard konnte jedoch nicht recherchiert werden.

10.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Für das Kennzeichen „Selbstbestimmung“ als Kategorie lassen sich keine Mindestanforderungen festlegen. Das muss für jedes Merkmal im Einzelnen dargestellt werden.

10.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Als zentraler Aspekt für die Qualitätsmessung kann der Umstand gedeutet werden, dass eine Förderung der Selbstständigkeit nur möglich ist, wenn zuvor die Einschränkungen und Potentiale für eine selbstständige Lebensführung identifiziert wurden. Niehörster et al. (2001) untersuchten in ihrem Teilprojekt, ob vorhandene und potenzielle Fähigkeiten der Bewohner stationärer Einrichtungen erkannt bzw. gezielt ermittelt werden, um dann gefördert werden zu können. Als geeignete Assessmentinstrumente zur Identifizierung von Potenzialen werden das Geriatrische Assessment und das Resident Assessment Instrument (RAI) benannt (Niehörster et al. 2001, S. 117).

Um die Selbstständigkeit bzw. Unselbstständigkeit von Patienten zu messen, lässt sich nach Kremer (2003) der Funktionale Selbstständigkeitsindex (FIM) einsetzen. Hierbei werden folgende Aspekte überprüft:

- Selbstversorgung: Essen/Trinken; Körperpflege; Baden/Duschen/Waschen; Ankleiden Oberkörper; Ankleiden Unterkörper; Intimhygiene,
- Kontinenz: Blasenkontrolle; Darmkontrolle,
- Transfer: Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl; Transfer Toilettensitz; Transfer Badewanne/Dusche,
- Fortbewegung: Gehen oder Rollstuhlfahren; Treppensteigen,
- Kommunikation: Verstehen; Ausdruck,

- Soziales: Soziales Verhalten; Problemlösung; Gedächtnis (Kremer 2003, S. 175).

Zur Erfassung der „Selbständigkeit in den Aktivitäten des alltäglichen Lebens“ wurde 2012 der Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER) entwickelt. „Die Stufen des SINGER orientieren sich nicht am Ausmaß der Aktivitätseinschränkungen, sondern an der Art des Hilfebedarfs, die in drei Grundkategorien aufgeteilt wurde: professionelle Hilfe erforderlich, Hilfe durch (unterwiesene) Laien ausreichend und selbstständig; keine externe Hilfe erforderlich“ (Gerdes et al. 2012, S. 291). Zu jeder dieser drei Kategorien existieren jeweils zwei Unterkategorien, anhand derer 20 verschiedene Items bewertet werden (Gerdes et al. 2012, S. 293).

Im Rahmen einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbstständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung: „Selbstständigkeit und alltagspraktische Kompetenz der Bewohner wurden auf der Grundlage von Videoaufnahmen sowie durch einen Fragebogen zur Erfassung des Grades unabhängiger Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschätzt“ (Kruse und Ding-Greiner 2003, S. 463). Dies wurde in stationären Einrichtungen durchgeführt. Darauf folgten Reflexionsgespräche zu den Videoaufnahmen mit den Mitarbeitern der Interventionsgruppe. Es wurden im Weiteren noch Beobachtungsstudien durchgeführt, aus denen hervorging, dass „unselbstständige Verhaltensweisen der alten Menschen von den Mitarbeitern in der Pflege am häufigsten mit unselbstständigkeitsunterstützenden Verhaltensweisen beantwortet werden“ (Kruse und Ding-Greiner 2003, S. 467). Daraus entstand ein Trainingsprogramm für Pflegekräfte, das aus einem theoretischen Teil (zur Information über soziale Ursachen von Unselbstständigkeit im Alter) und einem praktischen Teil (zum Erlernen von Techniken der Verhaltensmodifikation) besteht. Es ergab sich, dass Schulungen des Pflegepersonals das selbstständige Verhalten der Pflegebedürftigen fördern könne.

Aus den Definitionen, rechtlichen Aspekte und zentralen Elementen lässt sich ableiten, dass Pflegenden

- ein Assessment zur Identifizierung von Einschränkungen und Potenzialen nutzen sollten,
- die Förderung bzw. Wiederherstellung der Selbstständigkeit durch differenzierte Planungen anpassen (Kompensation, Unterstützung, Anleitung) und
- Zeit einplanen, um den Betroffenen nicht die Selbstständigkeit aus Zeitgründen zu nehmen

10.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die eigenständige Lebensführung ist ein Kennzeichen der pflegerischen Versorgung, welches unter anderem mit der aktivierenden Pflege in Verbindung gebracht wird (Ackermann und Oswald 2006). Aufgrund der planerischen Notwendigkeiten steht es ebenso in Verbindung mit dem Pflegeprozess und wird beeinflusst vom Merkmal der Selbstbestimmung.

10.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen „eigenständige Lebensführung“

Ackermann, A.; Oswald, W. D. (2006): Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit bei Pflegeheimbewohnern. Ein Überblick über bestehende Ansätze. In: Zeitschrift fuer Gerontopsychologie und –psychiatrie 19 (2), S. 59–71. DOI: 10.1024/1011-6877.19.2.59.

Engels, D.; Pfeuffer, F.; Heusinger, J.; Knoch, T.; Köhler, L.; Lode, S. et al. (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Integrierter Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Hg. V. Ulrich Schneekloth und Hans-Werner Wahl. München. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 30.03.2014.

Gedes, N.; Funke, U.-N.; Schüwer, U.; Themann, P.; Pfeiffer, G.; Meffert, C. (2012): „Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER)“ – Entwicklung und Validierung eines neuen Assessment-Instruments. In: Die Rehabilitation 51 (5), S. 289–299. DOI: 10.1055/s-0031-1287805.

Huber, M. (Hg.) (2005): Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegenden die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern: Schlüter (Schlütersche Pflege : Pflegekolleg).

Kammerer, K.; Falk, K.; Heusinger, J.; Kumpers, S. (2012): Self-determination of elderly persons with care needs: three case reports on individual and environmental resources of elderly persons. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (7), S. 624–629. DOI: 10.1007/s00391-012-0384-5.

Klie, T.; Kraemer, U. (Hg.) (2009): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos (nomosKommentar).

- Kremer, R. (2003): Der Einfluss von soziodemografischen Merkmalen auf die Bewältigung funktionaler Selbständigkeit. In: Aktuelle Neurologie 30 (04), S. 174–179. DOI: 10.1055/s-2003-39109.
- Kruse, A. (2005): Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (4), S. 273–287. DOI: 10.1007/s00391-005-0323-9.
- Kruse, A.; Ding-Greiner, C. (2003): Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 (6), S. 463–474.
- Kuhlmeier, A.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2013): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. 1., Aufl. Göttingen, Niedersachs: Hogrefe Verlag (Organisation und Medizin, 17).
- Niehörster, G.; Garms-Homolová, V.; Vahrenhorst, V. (2001): Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung. Abschlußbericht im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe“. 1. Aufl. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147,4).
- Selinger, Y.; Weber, A.; Behrens, J. (2010): Das Verhältnis von selbstbestimmter Teilhabe und Pflege. Konzepte in anderen europäischen Ländern. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 41 (3), S. 72–88.
- World Health Organization (2002): Active ageing a policy framework. Genv. Online verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2014.

11 Erläuterungen zum Kennzeichen „Kommunikation“

11.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Kommunikation“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

11.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Kommunikation ist „jede Art von zwischenmenschlicher Mitteilung und Verständigung. Dabei geht es nicht nur um Informationen, sondern auch um Eindrücke und Gefühle. Dieser Austausch kann durch Sprache erfolgen, ist aber auch durch Zeichen, Symbole, Gestik, Mimik und anderes möglich“ (Rogall et al. 2005, S. 18). Darüber hinaus ist Kommunikation eine „allgemeine umfassende Bezeichnung für Prozesse, die einen Sender (initiator), Empfänger (recipient), einen Kommunikationsmodus oder –kanal, (z. B. Sprache), eine (inhaltlich bestimmbare) Botschaft oder Nachricht (message) und eine auf Empfang erfolgende Verhaltensänderung allgemein einen Effekt gleich welcher Art als analytische Einheiten aufweisen“ (Biedermann et al. 2001, S. 435).

Die Art und Weise wie Pflegekräfte mit Pflegeempfängern kommunizieren, sollte mit einer Grundhaltung kongruent sein, die auf eine Minderung von Abhängigkeit und die Möglichkeit zu höchstmöglicher Selbstbestimmung ausgerichtet ist. Eine fachgerechte Umsetzung von Kommunikation ist gegeben, wenn Pflegekräfte den Pflegebedürftigen die Kommunikation ermöglichen bzw. ihn bei der Kommunikation unterstützen, aktiv zuhören, Wünsche und Bedürfnisse (Zustimmungen und Ablehnungen) akzeptieren und bei der Planung, Ausrichtung und Durchführung von Interventionen berücksichtigen. Hierzu ist es notwendig, dass Pflegekräfte sich selbst reflektieren, ihre Macht bewusst wahrnehmen und im Sinne der Pflegebedürftigen steuern, unterstützt von einem einrichtungsbezogenem Konzept und ausreichend strukturellen Ressourcen.

11.3 Stand der Literatur

Die Vielzahl an Literatur zum Thema „Kommunikation“ in der Pflege zeigt auf, dass Kommunikation ein wesentliches Thema der Pflege und fester Bestandteil der täglichen Pflege- und Betreuungsarbeit ist. „Kommunikation macht den Menschen zum Mitmenschen“ (Biedermann et al. 2001, S. 434) und wird als Pflegephänomen sogar im Rahmen von Pflegediagnosen abgebildet. Für Pflegende wird im Kontext von Pflegediagnosen nach Doenges et al. (2013) unter Kommunikation ein „Informations- und Ideenaustausch“ verstanden, der auf „die Erfüllung der eigene Bedürfnisse und das Erreichen der Lebensziele“ ausgerichtet ist (Doenges et al. 2013, S. 626). In verschiedenen Publikationen

wird dargestellt, dass der Begriff „Kommunikation“ vom lateinischen Wort „communicare“ stammt und „sich besprechen mit“ bedeutet (Biedermann et al. 2001, S. 434). Der Wortstamm „munus“ steht für „Aufgabe, Verrichtung, Funktion, Dienst, übernommene Pflicht“ und „com“ bedeutet „mit, samt, zusammen, gemeinsam“ (Bartsch und Marquart 1999, S. 9 in Rogall et al. 2005, S. 17).

Nach Rogall (2005) bezieht sich der Begriff der „Kommunikation“ nicht nur auf die gesprochene Sprache, „sondern er bezeichnet darüber hinaus auf jede Art von zwischenmenschlicher Mitteilung und Verständigung. Dabei geht es nicht nur um Informationen, sondern auch um Eindrücke und Gefühle. Dieser Austausch kann durch Sprache erfolgen, ist aber auch durch Zeichen, Symbole, Gestik, Mimik und anderes möglich“ (Rogall et al. 2005, S. 18). Darüber hinaus ist Kommunikation eine „allgemeine umfassende Bezeichnung für Prozesse, die einen Sender (initiator), Empfänger (recipient), einen Kommunikationsmodus oder –kanal, (z. B. Sprache), eine (inhaltlich bestimmbare) Botschaft oder Nachricht (message) und eine auf Empfang erfolgende Verhaltensänderung allgemein einen Effekt gleich welcher Art als analytische Einheiten aufweisen“ (Biedermann et al. 2001, S. 435).

Kommunikation erfolgt verbal und nonverbal (Biedermann et al. 2001, S. 436). Nonverbale Kommunikation findet über die Sinne statt. Als Kommunikationsmittel werden die Augen, Blickkontakte, Ohren, die Nase und/oder die Haut benötigt. Für die verbale Kommunikation wird die Sprache als Werkzeug eingesetzt. Biedermann et al. (2001) führen aus:

„Um sprachlich kommunizieren zu können, muss die Intelligenz eine bestimmte Entwicklungsstufe erreicht haben. Manche geistig behinderte Personen erreichen sie nicht. Mit ihnen muss über Bilder, Zeichen und Körperkontakt kommuniziert werden. Auch temporäre geistige Ausfälle wie Bewusstlosigkeit, Krankheitsschübe mit Wahnideen u. a. erschweren die gewohnte verbale Kommunikation“ (Biedermann et al. 2001, S. 440).

Zudem spielen für Pflegende „unterschiedliche Sprachbiografien insofern eine Rolle, als Pflegende mit Pflegebedürftigen, Familien, Ärzten u. a. kommunizieren, die die Sprache unterschiedlich gebrauchen. Hebt sich das Sprachverhalten des Gegenübers im Sinne einer Überlegenheit von dem der Pflegepersonen ab, kann bei ihnen Unsicherheit entstehen. Es besteht dann die Gefahr, eigene sprachliche Defizite oder Unterlegenheiten durch forscheres Auftreten oder aber durch Rückzugsverhalten oder übergroße Anpassung zu kompensieren“ (Biedermann et al. 2001, S. 441).

Kommunikation ist eine grundlegende Methode im Rahmen der Pflege gesunder und kranker Menschen. Herold (2001) unterscheidet für die Pflege verschiedene Gesprächsarten:

- helfendes, personenzentriertes Gespräch,
- Beratungsgespräch,
- Informationsgespräch,
- schlechte Nachrichten-Gespräch,
- Konfliktgespräch,
- Erstgespräch,
- Instruktionsgespräch,
- Anleitungsgespräch,
- Beurteilungsgespräch/Mitarbeitergespräch,
- Gespräch um Wünsche und Forderungen vorzubringen und
- Disziplinalgespräch (Herold 2001, S. 124).

Pflegekräfte können sich auf die verschiedenen Gesprächsarten vorbereiten, indem sie durch Bildungsmaßnahmen Kommunikationsmodelle kennen lernen und lernen, diese auf Praxissituationen zu übertragen. Exemplarisch stellt Herold (2001) folgende Modelle vor:

- das Kommunikationsmodell von Paul Watzlawick, Janet H. Beavin und Don Jackson,
- das Helfende Gespräch nach Carl Rogers,
- die Gesprächsmethode nach Thomas Gordon,
- die Themenzentrierte Interaktionsmethode nach Ruth Cohn,
- die Methode der Gestalttherapie nach Fritz Perls,
- die Transaktionsanalyse nach Eric Berne,
- das Kommunikationsmodell nach Friedemann Schulz von Thun,
- Leitfaden für das Vorbringen von Wünschen und Forderungen, angelehnt an das Modell „Bewusstheitsrad“ von Sherod Miller et al. und
- Konfliktmanagement nach den Modellen von Lutz Schwäbisch, Martin Siems und Friedrich Glasl (Herold 2001).

Weitere Modelle in der Kommunikationsliteratur für Pflegende sind:

- Das Sender-Empfänger-Modell von Shannon und Weaver, 1949 (in Kreddig und Karimi 2013),
- Das Pflegedreieck (Armbrecht und Simon 2010) und
- Die Gruppenbibel nach Wilfried R. Bion (in Matolycz 2009)

Die benannten Gesprächsarten nach Herold (2001) und die Kommunikationsmodelle ermöglichen Pflegekräfte ihre Kommunikation über die Gesprächsführung bedarfsgerecht anzupassen. Zu berücksichtigen ist, dass Pflegeempfänger ganz unterschiedlich in ihrem Informations- und Ideenaustausch beeinträchtigt sein können. Eine beeinträchtigte verbale

Kommunikation wird als „verminderte, verzögerte oder fehlende Fähigkeit, ein System von Zeichen zu empfangen, zu verarbeiten, weiterzugeben und/oder zu nutzen“ definiert (Doenges et al. 2013, S. 619). In der Klassifikation der ENP-Pflegediagnosen werden Beeinträchtigungsmöglichkeiten von Kommunikation auf der Pflegediagnosenebene differenziert und somit aufgezeigt, welche Facetten pflegerisch relevant sind. Folgende Diagnosen sind zu finden:

- Der Bewohner ist aufgrund von Schwerhörigkeit in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner ist aufgrund von Gehörlosigkeit in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner ist aufgrund von körperlicher Schwäche in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner ist aufgrund einer globalen Aphasie in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner ist aufgrund einer sensorischen Aphasie (Wernicke-Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner ist aufgrund einer motorischen Aphasie (Broca-Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner ist aufgrund einer amnestischen Aphasie in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner ist aufgrund einer Sprechstörung in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner ist aufgrund von Stimmlosigkeit in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.
- Der Bewohner hat aufgrund von Rigor und Akinese Schwierigkeiten beim Sprechen, es besteht eine beeinträchtigte Kommunikation.
- Der Bewohner hat aufgrund einer überstürzten Sprechweise (Poltern) eine beeinträchtigte Kommunikation.
- Der Bewohner kann aufgrund von Sprachbarrieren Informationen und Anleitungen nicht verstehen und realisieren (Wieteck 2010, S. 495-509).

Eine weitere Herausforderung sind für Pflegekräfte die verschiedenartigen Umstände, die eine angepasste Kommunikation erfordern:

- interkulturelle Kommunikation,
- Umgang mit Beschwerden und Kritik von Patienten und deren Angehörigen oder auch vom Team,

- Umgang mit Angst und Trauer,
- Kommunikation mit Demenzerkrankten und
- Kommunikation mit todkranken und sterbenden Menschen (Wieteck 2010, S. 495-509).

Direkte Anforderungen an Pflegekräfte sind in der Literatur kaum beschrieben. Darmann (2000) untersuchte die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patienten und identifizierte vier zentrale Kommunikationsstrukturen bei Pflegenden:

- Macht der Pflegekräfte (eigene Absichten auch gegen den Willen einer anderen Person durchzusetzen),
- Entscheidungsfreiheit der Patienten (freie Entscheidungen hinsichtlich der erforderlichen Pflegehandlungen treffen und durchzusetzen - sich gegebenenfalls auch gegen Vorhaben der Pflegekräfte wehren),
- Druckmittel der Patienten (Anzeige bei Verstößen gegen Grundrechte oder Auflösung der „Kundenbeziehung“),
- Entscheidungsfreiheit der Pflegekräfte (Pflegekräfte entscheiden, ob sie Handlungen, die außerhalb ihrer rechtlich definierten Pflichten und der üblichen pflegerischen Standards liegen, ausführen oder nicht) (Darmann 2000, S. 220-222).

Laut Darmann (2000) ist vielen Pflegekräften ihr Machtpotential nicht oder kaum bewusst oder es fehlt an Selbstreflexion. Daher sollten Machtbedingungen transparent dargestellt werden und die damit einhergehenden Möglichkeiten oder Versuchungen zum Machtmissbrauch (wie beispielweise eine bevormundende Kommunikation/Interaktion, implizite oder explizite Ignorierung des Patientenwillens oder Zwang der Patienten zu bestimmten Handlungen). Pflegekräfte sollten bereits in der Ausbildung lernen, ihre Macht im Bereich der Kommunikation zu sehen und für subtile Formen und Möglichkeiten des Machtmissbrauchs sensibilisiert sein, um Machtmissbrauch sinnvoll vorzubeugen. Darüber hinaus müssen sich Pflegekräfte bewusst machen, dass sie sich mit Normen (z. B. der Schulmedizin) identifizieren, die Durchsetzung der Normen zu ihrem persönlichen Anliegen wird und häufig mit fehlender Akzeptanz von anderen plausiblen Sichtweisen (die der Patienten) einhergeht (Bevormundung). Nach Darmann (2000) sollten Pflegekräfte zur Ausrichtung der zukünftigen Kommunikation in Anlehnung an verschiedene Unterrichtsmodelle die Kompetenz haben, die Technik des aktiven Zuhörens zu beherrschen und eine von Einfühlung, Akzeptanz, Interesse und Vorurteilslosigkeit geprägte Grundhaltung entwickeln (Darmann 2000, S. 224).

11.4 Rechtliche Aspekte

Zum Kennzeichen Kommunikation konnten keine rechtlich relevanten Aspekte herausgearbeitet werden.

11.5 Gibt es Mindeststandards

Ein allgemein gültiger Standard konnte nicht recherchiert werden.

11.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Gemäß den Ausführungen der Enquete-Kommission aus dem Jahr 2005 sollen Kommunikation und Gesprächsmöglichkeiten in der Pflege derart ausgestaltet sein, dass Pflege „in ihren einzelnen Maßnahmen und Haltungen von einer Sicht geprägt (ist), der es um Einfühlsamkeit in der Begegnung, um die Minderung von Abhängigkeit und die Möglichkeit zu höchstmöglicher Selbstbestimmung (darunter auch das Recht auf die freie Wahl des Wohnortes), um den Respekt vor der Integrität des Einzelnen geht und darum, dass Interventionen in die Integrität nur im informierten Einverständnis und bei gegebener sorgfältig geprüfter Indikation erfolgen dürfen und erfolgen“ (Enquête-Kommission 2005, S. 28). Kommunikation ist darüber hinaus nicht nur ein Mittel, sondern ein Aspekt im Rahmen der Lebensaktivitäten, auf den die Pflege gerichtet ist (Enquete-Kommission 2005, S. 32). Auch die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ, BMG 2014) greift die Kommunikation auf und benennt Anforderungen an diese. Nach Artikel 6 können hilfe- und pflegebedürftige Menschen erwarten, „dass bestimmte Bedürfnisse und Erfordernisse bei der Kommunikation, wie beispielsweise langsames und deutliches Sprechen oder das Gestikulieren, berücksichtigt werden. Für den Fall, dass (...) Unterstützung bei der Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Hörgerät, Schreibhilfe) (notwendig ist), soll (...) geholfen werden, diese zu beschaffen, zu benutzen und gegebenenfalls fachgerecht einzusetzen. Falls erforderlich, können und sollten (hilfe- und pflegebedürftige Menschen) jemanden zur Sprachvermittlung benennen (können) oder gegebenenfalls eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher hinzuziehen bzw. hinzuziehen lassen. Einige Vereine bieten entsprechende Dienste kostenlos an“ (BMFSFJ und BMG 2014, S. 18). „Anzustreben ist, dass beteiligungsorientierte und kommunikative Angebote zukünftig weit mehr als bisher auch pflegebedürftigen Menschen, die in der eigenen Wohnung leben, leicht zugänglich gemacht werden“ (BMFSFJ und BMG 2014, S. 19).

Die Projektgruppe des Projektes „WeDO - Für Würde und Wohlbefinden älterer Menschen“ fordert, dass „auch Menschen mit Behinderung (...) leichten Zugang zu Beratung und Leistungen haben (sollten), ggf. durch angemessenen und erschwinglichen Transport, und

entsprechende Informations- und Kommunikationstechnologie“ (WeDO 2012, S. 15). Anbieter von Diensten für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen sollen eine positive Haltung fördern, „die den Wert älterer Menschen erkennt“ und eine „effiziente Kommunikation zwischen den Pflegenden, den Familien und den älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und der Gesellschaft“ ermöglicht (WeDO 2012, S. 28).

11.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Eine angemessene Kommunikation lässt sich im Pflegealltag nur eingeschränkt im Rahmen von Qualitätsmessungen feststellen. Die Modelle für Kommunikation sind vielfältig und es kann kein Modell benannt werden, welches für Pflegekräfte eine besondere Rolle einnimmt. Zentrale Aspekte lassen sich jedoch über die Struktur- und Ergebnisqualität ableiten.

Mögliche Erhebungskriterien auf der Strukturebene:

- Feststellung, ob die Einrichtung über ein Kommunikationskonzept verfügt, welches verschiedene Situationen und Zielgruppen umfasst.
- Feststellung, ob die Pflegefachkräfte über ausreichend Wissen zur Umsetzung des hauseigenen Kommunikationskonzepts verfügen.
- Feststellung, ob die Pflege- und Betreuungskräfte eine regelmäßige Fortbildung zum Thema Kommunikation erhalten.
- Feststellung, ob die Pflege- und Betreuungskräfte genügend Ressourcen bekommen, um eine angemessene Kommunikation zu führen.
- Feststellung, ob zu Beginn der pflegerischen Versorgung bei den Klienten ein Kommunikationsstatus erhoben wurde.
- Feststellung, ob den Pflegekräften die Möglichkeit der (ggf. professionell geführten) Selbstreflexion gegeben wird.

Mögliche Erhebungskriterien auf der Ergebnisebene:

- Feststellung, ob die Klienten über angemessene Kommunikationsformen berichten,
- Feststellung, ob die Klienten bei eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten unterstützt und gefördert werden,
- Feststellung, ob den Klienten bei eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten ausreichend Informationen, Anleitungen oder Schulungen angeboten worden sind,
- Feststellung, ob bestimmte Bedürfnisse und Erfordernisse bei der Kommunikation, wie beispielsweise langsames und deutliches Sprechen oder das Gestikulieren, berücksichtigt werden,

- Feststellung, ob für den Fall, dass Unterstützung bei der Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Hörgerät, Schreibhilfe) notwendig ist, geholfen wird, diese zu beschaffen, zu benutzen und gegebenenfalls fachgerecht einzusetzen.

11.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die „Kommunikation“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung steht im unmittelbaren Zusammenhang zum Kennzeichen „Beziehungsgestaltung“ und „Pflegeplanung“ und wird beeinflusst von den Kennzeichen „Selbstständige Lebensführung“ und „Selbstbestimmung“.

Darüber hinaus kann das Kennzeichen der „Teilhabe“ mit dem Thema der Kommunikation in Verbindung gesetzt werden. „Die Kommunikation mit und der Kontakt zu allein lebenden Menschen kann (...) schnell zu einer persönlichen Angelegenheit einzelner Pflegekräfte werden, deren Engagement darüber entscheidet, ob und in welchem Ausmaß die (...) Pflege für allein lebende Menschen zu einer Brücke in die Außenwelt wird“ (Büscher und Horn 2010, S. 14).

11.9 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Kommunikation

Armbrecht, K.; Simon, J. (2010): Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Ethik, S. 80–87.

Bartsch, E.; Marquart, T. (1999): Grundwissen Kommunikation. Ausgangsfragen, Schlüsselthemen, Herausforderungen: Klett.

Biedermann, S.; Brunen, H.; Buchholz, T.; Burch, J.; Herold, E. E.; Schmidt, H. (2001): Kommunizieren. In: Helgard Brunen und Eva Elisabeth Herold (Hg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege. 2., überarb. u. erg. Aufl.: Schlütersche, S. 434–461.

BMFSFJ; BMG (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter http://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2014.

Darmann, I. (2000): Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. In: Pflege 13, S. 219–225.

- Doenges, M. E.; Moorhouse, Mary Frances; Murr, Alice C. (2013): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern u.a.: Hans Huber (Pflegeprozess).
- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp.
- Herold, E. E. (2001): Theoretische und methodische Grundlagen für die ambulante Pflege. In: Helgard Brunen und Eva Elisabeth Herold (Hg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege. 2., überarb. u. erg. Aufl.: Schlütersche, S. 58–207.
- Kreddig, N.; Karimi, Z. (2013): Kommunikation und Interaktion. In: Nina Kreddig und Zohra Karimi (Hg.): Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement: Springer Fachmedien Wiesbaden (Psychologie für die berufliche Praxis), S. 197-227. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-94322-0_10.
- Matolycz, E. (Hg.) (2009): Kommunikation in der Pflege. 1. Aufl. Wien, New York: Springer.
- Rogall, R.; Josuks, H.; Adam, G.; Schleinitz, G. (2005): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden: Schlütersche.
- WeDO (2012): Europäischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege. Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Hg. v. AGE Platform Europe. Online verfügbar unter http://projekte.bagso.de/fileadmin/user_upload/redaktion/WeDO/Downloads/24171_WeDo_brochure_A4_48p_DE_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2014.
- Wieteck, P. (2010): Praxisleitlinien Altenpflege, m. CD-ROM. Planen, Formulieren, Dokumentieren mit ENP-Pflegediagnosen: Recom Verlag.

12 Erläuterungen zum Kennzeichen „Gesundheitsförderung/Prävention“

12.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Gesundheitsförderung“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

12.2 Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung

Die Gesundheitsförderung hat seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta der WHO im Jahre 1986 zunehmende Relevanz erfahren. Demnach wird Gesundheitsförderung verstanden als

„ein Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO Europa 1986).

Mit dieser Definition wird formuliert, dass Gesundheit nicht allein durch individuelle Entscheidungen und Dispositionen beeinflussbar und bedingt ist, sondern auch durch die interdependente Wirkung von Umwelten, Systemen, Organisationen und Settings. Die Verantwortung für Gesundheit liegt nicht nur im Individuum, sondern auch in der Gesellschaft und anderen Politikfeldern. Im Unterschied zum Begriff der Prävention wird Gesundheit in der Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Es wird betont, dass gewisse Rahmenbedingungen wie Frieden, Bildung, Ernährung, soziale Gerechtigkeit, gesunde Umwelt und ähnliches vorhanden sein müssen, um Gesundheit zu erreichen. In der Jakarta-Deklaration von 1997 wird konstatiert, dass Gesundheitsförderung Potenziale hat, Lebensstile zu verändern und die sozialen, ökonomischen und Umweltbedingungen zu fördern, die Gesundheit bestimmen (Jakarta Deklaration 1997).

In Abgrenzung zum Begriff Prävention konstatiert Walter (2003), dass sich Gesundheitsförderung und Prävention nicht so sehr im Ergebnis denn in der Herangehensweise unterscheiden.

Demnach stärkt die Gesundheitsförderung vielmehr die Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen. Es geht darum, den individuellen Menschen in seinen Gesundheitskompetenzen zu fördern und zu befähigen, die Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhalten sowie Schutzfaktoren und Ressourcen zu stärken und zu fördern (Walter 2003; Hurrelmann, Klotz und Haisch 2007; Steinbach 2007). Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen dazu befähigt, eine zunehmende Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen sowie ihre Gesundheit zu verbessern (Jakarta Deklaration 1997). Selbstbestimmung des Einzelnen im Bereich der Gesundheit ist demnach das entscheidende Merkmal von Gesundheitsförderung. Menschen sollen dazu befähigt werden, die Bedingungen für eine gesunde Lebenswelt sowie gesunde Lebensführung selbst zu gestalten und für ihre Gesundheit die Verantwortung zu übernehmen (Steinbach 2007). Hurrelmann, Klotz und Haisch (2007) gehen über das eher individuell orientierte Verständnis von Walter (2003) hinaus und formulieren, dass es bei der Gesundheitsförderung auch um eine Förderung der ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen von Bevölkerungsgruppen geht. Die Interventionen und Maßnahmen können entweder am Individuum ansetzen oder an den gesellschaftlichen, sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Sie setzt an persönlichen wie auch sozialen Ressourcen an und will darüber Gesundheit und Determinanten von Gesundheit beeinflussen (Altgeld und Kolip 2007).

Mit der Ottawa-Charta wurde der Settingansatz in der Gesundheitsförderung entwickelt. Dieser folgt der Prämisse, dass Gesundheitsförderung im Lebensalltag, d. h. in den sozialen Systemen bzw. sozialen Räumen, ansetzen muss, um wirksam zu sein. Mit dem Settingansatz wird das Ziel verfolgt, dass die Maßnahmen und Interventionen passgenauer für die Zielgruppen entwickelt und eingesetzt werden können. Angemessene Zugangswege können besser definiert, Gesundheitsprobleme und -risiken stärker fokussiert und vorhandene Ressourcen besser genutzt sowie die ökonomische, soziale und institutionelle Umwelt berücksichtigt werden (Waller 2006; Altgeld und Kolip 2007).

Gesundheitsförderung als Konzept hat für Pflege und Pflegeberufe relevante Implikationen. Auf der Grundlage des Verständnisses der Ottawa-Charta kann eine gesundheitsförderliche Pflege folgendes sein: „ein Prozess der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt“ (WHO Europa 1986). Damit Gesundheit in der Pflege zum Leitziel wird, muss sich der Blick der Pflege von Krankheit auf Gesundheit fokussieren. Dies ist möglich,

indem in Situationen von Krankheit eine Orientierung an Gesundheit erfolgt (bspw. Ressourcenorientierung). Die Fragen in Situationen der Pflege sind dann: Was sind die Gesundheitsressourcen und -potenziale der zu Betreuenden/der Klienten/innen? Diese werden durch systematische Assessments und definierte Beratungssituationen mit den Klienten/innen in Situationen der Pflege erhoben und in entsprechende Maßnahmen umgesetzt. Einzelne Maßnahmen in der Pflege wie bspw. Beratung zu Wohnumfeldverbesserungen oder Mobilitätsberatungen können durchaus unter gesundheitsförderliche Aktivitäten subsumiert werden.

Folglich zielt eine gesundheitsförderliche Pflege darauf ab, den Gesundheitszustand von Individuen und Gruppen sowie einer Gesellschaft zu verbessern (Maben und Macleod 1995). Sie berücksichtigt die Ressourcen sowie Selbstbestimmtheit der Klienten und fördert diese durch geeignete Maßnahmen und Interventionen in Situationen der Pflege und Gesundheitsversorgung. Dafür wenden professionell Pflegende Instrumente wie systematische Assessments sowie Beratung, Anleitung und Information an. In einer gesundheitsförderlichen Pflege werden das Setting und die die Gesundheit beeinflussenden Determinanten berücksichtigt und in Assessments und in gemeinsamen Entscheidungsfindungen berücksichtigt. Konzeptionelle Basis gesundheitsförderlicher pflegerischer Aktivitäten sind Empowerment, Gleichheit, Zusammenarbeit und Kooperation (Maben und Macleod 1995).

Eine gesundheitsförderliche Pflege sucht Partnerschaften mit Klienten und anderen Berufsgruppen, beeinflusst durch entsprechende Interventionen und Maßnahmen den sozialen und umweltbezogenen Gesundheitsstatus sowie gesundheitspolitische und institutionelle Maßnahmen. Dabei stehen in der gesundheitsförderlichen Pflege nicht nur individuelle Programme im Vordergrund, um Gesundheitsstrategien umzusetzen, sondern auch Maßnahmen, die das soziale Umfeld betreffen. Vor allen Dingen ist von hoher Relevanz, dass Pflegeberufe dieselbe Sprache in Gesundheitsförderung sprechen wie andere Gesundheitsberufe (Whitehead 2008). Eine grundlegende Voraussetzung für Gesundheitsförderung in der Pflege sind Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Gesundheitsförderung (Maben und Macleod 1995).

Prävention ist in der klassischen Definition meistens auf die Medizin bezogen und wird in diesem Sinne als Krankheitsverhütung verstanden. Hinter diesem Verständnis steht die Frage: Wie entsteht Krankheit? Prävention umfasst alle zielgerichteten Maßnahmen meist medizinischer oder medikamentöser Art, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern (Trojan 2002; Bauch und Bartsch 2003; Braun 2004).

Klassischerweise wird Prävention abhängig von der Zuordnung der Intervention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (Troschke v. 2008).

Primärprävention umfasst alle Maßnahmen vor der Entstehung der Erkrankung. Im Wesentlichen haben die Maßnahmen der Primärprävention das Ziel, Krankheitsentstehung und Inzidenzraten zu verringern.

Die Sekundärprävention beinhaltet Maßnahmen zum Zeitpunkt eines frühen Stadiums einer Erkrankung. Dazu gehören Aktivitäten zur Entdeckung von frühen Krankheitsstadien, die noch symptomlos verlaufen wie bspw. Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsmaßnahmen, erfolgreiche Frühtherapie. Eine Verschlimmerung soll beispielsweise vermieden und Inzidenzraten gesenkt werden.

Die Tertiärprävention definiert die Maßnahmen, die nach dem Auftritt einer Erkrankung ergriffen werden und eine Verschlimmerung der Krankheit verhindern oder hinauszögern. Zur Tertiärprävention zählen auch die Maßnahmen, die ein selbständiges Leben unterstützen oder ermöglichen (Kruse 2002; Walter und Schwartz 2003; Troschke v. 2008).

Rosenbrock und Gerlinger (2004) erweitern den Begriff Prävention und verstehen darunter alle Maßnahmen der Gesundheitspolitik, die darauf abzielen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden. Nach Ansicht dieser beiden Autoren stellt Prävention ein Teilgebiet der Gesundheitspolitik dar (Rosenbrock und Gerlinger 2004). Sie heben damit die Prävention von der Mikroebene im Gesundheitssystem in den Bereich der Meta- und Makroebene. Das enge medizinische Verständnis von Prävention wird mit diesem Verständnis aufgeweicht und in den Verantwortungsbereich zumindest der Entscheidungs- und Leistungsträger des Gesundheitswesens verlagert. In all diesen Definitionen fehlen jedoch explizite Ansätze, die andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen einbeziehen.

Die Ebenen der Prävention differenzieren sich in Verhältnis- und Verhaltensprävention. Verhältnisprävention zielt darauf, Gesundheitsgefahren durch Gestaltung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen zu verringern. In den meisten Fällen soll Verhältnisprävention gesundheitliche Belastungen von Individuen in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen senken. Sie geht davon aus, dass die Ursachen bestimmter Krankheiten in biologischen, sozialen oder technischen Umgebungsbedingungen zu finden sind. Verhältnisprävention findet meist als Primärprävention statt. Zu ihren wichtigsten Instrumenten zählen Umwelt- und Arbeitsschutzstandards, Lebensmittelkontrollen, hygienische Überwachung und Verkehrsvorschriften, aber auch Maßnahmen wie der Abbau von Stress, die Erweiterung von Gestaltungsspielräumen sowie die Erhöhung von Transparenz und die Ausweitung von Partizipation.

Die Verhaltensprävention verfolgt das Ziel, die Erkrankungswahrscheinlichkeit durch die Beeinflussung des menschlichen Verhaltens zu senken. Ausgangspunkt der Verhaltensprävention ist die Annahme, dass die Ursachen für Krankheiten im individuellen Handeln zu suchen sind. Die wichtigsten Instrumente sind: Gesundheitsaufklärung, -erziehung, -beratung, die in allen Stufen des Gesundheit-Krankheit-Kontinuums hinweg Anwendung finden können. Der Verhaltensprävention liegen das Risikofaktorenmodell und das Health-Belief-Modell zugrunde. Diese theoretischen Modelle werden um theoretische Konzepte ergänzt, die die individuellen Handlungsressourcen stärken (Rosenbrock und Gerlinger 2004).

12.3 Stand der Literatur

Gesundheitsförderung

In der Literatur wird im Rahmen der Begriffsbestimmung fast ausschließlich auf das als Ottawa-Charta bekannt gewordenen Leit- und Grundlagendokument der WHO hingewiesen:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“ (WHO Europa 1986).

Dieser Prozess soll durch Unterstützung eines gesundheitlichen Verhaltens und durch Schaffung positiver Umweltbedingungen angestoßen werden. Die Gesundheitsförderung weist insofern nach Reichert (2009) zwei Zielrichtungen auf:

- die Stärkung der individuellen Kompetenzen und
- die gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt (Reichert 2009, S. 217–218)

Nach Hasseler (2011) wird für die Pflege die Gesundheitsförderung seit vielen Jahren von Pflege-theoretikerinnen und von internationalen und nationalen Berufsverbänden mitgedacht und als fundamentale und originäre Aufgaben der Pflege betrachtet. Wie diese jedoch ausgestaltet sein kann, blieb offen. Studien (Hasseler 2011; Caelli et al. 2003; Jacob 2004; Flick et al. 2004; Irvine 2007) weisen zudem darauf hin, „dass Pflegenden in der Praxis Probleme haben, Gesundheitsförderung zu beschreiben und zu definieren“ (Hasseler 2011, S. 63).

Hasseler (2011) fasst die Ausführungen von Maben und Macleod (1995) zusammen, nach denen eine gesundheitsförderliche Pflege darauf abzielt, den Gesundheitszustand von Individuen und Gruppen sowie einer Gesellschaft zu verbessern. Sie berücksichtigt die Ressourcen sowie Selbstbestimmtheit der Klienten/innen und fördert diese durch geeignete Maßnahmen und Interventionen in Situationen der Pflege und Gesundheitsversorgung. Dafür wenden professionell Pflegenden Instrumente wie systematische Assessments sowie Beratung, Anleitung und Information an. In einer gesundheitsförderlichen Pflege werden das Setting und die die Gesundheit beeinflussenden Determinanten berücksichtigt und in Assessments und in gemeinsamen Entscheidungsfindungen berücksichtigt. Konzeptionelle Basis gesundheitsförderlicher pflegerischer Aktivitäten sind Empowerment, Gleichheit, Zusammenarbeit und Kooperation (Maben und Macleod 1995 in Hasseler 2011). Neben Empowerment, Gleichheit, Zusammenarbeit und Kooperation wird in vielen Publikationen auf das Grundverständnis von Gesundheitsförderung nach einem theoretischen Verständnis eingegangen und hier insbesondere in der pflegerelevanten Literatur auf das Modell der Salutogenese (SVR 2001; Bartholomeyczik 2006; Hasseler 2006; Altgeld und Kolip 2007; Dörge 2010; Hasseler 2011; Hurrelmann und Horn 2011; Mau und Reuter 2011). Das Modell der Salutogenese birgt vielversprechendes Potenzial für die Pflege, einen theoretischen Rahmen für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung und für die Beratung zu bilden. „Das Gesundheits- und Krankheitskontinuum (der Salutogenese) spiegelt vielfach die Erfahrungen von Pflegenden in der alltäglichen Praxis wider - insbesondere in Settings der ambulanten Versorgung oder stationären Langzeitversorgung - dass Patienten bzw. Klienten nie „nur“ krank sind, sondern Gesundheit und Krankheit miteinander einhergehen“ (Hasseler 2011, S. 79).

Prävention

Als Prävention werden alle Maßnahmen bezeichnet, die gezielt Krankheiten vorbeugen können. Seit den 1960er Jahren wird der Präventionsbegriff nach Caplan (1964) in drei Arten unterteilt: die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat diese Unterteilung übernommen und definiert:

„Primärprävention bezeichnet die generelle Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen (darunter: Risikofaktoren) bestimmter Erkrankungen oder ihre individuelle Erkennung und Beeinflussung. Sie setzt vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung ein. Gesundheitspolitisches Ziel der Primärprävention ist die Senkung der Inzidenzrate oder der Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum oder einer (Teil-) Population“ (Schwartz und Busse 1998 in SVR 2001, S. 71).

„Sekundärprävention bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung eines eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadiums einer Krankheit und deren erfolgreiche Frühtherapie. Gesundheitspolitisches Ziel der Sekundärprävention ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen“ (Schwartz und Busse 1998 in SVR 2001, S. 71).

Tertiärprävention kann im weiteren Sinne als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder zu verzögern, verstanden werden. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich bestimmte Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist diesem Verständnis nach, die Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen bzw. zu erhalten (Schwartz und Busse 1998 in SVR 2001, S. 71).

Beide Perspektiven, die Gesundheitsförderung und die Prävention, verfolgen zwar eine ähnliche Zielsetzung, setzen aber auf unterschiedliche Interventionsstrategien. Beide sind jedoch für die pflegerische Langzeitversorgung relevant (Schaeffer und Büscher 2009), werden aber nicht unproblematisch eingeschätzt. So ist das Verständnis von Prävention überwiegend medizinisch dominiert. Hasseler (2011) widmet sich daher der Frage, wie sich die Pflege in der Prävention verorten kann, da das Verständnis von Prävention nicht nur ärztliche Interventionen zulässt und Interventionen anderer Gesundheitsprofessionen das Spektrum der Prävention erhöhen können. Hasseler (2011) sieht prinzipiell Möglichkeiten, pflegerische Berufsgruppen in allen drei Bereichen der Prävention tätig werden zu lassen und führt exemplarisch folgende Aufgaben und Verantwortlichkeiten auf (Hasseler 2011, S. 58):

Maßnahmen der primären Prävention:

- Aufklärung und Beratung von Betroffenen sowie Unterstützung für pflegende Angehörige, ggf. mit dem Ziel der Aufrechterhaltung von Gesundheit, Selbstständigkeit und körperlicher sowie kognitiver Leistungsfähigkeit
- Aufklärung und Beratung im Bereich von Risikofaktoren, Lebensstil
- Assessment von Bedarfen und Bedürfnissen definierter vulnerabler Bevölkerungsgruppen
- Vermittlung von Informationen über Risikofaktoren, lebensstilbezogene Risikofaktoren
- Koordination und Organisation von Dienstleistungen der Gesundheits- und Pflegeleistungen
- Durchführung präventiver Hausbesuche (Kruse 2002; Enquête-Kommission 2005; Hasseler und Strupeit 2007; Hasseler 2011)

Maßnahmen der sekundären Prävention:

- Sturzprophylaxe-Programme für identifizierte Bevölkerungsgruppen
- Schulungen, Anleitungen und Beratung für chronisch Erkrankte in häuslicher Umgebung, um dabei behilflich zu sein, die mit dem Krankheitseinbruch einhergehenden existenziellen Verunsicherungen und Probleme zu lösen, oder Möglichkeiten der Gestaltung des Lebens mit chronischer Krankheit zu finden bzw. eine mit der Krankheitssituation in Übereinstimmung stehende Identität auszubilden und biographische Integration des Krankheitsgeschehens zu ermöglichen
- Teilnahme an Screening-Programmen (Pflegerinnen bringen klinische Expertise sowie klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten wie z.B. Messen und überprüfen physiologischer Parameter, Aufklärung und Beratung ein)
- Teilnahme an Disease-Management-Programmen durch wohnortnahe Anleitung, Beratung und Überprüfung lebensweltlicher Umgebung
- Unterstützung Erhalt Selbstständigkeit, der körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit und der verbliebenen Gesundheit
- Verhinderung Zunahme von Funktionseinbußen nach Auftreten einer Krankheit
- Teilnahme und Durchführung von Impfprogrammen
- Organisation, Koordination von Langzeitpflege
- Sterbe- und Trauerbegleitung, Palliativpflege (Kruse 2002; Enquête-Kommission 2005; Hasseler und Strupeit 2007; Hasseler 2011)

Die Autoren der Enquête-Kommission (2005) betrachten in diesem Zusammenhang die Entwicklung von Expertenstandards bezüglich spezifischer, krankheitsbezogener Aufgaben

der Pflege als eine bedeutende Zukunftsaufgabe. Der Hinweis auf die Expertenstandards bedeutet auf die praktische Pflege übertragen, dass diese eine wichtige Rolle im Rahmen der Gesundheitsförderung einnehmen und entsprechend im Pflegealltag umgesetzt werden müssen (Enquête-Kommission 2005).

Maßnahmen der tertiären Prävention:

- Programme für die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen, um Sekundärerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden,
- Wundmanagement, Inkontinenzmanagement, Demenzpflege und Betreuung (Enquête-Kommission 2005; Hasseler und Strupeit 2007; Hasseler 2011).

Hasseler (2011) weist darüber hinaus darauf hin, dass der Erfolg solcher Maßnahmen vom Umfang der Kooperation von Pflegenden und Ärzten abhängt. Je enger die Kooperation ausfällt, umso höher der Erfolg präventiver und gesundheitsförderlicher Projekte. Zudem gilt es noch, Maßnahmen und Interventionen in den Bereichen der primären und sekundären Prävention für Pflegeberufe systematisch zu erschließen und deren Effektivität und auch Effizienz zu untersuchen (Hasseler 2011).

12.4 Rechtliche Aspekte

Pflegekräfte sind sowohl nach dem Altenpflegegesetz als auch nach dem Krankenpflegegesetz verpflichtet, gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen. Im Altenpflegegesetz ist hierzu folgendes zu finden: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere: (...) 5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung“ (§ 3 AltPflG). Im Krankenpflegegesetz wird die Gesundheitsversorgung umfassender beschrieben: „Die Ausbildung (...) soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege (...) ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen“ (§ 3 KrPflG).

Darüber hinaus sind auch die pflegebedürftigen Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, angehalten, eine gesundheitsbewusste Lebensführung einzuhalten: „(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. (2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 6 SGB XI). Diese Vorschrift hat jedoch lediglich einen appellartigen Charakter und ist insbesondere bei der Mitwirkungspflicht für bestimmte Menschen fehl am Platz, wie beispielweise bei Menschen mit Demenz (Klie et. al 2014). Dennoch besteht die Vorschrift und lässt Rückschlüsse auf die Zuständigkeit von Pflegenden zu. Unter Berücksichtigung der persönlichen Würde und des Selbstbestimmungsrechts können Pflegekräfte die Versicherten darin unterstützen sich frühzeitig an Vorsorgemaßnahmen zu beteiligen und aktiv bei Krankenbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen etc. zu beteiligen.

Zudem werden in der Literatur die gesundheitsförderlichen Maßnahmen mit der aktivierenden Pflege in Verbindung gebracht (siehe hierzu Enquête-Kommission 2005; Hasseler 2011) und die Prävention mit der Umsetzung der Expertenstandards (rechtliche Betrachtung ist in den jeweiligen Qualitätsmerkmalen zu finden).

12.5 Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Gesundheitsförderung zwar schon lange als Bestandteil der Pflegeaufgaben betrachtet wird (Theorie), diese jedoch noch keinen nachhaltigen Einzug in die Pflegepraxis gefunden hat (Hasseler 2011). Somit können auch noch keine Standards dargestellt werden, aber zumindest die formulierten Ansprüche.

Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege zielt laut WHO darauf ab, „dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheiten verhindern“ (WHO 1993).

Besondere Aufgaben von Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege bestehen in der Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und der Identifizierung pflegebedürftigkeitsfördernder Faktoren. Gesundheitsförderung soll so angelegt sein, dass sie die:

- eigene Selbstbestimmung fordert und fördert,
- eigene Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen berücksichtigt und umsetzt,
- eigenes körperliches und soziales Wohlbefinden fördert und aktiv beeinflusst,
- persönliche Kompetenzen fördert (Lernen),
- interdisziplinäres Arbeiten fördert sowie
- gesundheitsförderliche Umgebung und Bedingungen schafft (Enquête-Kommission 2005).

Auch das BMFSFJ und das BMG postulieren in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ, BMG), dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht hat „auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung“ (Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung, BMFSFJ und BMG 2014, S. 14).

Dem europäischen Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege (WeDO 2012) entsprechend sind Pflegedienstleistungen „präventiv und rehabilitativ. Dienstleistungen für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen sollten darauf ausgerichtet sein, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und des Wohlbefindens des älteren Menschen zu verhindern, sowie seine Fähigkeit, selbstständig zu leben, zu erhalten bzw. so weit wie möglich wieder herzustellen. Ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen können selbst Verantwortung für ihr Leben übernehmen, wenn sie dabei unterstützt werden, zu lernen, mit ihren Einschränkungen umzugehen“ (WeDO 2012, S. 13).

Nach dem europäischen Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege bedeutet das, dass

- die „bestmögliche Unterstützung der Selbstständigkeit, auch durch die Anpassung des häuslichen Umfelds, den Einsatz von Hilfsmitteln oder durch Rehabilitation,
- frühzeitige Prävention,
- Vermeidung sozialer Isolation,
- den Fokus auf die Fähigkeiten des Menschen und nicht auf die Unzulänglichkeiten legen“ (WeDO 2012, S. 13).

Der Deutsche Pflegerat hat das Thema der Gesundheitsförderung in der Rahmenberufsordnung verankert. Dort heißt es: „Professionell Pflegenden leisten ihren berufsspezifischen Beitrag zum gesellschaftlichen Auftrag zur Gesundheitsfürsorge und Krankheitsverhütung, zur Wiederherstellung von Gesundheit, zur Unterstützung und

Hilfeleistung bei chronischen Erkrankungen, Behinderungen, Gebrechlichkeit und im Sterbeprozess“ (Deutscher Pflegerat 2004, S. 4).

Auch wenn noch keine Mindeststandards für die Pflege als Berufsgruppe gefunden werden konnte, soll dennoch zumindest auf das Projekt „HealthPROelderly“ hingewiesen werden, welches sich mit der Erstellung von Leitlinien zur Gesundheitsförderung in den Kommunen befasst hat (Reichert 2009). Die Ergebnisse bzw. die Leitlinien sind in der Broschüre „Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People“ aufgeführt und haben zum Ziel, die Kommunen bei einer erfolgreichen und nachhaltigen Gesundheitsförderung für ältere Menschen zu unterstützen. Es bleibt zu prüfen, ob zumindest Anregungen auf Einrichtungen der pflegerischen Versorgung heruntergebrochen werden könnten. Zur Gesundheitsförderung älterer Menschen wurden folgende evidenzbasierte Leitlinien entwickelt:

- Leitlinie 1 Spezifische Bedürfnisse und individuellen Ressourcen der Zielgruppen beachten!
- Leitlinie 2 Diversitäten innerhalb der Zielgruppen anerkennen!
- Leitlinie 3 Zielgruppen aktiv beteiligen!
- Leitlinie 4 Partizipation und Empowerment der Zielgruppe ermöglichen!
- Leitlinie 5 Evidenz-basierte Maßnahmen anwenden!
- Leitlinie 6 Einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen!
- Leitlinie 7 Den Zielgruppen angemessene Strategien und Methoden anwenden!
- Leitlinie 8 Settingorientierung und Erreichbarkeit ermöglichen!
- Leitlinie 9 Alle wichtigen Akteure bzw. Interessensgruppen beteiligen!
- Leitlinie 10 Interdisziplinär arbeiten!
- Leitlinie 11 Ehrenamtlich bei der Planung, Ausführung und im Management beteiligen!
- Leitlinie 12 Effektives Management sicherstellen!
- Leitlinie 13 Evaluationsmethoden anwenden!
- Leitlinie 14 Nachhaltigkeit der Maßnahmen in den Blick nehmen!
- Leitlinie 15 Übertragbarkeit gewährleisten!
- Leitlinie 16 Öffentlichkeitsarbeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen forcieren!

12.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Pflegerische Gesundheitsförderung und Prävention sind bislang wenig eingegrenzt. In der Literatur werden Versuche unternommen, Gesundheitsförderung und Prävention einzugrenzen. In aller Regel wird pflegerische Prävention und Gesundheitsförderung mit der

Durchführung von Prophylaxen in einem Zusammenhang diskutiert. Viele der möglichen Maßnahmen sind von ärztlichen Anordnungen abhängig.

Mögliche Erhebungskriterien auf der Strukturebene:

- Feststellung, ob in der Einrichtung ein Konzept zur Gesundheitsförderung/Prävention vorliegt
- Feststellung, ob Pflegefachkräfte Schulungen für die Umsetzung der Expertenstandards erhalten
- Feststellung, ob die Expertenstandards umgesetzt werden
- Feststellung, ob Pflegefachkräfte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention verantwortlich sind

Mögliche Erhebungskriterien auf der Prozessebene:

- Feststellung, ob angemessene Assessments zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention durchgeführt werden
- Feststellung, ob auf angemessene Assessments zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention entsprechende Maßnahmen und Intervention zur Gesunderhaltung /Reduktion Entwicklung Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden
- Feststellung, ob mit anderen Berufsgruppen bzgl. individuenbezogene Prävention / Gesundheitsförderung zusammengearbeitet wird

Mögliche Erhebungskriterien auf der Ergebnisebene:

- Feststellung, ob Klienten Anleitung, Information, Schulungen erhalten
- Feststellung, ob Klienten in Selbständigkeit und Ressourcen mit angemessenen gesundheitsförderlichen/präventiven Maßnahmen/Interventionen unterstützt werden

12.7 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen „Gesundheitsförderung/Prävention“ steht mit den Kennzeichen „aktivierende Pflege“, „Umsetzung der Expertenstandards“; „Behandlungspflege“, „Grundpflege“, „Selbstbestimmung“ und „Kooperation/Koordination“ in Verbindung.

12.8 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Gesundheitsförderung/Prävention

Altgeld, T.; Kolip, P. (2007): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Klaus Hurrelmann und Thomas Altgeld (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarb. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Gesundheit), S. 41–

50.

- Bartholomeyczik, S. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft 11 (3), S. 210–223.
- Bauch, J., Barsch, N. (2003): Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Prävention 1:3-6
- BMFSFJ; BMG (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter http://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2014.
- Braun, M. (2004): Umsetzung gesundheitlicher Prävention als gesundheitliche Aufgabe. In: Prävention 1:1-5
- Caelli, K. et al. (2003): Towards a decision support system for health promotion in nursing. In: Journal of Advanced Nursing 43:2:170-180.
- Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry: Tavistock Pubns.
- Deutscher Pflegerat e. V. (2004): Rahmen - Berufsordnung für professionell Pflegende. Vom 18.05.2004 – Erstellt vom Deutschen Pflegerat e.V., Berlin.
- Dörge, C. (2010): Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege. Ist-Situation und Qualifizierungsbedarf. In: Pflegewissenschaft 12:11:621-631.
- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp.
- Flick, U. et al. (2004): Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Verlag Hans Huber: Bern.
- Hasseler, M. (2006): Prävention als originäre Aufgabe der Pflege. In: Martina Hasseler und Martha Meyer (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Neue Aufgaben für die Pflege: Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlüter (Schlütersche Pflege).
- Hasseler, M. (2011): Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege: Ein konzeptioneller Ansatz: Beltz Juventa (Gesundheitsforschung).
- Hasseler, M.; Strupeit, S. (2007): Prävention im Gesundheitswesen - Eine Aufgabe für die professionelle Pflege. In: Peter Bechtel (Hg.): Klinikmanager Pflege - Praktisches Wissen. Professionelle Unterstützung für Führungskräfte in der Klinik. CD-ROM: Wolters Kluwer.

- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2007): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Aufl. Verlag Hans Huber: Bern. S. 11-19.
- Hurrelmann, K.; Horn, A. (2011): Das komplementäre Verhältnis von Gesundheitsförderung und Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingefeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft: Beltz Juventa, S. 727–743.
- Irvine, F. (2007): Examining the correspondence of theoretical and real interpretation of health promotion. In: Journal of Clinical Nursing 16:593-602.
- Jacob, C. (2004): Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Eine deskriptive Studie zur Selbsteinschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen von Pflegenden. Verlag Hans Huber: Bern u.a.
- Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. WHO. 1997.
- Klie, T.; Krahmer, U.; Plantholz, M. (Hg.) (2014): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung: Nomos. Online verfügbar unter <http://www.lob.de/cgi-bin/work/suche2?titnr=268662516&flag=citavi>.
- Kruse, A. (2002): Gesund altern. Heidelberg (Schriften 146).
- Maben, J.; Macleod, J. (1995): Health promotion: a concept analysis. In: Journal of Advanced Nursing 22, S. 1158–1165.
- Mau, W.; Reuter, S. (2011): Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Alter. In: Dtsch Med Wochenschr 136, S. 2199–2204.
- Reichert, M. (2009): Gesundheitsförderung im Alter – Ergebnisse der europäischen Studie „HealthPROelderly“. In: G. Bäcker und R. G. Heinze (Hg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 217–229.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, R. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 1. Aufl. Verlag Hans Huber: Bern.
- Schaeffer, D.; Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42 (6), S. 441–451.
- Schwartz, F. W.; Busse, R. (1998): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Friedrich Wilhelm Schwartz und Volker Arolt (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München [u.a.]: Urban & Schwarzenberg, S. 385–411.

- Steinbach, H. (2007): Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. aktualisierte Aufl. Facultas: Wien.
- SVR (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Drucksache 14/5660. Hg. v. Deutscher Bundestag. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/056/1405660.pdf>, zuletzt geprüft am 03.09.2014.
- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Juventa Verlag: Weinheim und München. S. 195-228.
- Trotschke von, J. (2008): Grundwissen. Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag: Hans Huber: Bern.
- Walter, U., Schwartz, F.W. (2003): Prävention. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. 2. Aufl. Urban & Fischer: München, S. 189-214
- Walter, U. (2003): Babylon im SGB. Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. In: Sozialer Fortschritt 10:253-261
- Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4. überarbeitete u. erweiterte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- WeDO (2012): Europäischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege. Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Hg. v. AGE Platform Europe. Online verfügbar unter http://projekte.bagso.de/fileadmin/user_upload/redaktion/WeDO/Downloads/24171_WeDo_brochure_A4_48p_DE_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2014.
- Whitehead, D. (2008): An international Delph study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. In: Journal of Clinical Nursing 17:891-900.
- WHO Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2014.
- WHO (1993): Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all. WHO Regional Office to Europe, 48:1:123.

13 Erläuterungen zum Kennzeichen „Teilhabe“

13.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Teilhabe“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

13.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Teilhabe wird allgemein als „dazugehören, beteiligt sein, mitarbeiten, gefragt werden, Anteil nehmen, mit von der Partie sein“ (Farin 2012, S. 29) beschrieben. Farin (2012) führt weiter aus, dass es um das Eingebundensein des Menschen in soziale Bezüge sowie der aktiven Gestaltung sozialer Situationen und der Anerkennung der Person in diesen sozialen Bezügen geht.

Im Kontext der pflegerischen Langzeitversorgung ist Teilhabe gegeben, wenn eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung möglich ist (Lebenshilfe o. J.). Die Zielgruppen der pflegerischen Versorgung sind in den relevanten Lebensbereichen wie Lernen, Wissensanwendung, Mobilität, Selbstversorgung u. w. m. eingebunden (AK „teilhabeorientierte Pflege o. J., S. 7). Des Weiteren sind sie in der Gesundheits- und Pflegeversorgung involviert. Eine dynamische Interaktion zwischen dem Leistungsanbieter und der Person prägt die pflegerische Versorgung (Helgeson et al. 2010). Die Personen haben eine Kontrolle über das eigene Leben und können selbstbestimmt zwischen Alternativen wählen. Entscheidend bei Teilhabe ist nicht der Grad des Angewiesenseins auf fremde Hilfe, sondern die freie Wahl und die Wünsche und Bedürfnisse der Personen (von Kardorff & Meschnig 2009, S. 89). Die zu leistende Hilfen orientieren sich demgemäß nicht nur nach den Bedarfen, sondern auch Wünschen und Bedürfnissen der Personen, der gemeinsamen Hilfe- und Pflegeplanung, der Kontrolle der Personen über die Wahl der Maßnahmen und Interventionen sowie den individuellen Ressourcen und Lebensweltbezügen (Metzler 2010). Der Grad der Teilhabe wird von individuellen Voraussetzungen wie kognitive, physische, kommunikative, soziale und sensorische Kompetenzen beeinflusst (Garms-Homolová und Theiss 2009).

13.3 Stand der Literatur

In den meisten zur Verfügung stehenden Veröffentlichungen wird der Begriff der „Teilhabe“ zunächst in seiner Bedeutung erörtert. Er ist jedoch wenig differenziert definiert und

eingegrenzt (Dieckbredder 2012). Erschwerend kommt hinzu, dass er in unterschiedlichen Politikfeldern und wissenschaftlichen Disziplinen diskutiert wird (Farin 2012, S. 29).

Aus der Literatur und den oben zitierten gesetzlichen Grundlagen sowie der UN-Behindertenrechtskonvention kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass das Normalisierungsprinzip in alle Lebensbereiche von Menschen mit Behinderungen oder pflegerischen Bedarfen Einzug halten soll. Thimm (2005) versteht unter Normalisierung, dass Mitbürger mit geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen ein Leben führen sollen und können, das dem ihrer nicht beeinträchtigten Mitbürger entspricht. Es geht um ein Leben, das so normal wie möglich ist. Dieses sei dann am ehesten erreichbar, wenn die dabei eingesetzten Mittel so normal wie möglich sind. Die Perspektive ist also nicht mehr von den Bedarfen und Bedürfnissen der Institution gelenkt, sondern von den alters- und alltagsspezifischen Lebensvollzügen der Menschen.

Der Arbeitskreis „Teilhabeorientierte Pflege“ formuliert als Ziel, dass eine „teilhabeorientierte Pflege“ eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben ermöglicht (Arbeitskreis „Teilhabeorientierte Pflege o. J.). Die Frage, was darunter zu verstehen ist, wird in den nachfolgenden Absätzen des Papiers etwas näher dargestellt. Teilhabe sei demnach kurz formuliert, „das Einbezogenensein einer Person in verschiedene Lebensbereiche (Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben)“ (Arbeitskreis „Teilhabeorientierte Pflege o. J., S. 7).

Für Menschen mit Behinderungen kann unter anderem die internationale Behindertenrechtskonvention herangezogen werden (s. o.), um Teilhabe und Mitwirkung gestalten und beurteilen zu können. Dieser stellt den ersten universellen Völkerrechtsvertrag dar, „der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er in der internationalen Menschenrechtscharta zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen“ zuschneidet (Degener 2009, S. 128). Darin enthalten sind acht Prinzipien, die wie folgt lauten:

„1. Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen,

2. Nichtdiskriminierung,

3. volle und effektive Partizipation an der und Inklusion in die Gesellschaft“

4. *Achtung vor der Differenz und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen als Teil der menschlichen Diversität und Humanität,*

5. *Gleichheit,*

6. *Barrierefreiheit,*

7. *Gleichheit zwischen Männern und Frauen und*

8. *Respekt vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität“ (Degener 2009, S.128).*

Inhaltlich können diese Punkte bspw. damit gefüllt werden, dass Barrierefreiheit impliziert, Hindernisse wie Treppen oder Kommunikation ohne Gebärden zu beseitigen. Auch gehört z. B. statt einer Fokussierung auf eine gesetzliche Vertretung eine Unterstützung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung dazu. In Bezug auf Bildung sollten auf die Behinderung angepasste Formen und Methoden der Bildung integriert sein (Degener 2009).

Fuchs (2009) folgend basiert der Begriff „Teilhabe“ auf dem Prinzip der Freiheitsrechte mit dem Ziel, pflegebedürftigen und behinderten Menschen ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dabei sei Selbstbestimmung in der Situation der Pflege- und Hilfebedürftigkeit davon abhängig, ob sie die tatsächlichen Voraussetzungen zur Freiheitsausübung haben und ob diese in der Lebenssituation verwirklicht werden können (Fuchs 2009). Selbstbestimmung und Teilhabe sind diesen Ausführungen zu Folge in einem Zusammenhang zu sehen. Fuchs (2009) führt aus, dass die ICF neun Bereiche der Teilhabe formuliert:

- *„Lernen und Wissensanwendung*
- *Allgemeine Aufgaben und Anforderungen*
- *Kommunikation*
- *Mobilität*
- *Selbstversorgung*
- *Häusliches Leben*
- *Interpersonelle Interaktion und Beziehungen*
- *Bedeutende Lebensbereiche*
- *Gemeinschafts-, soziale und staatsbürgerliches Leben“ (Fuchs 2009, S. 21).*

Vor dem Hintergrund des ICF ist Pflegebedürftigkeit und Behinderung als ein Resultat negativer Wechselwirkungen zwischen der Person mit dem Gesundheits- und Pflegeproblem und den Umweltfaktoren zu sehen. Diese wirken auf die Funktionsfähigkeit und auf die

möglichen Aktivitäten der betroffenen Personen und wie sie am Leben partizipieren, aus (Fuchs 2009).

Kardorff und Meschnig (2009) setzen sich auf unterschiedlichen Ebenen differenziert mit dem Begriff der „Teilhabe“ auseinander. Demgemäß beinhaltet „Teilhabe“ verschiedene Aspekte. Er kann zunächst als Normbegriff verstanden werden und damit auch als Teil der Grundrechte (wie bspw. Teilhabe an kulturellen Aktivitäten, an Bildung, Beruf, Arbeitsmöglichkeiten etc.). Im Weiteren ist Teilhabe auch als eine soziale Konstruktion zu erklären und steht in einem Verhältnis zu strukturellen Aspekten wie Wohnen, Versorgung, finanzielle Ressourcen, individuellen Voraussetzungen wie bspw. persönliche Haltung, salutogenetische Ressourcen, Resilienz und subjektive Situationsdeutungen und indikationsbedingte Beeinträchtigungen wie Kognition, Sinne, Motorik. Teilhabe als soziale Konstruktion ist demnach abhängig von:

- soziokulturellen, milieu-, alters- und geschlechtstypischen Normen und Standards,
- Wunsch- und Wahlrechten der Betroffenen,
- individuellem Bedarf an Unterstützung, Assistenz und Pflege,
- Sicherung der Selbstbestimmung bei der Gestaltung von Assistenz- und Pflegebeziehungen,
- von vorhandenen Wahlmöglichkeiten und infrastrukturellen Gegebenheiten,
- von Förderung und Forderung der Beteiligten (von Kardorff und Meschnig 2009).

Kossens et al. (2002) zur Folge, integriere der Begriff Teilhabe den Partizipationsbegriff der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung der WHO. Partizipation sei demnach die Teilnahme oder Teilhabe eines Individuums in einem Lebensbereich bzw. in einer Lebenssituation vor dem Hintergrund der körperlichen und geistig/seelischen Verfassung sowie der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und Kontextfaktoren (personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren). Wenn man Helgeson et al. (2010) folgt, so bedeutet Partizipation Involviertsein, Zusammenarbeit und Partnerschaft. Patientenpartizipation in der Gesundheitsversorgung meine im Allgemeinen eine dynamische Interaktion zwischen dem Anbieter und der Person und beinhalte Ermöglichung, Partnerschaft und Verständnis für die Person und emotionale Arbeit. Patientenpartizipation ist in dieser Studie nicht nur von organisatorischen und räumlichen sowie Personalbedingungen abhängig, sondern auch von Voraussetzungen der Zielgruppen. Kroepe et al. (2009) verstehen unter Teilhabe die „Chance, eigene Wünsche innerhalb einer sozialen Beziehung durchzusetzen“ (Kroepe 2009, S. 115).

Ähnlich grenzen Von Kardorff und Meschnig (2009) den Begriff ein. Er impliziere, dass er sich gegen Machtverhältnisse richte und auf einer größeren Autonomie und auf größere

selbstständige Entscheidungen beruhe. Es beinhalte die Kontrolle über das eigene Leben, auch unabhängig davon, ob bei einer Entscheidung eine Hilfestellung notwendig sei. Diesem Begriff seien Wahlentscheidungen inhärent und damit die Möglichkeit, sich für oder gegen etwas entscheiden zu können. Für die Umsetzung von Selbstbestimmungen müssten zwei Voraussetzungen vorhanden sein:

- a) die kognitive Fähigkeit zwischen Alternativen entscheiden zu können und das Erkennen von Möglichkeiten,
- b) es müssten echte Alternativen vorhanden sein (Von Kardorff und Meschnig 2009)

Demgemäß wird Partizipation als Selbstermächtigung verstanden. Zum anderen könne Partizipation sich Einfügen und Sich-Integrieren bedeuten, sich zu etwas freiwillig zugehörig zu definieren. Partizipation könne aber auch eine Strategie sein, um eigenverantwortliches Handeln zu befördern. Für die Menschen könne Teilhabe bzw. Partizipation zu einer größeren individuellen Autonomie, zu einem Zuwachs an sozialer Integration und zu mehr Effizienz und Entscheidungsrationalität führen (von Kardorff und Meschnig 2009). Sie konkretisieren:

„Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist ebenfalls prinzipiell nicht vom Grad des Angewiesenseins auf Fremdhilfe abhängig. Sie ist in den Versorgungssettings als Nutzungsmöglichkeit und Angebot zu gewährleisten. Der Grad ihrer Inanspruchnahme durch Behinderte oder Pflegebedürftige unterliegt ihrer freien Wahl und kann nicht verordnet werden. Entscheidend sind die individuellen Wünsche und Bedürfnisse“ (von Kardorff und Meschnig 2009, S. 89).

In der Literatur ist bislang noch wenig bis fast gar nichts in Bezug auf den Teilhabebegriff und Beziehung zu Pflegenden zu finden (von Kardorff und Meschnig 2009). Aus der Pflgetheorie von Dorothea Orem analysieren Garms-Homolová und Theiss (2009) mehrere Elemente der Teilhabe, auch wenn Orem diesen Begriff nicht explizit nutze. In dieser Theorie werde den Autoren zur Folge der Pflegeempfänger als „bewusstes Wesen gesehen, das selbstbestimmt handelt, auch in einer Pflegesituation. Der/die Pflegeperson reflektiert seine/ihre eigenen Pflegebedürfnisse und entscheidet selbst, ob und in welche Form von Pflege er/sie benötigt. Eine weitere Ausprägung der Teilhabe ist das aktive Eingreifen der Patienten/innen in den Pflegeprozess. Dies geschieht durch das gemeinsame Entwerfen des Pflegeplans. Patienten/innen formulieren ihre Meinungen über Selbstpflegefähigkeiten und –defizite, an denen sich der Pflegeprozess orientiert; d. h. sie bestimmen den Pflegeprozess im Wesentlichen selbst“ (Garms-Homolová und Theiss 2009, S. 145). Die Autorinnen verdeutlichen mit dieser Auslassung, dass die professionelle Pflege in unterschiedlichen

Modellen und Theorien der Pflege Teilhabe und Selbstbestimmung als Teil fachlicher Pflege verstehen, auch wenn teilweise unterschiedliche Begrifflichkeiten benutzt werden.

Garms-Homolová und Theiss (2009) versuchen sich diesem Thema zu nähern. Sie unterteilen den Begriff der Teilhabe aus dieser Perspektive in zwei Dimensionen:

- a) Teilhabe an zwischenmenschlichen Entwicklungen und
- b) produktive Aktivität (Garms-Homolová und Theiss 2009).

Die Teilhabe an zwischenmenschlichen Beziehungen schließt die Interaktion mit anderen und der Gesellschaft ein. Damit werde eine Mitverantwortung impliziert, sich für andere zu engagieren und sich für andere einzusetzen. Des Weiteren seien in diesem Begriff das selbständige Handeln und selbständige Entscheidungen integriert. Garms-Homolová und Theiss (2009) konkretisieren:

“Damit wird unterstrichen, dass ein Individuum, selbst wenn es nicht in der Lage ist, Handlungen auszuführen doch die dafür nötigen Entscheidungen selbst treffen und die Richtung vorgeben kann, wie für es stellvertretend gehandelt werden soll“ (Garms-Homolová und Theiss 2009, S. 131).

Teilhabe beinhaltet demgemäß auch Kontrolle über Handlungen oder Entscheidungen, die durchgeführt werden sollen. Im Alter könne Teilhabe bedeuten, dass die Teilnahme an Beschäftigung mit dem Leben, an sozialen Kontakten und Bindungen erhalten bleibt, jedoch sich das Niveau entsprechend angepasst an den vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen ändern könne (Garms-Homolová und Theiss 2009a). Dabei sei zu berücksichtigen, dass individuelle Voraussetzungen den Grad der Teilhabe bestimmen. Von grundlegender Bedeutung seien kognitive, physische, kommunikative, soziale und sensorische Kompetenzen.⁵ Nicht alle Zielgruppen und Individuen in den jeweiligen Einrichtungen bringen die vollen Fähigkeiten und Fertigkeiten mit. In diesem Zusammenhang sei es von hoher Relevanz, die Teilkompetenzen zu eruieren und entsprechend zu fördern (Garms-Homolová und Theiss 2009b). Es sei möglich, dass durch Aktivierung latente Potenziale gestärkt werden können, um mögliche Verluste zu kompensieren wie bspw.: Selektion (ein Anpassungsprozess an machbare Ziele), Kompensation (Ersetzen schwierig gewordener Handlungen) und Optimierung bzw. Anpassung an sich veränderte Umstände (adaptive Ich-Plastizität) (Garms-Homolová und Theiss 2009a). Als eine weitere

⁵ Garms-Homolová und Theiss (2009b) stellen in einer Tabelle sehr übersichtlich dar, welche Fähigkeiten und Kompetenzen für bestimmte Teilhabedimensionen notwendig sind. So sind bspw. für die Dimension „Entscheidungsfähigkeiten“ kognitive Kompetenzen, Wahrnehmung von Spielräumen oder Kenntnis eigener Fähigkeiten/Fertigkeiten von Relevanz. Für die Dimension „Kommunikationsmöglichkeiten/Kommunikationsfähigkeit“ bedarf es Fähigkeiten im Bereich des Sehens, Hörens, Sprachkenntnissen etc.

grundlegende Voraussetzung für Mitwirkung und Teilhabe betrachten die beiden Autorinnen ein soziales Netz, das Kontakte und Transaktionen sowie emotionale Unterstützung gewährleistet. Auch bauliche Veränderungen der Umgebung werden genannt, um den Bedürfnissen der Zielgruppen gerecht zu werden (Garms-Homolová und Theiss 2009a).

Von Kardorff und Meschnig (2009a) betonen, dass in Bezug auf eine Anwendung des Teilhabebegriffes auf Menschen mit Demenz eine Problematik erkennbar werde, vor allem, wenn die Betroffenen nicht mehr in der Lage seien, selber zu antworten. Auch die Befragung von Stellvertretern (Angehörige u. a.) gebe nicht eindeutig eine Antwort darauf, welche Bedeutung Teilhabe für Menschen mit Demenz habe (von Kardorff und Meschnig 2009a). Es sei insgesamt im Alter anzunehmen, dass für ältere Menschen eine Kongruenz zwischen der tatsächlichen und der gewünschten Teilhabe von Bedeutung sei. Das heißt, es sei von Relevanz zu wissen, welche Form und in welcher Art und Weise eine Teilhabe aus der Perspektive der Betroffenen gewünscht werde (von Kardorff und Meschnig 2009a). Die beiden Autoren betonen, dass der Begriff der Selbstbestimmung von der Teilhabe abzugrenzen sei. Selbstbestimmung beinhalte, dass die Menschen eine Kontrolle über ihr eigenes Leben hätten. Es setze voraus, dass man sich zwischen bestimmten Alternativen und Möglichkeiten entscheiden könne (von Kardorff und Meschnig 2009). Barrieren in der Teilhabe und Selbstbestimmung können auf persönlicher/individueller wie auch auf umweltlicher Ebene bestehen:

Individuelle/persönliche Ebene	Umweltliche Ebene
Art und Schwere der Behinderung	Rechtliche Beschränkungen
Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI	Organisatorische Hindernisse wie Routineabläufe in der Pflege, trägerdefinierte Hausordnungen von Heimen, Personalansprüche vor Bewohnerwünschen, beschränkte Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Wohnumgebung in den Wohnstätten, faktische Einschränkung der freien Arzt- und Therapeutenwahl, mangelnde Ausgestaltung des Partizipationsgedankens im Heimgesetz
Grad der Behinderung (GdB)	
Fehlende salutogenetische Überzeugungen	
Generationenbiographie (Mentalitäten, Gewohnheiten, Sichtweisen)	
Milieu und Lebensformen, Lebensstile, Erwartungen	Kostenträgerbedingte Einschränkungen wie fehlende Sekundärprävention oder rehabilitative Pflege
Bildungs- und Berufsbiographie	
Soziale Netzwerkeinbindung	Nichtberücksichtigung des Teilhabegedankens in der Praxis der Einrichtung und im Bewusstsein der Fachkräfte, mangelnde Einforderung von Teilhabe seitens der Betroffenen und ihrer Angehörigen als ein Hauptgrund für eingeschränkte Selbstbestimmung
Verfügbares Einkommen, Vermögen, Grad der institutionenabhängigen Lebenslage	

Tab. 16: Eingeschränkte Selbstbestimmung (eigene Darstellung) (auf der Basis der Ausführung von Von Kardorff und Meschnig 2009a, S.79f.)

Das kritische Element im Konzept Teilhabe sei, dass neben der Komponente „Berücksichtigung der subjektiven Perspektive“ auch die Komponente „Entscheidung“ berücksichtigt werden müsse. Es bestehe eine Gefahr, wenn Teilhabe auf „Mitsprache“ oder auf Wahl vorgegebener „Schein-Alternativen“ reduziert werde. Es sei zu beachten, dass die Wahrnehmung von Selbstbestimmung und Partizipation von den durchschnittlichen Erwartungen und Verpflichtungen im Lebenslauf (wie Alter, Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) und von den jeweiligen sozialen Rollen beeinflusst werden. Vor diesem Hintergrund sollten individuelle Angebotsformen offeriert werden, die sich am Normalitätsprinzip orientieren. Gleichwohl müsse der Begriff der Fürsorge nicht völlig aus Betreuungszusammenhängen verschwinden, da abhängig von der Situation auch abgewogen werden müsse, wann Fürsorge angemessen und notwendig sei. Es könne für Betroffenen wohltuend sein zu erfahren, dass es jemanden in einer Situation gebe, der für jemanden Sorge, wenn man überfordert sei. Es könne eine Überforderung bedeuten, wenn immer selbstbestimmt gehandelt werden müsse. Mit anderen Worten, in Kontexten der Betreuung und Pflege müsse von einer freiwilligen Abgabe von Verantwortung und einer Wegnahme oder Verhinderung von eigenen Entscheidungen differenziert werden (Von Kardorff und Meschnig 2009a).

Eine weitere Voraussetzung für eine selbstbestimmte Teilhabe sei, dass ggf. die Pflegebedarfe gedeckt werden. Daher seien Leistungen zur Pflege aus der Sicht des Arbeitskreises „Teilhabeorientierte Pflege“ perspektivisch als Teilhabeleistung aufzunehmen. Metzler (2010) differenziert weiter aus, dass der Begriff „Teilhabe“ noch mit dem Begriff der „Personenzentrierung in einem Zusammenhang gebracht werden sollte. Damit wird impliziert, dass durch eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedarfe unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Menschen mit Behinderung eine stärkere personenzentrierte Teilhabeleistung entwickelt werden sollte. Der behinderte Mensch mit seinen individuellen Zielen und den zur Erreichung erforderlichen Unterstützungsleistungen gerate dabei in den Fokus der Maßnahmen und Interventionen. Die zu leistende Hilfe müsse sich demgemäß an den individuellen Hilfebedarf unter Berücksichtigung der vorhandenen individuellen Ressourcen und Lebensweltbezüge orientieren (Metzler 2010).⁶ Zu berücksichtigen sei, dass ein Mensch nur dort Teilhabe in den Bereichen erfahren, in die er integriert werden wolle. Selinger et al. (2010) führen dazu aus:

„Teilhabe“ meint sowohl in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation als auch im deutschen Sozialgesetzbuch (SGB) die biografisch erstrebte, selbstbestimmte Teilhabe –

⁶ Von Kardorff und Meschnig (2009b) sehen es ähnlich und sagen, dass der Selbstbestimmungswunsch und Teilhabe die Bedarfsermittlung steuern müsse.

nicht die Teilhabe, die gegen den Willen einer Person durchgesetzt wird. Zu dieser selbstbestimmten Teilhabe ist Selbständigkeit ein Weg, aber nicht der einzige. Vielmehr stellt sie sich im Falle von Behinderung und Pflegebedürftigkeit häufiger als Rückgewinnung und Wahrung von gewünschter und individuell gefärbter Selbstbestimmung im Sinne von Entscheidungsspielräumen trotz Unterstützungsbedarfen dar“ (Selinger et al. 2010, S. 72).

Im Rahmen der Klärung von Teilhabe müsse geklärt werden, wie Unterschiede in der Wahrnehmung der Einschätzungen von Bedarfen und Zielen zwischen fachlichen und persönlichen Ergebnissen aufgeklärt werden könnten. Dafür sei im Vorfeld der Hilfeplanung ein Beratungsgespräch sinnvoll. Des Weiteren seien zwei Schritte der Bedarfsermittlung sinnvoll:

- a) eine Einschätzung bzw. ein Assessment der Teilhabebeeinträchtigungen und
- b) Entwicklung der Teilhabeplanung auf der Basis dieser Einschätzung. Dabei ist eine Ressourcenorientierung zu berücksichtigen, die die Selbsthilfemöglichkeiten unterstützen (Metzler 2010).

Es bleibt problematisch, dass es bislang an einem verbindlichen Assessment- bzw. Einschätzungsverfahren fehlt, das eine umfassend Einschätzung der individuellen Teilhabe-, Hilfe- und Pflegebedarfe ermöglicht (Arbeitskreis „Teilhabeorientierte Pflege“).

Kardorff & Meschnig (2009) geben aber auch zu bedenken, dass der Begriff „Teilhabe“ ein Modebegriff sei. Er stehe im Kontext veränderter sozialer Wirklichkeiten wie Ökonomisierung, Monetarisierung, aktivierender Staat u. ä. und beinhalte somit auch den Gedanken des „mündigen Kunden“, der selbstverantwortlich sein Leben gestalte. Dies entspreche aber nicht der Realität, sondern sei vielmehr eine Funktion. Die Umsetzung des Begriffes „Teilhabe“ stoße in vielen Einrichtungen auf Hindernisse, da vielfach Menschen mit Pflegebedürftigkeit und/oder Behinderungen „die Anforderungen, die an eine autonome und selbstbestimmte Person gestellt werden, gar nicht, über einen erheblich langen Zeitraum nicht oder nur teilweise erfüllen“ (von Kardorff und Meschnig 2009, S. 74). Ähnlich argumentieren Garms-Homolová und Theiss (2009). Sie führen aus, dass individuelle Voraussetzungen den Grad der Teilhabe bestimmen. Kognitive, physische, kommunikative, soziale und sensorische Kompetenzen bestimmten, wie und in welcher Weise Teilhabe in Anspruch und durchgeführt werden könnte. Es sei jedoch möglich, dass durch Aktivierung latente Potenziale gestärkt werden können (Garms-Homolová und Theiss 2009). Von Kardorff und Meschnig (2009) weisen insbesondere auf die Gefahr hin, dass der Begriff „Teilhabe“ auf Schein-Alternativen reduziert werden könnte. Aber das Verständnis von Teilhabe werde beeinflusst von der Wahrnehmung von Selbstbestimmung sowie von den

durchschnittlichen Erwartungen und Verpflichtungen im Lebenslauf wie Alter, Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter und von den jeweiligen sozialen Rollen (von Kardorff und Meschnig 2009).

13.4 Rechtliche Aspekte

In den gesetzlichen Grundlagen ist eine eindeutige Definition des Begriffes Teilhabe nicht zu finden. Es sind lediglich im SGB IX durch entsprechende Auflistungen von Leistungen indirekte Schlussfolgerungen daraus zu ziehen, was der Gesetzgeber unter Teilhabe versteht (Schian 2009). Nach § 1 SGB IX ist „Teilhabe“ ein zentrales Ziel der Rehabilitation (Buschmann-Steinhage und Jäckel 2012). Schütte (2009) führt aus, dass das SGB IX unter Teilhabe eine Ausrichtung an den interpersonellen und alltagspraktischen Grundbedürfnissen der Menschen und Überwindung möglicher Schwellen von Bedeutung verstehe. Konkreter formuliert könnten unter Bedürfnisse Bereiche wie Kommunikation, Mobilität, eigenständiges Wohnen, praktische Alltagsbewältigung, Bildung, kulturelles Erleben und politische Partizipation sowie Kontakte im Gemeinwesen subsumiert werden (Schütte 2009).

Die Lebenshilfe formuliert in einem Positionspapier (o. J.), dass der Begriff „Teilhabe“ seit der Einführung in das SGB IX im Jahr 2001 als Dreh- und Angelpunkt der Behindertenhilfe zu betrachten sei. Dabei seien Leistungen der Teilhabe im Vergleich zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung umfassender angelegt (§§ 61 ff. SGB XII). Gemäß § 4 SGB IX gehe es darum, die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Menschen mit Behinderungen sollen unterstützt werden, trotz ihrer Beeinträchtigungen am Leben, Arbeiten, Wohnen etc. so wie nichtbehinderte Menschen teilnehmen zu können (Lebenshilfe: o. J.). Ganzheitliche Förderung bedeute in diesem Kontext, dass für den Betroffenen ein individuelles Leistungspaket zur Verfügung gestellt werde, das die Teilnahme am Leben gestatte. Des Weiteren gehöre dazu, dass eine aktive Sozialraumgestaltung vorgenommen werde, die mögliche Barrieren abbaue und Maßnahmen der Sozialraumgestaltung im Bereich der Kommunikation, der Entwicklung sozialer Netzwerke und Nutzung sozialer Ressourcen zulasse (Lebenshilfe: o. J.).

Es sind auch gesetzliche Regelungen auf Bundeslandebene zu finden. Beispielhaft kann die gesetzliche Grundlage aus Rheinland-Pfalz angeführt werden. Im Gesetz werden zwar die Begriffe „Teilhabe“ und „Teilhabeplanung“ aufgenommen (z. B. LWTG § 1 Ziele des Gesetzes sowie Teil 3 Teilhabe und Mitwirkung mit § 8 Öffnung der Einrichtungen und

Teilhabe und § 9 Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner und andere Formen der Mitwirkung oder Verfahren zur Umsetzung der Teilhabeplanung in Rheinland-Pfalz), gleichwohl bleiben die Begriffe undefiniert. Grundlage der diesbezüglichen normativen Regelungen in Rheinland-Pfalz ist u. a. die UN-Behindertenrechtskonvention (Miles-Paul 2011). Auch die Konvention grenzt den Begriff „Teilhabe“ nicht ein, sondern begründet vor allem in der Präambel die Notwendigkeit einer Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben und der Abschaffung vorhandener Barrieren, die genau dieses verhindern (Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2008). Die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in der Gesellschaft sowie Chancengleichheit und Zugänglichkeit sind nur einige der Grundsätze des Übereinkommens. Unter „Zugänglichkeit“ wird in Artikel 9 subsumiert, dass Menschen mit Behinderungen „eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen“ ermöglicht wird. Dafür sind geeignete Maßnahmen mit dem Ziel notwendig, für Menschen mit Behinderungen „den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und –systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten“ (Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2008, S. 1428) zu gewährleisten. In Artikel 19 wird formuliert, dass eine Teilhabe dadurch möglich wird, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“ (Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2008, S. 1433). Des Weiteren sollen sie Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsmaßnahmen zu Hause und in Einrichtungen haben. Dazu zählt auch die persönliche Assistenz. Insgesamt soll die volle Teilhabe in allen Aspekten des Lebens für Menschen mit Behinderungen erreicht werden, wie bspw. Bildung, Gesundheit, Politik, Kultur u. ä. (Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2008).

13.5 Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?

Aus der Literaturlage sind keine Mindeststandards oder Mindestanforderungen konkret zu entnehmen.

13.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Insgesamt ist die Dimension „Teilhabe und Mitwirkung“ geprägt durch zahlreiche normative, soziale und ethische Anforderungen. Aussagen über konkrete erfolgreiche und wirksame Konzepte finden sich kaum in der Literatur. Farin (2012) konstatiert, dass die gezielte Förderung von Teilhabe nur dann gelingen kann, wenn „die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Gesundheitsproblem und Kontextfaktoren angemessen verstanden und bei der Planung von Interventionen einbezogen werden“ (Farin 2012, S. 29).

Für Einrichtungen und Dienste in der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe bedeuten die skizzierten theoretischen und konzeptionellen Grundlagen, dass sie Angebote schaffen sollten, die die individuellen Teilhabe- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten zulassen. Dabei sollten sich die Angebote am Normalitätsprinzip orientieren. Das heißt auch, dass die stärkere Individualisierung berücksichtigt werden sollte. Es geht also darum, dass ein Normalitätsprinzip berücksichtigt wird, das es den Bewohnern von Einrichtungen ermöglicht, sozial in die Gemeinde integriert zu werden und an Aktivitäten der Gemeinde teilzunehmen. Dafür ist eine Integration in vorhandene Strukturen sowie kleinräumigen Versorgungsansätzen von Relevanz (Künzel 2009).

Es muss kritisch reflektiert werden, dass eine Gefahr besteht, Teilhabe und Mitbestimmungsaspekte auf einzelne Aspekte wie Mitsprache oder Wahlalternativen, die von den Einrichtungen vorgegeben werden, zu reduzieren. Eine qualitativ hochwertige Teilhabe und Mitwirkung in Einrichtungen der Altenhilfe und Langzeitpflege orientiert sich auf der Basis der skizzierten Grundlagen an folgenden Punkten:

- Berücksichtigung des Normalitätsprinzips,
- Verhinderung von Scheinalternativen,
- Herstellung einer symmetrischen Beziehung zwischen den Beteiligten,
- Entwicklung eines individuellen Maßnahmenpaketes (Hilfeplan) auf der Basis der Einschätzung,
- individuelle Einschätzung (Assessment) der Teilhabebedarfe, Ziele,
- individuelles Maßnahmenpaket (Hilfeplan),
- aktive Sozialraumgestaltung mit der Möglichkeit der Betroffenen, sich nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen am Leben der Gemeinde/des Sozialraumes zu beteiligen,
- Erfüllung alltagspraktischer Bedürfnisse nach individuellen Vorstellungen wie Kommunikation, Mobilität, Wohnen, Bildung, kulturelles Erleben, Kontakte,
- Gewährung von Kontrolle über eigene Entscheidungen,

- Möglichkeiten der Teilnahme an Aktivitäten und Maßnahmen gemäß individueller Vorstellungen und Ressourcen und
- Abbau von Barrieren (bauliche Barrieren, Barrieren im Bereich des Wohnens, der Vorstellungen von Fachkräften etc.).

Mögliche Kriterien auf der Strukturebene:

- Feststellung, ob Barrieren im Bereich des Wohnens, der Kommunikation abgebaut werden,
- Feststellung, ob individuelle Pflege-/Hilfepläne erstellt werden.

Mögliche Kriterien auf der Prozessebene

- Feststellung, ob angemessene Assessments/Einschätzungen unter Einbezug der Klienten durchgeführt werden

Mögliche Kriterien auf der Ergebnisebene:

- Feststellung, ob Klienten in die Pflege-/Hilfeplanung einbezogen werden,
- Feststellung, ob Klienten eine individuelle Wahlfreiheit haben,
- Feststellung, ob Klienten aktiv ihren eigenen Sozialraum gestalten können.

13.7 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen „Teilhabe“ steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Merkmal „Selbstbestimmung“. Jedoch finden sich auch Bezüge zu „Gesundheitsförderung/Prävention“, „Pflegeplanung“, „Grundpflege“ und „Behandlungspflege“.

13.8 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Teilhabe

Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege (o. J.).

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistigen Behinderungen e. V. (2010): Teilhabe und Pflege. Überlegungen zum Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung. Marburg.

Buschmann-Steinhage, B., Jäckel, W. (2012): Teilhabe und Teilhabeforschung. In: Rehabilitation 51, S 1-2.

- Degener, T. (2009): Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: Blumenthal, W., Schliehe, F. (Hrsg.): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation 100 Jahre in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR): Heidelberg. S. 127-131.
- Dieckbreder, F. (2012): Teilhabe – Dimension einer Idee. Inklusion als Handlungsfeld helfende Berufe. In: Pych Pflege 18.268-274.
- Farin, E. (2012): Diskussionspapier Teilhabeforschung. In: Rehabilitation 51:S28-S33.
- Fuchs, H. (2009): Zur Reichweite der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für Selbstbestimmung und Teilhabe. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, S.19-34.
- Garms-Homolová, V., Theiss, K. (2009a): Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf – Therapeutische Konzepte und Voraussetzungen der Realisierung. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, S.105-188.
- Garms-Homolová, V., Theiss, K. (2009b): Teilhabe und Selbstbestimmung in den Pflegeeinrichtungen – realisiierbare Maßnahmen. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, S. 215-252.
- Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008. S. 1419-1457.
- Helgeson, A. K. et al. (2010): „Patient participation“ in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. In: International Journal of Older People Nursing 5:169-170.
- Kossens, M. et al. (2002): Praxiskommentar zum Behindertenrecht (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Verlag C.H. Beck: München 2002.
- Künzel, A. (2009): Normalität und Stadtteilbezug als Voraussetzungen für eine menschenwürdige Pflege. In: Fix, E., Kurzke-Maasmeier, S. (Hrsg.): Das Menschenrecht

- auf gute Pflege – Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen. Lambertus: Freiburg im Breisgau. S. 71-77.
- Metzler, H. (2010): Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe – Status quo, Probleme, Entwicklungsbedarfe. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3:14-22.
- Miles-Paul, O. (2011): Auf dem Weg zur Umsetzung der UN-Konvention. In: Zeitschrift für Inklusion Nr. 2. (<http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/view/108/109>, letzter Zugriff am 28.10.2011).
- Neumann, V. (Hrsg.) (2004): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.
- Randers, I., Mattiasson, A.-C. (2004): Autonomy and integrity: upholding older patients`dignity. In: Journal of Advanced Nursing 45:1:63-71.
- Schian, H.-M. (2009). ICF – Nationale, europäische und internationale Auswirkungen auf Politik und Recht. In: Blumenthal, W., Schliehe, F. (Hrsg.): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation 100 Jahre in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR): Heidelberg. S. 133-140.
- Schütte, W. (2009): Gesetzliche Regelungen: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. In: Blumenthal, W., Schliehe, F. (Hrsg.): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation 100 Jahre in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR): Heidelberg. S. 165-169.
- Selinger, Y. et al. (2010): Das Verhältnis von selbstbestimmter Teilhabe und Pflege: Konzepte in anderen europäischen Ländern. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3:72-88.
- Thimm, W. (2005): Normalisierung in der Bundesrepublik – Versuch einer Bestandsaufnahme (1992) In: Thimm, W. (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzeptes. Lebenshilfe-Verlag Marburg, S. 209-236.
- Von Kardorff, E., Meschnig, A. (2009): Selbstbestimmung, Teilhabe und selbständige Lebensführung: konzeptionelle Überlegungen. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, S. 61-91.
- Von Kardorff, E., Meschnig, A. (2009a): Pflege und Behinderung – Gemeinsamkeiten und Vergleichsperspektiven. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): Teilhabe und

Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, S.61-91.

Von Kardorff, E., Meschnig, A. (2009b): Perspektiven und Kriterien für eine Kultur der Selbstbestimmung in der Pflege. In: Garms-Homolová, V. et al. (Hrsg.): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, S. 293-301.

14 Erläuterungen zum Kennzeichen „Grundpflege“

14.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Grundpflege“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

14.2 Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung

Unter Grundpflege versteht man sozialrechtlich in Abgrenzung von der medizinisch indizierten, d. h. ärztlich angeordneten und begleiteten Behandlungspflege (Injektionen, Wundpflege, Verbandswechsel, Verabreichung und Überwachung der Medikamenteneinnahme, etc.) die notwendigen Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens im Sinne von §§ 14 Abs. 4 Nrn. 1-3 und 15, also pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art bei der Ernährung, Körperpflege und Mobilität“ (Krahmer 2014, S. 96 in Klie et al. 2014). Kramer führt weiter aus, dass zur Grundpflege auch die Aktivierung, Anleitung zur eigenständigen Verrichtung sowie die nötige Beaufsichtigung gehört. Betroffene sollen grundlegend bei den Lebensaktivitäten unterstützt, wenn notwendig, sollen Verrichtungen sogar ersetzt werden (Krahmer 2014, S. 96-97).

14.3 Stand der Literatur

Die Unterscheidung in Grund- und Behandlungspflege wird von der Pflegewissenschaft kritisiert und als nicht sachdienlich betrachtet (vgl. Wingefeld 2000, S. 339ff. in Enquête-Kommission 2005, S. 467). Bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung sind die Begriffspaar Grund- und Behandlungspflege aufgetaucht. Müller (1998) zeigt auf, dass einst Juchli im Jahr 1971 dieses Begriffspaar nutzte. Nach Juchli (1973) wird Grundpflege als eigenständiger Bereich aufgefasst, „den die Pflegeperson aufgrund ihres Berufs- und Verantwortungsbewusstseins selbständig ausführt. Sie ist dabei nicht auf die Verordnung oder Anweisung eines Arztes angewiesen“ (Juchli 1973, S. 12, in Müller 1998, S. 2). Zur Grundpflege zählt sie, neben den körperbezogenen Pflegetätigkeiten auch Prophylaxen, einfache Mobilisation (ohne allerdings zwischen einfacher und anspruchsvoller Mobilisation zu unterscheiden), Beobachtung des Kranken und Hilfeleistungen im seelischen Bereich (Müller 1998, S. 2).

Nach Müller (1998) beschreibt Juchli die Behandlungspflege als „Tätigkeiten, die die Schwester zwar selbständig oder in Zusammenarbeit mit dem Arzt oder Spezialisten durchführt, aber immer auf seine Verordnung hin. Hierzu zählt sie diagnostische und therapeutische Maßnahmen, „(...) die ganz der Schwester überlassen sind (Injektionen,

Infusionen, Verbandwechsel) oder bei deren Vorbereitung, Ausführung und Nachbehandlung sie selbständig oder unterstützend mithilft (Punktionen, Biopsien, Teilnahme an der Arztvisite) (Juchli 1973, S. 13 in Müller 1998, S. 2).

14.4 Rechtliche Aspekte

Obwohl der Gesetzgeber den Begriff der Grundpflege selber nicht definiert, wird der Begriff an verschiedenen Stellen im SGB XI verwendet und meint damit die Leistungen nach § 14 Abs. 4 Nrn. 1-3. Hauswirtschaft nach § 14 Abs. 4 Nrn. 4 zählt ausdrücklich nicht dazu. Somit gehören zur Grundpflege nach § 14 (Begriff der Pflegebedürftigkeit) folgende gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Hintergrund der sozialrechtlichen Kategorien ist die Refinanzierung pflegerischer Leistungen durch unterschiedliche Kostenträger (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger, etc.). „Nicht allein die damit einhergehende Fragmentierung, sondern auch die Tatsache, dass ambulante Pflegeleistungen damit vorrangig durch sozialrechtliche statt durch pflegewissenschaftliche bzw. fachliche Kriterien determiniert sind, wird seit langem kritisiert“ (z. B. bei Beikirch und Korporal 2003) (Enquête-Kommission 2005, S. 137). Kosten der Grundpflege sind nach den Maßgaben des SGB XI und BSHG von der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe sowie gegebenenfalls auch anderen Sozialleistungsträgern zu leisten. Für den Bereich der Behandlungspflege sind die gesetzlichen Krankenversicherungen zuständig. Als Ausnahme ist hier der stationäre Langzeitpflege zu sehen, da hier die Behandlungspflege mit den Pauschalleistungen der Pflegeversicherung abgegolten sind (Enquête-Kommission 2005, S. 467).

14.5 Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?

Für die Grundpflege konnten keine Standards oder Qualitätsanforderungen recherchiert werden. Die Grundpflege ist sowohl sozialrechtlich als auch wissenschaftlich bis heute nicht ausreichend abgegrenzt. Allein sozialrechtlich gesehen beinhaltet der Begriff verschiedene eigenständige Tätigkeitsgruppen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität), welche wiederum in weitere Tätigkeiten differenziert werden. Es ist zu vermuten, dass bei einer wissenschaftlichen Darstellung des Merkmals die Tätigkeitsgruppen umfangreicher wären.

Aufgrund der geringen Eingrenzung und Definition des Begriffes „Grundpflege“ sowie der implizit enthaltenen, aber nicht eindeutig eingegrenzten Tätigkeiten erscheint dieser Begriff als Qualitätskennzeichen für die Pflege nicht geeignet. Die Literaturrecherche zeigt eindrucksvoll, wie wenig Grundpflege im Kontext von Qualität in der Pflege diskutiert und untersucht wird.

Der Begriff wird wie bereits dargestellt an mehreren Stellen des SGB XI angeführt. Er ist jedoch aus leistungsrechtlichen Gründen eingeführt worden, nicht aber, um professionelles pflegerisches Handeln zu definieren. Er ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht seit mehreren Jahren kritisch definiert worden.

Für eine angemessene und sinnvolle Prüfung der Qualität der Grundpflege müsste jede einzelne Tätigkeit, die der Grundpflege zugeordnet wird, definiert und entsprechend geprüft werden. Mit anderen Worten, der Begriff „Grundpflege“ enthält viele mögliche Tätigkeiten, die sowohl von professionellen Fachkräften wie von Laien (z. B. Angehörigen) durchgeführt werden können. Für jede der möglichen enthaltenen Tätigkeiten wäre erforderlich, Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Durchführung anzulegen (z. B. für das Duschen, für das Waschen, für das An- und Ausziehen usw.).

14.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Derzeit liegen keine zentralen Aspekte vor, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind.

14.7 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Aus der Literaturanalyse lassen sich keine miteinander in Beziehung stehenden Aspekte ableiten.

14.8 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Grundpflege

- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp.
- Klie, T.; Kraher, U.; Plantholz, M. (Hg.) (2014): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung: Nomos. Online verfügbar unter <http://www.lob.de/cgi-bin/work/suche2?titnr=268662516&flag=citavi>.
- Kraher, U. (2014): § 4 Art und Umfang der Leistungen. In: Thomas Klie, Utz Kraher und Markus Plantholz (Hg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung: Nomos, S. 93–99.
- Müller, E. (1998): Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft 3 (2), S. 1–6. Online verfügbar unter <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0298mueller.pdf>.
- Beikirch, E., Korporal, J. (2003): Ambulante Pflege: sozialrechtliche, strukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen und Entwicklung. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D., (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München. S. 591-607.

15 Erläuterungen zum Kennzeichen „Körperbezogene Interventionen“

15.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Körperbezogene Interventionen“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

15.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Zum Merkmal „Körperbezogene Interventionen“ lässt sich in der pflegerelevanten Literatur bis auf den Begriff selbst, welcher sehr selten vorkommt, keine näheren Beschreibungen bzw. Definitionen finden. Der Begriff wurde von der Enquête-Kommission (2005) verwendet, wird aber nicht weiter ausgeführt. Die Enquête-Kommission (2005) verweist im Zusammenhang mit körperbezogenen Maßnahmen auf die Studie von Wingenfeld und Schnabel (2002). Aber in dieser Publikation wird der Begriff nicht verwendet bzw. definiert, wie auch nicht in der Veröffentlichung von Büscher und Horn (2010).

Pflegerisch können körperbezogene Interventionen bzw. Maßnahmen oder Handlungen im weiteren Sinne der Grundpflege zugeordnet werden (z. B. Juchli 1973, S. 13 in Müller 1998, S. 2). Pflegelehrbücher lassen Rückschlüsse auf Körperhygiene, Körperpflege, Körperwaschung (basale Stimulation) zu (Juchli 1991; Menche 2007). Somit wäre der Begriff „Körperbezogene Interventionen“ zumindest ein Element des Kennzeichens „Grundpflege“.

Der Fundus der Literaturrecherche zeigt auf, dass körperbezogene, körperzentrierte Maßnahmen, Interventionen im Rahmen der Gesundheitsversorgung in anderen Bereichen gebräuchlicher sind und einen engen Bezug zu einer speziellen Form der Psychotherapie haben. Hier gibt es verschiedene Ansätze, die verfolgt werden:

- Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog (Künzler 2010, 2006; Maurer-Groeli et al. 2005),
- Körperorientierte Psychotherapie (Mueller-Braunschweig 2010),
- Die Slow Stroke Massage als ein körpertherapeutischer Ansatz bei Depression (Müller-Oerlinghausen et al. 2007),
- Körperorientierte Gestalttherapie: Heilende Aufmerksamkeit im Dialog (Remmel und Heini 2006).

15.3 Stand der Literatur

Die „körperbezogenen Interventionen“ erscheinen als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung für die Pflege als nicht geeignet. Er wird zwar in Veröffentlichungen zum Thema Pflege verwendet, jedoch nicht definiert oder eingegrenzt oder eindeutig pflegerischen Berufsgruppen und deren Verantwortlichkeiten zugeordnet. Die gefundenen Veröffentlichungen weisen eher daraufhin, dass der Begriff „körperbezogenen Interventionen“ auf die Disziplin der Psychotherapie zurückzuführen ist. Es bleibt darüber hinaus ungeklärt, ob der Begriff „körperbezogene Interventionen“ bspw. der „Grundpflege“ bzw. „Maßnahmen der Grundpflege“ zugeordnet werden kann. Um „körperbezogene Interventionen“ als ein Kennzeichen für die Qualität in der Pflege prüfen zu können, müsste jede einzelne Tätigkeit, die mit einer körperbezogenen Intervention gleichzusetzen ist, definiert und dann geprüft werden.

15.4 Rechtliche Aspekte

Es konnten keine rechtlichen Aspekte recherchiert werden.

15.5 Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?

Für die körperbezogenen Interventionen konnten keine Standards oder Qualitätsanforderungen recherchiert werden. Die körperbezogenen Interventionen lassen sich wie die Grundpflege somit nicht ausreichend abgrenzen und können als einen Teilbereich der Grundpflege angesehen werden, was wiederum ein breites Spektrum an Handlungsmöglichkeiten, Interventionsmöglichkeiten eröffnet. Wie umfangreich das Spektrum werden kann, zeigen verschiedene Publikationen aus der Psychotherapie.

15.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Aus der Literaturlage konnten keine zentralen Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind, abgeleitet werden.

15.7 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Grundpflege

Büscher, A.; Horn, A. (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. P10-145. Bielefeld (Veröffentlichungsreihe des

- Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)). Online verfügbar unter www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-145.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2014.
- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp.
- Juchli, L. (1991): Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker ; 140 Tabellen. 6., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart u.a.: Thieme.
- Künzler, A. (2006): Ressourcen und koerperzentrierte Psychotherapie. Resources and body-centered psychotherapy. In: Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 11 (2), S. 165–170. Online verfügbar unter <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyn&AN=0194126>.
- Künzler, A. (Hg.) (2010): Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <https://getinfo.de/app/details?id=TIBKAT:618467521>.
- Maurer-Groeli, Y.; Hausmann, D.; Massenbach, K. von (2005): Massnahmen zur Ueberpruefung der Wirksamkeit der Koerperzentrierten Psychotherapie IKP (ganzheitlich-integrativ erweiterten Gestalttherapie). Evaluation of the effectiveness of IKP body-centered psychotherapy (holistic integrative Gestalt therapy). In: Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie 156 (5), S. 257–265.
- Menche, N. (2007): Pflege heute, kleine Ausgabe. Mit www.pflegeheute.de - Zugang: Urban & Fischer Verlag bei Elsevier.
- Mueller-Braunschweig, H. (2010): Koerper, Kopf und Kommunikation: koerperorientierte und allgemeine Psychotherapie. Body, mind, and communication: Body-oriented and general psychotherapy. In: Niklas Stiller (Hg.): Körperorientierte Psychotherapie. Methoden Anwendungen Grundlagen: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyn&AN=0225767>.
- Müller, E. (1998): Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft 3 (2), S. 1–6. Online verfügbar unter <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0298mueller.pdf>.
- Müller-Oerlinghausen, B.; Berg, C.; Droll, W. (2007): Die Slow Stroke Massage als ein

körpertherapeutischer Ansatz bei Depression. In: Psychiatrische Praxis 34 Suppl 3, S. S305. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17786889>.

Rommel, A.; Heini, H. (2006): Körperorientierte Gestalttherapie: Heilende Aufmerksamkeit im Dialog. In: PiD - Psychotherapie im Dialog 7 (02), S. 203–208. DOI: 10.1055/s-2006-932631.

Müller, E. (1998): Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: Pflege & Gesellschaft 3 (2), S. 1–6. Online verfügbar unter <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0298mueller.pdf>.

16 Erläuterungen zum Kennzeichen „Beziehungsgestaltung“

16.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Beziehungsgestaltung“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

16.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Beziehungsgestaltung wird als Kern pflegerischer Aufgaben verstanden. Er wird als Interaktion zwischen Pflegenden und Klienten und deren sozialem Umfeld beschrieben, die auf Kommunikation und Kontakt zwischen zwei und mehr beteiligten Partnern basiert und den Klienten fokussiert (Rask und Brunt 2007, S. 169ff). Sie wird initiiert, um den Prozess der Gesundheits- und/oder Pflegeversorgung zu gestalten und den Gesundheits- bzw. Pflegezustand zu verändern, zu erhalten oder zu unterstützen. Sie basiert auf den Dimensionen „Wertschätzen, Unterstützungen, Einbeziehen, Information, Qualifikation“ (Rask und Brunt 2007, S. 169ff.). Für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung sind strukturelle Rahmenbedingungen wie Qualifikation, Arbeitsumgebung oder Zeit erforderlich. In der pflegerischen Beziehungsgestaltung geht es dabei nicht nur darum, dass Pflegende eine Beziehung zum Klienten aufbauen, sondern diesen dabei unterstützen, menschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen (Enquete-Kommission 2005, S. 25). Diese Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen ist von großer Bedeutung, da damit menschliche, soziale, emotionale und intellektuelle Bedürfnisse erfüllt werden (Enquete-Kommission 2005, S. 25).

16.3 Stand der Literatur

Die Beziehung bzw. Beziehungsgestaltung von Pflegenden zu den relevanten Zielgruppen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung wird in der recherchierten Literatur als Teil pflegerischer Aufgabe bzw. Kern der Pflege stark hervorgehoben (Bartholomeyczik 2001 in Enquete-Kommission 2005; Herold 2001; Eichhorn 2008; Pohlmann 2006).

So formuliert die WHO im Jahr 1993:

„Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext

ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt (...) Pflegende gewährleisten, dass der einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen zusammen“ (WHO 1993, S. 15).

Die Mitglieder der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ formulieren, dass Pflege „eine Beziehung zwischen Menschen“ (Enquete-Kommission 2005, S. 4) ist. Die Robert Bosch Stiftung ergänzt, dass diese eine Aufnahme einer Beziehung erfordert, „in der sich körperliche, seelische, soziale und sinnstiftende Aspekte verbinden“ (Robert-Bosch-Stiftung 2000 in Enquete-Kommission 2005, S. 22). Diese Beziehung wird dabei von Nähe und Distanz bestimmt, die jeweils ausgehandelt werden muss. Sie wird beeinflusst von beiden Seiten in der Pflegebeziehung (Entzian 1999). Als ein besonderes Kennzeichen wird die Asymmetrie und Ungleichheit im Kräfteverhältnis formuliert, da die Pflegebedürftigen auf beruflich Pflegenden und deren berufliche Kompetenz angewiesen sind (Kluender et al. 2007).

Herold (2001) arbeiten heraus, dass die Beziehung zu den „hilfebedürftigen Menschen“ nicht nur die Basis der Pflege ist, sondern geprägt wird von Partnerschaft, Respekt und einer offenen Kommunikation. Die beiden Autoren thematisieren dabei die Machtposition der Pflege, die entsprechend reflektiert wird:

„Sie kennen ihre Position im sozialen Beziehungsgefüge der Pflegebedürftigen - besonders auch bei Langzeitpflege - und reflektieren diese hinsichtlich ihrer beruflichen Aufgaben. Mit dem gegebenen Macht-Ohnmacht-Gefälle bei starker Pflegeabhängigkeit auf der einen und beruflicher Kompetenz und Macht auf der anderen Seite gehen sie verantwortlich um.

Sie sind bereit, präventiv Hilfe von außen in Form von Supervision, Konfliktberatung, Seelsorge u. a. in Anspruch zu nehmen, besonders aber bei emotionaler Überlastung und belastenden Konflikten mit Pflege empfangenden Personen oder deren Angehörigen“ (Herold 2001, S. 62).

In der pflegerischen Beziehungsgestaltung geht es dabei nicht nur darum, dass Pflegende eine Beziehung zum Klienten aufbauen, sondern diesen dabei unterstützen, menschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen (Enquete-Kommission 2005, S. 25). Diese Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen ist von großer

Bedeutung, da damit menschliche, soziale, emotionale und intellektuelle Bedürfnisse erfüllt werden (Enquete-Kommission 2005, S. 25).

Pflegende Angehörige bzw. das nähere soziale Umfeld werden in der Literatur als weitere wesentliche Zielebenen in der Beziehungsgestaltung betrachtet. Schaeffer (2004) arbeitet heraus, dass bspw. in der häuslichen Situation eine Kooperation zwischen formellen und informellen Hilfen die Qualität häuslicher Versorgung verbessern kann. Es erscheint wahrscheinlicher, dass häusliche Versorgungsarrangements bei einer qualitativ hochwertigen Beziehung zwischen professionellen Helfern und Laienhelfern stabiler aufrechterhalten werden können (Schaeffer 2004 in Enquete-Kommission 2005, S. 147).

Die Beziehungsgestaltung wird der Literatur zur Folge von der Qualifikation der in der Pflege tätigen Berufsgruppen beeinflusst. Demnach scheint es Pflegefachkräften besser zu gelingen, Nähe und Distanz auszubalancieren und die Selbstbestimmung der Zielgruppen zu berücksichtigen (Kluender et al. 2007, S. 750 ff.). Gering qualifizierte Pflegende neigen Kluender et al. (2007) zur Folge eher dazu, sehr enge oder sehr distanzierte Pflegebeziehungen aufzubauen und überversorgend zu agieren (Kluender et al. 2007, S. 750ff.). Auch Pohlmann (2006, S. 156ff.) betont die Qualifikation der Pflegefachkräfte, die eine professionelle Beziehungsgestaltung erfordert.

Weitere relevante Grundlagen der Beziehungsgestaltung sind Vertrauen (Hulsker 2001, S. 39-45), Kommunikation (Gilburt et al. 2008, S. 92), Autonomie (Hulsker 2001, S. 39-45), Reflexion der Pflegefachkräfte (Schmidtbauer 2002; Köhl und David 2010; Chen et al. 2010 S. 1155-1161), Wahrnehmung (Köhl und David 2010, S. 5-11), Soziale Kompetenz (Bakry und Mamerow 2010, S. 173) sowie Qualifikation.

Für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung sind neben der Qualifikation weitere Rahmenbedingungen genannt wie Zeit (Köhl und David 2010, S. 5-11) und ein angemessenes Arbeitsumfeld (Chen et al. 2010, S. 1155-1161).

16.4 Rechtliche Aspekte

Es konnten keine rechtlichen Aspekte in den relevanten gesetzlichen Grundlagen recherchiert werden.

16.5 Gibt es Mindeststandards/Anforderungen

Aus der Literatur sind keine Mindeststandards bzw. Anforderungen zum Kennzeichen „Beziehungsgestaltung“ zu finden.

16.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Hulsker (2001) beschreibt ein Anforderungsprofil für ein Messinstrument, das Aussagen zur Qualität der pflegerischen Beziehung machen soll. Dieses ist theoriebasiert und umfasst vier Hauptdimensionen: Wertschätzen, Unterstützungen, Einbeziehen und Information. Dieses Anforderungsprofil eignet sich dazu, für eine Qualitätsmessung herangezogen zu werden (Hulsker (2001, S. 39-45)⁷:

Wertschätzen

1. Die Pflegeperson respektiert die Individualität des Menschen (Halldórsdóttir und Hamrin 1997; Forman 1993; Cahill 1996; Walker et al. 1998).
2. Die Pflegeperson respektiert die Wertvorstellungen des Patienten (Halldórsdóttir und Hamrin 1997; Jewell 1993; Davies et al. 1997).
3. Die Pflegeperson lässt dem Patienten die Freiheit, wählen zu können (Biley 1992; Rodwell 1996).
4. Die Pflegeperson respektiert die Privatsphäre des Patienten (Jewell 1993; Davies et al. 1997).
5. Die Pflegeperson geht freundlich mit dem Patienten um (Fossbinder 1993; Fareed 1996; Motyka et al. 1997).
6. Die Pflegeperson nimmt die Probleme aus der Sicht des Patienten wahr (Formann, 1993; Gaylord & Grace, 1995).
7. Die Pflegeperson hält eine respektvolle Distanz zum Patienten ein (Jewel, 1993; Halldórsdóttir und Hamrin 1997; Davie et al. 1997).

Unterstützen

⁷ Hulsker (2001) hat zu dieser Thematik eine Literaturrecherche durchgeführt und diese Konzepte für ein qualitativ hochwertiges Qualitätsprofil formuliert. Nachfolgende Quellen in Klammern hat er zugrundegelegt und sind wegen einer vollständigen Darstellung aufgeführt. Diese Quellen können alle aus Hulsker (2001) entnommen werden.

8. Die Pflegeperson unterstützt den Patienten so, dass er selber individuelle Entscheidungen treffen kann (Gaylord und Grace 1995; Davies et al. 1997).
9. Die Pflegeperson unterstützt den Patienten so, dass er Kontrolle über sich und die Situation ausüben kann (Biley 1992; Teasdale 1995; Rodwell 1996; Davies et al. 1997).
10. Die Pflegeperson unterstützt die Fähigkeiten des Patienten (Rodwell 1996).
11. Die Pflegeperson stellt Ressourcen zur Verfügung (Rodwell 1996).
12. Die Pflegeperson unterstützt die Beziehung zwischen Patient und Bezugspersonen (Keeling et al. 1996).
13. Die Pflegeperson geht auf die Bedürfnisse des Patienten ein (Halldórsdóttir und Hamrin 1997; Forman 1993).
14. Die Pflegeperson ermuntert den Patienten, seine Bedenken und Gefühle auszusprechen (Hinds und Moyer 1997).
15. Die Pflegeperson ermuntert den Patienten, Entscheidungen über seine täglichen Aktivitäten zu treffen (Biley 1992; Jewell 1993; Hinds und Moyer 1997).
16. Die Pflegeperson bearbeitet durch den Pflegeprozess die Probleme des Patienten (Jewell 1993; Cahill 1996).
17. Die Pflegeperson unterstützt den Patienten, die eigenen Möglichkeiten zu mobilisieren (Rodwell 1996).
18. Die Pflegeperson organisiert zusätzliche Unterstützung (Keeling et al. 1996).

Einbeziehen

19. Die Pflegeperson orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen des Patienten (Formann 1993; Davies et al. 1997).
20. Die Pflegeperson lässt den Patienten aktiv an Entscheidungen in der Pflege teilnehmen (Biley 1992; Gaylord und Grace 1995; Davies et al. 1997; Hinds und Moyer 1997).
21. Die Pflegeperson führt einen fortwährenden Austausch mit dem Patienten (Jewell 1993).
22. Die Pflegeperson ist an häufigen Kontakten mit dem Patienten und seinen Angehörigen interessiert (Jewell 1993).

23. Die Pflegeperson klärt ab, inwiefern der Patient in den Pflegeprozess einbezogen werden möchte (Davies et al. 1997; Walker et al. 1998).

Informieren

24. Die Pflegeperson ermöglicht Zugang zu angepassten und verständlichen Informationen (Cahill 1996; Davies et al. 1997; Walker et al. 1998).

25. Die Pflegeperson vermittelt Sicherheit durch entsprechende Informationen (Fareed 1996).

26. Die Pflegeperson erklärt dem Patienten, was zu erwarten ist und wann was geschehen wird (Walker et al. 1998).

Fachkompetenz

27. Die Pflegeperson weiss, was getan werden muss (Fossbinder 1993; Cahill 1996; Halldórsdóttir und Harmin 1997).

Aus dieser Auflistung können folgende Beispiele für Kriterien auf der Strukturebene formuliert werden:

- Feststellung, ob die Pflege- und Betreuungskräfte genügend Ressourcen bekommen, um eine angemessene Beziehungsgestaltung zu führen,
- Feststellung, ob den Pflegekräften die Möglichkeit der (ggf. professionell geführten) Selbstreflexion gegeben wird,
- Feststellung, ob Pflegekräfte regelmäßig Fort- und Weiterbildungen erhalten.

Aus dieser Auflistung können folgende Beispiele für Kriterien auf der Prozessebene formuliert werden:

- Feststellung, ob Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten ermittelt werden,
- Feststellung, ob der Umgang mit Klienten respektvoll/freundlich ist,
- Feststellung, ob Pflegekräfte den Klienten über Maßnahmen, Interventionen aufklären und informieren.

Aus dieser Auflistung können folgende Beispiele für Kriterien auf der Ergebnisebene formuliert werden:

- Feststellung, ob Klienten berichten, dass sie in ihrer Individualität respektiert werden,
- Feststellung, ob Klienten berichten, dass sie frei wählen können,
- Feststellung, ob Klienten berichten, dass sie in ihren Fähigkeiten und Ressourcen unterstützt werden,

- Feststellung, ob Klienten berichten, dass sie aktiv an Entscheidungen teilnehmen können,
- Feststellung, ob Klienten berichten, dass sie in den Pflegeprozess einbezogen werden.

16.7 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen „Beziehungsgestaltung“ steht in einem engen Zusammenhang mit dem Kennzeichen „Kommunikation“, „Teilhabe“ und „Selbstbestimmung“.

16.8 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Beziehungsgestaltung

Bakry, S., Mamerow, R. (2010): Planung einer Anleitungssituation in der Praxis. In: Pflegezeitschrift 63:3:173 ff..

Bartholomeyczik, S. (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege. In: Pflege Aktuell, Heft 5, S. 284 – 287.

Biley, F. C.: Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. Journal of Advanced Nurs- ing 17, 1992, 313–321.

Brunen, H. M.; Herold, E. E. (Hg.) (2001): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege: Schlütersche (1). Klie, Thomas (2013): Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 10., überarb. Aufl. Hannover: Vincentz Network (Lehrbuch Altenpflege).

Cahill, J.: Patient participation: a concept analysis. Journal of Ad- vanced Nursing 23, 1996, 561–571.

Chen, W.-C. et al. (2010): The relationship of health-related quality of life to workplace physical violence against nurses by psychiatric patients. In: Qual Life Res 19 (8), S. 1155–1161. DOI: 10.1007/s11136-010-9679-4.

Davies, S.; Laker, S.; Ellis, L.: Promoting autonomy and indepen- dence for older people within nursing practice: a literature re- view. Journal of Advanced Nursing 26, 1997, 308–317.

Eichhorn, I. (2008): Fragmente zwischenmenschlicher Beziehungen – Versuch eines Zugangs zur Theorie von Hildegard Peplau. In: Psych Pflege 145:274-276.

Enzian, H. (1999): Die Pflege alter Menschen und die professionelle Pflege: Pflegewissenschaft und Lebenswertorientierung. In: Knie, T; Schmidt, R. (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Bern.

Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags

- Falk Rafael, A. R.: Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concepts? *Advances in Nursing science* 18 (2), 1995, 25–32.
- Fareed, A.: The experience of reassurance: patients perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 23, 1996, 272–279.
- Forman, L.: Medication: reasons and interventions for noncompliance. *Journal of Psychosocial Nursing* 31 (10), 1993, 22–25.
- Fossbinder, D.: Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing* 20, 1993, 1085–1093.
- Gaylord, N.; Grace, P.: Nursing Advocacy: an ethic of practice. *Nursing Ethics* 2 (1), 1995, 11–18.
- Gilbert, H. et al. (2008): The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. In: *BMC Health Serv Res* 8, S. 92. DOI: 10.1186/1472-6963-8-92.
- Halldórsdóttir, S.; Hamrin, E.: Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing* 20 (2), 1997, 120–128.
- Herold, E. E. (2001): Theoretische und methodische Grundlagen für die ambulante Pflege. In: Helgard Brunen und Eva Elisabeth Herold (Hg.): *Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege.* 2., überarb. u. erg. Aufl.: Schlütersche, S. 58–207.
- Hinds, C.; Moyer, A.: Support as experienced by patients with cancer during radiotherapy treatments. *Journal of Advanced Nursing* 26, 1997, 371–379.
- Hulsker, H. (2001): Die Qualität der pflegerischen Beziehung: Ein Anforderungsprofil. In: *Pflege* 14:39-45.
- Jewell, S. E.: Patient participation: what does it mean to nurses? *Journal of Advanced Nursing* 19, 1993, 333–338.
- Keeling, D. I.; Price, P. E.; Jones, E.; Harding, K. G.: Social Support: some pragmatic implications for health care professionals. *Journal of Advanced Nursing* 23, 1996, 76–81.
- Kluender, M. et al. (2007): Pflegebeziehung gestalten kann jeder? In: *Pflegepädagogik, PrinterNet* 12/07, S. 750-757.
- Köhl, M., David, E., (2010): Bewusstseinszustand der Pflegekraft während einer empathischen Wahrnehmungsleistung. In: *Pflegewissenschaft* 01:5-11.

- Motyka, M.; Motyka, H.; Wsolek, R.: Elements of psychological support in nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 26, 1997, 909–912.
- Nightingale, F.: *Notes on Nursing*. Harrison, London, 1876. Rodwell, C. M.: An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 23, 1996, 305–313.
- Pohlmann, M. (2006a): Die Pflegende-Patienten-Beziehung Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. In: *Pflege*
- Rask, M.; Brunt, D. (2007): Verbal and social interactions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: A model and its philosophical and theoretical foundation. In: *Nursing Inquiry* 14 (2), S. 169–176. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2007.00364.x..
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (2000): *Pflegen und Pflege heute: Beruf – Professionalisierung – Dienstleistung in der Pflege neu denken*. Stuttgart.
- Schaeffer, D. (2004): *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern.
- Schmidbauer, W. (2002): *Helfersyndrom und Burnoutgefahr*. Elsevier, Urban & Fischer: München, Jena.
- Snowball, J.: Asking nurses about advocating for patients. «reactive» and «proactive» accounts. *Journal of Advanced Nursing* 22, 1996, 67–75.
- Teasdale, K.: Theoretical and practical considerations on the use of reassurance in the nursing management of anxious patients. *Journal of Advanced Nursing* 22, 1995, 79–86.
- Walker, J.; Brooksby, A.; McInerney, J.; Taylor, A.: Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust. *Journal of Nursing Management* 6, 1998, 193–200.
- WHO (1993): *Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all*. WHO Regional Office to Europe, 48:1:123

17 Erläuterungen zum Kennzeichen „Kooperation“

17.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Kooperation“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

17.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Im Kontext pflegerischer Versorgung wird die Kooperation und Koordination pflegerischer Berufsgruppen mit anderen Gesundheitsberufen als eine wesentliche Aufgabe pflegerischer Berufe formuliert (WHO 1993; Enquetekommission NRW 2005). Die WHO (1993) betrachtet es als gesellschaftlichen Auftrag der Pflege, mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, die an der Erbringung gesundheitlicher und anderer Dienstleistungen beteiligt sind, zusammen zu arbeiten (WHO 1993).

Unter Koordination und Kooperation wird im Zusammenhang mit Langzeitpflege vor allem eine Kooperation und Koordination zwischen pflegerischen Berufsgruppen sowie Ärzten und weiteren Gesundheitsprofessionen verstanden.

17.3 Stand der Literatur

In der Literatur wird v. a. die Kooperation und Koordination zwischen den Berufsgruppen und Settings betont. Die Mitglieder der Enquete-Kommission Situation und Zukunft der Pflege in NRW (2005) formulieren diesbezüglich:

„Betont wird außerdem die Kooperation mit den anderen Gesundheitsberufen, die ein generelles Erfordernis darstellt, in anderen Ländern jedoch häufig auch pflegerische Aufgaben im Rahmen der Versorgungskoordination und -integration umfasst. Hiermit angesprochen sind u. a. Aufgaben im Bereich des so genannten Schnittstellenmanagements (zum Beispiel Pflegeüberleitung im Krankenhaus) und pflegerisches Case-Management, um Brüche in der Versorgung zu vermeiden und insbesondere chronisch Kranke, die mit der Selbststeuerung ihrer Versorgungsverläufe überfordert sind, adäquat zu unterstützen“ (Enquête-Kommission 2005, S. 29).

Die Studie von van den Busche et al. (2013) zeigt, dass Hausärzte die Kooperation zwischen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege positiver einschätzen als befragte Pflegekräfte.

Die Autoren der Studie konstatieren, dass eine Voraussetzung für eine „interprofessionelle Kooperation“ auf Augenhöhe die Aufnahme des Themas in die medizinische und pflegerische Ausbildung sowie eine Abflachung der Hierarchien zwischen den beiden Professionen ist (van den Busche et al. 2013). In eine ähnliche Richtung gehen die Forderung von Luetzenkirchen (2005). Interdisziplinarität muss demnach bereits in der Ausbildung vermittelt und als allgemeine Schlüsselkompetenzen erworben werden.

Als förderliche Faktoren für eine gelingende interprofessionelle Kommunikation werden von Müller et al. (2014) folgende identifiziert: Koordination der Behandlung, ein partizipativ ausgerichtetes Management, das bspw. Mitarbeitergespräche, Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiter und interdisziplinäre Fortbildungen realisiert. Als Barrieren werden neben inadäquaten organisatorischen Rahmenbedingungen (Zeitdruck, hohe Arbeitsbelastung, unzureichende Bezahlung) eine unzureichende Teamkultur und Kommunikationsbarrieren (unzureichende multilaterale Kommunikation, Schwierigkeiten im Umgang mit den „neuen“ Kommunikationsmedien) aufgezählt (Müller et al. 2014). Dahlgaard (2010) ergänzt die Liste erforderlicher Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation um ein integriertes und abgestimmtes Organisationskonzept, das eine Patientenorientierung und einen Prozessorganisationsansatz zugrunde legt. Von Fachverbänden werden für eine gelungene Kooperation zwischen den Einrichtungen der Langzeitpflege und behandelnden Ärzten bspw. feste Visitenzeiten, Anwesenheit eines Arztes in den Einrichtungen an jedem Wochentag, gemeinsame Regelungen für Wochenenden und Rufbereitschaften, angemessene apparative Ausstattung in den Einrichtungen, finanzierte begleitete Facharztbesuche und Honorierung der zeitlichen Aufwände für die Ärzte aufgezählt (Hibbeler 2010).

Für die ambulante Pflege werden folgende Punkte für eine wirksame Kooperation zwischen den Berufsgruppen genannt:

- „1. Pflegeplan und Behandlungsplan sind aufeinander abzustimmen;*
- 2. Der Verlauf der ärztlichen Behandlung ist von den Pflegepersonen zu beobachten;*
- 3. Die Diagnose ist von ihnen in die Lebenswirklichkeit des Pflegebedürftigen zu übersetzen;*
- 4. Die Compliance (Bereitschaft zur Mitarbeit an der Therapie) ist durch die Pflegepersonen zu unterstützen“ (Brunen und Herold 2001, S. 62).*

Als Voraussetzung für eine entsprechende Kooperation führen die Brunen und Herold (2001) eine partnerschaftliche die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Ärzten an.

Studien über erfolgreiche und wirksame Konzepte berufsgruppen- und settingübergreifender Kooperation und Koordination der Leistungen in der Langzeitpflege konnten in der Literatur nicht identifiziert werden. Ein auffälliger Befund in der Literaturlage ist, dass die Verantwortung für eine verantwortliche Koordination und Kooperation zwischen den Berufsgruppen und den Settings nicht geregelt ist. Vielfach bleiben die Forderungen nach einer gelungenen Kooperation und Koordination im Bereich der Absichtsklärungen (Brunen und Herold 2001).

Des Weiteren kann festgehalten werden, dass jegliche Form der Kooperation und Koordination Rahmenbedingungen wie Zeit und angemessene Kommunikation erfordert. Die Literaturlage weist daraufhin, dass entsprechende Organisationskonzepte erforderlich sind, um eine Kooperation und Koordination zwischen den Berufsgruppen und Settings im Sinne der Klienten zu ermöglichen (Brunen und Herold 2001).

17.4 Rechtliche Aspekte

In den Berufegesetzen finden sich Aspekte der Koordination und Kooperation pflegerischer Berufsgruppen mit anderen Gesundheitsprofessionen. Im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (16. Juli 2013) wird in § 3 Ausbildungsziel unter Punkt 3 formuliert, dass die Ausbildung zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen befähigen soll. Des Weiteren sollen die Auszubildenden dazu qualifiziert werden, inter- und berufsgruppenübergreifende Lösungen bei Gesundheitsproblemen zu entwickeln. Eine ähnliche Formulierung findet sich im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege.

Es heißt in § 3: „Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und diejenigen Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen“ (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege 16. Juli 2013)

In den Maßstäben für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011 findet sich unter Punkt 3.6 ein weiterer Hinweis zum Punkt Koordination. Demgemäß wird eine Sicherstellung der Leistungserbringung durch eine Koordination der beteiligten Bereiche erwartet (bspw. durch Dienstbesprechungen).

17.5 Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?

In der Literatur werden hinsichtlich der Kooperation und Koordination pflegerischer Berufsgruppen keine Mindeststandards/Mindestanforderungen formuliert.

17.6 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Vorläufige Darstellungen der Beziehungen unter den Merkmalen, eine abschließende Darstellung erfolgt im Abschlussbericht, dargestellt in einer Matrix.

Das Kennzeichen „Kooperation und Koordination“ steht in einer Beziehung zum Kennzeichen „Medizinische Behandlungspflege“ sowie „Dokumentation“ und „Pflegeplanung“.

17.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Auf der Literaturanalyse basierend sind folgende Aspekte für die Qualitätsmessung von Bedeutung:

- Feststellung, ob ausreichend Zeit für eine interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen verantwortlichen Pflegenden und behandelnden Ärzten sowie weiteren Gesundheitsprofessionen zur Verfügung gestellt wird,
- Feststellung, ob Pflegeplan und Behandlungsplan aufeinander abgestimmt sind,
- Feststellung, ob die ärztliche Behandlung von Pflegefachkräften beobachtet und wichtige Informationen weiter gegeben werden,
- Feststellung, ob zwischen Einrichtung und behandelnden Ärzten eine verlässliche Zusammenarbeit vereinbart und organisiert ist,
- Feststellung, ob verantwortliche Personen für die Kooperation und Koordination zwischen Einrichtung und behandelnden Ärzten festgelegt sind.

17.8 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Kooperation

Brunen, H.; Herold, E. E. (Hg.) (2001): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege. 2., überarb. u. erg. Aufl.: Schlütersche.

Dahlgaard, K. (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden - Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für

Pflegende. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104 (1).

Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp.

Hibbeler, B. (2010): Positionspapier: Ärzte und Pflegeheime werden stärker kooperieren. In: Deutsches Ärzteblatt: Ausgabe A, Praxis-Ausgabe : niedergelassene Ärzte 107 (1/2).

Hibbeler, B. (2011): Ärzte und Pflegekräfte: Über einen chronischen Konflikt in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Krankenhaus. In: Deutsches Ärzteblatt: Ausgabe A, Praxis-Ausgabe : niedergelassene Ärzte 108 (41).

Luetzenkirchen, A. (2005): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen - eine aktuelle Bestandsaufnahme. Interdisciplinary cooperation and networking in health care delivery - An analysis of the current situation. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung 36 (3), S. 311–324.

Müller, C.; Zimmermann, L.; Körner, M. (2014): Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken _ Eine Befragung von Führungskräften. In: Rehabilitation Die, S. T. DOI: 10.1055/s-0034-1375639.

van den Busche, H.; Jahncke-Latteck, Ä.-D.; Ernst, A.; Tetzlaff, B.; Wiese, B.; Schramm, U. (2013): Zufriedene Hausärzte und kritische Pfleger - Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. In: Gesundheitswesen Das 75 (05), S. 328–333. DOI: 10.1055/s-0032-1321754.

WHO (1993): Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all. WHO Regional Office to Europe, 48:1:123

18 Erläuterungen zum Kennzeichen „Pflegerische Versorgung“

18.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Pflegerische Versorgung“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

18.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Planung der Pflege ist ein Ziel der individuenorientierten und kontinuierlichen pflegerischen Versorgung (Kontos et al. 2009). Sie ist des Weiteren ein Mittel der Kommunikation zwischen den professionell Pflegenden, anderen Gesundheitsprofessionen, den Empfängern/innen pflegerischer Leistungen und weiteren Beteiligten (Familie, soziales Umfeld u. w. m.). Die Planung pflegerischer Versorgung beruht auf einer systematischen Einschätzung der Bedürfnisse und Ressourcen sowie Fähigkeiten und ist vor diesem Hintergrund ein wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozesses. Nach dem sechsschrittigen Pflegeprozess wird differenziert in Planung der Pflegeziele und Planung der Pflegemaßnahmen (Brunen und Heroldt, 2001, S. 165ff.; Henke und Horstmann 2009; Henke 2014). Vor diesem Hintergrund wird Pflegeplanung wie folgt eingegrenzt:

„Die Pflegeplanung nach dem Pflegeprozessmodell ermöglicht ein zielorientiertes, systematisches, strukturiertes und logisches Handeln. Sie drückt das professionelle pflegerische Handeln aus und grenzt sich von der Laienpflege ab. Dabei verfolgt sie das Ziel, allen am Prozess Beteiligten die relevanten, individuellen Informationen über den Pflegebedürftigen zugänglich zu machen, sodass sich theoretisch auch eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegekraft ein zutreffendes Bild über die Situation des zu Pflegenden machen und danach pflegen kann, ohne dass ein Schaden für den betroffenen Patienten besteht“ (Henke und Horstmann 2009, S. 330).

Kurz zusammengefasst stellt eine Pflegeplanung ein verschriftlichtes Programm für einen individuellen Patienten dar, der u. a. den diagnostischen Prozess und den Entscheidungsfindungsprozess für bestimmte Interventionen und Maßnahmen darstellt (Elf et al. 2007).

18.3 Stand der Literatur

Die Planung der pflegerischen Versorgung wird als eine der Aufgaben pflegerischer Berufsgruppen betrachtet. Die WHO führt aus:

„Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben“ (WHO 1993).

In der Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates (2004) wird diesbezüglich festgehalten, dass die Ermittlung des Pflegebedarfs und die Durchführung der Maßnahmen des Pflegeplanes in der Verantwortung professionell Pflegenden liegen:

„Eigenverantwortliche Aufgaben professionell Pflegenden sind: Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege“ (Deutscher Pflegerat 2004, S.4f.).

Die Mitglieder der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005) setzen sich an mehreren Stellen mit der Planung der Pflege auseinander. Es wird festgehalten, dass Pflege auf einer eigenständigen Diagnostik sowie der Einschätzung der im Einzelfall vorliegenden Beeinträchtigungen und Ressourcen beruht. Auf dieser Diagnostik aufbauend wird die Pflege geplant, durchgeführt und evaluiert. Als Grundlage der Pflegeplanung wird der Pflegeprozess genannt (Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005).

Eine Anforderung an eine personen- und individuenorientierte Planung der Pflege ist die Einbeziehung des Pflegeempfängers/der Pflegeempfängerin sowie des näheren sozialen Umfeldes (Familie, Freunde, soziale Bezugsgruppe) (WHO 1993; Enquetekommission Situation und Zukunft der Pflege in NRW; Coulter et al. 2013). Die biografischen, individuellen Hintergründe sowie sozialen und medizinischen Bedürfnisse werden als eine Grundlage für die Planung der Pflegeleistungen betrachtet (WeDo 2012). Die Leistungen der Pflege sollen so geplant und erbracht werden, dass

„(...) sie die Leistungsempfänger in die Lage versetzen, ihre persönlichen Bedürfnisse zu definieren und Kontrolle über die erhaltene Hilfe und Pflege zu bewahren“ (WeDO 2012, S. 23).

Ergänzend wird in der Rahmenberufsordnung des Deutschen Pflegerates (2004) ausgeführt, dass professionell Pflegenden verpflichtet sind, den Leistungsempfängern/innen und deren

gesetzlichen Vertretern/innen bzw. den benannten und von der Schweigepflicht befreiten Bezugspersonen alle Auskünfte über die geplanten pflegerischen Maßnahmen zu erteilen.

Die Pflegeplanung ist ein Mittel der Kommunikation zwischen allen an der Pflege Beteiligten (Kontos et al. 2009).

Für den Pflegempfänger bzw. der Pflegeempfängerin gewährleistet eine Pflegeplanung, dass „dieser von allen Mitarbeitern in gleicher Art und Weise individuell an ihm orientiert und qualitativ hochwertig versorgt wird“ (Henke und Horstmann 2009; Elf et al. 2007, S. 53). Mit der Pflegeplanung erhält jede weitere Gesundheitsprofession essentielle Informationen über die Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Wahrscheinlichkeit ist höher, dass die Pflegebedürftigen auf der Grundlage des Pflegeplanes eine pflegerische Versorgung mit möglichst geringer Variation erhalten (Elf et al. 2007).

Der Literatur zur Folge erfolgt eine umfassende Pflegeplanung zwei bis drei Wochen nach Aufnahme in die Einrichtung. Vorher ist allenfalls eine Kurzplanung möglich. Eine zu frühe Pflegeplanung birgt die Gefahr, dass zum einen der erforderliche Beziehungsprozess nicht aufgebaut werden kann und zum anderen wesentliche Bedürfnisse, Bedarfe oder Probleme nicht erkannt werden (Henke und Horstmann 2009).

18.4 Rechtliche Aspekte

Die Pflegeplanung wird in beiden Berufegesetzen für pflegerische Berufsgruppen als ein Ziel der Ausbildung hervorgehoben. In § 3 KrPflG wird als Ausbildungsziel die „Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege“ und im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) wird in § 3 als Ausbildungsziel „die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege“ formuliert. Vor diesem Hintergrund ist die Planung der pflegerischen Versorgung als eine der Hauptaufgaben professioneller pflegerischer Berufsgruppen zu betrachten.

18.5 Gibt es Mindeststandards / Mindestanforderungen?

Aus der Literatur sind keine direkten Mindeststandards oder Mindestanforderungen genannt. Die Pflegeplanung erfolgt auf einer systematischen Einschätzung von Bedarfen und Bedürfnissen und ist Bestandteil des Pflegeprozesses.

18.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Aus der Literatur können folgende zentrale Kriterien für eine professionelle Pflegeplanung formuliert werden:

- Feststellung, ob ein systematisches Assessment durchgeführt wird,
- Feststellung, ob Klienten (und wenn möglich, deren soziales Umfeld) in die Einschätzung und Planung integriert wird,
- Feststellung, ob Bedarfe, Bedürfnisse, Ressourcen/Fähigkeiten des Klienten systematisch eingeschätzt werden,
- Feststellung, ob die Pflegeplanung für andere nachvollziehbar und systematisch durchgeführt und formuliert wird,
- Feststellung, ob Ziele und Maßnahmen der pflegerischen Versorgung auf dem systematischen Assessment aufbauen,
- Feststellung, ob die Klienten (und wenn möglich, deren soziales Umfeld) über die Pflegeplanung informiert wird,
- Feststellung, ob die Pflegeplanung als Kommunikationsmedium zwischen den an der Pflege beteiligten Professionen und weiteren an der Versorgung Beteiligten eingesetzt wird,
- Feststellung, ob die Pflegeplanung alle wichtigen Informationen (medizinische, pflegerische, soziale, individuelle u. w. m.) enthält, die für die pflegerische Versorgung relevant sind.

18.7 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Vorläufige Darstellungen der Beziehungen unter den Merkmalen, eine abschließende Darstellung erfolgt im Abschlussbericht, dargestellt in einer Matrix.

Die Pflegeplanung gehört zugleich in die Merkmalsbereiche „Pflegeprozess“ und „Dokumentation“ und wird beeinflusst von den Merkmalen „Selbstständige Lebensführung“ und „Selbstbestimmung“.

18.8 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Pflegeplanung

Brunen, H. M.; Herold, E. E. (Hg.) (2001): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und

- kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege: Schlütersche (1). Klie, Thomas (2013): Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. 10., überarb. Aufl. Hannover: Vincentz Network (Lehrbuch Altenpflege).
- Coulter, A. et al. (2013): Personalised care planning for older adults with chronic or long-term health conditions. In: Cochrane Database of Systematic Reviews (5). Online verfügbar unter: [10.1002/14651858.CD0105523](https://doi.org/10.1002/14651858.CD0105523)
- Deutscher Pflegerat e. V. (2004): Rahmen - Berufsordnung für professionell Pflegende. Vom 18.05.2004 – Erstellt vom Deutschen Pflegerat e.V., Berlin
- Elf M.; Poutilova M.; Ohrn K. (2007): A dynamic conceptual model of care planning. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21 (4). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00493.x>.
- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp.
- Henke, F. (2014): Hilfen individuell einsetzen. Formulierungshilfen zur Pflegeplanung. In: *Pflegezeitschrift* 67 (4), S. 198–201.
- Henke, F. (2009): Die „schlanke Pflegeplanung“. In: *Die Schwester Der Pfleger* 48 (4).
- Henke, F.; Horstmann, C. (2009): Mehr Pflege - weniger Bürokratie. Zentrale Pflegedokumentation (ZPD) stärkt die „Seelenpflege“. In: *Pflegezeitschrift*, Heft 6, S. 330 - 332
- Kontos P. C.; Miller K. L.; Mitchell G. J. (2010): Neglecting the importance of the decision making and care regimes of personal support workers: a critique of standardization of care planning through the RAI/MDS. In: *The Gerontologist*. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp165>.
- WeDO (2012): Europäischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege. Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Hg. v. AGE Platform Europe. Online verfügbar unter http://projekte.bagso.de/fileadmin/user_upload/redaktion/WeDO/Downloads/24171_WeDo_brochure_A4_48p_DE_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2014.
- WHO (1993): Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all. WHO Regional Office to Europe, 48:1:123

19 Erläuterungen zum Kennzeichen „Unterstützung von Angehörigen“

19.1 Rechercheleitende Frage

Wie lässt sich die „Unterstützung von Angehörigen/Bezugspersonen“ als Kennzeichen der pflegerischen Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?

19.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Im Kontext gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung werden unter Angehörigen in aller Regel die Personen subsumiert, die von den Pflegebedürftigen als solche bezeichnet werden. Diese können Verwandte, aber auch Freunde, Nachbarn und andere Personen sein, die eine besondere Nähe zur pflegebedürftigen Person haben (George und George 2003; Gräßel und Adabbo 2011). Pflegende Angehörige sind somit nicht auf die Kernfamilie begrenzt, sondern können Mitglieder aus der erweiterten Familie einschließen (Wright und Leahey 2013; Mahrer-Imhof et al. 2014, S. 231).

Umfassender werden Familien als Gruppen von Menschen verstanden, die sich selbst als Familie definieren, die aus mehreren Individuen mit starker emotionaler Bindung oder mit starkem Zugehörigkeitsgefühl zueinander bestehen und bei denen ein Engagement im Alltagsleben des anderen vorhanden ist (Wright und Leahey 2013; Mahrer-Imhof et al. 2014).

Angehörige nehmen wichtige Funktionen in der pflegerischen Versorgung ein:

- In vielen Fällen treffen Angehörige die Heimauswahl für die Bewohner (Sehlbach 2000),
- Angehörige fühlen sich auch nach Einzug des Bewohners ins Heim für ihn verantwortlich,
- Angehörige haben eine wichtige Rolle in der Versorgung der Bewohner, wenn sie z.B. bei der direkten pflegerischen Versorgung mithelfen (Kuhlmann 2003),
- Angehörige sind ein wichtiges Bindeglied zwischen dem Bewohner und den Pflegenden (Kuhlmann 2003),
- Angehörige sind auch Pflegeempfänger, wenn man von einer familienorientierten, ganzheitlichen Pflege ausgeht, in der nicht nur der Patient, sondern die gesamte Familie im Mittelpunkt steht (Kuhlmann 2003).

Die Angehörigenintegration wird mit folgender Definition umfassend beschrieben

"Unter evidenzbasierter Angehörigenintegration wird eine zielgeleitet vorgetragene Partizipation der Betroffenen verstanden, die sich maßgeblich durch objektiv reproduzierbare Behandlungserfordernisse² des Patienten (a), Kompetenzen des Angehörigen (b) und Ressourcen des Behandlungsumfeldes (c) begründet" (George und Abt-Zegelin 2005, S. 32).

Dazu gehören Maßnahmen der zielgruppenorientierten Anleitung, Beratung und Schulung. Diese basieren auf einer systematischen Einschätzung der Ressourcen, Potenziale und Belastungen. Sie fokussieren die Problemlösefähigkeiten, Anwendung erlernter Verhaltensweisen, Unterstützung der pflegerischen Kompetenzen und Selbstpflege.

19.3 Rechtliche Aspekte

Im SGB XI sind diverse Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige enthalten:

- § 7a SGB XI Beratung
- § 45 SGB XI Pflegekurse
- § 37 Abs. 3 SGB XI Beratungsbesuche
- § 39 SGB XI Häusliche Pflege bei Verhinderung Pflegeperson
- § 41 Tages- und Nachtpflege
- § 42 SGB XI Kurzzeitpflege
- Pflegezeitgesetz
- § 92 SGB XI Pflegestützpunkte

(Jünemann und Gräßel 2004, S. 226; Kossens, 2008; Emme v. d. Ahe et al. 2010, S. 18; Hochgraeber et al. 2014, S. 7–8; Isfort et al. 2011, S. 133; Kofahl et al. 2009, S. 250; Keitel 2010, S. 368; Schilder und Florian 2012, S. 250; Kunze et al. 2012, S. 112).

Nach § 3 Ausbildungsziel Abs. 2 Punkt 1 c Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege soll die Ausbildung dazu befähigen, dass die zu Pflegenden und ihre Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit unterstützt, angeleitet und beraten werden. Im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege wird die Unterstützung von pflegenden Angehörigen in § 3 Ziel der Ausbildung in den Punkten 8 (Beratung und Betreuung) und 10 (Anregung und Beratung von Familien und Nachbarschaftsbeziehungen und Beratung pflegender Angehöriger) explizit genannt.

Die Unterstützung von pflegenden Angehörigen gehört damit zur ausdrücklichen Verantwortung professionell Pflegender.

19.4 Gibt es Mindeststandards/Mindestanforderungen?

Aus der Literatur sind keine Mindestanforderungen bzw. Mindeststandards zu entnehmen.

19.5 Stand der Literatur

In der internationalen Literatur wird für Angehörige der umfassendere Begriff der primären Pflegeperson (primary caregiver) benutzt. Sie wird identifiziert als die Person, die die primären Verantwortlichkeiten bezüglich der Pflege einer Person akzeptiert, die mehr als sechs Monate die Pflege durchführt und häufig in Wohnräumnähe der pflegebedürftigen Person lebt (Rodriguez-Sanchez et al. 2013, S. 398; Schreiner et al. 2006, S. 107–108; Teri et al. 2005, S. 803).

Die Unterstützung und Integration pflegender Angehöriger wird als eine relevante Aufgabe professioneller Pflege verstanden (WHO 1993, Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005). Diese umfasst auch die Unterstützung der Pflegekompetenzen pflegender Angehöriger z. B. durch Beratung, Anleitung, Schulungen, um sie u. a. zur Durchführung pflegerischer Aufgaben zu befähigen (Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005; Brunen und Herold 2001). Beratungsangebote werden auch als ein wichtiger Schritt verstanden, um die Beziehung zu Angehörigen zu verbessern (Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005; Brunen und Herold 2001).

Verschiedene Studien konnten positive Effekte von Beratungs- und Schulungsprogrammen für Angehörige Demenzkranker nachweisen wie insbesondere eine deutlich verzögerte Heimunterbringung (Mittelman et al. 1996; Brodaty et al. 1997; Kurz 2005). Die Verweildauer in der Häuslichkeit ist bis zu doppelt so hoch wie in den jeweiligen Kontrollgruppen. In einer Übersichtsarbeit von Brodaty et al. (2003), die 30 Studien einschloss, wurden als weitere Effekte geringerer psychischer Stress und bessere Gesundheitskompetenz bei den betreuenden Angehörigen sowie Verbesserungen in der Stimmung der betroffenen Demenzkranken festgestellt, jedoch keine Abnahme der Pflegebelastung als solche (Kofahl et al. 2009). Für eine Überprüfung der Effektivität von Entlastungsprogrammen wird die Einschätzung der Belastungen und Ressourcen der Angehörigen sowie der Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote empfohlen (Josat et al. 2006).

Kofahl et al. (2009) weisen daraufhin, dass bereits die Inanspruchnahme professioneller Pflege die Angehörigen unterstützen kann. Sie zeigen in ihrer Studie, dass zwar die professionelle Pflege keine Garantie für eine niedrigere Belastung der Pflegepersonen gegenüber denjenigen ist, die nicht auf professionelle Hilfe zurückgreifen. In ihrer Studie ist

das Verhältnis von den 266 Angehörigen, die professionelle häusliche Pflege in Anspruch nehmen, zwischen den Hoch- zu Niedrigbelasteten 70:30, bei den anderen beträgt es 50:50 ($\chi^2 = 32,9$; $p = 0,000$). Sie ziehen jedoch die Schlussfolgerung, dass aus diesen Ergebnisse nicht gegen die Qualität professioneller Hilfen sprechen, sondern dafür, dass „professionelle Dienste erst dann in Anspruch genommen werden, wenn der Unterstützungsbedarf ein Ausmaß erreicht hat, das mit den eigenen Ressourcen der betreffenden Betreuungsperson und ihres familialen Netzwerkes allein nicht mehr bewältigt werden kann. Ohne die professionelle Hilfe wäre die Belastung vermutlich noch höher und vor diesem Hintergrund eine Heimeinweisung wahrscheinlicher“ (Kofahl et al. 2009, S. 248). Die Studienlage zeigt, dass Schulungsprogramme, die nur auf Wissensvermittlung beruhen, keine Effekte hinsichtlich Befindlichkeit oder Häufigkeit von Heimaufnahmen zeigen. Angebote hingegen, die stärker auf Problemlösefähigkeiten, auf Anwendung erlernter Verhaltensweisen im täglichen Leben, auf individuenorientierte Maßnahmen, auf Verhaltensübungen und Erhöhung pflegerischer Kompetenz fokussieren sowie in einer höheren Frequenz mit einer längeren Gesamtdauer angeboten werden, zeigen eine höhere Wirksamkeit hinsichtlich Gesundheit und subjektive Belastung pflegender Angehöriger (Kurz und Wilz 2011).

Eine Meta-Analyse fasst die Erkenntnis zusammen, dass die größten Effekte auf das psychische Befinden in den Studien nachgewiesen werden konnte, in denen Gruppeninterventionen durchgeführt wurden. Es gab keine ausreichenden Belege für die Effektivität bei Studien mit technischen oder einzeltherapeutischen Interventionen (Poll und Gauggel 2009). Eine weitere Erkenntnis ist, dass verhaltenstherapeutische Interventionen schon nach sechs Therapieeinheiten zu einer deutlichen Verbesserung der Stimmung bei den Pflegenden führen. Auch individuelle und gruppenbasierte Interventionen (z. B. Vermittlung von Stressmanagement-Techniken, Problemlöse-Training, kognitive Umstrukturierung) zur Verbesserung der Bewältigungs-Strategien, haben sich als sehr wirkungsvoll und nachhaltig erwiesen (Poll und Gauggel 2009). Als effektiv werden jene Angebote eingeschätzt, die sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene des Familiensystems ansetzen (Mantovan et al. 2010). Eine umfassende Unterstützung pflegender Angehöriger kann auch durch eine systematische Erfassung der Ressourcen und Potenziale erreicht werden, um Stressoren zu reduzieren. In der Literatur werden mehrere Assessmentinstrumente beschrieben wie z. B. das Zarit Burden Interview, das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung, die häusliche Pflege-Skala u. w. m., die zu diesem Zweck eingesetzt werden können (Budnick et al. 2012; Burholt 2010; del-Pino-Casado et al. 2011). Die nach SGB XI vorgesehenen Entlastungsangebote dienen dazu, die pflegebedingten Belastungen zu verringern, verhindern oder aufzuheben (Kurz 2010; Schilder und Florian 2012; Lukas et al. 2012). Sie haben somit das Potenzial, Angehörige zu unterstützen.

Es bleibt jedoch die Erkenntnis festzuhalten, dass die Einschätzung eines spezifischen Betreuungsangebots durch die Zielgruppe pflegende Angehörige bislang nicht erforscht worden (Schilder und Florian 2012).

Zusammenfassend wirken sich Unterstützungsangebote wie folgt aus:

- Verbesserung Gesundheit und der Selbstpflege der Angehörigen, indem sie deren Allgemeinzustand verbessern, zu einer höheren Lebensqualität und einem subjektiv höheren Wohlbefinden führen können;
- Psychische Entlastung durch Initiierung sozialer Kontakte;
- Verminderte Mortalitätsrate und eine verbesserte Selbstpflegekompetenz der Angehörigen;
- Positive Beeinflussung der Angehörigenpflege, wie etwa in Form eines optimierten Kommunikationsverhaltens, der Abnahme intrapersonaler Rollenbelastungen und der Steigerung der Motivation zur Angehörigenpflege;
- Längerer Verbleib des Menschen mit Demenz in seiner häuslichen Umgebung.

Schneekloth und Wahl (2008, S. 292 ff) haben nachfolgend Elemente einer guten Angehörigenarbeit formuliert

„(1) Regelmäßige Information

Grundlage einer guten Zusammenarbeit mit Angehörigen ist eine regelmäßige und umfassende Information über die Angelegenheiten der Einrichtung, die Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Befindlichkeit des angehörigen Bewohners. Soweit es um Fragen der Einrichtung geht, kann diese Information teilweise formell erfolgen (z. B. über Hauszeitung oder Infobrief), im Wesentlichen wird sie aber, insbesondere wenn es um individuelle Belange geht, in Einzelgesprächen erfolgen. Ein wechselseitiges Verständnis unterschiedlicher Perspektiven ist in entscheidender Weise auf eine gute Informationsbasis angewiesen.

(2) Offene Kommunikation

Konflikte müssen offen angesprochen werden, auch wenn dies manchmal unangenehm ist. Gespräche über Konflikte können einen höheren Zeitbedarf haben als reine Informationsgespräche, dies ist bei der Zeitplanung zu berücksichtigen. Sie dürfen aber nicht deswegen verschoben werden, weil sie zeitlich unpassend erscheinen. Des Weiteren sollten interessierte Angehörige für eine Mitarbeit im Qualitäts- und

Beschwerdemanagement der Einrichtung gewonnen werden (z. B. in Form von Qualitätszirkeln).

(3) Feste Ansprechpartner

Feste Ansprechpartner sind für die Angehörigen wichtig, in den meisten Einrichtungen gibt es sie bereits. Dadurch wird garantiert, dass Anliegen oder Konflikte auch in ihrer Bearbeitung mitverfolgt und gegebenenfalls nochmals zur Sprache gebracht werden.

(4) Kontinuierliche Begleitung

Die Mitwirkung von Angehörigen funktioniert dort am besten, wo diese nicht allein gelassen, sondern kontinuierlich begleitet werden. Dies wird durch eine konzeptionelle Verankerung der Angehörigenarbeit erleichtert. Darüber hinaus ist es vor allem in der Sterbephase für Angehörige hilfreich, von entsprechend geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begleitet und emotional gestützt zu werden.

(5) Regelmäßige Gesprächskreise

Eine feste Angehörigengruppe bietet ihren Teilnehmenden die Möglichkeit, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen, sich gegenseitig hilfreiche ebenso wie bedrückende Erfahrungen zu berichten und daraus entlastet und gestärkt hervorzugehen. Dabei dürfen regelmäßige Gruppentreffen nicht als Zwang empfunden werden, sondern als ein Angebot, das je nach eigener Befindlichkeit genutzt werden kann oder auch nicht.

(6) Fortbildungen

Angehörige benötigen weniger eine Anleitung zur pflegerischen Hilfe, da viele von ihnen ja bereits vor dem Heimeinzug ihres Verwandten pflegerisch tätig waren. Aber spezifische Fortbildungen zum Umgang mit Rollenkonflikten und Schuldgefühlen sind für sie ebenso hilfreich wie zur Vorbereitung des letzten Lebensabschnitts ihres Verwandten, der durch zunehmenden Hilfebedarf und meist auch fortschreitende Demenz gekennzeichnet ist.

(7) Einbeziehung in das Alltagsleben

Durch eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen in das Alltagsleben im Heim soll ein besseres Verständnis für die Pflegesituation, für das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Rahmenbedingungen der Einrichtung erzielt werden. Mitwirkung und Kommunikation (einschließlich der Bearbeitung von Konflikten) sollen dadurch selbstverständlicher werden.

(8) Mitwirkung im Heimbeirat

Eine spezielle Form der Mitwirkung ist die im Heimbeirat, die ein kontinuierliches Engagement über die Betreuung des Verwandten hinaus erfordert. Angehörige können als Interessenvertreter ihrer verwandten Bewohnerinnen und Bewohner und darüber hinaus der Bewohnerschaft insgesamt wirksam werden. Angesichts des Aufwandes einer solchen Verpflichtung ist aber nur ein kleiner Teil der Angehörigen dazu bereit.

(9) Anerkennung freiwilliger Mitarbeit

Auch Angehörige freuen sich über eine Anerkennung ihrer Mitwirkung, ihnen ist dies aber weniger wichtig als den Freiwilligen (s. u.).

(10) Schulung und Supervision für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich für die Anliegen von Angehörigen Zeit nehmen sollen, müssen sie sicher sein, dass ihre Vorgesetzten und die Heimleitung dies uneingeschränkt unterstützen. Über diesen grundsätzlichen Rückhalt hinaus benötigen sie aber auch methodische Kompetenzen zur Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung. In besonders kritischen Fällen müssen sie die Möglichkeit haben, selbst Rat zu suchen, d. h. die Frage des Umgangs mit den Angehörigen sollte ein fester Bestandteil von Supervisionen sein.

(11) Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Mit der Einbindung der Angehörigen in den Heimalltag wird die Verbindung der Bewohnerinnen und Bewohner zum „normalen“ Leben in ihrer Kommune teilweise aufrechterhalten. Diese Verbindung sollte im Sinne einer „Öffnung der Heime“ auch öffentlichkeitswirksam dargestellt werden. In den Gesprächen in den Einrichtungen wurde wiederholt bedauert, dass die Medien vor allem Pflegedefizite zum Anlass einer (skandalisierenden) Berichterstattung nehmen. Dem sollte mit einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden, die auch gelungene Beispiele für eine Erhöhung von Lebensqualität durch die Mitwirkung von Angehörigen publik macht“ (Schneekloth und Wahl Schneekloth und Wahl 2008, S. 292 ff).

In der Literatur sind weitere konkrete Kriterien für wirksame Angebote genannt:

- Umfassendes Assessment,
- Angemessene Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und Angehörigen (z. B. emotionale Unterstützung),
- Bestimmte Ergebnisse des Assessments sollten zu angemessenen Maßnahmen führen,

- Problemlösung sowie Unterstützung von Fähigkeiten und Kompetenzen und Aufrechterhaltung von Ressourcen sollten unterstützt werden,
- Informationen über Entlastungsangebote anbieten,
- Berücksichtigung persönlicher Lebenssituationen,
- Individuelle Schulungsangebote,
- Zeitgerechte Angebote für pflegende Angehörige (z.B. am Abend, erweiterte Einsatzzeiten),
- Bedürfnis nach Informationen stillen,
- Kompetente und kontinuierliche Ansprechpartner zur Verfügung stellen,
- Angebote müssen finanzierbar und organisierbar sein,
- Unterstützung in Organisation der pflegerischen Leistungen bspw. in Form von Case Management (del-Pino-Casado et al. 2011; Frey und Heese 2011; Huth et al. 2013; Dräger et al. 2013; Majerovitz et al. 2009; Mantovan et al. 2010b; Poll und Gauggel 2009; Moore 2008; Donath et al. 2011,).

Entscheidend für Entlastung ist aber, ob diese Art Entlastungsangebot von der Zielgruppe genutzt und als entlastend wahrgenommen wird. Forschungsbefunde weisen jedoch darauf hin, dass Entlastungsangebote von pflegenden Angehörigen kaum genutzt werden (Kofahl et al. 2005, S. 491; Winkler et al. 2006, S. 23; Schilder und Florian 2012, S. 250).

Unterschiedliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige nur zu einem geringen Teil wahrgenommen werden. So greifen nur 16 % der Hauptpflegepersonen regelmäßig auf Beratungs- oder Unterstützungsangebote zurück und nur die Hälfte der pflegenden Angehörigen nimmt Hilfen und Angebote der im Gesundheitssystem vorhandenen Beratungs- und Betreuungsstrukturen an (Schneekloth und Wahl 2005). Der Studienlage zur Folge wirken viele Angebote häufig nur punktuell und pflegende Angehörige müssen von vielen verschiedenen Seiten Unterstützung einholen. Sie wissen häufig nicht, wo es welche Hilfe gibt, die man sich häufig selbst organisieren muss. Diese Situation kann in prekären Situationen ohne Anleitung, Beratung und weiterer Unterstützung schnell das Gefühl einer Überforderung auslösen (Kunze et al. 2012). Darüber schienen viele Betroffene nicht zu wissen, an welchen Stellen sie Beratung erhalten (Frey und Heese 2011). Eine weitere Erkenntnis ist, dass die Angebote nicht ausreichend zielgruppenorientiert und bedarfsgerecht und zugangsorientiert sind (Budnick et al. 2012, S. 201) und deswegen möglicherweise nicht umfassend genutzt werden.

19.6 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Aus der Literaturlage können folgende Kriterien formuliert werden, die für eine Qualitätsmessung von Bedeutung sind:

- Feststellung, ob ein Konzept für Unterstützung pflegender Angehöriger vorliegt,
- Feststellung, ob Assessment für Feststellung von Ressourcen, Potenziale, Belastungen pflegender Angehöriger durchgeführt werden,
- Feststellung, ob zielgruppenorientierte Unterstützungsangebote vorliegen,
- Feststellung, ob Ansprechpartner für Unterstützung pflegender Angehöriger in Einrichtung benannt sind.

19.7 Literaturverzeichnis zum Kennzeichen Unterstützung von Angehörigen

Brunen, H.; Herold, E. E. (Hg.) (2001): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege. 2., überarb. u. erg. Aufl.: Schlütersche.

Budnick, A.; Kummer, K., Blüher, S.; Dräger, D. (2012): Pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung. Pilotstudie zur Validität eines deutschsprachigen Assessments zur Erfassung von Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger (ARR). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (3), S. 201–211.

Burholt, V. (2010): Angehörige auf der Intensivstation – welche Bedürfnisse haben sie?, S. 198–203.

del-Pino-Casado, R.; Frias-Osuna, A.; Palomino-Moral, Pedro A.; Pancorbo-Hidalgo, Pedro L. (2011): Coping and subjective burdens in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. In: Journal of Advanced Nursing 67 (11), S. 2311–2322.

Donath, C.; Winkler, A.; Graessel, E.; Luttenberger, K. (2011): Day care for dementia patients from a family caregiver's point of view: A questionnaire study on expected quality and predictors of utilisation - Part II. In: BMC Health Services Research 11 (76), S. 1–7.

Donath, C.; Winkler, A.; Gräßel, E. (2009): Short-term residential care for dementia patients: predictors for utilization and expected quality from a family caregiver's point of view. In: International Psychogeriatrics 21 (4), S. 703–710.

Dräger, D.; Blüher, S.; Kummer, K.; Budnick, A. (2013): Subjektive Barrieren der Nutzung von Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. In: Beltz Juventa. Pflege&Gesellschaft 18 (1), S. 50–64.

- Eloniemi-Sulkava, U.; Notkola, I.-L.; Hentinen, M.; Kivelä, S.-Liisa; Sivenius, J.; Sulkava, R. (2004): Unterstützende Intervention bei dementen Patienten und ihren pflegenden Angehörigen in der Gemeinde. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 17 (1), S. 31–40.
- Emme v. d. Ahe, H; Weidner, F.; Laag, U.; Isfort, M.; Meyer, S. (2010): Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Köln, Minden.
- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp.
- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht.jsp.
- Frey, C.; Heese, C. (2011): Versorgung und Hilfe bei Demenz – Bekanntheit von Entlastungsangeboten für Angehörige und Versorgungswünsche. In: Pflege & Gesellschaft 16 (3), S. 271–282.
- George, W.; Abt-Zegelin, A. (Hg.) (2005): Evidenzbasierte Angehörigenintegration. Lengerich: Pabst. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-89967-170-4>.
- George, W.; George, U. (2003): Angehörigenintegration in der Pflege. München u.a.: Reinhardt (Pflege).
- Gräßel, E.; Adabbo, R. (2011): Perceived Burden of Informal Caregivers of a Chronically Ill Older Family Member. Burden in the Context of the Transactional Stress Model of Lazarus and Folkman. In: GeroPsych 24 (3), S. 143–154.
- Hochgraeber, I.; Dortmann, O.; Bartholomeyczik, S.; Holle, B. (2014): Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz aus Sicht pflegender Angehöriger. In: Pflege 27 (1), S. 7–18.
- Hochgraeber, Iris (2014): Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz aus Sicht pflegender Angehöriger. In: Pflege : die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 27 (1), S. 7–18. DOI: 10.1024/1012-5302/a000335.
- Huth, M.; Schnepf, W.; Bienstein, C. (2013): Nutzen von Kinaesthetics Schulungen für die Bewältigung der häuslichen Pflegesituation - die Sichtweise von Angehörigen. In:

- Pflegewissenschaft 15 (11), S. 586–599.
- Isfort, M.; Laag, U.; Weidner, F. (2011): Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe. Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze. In: *Pflegewissenschaft* (3), S. 133–138.
- Josat, S.; Schubert, H.-J.; Schnell, M. W.; Köck, C. (2006): Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. Eine Literaturanalyse. In: *Pflege* 19, S. 79–87.
- Jost, E.; Voigt-Radloff, S.; Hüll, M.; Dykierek, P.; Schmidtke, K. (2006): Fördergruppe für Demenzpatienten und Beratungsgruppe für Angehörige. Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen eines kombinierten interdisziplinären Behandlungsprogramms. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 19 (3), S. 139–150.
- Jünemann, Stephanie; Gräßel, Elmar (2004): Was erwarten pflegende Angehörige. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 17 (4), S. 225–237. DOI: 10.1024/1011-6877.17.4.225.
- Keitel, P. (2010): Mehr Kundenbindung durch individuelle Einzelschulungen: Angehörige durch Pflegekurse stärken. In: *Pflegezeitschrift* 63 (6), S. 368–370.
- Kofahl, C.; Lüdecke, D.; Döhner, H. (2009): Der Einfluss von Betreuungsbedarf und psychosozialen Determinanten auf Belastung und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen alter Menschen. Ergebnisse aus der deutschen Teilstichprobe des Projekts EUROFAMCARE. In: *Pflege & Gesellschaft* 14 (3), S. 236–253.
- Kossens, M. et al. (2002): *Praxiskommentar zum Behindertenrecht (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. Verlag C.H. Beck: München 2002.
- Kunze, C.; Rosales Saurer, B.; Röhl, N.; Görlitz, R.; Rashid, Asarnusch; Hastedt, I. et al. (2012): Umfassende Unterstützung pflegender Angehöriger durch die im regionalen Service Netzwerk verankerte easyCare Plattform. In: M. Gersch, J. Liesenfeld (Hrsg.) (Hg.): *AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle*, S. 111–144.
- Kurz, A.; Wilz, G. (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. In: *Nervenarzt* 82, S. 336–342.
- Lukas, A.; Kilian, R.; Hay, B.; Muche, R.; Arnim, C.A.F. von; Otto, M. et al. (2012): Gesunderhaltung und Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken durch ein „initiales Case Management“. Erfahrungen aus dem Ulmer Leuchtturmprojekt Demenz (ULTDEM-Studie). In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (4), S. 298–309.
- Mahrer-Imhof, R.; Hediger, H.; Naef, R.; Bruylants, M. (2014): Entwicklung einer

- pflegegeleiteten Familienberatung für Familien älterer Menschen: Der erste Zyklus eines gemeindebasierten Aktionsforschungsprojektes (CBPR). In: *Pflege* 27 (4), S. 231–241.
- Majerovitz, S. Deborah; Mollott, Richard J.; Rudder, Cynthia (2009): We're on the Same Side: Improving Communication Between Nursing Home and Family. In: *Health Communication* 24 (1), S. 12–20.
- Mantovan, F.; Ausserhofer, D.; Huber, M.; Innerhofer, E.; Götsch, I.; Ploner, E.; Them, C. (2010a): Care Management für pflegende Angehörige. Eine Pilotstudie zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation. In: *Pflegewissenschaft* 10 (7-8), S. 434–441.
- Mantovan, F.; Ausserhofer, D.; Huber, M.; Schulc, E.; Them, C. (2010b): Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine systematische Literaturübersicht. In: *Pflege* 23 (4), S. 223–239.
- Moore, C. D. (2008): Enhancing Health Care Communication Skills. In: *Home Health Care Services Quarterly* 27 (1), S. 21–35.
- Poll, E.; Gauggel, S. (2009): Beratung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Patienten. In: *Zeitschrift für Neuropsychologie* 20 (1), S. 31–38.
- Rodriguez-Sanchez, E.; Patino-Alonso, M. C.; Mora-Simón, S.; Gómez-Marcos, M. A.; Pérez-Peñaranda, A.; Losada-Baltar, A.; García-Ortiz, L. (2013): Effects of a Psychological Intervention in a Primary Health Care Center for Caregivers of Dependent Relatives: A Randomized Trial. In: *The Gerontologist* 53 (2), S. 397–406.
- Schilder, M.; Florian, S. (2012): Die Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz durch niedrigschwellige Betreuungsgruppen aus der Sicht der Nutzer und der Anbieter. In: *Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft* 17 (3), S. 248.
- Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (2008): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) - Befunde und Empfehlungen. Zusammenfassung ; Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schreiner, A. S.; Morimoto, T.; Arai, Y.; Zarit, S. (2006): Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. In: *Aging & Mental Health* 10 (2), S. 107–111.
- Teri, L.; McCurry, S. M.; Logsdon, R.; Gibbons, L. E. (2005): Training Community Consultants to Help Family Members Improve Dementia Care: A Randomized Controlled Trial. In: *The Gerontologist* 45 (6), S. 802–811.
- Winkler, Ines; Kilian, Reinhold; Matschinger, Herbert; Angermeyer, Matthias C. (2006):

Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19 (1), S. 17–24. DOI: 10.1024/1011-6877.19.1.17.

WHO (1993): Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all. WHO Regional Office to Europe, 48:1:123

Wright, Lorraine M.; Leahey, Maureen (2009): Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen: Huber (Familiengesundheitspflege).

Teil 3

Darstellung von 31 Kennzeichen/Merkmalen
für die Qualität der pflegerischen Versorgung



Abschlussbericht zum Projekt

„Darstellung von 31 Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung“

Prof. Dr. Michael Macsenaere, Jens Arnold
IKJ ProQualitas GmbH
Centrum für angewandte Wirkungsforschung (CAW)
Saarstraße 1
55122 Mainz

Prof. Dr. Renate Stemmer
Kath. Hochschule Mainz
Fachbereich Gesundheit und Pflege
Saarstraße 3
55122 Mainz

Mainz, im März 2016

Inhaltsverzeichnis

Einführung und Beschreibung des Projektablaufs.....	3
Darstellung der 31 Kennzeichen der pflegerischen Versorgung.....	9
1. Expertenstandard chronische Wunden	10
2. Expertenstandard Harnkontinenz.....	23
3. Medizinische Behandlungspflege.....	35
4. Dokumentation.....	41
5. Evaluation	53
6. Pflegefachlichkeit.....	76
7. Unterstützung kognitiver Interventionen	85
8. Unterstützung Tagesstrukturierung	92
9. Biografiearbeit.....	98
10. Individuelle Pflege.....	110
11. Betreuungsleistungen	118
12. Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Gleichgeschlechtlichkeit	135
13. Förderung des Selbstvertrauens	142
14. Privatsphäre/Intimsphäre	149
15. Menschenwürde	162
16. Sterbebegleitung.....	174
17. Wertschätzung	187
18. Pflegerische Beratung/Schulung/Edukation	194
19. Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen	215
20. Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel.....	232
21. Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften	242
22. Internes Qualitätsmanagement	251
23. Verantwortliche Pflegefachkraft	267
24. Qualitätsverantwortung	277
25. Fortbildung.....	287
26. Sicherung und Entwicklung der Qualität.....	302
27. Hygiene	319
28. Personalentwicklung	329
29. Arbeitsbedingungen	342
30. Wirtschaftlichkeit.....	351
31. Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft.....	361

Einführung und Beschreibung des Projektablaufs

Hintergrund des Vorhabens

Entsprechend der Leistungsbeschreibung des GKV-Spitzenverbandes zur Darstellung von 31 Kennzeichen bzw. Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung, sind im Rahmen der Qualitätsberichtserstattung und Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI, für ein umfassendes Bild der Qualität von Pflegeeinrichtungen, zur Erfüllung der gesetzlichen Aufträge, möglichst alle relevanten Aspekte der Versorgung und Betreuung zu erheben. Auf Grundlage der weiterentwickelten Maßstäbe und Grundsätze wird eine Neuausrichtung der Qualitätsprüfungen angestrebt, die sowohl die Qualität der pflegerischen Versorgung als auch die Lebensqualität von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf berücksichtigen.

Ein systematisches, umfassendes und deduktiv hergeleitetes theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis, ist in den bisherigen Ansätzen, zur Beschreibung und Messbarkeitsmachung von Qualität in der Pflege, nicht in hinreichendem Maße zu verorten. Ein solches Qualitätsverständnis stellt aber sowohl eine wesentliche Grundlage für die definitorische Frage dar, was überhaupt unter Qualität in der Pflege zu verstehen ist als auch für deren Operationalisierung, d. h. wie konkret messbare Indikatoren und Qualitätskriterien abgeleitet werden können. Auf diesem Hintergrund sollten daher in einem ersten Schritt alle für die Qualität der pflegerischen Versorgung relevanten Kennzeichen bzw. Merkmale wissenschaftlich hergeleitet und beschrieben werden. Dabei sind alle Settings der pflegerischen Versorgung (stationäre, teilstationäre, ambulante Pflege sowie Kurzzeitpflege) zu berücksichtigen.

Im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband zur Erarbeitung des theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses installierten Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern und Vertreterinnen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. sowie der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zusammensetzt, wurden unter wissenschaftlicher Moderation insgesamt 51 zu definierende Kennzeichen der pflegerischen Versorgung identifiziert. 20 Kennzeichen sind bereits an anderer Stelle beschrieben worden. Mit der Beschreibung der verbleibenden 31 Kennzeichen bzw. Merkmale der pflegerischen Versorgung hat der GKV-Spitzenverband die IKJ ProQualitas GmbH in Mainz beauftragt. Die Ergebnisse der Kennzeichenbeschreibungen sind im vorliegenden Abschlussbericht dargestellt.

Projektablauf und Umsetzung

Die wissenschaftlich-fachliche Leitung und inhaltliche Supervision der 31 Kennzeichenbeschreibungen erfolgte federführend durch Prof. Dr. Renate Stemmer von der Katholischen Hochschule Mainz. Als weitere Projektleitungen, mit Fokus auf die Koordination der operativen Projektdurchführung sowie in wissenschaftlich beratender Funktion, fungierten Prof. Dr. Michael Macsenaere und Dipl.-Psych. Jens Arnold für die IKJ ProQualitas GmbH.

Das Vorhaben wurde in einem Zeitraum von sieben Monaten, vom 01.09.2015 bis zum 31.03.2016, durchgeführt. Ein Zwischenbericht mit den gesammelten Rechercheverläufen und zwei musterhaft-exemplarischen Kennzeichenbeschreibungen wurde dem GKV-Spitzenverband im Januar 2016 vorgelegt.

In Anbetracht der inhaltlichen Bandbreite und Diversität der zu erarbeitenden Kennzeichenbeschreibungen sowie des ambitionierten Zeitrahmens für die Projektdurchführung, musste die Ressourcenplanung auf den Bereich Personal fokussiert werden. Für die Bearbeitung der Kennzeichen wurde entsprechend ein multiprofessionelles Projektteam zusammengestellt, das sich über den gesamten Projektverlauf verteilt aus insgesamt 18 Personen rekrutierte. Im Einzelnen waren folgende Personen mit den unten aufgeführten Schwerpunktsetzungen beteiligt:

- **Projektleitung:** Prof. Dr. Renate Stemmer, Prof. Dr. Michael Macsenaere und Jens Arnold
- **Kennzeichenbeschreibungen:** Dr. Sinnika Gusset-Bährer, Karsten Gensheimer, Rouven Wachhaus, Joachim Klein, Janina Sondergeld, Angelika Gaßmann, Vanessa Schaible, Christian Voigt, Denise Binder, Michael Gaßmann, Sindy Griechen, Dominik Grutza, Jürgen Link und Sina Schimanski-Kahle.
- **Literaturrecherche, Redaktion und Layout sowie koordinative Unterstützung der Projektleitung:** Elena Michaelis, Angelika Gaßmann, Vanessa Schaible und Rouven Wachhaus.

Zur Koordination der Arbeitsschritte und auch zur Sicherstellung eines einheitlichen Verständnisses wurden in ca. zweiwöchigen Zeitabständen Arbeitsgruppensitzungen mit dem Projektteam durchgeführt. Um eine weitest möglich inhaltlich kohärente Darstellung sowie eine vergleichbare Bearbeitung aller Kennzeichen, entsprechend der mit dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Standards, zu gewährleisten, wurden, in enger Abstimmung mit den anderen Projektleitungen, alle Kennzeichenbeschreibungen von Prof. Stemmer gesichtet und wenn nötig mehreren Überarbeitungs- und Anpassungsschleifen unterzogen.

Wir möchten an dieser Stelle nochmals allen an der Umsetzung des Vorhabens beteiligten Personen für die engagierte, zielgerichtete und stets konstruktive Zusammenarbeit danken.

Darstellung der Literaturrecherche

Essentielle Grundlage der in diesem Bericht dargestellten Durchführung der 31 Kennzeichenbeschreibungen im Rahmen der pflegerischen Versorgung ist die jeweils vorgeschaltete systematische Literaturrecherche. Die zugrunde gelegte Suchstrategie soll im Folgenden erläutert werden:

Jedes Kennzeichen wurde mittels einer definierten Schrittfolge bearbeitet. In einem ersten Schritt erfolgte zunächst eine systematische, schlagwortgestützte Recherche in den in der Leistungsbeschreibung festgelegten Datenbanken. Diese wurde durch eine gezielte Suche über „related citations“ in Pubmed ergänzt. Über das Literaturverwaltungsprogramm „Citavi“ wurde zusätzlich der gemeinsame Zugriff auf die Datenbanken GBV, PubMed, Medpilot, Psynindex, Medline sowie die Universitätsbibliothek Mainz genutzt. Mit Fokus auf deutschsprachige Quellen wurde insbesondere in der Literaturdatenbank CareLit recherchiert. Zudem wurden mithilfe der anfänglich gebildeten Suchbegriffe und Synonyme, die individuell auf jedes Kennzeichen angepasst wurden, über eine Handrecherche pflegerelevante Zeitschriften sowie Suchmaschinen wie „Google“ herangezogen. Die Rechercheergebnisse wurden anschließend in Form von Abstracts in dem Literaturverwaltungsprogramm Citavi gespeichert.

Die individuelle Anpassung der Recherche für jedes Kennzeichen erfolgte wie folgt: Vor Beginn der Recherche wurden zu jedem Kennzeichen rechercheleitende Fragen gebildet, sowie Überlegungen hinsichtlich der zentralen Suchbegriffe und Synonyme durchgeführt, um eine strukturierte Suche zu ermöglichen. Die Recherche in den geforderten Datenbanken ist zu meist entsprechend der Leitfragen gegliedert. Zum Teil wurde hier aber auch so vorgegangen, dass die gebildeten rechercheleitenden Fragen direkt in übergreifende Suchformulierungen zur Recherche eingeflossen sind. Je nach sprachlichem Fokus der Datenbanken wurden sowohl englische als auch deutsche Suchformulierungen gebildet, weshalb anfänglich eine Übersetzung ins Englische durchzuführen war. Als Kern der Suche werden die sogenannten MeSH-Terms („Medical Subject Headings“) verwendet.

Die Literaturrecherche als Grundlage für die Ausarbeitung der GKV-Pflegekennzeichen wurde letztlich von den Recherchefragen geleitet. Diese Recherchefragen stellen eine Verbindung zwischen dem Kennzeichen und dem Pflegebegriff her. Beispielsweise kann die Recherche für das Kennzeichen „Menschenwürde“ von der Frage geleitet sein, welche Bedeutung Menschenwürde für die Pflegebedürftigen hat, inwieweit die Menschenwürde innerhalb der Pflege bedroht oder verletzt wird, oder inwieweit das Kennzeichen Menschenwürde als Indikator im Rahmen der Qualitätsmessung genutzt werden kann. Bei der Textanalyse wurden in Anlehnung an die Gliederung der Kennzeichenbeschreibungen fernerhin stets auch folgende allgemeine Leitfragen zugrunde gelegt:

- Liegt eine wissenschaftliche Arbeit vor oder wird auf wissenschaftliche Arbeiten verwiesen?
- Wird im Text das Kennzeichen/Merkmal definiert?
- Werden rechtliche Aspekte zu diesem Kennzeichen/Merkmal benannt/beschrieben?
- Werden Mindeststandards formuliert oder auf solche verwiesen?
- Werden Richtlinien formuliert oder auf solche verwiesen?
- Werden Aspekte beschrieben, die für eine Qualitätsmessung von Bedeutung sind/sein können?
- Werden im Text Kriterien für das Kennzeichen/Merkmal benannt oder auf solche verwiesen?
- Gibt es Hinweise auf Indikatoren?

Um eine effiziente Umsetzung und eine einheitliche technische Durchführung der Recherche zu ermöglichen, wurde eigens für diese Aufgabestellung ein spezialisiertes „Rechercheteam“ gebildet (siehe Abschnitt „Projektlauf und –umsetzung“). Das Rechercheteam stand stets in engem Austausch mit den für die einzelnen Kennzeichenbeschreibungen vorgesehenen Autorinnen und Autoren. Die Recherchestrategien wurden in engem Dialog mit den AutorInnen sowie den Projektleitungen angepasst. Im Rahmen der Erarbeitung der Kennzeichen kam es mitunter allerdings auch vor, dass neu aufkommende Fragen durch die vorliegende Recherche nicht beantwortet werden konnten. In diesen Fällen wurde die systematische Recherche durch eine Handsuche ergänzt, die teils auch von den jeweiligen AutorInnen selbst durchgeführt wurden. Der Beschreibung der Kennzeichen durch eine(n) ProjektmitarbeiterIn folgte das Controlling durch ein Mitglied der Projektleitung. Abschließend wurde eine Endredaktion durchgeführt.

Wie im Rahmen der Zwischenberichtserstattung mit dem Auftraggeber vereinbart, wurden zur besseren Übersicht die Rechercheverläufe im Anhang des vorliegenden Abschlussberichts gesammelt. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass seit November 2015 die Datenbank „Medpilot“ durch „Livivo“ ersetzt wurde. Da die Änderung im Zuge der Projektlaufzeit vollzogen wurde, kann in den vorliegenden Rechercheverläufen auch die Nennung „Livivo“ anstelle von „Medpilot“ erscheinen.

Erläuterungen zur Kennzeichenbearbeitung

Im Sinne einer vergleichbaren Darstellung der einzelnen Kennzeichen für die Qualität der pflegerischen Versorgung, wurde für alle Beschreibungen ein einheitliches Gliederungsraster adaptiert. Nach Auswertung der im Rahmen des Zwischenberichts gesammelten Erfahrungen wurde in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband folgende finale Gliederung festgelegt:

1. Rechercheleitende Frage
2. Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung
3. Stand der Literatur
4. Rechtliche Aspekte
5. Gibt es Mindeststandards?
6. Gibt es Mindestanforderungen?
7. Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?
8. Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?
9. Literaturverzeichnis

Die Darstellung der Suchverläufe und Rechercheergebnisse zu den jeweiligen Kennzeichen erfolgt nicht als eigener Gliederungspunkt, sondern gesammelt im Anhang.

Um Redundanzen in der Darstellung zu vermeiden und die Umfänge der einzelnen Kennzeichenbeschreibungen in dem angestrebten Rahmen von ca. 10-15 Seiten zu halten (bei besonders relevanten Kennzeichen, mit umfangreichen Rechercheergebnissen, war es in Einzelfällen sinnvoll, diesen Umfang geringfügig zu überschreiten, bei Kennzeichen mit weniger elaborierter Quellenlage, konnte sich in analoger Form punktuell auch eine leichte Unterschreitung der Zielvorgabe ergeben), wurde insbesondere der Stand der Literatur in der Gliederung vor die Darstellung der Mindeststandards und Mindestanforderungen gerückt.

Ferner wurden die zentralen und prägnanten Bereiche, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind, in einem Gliederungspunkt zusammengefasst. Wie vom GKV-Spitzenverband gewünscht, wurde versucht, soweit dies im Rahmen der vorliegenden Auftragserwartung möglich war, auch auf die Frage der konkreten Messbarkeit der einzelnen Indikatoren Bezug zu nehmen. In Anknüpfung an die bereits einleitend dargestellte Prämisse, im Rahmen derer die Erarbeitung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses lediglich als Grundlage bzw. ersten Schritt hin zur Entwicklung konkreter Qualitätsindikatoren zu verstehen ist, möchten wir an dieser Stelle nochmals explizit darauf hinweisen, dass die letztgenannte Frage nicht dem vorliegenden Auftragsgegenstand entspricht. Demzufolge kann die Frage der Qualitätsmessung zwar, zum Beispiel in Form der exemplarischen Benennung von

in der Literatur beschriebenen Verfahren und Messinstrumenten, tangiert werden, aber an dieser Stelle nicht abschließend eruiert und ausformuliert werden.

Im Einzelnen sind die nachstehend aufgeführten Kennzeichen für die Qualität der pflegerischen Versorgung Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichts. Die Nummerierung entspricht der in Anlage 1 der Leistungsbeschreibung festgelegten Reihenfolge, die in analoger Form auch für die Gliederung des Abschlussberichts übernommen wurde. Damit soll allerdings keine Wertigkeit oder Wichtigkeit von einzelnen Merkmalen zum Ausdruck gebracht werden.

1. Expertenstandard chronische Wunden
2. Expertenstandard Harnkontinenz
3. Medizinische Behandlungspflege
4. Dokumentation
5. Evaluation
6. Pflegefachlichkeit
7. Unterstützung kognitiver Interventionen
8. Unterstützung Tagesstrukturierung
9. Biografiearbeit
10. Individuelle Pflege
11. Betreuungsleistungen (Allgemeine Anleitung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, Soziale Betreuung und zusätzliche soziale Betreuung, Zusätzliche Betreuungsleistungen)
12. Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Gleichgeschlechtlichkeit
13. Förderung des Selbstvertrauens
14. Privatsphäre/Intimsphäre
15. Menschenwürde
16. Sterbebegleitung (und SAPV, Palliativversorgung)
17. Wertschätzung (Aufklärung)
18. Pflegerische Beratung/Schulung/Eduktion (inkl. Einbeziehung soz. Umfeld, Kurse für pflegende Angehörige)
19. Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen
20. Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel (inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)
21. Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften
22. Internes Qualitätsmanagement
23. Verantwortliche Pflegefachkraft
24. Qualitätsverantwortung

- 25. Fortbildung
- 26. Sicherung und Entwicklung der Qualität
- 27. Hygiene
- 28. Personalentwicklung
- 29. Arbeitsbedingungen
- 30. Wirtschaftlichkeit
- 31. Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft

Im Zuge der Analyse, Aufbereitung und Beschreibung der einzelnen Kennzeichen wurden, bezugnehmend auf die Erfahrungen aus den 20 bereits im Vorfeld des vorliegenden Vorhabens beschriebenen Pflegekennzeichen, stets auch die unterschiedlichen relevanten Perspektiven berücksichtigt, z. B. der Pflegebedürftigen und/oder der Pflegenden. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die Multidimensionalität der Kennzeichen von Pflege hinreichende Berücksichtigung fand.

Darstellung der 31 Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

1 Erläuterungen zum Kennzeichen „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“

1.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen definiert?
- Welche Herausforderungen zeigen sich bei der Umsetzung?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

1.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ wurde vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und von Expertenangaben entwickelt und in 2015 erstmals aktualisiert veröffentlicht (Büscher, 2015b). Neben diesem Expertenstandard existiert seit 2012 auch eine S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V., die eine Entscheidungshilfe für ÄrztInnen und andere Berufsgruppen, die Menschen mit chronischen Wunden versorgen, darstellt (Burckhardt et al., 2012). Der Expertenstandard des DNQP wurde für Pflegefachkräfte entwickelt, wobei es bei der Anwendung des Expertenstandards gleichwohl vorkommen kann, dass speziell ausgebildete WundexpertInnen hinzugezogen werden müssen. Der Standard wurde mit Blick auf Menschen, die an einem Dekubitus, diabetischen Fußulcus oder gefäßbedingtem Ulcus cruris (venosum, arteriosum, mixtum) leiden, entwickelt (Büscher, 2015b). Zur Anamnese benötigt die Pflegefachkraft sowohl Fachkompetenz als auch kommunikative Kompetenz, um die Situation einschätzen zu können und für die Pflegebedürftigen eine Atmosphäre zu schaffen, in der sie ihre Bedürfnisse äußern können. Die Pflegefachkraft kann zur Einschätzung der Situation bestimmte Instrumente hinzuziehen (Büscher, 2015b). Beachtet werden müssen die Lebensqualität, die Wundsituation, Selbstmanagementkompetenzen und die Selbsteinschätzung der Pflegebedürftigen bezogen auf ihre Situation (Büscher, 2015b). Spezifische Kriterien für die Beurteilung der Wunden müssen beachtet werden. In der Koordination hat die Pflegefachkraft die Aufgabe den Versorgungsprozess zu organisieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Die Einrichtung muss die erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen (Büscher, 2015b).

Zur Maßnahmeplanung, Durchführung der angeordneten Maßnahmen sowie zur Evaluation benötigt die Pflegefachkraft spezifische Fachkompetenz. Die Aufgaben beinhalten u. a. die Schulung der Pflegebedürftigen und bei Bedarf derer Angehörigen. Des Weiteren sind bei Bedarf entsprechende Maßnahmen zur Hautpflege, Ernährung, Wundversorgung, Rezidivprophylaxe oder Kompression vorzunehmen. Die Versorgung stellt eine multiprofessionelle Aufgabe dar. Die Maßnahmen aller beteiligten Berufsgruppen müssen evaluiert, dokumentiert und ggf. angepasst werden.

Meyer und Köpke konstatieren eine Uneindeutigkeit des Begriffs *Expertenstandard*, da der Begriff ein „Neolinguismus“ sei (Meyer & Köpke, 2006). Im aktuellen Methodenpapier „zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards“ vom Juni 2015 wird der Begriff Expertenstandard folgendermaßen definiert:

„Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt“ (Büscher, 2015b)

Der DNQP will mit seinen Expertenstandards keine konkreten Handlungsleitlinien an die Hand geben (Büscher, 2015a). Diesem widerspricht Bölicke, der festhält, dass „hier thematisch wie methodisch eine Praxisleitlinie erstellt“ wurde (Bölicke, 2001).

Das 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz überträgt in § 113a SGB XI (SGB XI) die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards den Vertragspartnern auf der Bundesebene, also den Vertretern von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, übertragen. Jene Expertenstandards, die nach den Regularien § 113a SGB XI (SGB XI) entwickelt werden und im Bundesanzeiger veröffentlicht wurden, erhalten unmittelbare Verbindlichkeit.

Der „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ wurde von 2006-2009 nach den Regularien des DNQP entwickelt und von 2013-2015 einer 1. Aktualisierung unterzogen. Sein Status ist vergleichbar mit einem vorweggenommenen Sachverständigen-gutachten (Böhme, 2001).

Zur Messung der Qualität des Expertenstandards kann das Audit-Instrument zu den Qualitätskennzeichen von Moers, Schiemann und Stehling genutzt werden, das auf Basis des standardisierten Audit-Instrument zum „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“ von Moers, Schiemann, & Fierdag, 2004 entwickelt wurde; Grundlage dafür bildete wiederum das Audit-Instrument des Royal College of Nursing (Moers et al., 2004).

1.3 Stand der Literatur

Der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurde 2008 vorgestellt und in 2015 erstmals aktualisiert. Eine Wunde wird als chronisch bezeichnet, wenn „vier bis zwölf Wochen nach Wundentstehung – hier spielen Wundart und Kontextfaktoren eine bedeutende Rolle – unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen“ erkennbar sind (Büscher, 2015b). Eine einheitliche Definition liegt bisher nicht vor, in der aktualisierten Ausgabe des Expertenstandards von 2015 wird auf die Definition der Erstveröffentlichung verwiesen (Schümmelfeder, Osterbrink, & Panfil, 2015).

Im Speziellen wurde der Standard für die Versorgung der Menschen, die an einem

- Dekubitus,
- diabetischen Fußulcus oder an
- gefäßbedingtem Ulcus cruris (venosum, arteriosum, mixtum)

leiden, entwickelt (Büscher, 2015b), da es sich hierbei um die häufigsten chronischen Wunden handelt, mit denen Pflegefachkräfte in ihrem Pflegealltag konfrontiert sind. Ein Dekubitus ist definiert als „eine Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes verursacht durch zu lange und/oder zu starke Einwirkungen von Druck und/oder Scherkräften (National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 zit. n. Büscher, 2015b). Die Unterteilung erfolgt in Europa in vier Schweregrade, in den USA werden noch zwei weitere Abstufungen ausgewiesen.

Das diabetische Fußsyndrom erfasst unterschiedliche Krankheitsbilder, die mit spezifischen Komplikationen aufgrund des Diabetes mellitus einhergehen können. In Abhängigkeit von der Wundtiefe und dem Verlauf sind spezifische Klassifikationssysteme zur Einordnung des Krankheitsausmaßes anwendbar (Büscher, 2015b).

Bei einem Ulcus cruris handelt es sich um ein Unterschenkelgeschwür unterschiedlicher Genese. Es wird unterschieden zwischen einem „Ulcus cruris venosum“, einem „Ulcus cruris arteriosum“ und einem „Ulcus cruris mixtum“. Die Wunden können auch durch „Vasculitis, exogene Faktoren oder Neoplasien“ hervorgerufen werden (Büscher, 2015b). Das „Ulcus cruris venosum“ stellt die häufigste Form des Ulcus cruris dar und tritt in Folge einer chronisch venösen Insuffizienz auf. Auch hier liegen unterschiedliche Klassifikationssysteme vor (Büscher, 2015b). Als schwerste Form einer „peripheren arteriellen Verschlusskrankheit“ (pAVK) gilt der „Ulcus cruris arteriosum“. Spezifische Klassifikation der pAVK lassen eine entsprechende Einteilung zu (Büscher, 2015b).

In dem Expertenstandard wird das Erfordernis der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung einer chronischen Wunde verdeutlicht; der Expertenstandard des DNQP bezieht sich jedoch auf pflegerische Aufgabengebiete.

Als zentrales Ziel formuliert der Expertenstandard:

„Jeder Patient/Bewohner mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum oder Diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität fördert, die Wundheilung unterstützt und die Rezidivbildung von Wunden vermeidet.“ (Büscher, 2015b)

Der Fokus im Expertenstandard liegt damit nicht ausschließlich auf der Wunde, sondern die Pflegebedürftigen und ihr jeweiliges Angehörigenumfeld mit dem persönlichen Verständnis der Erkrankung nehmen eine zentrale Rolle ein (Panfil, 2015; Panfil & Halbig, 2015).

Die Formulierung des Expertenstandards erfolgt auf Grundlage von Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Innerhalb der Kriterien existieren verschiedene Ebenen (Risikoinschätzung, Maßnahmeplanung, Information, Schulung, Beratung, Koordination, Durchführung, Evaluation), die ähnlich dem Pflegeprozess gegliedert sind (Büscher, 2015a).

Alle Empfehlungen werden auf Basis von Studien und dem vorhandenen Expertenwissen gegeben. Sie unterliegen keiner bestimmten Gradeinteilung. Der Expertenstandard des DNQP zeigt einen für alle einzuhaltenden Leistungsstand auf, beschreibt jedoch nicht kon-

krete Maßnahmen in bestimmten Situationen, wie es bei Versorgungsleitlinien der Fall ist (Büscher, 2015a). Die Studienlage ist nicht für alle pflegfachlichen Themen ausreichend gut, sodass Expertenbewertungen zum Teil hohe Bedeutung haben und der Expertenstandard somit die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und das praktische Wissen der Experten zusammenfügt (Büscher, 2015a). Auch Einrichtungen, in denen Menschen mit chronischen Wunden nur selten versorgt werden, müssen die Kompetenz besitzen, den Expertenstandard im Bedarfsfall umsetzen zu können (Büscher, 2015b).

Neben diesem genannten Expertenstandard hat die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. eine S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz“ herausgegeben (2012). Diese Leitlinie ist nicht rechtlich bindend und dient als Entscheidungshilfe für Ärzte und andere Berufsgruppen, die Patienten mit chronischen Wunden versorgen. Sie werden ebenfalls anhand der aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse entwickelt (Burckhardt et al., 2012).

Qualitative Studien zeigen, dass sich Menschen, die eine versorgungsbedürftige chronische Wunde haben, häufig zu wenig als Mensch beachtet fühlen, da der Fokus sehr stark auf die Wundversorgung gelegt wird. Dies kann Auswirkungen auf die Bereitschaft der Betroffenen zur Zusammenarbeit mit den Professionellen haben. Weiterhin zeigen Studien ein zum Teil divergierendes Therapieziel zwischen Pflegebedürftigen und dem Therapeutenteam. Während das Therapeutenteam seinen Fokus auf die Behandlung der Erkrankung legt, streben Pflegebedürftige dies nicht immer primär an, sondern wünschen sich „Normalität“ (Büscher, 2015b). Bei Menschen mit chronischen Wunden liegt in vielen Fällen eine behandlungsbedürftige Grunderkrankung vor, die für die Heilung einer Wunde unablässig ist und gleichzeitig erfordert, dass der Pflegebedürftige ein Verständnis über seine Erkrankung entwickelt (Büscher, 2015b).

Als AnwenderInnen des Expertenstandards gelten Pflegefachkräfte (d. h. AltenpflegerInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen) aus der ambulanten und stationären Akut- oder Langzeitpflege (Büscher, 2015a).

Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb der pflegerischen Anamnese eine Einschätzung der Lebens- und Alltagssituation sowie des Krankheitsverständnisses in Bezug zur Wunde vor, wofür sie fundiertes Fachwissen benötigt. Im Vordergrund steht der pflegebedürftige Mensch mit seinen Bedürfnissen und Ängsten und nicht die Wunde. Die Pflegefachkraft benötigt kommunikative Kompetenzen, damit sich eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen der Pflegefachkraft und dem Pflegebedürftigen entwickeln kann und der Pflegebedürftige seine Bedürfnisse und Ängste äußert (Büscher, 2015b).

Die Versorgung einer chronischen Wunde ist als multiprofessionelle Aufgabe zu verstehen, wobei innerhalb einer Verfahrensregelung der Versorgungsprozess detailliert beschrieben werden sollte. Probleme an Schnittstellen können durch eine Koordinationsstelle verhindert werden. Neben den Pflegefachkräften ist für jede Einrichtung eine speziell geschulte Pflegeexpertin bei Bedarf in den Versorgungsprozess hinzuzuziehen, die eine von Produkten unabhängige Beratung durchführt. Die notwendigen Kompetenzen der speziell geschulten Pflegefachkraft für chronische Wunden werden im Expertenstandard „in Anlehnung an das Berufsbild von Pflegeexperten in der Schweiz“ beschrieben (Büscher, 2015b). Die Fort- und Weiterbildungen zu dem Themengebiet sollten zur Qualitätssicherung von nationalen Fach-

gesellschaften anerkannt sein, da mittlerweile eine Fülle unterschiedlichster Schulungen zu diesem Thema vorhanden ist (Büscher, 2015b).

Die Lebensqualität der Pflegebedürftigen mit einer chronischen Wunde kann durch das Vorhandensein von Schmerzen, eingeschränkter Mobilität oder/und wundbedingten Gerüchen und Absonderungen sowie durch das Angewiesensein auf andere Personen stark eingeschränkt sein. Als Folgen werden der Rückzug aus der Gemeinschaft und weitere Aktivitäts- und Bewegungseinbußen beschrieben. In Abhängigkeit von der chronischen Wunde und deren Therapie, die häufig sehr lange andauert, entstehen weitere Belastungen für die Menschen mit Pflegebedarf.

Vor diesem Hintergrund stehen die Behandlungsprozesse zentral unter dem Fokus der wund- und therapiebedingten Einschränkungen und den Möglichkeiten des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements. Innerhalb der Literaturstudie konnten die AutorInnen kein den Gütekriterien entsprechendes Instrument zur Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen einerseits und den Selbstmanagementkompetenzen andererseits identifizieren, sodass die Arbeitsgruppe selbst folgende Kriterien (mit jeweils zugehörigen Items) auf Grundlage der Literaturstudie erstellt hat:

„1. Verständnis des Krankseins“

„2. Wund- und therapiebedingte Einschränkungen“

„3. Vorhandene wundbezogene Hilfsmittel“

„4. Selbstmanagementkompetenzen von Patienten/Bewohner und Angehörigen“
(Büscher, 2015b).

Zur Selbsteinschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität, der gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenz und der Selbstpflegefähigkeit eignen sich das Instrument zur Selbsteinschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität (WoundQoL), der Wittener Aktivitätenkatalog der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen und der Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege – Prävention Diabetisches Fußsyndrom. Einige Menschen mit chronischen Wunden leiden zusätzlich an Körperbildstörungen, sodass Pflegefachkräfte beobachten und dahingehend Fragen stellen sollten. Ein eigenes Instrument wurde von der Arbeitsgruppe hierfür nicht entwickelt, sondern beschrieben, worauf hierbei zu achten ist (Büscher, 2015b).

Es wird empfohlen, für die erste Wundbeurteilung eine/n pflegerische/n FachexpertIn hinzuzuziehen. Die Expertenarbeitsgruppe hat zur Beurteilung der Wunden und deren Dokumentation eine eigene Kriterienliste auf Basis internationaler Leitlinien erstellt, da die vorliegenden Studien zu dieser Thematik nur in Einzelfällen ausreichend valide und reliabel sind. Diese Liste beinhaltet zwölf Kriterien: „Medizinische Wunddiagnose, Wundlokalisierung, Wunddauer, Rezidivzahl, Wundgröße, Wundgrund/häufigste Gewebeart, Exsudat, Wundgeruch, Wundrand, Wundumgebung, Entzündungszeichen, Wund- bzw. wundnaher Schmerz“ (Büscher, 2015b).

Mit einer umfassenden Dokumentation zu den Einschränkungen für die Pflegebedürftigen auf Grund der Wunde und deren Therapie sowie der Beurteilung der Wunden soll das gesamte Versorgungsteam im Bilde und alle Angaben zur spezifischen Maßnahmeplanung vorhanden sein. Betont wird, dass eine Fotografie der Wunde nicht deren schriftliche Dokumentation ersetzt (Büscher, 2015b).

Um die Einschränkungen adäquat behandeln zu können, müssen Pflegefachkräfte entsprechende Fachkompetenz zur „Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements der Patienten/Bewohner“ haben. Dazu zählen die Förderung der Mobilität, Schmerzbekämpfung, Möglichkeiten der Druckentlastung und -verteilung sowie die Anwendung von Materialien zur Kompression, Hautpflege und die Beseitigung von Geruch und Exsudat sowie die Beachtung der individuellen psychischen und sozialen Bedürfnisse und deren Verbesserung. Die Pflegefachkräfte müssen über umfassendes Wissen zu den einzelnen Krankheitsbildern verfügen. Außerdem übernehmen sie Durchführungsverantwortung für „die Infektionsprävention- und -bekämpfung, die Wundreinigung und die Anlage der Wundaufgaben“, wofür sie entsprechende Kenntnisse benötigen oder im Bedarfsfall einen Experten hinzuziehen müssen (Büscher, 2015b).

Die Maßnahmeplanung führen die Pflegefachkräfte gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen und den anderen beteiligten Berufsgruppen durch. Als „Maßnahmen zum Umgang mit und zur Vermeidung von wund- und therapiebedingten Beeinträchtigungen“ gehören Schmerzlinderung durch Entfernung auslösender Faktoren und die Beachtung medikamentöser und nichtmedikamentöser Maßnahmen. Des Weiteren müssen bei Einschränkungen in der Mobilität die Ursachen behandelt und Maßnahmen zur Förderung der Mobilität erfolgen. Zur Beseitigung des Geruchs einer Wunde existiert derzeit kein wissenschaftlicher Nachweis eines geeigneten Verfahrens. Die Ursache sollte behandelt und ein regelmäßiger Verbandwechsel sollte erfolgen. Geruchsbindende Aktivkohle wird von den Experten empfohlen, außerdem eine von Wertschätzung geprägte Kommunikation. Die Verringerung des Wundexsudates sollte ebenfalls ursächlich therapiert und Verbandmaterial mit großer Absorptionsfläche verwendet werden. Bei Bedarf ist die Kleidung entsprechend anzupassen (weite, dunkle Kleidung). Eine geeignete Entstauungsmaßnahme kann nach Expertenmeinung ebenfalls die Exsudatmenge verringern. Letztendlich muss eine Information und Aufklärung der Pflegebedürftigen über die Bildung des Wundexsudates erfolgen (Büscher, 2015b).

Körperbildstörungen, die bei Menschen mit chronischen Wunden auftreten können, sind im multiprofessionellen Team zu behandeln. Unterstützend können Pflegefachkräfte sein, indem sie den Pflegebedürftigen die Möglichkeit geben sich anzuvertrauen, nach Bedarf Angehörige miteinbeziehen und individuelle Beratung anbieten. Die Pflegefachkräfte sollten ein Bewusstsein für ihre persönliche Körpersprache besitzen (Büscher, 2015b).

Für die Wundheilung eines Dekubitus müssen individuell abgestimmte druckverteilende und bewegungsfördernde Maßnahmen erfolgen. Zu dem prophylaktischen Vorgehen wird auf den Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ verwiesen.

Eine Druckentlastung ist für die erfolgreiche Behandlung des „Diabetischen Fußulcus“ essentiell; darüber müssen Betroffene informiert und geschult werden, ebenso über die Anwendungsmöglichkeiten druckentlastender Hilfsmittel. Zur Verhinderung von Stürzen wird auf den Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ verwiesen. Bei einer Mobilisation muss z. B. auf adäquates Schuhwerk geachtet werden. In diesem Kontext sollten regelmäßig Schulungen hinsichtlich der Fußgesundheit für Menschen mit Pflegebedarf stattfinden.

Bei einem „Ulcus cruris venosum“ und einem „Ulcus cruris mixtum“ ist ein individuelles Gehtraining mit entsprechender Kompressionstherapie vonnöten. Ziel ist hierbei die Verhinderung einer Versteifung des Sprunggelenkes sowie die Förderung der Wadenmuskelpumpe.

„Falls keine Kompressionstherapie zur Anwendung kommt, hat nach übereinstimmender Auffassung in verfügbaren Leitlinien das Hochlegen der Beine 10-30° über Herzniveau . . . eine positive Wirkung auf die Hämodynamik bei Patienten/Bewohnern mit Ulcus cruris venosum und gegebenenfalls auch Ulcus cruris mixtum“ (Büscher, 2015b)

Vermieden werden sollte das Tragen abschnürender Kleidung. Zum „Ulcus cruris arteriosum“ gehen aus der Literatur keine speziellen Empfehlungen zur Bewegung hervor (Büscher, 2015b).

Eine Kompressionstherapie gilt neben der Bewegung als Therapie des „Ulcus cruris venosum“ und auch des „Ulcus cruris mixtum“. Die Anlage muss von einer erfahrenen Pflegefachkraft nach aktuellen Leitlinien erfolgen, um keine Schäden durch falsche Anlage der Bandagen hervorzurufen. Zur Feststellung des angelegten Drucks, kann ein Messgerät verwendet werden. Neben dieser Maßnahme kann eine Lymphdrainagetherapie unterstützend zur Entstauung sein. Zur Wundheilung sind die qualitativ hochwertige Anlage der Bandage und das beständige Tragen wichtig. Nach einer gewissen Zeit, spätestens nach vier Wochen muss eine Kontrolle des Umfangs von Waden, Knöchel und Vorfuß erfolgen, um den Erfolg der Behandlung zu prüfen. Beachtet werden müssen spezifische Anzeichen und Äußerungen der Pflegebedürftigen, die ein Entfernen der Bandagen vonnöten machen können. Um den Menschen eine hohe Selbständigkeit zu ermöglichen, ist der Einsatz von An- und Ausziehhilfen sinnvoll (Büscher, 2015b).

Zur Bestimmung einer Mangelernährung wird auf den Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ verwiesen (Büscher, 2015b).

Die Wundversorgung erfolgt immer in Abstimmung mit dem Menschen mit Pflegebedarf entsprechend des Wundverlaufs. Zur Bestimmung der Wundaufgabe müssen „Wundheilungsstadium, Wundlokalisation, Exsudatmenge, Entzündungszeichen, Hautsituation, Schmerzen, Kontinenz sowie . . . Kosten und Effektivitätskriterien“ beurteilt werden. Die Pflegefachkraft hat die Durchführungsverantwortung und ist aufgefordert Einspruch einlegen, falls eine Arztanordnung nicht dem aktuellen Erkenntnisstand entspricht und diese Gespräche mit dem Arzt dokumentieren (Büscher, 2015b).

Zur Rezidivprophylaxe müssen Schulungen und entsprechende Maßnahmen zu den jeweiligen Grunderkrankungen erfolgen, die im Expertenstandard näher beschrieben werden (Büscher, 2015b).

Der Schutz der Haut und deren Pflege sind insbesondere bei Ulzerationen, die stark exsudieren, von hoher Bedeutung. Vor allem Wundränder und die Umgebung können belastet sein und müssen durch entsprechend ausgewähltes Wundmaterial geschützt werden. Die allgemeine Hautpflege muss fachgerecht und nach aktuellem Erkenntnisstand erfolgen. Für den Einsatz von spezifischen Hautpflegeprodukten liegt keine gesicherte Evidenz vor. Auftretende Reizungen der Haut können durch Materialien, die zur Kompression verwandt werden, verursacht sein oder eine Folge der Grunderkrankung darstellen (Büscher, 2015b).

Das Vorliegen einer individuellen Maßnahmeplanung, die sich auf die „gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen“ beziehen, ist schriftlich zu erstellen und mit dem Pflegebedürftigen und allen anderen Beteiligten abzusprechen. Die Pflegefachkraft ist für die Koordination des Versorgungsprozesses und für die Auswahl der entsprechenden Interven-

tionen, die in ihren Aufgabenbereich fallen wie die Schulung der Betroffenen, verantwortlich (Büscher, 2015b).

Die Einrichtung muss die erforderlichen Mittel zum Verbandwechsel nach Arztanordnung zeitnah bereitstellen oder organisieren. Dazu zählt auch das Vorhandensein von Materialien für einen Verbandwechsel unter hygienischen Bedingungen. Neben aktuellem Wissen muss auch genügend Zeit zur Versorgung der Menschen zur Verfügung stehen (Büscher, 2015b).

Die Pflegebedürftigen sollen in ihrer Eigenständigkeit gefördert, allerdings nicht überfordert werden. Somit kommt den Pflegefachkräften die Aufgabe zu, sich über das Befinden der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in ihrer Versorgungssituation zu erkundigen und bei drohender Überforderung entsprechende Maßnahmen selbst zu übernehmen (Büscher, 2015b).

Um die Selbstmanagementkompetenzen der Pflegebedürftigen zu fördern, benötigen diese Schulung und entsprechende Materialien, die ihnen die Pflegefachkräfte zukommen lassen sollten. Pflegefachkräfte benötigen methodische Kompetenzen im Bereich zielgruppenorientierter „Information, Beratung, Schulung und Anleitung“, damit den Menschen mit Pflegebedarf ermöglicht wird, aktiven Anteil an Entscheidungen über ihre Behandlung zu haben (Büscher, 2015b).

Alle Maßnahmen, die von unterschiedlichen Berufsgruppen erfolgen, müssen evaluiert und deren Ergebnisse dokumentiert werden (Büscher, 2015b). Der Heilungsverlauf der Wunde muss entsprechend evaluiert werden und die Wirksamkeit der Maßnahmen eingeschätzt werden. Eine Dokumentation von Veränderungen ist u. a. bei jedem Verbandwechsel vorzunehmen. Bei Bedarf muss eine speziell geschulte Fachkraft in den Beurteilungsprozess involviert werden. Zur Beurteilung können die bereits genannten Assessmentinstrumente erneut angewendet werden. Bei Auftreten von Verbesserungen oder Verschlechterungen der Gesamtsituation oder spezieller Bereiche, ist die Maßnahmeplanung entsprechend zu verändern (Büscher, 2015b).

Kritik

Die Methodik zum Entstehungsprozess und zur Einführung der Expertenstandards in der Pflegepraxis wird vom DNQP selbst als entwicklungsfähig angesehen. Außerdem wird benannt, dass wissenschaftlich fundierte Instrumente zur Messung der Qualität entwickelt werden müssen (Büscher, 2015a).

Bei den DNQP-Expertenstandards lagen der Entwicklungsprozess und die modellhafte Implementierung der Expertenstandards in der Praxis in den Händen des DNQP. Bei den Expertenstandards nach § 113a SGB XI (SGB XI) werden die Entstehung und die modellhafte Implementierung getrennt voneinander vorgenommen. Das DNQP kritisiert diese Trennung, da somit bei Auftreten von Problemen in der Implementierungsphase keine direkten Anpassungsvorgänge erfolgen können (Büscher, 2015a).

Kritik an dem Verfahren der Erstellung der Expertenstandards des DNQP äußerten Geraedts et al. (2011), da Menschen mit Pflegebedarf lange Zeit nur in der Rolle als Einreichende für Themenvorschläge eingebunden waren. Seit dem vierten Expertenstandard ist nun auch ein Patientenvertreter in der Expertenarbeitsgruppe eingebunden (Geraedts et al., 2011). Diese

Regelung findet auch in der ersten Aktualisierung des hier beschriebenen Expertenstandards Anwendung (Büscher, 2015b).

Kritisch diskutiert wird die Uneindeutigkeit des Begriffes Expertenstandard und deren Abgrenzung zu Handlungsleitlinien. Meyer und Köpke konstatieren, dass der Begriff Expertenstandard ein „Neologismus“ sei (Meyer & Köpke, 2006). Im aktuellen Methodenpapier „zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards“ vom Juni 2015 wird der Begriff Expertenstandard näher definiert.

„Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt.“ (Büscher, 2015a)

Es wurde bereits beschrieben, dass der DNQP mit seinen Expertenstandards keine konkreten Handlungsleitlinien an die Hand geben will. Diesem widerspricht Bölicke, der festhält, dass „hier thematisch wie methodisch eine Praxisleitlinie erstellt“ wurde (Bölicke, 2001). Aus diesen Gründen müsse die Bewertung der Qualität der Expertenstandards ähnlich einer Bewertung von Leitlinien erfolgen (Meyer, 2006).

Weiterhin stellen Bölicke und Schlegel den Sinn der Expertenstandards, die den aktuellen wissenschaftlichen Stand darlegen, grundsätzlich in Frage, da sich Pflege immer am aktuell anerkannten Erkenntnisstand ausrichte und die Einführung eines Expertenstandards somit keine Auswirkungen auf die Pflegepraxis haben sollte (Bölicke & Schlegel, 2009). Demgegenüber bedauert Meyer, dass häufig eine unkritische Übernahme der Expertenstandards in der Pflegepraxis erfolge (Meyer, 2006).

Kritisiert wird auch der kostenpflichtige Erwerb der Expertenstandards, da einige Expertenstandards sogar durch öffentliche Gelder finanziert wurden (Meyer, 2006).

Die monodisziplinäre Entwicklung der Expertenstandards stellt Meyer in Frage. Die bearbeiteten Themen in den Expertenstandards verdeutlichen das Erfordernis einer interdisziplinären Zusammenarbeit; daher könnten die allein durch Pflegefachkräfte entwickelten Standards Akzeptanzprobleme in der Praxis bei anderen Berufsgruppen hervorrufen und somit den Erfolg der Expertenstandards minimieren (Meyer, 2006).

Bekannt ist derzeit nicht, inwieweit die Einführung der Standards zu einer Verbesserung der Ergebnisse für die Pflegebedürftigen beitragen (Meyer, 2006). Pflegewissenschaftliche Studien zur Prüfung der Wirksamkeit des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ wurden in der vorliegenden Recherche nicht identifiziert.

Eine tiefere kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Expertenstandards im Allgemeinen nimmt Manfred Borutta (2012) in seiner Dissertationsschrift vor.

1.4 Rechtliche Aspekte

Die gesetzlichen Grundlagen zu dem Kennzeichen „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ gehen aus den Qualitätsanforderungen des elften Sozialgesetzbuches hervor. Die Qualitätsverantwortung nach § 112 SGB XI (SGB XI) liegt bei den Trägern der Einrichtungen, die ein Qualitätsmanagement durchführen müssen. Die Regelung zu den Expertenstandards in § 113a SGB XI (SGB XI) kommt in dem vorliegenden Standard nicht zur Anwendung, da er unabhängig von den hier beschriebenen Regularien entwickelt wurde. Sein Status ist vergleichbar mit einem vorweggenommenen Sachverständigengutachten (Böhme, 2001).

Zudem hat der „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege Verbindlichkeit erlangt, da seine Umsetzung in den Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 114 SGB XI (SGB XI) als Qualitätskriterium geprüft wird und nach § 115 SGB XI (SGB XI) veröffentlicht werden soll (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband, 2014a; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband, 2014b).

1.5 Gibt es Mindeststandards?

Gegenstand dieses Kennzeichens ist ein Expertenstandard, die Frage nach einem Mindeststandard also hier in gewisser Weise zirkulär. Hinzuweisen ist an dieser Stelle nur darauf, dass die Zielsetzung des Expertenstandards ein „professionell abgestimmtes Leistungsniveau darzustellen, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist“ (Büscher, 2015a) sich nicht gestuft darstellen lässt. Auf der Ebene von Struktur-, Prozess und Ergebniskriterien wird ein evidenzbasiertes Qualitätsniveau definiert. Dies zu unterschreiten würde bedeuten, eine pflegerische Leistung zu erbringen, die den aktuellen Wissensstand unbeachtet lässt.

Über die Aufnahme in den Prüfkatalog des MDK hat der „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ den Charakter eines formalrechtlichen Mindeststandard bekommen. Die Details des Standards sind in dem Kapitel zum „Stand der Literatur“ ausführlich beschrieben.

1.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die inhaltlichen Bestimmungen haben den Charakter von Standards, sind also oben aufgeführt. Nicht unwesentlich ist darüber hinaus die Frage der Umsetzbarkeit eines Expertenstandards. Im Konsentierungsprozess zur 1. Aktualisierung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ kamen verschiedentlich Rückmeldungen aus der Praxis, dass das beschriebene Qualitätsniveau aufgrund der Rahmenbedingungen in verschiedenen Settings nicht erreicht oder eingehalten werden kann. Die Autorengruppe hat sich mit Blick auf die Evidenzlage dagegen entschieden, das Qualitätsniveau abzusenken (Büscher, 2015b).

Dieses Spannungsfeld ist jedoch in den Blick zu nehmen und ggf. sind mit dem Ziel einer pflegerischen Versorgung nach dem aktuellen Stand der Kenntnis Ressourcen anzupassen.

1.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Die Qualitätsmessung kann hier verschiedene Ebenen betreffen.

- a) Die Messung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden
Hierzu sind im Expertenstandard selbst Ergebniskriterien ausgewiesen, die das jeweils anzustrebende Qualitätsniveau ausdrücken. Sie bewegen sich überwiegend auf der Outputebene (z. B. „eine individuelle, alltagsorientierte Maßnahmeplanung . . . liegt vor“, (Büscher, 2015b)) vereinzelt aber auch auf der Outcomeebene („Anzeichen für eine Verbesserung der durch die Wunde hervorgerufenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität oder der Wundsituation liegen vor“ (Büscher, 2015b))
- b) Die Messung der Umsetzung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Die Messung und Entwicklung der Qualität ist Bestandteil jedes Implementierungsprozesses eines Expertenstandards in der Pflege. Mithilfe eines vom DNQP zur Verfügung gestellten Audit-Instrumentes soll erhoben werden, inwieweit die Entwicklung der Pflege zu dem Thema vorangeschritten ist und welche Relevanz das Thema in der Einrichtung hat. Darauf aufbauend können weitere Qualitätsentwicklungsmaßnahmen erfolgen (Moers, Schiemann, & Stehling, 2009).

Das Audit beinhaltet die Überprüfung der pflegerischen Dokumentation, die Befragung des Personals und der pflegebedürftigen Menschen und wird von externen Projekt- oder Qualitätsmanagementbeauftragten, d. h. Beschäftigten außerhalb des zu prüfenden Wohnbereichs vorgenommen.

Die Erhebung der Daten soll zu 40 pflegebedürftigen Menschen mit einer chronischen Wunde erfolgen. Die Dokumentenanalyse umfasst insgesamt neun Items, z. B. „Sind im Rahmen von Anamnese und Assessment differenzierte Angaben zu wund- und therapiebedingten Einschränkungen erhoben worden“ oder „Wurde die systematische Ersteinschätzung und Dokumentation der Wunde von einer pflegerischen Fachexpertin durchgeführt?“

Bezogen auf die Daten der Menschen mit Pflegebedarf beinhaltet die Personalbefragung vier Items: z. B. „War es Ihnen möglich, die geplanten Maßnahmen mit den beteiligten Berufsgruppen zu koordinieren?“ Die Befragung der Pflegebedürftigen oder deren Angehörige ist in sechs Items aufgeteilt. Dazu gehört: „Sind Sie selbst an der Wundversorgung und weiteren Maßnahmen beteiligt?“ (Büscher, 2015b)

Das Audit-Instrument enthält zudem einen Fragebogen, mit dem das Pflegepersonal gezielt nach den Fortbildungen befragt werden soll, die in den letzten 24 Monaten zu dem Thema „Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ besucht wurden (Büscher, 2015b).

Kritik an dem beschriebenen Audit Instrument wird von Geraedts et al. 2011 vorgenommen. Sie benennen, dass die methodische Güte des Instruments insbesondere die Reliabilität

nicht überprüft wurde und fragen, inwieweit sich das Audit Instrument für den Nachweis der effektiven Einführung der Expertenstandards als nützlich erweist (Geraedts et al., 2011; Reiter et al., 2008).

1.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Eine Verbindung zu weiteren pflegerrelevanten Kennzeichen besteht zu:

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, Expertenstandard Schmerzmanagement, Expertenstandard Sturzprophylaxe, Expertenstandard Ernährungsmanagement, Medizinische Behandlungspflege, Aktivierende Pflege, Umsetzung Pflegeprozess, Pflegeplan, Dokumentation, Evaluation, Pflegefachlichkeit, Selbstbestimmung, Förderung sozialer Kontakte, Sicherheit, Selbstständigkeit, Förderung eigenständiger Lebensführung, Kommunikation, Beziehungsgestaltung (inkl. Aspekte der Pflegebeziehung), Individuelle Pflege, Förderung des Selbstvertrauens, Privatsphäre/Intimsphäre, Menschenwürde, Gesundheitsförderung/Prävention, Wertschätzung (Aufklärung), Unterstützung von Angehörigen, Teilhabe an der Gesellschaft, Pflegerische Beratung/Schulung/Eduktion, Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen, Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel, Hygiene, Personalentwicklung.

1.9 Literaturverzeichnis

- Böhme, H. (2001). Rechtliche Verbindlichkeit von nationalen Expertenstandards. *Die Schwester Der Pfleger*, 40 (12), 1054–1057.
- Bölicke, C. (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege Aktuell*. (2), 99.
- Bölicke, C., & Schlegel, K. (2009). Wie geht es weiter? Expertenstandards im neuen Pflegeversicherungsrecht. *Die Schwester Der Pfleger*, 48(3), 279–284.
- Borutta, M. (2012). *Wissensgenerierung und Wissenszumutung in der Pflege: Systemtheoretische Analyse am Beispiel der Einführung von Expertenstandards in der Altenpflege*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Burckhardt, M., Gregor, S., Kleijnen, J., Köpke, S., Kopp, I., Maier-Hasselmann, A., et al. (2012). *Leitlinienreport: Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere*.
- Büscher, A. (2015b). Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden: 1. Aktualisierung 2015.
- Büscher, A. (2015a). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards.
- Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (Ed.) (2012). *S3-Leitlinie 091-001 „Lokalthherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“*. Retrieved March 17, 2016, from http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001l_S3_Lokalthherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf.
- Geraedts, M., Holle, B., Vollmar, H. C., & Bartholomeyczik, S. (2011). Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege: Aktuelle Entwicklungen und Besonderheiten. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 185–193.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Ed.) (2014a). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung: Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege-Grundlagen*. Essen, Berlin. Retrieved March 01, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/transparenzvereinbarungen/2010-03-15_MDK-Anleitung_ambulant_12522.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Ed.) (2014b). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung: Grundlagen der Qualitätsprüfung nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege*. Essen, Berlin. Retrieved March 01, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/transparenzvereinbarungen/pvts_neu_ab_2014_01_01stationaer/2014_Pflege_Pruefgrundlagen_stationaer.pdf.
- Meyer, G. (2006). Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen. *Pflegezeitschrift*. (1), 34–38.
- Meyer, G., & Köpke, S. (2006). Expertenstandards in der Pflege: Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? *Gerontologie und Geriatrie*, 36, 211–216.
- Moers, M., Schieman, D., & Fierdag, A. (2004). Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege: DNQP. In *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*.
- Moers, M., Schieman, D., & Stehling, H. (2009). Implementierung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.: DNQP 2009. In *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden* (pp. 163–212).
- Panfil, E.-M. (2015). Vorwort zum aktualisierten Expertenstandard: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 2015. In *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung Osnabrück* (p. 3).
- Panfil, E.-M., & Halbig, C. (2015). Anlage zur Literaturstudie zum Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“, 1. Aktualisierung 2015.
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, W., Jäckel, H., & Döbler, K. (2008). QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 683–688.
- Schümmelfeder, F., Osterbrink, B., & Panfil, E.-M. (2015). Gesundheitspolitische Relevanz chronischer Wunden: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 2015. In *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung Osnabrück* (pp. 57–60).
- SGB XI (December 12, 2015). Retrieved March 17, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.

2 Erläuterungen zum Qualitätskennzeichen „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“

2.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen definiert?
- Welche Herausforderungen zeigen sich bei der Umsetzung?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

2.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Der „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurde in 2014, sieben Jahre nach Veröffentlichung der ersten Ausgabe, aktualisiert.

Die themenbezogene Forschungssituation hat sich seit Veröffentlichung des ersten Expertenstandards in 2007 gebessert, allerdings fehlen weiterhin Forschungen über Männer und im Allgemeinen über Menschen mit Harn(in)kontinenz (Hayder & Schnepf, 2014).

Viele Betroffene verschweigen aus Scham ihre Inkontinenzproblematik und nehmen es als normale Alterserscheinung wahr; daher ist es kaum möglich genaue Angaben zu den Prävalenzen zu machen (Büscher, 2014; Hayder & Schnepf, 2014).

Im Expertenstandard wurde folgendes Ziel formuliert: „Bei jedem Patienten/Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harninkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert“ (Büscher, 2014).

Im Rahmen einer ersten Anamnese muss die Pflegefachkraft die Situation einschätzen, wozu sie Fachkompetenz über Risikofaktoren und Anzeichen einer Harninkontinenz benötigt. Darüber hinaus muss sie die Kompetenz besitzen, das sensible Thema mit dem Pflegebedürftigen und/oder seinen Angehörigen zu besprechen oder Verhaltensveränderungen bei Menschen mit verminderten kognitiven Fähigkeiten deuten zu können (Büscher, 2014). Bei Vorliegen von Risikofaktoren oder Anzeichen muss eine differenzierte Beurteilung der (In)kontinenzsituation erfolgen. Das Miktionsprotokoll wird bei der differenzierten Beurteilung neben anderen Maßnahmen als wichtiges Instrument zur Einschätzung bewertet und im Expertenstandard ausführlich beschrieben. Die Kontinenzsituation kann mit sechs unterschiedlichen Kontinenzprofilen bestimmt werden (Büscher, 2014). Der Mensch mit Pflegebedarf legt sein Ziel (angestrebtes Kontinenzprofil) weitestgehend selbst fest. Die Maßnahmeplanung erfolgt im gesamten Team und gemeinsam mit dem Betroffenen. Die Einrichtung muss entsprechende Mittel zur Verfügung stellen, um die Anforderungen aus dem Expertenstandard umsetzen zu können (u. a. Verfahrensanweisungen, Mitarbeiterschulung, Personalplanung, Hilfsmittel). In einem Beratungsgespräch, das sich an die Pflegebedürftigen und/oder deren Angehörige richtet erläutert die Pflegefachkraft die Ergebnisse der (differenzierten) Einschät-

zung und bespricht gemeinsam Maßnahmen zur Vorbeugung, Beseitigung, Verminderung und/oder zum Ausgleich der Harninkontinenz und dem subjektiven Erleben der Situation durch die Betroffenen (Büscher, 2014). In einem individuell festzulegenden Zeitraum werden die Maßnahmen evaluiert und bei Bedarf angepasst.

Im Rahmen der Evaluierung des Expertenstandards zeigten sich verschiedene positive Effekte nach Einführung des Expertenstandards, die allerdings nicht statistisch signifikant waren (Wolke, 2006). Eine ökonomische Evaluation des Expertenstandards zeigte, dass seine Implementierung in einer Gegenüberstellung von Kosten und (wirtschaftlichem) Nutzen sinnvoll ist (Wolke, 2011).

Meyer und Köpke konstatieren eine Uneindeutigkeit des Begriffs Expertenstandard, da der Begriff ein „Neologismus“ sei (Meyer & Schlegel, 2006). Im aktuellen Methodenpapier „zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards“ vom Juni 2015 wird der Begriff Expertenstandard folgendermaßen definiert:

„Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt“ (Büscher, 2015b).

Das 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz überträgt in § 113a SGB XI die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards den Vertragspartnern auf der Bundesebene, also den Vertretern von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, übertragen. Jene Expertenstandards, die nach den Regularien § 113a SGBXI entwickelt werden und im Bundesanzeiger veröffentlicht wurden, erhalten unmittelbare Verbindlichkeit.

Der „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ wurde nach den Regularien des DNQP entwickelt, 2007 erstmals und 2014 in einer aktualisierten Fassung veröffentlicht. Sein Status ist vergleichbar mit einem vorweggenommenen Sachverständigenurteil (Böhme, 2001).

Zur Messung der Qualität des Expertenstandards kann das Audit-Instrument zu den Qualitätskennzeichen von Moers, Schiemann und Stehling genutzt werden, das auf Basis des standardisierten Audit-Instrument zum „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“ von Moers (2004) entwickelt wurde; Grundlage dafür bildete wiederum das Audit Instrument des Royal College of Nursing (Moers, Schiemann, & Fierdag, 2004).

2.3 Stand der Literatur

Der „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurde in 2014, sieben Jahre nach Veröffentlichung der ersten Ausgabe aktualisiert.

Die Formulierung des Expertenstandards erfolgt auf Grundlage von Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Innerhalb der Kriterien existieren verschiedene Ebenen (Risikoerschätzung, Maßnahmeplanung, Information, Schulung, Beratung, Koordination, Durchführung, Evaluation), die ähnlich wie der Pflegeprozess gegliedert sind (Büscher, 2015).

Der „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ gliedert sich in sechs Ebenen innerhalb der Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien (Büscher, 2014).

Alle Empfehlungen werden auf Basis von Studien und dem vorhandenen Expertenwissen gegeben und unterliegen keiner bestimmten Gradeinteilung. Der Expertenstandard des DNQP zeigt einen für alle einzuhaltenden Leistungsstand auf, beschreibt jedoch nicht konkrete Maßnahmen in bestimmten Situationen, wie es bei Versorgungsleitlinien der Fall ist (Büscher, 2014; Büscher, 2015).

Die Studienlage zur Thematik Harn(in)kontinenz in der Pflege ist recht uneinheitlich und in Teilen unzureichend, sodass Expertenbewertungen hohe Bedeutung haben und der Expertenstandard die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und das Wissen der Experten bündelt (Büscher, 2014).

Im Laufe der letzten Jahre zeigte sich, dass der in 2007 veröffentlichte „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ für höhere Aufmerksamkeit in Wissenschaft und Praxis zu dieser Thematik sorgte. Für das Thema der Harninkontinenz existieren nach Veröffentlichung der ersten Version insbesondere Abschlussarbeiten, die sich mit der Situationsbeschreibung von Betroffenen befassen. Es fehlt national und international an Forschung über Männer und im Allgemeinen zu Menschen mit Harn(in)kontinenz. Der Wirksamkeitsnachweis über Verbesserungen der Kontinenz und der Lebensqualität, genauso wie Kosten/Nutzen-Bewertungen und Forschungen über die Umsetzung von Kontinenzförderungskonzepten sind weiterhin unzulänglich (Hayder & Schnepf, 2014).

Die Umsetzung des Expertenstandards stellt hohe Anforderungen an die Pflege, insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Für Pflegeeinrichtungen kann die Umsetzung unter Umständen finanzielle Einbußen bedeuten, wenn durch fördernde pflegerische Maßnahmen, die mit einem verbesserten Kontinenzprofil bei Pflegebedürftigen einhergehen, die Pflegebedürftigkeit herabgesetzt wird. Das schambehaftete Thema der Harninkontinenz führt dazu, dass nicht alle Betroffenen entsprechende Hilfen erhalten und Beratungen nicht in angemessener Weise erfolgen. Viele Betroffene verheimlichen ihre Inkontinenz - auch weil sie diese als normale Alterungserscheinung werten. Aus diesen Gründen ist es sehr schwer, konkrete Prävalenzen zu benennen (Büscher, 2014; Hayder & Schnepf, 2014).

Der genannte Expertenstandard fokussiert erwachsene Personen und definiert die Harnkontinenz folgendermaßen: „In Anlehnung an die „International Continence Society“ ist Harninkontinenz jeglicher, unwillkürliche Harnverlust“ (Büscher, 2014). Eine präzisere Definition lautet: „Unter Kontinenz versteht die Expertenarbeitsgruppe die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren. Harnkontinenz beinhaltet weiterhin die Fähigkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren, um Hilfestellungen zu erhalten, wenn Einschränkungen beim selbständigen Toilettengang bestehen“ (Büscher, 2014).

Die Themen Stuhlinkontinenz und Pflege bei Urostoma werden im Expertenstandard nicht berücksichtigt. Es erfolgt keine tiefere Auseinandersetzung mit der „inkontinenzassoziierten Dermatitis“ (Büscher, 2014).

Als AnwenderInnen des Standards gelten Pflegefachkräfte (d. h. AltenpflegerInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen) aus ambulanter und stationärer Akut- oder Langzeitversorgung. Beratungen zur Harn(in)kontinenz erfolgen mittlerweile vermehrt auch in anderen Settings, sodass dieser Standard auch dort von Pflegefachkräften genutzt werden kann (Büscher, 2014).

Als Ziel des Expertenstandards wird formuliert: „Bei jedem Patienten/Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harninkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert“ (Büscher, 2014).

Die Umsetzung des Expertenstandards setzt eine interdisziplinäre Vorgehensweise voraus, die u. a. eine gemeinsame Einschätzung der Situation und Auswahl von Maßnahmen bedeutet. Das Management einer Einrichtung muss für geeignete Strukturen sorgen und den Pflegefachkräften die Möglichkeit geben, sich Wissen zur Thematik anzueignen. Des Weiteren ist in Verfahrensregelungen zu bestimmen, wie das Vorgehen in speziellen Fällen zu erfolgen hat (Büscher, 2014).

Die Pflegefachkraft muss Kompetenzen besitzen, die es ihr ermöglichen, pflegebedürftige Menschen mit Risikofaktoren und Hinweisen für die Entwicklung einer Harninkontinenz zu erkennen. Weiterhin benötigt sie kommunikative Kompetenzen, die es ihr ermöglichen, entsprechend der Situation mit dem Pflegebedürftigen Kontakt aufzunehmen und alle erforderlichen Informationen zur Einschätzung einzuholen.

Zu den Risikofaktoren zählen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder neurologische Ursachen, außerdem Beanspruchungen des Beckenbodens oder spezielle dauerhaft eingenommene Medikamente. Harnwegsinfektionen und Veränderungen in der Flüssigkeitsaufnahme können verantwortlich für ein zeitweises Auftreten einer Harninkontinenz sein. Bei Männern kann eine zu große Prostata mit entsprechender Operation und bei Frauen eine Veränderung der Gebärmutterlage oder -größe und deren Entfernung eine Harninkontinenz auslösen. Es zeigt sich, dass insbesondere weibliche Opfer sexualisierter Übergriffe ein höheres Risiko für eine Reizblase haben. Im Alter kann ebenfalls eine Harninkontinenz auftreten (Büscher, 2014). Weitere Faktoren, die die Entstehung einer Harninkontinenz begünstigen, betreffen die Umgebung und beziehen sich auf Schwierigkeiten in der „Erreichbarkeit, Nutzbarkeit und Zugänglichkeit von Toiletten“ (Büscher, 2014). Kognitive oder mobilitätsbedingte Einschränkungen können eine funktionelle Inkontinenz verursachen.

Innerhalb eines geschützten Rahmens sollte bereits im Anamnesegespräch zwischen Pflegebedürftigen und der Pflegefachkraft das Thema Harninkontinenz zur Sprache kommen. Im Expertenstandard sind spezielle Fragen dazu formuliert. Falls das Thema von den Pflegebedürftigen gemieden wird, ist es Aufgabe der Pflegefachkraft, auf Besonderheiten im Verhalten zu achten, die auf eine Kontinenzproblematik hinweisen können.

Wenn sich der gesundheitliche Zustand der pflegebedürftigen Person verändert hat, muss eine erneute Einschätzung vorgenommen werden. Zu beachten ist, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Ältere nach einer Krankenhauseinweisung oder Aufnahme in eine pflegerische Einheit eine Kontinenzproblematik neu entwickeln können. Im Krankenhaus ist eine erneute Situationseinschätzung in den ersten Tagen nach der Aufnahme erforderlich. In Pflegeeinrichtungen sollte dies innerhalb des ersten Monats erfolgen und anschließend in vierteljährlichem Rhythmus, falls keine anderen Gründe für frühzeitigere Beurteilungen vor-

liegen. Die Resultate sind zu dokumentieren und bei Vorliegen von Risikofaktoren und anderen Anzeichen eine differenzierte Beurteilung vorzunehmen (Büscher, 2014).

Die Einschätzung der Kontinenzsituation beinhaltet eine Miktions- und Trinkanamnese, wozu entsprechende Miktionsprotokolle, nach Bedarf eine Restharnbestimmung, ein Vorlagengewichtstest, eine Urinanalyse, eine Beurteilung der Medikation, eine Stuhlanamnese, eine körperliche Untersuchung und eine genauere Analyse der ermittelten Risikofaktoren aus der Erstanamnese zählen. Operationen und bereits erfolgte Behandlungen einer Harninkontinenz sind zu beachten, genauso wie das subjektive Erleben der pflegebedürftigen Person.

Zur individuellen Beurteilung der Kontinenzsituation durch die Pflege wurde ein Instrument mit sechs unterschiedlichen Kontinenzprofilen entwickelt. Die unterschiedlichen Profile lauten: „Kontinenz“, „Unabhängig erreichte Kontinenz“, „Abhängig erreichte Kontinenz“, „Unabhängig kompensierte Inkontinenz“, „Abhängig kompensierte Inkontinenz“ und „Nichtkompensierte Inkontinenz“. Unterschiede am Tag und in der Nacht müssen bei Bedarf gesondert aufgeführt werden (Büscher, 2014).

Die Einrichtung ist dafür verantwortlich, dass entsprechende Verfahrensregelungen existieren, die Zuständigkeiten klären und Vorgehensweisen beschreiben. Außerdem sollen Abläufe zur Kontinenzförderung beschrieben werden und die Pflegefachkraft die Berechtigung besitzen multidisziplinäre Maßnahmen zu organisieren. Bei Bedarf müssen entsprechend geschulte ExpertInnen zur differenzierten Einschätzung hinzugezogen werden (Büscher, 2014).

Um eine Beratung in den Einrichtungen vornehmen zu können sind Materialien zur Verfügung zu stellen, die zur Anschauung verwendet werden können. Schriftliche Informationsmaterialien und Hinweise zu Selbsthilfegruppen sind insbesondere bei PatientInnen mit kurzen Aufenthalten in Krankenhäusern sinnvoll einzusetzen (Büscher, 2014). Das Beratungsgespräch, das sich an die Pflegebedürftigen und deren Angehörige richten kann wird von der Pflegefachkraft geführt; bei Bedarf können andere Berufsgruppen hinzugezogen werden. Es beinhaltet Informationen über die Ergebnisse der (differenzierten) Einschätzung, gemeinsame Besprechung geeigneter Maßnahmen zur Vorbeugung, Beseitigung, Verminderung oder zum Ausgleich der Harninkontinenz und das subjektive Erleben der Situation durch die Betroffenen. Bei der Anwendung von Hilfsmitteln sind die einzelnen Produkte und deren Eigenschaften entsprechend zu erläutern; weitere Ansprechpartner in- und außerhalb der Institution sind zu nennen (Büscher, 2014).

Das anzustrebende (Pflege-)Ziel wird von dem Menschen mit Pflegebedarf nach entsprechender Information letztlich selbst bestimmt und ist häufig abhängig vom subjektiven Situationserleben.

Bei Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen, beispielsweise bei Demenz, ist auf entsprechende Verhaltensweisen zu achten, um Maßnahmen angemessen planen zu können. In die Planung sind alle anderen Berufsgruppen insbesondere Ärzte einzubeziehen. Das gesteckte Ziel muss der Situation angepasst und realistisch sein. Bei der Planung ist darauf zu achten, dass nicht nur kompensierende, sondern auch fördernde Maßnahmen einbezogen werden. Die Maßnahmen unterteilen sich in allgemeine Maßnahmen wie „Gewichtsreduktion, Flüssigkeitszufuhr, Darmmanagement, Förderung der Autonomie/Mobilität“ und spezielle Maßnahmen wie „Blasentraining, Toilettentraining, Beckenbodentraining“. Außerdem kann der Hilfsmiteinsatz wie „Ausscheidungshilfen, funktionell-anatomisch ableitende oder aufsaugende Hilfsmittel“ in die Maßnahmeplanung einfließen (Büscher, 2014).

Zur individuellen Betreuung der Pflegebedürftigen mit Harninkontinenz ist ein angepasster Personalschlüssel erforderlich. Außerdem sind geschlechtsspezifische Hilfsmittel zur Ausscheidung und entsprechende Ausstattungen (bspw. Haltegriffe, Toilettensitzerhöhung) zur Förderung der Harnkontinenz und Kompensation der Harninkontinenz bereitzustellen (Büscher, 2014).

Die Evaluationsergebnisse zeigen, ob sich die Kontinenzsituation und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessert haben; falls nicht, müssen Begründungen dafür beschrieben werden. Falls die Menschen mit Pflegebedarf entlassen werden, sind die Ergebnisse der Evaluation im Rahmen des Entlassungsmanagements an weiter versorgenden Kollegen weiterzureichen (Büscher, 2014).

Wirksamkeit des Expertenstandards

PflegewissenschaftlerInnen der Hochschule Esslingen nahmen eine Evaluierung des Expertenstandards in einer Einrichtung mit 250 Pflegeplätzen aus unterschiedlichen Bereichen vor. Innerhalb einer Fall-Kontroll-Studie sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden: „Wie viele Bewohner sind vor und nach der Einführung des Expertenstandards von Inkontinenz betroffen?“ „Wie stark ist die Inkontinenz vor und nach der Einführung des Expertenstandards ausgeprägt?“ „Wie hoch ist die individuelle Belastung durch die Inkontinenz vor und nach der Einführung des Expertenstandards?“ „Wie hoch ist die Lebensqualität für die Betroffenen vor und nach der Einführung des Expertenstandards?“ (Wolke, 2006).

Die Datenerhebungen erfolgten zum einen unmittelbar vor Einführung des Expertenstandards bei allen Pflegebedürftigen und zum anderen ein Jahr nach Einführung des Expertenstandards bei Aufteilung der Pflegebedürftigen in Interventions- und Kontrollgruppen.

Die Einführung des Expertenstandards hat nach dieser Untersuchung zu erkennbaren Verbesserungen geführt. Nach Einführung des Standards wurde in der Interventionsgruppe eine geringere subjektive Belastung der Pflegebedürftigen durch die Inkontinenz im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich. Es zeigte sich auch, dass die Prävalenzen der Harninkontinenz in der Interventionsgruppe geringer waren als in der Kontrollgruppe. Zudem konnte festgestellt werden, dass die Berufsgruppen achtsamer im Umgang mit dem Thema wurden. Allerdings waren die Zusammenhänge nicht statistisch signifikant. Es wird empfohlen, weitere Studien mit größerer Studienpopulation durchzuführen (Wolke, 2006).

Kosten-Nutzen-Analyse

In einer stationären Pflegeeinrichtung wurde für den „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ eine ökonomische Evaluation durchgeführt. Zur Evaluation wurden die Kosten (erforderlichen Ressourcen) dem (wirtschaftlichen) Nutzen gegenübergestellt (Wolke, 2011). Für den Zeitraum von drei Jahren ergaben sich Gesamtkosten von 58.032,34 Euro, die sich aus Opportunitätskosten und Ist-Kosten (z. B. Vergütungen für Schulungen) zusammensetzten. Die höchsten Kosten entstanden bei der Implementierung des Expertenstandards; im anschließenden Routinebetrieb fielen die Kosten geringer aus (Wolke, 2011). Der Nutzen wurde anhand der verminderten Zahl und dem Wert der verwendeten Inkontinenzmaterialien gemessen. Es zeigten sich signifikant messbare Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die Einsparungen lagen bei 13,50 Euro (25,2 %) pro Pflegebedürftigem und Monat (Wolke, 2011). Innerhalb dieser Kosten-Nutzen-Analyse bewertet

der Autor die Einführung des Expertenstandards als sinnvoll. Er verweist darauf, dass Allokationen in der Pflege nicht nur anhand der Kosten getroffen werden sollten, sondern der Nutzen (Effekte der Maßnahmen) genauso hoch bewertet werden müsse. Der Autor konstatiert weiteren Forschungsbedarf zu Kosten und Effekten im Rahmen einer ökonomischen Evaluation des Expertenstandards (Wolke, 2011).

Kritik

Die Methodik zum Entstehungsprozess und zur Einführung der Expertenstandards in der Pflegepraxis wird vom DNQP selbst als entwicklungsfähig angesehen. Außerdem wird benannt, dass wissenschaftlich fundierte Instrumente zur Messung der Qualität entwickelt werden müssen (Büscher, 2015).

Bei den DNQP-Expertenstandards lagen der Entwicklungsprozess und die modellhafte Implementierung der Expertenstandards in der Praxis in den Händen des DNQP. Bei den Expertenstandards nach § 113a SGB XI werden die Entstehung und die modellhafte Implementierung getrennt voneinander vorgenommen. Das DNQP kritisiert diese Trennung, da somit bei Auftreten von Problemen in der Implementierungsphase keine direkten Anpassungsvorgänge erfolgen können (Büscher, 2015).

Kritik an dem Verfahren der Erstellung der Expertenstandards des DNQP äußerten Geraedts et al. 2011, da Menschen mit Pflegebedarf lange Zeit nur in der Rolle als Einreichende für Themenvorschläge eingebunden waren. Seit dem vierten Expertenstandard ist nun auch ein Patientenvertreter in der Expertenarbeitsgruppe eingebunden (Geraedts, Holle, Vollmar, & Bartholomeyczik, 2011). Diese Regelung findet auch in der ersten Aktualisierung des hier beschriebenen Expertenstandards Anwendung (Büscher, 2015).

Kritisch diskutiert wird die Uneindeutigkeit des Begriffes Expertenstandard und deren Abgrenzung zu Handlungsleitlinien. Meyer und Köpke konstatieren, dass der Begriff Expertenstandard ein „Neologismus“ sei (Meyer & Schlegel, 2006). Im aktuellen Methodenpapier „zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards“ vom Juni 2015 wird der Begriff Expertenstandard näher definiert:

„Die nationalen Expertenstandards des DNQP sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt“ (Büscher, 2015).

Es wurde bereits beschrieben, dass der DNQP mit seinen Expertenstandards keine konkreten Handlungsleitlinien an die Hand geben will. Diesem widerspricht Bölicke, der festhält, dass „hier thematisch wie methodisch eine Praxisleitlinie erstellt“ wurde (Bölicke, 2001). Aus diesen Gründen müsse die Bewertung der Qualität der Expertenstandards ähnlich einer Bewertung von Leitlinien erfolgen (Meyer, 2006).

Weiterhin stellen Bölicke und Schlegel den Sinn der Expertenstandards, die den aktuellen wissenschaftlichen Stand darlegen, grundsätzlich in Frage, da sich Pflege immer am aktuell

anerkannten Erkenntnisstand ausrichte und die Einführung eines Expertenstandards somit keine Auswirkungen auf die Pflegepraxis haben sollte (Bölicke & Schlegel, 2009). Demgegenüber bedauert Meyer, dass häufig eine unkritische Übernahme der Expertenstandards in der Pflegepraxis erfolge (Meyer, 2006).

Kritisiert wird auch der kostenpflichtige Erwerb der Expertenstandards, da einige Expertenstandards sogar durch öffentliche Gelder finanziert wurden (Meyer, 2006).

Die monodisziplinäre Entwicklung der Expertenstandards stellt Meyer (2006) in Frage. Die bearbeiteten Themen in den Expertenstandards verdeutlichen das Erfordernis einer interdisziplinären Zusammenarbeit; daher könnten die allein durch Pflegefachkräfte entwickelten Standards Akzeptanzprobleme in der Praxis bei anderen Berufsgruppen hervorrufen und somit den Erfolg der Expertenstandards minimieren (Meyer, 2006).

Eine tiefere kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Expertenstandards im Allgemeinen nimmt Borutta (2012) in seiner Dissertationsschrift vor.

2.4 Rechtliche Aspekte

Die gesetzlichen Grundlagen zu dem Kennzeichen „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ gehen aus den Qualitätsanforderungen des elften Sozialgesetzbuches hervor. Die Qualitätsverantwortung nach § 112 SGB XI liegt bei den Trägern der Einrichtungen, die ein Qualitätsmanagement durchführen müssen (SGB XI). Die Regelung zu den Expertenstandards in § 113a SGB XI kommt in dem vorliegenden Standard nicht zur Anwendung, da er unabhängig von den hier beschriebenen Regularien entwickelt wurde. Sein Status ist vergleichbar mit einem vorweggenommenen Sachverständigengutachten (Böhme, 2001).

Zudem hat der „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege Verbindlichkeit dadurch erlangt, dass seine Umsetzung in den Pflegetransparenzvereinbarungen nach § 114 SGB XI als Qualitätskriterium geprüft wird und nach § 115 SGB XI veröffentlicht werden soll (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) & GKV-Spitzenverband, 2014a; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) & GKV-Spitzenverband, 2014b).

2.5 Gibt es Mindeststandards?

Gegenstand dieses Kennzeichens ist ein Expertenstandard, die Frage nach einem Mindeststandard also hier in gewisser Weise zirkulär. Hinzuweisen ist an dieser Stelle nur darauf, dass die Zielsetzung des Expertenstandards ein „professionell abgestimmtes Leistungsniveau darzustellen, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist“ (Büscher, 2015) sich nicht gestuft darstellen lässt. Auf der Ebene von Struktur-, Prozess und Ergebniskriterien wird ein evidenzbasiertes Qualitätsniveau definiert. Dies zu unterschreiten würde bedeuten, eine pflegerische Leistung zu erbringen, die den aktuellen Wissensstand unbeachtet lässt.

Über die Aufnahme in den Prüfkatalog des MDK hat der „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ den Charakter eines formalrechtlichen Mindeststandard bekommen. Die Details des Standards sind in dem Kapitel „Stand der Literatur“ ausführlich beschrieben.

Neben diesem genannten Expertenstandard hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie in 2014 eine aktualisierte Fassung einer S1 Leitlinie zur Harninkontinenz herausgegeben, die den geriatrischen Patienten im Blick hat. Wie der o.g. Expertenstandard fordert auch die Leitlinie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (Becher et al., 2014).

2.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Zur Umsetzung des Expertenstandards bedarf es einer in qualitativer und quantitativer Hinsicht ausreichenden personellen und sachlichen Ausstattung.

2.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Die Qualitätsmessung kann verschiedene Ebenen betreffen.

- a) Die Messung der pflegerischen Versorgung zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege

Hierzu sind im Expertenstandard selbst Ergebniskriterien ausgewiesen, die das jeweils anzustrebende Qualitätsniveau ausdrücken. Sie bewegen sich überwiegend auf der Outputebene (z. B. „Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz sind identifiziert“ (Büscher, 2014), vereinzelt aber auch auf der Outcomeebene („Das angestrebte Kontinenzprofil ist erreicht bzw. das bisherige erhalten“ (Büscher, 2014))

- b) Die Messung der Umsetzung des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“

Die Messung und Entwicklung der Qualität ist Bestandteil jedes Implementierungsprozesses eines Expertenstandards in der Pflege. Mithilfe eines vom DNQP zur Verfügung gestellten Audit-Instrumentes soll erhoben werden, inwieweit die Entwicklung der Pflege zu dem Thema vorangeschritten ist und welche Relevanz das Thema in der Einrichtung hat. Darauf aufbauend können weitere Qualitätsentwicklungsmaßnahmen erfolgen (Moers, Schiemann, & Stehling, 2009).

Das Audit beinhaltet die Überprüfung der pflegerischen Dokumentation, die Befragung des Personals und der pflegebedürftigen Menschen und wird von externen Projekt- oder Qualitätsmanagementbeauftragten, d. h. Beschäftigten außerhalb des zu prüfenden Wohnbereichs vorgenommen.

Die Erhebung der Daten soll zu 40 pflegebedürftigen Menschen mit Harnkontinenzproblemen erfolgen. Sie umfassen 14 Items, die anhand der Dokumentenanalyse und der Befragung von Pflegenden und Pflegebedürftigen erhoben werden sollen. Mittels Dokumentenanalyse soll u. a. folgende Fragen beantwortet werden: „Wurden im Rahmen der pflegerischen Anamnese Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz eingeschätzt?“, „Liegt

eine differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation vor?“, „Wurde dem Patienten/Bewohner (alternativ den Angehörigen) Beratung über geeignete Maßnahmen angeboten?“, „Liegt ein Maßnahmenplan zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils vor?“, „Wurde das angestrebte Kontinenzprofil erreicht?“

Bezogen auf die Daten der pflegebedürftigen Menschen beinhaltet die Befragung der Pflegenden zwei Items: „War es Ihnen möglich, die multidisziplinäre Behandlung zu koordinieren?“, „War es Ihnen möglich, die im Maßnahmenplan aufgeführten Interventionen durchzuführen?“

Die Befragung der Pflegebedürftigen oder deren Angehöriger ist in vier Items aufgeteilt: „Wurde Ihnen Beratung zum Umgang mit Problemen bei der Harnkontinenz angeboten?“, „Waren diese Informationen für Sie verständlich und ausreichend?“, „Erhielten Sie unverzüglich Unterstützung bei der Ausscheidung, wenn Sie darum gebeten haben?“, „Ist Ihre Kontinenzsituation stabil geblieben oder hat sie sich verbessert?“ (Büscher, Moers, & Stehling, 2014).

Das Audit-Instrument enthält zudem einen Fragebogen, mit dem das Pflegepersonal gezielt nach den Fortbildungen befragt werden soll, die in den letzten 24 Monaten zu dem Thema „Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ besucht wurden. Dieser beinhaltet zwölf Fragen, die mit ja oder nein zu beantworten sind. Es werden jeweils die Teilnahme und der zusätzliche Bedarf abgefragt. Abzufragen sind Fortbildungsthemen zur „Einschätzung von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Harninkontinenz“, „Differenzierte Einschätzung von Kontinenzsituationen und Beschreibung von individuellen Kontinenzprofilen“, „Beratung von Patienten/Bewohnern/Angehörigen“, „Maßnahmen zur Umsetzung von Kontinenzförderung bzw. zur Kompensation von Harninkontinenz“, „Zielgruppenspezifische Anwendung von Hilfsmitteln“, „Auswertung der Effektivität von Maßnahmen zur Kontinenzförderung bzw. Kompensation der Harninkontinenz“ (Büscher et al., 2014).

Kritik an dem beschriebenen Audit Instrument wird von Geraedts et al. 2011 vorgenommen. Sie benennen, dass die methodische Güte des Instruments insbesondere die Reliabilität nicht überprüft wurde und fragen, inwieweit sich das Audit-Instrument für den Nachweis der effektiven Einführung der Expertenstandards als nützlich erweist (Geraedts et al., 2011; Reiter et al., 2008).

2.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Eine Verbindung zu weiteren pflegerlevanten Kennzeichen besteht zu folgenden: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe, Expertenstandard Schmerzmanagement, Expertenstandard Sturzprophylaxe, Aktivierende Pflege, Umsetzung Pflegeprozess, Dokumentation, Evaluation, Pflegefachlichkeit, Selbstbestimmung, Förderung sozialer Kontakte, Sicherheit, Selbstständigkeit, Förderung eigenständiger Lebensführung, Kommunikation, Beziehungsgestaltung (inkl. Aspekte der Pflegebeziehung), Privatsphäre/Intimsphäre, Menschenwürde, Pflege-rische Beratung/Schulung/Eduktion (inkl. Einbeziehung soz. Umfeld, Kurse für pflegende Angehörige), Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen, Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel (inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen), Fortbildung, Hygiene, Personalentwicklung.

2.9 Literaturverzeichnis

- Becher, K., Bojack, B., Büntig, N., Ege, S., Hatzinger, M., Kirschner-Hermanns, R., et al. (2014). *Leitlinie Harninkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie - update 2014*.
- Böhme, H. (2001). Rechtliche Verbindlichkeiten von nationalen Standards. *Die Schwester Der Pfleger*, 40(12), 1054–1057.
- Bölicke, C. (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege Aktuell*, 2(99).
- Bölicke, C., & Schlegel, K. (2009). Wie geht es weiter? Expertenstandards im neuen Pflegeversicherungsrecht. *Die Schwester Der Pfleger*, 48(3), 279–284.
- Borutta, M. (2012). *Wissensgenerierung und Wissenszumutung in der Pflege: Systemtheoretische Analyse am Beispiel der Einführung von Expertenstandards in der Altenpflege*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Büscher, A. (2014). *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz: 1. Aktualisierung 2014*. Osnabrück.
- Büscher, A. (2015). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards.
- Büscher, A., Moers, M., & Stehling, H. (2014). Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. In Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.), *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. Osnabrück.
- Geraedts, M., Holle, B., Vollmar, H. C., & Bartholomeyczik, S. (2011). Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege: Aktuelle Entwicklungen und Besonderheiten. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 185–193.
- Hayder, D., & Schnepf, W. (2014). Vorwort zum aktualisierten Expertenstandard. In Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.), *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege* (pp. 3–4). Osnabrück.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), & GKV-Spitzenverband (Eds.) (2014a). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfung nach den §§ 114 ff SGB XI in der ambulanten Pflege*. Essen, Berlin. Retrieved March 01, 2016, from https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/2014_Pruefgrundlagen_ambulant_Lesezeichen.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), & GKV-Spitzenverband (Eds.) (2014b). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfung nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege*. Essen, Berlin. Retrieved March 01, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/transparenzvereinbarungen/pvts_neu_ab_2014_01_01stationaer/2014_Pflege_Pruefgrundlagen_stationaer.pdf.
- Meyer, G. (2006). Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen. *Pflegezeitschrift*, 1, 34–38.
- Meyer, G., & Schlegel, K. (2006). Expertenstandards in der Pflege: Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? *Gerontologie und Geriatrie*, 36, 211–216.
- Moers, M., Schieman, D., & Fierdag, A. (2004). Das Audit-Instrument zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege: DNQP. In Deutsches Netzwerk für Qualitätsent-

wicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.), *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*. Osnabrück.

- Moers, M., Schiemann, D., & Stehling, H. (2009). Implementierung des Expertenstandards Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. In Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.), *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden* (pp. 163–212).
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, W., Jäckel, H., & Döbler, K. (2008). QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 683–688.
- SGB XI (December 12, 2015). Retrieved January 19, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf.
- Wolke, R. (2006). Expertenstandard Kontinenzförderung: Studie belegt Wirksamkeit. *Die Schwester Der Pfleger*, 51(12), 564–567.
- Wolke, R. (2011). Kosten-Nutzen-Analyse zum Nationalen Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 16(1), 27–34.

3 Erläuterungen zum Kennzeichen „Medizinische Behandlungspflege“

3.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie ist „medizinische Behandlungspflege“ definiert?
- Wie wird die Abgrenzung von Grundpflege und medizinischer Behandlungspflege diskutiert?
- Welche alternativen Kategorisierungen von Pflege gibt es und wie werden diese diskutiert?
- Finden sich Hinweise auf eine Operationalisierung von Grundpflege/Behandlungspflege oder einer der alternativen Kategorisierung von Pflege im Hinblick auf Qualitätsmessung?

3.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Einteilung in Grund- und Behandlungspflege erscheint aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht sinnvoll. Einerseits ist die Abgrenzung problematisch, andererseits spiegelt die als höherwertig erachtete Behandlungspflege und die als weniger anspruchsvoll deklarierte Grundpflege die fachlichen Anforderungen nicht wider.

Die Verankerung der Begriffe in den Sozialgesetzbüchern V und XI haben gleichwohl eine hohe normierende Kraft entfaltet. Medizinische Behandlungspflege bedarf der ärztlichen Anordnung. Die Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sind in der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgelistet (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014).

Für die Qualitätsmessung zentral sind die pflegefachliche Qualifikation, Fort- und Weiterbildungen, Kommunikation mit dem Arzt sowie eine entsprechende Dokumentation.

3.3 Stand der Literatur

Historische Entwicklung des Begriffs Behandlungspflege

Der genaue Ursprung der heute gängigen Einteilung in Grund- und Behandlungspflege lässt sich nicht genau rekonstruieren. Eine frühe Kategorisierung pflegerischer Tätigkeiten von Virginia Henderson in „basic care“, Arztassistenten und Verwaltungsaufgaben (Henderson, 1966) hilft hier insofern wenig weiter, als das „basic care“ mit dem heutigen Verständnis von Grundpflege wenig gemein hat (Drerup, 1996; Müller, 1998). Während Grundpflege im heutigen Verständnis eher als eine Tätigkeit wahrgenommen wird, die auch ohne umfassende Kompetenzen übernommen werden kann, zielt „basic care“ eher auf den Kern professioneller

Pflege ab. Henderson fokussiert mit „basic care“ in erster Linie pflegerischen Aufgaben, die eigenständig wahrgenommen werden (Drerup, 1996; Müller, 1998).

Eichhorn, ein Krankenhausbetriebswirt, erstellte 1967 eine Gliederung für seine Krankenhausbetriebswirtschaftslehre. Er nimmt eine erste Definition von Grundpflege und Behandlungspflege vor und führte damit eine erste Hierarisierung ein. Die Behandlungspflege gilt fortan als höherwertig, die Grundpflege als weniger anspruchsvoll und weniger bedeutsam (Drerup, 1996).

Juchli entwickelt 1971 eine weitaus umfassendere Beschreibung was das Tätigkeitsfeld und den Aufgabenbereich der Krankenpflege angeht (Juchli & Högger, 1971). Sie nimmt unter anderem eine Aufteilung in Grundpflege, Behandlungspflege und spezielle Pflege vor. Juchli behält die Aufteilung in Grundpflege und Behandlungspflege bis 1983 bei. Ab da orientierte sie sich jedoch an den Lebensaktivitäten von Nancy Roper (Drerup, 1996).

Alternative Kategorisierungen von Pflege

Neben der Einteilung in Grund- und Behandlungspflege gibt es noch weitere Möglichkeiten den Pflegebegriff zu kategorisieren. Eine Option bietet die Einteilung in direkte und indirekte Pflege. Unter direkter Pflege werden alle Handlungen und Maßnahmen verstanden, welche direkt am und mit dem betroffenen Menschen durchgeführt werden. Die direkte Pflege orientiert sich inhaltlich an den 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) der fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel. Aus jedem einzelnen AEDL-Bereich leiten sich die jeweiligen Aufgabenbereiche ab, welche dann durch Pflegefachkräfte und Pflegekräfte praktische Umsetzung finden. Bei den indirekten Tätigkeiten handelt es sich um Aufgaben in Bereichen wie Pflegemanagement, Pflegeorganisation, Dokumentation, Praxisanleitung/Begleitung und Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Die indirekten Aufgaben dürfen nicht losgelöst von den direkten betrachtet werden, da sie einen unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der direkten Pflegeleistungen haben können (Krohwinkel, 2008).

Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) schlägt vor, statt von Behandlungspflege von „Mitarbeit bei ärztlicher Therapie und Diagnostik“ zu sprechen, da es sich nicht um Pflege im engeren Sinne handele. Bei der Mitarbeit bei der medizinischen Therapie kommt der Pflege auch nur eine Durchführungsverantwortung zu (Müller, 2001).

Jenseits definitorischer Anstrengungen stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit dieser Aufteilung. Dazu Igl schon 1998:

„Die bisherige im Recht verankerte Aufteilung in Grund- und Behandlungspflege entspricht nicht den neueren pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und ist finanzierungsrechtlichen Differenzierungen und einer medizinentrierten Sicht der Pflegeverrichtungen geschuldet. ‚Die Differenzierung von Grund- und Behandlungspflege ‚vergisst‘ die planenden, überwachenden und evaluierenden Anteil der Pflegetätigkeit. Eine neue gesetzliche Beschreibung des Tätigkeitsbereiches der Pflegeberufe und damit korrespondierend die sozialrechtlichen Anspruchsnormen sollten zu einer differenzierteren Begrifflichkeit finden und die Begriffe Grund- und Behandlungspflege möglicherweise ganz aufgeben“ (Igl, 1998)

Formalrechtliche Definition von Behandlungspflege

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Pflege definiert Behandlungspflege als „Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegkräfte delegiert werden können“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014).

§ 37 SGB V folgend, ist Behandlungspflege dadurch gekennzeichnet, dass

„diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“ (SGB V).

Die Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sind in der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgelistet. Dazu gehören: Absaugen, Anleitung bei der Behandlungspflege, Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten, Blasenspülung, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Dekubitusbehandlung, Überprüfen und Versorgen von Drainage, Flüssigkeitsbilanzierung, Umgang mit Infusionen, Durchführung von Inhalationen, Injektionen und Instillationen, Versorgung eines suprapubischen Katheters, Katheterisierung der Harnblase, spezielle Krankenbeobachtung, Legen und Wechseln von Magensonden, Medikamentengabe, Versorgung einer perkutanen endoskopischen Gastrotomie, spezielle Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege, Stomabehandlung, Wechsel und Pflege der Trachealkanüle und Wundversorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014).

Durchführung der medizinischen Behandlungspflege

Anders als der Titel vermuten lässt, regelt § 37 SGB V „Häusliche Krankenpflege“ auch die medizinische Behandlungspflege jenseits der Häuslichkeit.

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist . . . Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben“ (SGB V).

Unabhängig von der Frage des Ortes der Leistungserbringung gilt, dass die Leistung in der „fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ § 135a SGB V muss. Die Einhaltung des fachlichen Qualitätsniveaus darf auch durch die Delegation von pflegender Tätigkeiten auf PflegehelferInnen nicht in Frage gestellt werden.

Böhme stellt einen Vergleich bezüglich der Altenpflege und der Krankenpflege an, und kommt zu dem Ergebnis, dass die Ausbildungsinhalte durchaus vergleichbar sind. Eine examinierte Altenpflegefachkraft hat ebenfalls ausreichend Kenntnisse, um ausgewählte medizinische Behandlungspflegen kompetent durchführen zu können (Böhme, 2015). Ebenso verhält es sich mit den Ausbildungsinhalten der Altenpflegehilfe und Krankenpflegehilfe. Somit

liegt, Böhme zufolge, kein expliziter Grund vor, zwischen der Altenpflege und der Krankenpflege signifikante Differenzen zu suchen. Vielmehr sollte die Sichtweise dahingehend modifiziert werden, dass einerseits Teile der Behandlungspflege ebenfalls von Personen aus den Helferberufen erlernbar und praktisch umsetzbar sind und andererseits Inhalte der Grundpflege auf ihre Komplexität hin zu überprüfen und ggf. als nicht delegierbar einzuschätzen sind (Böhme, 2015).

Laut Böhme können auch Personen, die nicht als Pflegefachkraft anerkannt sind, in die Lage versetzt werden, medizinische Behandlungspflege entsprechend der Leistungsgruppe 1-2 – gemeint ist damit die einfache medizinische Behandlungspflege – durchzuführen (Böhme, 2015). Als ausschlaggebend sieht Böhme die Bestimmung in § 37 SGB V, nach der die medizinische Behandlungspflege erst dann an Pflegefachpersonal abgegeben wird, wenn der Betroffene selbst oder ein anderweitiges Mitglied aus der Familie nicht dazu in der Lage ist. (Böhme, 2015).

Böhme fasst in seinen Ausarbeitungen die notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung delegierter Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege wie folgt zusammen (Böhme, 2014). Betreuungskräfte – darunter versteht er alle Personen aus dem Gesundheitsbereich ohne Qualifikation einer Pflegefachkraft – müssen die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen vermittelt bekommen, welche die technische Vorgehensweise erläutert. Sie müssen darüber hinaus Kenntnisse in einem ausreichenden Maß bezüglich entsprechender Wirkungen, Nebenwirkungen sowie deren dazugehörige Symptomatik erlangen. Um dies für beide Seiten verbindlich und nachweisbar zu dokumentieren, muss ein schriftlicher Nachweis geführt werden. Daraus muss eindeutig hervorgehen, über welche Maßnahme fundierte theoretische und praktische Kenntnisse bezüglich der Maßnahme selbst mit Symptomen, Wirkungen, Nebenwirkungen und Notfallmaßnahmen, ggf. der benötigten Hilfsmittel sowie den notwendigen Hygienemaßnahmen, vermittelt wurden. Je nach Art der delegierten Maßnahme, variiert der Umfang der zu vermittelnden Kenntnisse und Fähigkeiten. Dies ist sowohl mit Datum, Name, Unterschrift von demjenigen zu unterzeichnen, welcher die Schulung erhalten als auch von demjenigen, welcher die Kenntnisse vermittelt hat (Böhme, 2014).

Trotz Schulung und Anleitung muss jedoch zwischen delegierbaren und nicht delegierbaren Maßnahmen differenziert werden. Zur erst genannten Gruppe zählt der Autor unter anderem die Blutdruckmessung, die Blutzuckermessung, das Anziehen- als auch das Ausziehen der Kompressionsstrümpfe sowie der Kompressionsstrumpfhosen, die Versorgung einer PEG-Sonde, das Verabreichen einer subkutan Injektion oder die Inhalation. Wohingegen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege wie Spülungen, Installationen der PEG-Sonde, fachliche Beurteilung der Wundverhältnisse, intramuskuläre Injektion, Katheter legen, Versorgung einer Trachealkanüle zur Gruppe der nicht delegierbaren Maßnahmen gehören (Böhme, 2014).

3.4 Rechtliche Aspekte

Häusliche Krankenpflege kann die Form der Krankenhausvermeidungspflege sowie der Sicherungspflege haben. Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst dann neben der Behandlungspflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Wenn das Ziel darin besteht, die vertragsärztliche Versorgung mit Unterstützung häuslicher Krankenpflege sicher-

zustellen, handelt es sich definitorisch um eine Sicherungspflege. Um verrichtungsbezogenen krankheitsspezifische Leistungen zu erhalten, muss keine andauernde Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014). Häusliche Krankenpflege entsprechend § 37 SGB V ist nur dann verordnungsfähig, sofern keine Angehörigen oder die Betroffenen selbst die Maßnahmen übernehmen können.

Die Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sind in der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgelistet (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014).

3.5 Gibt es Mindeststandards?

Der formalrechtliche Mindeststandard ist in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege festgelegt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014). Zu den jeweiligen Maßnahmen ergeben sich die fachlichen Standards aus dem jeweiligen aktuellen Stand der Wissenschaft.

3.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Eine medizinische Behandlungspflege unterliegt in jedem Fall einer ärztlichen Anordnung.

3.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Für die Qualitätsmessung zentral sind die pflegefachliche Qualifikation, Fort- und Weiterbildungen, Kommunikation mit den ÄrztInnen sowie eine entsprechende Dokumentation.

Zum einen müssen Pflegende befähigt werden, medizinische Behandlungspflege durchführen und anwenden zu können. In welchem Umfang werden Fortbildungen zum Thema medizinische Behandlungspflege angeboten?

Zum anderen sollte betrachtet werden, ob und wie die Maßnahmen und Tätigkeiten der medizinischen Behandlungspflege in den unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt bzw. delegiert werden:

- Welche Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sind vertragsrechtlich vereinbart?
- Welche Verfahren und Anleitungen werden angeboten, die dazu berechtigen medizinische Behandlungspflege durchzuführen?
- Wie erfolgt die Kommunikation mit den ÄrztInnen und wie erfolgt eine entsprechende Dokumentation?
- Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass die Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege dokumentiert und evaluiert werden?

3.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Aspekte stehen mit der medizinischen Behandlungspflege in Beziehung: Selbstbestimmung, Sicherheit, Verantwortliche Pflegefachkraft, Pflegefachlichkeit, Fort- und Weiterbildung, internes und externes Qualitätsmanagement, Personalentwicklung.

3.9 Literaturverzeichnis

- Böhme, H. (2014). Behandlungspflege durch Heilerziehungspfleger? *Die Schwester Der Pfleger*, 53(4), 402–404.
- Böhme, H. (2015). Altenpflegehelfer in der Behandlungspflege? *Die Schwester Der Pfleger*, 54(4), 90.
- Drerup (1996). Grund- und Behandlungspflege: Zwei Begriffe - in oder out? *Pflegen Ambulant*, 7(1), 32–34.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege: (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)*. Retrieved March 20, 2016, from https://www.g-ba.de/downloads/62-492-924/HKP-RL_2014-07-17.pdf.
- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications, Practice, Research, and Education*. New York: Macmillan Company.
- Igl, G. (1998). *Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vor-behaltene Aufgabenbereiche*. Eschborn u. a.
- Juchli, L., & Högger, B. (1971). *Umfassende Krankenpflege*. Stuttgart.
- Krohwinkel, M. (2008). *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranke: Fördernde Prozesspflege als System* (3rd ed.). Bern: Huber.
- Müller, E. (1998). Grundpflege und Behandlungspflege.: Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. *Pflege und Gesellschaft*, 3(2), 1–29.
- Müller, H. (2001). *Arbeitsorganisation in der Altenpflege*. Retrieved March 20, 2016, from http://pflegen-online.de/download/Mueller_12-18.pdf.
- SGB V (February 17, 2016). Retrieved March 21, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/.

4 Erläuterungen zum Kennzeichen „Dokumentation“

4.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen Dokumentation in der ambulanten und stationären Pflege definiert?
- Welche Standards oder Richtlinien existieren im Bereich der Dokumentation in der Pflege?
- Welche Probleme oder Herausforderungen existieren im Bereich der Dokumentation in der Pflege?
- Inwieweit kann das Kennzeichen Dokumentation als Indikator für Qualitätsmessung gesehen werden?

4.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Dokumentation hat zum Ziel, den pflegerischen Prozess abzubilden, dient der Kommunikation sowie Information, erfüllt rechtliche Aspekte und ist ein Instrument der Qualitätssicherung und Leistungsabrechnung (Bachem et al., 2014; Bartholomeyczik & Morgenstern, 2004; Keitel, 2007). Sie beansprucht im Pflegealltag einen relevanten Teil der täglichen Arbeitszeit.

Das Erlernen der Dokumentation ist Bestandteil der pflegerischen Ausbildung und in den Berufsgesetzen der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verankert. Die Rahmenrichtlinien hinsichtlich der Dokumentation ergeben sich neben fachlichen Erfordernissen hauptsächlich aus den Sozialgesetzbüchern XI und V sowie aus den landesgesetzlichen Regelungen zum Betrieb eines Heimes. Aktuell wird ein neu entwickeltes Strukturmodell zur Pflegedokumentation erprobt, das im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes mit dem Ziel der Effizienzsteigerung entwickelt worden ist (Beikirch, Breloer-Simon, Rink, & Roes, 2014).

Der zunehmende Technikeinsatz in der Pflege und auch die Anwendung von Klassifikationssystemen wirken sich in unterschiedlicher Weise auf die pflegerische Dokumentation aus. Während es einerseits Hinweise darauf gibt, dass der Einsatz von Klassifikationssystemen die Qualität pflegerischer Dokumentation verbessert (Müller-Staub, 2004a), wird die Einführung digitaler Pflegedokumentation von professionell Pflegenden konträr bewertet (Meißner & Schnepf, 2014).

Aus der Literatur gehen unterschiedliche Probleme im Umgang mit der Dokumentation in der pflegerischen Praxis hervor. In Studien werden Unstimmigkeiten und Unsicherheiten dargestellt (Jefferies, Johnson, & Griffiths, 2010; Urquhart, Currell, Grant, & Hardiker, 2009; Wang, Hailey, & Yu, 2011). Die Qualität des Kennzeichens „Dokumentation“ kann anhand des pflegewissenschaftlich entwickelten Q-DIO Instrumentes gemessen werden, wobei pflegerische Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse überprüft werden (Müller-Staub et al., 2010). Das

Kennzeichen „Dokumentation“ hat eine große Bedeutung für den pflegerischen Alltag, so dass es mit verschiedenen Kennzeichen von Pflege in Beziehung steht.

4.3 Stand der Literatur

Die Dokumentation stellt im ambulanten und stationären Pflegesektor ein wesentliches Aufgabengebiet der beruflich Pflegenden dar und erfüllt unterschiedliche Funktionen.

Sie soll prinzipiell der professionellen pflegerischen Versorgung der Menschen dienen und den Pflegeprozess abbilden. Vornehmlich wird sie als Kommunikations- und Informationsinstrument eingesetzt. Des Weiteren dient sie der Qualitätssicherung und der rechtlichen Absicherung. Die Dokumentation erfolgt auf der Grundlage fachlicher Erfordernisse und gesetzlicher Vorgaben (Bartholomeyczik & Morgenstern, 2004). Im ambulanten Sektor wird sie unter anderem zur Abrechnung der erbrachten Leistungen herangezogen (Bachem et al., 2014; Keitel, 2007).

Uruquhart et al. (2009) definieren die pflegerische Dokumentation wie folgt: “Nursing documentation is defined as the record of nursing care that is planned and given to individual patients and clients by qualified nurses or by other caregivers under the direction of a qualified nurse”.

Pflegerische Dokumentation ist so verstanden die Aufzeichnung geplanter individueller Pflege, die von einer qualifizierten Pflegeperson oder unter deren Anleitung durch andere Pflegenden erfolgt. Die Dokumentation beginnt mit der Neuaufnahme eines pflegebedürftigen Menschen in die ambulante oder stationäre Pflege und muss im weiteren Pflegeprozess fortlaufend erfolgen (Die Bundesregierung & Statistisches Bundesamt, 2013).

Digitalisierung der Pflegedokumentation

Der steigende Einsatz von Technik in der Pflege hat unter anderem dazu geführt, dass viele ambulante und stationäre Einrichtungen ihre papierbasierte Pflegedokumentation digitalisiert haben oder derzeit eine Umstellung vornehmen.

Als Ziel der Digitalisierung werden prozess- und qualitätssichernde Maßnahmen genannt (Beikirch et al., 2014; Hößl, 2012; Liedke, 2015; Weiß et al., 2013). Weitere Begründungen sind die Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsqualität, Zeitersparnisse und eine verbesserte Dokumentationsqualität. Die digitalisierten Daten können einrichtungsintern von allen Bereichen genutzt oder auch sektorenübergreifend abgerufen werden. Sie können zusammengeführt und für statistische Zwecke genutzt werden und Basis für politische Entscheidungen sein. In dem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem verspricht der Einsatz von Computertechnik eine schnelle Kommunikation relevanter Daten sowie deren unterstützende Strukturierung (Hülsken-Giesler, 2010; Meißner & Schnepf, 2014).

Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführte Studie zur Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme weist darauf hin, dass im Kontext pflegerischer Versorgung im ambulanten Bereich unterschiedliche elektronische Informations- und Dokumentationssysteme eingesetzt werden, die in drei Untergruppen eingeteilt werden können. Die erste Gruppe stellen elektronische Dokumentationssysteme dar, mit denen die Informationen zur Pflege erfasst werden können. Im ambulanten Pflegebereich

wird der Vorteil eines elektronischen Dokumentationssystems darin gesehen, dass bei cloud- oder webbasierenden Systemen ein Zugriff allerorts und zu jeder Zeit möglich ist. Zudem ist bei individueller Zugangsberechtigung eine Rückverfolgung möglich, was bei rechtlichen Klärungen hilfreich sein kann. Der direkte Nutzen einer elektronischen Dokumentation wird vor allem bei dem Pflegedienst selbst und weniger bei den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen gesehen. Im Sinne eines indirekten Nutzens wäre das Einsichtsrecht der Pflegebedürftigen bei der elektronischen Dokumentation einfacher umzusetzen. Bisher werden die Kosten für die elektronischen Dokumentationssysteme von den Einrichtungen selbst getragen. Für eine mögliche Kostenübernahme durch die gesetzlichen Pflegeversicherungen fehlen aussagekräftige Studien, die sich mit der Effizienz der Systeme auseinandersetzen (Weiß et al., 2013).

Zur zweiten Gruppe gehören elektronische Dokumentationssysteme mit intelligenten Eingabeinterfaces. Diese stellen eine Erweiterung der vorher genannten elektronischen Dokumentationssysteme dar und ermöglichen eine umfassende Informationserfassung. Die Dateneingabe erfolgt hier z. B. mittels digitalen Stift, stationären oder mobilen Endgeräten und/oder Sensoren (z. B. Spracherkennung), die automatisch Einträge erzeugen (Beikirch et al., 2014; Weiß et al., 2013). Die Dokumentation kann direkt bei dem Pflegebedürftigen vor Ort erfolgen. Erwartet werden zeitliche Vorteile sowie eine Verringerung von Fehldokumentationen im Vergleich zu den traditionellen digitalen Systemen (Weiß et al., 2013).

Bei der dritten Gruppe handelt es sich um Systeme zur Vernetzung der Versorger. Bedarfsgerecht sollen Informationen an technologieunterstützte Dienstleister zum Thema Einkauf, Kochen, Reinigung etc. und professionelle Pflegeanbieter gelangen. Die Plattformen unterstützen auch den Informationsaustausch und die Dokumentation für die informelle Pflege oder die Durchführung von Schulungen. Angestrebt wird die Vernetzung von Pflege, Medizin, Hauswirtschaft und dem Betreuungsumfeld, um letztlich eine ganzheitliche Versorgung im häuslichen Umfeld sicherzustellen. Erwartet wird, dass das Verantwortungsgefühl und die Adherence der Pflegebedürftigen und Angehörigen durch deren Einbeziehung in die Vernetzung gefördert werden (Weiß et al., 2013).

Unterstützt durch die Einführung elektronischer Dokumentationssysteme halten Klassifikationssysteme zur Abbildung pflegerischen Handelns verstärkt Einzug in die Pflegedokumentation.

Eine Pflegeklassifikation soll das Wissen und den Verantwortungsbereich der Pflege abbilden und systematisieren. Mit der Einführung digitalisierter Dokumentation wird eine Eindeutigkeit in der Formulierung pflegerischer Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse zunehmend wichtiger. Eine einheitliche Sprache ermöglicht zudem, innerhalb der Berufsgruppe sowie nach Außen Leistungen deutlich und nachvollziehbar zu machen und fördert die Professionalisierung der Pflegenden (Müller-Staub, 2004a; Saba, 2010; Schönau, 2009). Unter den verschiedenen Klassifikationssystemen ist die NANDA-I (NANDA international) die Klassifikation der Pflegediagnosen, die bisher weltweit am häufigsten angewendet und untersucht wurde. Die Klassifikation beansprucht, das gesamte Gebiet der Pflege einzubeziehen. Korrespondierend zu NANDA-I-Diagnosen wurden Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse klassifiziert. Die entsprechenden Klassifikationssysteme sind die Pflegeinterventionsklassifikation (NIC = Nursing Interventions Classification) (Bulechek et al., 2016) und die Pflegeergebnisklassifikation (NOC = Nursing Outcomes Classification) (Moorhead et al., 2013). Daneben sind eine Vielzahl weiterer Klassifikationssysteme entwickelt worden (Müller-Staub, 2004a; s. Stem-

mer, 2006). Verschiedene Studien zeigten, dass sich mit der Einführung der NANDA-I, NIC-, NOC-Klassifikationssysteme die Qualität der Pflegedokumentation verbesserte (Müller-Staub, 2004a; Müller-Staub, 2004b).

Zu den Kritikpunkten zählt die Vermutung, dass eine Klassifizierung und Standardisierung der Pflegediagnosen negative Auswirkungen auf die individuelle Pflege haben könnte (Müller-Staub, 2004b).

Herausforderung Pflegedokumentation

Die Qualität der Pflegedokumentationen ist different. In Übersichtsarbeiten werden Unsicherheiten oder Unstimmigkeiten bei der pflegerischen Dokumentation thematisiert (Jefferies et al., 2010; Wang et al., 2011).

Nach Wang et al. (2011) wird der Fokus pflegerischer Dokumentation sehr häufig auf medizinische Aspekte gelegt, wohingegen psychosoziale, kulturelle, soziale oder spirituelle Aspekte häufig fehlen oder ungenügend dargestellt werden. Die Dokumentation biographischer Angaben wie Patientenbedürfnisse, Vorlieben oder frühere Gewohnheiten werden ebenfalls unzureichend beschrieben und es wird nur selten dokumentiert, wenn Menschen mit Pflegebedarf zu bestimmten Themen beraten oder geschult wurden. Zudem besteht Verbesserungsbedarf bei der Dokumentation in Bezug auf die Schrittfolge des Pflegeprozesses, ebenso wie bei der Verwendung standardisierter Terminologien. Ferner waren die Formulierung und der Zeitpunkt der Dokumentation in Teilen inadäquat; die Dokumentation war unvollständig, nicht lesbar oder spiegelte die Pflege nicht wider (Wang et al., 2011).

Eine deutsche Studie, die die Qualität der Pflegedokumentation in 26 Frankfurter Pflegeeinrichtungen anhand eines standardisierten Instrumentes untersuchte, zeigt, dass zwar das Assessmentergebnis am häufigsten dokumentiert wird (darin insbesondere die Angaben zu den Hilfsmitteln), dass aber die Bewohnerperspektive nur in wenigen Dokumentationen beschrieben sichtbar wird. Die Planung der Pflege weist in etwa 50 % der Fälle einen Bezug zum Assessment auf. Eine Formulierung von Pflegezielen wird aber nur selten vorgenommen oder war nur ansatzweise erkennbar. Maßnahmen werden in fast allen Dokumenten geplant, wenn auch in weiten Teilen nur unter Angabe der Pflegemethoden, die nicht immer eindeutig formuliert sind. Der Pflegebericht ist teilweise nicht vorhanden oder unvollständig und bildet den Pflegeprozess nicht oder nicht ausreichend ab. Angaben zur Evaluation der Pflegemaßnahmen gehen aus den Pflegedokumentationen am seltensten hervor. Häufig sind Formulierungen in der Pflegeplanung und im Pflegebericht wenig aussagekräftig oder eindeutig. Die Ergebnisse zeigen, dass die Qualität der Dokumentationen einerseits abhängig ist von der qualitativen (Kompetenzen der einzelnen Pflegepersonen) und quantitativen (Anzahl der Pflege(-fach)-personen) Ausstattung (Bartholomeyczik & Morgenstern, 2004).

Ursachen mangelnder Dokumentation liegen einer Zusammenfassung von Jefferies et al. (2010) folgend darin, dass den Pflege(-fach)-personen der Zweck der Dokumentation nicht deutlich ist, Unwissenheit darüber besteht, inwieweit pflegerische Aspekte dokumentiert werden müssen, die bereits in der Pflegeplanung notiert wurden oder ob die verrichtete Arbeit dokumentiert werden soll. Außerdem herrscht Unklarheit darüber, wie die Dokumentation erfolgen muss, damit die Belange der PatientInnen abgebildet werden (Jefferies et al., 2010).

Wie oben bereits genannt, wird die Digitalisierung der Pflegedokumentationen zu einem immer größeren Thema in den pflegerischen Einrichtungen. In einer Übersichtsarbeit von

Meißner & Schnepf (2014) wird der leichtere Zugang zu Informationen (wie der schnelle Überblick zu Stammdaten, Diagnosen oder zu pflegerischen Aktivitäten) als Vorteil genannt, der sich u. a. in Zeitersparnis niederschlagen kann. Zudem ist die digitalisierte Dokumentation besser lesbar als handschriftlich verfasste Dokumente. Aus Sicht vieler Pflegenden führt eine digitalisierte Pflegedokumentation zu einer Verbesserung der Pflegequalität, da die Verfügbarkeit umfassender Informationen eine ganzheitliche Sicht auf die Menschen mit Pflegebedarf ermöglicht. Anhand spezieller Darstellungen, die beispielsweise den Körper abbilden, können Beobachtungen gezielter dokumentiert werden. Das digitalisierte System kann die Pflegepersonen bei der Identifizierung von Problemen unterstützen und vermittelt Pflegenden ein Gefühl von Sicherheit.

Allerdings sehen einige Pflegenden auch eine Erschwernis ihrer täglichen Arbeit aufgrund der Digitalisierung, da Schwierigkeiten bei der Eingabe der Daten eine zusätzliche Dokumentation auf Papierbasis erforderlich machen. Auch die Einschätzung der Bedeutung für den Zeiteinsatz variiert. Während einerseits mit der digitalisierten Dokumentation ein Zeitgewinn verbunden wird, wird andererseits eher ein Zeitverlust von der Digitalisierung erwartet.

Leitungspersonen schätzen die vereinfachte Möglichkeit des Mitarbeiter-Monitorings positiv ein, da sie pflegerische Maßnahmen eher überprüfen können. Eventuelle Qualifikationsbedürfnisse von MitarbeiterInnen können leichter erkannt werden. Einige Pflegenden empfinden dies jedoch als Kontrolle.

Zu Frustrationen führt es, wenn die Technik nicht funktioniert. Vor allem das Auftreten eines kompletten Systemzusammenbruchs wird als sehr negativ bewertet, da hiermit eine Verlängerung der Arbeitszeit oder eine unzureichende Bewohnerversorgung verbunden sein kann. Ein weiterer Kritikfaktor stellt die vorgegebene Terminologie im System dar, die zum Teil nicht ausreichend Spielraum gibt, Spezifisches auszudrücken. Dies kann zu Doppeldokumentationen führen. Zudem wurde die Art und Weise der Datenorganisation kritisiert. Ohne Anleitung und Unterstützung wird die IT-Anwendung als wenig profitabel angesehen (Meißner & Schnepf, 2014). Digitalisierte Dokumentationssysteme können möglicherweise einen Nutzen für die Praxis bieten. Bei der Umstellung von papierbasierten auf digitalisierte Dokumentationssysteme ist allerdings auch die Finanzierung der Systeme zu beachten und v. a. für kleinere (ambulante) Pflegedienste gut zu überlegen (Beikirch, Kämmer, & Roes, 2014).

Urquhart et al. (2009) fanden in einem Cochrane Review die These belegt, dass es in begrenztem Umfang möglich ist, durch Verbesserung des Dokumentationssystems einen positiven Effekt auf die Pflegepraxis zu erzeugen. Jefferies et al. (2010) arbeiten sieben Basiselemente einer qualitativ guten Pflegedokumentation heraus. Diese soll patientenbezogen sein, die aktuelle Pflege abbilden, auch Schulungen und psychosoziale Unterstützung sowie reflektierte Beurteilungen der Pflegenden beinhalten. Außerdem soll die pflegerische Dokumentation rechtlichen Standards entsprechen, Veränderungen beinhalten, bei Auftreten von Ereignissen vorgenommen und in einer logischen Abfolge durchgeführt werden (Jefferies et al., 2010).

Wang et al. (2011) haben auf der Grundlage der Auswertung von Interventionsstudien Aspekte herausgearbeitet, die eine Verbesserung der Pflegedokumentation in der Praxis gezeigt haben. Dazu gehören die Einführung eines elektronischen Dokumentationssystems mit standardisierter Sprache und dessen positiven Effekt auf die Vollständigkeit der täglichen Pflegedokumentation, den Pflegeprozess, die Verwendung einer standardisierten Terminolo-

gie und der Dokumentation individueller Themen der Pflegebedürftigen. Weitere Verbesserungen haben sich in der Struktur- und Prozessdokumentation und in der Relevanz der Dokumentationsinhalte ergeben. Zudem konnte eine Verbesserung der pflegerischen Dokumentation beobachtet werden, wenn die Pflegenden geschult werden und Unterstützung in der Organisation und in der Verwendung der standardisierten Terminologie erhalten.

Entbürokratisierung der Pflege

Seit Jahren wird das Ausmaß der pflegerischen Dokumentation von den Berufsangehörigen kritisiert. Die Vorgaben zur Qualitätssicherung in der Pflege haben die empfundene Dokumentationslast noch verstärkt. Vor diesem Hintergrund wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von 2011-2014 ein Projekt zur „Entbürokratisierung der Pflege“ durchgeführt. Im Rahmen dieses Projektes wurde das „Strukturmodell – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ entwickelt. Es soll den Einrichtungen die Möglichkeit geben, ein wissenschaftlich fundiertes und juristisch geprüftes Dokumentationssystem zu implementieren und gleichzeitig den Pflegenden mehr Zeit für die Betreuung der Menschen mit Pflegebedarf bieten (Bachem et al., 2014; Beikirch et al., 2014).

Das Strukturmodell enthält Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bzw. des neuen Begutachtungsassessments (NBA). Grundlagen für eine neue Struktur bilden fachliche und juristische Überlegungen. Im Ergebnis sollen zukünftig aus fachlicher Perspektive vor allem die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen gestärkt, der Pflegeprozess auf vier Schritte verringert und eine „Strukturierte Informationssammlung nach Themenfeldern (SIS)“ durchgeführt werden. Die Beurteilung der individuellen Risiken der Pflegebedürftigen sollen fachlich gut begründet erfolgen und der Pflegebericht nur bei Veränderungen zur täglichen grundpflegerischen Routineversorgung erstellt werden. Nach juristischer Prüfung ist Folgendes für die Dokumentation von Bedeutung:

„die obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege; der Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der stationären Pflege für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung; die haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindliche Vorgaben des internen QM und das Vorhandensein standardisierter Leistungs- und Stellenbeschreibungen“ (Beikirch et al., 2014).

Das Strukturmodell beinhaltet einen vierphasigen Pflegeprozess. Die erste Phase bildet den „Einstieg in den Pflegeprozess mithilfe der SIS“. Die strukturierte Informationssammlung erfolgt im Rahmen eines Erstgesprächs. Dabei soll zu Beginn die Person mit Pflegebedarf zu Wort kommen, ihre subjektive Sicht zu ihrer Lebens- und Pflegesituation beschreiben und weitere Unterstützungswünsche äußern. Im weiteren Schritt erfolgt die Einschätzung durch eine Pflegefachkraft anhand von fünf Themenfeldern. Diese beinhalten die Beurteilung der „kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten“, der „Mobilität und Beweglichkeit“, der „krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen“, der „Selbstversorgung“ sowie des „Lebens in sozialen Beziehungen“. In der ambulanten Versorgung kommen die Beurteilung der „Haushaltsführung“ und in der stationären Versorgung „Wohnen und Häuslichkeit“ als weitere Themenfelder hinzu. Die Risiken, die aus der SIS hervorgehen, werden in Form einer Risikomatrix zusammengeführt. Darüber hinausgehend muss im Einzelfall ein differenziertes Assessment erfolgen, wie auch in den Expertenstandards benannt. Die Grundlage der pflegerischen Interventionen bilden nun die subjektiven Sichtweisen und Äußerungen der pfe-

gebedürftigen Person und die fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft (Beikirch et al., 2014).

In der zweiten Phase erfolgt die „Maßnahmeplanung auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS“. Jede Einrichtung muss ihre eigenen Strukturen und Prozesse festlegen, um so nach einem bestimmten Pflegeverständnis die Maßnahmen planen zu können. Im stationären Bereich bezieht sich die Maßnahmeplanung auf alltägliche grundpflegerische Aspekte, die hauswirtschaftliche Versorgung und die psychosoziale Betreuung des Pflegebedürftigen. Zudem ist die Planung der Behandlungspflege erforderlich. Die Pflegefachkraft führt den Prozess der Maßnahmeplanung unter Einbeziehung der Ressourcen, Probleme und Ziele gedanklich aus. Die Ziele werden nicht explizit dokumentiert, gelten aber als „Teil des professionellen Denkens und der Evaluation“ (Beikirch et al., 2014). Immer wiederkehrende Maßnahmen gleicher Art werden einmal am Tag abgezeichnet. Für grundpflegerische und psychosoziale Tätigkeiten muss einmalig eine Beschreibung vorliegen. Der Rahmen für die Maßnahmeplanung im stationären Bereich stellt die individuelle Tages- und Nachtstruktur dar. Die Maßnahmeplanung kann innerhalb vier wählbarer Varianten erfolgen, die in der „Handlungsanleitung zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär)“ beschrieben werden (Beikirch et al., 2014).

In der Anwendung des Strukturmodells bezogen auf den ambulanten Bereich ist zu beachten, dass sich die Leistungen nach der Vereinbarung richten. Außerdem müssen Beratungen der Pflegebedürftigen dokumentiert werden. Da Leistungsnachweise zur Abrechnung herangezogen werden, sind die Leistungen im ambulanten Bereich einzeln zu dokumentieren (Beikirch et al., 2014).

Die dritte Phase beinhaltet das „Berichteblatt mit dem Fokus auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Pflege- und Betreuungsabläufen“. Konkret bedeutet dies, dass das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement Verfahrensanleitungen für zentrale pflegerische Handlungen erstellen und im Qualitätshandbuch hinterlegen muss. Die strukturierte Informationssammlung, die Maßnahmeplanung und die Beobachtung der Pflegefachkraft stellen die Grundlage einer ausschließlichen Dokumentation von Abweichungen im Berichteblatt dar (Beikirch et al., 2014).

In der Evaluation, der vierten Phase des Pflegeprozesses, werden die Aspekte der vorher genannten Phasen berücksichtigt. Eine Reflexion und/oder Evaluation erfolgt in begründeten Zeitintervallen und nach der individuellen Beurteilung durch die Pflegefachkraft. Diese sind in Abhängigkeit des Zustandes des Pflegebedürftigen durchzuführen. Fest eingeplante routinemäßige Überprüfungen der Maßnahmeplanung sind zusätzlich vom Qualitätsmanagement zu bestimmen. Skalen, Assessmentinstrumente oder Protokolle sollen nicht routinemäßig, sondern fachlich begründet eingesetzt werden (Beikirch et al., 2014).

Ziel der Neugestaltung der pflegerischen Dokumentation ist es, die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen mehr in den Fokus zu rücken, die Fachlichkeit und Transparenz zu erhöhen und Abweichungen zeitiger sichtbar werden zu lassen (Beikirch et al., 2014).

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht kritisch diskutiert werden der Verzicht auf die exakte Dokumentation eines fundierten pflegerisch-diagnostischen Prozesses sowie der Verzicht auf die Dokumentation von Zielen, wodurch der Sinnzusammenhang nicht immer nachvollziehbar ist (Bartholomeyczik, 2015b; Bartholomeyczik, 2015a).

4.4 Rechtliche Aspekte

Im SGB XI sind im Allgemeinen die Vorgaben zur pflegerischen Dokumentation in ambulanten und stationären Einrichtungen geregelt.

Im § 75 SGB XI Abs. 1 Nr. 2 sind die allgemeinen Bedingungen der pflegerischen Versorgung inklusive der notwendigen Dokumente für die Abrechnungen in Rahmenverträgen zwischen Landesverbänden der Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen festgeschrieben. Für Pflegesatzverhandlungen müssen die Pflegedokumentationen und Buchführungsaufzeichnungen vorgelegt werden (§ 85 SGB XI Abs. 3). Des Weiteren sind im § 104 SGB XI Abs. 1 Rechte und Pflichten von Leistungserbringern zu den Aufzeichnungen und deren Übermittlung an Verbände und Pflegekassen geregelt.

Im Rahmen der Qualitätssicherung ist eine stetige Weiterentwicklung der Einrichtungen erforderlich. Dazu legt der § 113 SGB XI Abs. 1 fest, dass „insbesondere auch Anforderungen zu regeln sind an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen.“

Bei den Qualitätsprüfungen einer Einrichtung ist die Pflegedokumentation zu berücksichtigen und bei Einsicht das Einverständnis bei dem Pflegebedürftigen einzuholen (§ 114a SGB XI Abs. 3).

Die landesspezifischen Regelungen im Gefolge des Heimgesetzes legen die entsprechenden Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten des Trägers fest. Weiterhin ergeben sich aus dem Vertragsrecht bei Abschluss von Patienten- oder Bewohnerverträgen in Krankenhäusern oder Heimen „Dokumentationspflichten als Nebenpflichten“ (Schell & Di Bella, 2014).

§ 132 (SGB V) regelt die Dokumentation im Rahmen behandlungspflegerischer Maßnahmen. Im § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches sind Regelungen für den Behandelnden festgehalten, die auch für die Pflege bei der Mitarbeit an einer Behandlung gelten und eine zeitnahe und umfassende Dokumentation sowie eine 10-jährige Aufbewahrung fordern (BGB).

Letztendlich müssen die Einrichtungen auch dem BDSG („Bundesdatenschutzgesetz“) folgen, in dem Vorschriften über die Erhebung personenbezogener Daten geregelt sind (§ 9 BDSG).

Die gesetzlichen Regelungen zeigen, wie umfangreich eine Dokumentation in pflegerischen Einrichtungen erfolgen muss. Im (AltPflG) ist das Erlernen der Dokumentation daher in der Ausbildung bereits verankert.

4.5 Gibt es Mindeststandards?

Die gesetzlich genannten Vorgaben stellen die Basis zur Umsetzung der Dokumentation in den pflegerischen Einrichtungen dar. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDS) hat im Rahmen einer „Grundsatzstellungnahme - Pflegeprozess und Dokumentation - Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege“ herausgegeben (MDS e.V., 2005). Diese galten für viele stationäre und ambulante Pflegeeinrich-

tungen als Handlungsgrundlage, insbesondere aufgrund der Qualitätsprüfungen durch die medizinischen Dienste.

Das oben ausgeführte Strukturmodell (SIS) mit den dazugehörigen Ausführungsempfehlungen (Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, 2016) ersetzt diese Handlungsempfehlungen. Die Kompatibilität des SIS-Modells mit den § 113, § 114 SGB XI zur Qualitätssicherung wurde geprüft und liegt vor (Bachem et al., 2014).

4.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Pflegeeinrichtungen können frei entscheiden, welches Dokumentationssystem sie verwenden, solange sie sich an die gesetzlichen Vorgaben halten. Grundsätzlich soll die Dokumentation den Pflegeprozess abbilden. In Abhängigkeit der Anforderungen, die in den Einrichtungen an die Pflegedokumentation gestellt werden, muss diese entsprechend unterschiedlich gestaltet werden. Soll die Pflegeprozessdokumentation für die Darstellung des Versorgungsprozesses verwendet werden oder als Steuerungsinstrument dienen, müssen andere Anforderungen gestellt werden, als an eine Dokumentation, die ausschließlich die gesetzlichen Vorgaben abbilden soll (Wieteck, 2007).

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht stellt die Pflegedokumentation ein Instrument der Kommunikation und eine Grundlage für die Reflexion der Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen dar. Um diesem grundlegenden Ziel gerecht zu werden, bedarf es der Abbildung des diagnostischen Prozesses, der dezidierten Klärung der Ziele sowie eine strukturierte Evaluation der Ergebnisse pflegerischen Handelns (Alfaro-LeFevre, 2013).

4.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Bedeutend für die Qualitätsmessung der Dokumentation sind Vollständigkeit, Kongruenz und Ausgewogenheit (Heislbetz, 2009). Inhaltlich sind diese auf die Bereiche Patientenbezogenheit, Abbildung aktueller Pflege, Reflektion der Pflege, Berücksichtigung rechtlicher Standards, Veränderungen erfassen, logische Abfolge und Ereignisdarstellung umzusetzen (Jefferies et al., 2010). Die Verwendung standardisierter Terminologien, elektronische Dokumentationssysteme sowie Fort- und Weiterbildungen können außerdem Aspekte der Qualitätsmessung sein (Wang et al., 2011).

Zur Qualitätsmessung der Dokumentation wurde das Instrument Q-DIO erprobt. Es dient als Instrument „zur Messung der Qualität von dokumentierten Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und pflegesensiblen Patientenergebnissen“ (Müller-Staub et al., 2010) und wurde in den Jahren 2005 und 2006 erstellt. Die drei genannten Bereiche stellen auf internationaler Ebene die entscheidenden Aspekte des Pflegeprozesses dar, der wiederum Grundlage pflegerischer Tätigkeit ist. Das Instrument Q-DIO beurteilt Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und pflegesensible Patientenergebnisse nicht getrennt voneinander, sondern stellt einen Zusammenhang untereinander her. Es beruht auf 29 Items, die anhand von Punktskalen beurteilt werden. Des Weiteren enthält es vier Konzepte, denen wiederum einzelne Items zuge-

ordnet sind. Das erste Konzept „Pflegediagnosen als Prozess“ enthält elf Items und meint im Speziellen die Vollständigkeit der pflegerischen Aufzeichnungen zur Anamnese, die die Basis des Pflegeprozesses darstellen. Das zweite Konzept „Pflegediagnosen als Produkt“ beinhaltet die Formulierung pflegerischer Diagnosen, die auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft werden. Dieses zweite Konzept beinhaltet acht Items. Das dritte Konzept der „Pflegeinterventionen“ enthält drei Items, die die Wirksamkeit der Interventionen und deren sinnhaften Zusammenhang zur Pflegediagnose prüfen sollen. „Pflelegesensible Patientenergebnisse“ als viertes Konzept überprüft innerhalb von sieben Items die erreichten Patientenergebnisse. Außerdem wird überprüft, ob die Ergebnisse aufgrund der Interventionen aufgetreten sind und ob sie eine Verbesserung des Zustands der PatientInnen darstellen (Müller-Staub et al., 2010).

4.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Eine Verbindung zu weiteren pflegerelevanten Kennzeichen besteht zu: Evaluation, Expertenstandards, Pflegefachlichkeit, Biografiearbeit, Individuelle Pflege, Internes Qualitätsmanagement, Qualitätsverantwortung, verantwortliche Pflegefachkraft, Fortbildung, Sicherung und Entwicklung der Qualität, Umsetzung Pflegeprozess, Pflegeplan, Kommunikation, Arbeitsbedingungen, Datenschutz.

4.9 Literaturverzeichnis

Alfaro-LeFevre (2013). *Pflegeprozess und kritisches Denken: Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten*. Bern: Huber.

Bachem, J., Börner, K., Frings, P., Jorzig, A., Kamm, J., Philipp, A., et al. (2014). Kasseler Erklärung: Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht der Juristischen Expertengruppe. *Entbürokratisierung der Pflegedokumentation* (Januar 2014). *Pflege- & Krankenhausrecht*, 17(1), 15–17.

Bartholomeyczik, S. (2015a). Pflegedokumentation entbürokratisiert - oder zu kurz gedacht? *Pflege & Gesellschaft*, 20(2), 180–184.

Bartholomeyczik, S. (2015b). Entbürokratisierung oder neue Fremdbestimmung?: Das Strukturmodell zur Modifizierung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation. *Dr. med. Mabuse*, 40(214), 14–16. Retrieved January 10, 2016, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2015/ZBMED-2015355156-7.pdf>.

Bartholomeyczik, S., & Morgenstern, M. (2004). Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation—eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen [Quality dimensions in patient records—a standardised analysis of nursing home resident records]. *Pflege*, 17(3), 187–195.

Beikirch, E., Breloer-Simon, G., Rink, F., & Roes, M. (2014). *Projekt: „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“: Abschlussbericht*. Retrieved January 10, 2016, from <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung>.

Beikirch, E., Kämmer, K., & Roes, M. (2014). *Handlungsanleitung (Version 1.0) zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär), der integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS) mit der Matrix zur Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene: Informationen zur Einführung des Strukturmodells auf Grundlage der Ergeb-*

- nisse aus dem Praxistest „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege“ (09/2013–02/2014). Retrieved February 10, 2016, from <http://www.strukturmodell.de/downloads-und-links/>.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C. M., Widmer, R., & Georg, J. (Eds.) (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)* (1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) (February 25, 2015). Retrieved January 30, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bdsg_1990/gesamt.pdf.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (November 20, 2015). Retrieved January 10, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgb/gesamt.pdf>.
- Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2016). *Ein-Step: Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation*. Retrieved February 12, 2016, from <https://www.ein-step.de/>.
- Die Bundesregierung & Statistisches Bundesamt (2013). *Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege: Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind*. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung. Retrieved January 30, 2016, from https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Download/Pflegebericht.pdf?__blob=publicationFile.
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) (July 16, 2015). Retrieved January 30, 2016, from <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf>.
- Heislbetz, C. (2009). *Die Dokumentation in der Altenpflege: Ihr Zusammenwirken mit der Pflege- und Managementqualität sowie der Lebensqualität der Pflegebedürftigen; eine internationale Vergleichsuntersuchung*.
- Hößl, I. (2012). Sektorenübergreifende Kommunikation.: Wie viel IT braucht die Pflege? *Heilberufe*, 64(1), 24–26.
- Hülken-Giesler, M. (2010). Technikkompetenzen in der Pflege – Anforderungen im Kontext der Etablierung neuer Technologien in der Gesundheitsversorgung. *Pflege & Gesellschaft*, 15(4), 330–352.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124.
- Keitel, P. (2007). *Handlungsorientierte Pflegedokumentation: Wissen, worauf es ankommt. Pflegemanagement kompakt*: Kohlhammer.
- Liedke, B. (2015). Digital gepflegt, Datenschutz gehegt? Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte bei der Digitalisierung von Pflegedokumentationen. *Datenschutz und Datensicherheit*. (12), 806–812.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V (2005). *Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation: Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege*.
- Meißner, A., & Schnepf, W. (2014). Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14(54), 1–15.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E., Aquilino, M., & Herrmann, M. (Eds.) (2013). *Pflegeklassifikationen. Pflegeergebnisklassifikation (NOC)* (2nd ed.). Bern: Huber.
- Müller-Staub, M. (2004a). Pflegeklassifikationen im Vergleich (Teil 1). *Pflegeinformatik. PrinterNet*, 6(5), 296–312.

- Müller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M., & van Achterberg, T. (2010). Testtheoretische Gütekriterien des Q-DIO, eines Instruments zur Messung der Qualität der Dokumentation von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen. *Pflege*, 23(2), 119–128.
- Müller-Staub, M. (2004b). Pflegeklassifikationen im Vergleich (Teil 2). *Pflegeinformatik. PrinterNet*, 6(5), 359–377.
- Saba, V. K. (2010). *Pflegepraxisklassifikation (CCC®): Manual zur Pflegedokumentation* (1st ed.). Bern: Huber.
- Schell, W., & Di Bella, M. (2014). Vereinfachung der Pflegedokumentation - Wunsch oder Wirklichkeit? *Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen*, 11(4), 170–175.
- Schönau, E. (2009). „Evidenz-basierte Pflege und diagnostische Genauigkeit in der elektronischen Pflegedokumentation“. *PR-InterNet*, 11(1), 58–59.
- SGB V (December 01, 2015). Retrieved January 29, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved February 10, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG000100307.
- Stemmer, R. (2006). Pflegeklassifikation und der Anspruch umfassender Pflege. In G. Piechotta & G. Kampen (Eds.), *Ganzheitlichkeit im Pflege- und Gesundheitsbereich. Anspruch - Mythos - Umsetzung* (pp. 78–98). Schibri.
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*. (1), CD002099.
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1858–1875.
- Weiß, C., Lutze, M., Compagna, D., Braeseke, G., Richter, T., & Merda, M. (2013). *abschlussbericht zur Studie. Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme*. Retrieved February 01, 2016, from <http://www.vdivde-it.de/publikationen/studien/unterstuetzung-pflegebeduerftiger-durch-technische-assistenzsysteme>.
- Wieteck, P. (2007). Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. *Pflege Zeitschrift*, 60(5), 257–259.

5 Erläuterungen zum Kennzeichen „Evaluation“

5.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie lässt sich der Begriff „Evaluation“ im Kontext der pflegerischen (ambulanten/stationären) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?
- Welche Standards oder Richtlinien existieren im Bereich der Evaluation in der Pflege?
- Welche Probleme oder Herausforderungen existieren im Bereich der Evaluation?
- Gibt es Indikatoren, die auf einen Zusammenhang zwischen Evaluation in der Pflege und der Qualitätsmessung deuten können?

5.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Der vom lateinischen „valere“ (= „stark, wert sein“) abgeleitete Begriff „Evaluation“ (Bibliografisches Institut, 2015) hat in den letzten Jahrzehnten auch im Pflegebereich zunehmend an Bedeutung erhalten. So ist die Überprüfung der Qualität von Pflegedienstleistungen seit einigen Jahren verbindlicher Bestandteil der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Erbringung professioneller Pflegedienstleistungen (Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG); Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG); (SGB XI); Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2013) und es ist mittlerweile fachlicher Konsens, dass die Durchführung einer fachlich hochwertigen professionellen Pflege nur möglich ist, „wenn alle Entscheidungsschritte in ihrer Angemessenheit und alle Handlungsschritte in ihrer Wirksamkeit immer wieder geprüft werden“ (Löser, 2006).

Allgemeine Definition

Der Begriff der Evaluation ist allgemein zu definieren als

„die systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes. Solche Evaluationsgegenstände können z. B. Programme, Projekte, Produkte, Maßnahmen, Leistungen, Organisationen, Politik, Technologien oder Forschung sein. Die erzielten Ergebnisse, Schlussfolgerungen oder Empfehlungen müssen nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen qualitativen und/oder quantitativen Daten beruhen“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation, 2008).

Es handelt sich demnach bei einem Evaluationsvorhaben immer um eine systematische, d. h. sorgfältig geplante und unter Berücksichtigung des notwendigen fachlichen Knowhows (State-of-the-art) durchgeführte Untersuchung. Darauf basierende Schlussfolgerungen bzw. Konsequenzen müssen transparent und logisch einwandfrei aus den empirischen Untersuchungsergebnissen abgeleitet werden.

Im spezifisch pflegerischen Kontext ist der Begriff der Evaluation zu definieren als Prozess zur Bestimmung der Zielerreichung und damit insbesondere der Wirksamkeit von Pflegeleistungen (American Nurses Association, 2010).

Zielbereiche von Evaluationen im Pflegewesen

In Anlehnung an Donabedian (1980) kann man den Untersuchungsgegenstand von Evaluationen im Bereich pflegerischer Leistungen in drei große, untereinander in Bezug stehende Bereiche differenzieren (Bonato, 2011; Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2013; Löser, 2009; Stemmer & Arnold, 2014):

1. Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt die organisationsbezogenen Rahmenbedingungen, die zur Durchführung von Pflegeleistungen erforderlich sind (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2013; Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2011).

Dazu zählen insbesondere

- die räumliche bzw. sachliche Ausstattung und Organisation des Leistungserbringers,
- die personelle Ausstattung des Leistungserbringers (Anzahl, Qualifikation der MitarbeiterInnen) inkl. Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten der beschäftigten MitarbeiterInnen sowie
- bestehende Kooperationen in der Region.

2. Prozessqualität

Die Prozessqualität bezieht sich auf die technische Durchführung der pflegerischen Handlung und die Art des damit verbundenen interpersonellen Kontakts (Donabedian, 1980; Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2011; Stemmer & Arnold, 2014). Sie beinhaltet u. a.

- eine umfassende Anamnese und Befunderhebung zur Klärung der Situation der zu pflegenden Person,
- eine fundierte Pflegeplanung,
- eine praxistaugliche Pflegedokumentation,
- die individuelle Zusammenarbeit mit anderen am Pflegeprozess beteiligten Personen(gruppen), z. B. mit
- dem behandelnden Arzt,
- Heilmittelerbringern,
- vorhandenen Selbsthilfegruppen sowie
- ehrenamtlichen Kräften.

3. Ergebnisqualität

Der Begriff der Ergebnisqualität „ist als Zielerreichungsgrad der erbrachten Leistungen zu verstehen“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2011) und bezieht sich dabei in der Regel auf „die Wirkung einer Versorgungsmaßnahme oder eines Versorgungskonzepts auf die Gesundheit und Lebensqualität“ (Wingenfeld & Engels, 2011) von pflegebedürftigen Personen. Ein Versorgungsergebnis ist demnach im-

mer ein „Status, dem ein wirksamer Unterstützungsprozess vorausgegangen ist. . . . Man kann von Ergebnisqualität nur dann sprechen, wenn als gesichert gelten darf, dass ein vorausgegangener Versorgungsprozess zur Veränderung einen wesentlichen, maßgeblichen Beitrag geleistet hat“ (Wingefeld & Engels, 2011). Als mögliche „pflegesensitive“ Kriterien bzw. Indikatorenbereiche für eine gute Ergebnisqualität werden dabei in der Literatur genannt:

- Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit bzw. Unabhängigkeit, z. B. Selbstpflegefähigkeiten, Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung
- Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen, z. B. Sturzprophylaxe,
- Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen
- Lebensqualität aus Nutzerperspektive (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2013; Hasseler & Fünfstück, 2012; Wingefeld & Engels, 2011)

Darüber hinaus sind das individuelle Befinden sowie die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen als auch seine persönliche Zufriedenheit zentrale Bewertungsaspekte, die bei der Untersuchung der Ergebnisqualität immer mit berücksichtigt werden sollten (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010; Hasseler & Fünfstück, 2012; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2011).

Eine Voraussetzung für die Erzielung einer hohen Ergebnisqualität ist, dass Struktur- und Prozessqualität angemessen gewährleistet sind. Umgekehrt führen eine gute Struktur- und Prozessqualität allerdings nicht zwangsläufig zu guter Ergebnisqualität (Stemmer & Arnold, 2014). Insofern ist eine alleinige Konzentration auf die Überprüfung der Einhaltung von Struktur- und Prozessstandards nicht ausreichend, sondern eine gesonderte Erfassung von Ergebnisqualitätsindikatoren ist unerlässlich, um die tatsächliche Qualität von Pflegedienstleistungen umfassend beurteilen zu können.

Ziele für die Durchführung einer Evaluation

Evaluationen im Gesundheitswesen dienen grundsätzlich dazu, „Erkenntnisse für die weitere Steuerung des Pflegeprozesses und Aussagen über die Angemessenheit des bisherigen Vorgehens“ (Löser, 2009) zu gewinnen.

Dabei können im Wesentlichen die folgenden differenzierten Zielstellungen unterschieden werden (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2011):

- Qualitätsnachweis der Leistungen von Pflegeanbietern gegenüber (potenziellen) Verbrauchern (Pflegebedürftige und Angehörige/Freunde), Kostenträgern und Öffentlichkeit, z. B. über die Schaffung von Vergleichsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Pflegeinstitutionen
- Interne/externe Qualitätsüberprüfungen der Leistungen von Pflegeanbietern, z. B. in Form von Soll-Ist-Vergleichen zur Kontrolle der Realisierungsgrade von Pflegezielen

- Initiierung bzw. Unterstützung von Qualitätsentwicklungsinitiativen zur Optimierung der Leistungen von Pflegeanbietern, z. B. in Form einer Überprüfung der Einhaltung von Qualitätsstandards innerhalb des Pflegeprozesses

Durchführungsformen einer Evaluation

Überprüfungen und Bewertungen von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen (Evaluationen) können auf unterschiedliche Art und Weise durchgeführt werden. Ausgehend vom Ziel der Untersuchung, also von der Frage, zu welchem Zweck die erhobenen Daten bzw. Auswertungsergebnisse später verwendet werden sollen, unterscheidet man die summative Evaluation (oder Abschluss- und Ergebnisevaluation) und die formative Evaluation (oder Prozessevaluation) (Bortz & Döring, 2006; Löser, 2009). Unter einer summativen bzw. Abschluss-/Ergebnisevaluation versteht man die Analyse von Daten am Ende eines Arbeitsprozesses. Sie „ermöglicht einen retrospektiven Überblick über die Gesamtheit aller Teilschritte des Pflegeprozesses“ (Löser, 2009). Sie hat die Aufgabe, abschließende Ergebnisse zu liefern, aus denen sich dann globale Beurteilungen zur Qualität der erbrachten Pflegeleistung ableiten lassen. Formative oder Prozessevaluationen werden mit der Intention durchgeführt, Maßnahmen und deren Wirkungen fortlaufend zu kontrollieren und in regelmäßigen Abständen Zwischenergebnisse zu liefern, durch die eine Beurteilung des bisherigen Pflegeprozesses sowie der erzielten Effekte ermöglicht wird. Auf Basis dieser kontinuierlich erworbenen Kenntnisse über den Erfolg (bzw. Misserfolg) einzelner Inhalte durchgeführter Interventionsabschnitte besteht die Möglichkeit, den laufenden Pflegeprozess zu modifizieren oder zu verbessern und eventuelle Fehler zu beseitigen, bevor sie (ein zweites Mal) passieren (Bortz & Döring, 2006; Löser, 2009).

Darüber hinaus kann man den Begriff „Evaluation“ auch differenzieren nach der formalen Art der Umsetzung bzw. der Person(engruppe), die die Evaluation durchführt: Sind die Evaluatoren Bestandteil der Organisation, in der die Evaluation durchgeführt werden soll, so handelt es sich um eine sogenannte interne Evaluation. Werden zur Überprüfung und Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen Personen außerhalb der zu untersuchenden Organisation beauftragt, so handelt es sich um eine externe Evaluation. Eine interne Evaluation kann dabei von den Personen durchgeführt werden, die selbst in dem zu evaluierenden Organisations- bzw. Aufgabenbereich tätig sind, auf den sich die Inhalte der Überprüfung beziehen. In diesem Fall spricht man von einer Selbstevaluation (Löser, 2009). Demgegenüber steht die Fremdevaluation, die im Falle einer internen Evaluation von Personen durchgeführt wird, die nicht selbst unmittelbar im zu evaluierenden Bereich beschäftigt sind (z. B. Stationsleitungen oder MitarbeiterInnen einer anderen Abteilung). Bei Durchführung einer externen Evaluation handelt es sich insofern immer auch um die Durchführung einer Fremdevaluation.

5.3 Stand der Literatur

Stand der pflegebezogenen Qualitätsmessung

5.3.1 International

Der Begriff der Pflegequalität wird international unterschiedlich interpretiert. „Eine einheitliche, über Ländergrenzen hinweg gültige Definition fehlt“ (Stemmer & Arnold, 2014) und es ist „unklar, was die einzelnen Professionen in den verschiedenen Sektoren und Hierarchieebenen sowie die Entscheidungsträger in Politik unter Qualität verstehen und wie und mit welchen Indikatoren und Kriterien Qualität gemessen werden soll“ (Bonato, 2011). Und obwohl ein kontinuierliches Monitoring der Effektivität von Pflegeleistungen und eine evidenzbasierte, durch Forschung wissenschaftlich untermauerte Pflege als Standard gefordert werden (Department of Health 2010), ist insbesondere die Forschung zur Ergebnisqualität pflegerischen Handelns „international wie national noch wenig eindeutig“ (Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010). Dementsprechend gibt es zahlreiche unterschiedliche Methoden zum Versuch der Messung dieser Qualitätsdimension. In den letzten Jahren wurden vor allem im angloamerikanischen Bereich einige Instrumentarien entwickelt, mit denen spezifische Aspekte von Ergebnisqualität im Pflegewesen untersucht und beurteilt werden können, z. B.:

- Minimum Data Set (MDS)
- Resident Assessment Instruments (RAI)
- Inter-RAI-MDS-Instrument

Allerdings stellen diese Instrumentarien lediglich erste Annäherungen an wissenschaftlich fundierte Messinstrumente dar, da sie aufgrund des Fehlens einer umfassenden Überprüfung ihrer Gütekriterien keine ausreichende testtheoretische Absicherung besitzen. Dementsprechend formulierten Hasseler et al. (2010), dass es „bisher kein international anerkanntes Set von validen und umfassenden pflegesensitiven Indikatoren für den Pflegebereich gibt“ (Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010).

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al. (2010) haben auf Basis einer Recherche internationaler QM-Systeme bzw. Richtlinien und Mindeststandards einen Katalog mit insgesamt 94 ergebnisorientierten Indikatoren entwickelt, die nach eigener Aussage „geeignet sind, den Grad der Zielerreichung von Ergebnissen in den verschiedenen Qualitätsbereichen von Alten- und Pflegeheimen zu bestimmen“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010). Dabei werden neben der allgemeinen Pflegequalität insbesondere die Lebensqualität der pflegebedürftigen Personen sowie die Bereiche Führung, Wirtschaftlichkeit und (sozialer) Kontext beleuchtet und aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet.

Die Health Information and Quality Authority (HIQA) berichtet 2009 von insgesamt 32 Standards, die in den folgenden sieben Bereichen als Qualitätsstandards für die Altenpflege in Irland gelten:

- Rechte, z. B. das Recht von PflegeheimbewohnerInnen auf Information, Partizipation und Privatsphäre

- Schutz, z. B. vor körperlichem Missbrauch und des Eigentums der BewohnerInnen
- Gesundheit und sozialer Pflegebedarf, z. B. Gesundheitsförderung und Medikamentenmanagement
- Lebensqualität, z. B. Autonomie/Selbstständigkeit und soziale Kontakte
- Personal, z. B. Qualifikation und Fortbildung/Supervision
- Pflegeumgebung, z. B. Gestaltung der Räume und des Außengeländes sowie Sicherheitskonzept der Einrichtung
- Führung und Management, z. B. Managementsysteme und Qualitätssicherung

Mit der Einhaltung der darin beschriebenen Standards soll die Qualität von Pflegeleistungen im Bereich der stationären Altenpflege langfristig sichergestellt werden (Health Information and Quality Authority (HIQA), 2009).

Die American Nurses Association (2010) beschreibt in ihren Standards für professionelle Pflege die grundlegenden Kompetenzen, die Pflegepersonal besitzen sollte, um im professionellen Pflegebereich fachlich qualifiziert arbeiten zu können. Dabei spielt der Bereich Evaluation eine wichtige Rolle: Zum einen wird gefordert, dass professionelles Pflegepersonal seine Arbeit auf Basis evidenzbasierten Wissens (inkl. der Ergebnisse von Evaluationen bzw. wissenschaftlicher Forschung) ausübt. Zum anderen ist die Evaluationsdurchführung als eigener Kompetenz-Standard mit spezifischen basalen sowie weiterführenden Kompetenzen ausdifferenziert. Als grundlegend wird hier u. a. gefordert, dass eine professionell arbeitende Pflegekraft die Ergebnisse des Pflegeprozesses systematisch, fortlaufend und kriterienbasiert evaluiert. Dabei sollen die vorhandene Struktur- und Prozessqualität des Pflegeanbieters mit berücksichtigt und alle anderen am Pflegeprozess beteiligten Personen mit einbezogen werden. Die Evaluationsergebnisse sind zu dokumentieren und offen zu legen, um insbesondere den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine Beurteilungsmöglichkeit über die Qualität der Pflegeleistung zu ermöglichen. Für höher qualifiziertes Pflegepersonal wird darüber hinaus u. a. gefordert, dass die Evaluationsergebnisse dazu genutzt werden, um erforderliche Veränderungen an vorhandenen Strukturen sowie am Pflegeprozess anzustoßen (American Nurses Association, 2010).

5.3.2 National

In Anlehnung an Donabedian (1980) wird die Qualität von Pflegedienstleistungen allgemein differenziert nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilt. Über einen langen Zeitraum hinweg hat sich die Qualitätsforschung im deutschsprachigen Raum allerdings weitgehend auf Analysen von Strukturqualitätsaspekten sowie insbesondere von Prozessqualitätsmerkmalen konzentriert (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010; Stemmer & Arnold, 2014; Wingenfeld & Engels, 2011). Der Bereich der Ergebnisqualität wurde im Rahmen von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung dagegen nur eher verhalten berücksichtigt, obwohl ihr im Hinblick auf die Beurteilung der Versorgungsqualität von Pflegepatienten eine deutlich höhere Aussagekraft zuzuschreiben ist (Stemmer & Arnold 2014). Diese Vernachlässigung des „Outcomes“ liegt zum Teil „darin begründet, dass personenorientierte soziale Dienstleistungen lange Zeit mehr an berufsethischen Standards und Beziehungsqualität denn an ökonomischer Effizienz und Ergebnisqualität orientiert waren“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et

al., 2010). Sie erklärt sich aber u. a. auch dadurch, dass eine personenübergreifende Beurteilung von Ergebnisqualität „deutlich höhere methodische Anforderungen und größere Schwierigkeiten mit sich bringt als die Beurteilung von Struktur- und Prozessqualität“ (Wingenfeld & Engels, 2011). Die lange überfällige Umorientierung der Qualitätsmessung in der Pflege in Deutschland, stärker hin zur Berücksichtigung von Outcomekriterien, wurde eingeleitet durch das vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (GmbH) im Auftrag des BMG und des BMFSFJ durchgeführte Forschungsprojekts zur Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege (Wingenfeld & Engels, 2011). Im Rahmen dieses Projekts wurde ein praxisorientiertes Instrumentarium entwickelt, das aus

- Qualitätsindikatoren,
- Methoden und Instrumenten zur Indikatorenmessung sowie
- Bewertungsregeln zur Beurteilung der Messergebnisse

besteht.

Die dabei entwickelten gesundheitsbezogenen Ergebnisindikatoren sind eingeteilt in drei Bereiche:

1. Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit
2. Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen
3. Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

Trotz der kritischen Betrachtung der im Rahmen des Projekts entwickelten Indikatorensets (Stemmer & Arnold, 2014) ist mit den vorliegenden Qualitätsindikatoren ein wichtiger Schritt in Richtung einer stärkeren Outcomeorientierung von Qualitätsentwicklungs- und sicherungsmaßnahmen im Pflegewesen erfolgt.

Neben diesem vorliegenden Instrumentarium existieren mittlerweile im deutschsprachigen Raum einige Methodeninventare, die „die wesentlichen methodischen Anforderungen für Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung und die Vorgehensweisen für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren beschreiben“ (Bonato, 2011). Genannt werden in diesem Zusammenhang

- das QUALIFY-Instrument der BQS,
- das Methodenpapier des AQUA-Instituts sowie
- das ÄZQ-Qualitätsindikatoren-Manual für Autoren (Bonato 2011).

Die bisher zur Messung eingesetzten Qualitätskriterien der bestehenden Pflegetransparentvereinbarungen bieten dagegen zwar eine basale Möglichkeit, die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu überprüfen und vergleichbar zu machen. Aufgrund einiger fachlicher Schwächen werden diese Kriterien allerdings oftmals kritisch bewertet: So bemängelt z. B. Borutta das Fehlen wissenschaftlicher Gütekriterien sowie eine unzureichende Berücksichtigung lebensweltlicher Aspekte (Borutta, 2009). Zudem fehlt es an einer ausreichenden fachlichen Relevanz der aufgeführten Kriterien bzw. Indikatoren (Weibler-Villalobos & Röhring, 2010) und Möller & Zieres (2010) kritisieren aufgrund der vorgenommenen Mittelwertbildung bei der Auswertung eine fehlende Differenzierung zwischen den untersuchten Qualitätsaspekten.

(Möller & Zieres, 2010). Eine umfassende Neubearbeitung der zur Evaluation heranzuziehenden Qualitätskriterien bzw. -indikatorensysteme ist demzufolge zwingend erforderlich.

Bei der Beurteilung (Evaluation) von Pflegequalität ist immer auch die Qualität der Pflegedokumentation mit zu berücksichtigen. Im Hinblick auf bewohnerbezogene Daten „stellt die Pflegedokumentation die wesentliche Quelle für die Datenerhebung zur Messung der gesundheitsbezogenen Outcomeindikatoren dar“ (Stemmer & Arnold, 2014). Insofern hat die Qualität eines einrichtungsinternen Dokumentationssystems immer auch unmittelbare Auswirkungen auf die Evaluationsmöglichkeiten von Struktur- und Prozessqualität, aber insbesondere auch auf die Ergebnisqualität von Pflegeleistungen. Zur fundierten Durchführung einer Evaluation ist es unabdingbar, dass die in der betreffenden Einrichtung gesammelten Daten eine ausreichend hohe Qualität vor allem hinsichtlich ihrer Objektivität, Reliabilität und Validität aufweisen (Bortz & Döring, 2006).

Interne/externe Evaluation

Die Durchführung einer Qualitätsprüfung bzw. Evaluation kann grundsätzlich durch zwei verschiedene Personengruppen erfolgen:

1. Durch Evaluatoren, die selbst Bestandteil der Organisation sind, in der die Evaluation durchgeführt werden soll,
2. Durch Evaluatoren außerhalb der Organisation, in der die Evaluation durchgeführt werden soll.

Zu 1.: Sind die Evaluatoren Bestandteil der Organisation, in der die Evaluation durchgeführt werden soll, so handelt es sich um eine sogenannte „interne Evaluation“. Eine solche Evaluation kann dabei von Personen durchgeführt werden, die selbst in dem zu evaluierenden Organisations- bzw. Aufgabenbereich tätig sind, auf den sich die Inhalte der Überprüfung beziehen. In diesem Fall spricht man von einer Selbstevaluation (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation, 2004; Löser, 2009). Demgegenüber steht die Fremdevaluation, die im Falle einer internen Evaluation von Personen durchgeführt wird, die nicht selbst unmittelbar im zu evaluierenden Bereich beschäftigt sind (z. B. Stationsleitungen oder MitarbeiterInnen einer anderen Abteilung). Interne Evaluationen können als wichtige Bestandteile eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements u. a. dabei helfen, sicherzustellen, „dass

- die vereinbarten Leistungen zu der vereinbarten Qualität erbracht werden,
- sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der versorgten Menschen und den fachlichen Erfordernissen orientiert“ (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2013).

Zu 2.: Werden zur Überprüfung und Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen Personen außerhalb der zu untersuchenden Organisation beauftragt, so handelt es sich um eine externe Evaluation. Bei Durchführung einer externen Evaluation handelt es sich immer auch um die Durchführung einer Fremdevaluation.

5.4 Rechtliche Aspekte

Gesetzliche Grundlage

In § 114 des SGB XI ist die Verpflichtung zur Durchführung von Evaluationen der Leistungserbringung von Pflegeeinrichtungen festgeschrieben (SGB XI). Dies erfolgt dadurch, dass die Landesverbände der Pflegekassen dazu verpflichtet wurden, „regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung)“ (SGB XI) durchzuführen. Diese Prüfung kann als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung erfolgen. Dabei ist zu prüfen,

„ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht“ (SGB XI).

Um eine effiziente Durchführung von Evaluationen zu gewährleisten und insbesondere um

„Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

1. Die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen,
2. Die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
3. Die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist“ (SGB XI).

Evaluationen der Struktur- und Prozessqualität von Pflegeleistungen können und sollen auch von den Leistungserbringern selbst durchgeführt werden und dann zur Verringerung der Anzahl von Regelprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen genutzt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Qualität der einrichtungsintern durchgeführten Prüfungsvorgänge

„nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden“ (SGB XI).

Eine Überprüfung (Evaluation) der Ergebnisqualität bzw. Effektivität von Pflegeleistungen wird dagegen von einrichtungsinternen Qualitätsüberprüfungsmaßnahmen nicht berührt und ist stets durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchzuführen (SGB XI).

Neben den regelmäßigen Prüfungen der Leistungsqualität sind gesetzlich auch die sogenannten Anlassprüfungen vorgesehen, die bei Bedarf bzw. sachlich begründeten Hinweisen auf mögliche Verletzungen von Qualitätsstandards durchgeführt werden sollen. In diesen Fällen

„geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. . . . Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auf Kosten der Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind“ (SGB XI).

Die Überprüfung (Evaluation) der Leistungs- und Qualitätsanforderungen zugelassener Pflegeeinrichtungen kann durch Sachverständige erfolgen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellt worden sind. Dabei sind „Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen . . . grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen“ (SGB XI).

Die Sachverständigen sind bei der Überprüfung (Evaluation) sowohl von teil- als auch von vollstationären Pflegeeinrichtungen berechtigt,

„zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen“ (SGB XI).

Die Ergebnisse jeder Evaluation bzw. Qualitätsprüfung von Pflegeleistungen

„sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen [sind] den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen“ (SGB XI).

Das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege schreibt für die berufliche Ausbildung von Pflegekräften vor, dass diese „die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln [soll], die zur selbständigen [sic] und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere . . . die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung“ ("Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG)"). Hier sind demnach bereits grundlegende Fähigkeiten zur Durchführung bzw. Mitwirkung an Prüfungen der Pflegequalität (Evaluationen) als Voraussetzung für die Führung der Berufsbezeichnung als Altenpflegerin/Altenpfleger gefordert.

Das Gesetz über die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege geht sogar noch einen Schritt darüber hinaus: Hier ist für die Ausbildung von Personen in diesem Arbeitsfeld die Befähigung zur eigenverantwortlichen Durchführung der „Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ ("Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)") verbindlich vorgeschrieben.

5.5 Gibt es Mindeststandards?

Im Sinne eines gesetzlich geregelten Mindeststandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Pflegedienstleistungen werden zugelassene Pflegeeinrichtungen im SGB XI dazu verpflichtet, „Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken“ (SGB XI). Dabei sind als Grundlage eines fachlich fundierten Qualitätsmanagements regelmäßige interne Überprüfungen der eigenen Pflegequalität zwingend erforderlich.

Seit 2011 veranlassen laut § 114 SGB XI die Landesverbände der Pflegekassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen „regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung)“ (SGB XI). Dabei werden als Mindestanforderung insbesondere wesentliche Aspekte der Ergebnisqualität erfasst. Die Regelprüfung kann aber auch auf Prozess- und Strukturqualität von Pflegedienstleistungen ausgeweitet werden. Festgestellten Mängeln muss in Form von Anlassprüfungen nachgegangen werden. Diese werden als „vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität“ (SGB XI) durchgeführt.

Zur unabhängigen Sicherung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen und zur Nutzung der dabei gewonnenen Informationen zur nachhaltigen Qualitätssteigerung für den gesamten Pflegebereich haben, so § 114a SGB XI die

„Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen . . . das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen“ (SGB XI).

Darüber hinaus müssen, so § 114a SGB XI, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Abstand von drei Jahren dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung Bericht erstatten (SGB XI).

Zentrale Maßstäbe zur Beurteilung von Pflegequalität stellen die gesetzlich festgeschriebenen Expertenstandards dar, die im Sinne von Mindeststandards Vorgaben zur Sicherstellung einer basalen fachlichen Versorgungsqualität machen.

5.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Zur Beurteilung der Qualität von Pflegeleistungen ist es erforderlich, den zu bewertenden Untersuchungsgegenstand klar zu definieren. Dazu sind die Anforderungen, die an eine „gute“ Pflegequalität gestellt werden, im Sinne von „Soll-Werten“ eindeutig und zuverlässig messbar zu benennen. Diese Soll-Werte dienen im Verlauf von Qualitätsprüfungen dazu, über einen Soll-Ist-Wert-Vergleich mit den in der Realität der Pflegedienstleistung vorzufindenden Eigenschaften bzw. Merkmalen (Ist-Werte) deren Güte fachlich fundiert zu beurteilen (Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale VersorgungsLeitlinien, 2009; Hasseler & Fünfstück, 2012). Für die zu dieser Beurteilung herangezogenen Soll-Werte werden dabei auf Basis von pflegerischen Standards sowie medizinischen Leitlinien die zu erreichenden Niveaus bzw. Ziele festgelegt (Elsbernd, 2010). Diese stellen dann wiederum „einen Mindeststandard dar, den die Ist-Werte im Idealfall übersteigen“ (Hasseler & Fünfstück, 2012).

Darüber hinaus sollten für Qualitätsprüfungen (Evaluationen) im Pflegewesen allgemeine fachliche Qualitätsstandards zur Durchführung von Evaluationen berücksichtigt werden, um fundierte Aussagen über die zu beurteilende Güte einer Pflegeleistung ableiten zu können (Bonato, 2011). Zur Orientierung können dabei die folgenden von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (2008) formulierten Standards dienen:

1. Nützlichkeit

Mit der Einhaltung spezifischer Nützlichkeitsstandards kann sichergestellt werden, „dass die Evaluation sich an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation, 2008). Neben einer genauen Identifizierung der an der Evaluation beteiligten bzw. von ihr betroffenen Personen(gruppen) sowie der Sicherstellung einer ausreichend hohen Qualifikation der Evaluatoren zählen hierzu insbesondere:

- **Klärung der Evaluationszwecke** – Vor Beginn der Evaluation ist eindeutig festzulegen, mit welchen Zielstellungen bzw. zu welchem Zweck diese durchgeführt werden soll, da hierdurch u. a. das Evaluationsdesign gravierend beeinflusst wird. Besteht der Zweck der Untersuchung z. B. allein darin, die Effektivität bzw. Sinnhaftigkeit der Durchführung bestimmter pflegerischer Handlungskonzepte (z. B. spezifische Strukturen und Prozesse zur Dekubitusprophylaxe) zu überprüfen (Legitimation), dann ist es ausreichend, die für eine fundierte Beurteilung notwendigen Informationen in Form einer abschließenden Gesamtauswertung zu analysieren und darauf aufbauend zu einer abschließenden Bewertung zu kommen (summative Evaluation). Sollen mithilfe der Evaluationsergebnisse jedoch bei den zu untersuchenden Personen bzw. Institutionen möglichst frühzeitig Qualitätsentwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden, so ist es erforderlich, bereits im Evaluationsverlauf Daten auszuwerten und Ergebnisse zurückzumelden, die dann unmittelbar zur Optimierung des Pflegeprozesses genutzt werden können (formative Evaluation).
- **Auswahl und Umfang der Informationen** – Zur Durchführung einer Evaluation sollte nicht nach dem Motto vorgegangen werden „Je mehr Informationen, desto besser die Untersuchung“, sondern Aufwand und Nutzen der Datenerhebung müssen in einem sinnvollen Verhältnis stehen. Dies ist bereits bei der Planung der Evaluation zu be-

rücksichtigen und es sollten nur die Informationen zur Analyse herangezogen werden, die zur Untersuchung der Ziel- bzw. Fragestellungen unbedingt erforderlich sind.

- **Vollständigkeit und Klarheit der Berichterstattung** – Im Rahmen der Berichterstattung müssen alle relevanten Aspekte des Evaluationsprozesses sowie der Evaluationsergebnisse transparent und für den Adressaten verständlich dargestellt werden. Eine Selektion von Informationen, insbesondere von Untersuchungsergebnissen, ist nur dann zulässig, wenn es hierdurch nicht zu einer tendenziellen Veränderung der Gesamtaussage bzw. der daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen kommt.
- **Nutzung und Nutzen der Evaluation** – Die Ergebnisse einer Evaluation bzw. die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen sollten unmittelbar in der Praxis zur Anwendung kommen und sollten die Fähigkeit haben, Veränderungen zu initiieren und zu steuern (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010). Mögliche Nutzen können demnach sein:
 - Legitimation von Struktur- und/oder Prozessaspekten pflegerischer Dienstleistungen
 - Optimierung bzw. Weiterentwicklung von Struktur- und/oder Prozessaspekten pflegerischer Dienstleistungen.

2. Durchführbarkeit

Mit der Einhaltung von allgemeinen Standards zur Durchführung einer Evaluation soll sichergestellt werden, „dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation, 2008).

Dazu zählen insbesondere:

- **Angemessene Verfahren** – Die zur Analyse des Untersuchungsgegenstandes (z. B. strukturelle Aspekte wie Mitarbeiterqualifikation eines Pflegedienstes oder bestimmte Prozessmerkmale wie Pflegehandlungen zur Dekubitusprophylaxe) heranzuziehenden Methoden müssen dazu geeignet sein, Informationen zu liefern, mit denen alle Fragestellungen der Evaluation hinreichend beantwortet werden können. Darüber hinaus sollten die zur Qualitätsbeurteilung herangezogenen Indikatoren „so weit wie möglich auf empirischer Evidenz basieren“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010) und ihre Wirksamkeit auf die Pflege- und Lebensqualität von pflegebedürftigen Personen sollte nachweisbar sein (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010; National Aged Care Alliance (NACA), 2014).
- **Effizienz von Evaluation** – Evaluationen sollten immer unter Beachtung zeitlicher wie finanzieller Mittel, der zur Verfügung stehenden professionellen Kompetenzen sowie ethischer Überlegungen auf ihre grundsätzliche Machbarkeit hin überprüft werden (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010). Der notwendige Einsatz von Ressourcen muss in einem sinnvollen Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen stehen. Dies betrifft sowohl die grundsätzliche Gesamtplanung (z. B. den finanziellen Umfang) als auch die spezifische Planung der Evaluationsinhalte (z. B. den Umfang der zu erhebenden Informationen).

3. Fairness

Die Durchführung einer Evaluation sollte sich nicht allein in methodischer und fachtheoretischer Hinsicht möglichst hohen Qualitätsmaßstäben unterziehen, sondern es ist ebenso von großer Bedeutung, „dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation, 2008).

Dazu sollten neben dem allgemeinen Schutz der Persönlichkeitsrechte aller beteiligten Personen(gruppen) insbesondere die folgenden Fairnessstandards berücksichtigt werden:

- **Vollständige und faire Überprüfung** – Überprüfungen pflegerischer Hilfen zielen in der Regel zumindest zum Teil auch darauf ab, Mängel in Abläufen oder Konzepten zu identifizieren und Optimierungspotenziale herauszuarbeiten. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse über institutionelle oder personelle Schwächen müssen – genauso wie erkannte Stärken – im Rahmen einer fundierten Evaluation umfassend und offen dargestellt werden.
- **Unparteiische Durchführung und Berichterstattung** – Die durchführenden Personen einer Evaluation haben über deren gesamten Verlauf hinweg, d. h. in Vorbereitung, Durchführung und Datenauswertung sowie -interpretation, Objektivität gegenüber den zu überprüfenden Personen bzw. Institutionen zu wahren. Das bedeutet,
 - dass bereits die Auswahl der Evaluationsziele allein auf Basis fachlicher Überlegungen erfolgt und tendenziöse bzw. einseitige Formulierungen unterlassen werden.
 - dass bei der Auswahl der einzusetzenden Erhebungsinstrumente darauf zu achten ist, dass die zur sachlichen Beurteilung des zu untersuchenden Gegenstandes (Einrichtungsstrukturen, Pflegeprozesse etc.) notwendigen Informationen in ausreichend hoher Qualität gesammelt werden können.
 - dass die Interpretation der Auswertungsergebnisse und die Berichterstattung fachlich korrekt und für den Leser nachvollziehbar erfolgen.
- **Offenlegung der Ergebnisse** – Grundsätzlich sollten Evaluationsergebnisse zumindest allen an der Evaluation beteiligten Personen gegenüber offen gelegt werden. Dies kann im Rahmen von Regel- oder Bedarfsprüfungen in Pflegeeinrichtungen u. a. über das obligatorische Abschlussgespräch erfolgen (Hopfenitz, 2011). Darüber hinaus ist in der Regel eine allgemeine Veröffentlichung von Ergebnissen sinnvoll, um den generellen Nutzen der durchgeführten Evaluation zu steigern und die eigenen Qualitätsentwicklungsaktivitäten transparent darzustellen. Bei der Offenlegung von Evaluationsergebnissen ist dabei prinzipiell auf Vollständigkeit der Darstellung zu achten, es sei denn, dass dadurch der Nutzen der Evaluation negativ beeinträchtigt wird. Wenn z. B. einem Pflegedienstleister nach Veröffentlichung erkannter Schwächen erhebliche Einnahmeeinbrüche entstehen, können die angestrebten und durch die Evaluationsergebnisse aufgezeigten Optimierungspotenziale evtl. aufgrund fehlender finanzieller Möglichkeiten nicht mehr realisiert werden. Insofern ist eine uneingeschränkte Offenlegung von Evaluationsergebnissen in manchen Fällen kontraproduktiv. Es ist in diesen Fällen Aufgabe der an der Evaluation verantwortlich beteiligten Personen, eine fachlich begründete Auswahl an zu veröffentlichenden Ergebnissen zu treffen.

4. Genauigkeit

Die folgenden Standards zur Genauigkeit einer Evaluation im Hinblick auf Planung, Durchführung und abzuleitende Schlussfolgerungen dienen dazu, „dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervor bringt und vermittelt“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation, 2008).

- **Beschreibung des Evaluationsgegenstandes** – Eine genaue Definition des Untersuchungsgegenstandes ist Grundvoraussetzung für eine fachlich korrekte Durchführung einer Evaluation. Hierzu ist insbesondere eine umfassende Analyse der relevanten Qualitätskriterien und -indikatoren(profile) erforderlich, um die einzusetzenden Methoden und Erhebungsinstrumente optimal daraufhin ausrichten zu können.
- **Valide und reliable Informationen** – Um im Rahmen einer Evaluation aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, ist es erforderlich, dass die zugrunde liegenden Informationen zuverlässig (reliabel), d. h. möglichst unanfällig gegenüber zufälligen sowie aber vor allem systematischen Störeinflüssen sind (Bortz & Döring, 2006).
Das bedeutet z. B., dass Analysen zur Praxis der Informationsweitergabe bei Personalwechsel innerhalb einer Pflegeeinrichtung nicht allein auf Basis der Aussage einzelner Mitarbeiter durchgeführt werden sollten, sondern dass hierzu verschiedene Informationsquellen und insbesondere „harte“ Daten z. B. aus einem bestehenden standardisierten (elektronischen) Dokumentationssystem herangezogen werden sollten. Neben einer möglichst hohen Reliabilität muss eine fundierte Evaluation aber auch gewährleisten, dass mit den eingesetzten Erhebungsmethoden bzw. -instrumentarien tatsächlich die Informationen erfasst werden, die sie zu erfassen vorgeben (Validität). So wird z. B. bei einer alleinigen Befragung einzelner Mitarbeiter zur Dekubitusituation der Bewohner eines Pflegeheims eher die individuelle Wahrnehmung der Mitarbeiter zur Situation in der Einrichtung gemessen als die tatsächliche Situation. Hier wären zur Validierung weitere Informationen, wie z. B. Daten aus einem standardisierten (elektronischen) Dokumentationssystem, sinnvoll bzw. notwendig.
- **Begründete Schlussfolgerungen** – Die Herleitung der aus den Evaluationsergebnissen gezogenen Schlussfolgerungen muss in jedem Schritt transparent und klar verständlich dargestellt sowie fachlich nachvollziehbar sein.

5.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Eine umfassende Messung der Qualität von Pflegeleistungen sollte sich nicht auf einzelne Leistungsbereiche beschränken, sondern das gesamte Qualitätsspektrum von Pflege, d. h. sowohl Struktur- und Prozess- als auch Ergebnisqualität abdecken (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2013; Donabedian, 1980; Stemmer & Arnold, 2014). Dabei ist die Untersuchung der Ergebnisqualität, die über lange Zeit im deutschsprachigen Raum keine Tradition hatte, in den letzten Jahren deutlich stärker in den Fokus von Evaluationsvorhaben im Pflegebereich geraten (Stem-

mer & Arnold, 2014) und stellt in der Zwischenzeit sogar den Schwerpunkt insbesondere der gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen von Pflegequalität dar (SGB XI; Hopfenitz, 2011).

Eine fachlich fundierte Qualitätsüberprüfung ist allerdings nur dann durchzuführen, wenn jeder zu untersuchende Bereiche einer Pflege-Dienstleistung zunächst klar definiert und transparent dargestellt wird (Eberlein-Gonska, 2011).

Dazu sind im Allgemeinen

„klare und allgemein akzeptierte Vorstellungen von „guter Qualität“ erforderlich (Soll-Werte). Ein Vergleich der tatsächlichen Qualität (Ist-Werte) mit diesen Soll-Vorgaben gibt im optimalen Fall Hinweise darauf, an welchen Stellen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen nötig sind, um die festgestellten Diskrepanzen zwischen Soll- und Ist-Werten zu verringern“ (Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale VersorgungsLeitlinien, 2009).

Aufgrund eines generell nicht einheitlichen Qualitätsverständnisses und der unterschiedlichen Perspektiven der am Pflegeprozess beteiligten Akteure (Pflegebedürftige, Angehörige, Pflegende etc.) gab es jedoch lange Zeit „keinen Konsens darüber, was genau unter „guter Pflege“ zu verstehen ist (Wingenfeld & Engels, 2011) bzw. auf welcher Basis man belastbare Hinweise auf „gute“ oder „schlechte“ Pflege eruieren kann (Friesacher, 2009).

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen (Evaluationen) pflegerischer Leistungen sind vor diesem Hintergrund zwei zentrale Begriffe zu unterscheiden, die eine Grundlage zur Qualitätsbewertung, -beurteilung und -sicherung bilden können:

1. Qualitätskriterium
2. Qualitätsindikator

Zu 1.: Qualitätskriterium

Eine der zentralen Aufgaben im Rahmen von Qualitätsüberprüfungen ist die Identifizierung von spezifischen Merkmalen und Eigenschaften, „die inhärent mit dem Leistungsgeschehen . . . verbunden sind“ (Blumenstock, 2011) und anhand derer eine eindeutige Beschreibung des zu beurteilenden Sachverhalts möglich ist. Diese können im Prüfungsprozess als sogenannte Qualitätskriterien zur Beurteilung herangezogen werden, „deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird“ (Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale VersorgungsLeitlinien, 2009). Dabei sind in der Ausarbeitung geeigneter Kriterien die unterschiedlichen Perspektiven mit zu berücksichtigen, die von den verschiedenen am Pflegeprozess beteiligten Personen bzw. Institutionen eingenommen werden (können), um eine umfassende Einschätzung über die tatsächliche Qualität einer pflegerischen Leistung treffen zu können.

Die bisherige Bewertungssystematik der Qualitätsprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bzw. der als gleichwertig geltenden Prüfergebnisse von Pflegeleistungen bezieht sich im stationären Bereich auf 77, in der ambulanten Pflege auf 49 Bewertungskriterien (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2014).

Zu 2.: Qualitätsindikator

Nach eindeutiger Auswahl bzw. Definition der Qualitätskriterien, die im Rahmen einer geplanten Evaluation zur Prüfung „guter Qualität“ von Pflegeleistungen herangezogen werden sol-

len, ist es erforderlich, zuverlässig messbare Ausprägungsformen (Qualitätsindikatoren) dieser Kriterien zu benennen. Anhand von „qualitätsbezogenen Kennzahlen“ (Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale VersorgungsLeitlinien, 2009), die „die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden“ (Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale VersorgungsLeitlinien, 2009), können die im Rahmen von Qualitätsprüfungen gestellten Anforderungen (Soll-Werte) an die Eigenschaften und Merkmale einer Pflegedienstleistung mit den tatsächlich vorzufindenden Eigenschaften oder Merkmalen (Ist-Werte) verglichen werden (Hasseler & Fünfstück, 2012). Somit stellen Qualitätsindikatoren Maße dar, „die geeignet sind, den Grad der Zielerreichung von Ergebnissen in den verschiedenen Qualitätsbereichen von Alten- und Pflegeheimen zu bestimmen“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010) bzw.

„deren Ausprägungen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen. . . . Da sich einzelne Indikatoren immer nur auf Teilaspekte der Qualität beziehen, ist es sinnvoll, zur Beurteilung eines Versorgungsaspekts bzw. Kriteriums mehrere Indikatoren bzw. ein „Indikatorprofil“ heranzuziehen“ (Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale VersorgungsLeitlinien, 2009).

Qualitätsindikatoren bilden damit im Rahmen einrichtungsinterner wie -externer Qualitätsinitiativen zentrale Bausteine einer fundierten Bewertung und Weiterentwicklung von Pflegequalität: „Quality indicators provide an opportunity for providers to identify areas for improvement and to acknowledge where quality improvement has occurred“ (National Aged Care Alliance (NACA), 2014).

Das europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (2010) hat gemeinsam mit Partnern aus Deutschland, den Niederlanden, England, Italien, Luxemburg und Slowenien im Rahmen des von der Europäischen Kommission finanziell geförderten EU-Projekts „Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren“ eine Zusammenstellung international angewandter Qualitätsindikatoren zur Messung von Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen vorgenommen. Dabei wurden neben der einschlägigen Fachliteratur die folgenden Indikatorensysteme als Quellen in die Untersuchung mit aufgenommen (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010):

- Nordrheinwestfälische Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege
- Niederländische Qualitätsrichtlinien für Verantwortungsvolle Pflege
- Das Qualitätsmanagement-System E-Qalin aus Österreich, Deutschland, Italien, Luxemburg und Slowenien
- Nationale Mindeststandards und Richtlinien für die Heimaufsicht (Key Lines of Regulatory Assessment – KLORA) in England
- Das Programm My Home Life (MHL) im Vereinigten Königreich
- Die deutschen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege.

Darüber hinaus wurden auch Standardwerke und Erfahrungsberichte aus dem US-amerikanischen Raum in die Analyse mit einbezogen. Als Ergebnis wurden insgesamt 94 Kennzahlen bzw. Indikatoren mit Relevanz für die stationäre Altenpflege identifiziert, die sich auf fünf Bereiche verteilen

- Pflegequalität: 24 Indikatoren
- Lebensqualität: 46 Indikatoren
- Führung: 17 Indikatoren
- Wirtschaftlichkeit: 4 Indikatoren
- Kontext: 3 Indikatoren (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010).

Eine umfassende Beurteilung (Evaluation) von Pflegequalität hat dabei allerdings immer auch die unterschiedlichen Perspektiven und Zielsetzungen der verschiedenen am Pflegeprozess direkt oder indirekt beteiligten Personen(gruppen) bzw. Institutionen zu berücksichtigen. Da unterschiedliche Zielsetzungen immer auch unterschiedliche Qualitätsvorstellungen und damit voneinander abweichende Bewertungsgrundlagen und -maßstäbe bedingen, müssen dementsprechend auch an die individuellen Bedarfe angepasste Qualitätsindikatoren definiert werden, die den jeweiligen Anforderungsprofilen gerecht werden. Innerhalb der oben dargestellten Bereiche können die jeweiligen Kennzahlen bzw. Indikatoren aus unterschiedlichen Perspektiven evaluiert werden:

- Pflegequalität: BewohnerInnen, MitarbeiterInnen
- Lebensqualität: BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörige/Freunde
- Führung: Management, MitarbeiterInnen
- Wirtschaftlichkeit: Management, Finanzierungsträger
- Kontext: soziales Umfeld, Gesetzgeber

Stemmer & Arnold nehmen in ihrer Expertise eine Differenzierung von Qualitätsindikatoren nach der Nutzer- bzw. Verbraucherperspektive vor. Demzufolge können aus Sicht von Menschen mit Pflegebedarf

„sieben relevante Bereiche von Qualitätsindikatoren ausfindig gemacht werden:

1. Qualitätsindikatoren, die die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen abbilden
2. Qualitätsindikatoren, die die Autonomie der pflegebedürftigen Menschen abbilden
3. Qualitätsindikatoren, die die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen abbilden
4. Qualitätsindikatoren, die soziale Kontakte der pflegebedürftigen Menschen abbilden
5. Versorgungsbezogene Qualitätsindikatoren
6. Personalbezogene Qualitätsindikatoren
7. Institutionsbezogene Qualitätsindikatoren“ (Stemmer & Arnold, 2014).

Diese Indikatoren beziehen sich auf alle drei von Donabedian (1980) genannten Dimensionen von Qualität: Während sich Struktur- und Prozessqualitätsaspekte in Form von versorgungs-, personal- und institutionsbezogenen Merkmalen sowie weitgehend auch in der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen widerspiegeln, findet sich der Bereich der Ergebnisqualität in den Indikatorenprofilen zu deren Lebensqualität, Autonomie sowie sozialen Kontakten wieder (Stemmer & Arnold, 2014).

Bei Betrachtung der Qualitätsindikatoren, die speziell für Angehörige von zu pflegenden Personen eine hohe Relevanz besitzen, können insgesamt

„fünf Indikatorenbereiche identifiziert werden . . . :

1. Personalbezogene Qualitätsindikatoren
2. Betreuungsbezogene Qualitätsindikatoren
3. Versorgungsbezogene Qualitätsindikatoren

4. Institutionsbezogene Qualitätsindikatoren
5. auf das Wohlbefinden der Menschen mit Pflegebedarf bezogene Qualitätsindikatoren“ (Stemmer & Arnold, 2014).

Bei den Angehörigen zeigen sich demzufolge deutlich stärker an Struktur- und Prozessmerkmalen orientierte und wesentlich geringer auf Aspekte von Ergebnisqualität abzielende Anforderungen an Pflegequalität als bei den zu pflegenden Personen selbst.

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (2010) hat fünf Indikatorenbereiche identifiziert, die bei der Messung von Pflegequalität berücksichtigt werden sollten:

- Pflegequalität: Für diesen Bereich werden insgesamt 24 Indikatoren benannt. Im Mittelpunkt stehen dabei „die Erkennung des Pflegebedarfs, das Wissen um mögliche Komplikationen und negative Nebenwirkungen“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010).
- Lebensqualität: Für diesen Bereich werden insgesamt 46 Indikatoren benannt. Der Bereich der Lebensqualität ist „schwer zu definieren, weil sie von individuellen Präferenzen bestimmt wird, welche physische, soziale und psychologische Aspekte beinhalten“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010). Dabei ist es von zentraler Bedeutung, die Personen, „deren Lebensqualität beschrieben werden soll, möglichst weit reichend einzubeziehen“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010). Dies erfolgt weitestgehend über persönliche Befragungen der jeweils betroffenen Personengruppen. Hier geht es insbesondere um emotionale Unterstützung, persönliche Wertschätzung, soziale Einbindung und individuelle Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen, deren Angehörigen sowie der MitarbeiterInnen von Pflegeeinrichtungen.
- Führung: Für diesen Bereich werden insgesamt 17 Indikatoren benannt. Diese verbinden zum einen subjektive Zufriedenheitswerte von MitarbeiterInnen, Angehörigen und anderen Bezugspersonen der Pflegebedürftigen im Hinblick auf das organisatorische Klima sowie die Pflegeergebnisse. Zum anderen werden aber auch quantitative, objektivierte Indikatoren aufgenommen, die Auskunft geben z. B. über die Einhaltung von Standards, die Personalsituation sowie über Initiativen zur Vorbeugung von Mängeln bzw. Unzulänglichkeiten.
- Wirtschaftlichkeit: Für diesen Bereich werden insgesamt 4 Indikatoren benannt, deren Einhaltung die Aufrechterhaltung einer hohen Pflegequalität bzw. sogar der Lebensfähigkeit der Einrichtung langfristig sicherstellen soll.
- Kontext: Für diesen Bereich werden insgesamt 3 Indikatoren benannt. Diese Indikatoren beziehen sich im Besonderen auf die externe Vernetzung der Einrichtung, sprich ihre Einbettung innerhalb der Gemeinde oder ihre „Beziehungen zu externen Partnern, Lieferanten und regionalen Netzwerken“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al., 2010).

Die Health Information and Quality Authority in Irland hat zur Sicherung einer möglichst hohen Qualität der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt 32 Standards formuliert, die in die folgenden sieben Bereiche gegliedert sind:

- Rechte

- Schutz
- Gesundheit und sozialer Pflegebedarf
- Lebensqualität
- Personal
- Pflegeumgebung
- Steuerung und Management (Health Information and Quality Authority (HIQA), 2009).

Die National Aged Care Alliance (2014) hat in Australien für den Bereich der stationären Pflege insgesamt 33 Qualitätsindikatoren benannt, die in Pflegeeinrichtungen zur Unterstützung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses der eigenen Pflegeleistungen genutzt werden können: „Quality indicators provide an opportunity for providers to identify areas for improvement and to acknowledge where quality improvement has occurred“ (National Aged Care Alliance (NACA), 2014).

Diese Indikatoren beziehen sich auf fünf Bereiche:

- Personenbezogene Interaktionen, z. B. Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Ziele der BewohnerInnen oder angemessener Einsatz von einschränkenden Maßnahmen
- Gesundheit und Wohlbefinden, z. B. Schmerzmanagement oder Vermeidung von Stürzen und Frakturen,
- Soziale Einbindung/Aktivierung, z. B. Unterstützung zur Aufrechterhaltung von Interessen und Fähigkeiten der BewohnerInnen oder positive Beziehungserfahrungen
- Ausstattung/Angebote/Umgebung, z. B. Sauberkeit oder Nähe zu kulturellen Angeboten
- Täglicher Service, z. B. Beurteilung von Auswahl und Qualität der Speisen durch die BewohnerInnen oder Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheits- bzw. medizinischen Diensten.

Darüber hinaus wird noch ein weiterer relevanter Indikatorenbereich genannt, der Aspekte von Organisation bzw. Steuerung innerhalb der Einrichtung beinhaltet. Konkrete Indikatoren wurden bislang jedoch innerhalb dieses Bereichs nicht identifiziert.

Stemmer & Arnold (2014) haben in ihrer Expertise international gebräuchliche Indikatoren, Standards und Benchmarks zusammengetragen, die „relevante Bereiche von Pflegeoutcomes definieren und abbilden“ (Stemmer & Arnold, 2014). Dabei werden die folgenden Bereiche als besonders häufig für Outcomemessung relevant genannt:

- Dekubitus
- Stürze
- Medikation
- Schmerzen
- Lebensqualität/Wohlbefinden
- Inkontinenz
- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Ernährung
- Fixierung

Wingenfeld & Engels (2011) haben zur Unterstützung von Vergleichen der Ergebnisqualität verschiedener Einrichtungen sowie zur Unterstützung von internem Qualitätsmanagement und externen Qualitätsprüfungen Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität entwickelt, die sich in fünf Bereiche untergliedern:

- Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit
- Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen
- Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen
- Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung
- Tagesgestaltung und soziale Beziehung (Wingenfeld & Engels, 2011).

Darüber hinaus gibt es noch einen Sonderbereich, der Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen umfasst.

Die von Wingenfeld und Engels vorgelegten Indikatoren bilden trotz ihrer zum Teil kritisch zu betrachtenden konkreten Ausgestaltung (Stemmer & Arnold, 2014) insgesamt eine relevante Grundlage, auf deren Basis der Bereich der Outcomemessung weiter verfolgt werden sollte.

5.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen Evaluation steht in Beziehung zu Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung, Qualitätsverantwortung, internes Qualitätsmanagement, Expertenstandard, Dokumentation.

5.9 Literaturverzeichnis

- American Nurses Association (2010). *Nursing: Scope and Standards of Practice*.
- Bibliografisches Institut (2015). *Duden*. Retrieved January 28, 2016, from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Evaluation>.
- Blumenstock, G. (2011). Zur Qualität von Qualitätsindikatoren. *Bundesgesundheitsblatt*, 54(2), 154–159. Retrieved January 29, 2016, from <http://link.springer.com/journal/103/54/2/page/1>.
- Bonato, M. (2011). *Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt „Pflege-TÜV“*.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (4th ed.). Berlin: Springer.
- Borutta, M. (2009). Schulnoten für Heime. *Dr. med. Mabuse*. (4), 14–16. Retrieved January 28, 2016, from https://www.manfred-borutta.de/fileadmin/user_upload/Mabuse-PTVS-180_Borutta.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2013). *Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012*. Retrieved January 02, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaets_sicherung/2013-02-08_Pflege_Massstaebe_und_Grundsaeetze_teilstationaer.pdf.

- DeGEval - Gesellschaft für Evaluation (2004). *Empfehlungen zur Anwendung der Standards für Evaluation im Handlungsfeld der Selbstevaluation*. Alter: DeGeval, Geschäftsstelle.
- DeGEval - Gesellschaft für Evaluation (2008). *Standards für Evaluation* (4th ed.). Köln: Geschäftsstelle DeGEval.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment: Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Eberlein-Gonska (2011). Was ist an Qualitätsmanagement evidenzbasiert? Reflexionen über eine scheinbar einfache Frage. *Bundesgesundheitsblatt*, 54(2), 148–153. Retrieved December 07, 2015, from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-010-1204-y#page-1>.
- Elsbernd, A. (2010). *Entwicklung von internen pflegesensitiven Qualitätsindikatoren in der stationären Altenpflege*. Hochschule Esslingen. Retrieved January 10, 2016, from <http://www.hs-esslingen.de/fileadmin/medien/fakultaeten/sp/IAF/Projektbeschreibungen/Qualitätsindikatoren.pdf>.
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung et al. (2010). *Verbesserung messen: Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime*. Wien.
- Expertenkreis Qualitätsindikatoren für Nationale VersorgungsLeitlinien (2009). *Programm für nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF: Qualitätsindikatoren; Manual für Autoren*. ÄZQ-Schriftenreihe: Bd. 36. Neukirchen: Verl. Make a Book.
- Friesacher, H. (2009). Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung. *Pflege & Gesellschaft*, 14(1), 5–23. Retrieved January 02, 2016, from http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/category/pdf/01_2009.pdf.
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) (July 16, 2015). Retrieved January 02, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf>.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) (July 16, 2015). Retrieved January 02, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf.
- Hasseler, M., & Fünfstück, M. (2012). *Die Erstellung und Erprobung von Qualitätsberichten nach § 12 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) in Rheinland-Pfalz: Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung (Langversion)*. Hamburg: KPG Expert Partnergesellschaft.
- Hasseler, M. & Wolf-Ostermann, K. (2010). *Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich*. Retrieved January 02, 2016, from http://www.pflegenoten.de/media/dokumente/weiterentwicklung/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u__WB_2010_07_21.pdf.
- Health Information and Quality Authority (HIQA) (2009). *National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland*. Retrieved January 02, 2016, from <http://www.hiqa.ie/publication/national-quality-standards-residential-care-settings-older-people-ireland>.
- Hopfenitz, D. (2011). Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach PTV gemäß §§ 113 f. SGB XI in der Praxis. *SozialRecht aktuell*, 15(1), 1–40. Retrieved January 02, 2016.
- Löser, A. (2006). *Evaluation - Auswertung des Pflegeprozesses: Bewertungsverfahren zur prozesshaften Gestaltung der Pflege*. Pflege Kolleg. Hannover: Schlütersche.

- Löser, A. (2009). Evaluation prozessorientierter Pflege. *Unterricht Pflege*, 1(14), 14–17.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2011). *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011*. Retrieved January 28, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsätze_zur_qualitäts_sicherung/2011_06_09_MuG_stat_Fassung_nach_Schiedsspruch.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Ed.) (2014). *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege: 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI*. Retrieved January 28, 2016, from https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitätsberichte/MDS_Vierter__Pflege_Qualitätsbericht.pdf.pdf.
- Möller, J., & Zieres, G. (2010). Zur Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 15(1), 39–44.
- National Aged Care Alliance (NACA) (2014). *Quality Indicators for Residential Care: Advisory Paper*. Retrieved January 02, 2016, from <http://www.naca.asn.au/Publications/NACA%20Advisory%20Paper%20-%20Quality%20Indicators%20in%20Residential%20Care%20-%20Jan%202014.pdf>.
- SGB XI (July 17, 2015). Retrieved December 17, 2015, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved January 02, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.
- Stemmer, R., & Arnold, J. (2014). *Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung*. Mainz. Retrieved January 02, 2016, from https://www.khmz.de/fileadmin/user_upload/aktuelles/aktuelles/expertise_ergebnisqualitätsindikatoren_stationaere_pflege_stemmer__arnold_2014.pdf.
- Weibler-Villalobos, U., & Röhring, B. (2010). Methodische Anforderungen an einrichtungsbezogene Qualitätsberichte in der Pflege. *Gesundheitswesen*, 72(11), 780–789.
- Wingenfeld, K., & Engels, D. (2011). *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*.

6 Erläuterungen zum Kennzeichen „Pflegefachlichkeit“

6.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird Pflegefachlichkeit in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Standards oder Richtlinien existieren im Bereich der Pflegefachlichkeit?
- Welche Herausforderungen existieren im Bereich der Pflegefachlichkeit?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen Pflegefachlichkeit Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

6.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Bezeichnung Kompetenz beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten, in definierten Bereichen Probleme zu lösen sowie die Bereitschaft, dies auch zu tun. Die dritte Dimension von Kompetenz neben Fähigkeit und Bereitschaft ist die Zuständigkeit (Olbrich, 2010). Fachlichkeit ist pädagogisch betrachtet ein unscharfer Begriff. Im Folgenden wird Fachlichkeit mit Kompetenz weitgehend gleichgesetzt.

Pflegefachlichkeit wird hinsichtlich der Rollen von Pflegenden, der Kompetenzprofile und abgestufter Qualifikationen diskutiert. Vor dem Hintergrund der verschiedenen Rollen der Pflegenden werden zwölf grundlegende Kompetenzen in den Bereichen der Fachwissenschaft, Ethik, Kommunikation, Betriebswirtschaft, Berufspolitik, Pädagogik, Forschung, Organisation und der Interdisziplinarität aufgezeigt. Darüber hinaus sollten Pflegenden sowohl über rechtliche als auch psychosoziale Kompetenzen verfügen (Kellnhauser, 2002).

Die Komplexität der pflegerischen Interventionen ergibt sich aus der Kontextualisierung eines Problems sowie der Entwicklung entsprechender Lösungsstrategien. Darüber hinaus resultiert die Komplexität aus formalen und inhaltlichen Kriterien des pflegerischen Wissens. Demzufolge müssen Unterscheidungen hinsichtlich der Entdeckungszusammenhänge komplexer Sachverhalte und Rechtfertigungszusammenhänge wissenschaftlicher Thesen getroffen werden (Remmers, 2011). Vor diesem Hintergrund zeigt sich das zentrale Element des pflegerischen Handelns im lebensweltorientierten, situativen Verständnis der Problemlösung (Friesacher, 2008).

6.3 Stand der Literatur

In der Literatur wird die Pflegefachlichkeit hinsichtlich der Rollen von Pflegenden, der Kompetenzprofile und abgestufter Qualifikationen diskutiert.

Kellnhauser (2002) führte eine durch den Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe in Auftrag gegebene Studie zur Identifikation von Rollen und Kompetenzen von Pflegefachpersonen durch.

Als Rollen für Pflegende wurden identifiziert: Direkt Pflegende/r, BeziehungsgestalterIn, KoordinatorIn, TeamführerIn, PatientenadvokatIn, ForscherIn, LehrerIn in der Pflege, ManagerIn, professionelle Person, international Agierende/r.

Vor dem Hintergrund der verschiedenen Rollen von Pflegenden beschreibt Kellnhauser (2002) zwölf grundlegende Kompetenzbereiche:

1. Fachwissenschaftliche Kompetenz:

Pflegende setzen ihre pflegewissenschaftlichen Fertigkeiten in der Praxis um. Sie verfügen über diagnostische Fähigkeiten und kennen Methoden der prozessbezogenen Evaluation.

2. Ethische Kompetenz:

Pflegende arbeiten nach ethischen Prinzipien und übernehmen dementsprechend Verantwortung.

3. Kommunikationskompetenz:

Die Personen besitzen Fähigkeiten zur Gesprächsführung und Verhandlungsführung. Sie verfügen über Fremdsprachenkenntnisse (speziell Englisch).

4. Betriebswirtschaftliche Kompetenz:

Pflegende verknüpfen ökologische, ökonomische und politische Interessen miteinander.

5. Berufspolitische Kompetenz:

Pflegende besitzen berufspolitische Interessen und zeigen sich eigenverantwortlich.

6. Pädagogisch-Didaktische Kompetenz:

Die Kompetenzen erstrecken sich über die Bereiche der Präsentation, Moderation, Information, Beratung, Begleitung und Planung.

7. Forschungskompetenz:

Pflegende sind in der Lage Forschungsprojekte durchzuführen, sowie die Ergebnisse in der Praxis umzusetzen.

8. Führungskompetenz:

Die Pflegenden besitzen Fähigkeiten in den Bereichen der Verhandlungsführung, Motivation, Delegation, Problemlösung und Konfliktfähigkeit.

9. Organisatorische Kompetenz:

Sie verfügen über Kenntnisse der Methodik, Planung, Steuerung und dem Qualitätsmanagement.

10. Interdisziplinäre Kompetenz:

Pflegende fördern sowohl die interdisziplinäre Zusammenarbeit als auch die Schnittstellenarbeit.

11. Rechtliche Kompetenz:

Pflegepersonen können Rechts- und Unrechtspositionen unter Berücksichtigung des entsprechenden Rechtswissens wahrnehmen.

12. Psychosoziale Kompetenz:

Sie besitzen die Fähigkeit zur Empathie, Reflexion, Frustrations- und Belastungstoleranz, Stressbewältigung sowie der Nähe- und Distanzregelung.

Teils überschneidend, teils ergänzend zu den grundlegenden Kompetenzen nach Kellnhauer et al. (2002), führen Nussbauer und von Reibnitz (2008) folgende Merkmale als sogenannte pflegerische Schlüsselkompetenzen auf:

1. Den Menschen als Individuum aus einem bestimmten sozialen und kulturellen Kontext mit entsprechenden Wertesystemen erkennen und akzeptieren
2. Respektvolle berufliche Beziehung zu den PatientInnen sowie deren Umfeld aufbauen, pflegen und beenden
3. KlientInnenorientiert Handeln
4. Qualitätsstandards hinsichtlich der Wirksamkeit sowie der rechtlichen Rahmenbedingungen anwenden
5. Situationen beobachten, Veränderungen einschätzen, Handeln entsprechend anpassen und Umfeld informieren
6. Eigenes berufliches Denken und Handeln vor dem Hintergrund der ethischen Reflexion begründen
7. Entsprechend der beruflichen Situation angemessen kommunizieren
8. Verständnis der eigenen Identität im interdisziplinären Behandlungsteam entwickeln
9. Kenntnisse und Fertigkeiten an Teammitglieder weitergeben
10. Mit Stresssituationen adäquat umgehen
11. Ressourcen unter Beachtung ökonomischer und ökologischer Prinzipien einsetzen
12. Planungs-, Dokumentations- und Organisationskompetenzen aufzeigen
13. Fort- und Weiterbildungsbedarf erkennen und entsprechend umsetzen

Mit der stetigen Veränderung in der pflegerischen Versorgung geht der Bedarf zur fortlaufenden Kompetenzentwicklung hinsichtlich Wissenserweiterung und Ausbau der sozialen als auch methodischen Kompetenzen einher. Daher müssen Pflegende nicht nur Freude am Lernen haben, sondern diese auch in ihrer beruflichen Laufbahn immer wieder umsetzen (Nussbaumer & Reibnitz, 2008). Jenseits dieses normativen Anspruches wird Kompetenz nicht einmalig gebildet, sondern unterliegt einem dynamischen Entwicklungsprozess.

Olbrich (2010) zeigt verschiedene Stufen pflegerischen Handelns auf. Dabei konzipiert sie die Handlungsoptionen von Pflegenden als Prozess. Pflegende benötigen grundlegendes Wissen und Können, um berufsbezogene Sicherheit zu gewinnen. Nach dem Erwerb dieser

Sicherheit können sie (darauf aufbauend) Situationen individuell einschätzen und schließlich differenzierte Reflexionsfähigkeit ausbilden. Sind diese Prozesse durchlaufen, kann aktives, empathisches und ethisches Handeln entstehen (Olbrich, 2010). Olbrich differenziert folgende aufeinander aufbauende Stufen:

- Regelgeleitetes Handeln:

Das regelgeleitete Handeln beruht auf fachlichem Wissen und Können sowie der sachgerechten Anwendung pflegerischer Interventionen. Dabei vollzieht sich das Handeln routiniert und befindet sich innerhalb der jeweiligen Normen.

- Situativ-beurteilendes Handeln:

Hierbei stehen die Wahrnehmung und die Sensibilität für spezifische Situationen im Vordergrund. Die Handlungsorientierung erfolgt aufgrund situativer Beurteilungen der Pflegenden.

- Reflektiertes Handeln:

Die Pflegenden erkennen sowohl die PatientInnen als auch ihre eigene Person als Teil des Geschehens, wobei die Pflegenden ihr Handeln selbst reflektieren. Sowohl die Gefühle als auch die Gedanken zum eigenen Erleben werden zum Reflexionsgegenstand.

- Aktiv ethisches Handeln:

Die Basis des aktiven Handelns bilden die jeweiligen eigenen ethischen Werte. Sobald ersichtlich wird, dass sich keine Erfolge einstellen, führt die Reflexion des Handelns zur Formulierung von Grenzen.

Anders als Olbrich bringt Benner (2012) den stufenhaften Aufbau des Kompetenzerwerbes in Verbindung mit einer zeitlichen Abfolge:

Stufe 1: AnfängerInnen/Neulinge

Personen, die sich im Prozess der pflegerischen Ausbildung befinden, werden als AnfängerInnen bezeichnet. Charakteristisch für die erste Stufe sind vorgegebene, kontextunabhängige Faktoren, die die AnfängerInnen anhand eines Regelwerkes erkennen können und somit regelgeleitetes Handeln entstehen kann. Die Kenntnisse der Anfänger entsprechen dem sogenannten theoretischen Wissen.

Stufe 2: Fortgeschrittene Anfänger

Verfügen die Neulinge über einige Erfahrung in Praxissituationen, so können sich gleichermaßen deren Leistungen verbessern. Dabei ist es wichtig, dass die Neulinge situationsbezogene Erfahrungen sammeln, da sie anhand reflektierter Erfahrung im Verlauf der fünf Stufen vom regelgeleiteten Handeln hin zum intuitiven Handeln gelangen.

Stufe 3: Kompetent Handelnde

Aufgrund der zunehmenden Erfahrung kompetent handelnder Personen eignen sich diese eine hierarchisch strukturierte Betrachtungsweise an. Demgemäß legen kompetent Handelnde einen Plan fest, wonach sie entscheiden, welche Elemente einer Situation als wichtig zu behandeln sind. Dabei empfinden diese Personen, im Gegensatz zu (fortgeschrittenen AnfängerInnen), ein großes Verantwortungsbewusstsein für ihr jeweiliges Handeln.

Stufe 4: Erfahrene

In diesem Stadium ist es den Pflegenden möglich, ihr Handeln situationsspezifisch zu differenzieren, wobei die abgeleiteten Interventionen dabei nicht mehr regelgeleitet, sondern vielmehr intuitiv ausgeführt werden. Bestimmte Aspekte werden nach innerer Anteilnahme als wichtig wahrgenommen, ohne dass die Person sich aktiv für eine Perspektive entscheidet.

Stufe 5: Experten

Aufgrund der situationsspezifischen Differenzierungsfähigkeit wissen ExpertInnen, welche Ziele wie erreicht werden können. Dabei handeln sie fortlaufend und intuitiv und wählen wechselweise jene Perspektiven, die ihnen hinsichtlich der Zielerreichung sinnvoll erscheinen.

Die Konzepte von Kellnhauser, Olbrich und Benner gehen von einem einheitlichen formalen Qualifikationsniveau aus. Der International Council of Nurses (ICN) weist darauf hin, dass der Bedarf an pflegerischen bzw. gesundheitlichen Leistungen stetig ansteigt, dessen ungeachtet jedoch in zahlreichen Ländern die pflegerischen Rahmenbedingungen sich verschlechtern, da es zu Kürzungen im Bereich der personellen Besetzung bzw. zu Qualifikationsabsenkungen kommt. Vor diesem Hintergrund erarbeitete der ICN einen konzeptionellen Rahmen, der die zentralen Rollen und Kompetenzen von Pflegenden in Bezug setzt zu unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Ziel dieser Arbeit ist die Herstellung von Transparenz bezogen auf die Erwartungen an die unterschiedlichen Qualifikationsstufen sowie die Möglichkeit einer fachlich begründeten Steuerung des Einsatzes von Pflege(fach)personen (International Council of Nurses, 2008). Das ICN unterscheidet fünf Qualifikationsniveaus. ‚Nursing support worker‘ entsprechen in etwa den deutschen PflegeassistentInnen. Sie verfügen über keine formale Qualifikation. Die enrolled practical nurse ist vergleichbar mit PflegehelferInnen. Sie ist für einen begrenzten Aufgabenumfang berechtigt, unmittelbare Pflege zu leisten. Eine registered nurse entspricht in etwa einer Altenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpflegerin mit einer dreijährigen Ausbildung. Diese Gruppe verfügt über eine breite Basisqualifikation. Die vierte Gruppe, nurse specialist genannt, verfügt neben vertiefter klinischer Kompetenz auch über Kompetenzen im Bereich der Lehre, des Managements und der Forschung. Die vertiefte klinische Kompetenz ist evtl. mit dem Level einer in Deutschland üblichen Fachweiterbildung vergleichbar. Die weiteren Kompetenzbereiche der nurse specialist (Lehre, Management und Forschung) werden aber von der Fachweiterbildung nicht abgedeckt. Die fünfte und letzte Stufe nimmt die die advanced practice nurse (APN) ein. Die APN verfügt über umfassendes expertenhaftes Wissen in der Regel auf Masterniveau und komplexe Fähigkeiten zur Situationseinschätzung und Entscheidungsfindung (International Council of Nurses, 2008). In Deutschland wird diese Qualifikationsstufe gerade langsam aufgebaut.

Der konzeptionelle Rahmen des ICN identifiziert und formuliert für alle fünf Gruppen insgesamt 17 Kompetenzthemen, die in die drei Bereiche

- 1) professionelle, ethische und rechtliche Belange der Pflegepraxis,
 - 2) Durchführung des Pflegeprozesses und Pflegemanagements,
 - 3) Entwicklung der eigenen professionellen Person, der Profession und der Qualität
- unterteilt werden können (International Council of Nurses, 2008).

Mit Blick auf das unmittelbare Pflegehandeln ist dieses gekennzeichnet durch seine - unter Bezug auf die Pflegewissenschaft und Bezugswissenschaften - evidenzbasierte Begründung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der situativen und kontextgebundenen Besonderheiten des einzelnen Falles. Die Vermittlung zwischen den Perspektiven der externen und internen Evidenz bedarf umfassender fachlicher Kompetenzen der professionellen Pflegeperson sowie die Aushandlung der daraus folgenden Einschätzungen und Entscheidungen im Zusammenwirken mit dem Menschen mit Pflegebedarf bedarf hoher sozialer und kommunikativer Kompetenz (Hülsken-Giesler, 2011).

Nach Remmers (2011) ist hinsichtlich der Beschreibungen von Pflegeinterventionen deren Komplexität zu berücksichtigen, die sich aus der Kontextualisierung eines Problems sowie der Entwicklung entsprechender Lösungsstrategien ergibt. Darüber hinaus resultiert die Komplexität aus formalen und inhaltlichen Kriterien des pflegerischen Wissens. Demzufolge müssen Unterscheidungen hinsichtlich der Entdeckungszusammenhänge komplexer Sachverhalte und Rechtfertigungszusammenhänge wissenschaftlicher Thesen getroffen werden (Remmers, 2011). Vor diesem Hintergrund zeigt sich das zentrale Element des pflegerischen Handelns im lebensweltorientierten, situativen Verständnis der Problemlösung (Friesacher, 2008).

6.4 Rechtliche Aspekte

Die Heimgesetze der Länder nehmen den Begriff der Fachkraft aus der früheren Heimpersonalverordnung zwar auf, definieren ihn aber teilweise etwas unterschiedlich. Gemeinsamkeit besteht in der Forderung nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung (formales Kriterium) und dem materiellen Kriterium „Erlangung von Kenntnissen und Fähigkeiten, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der ausgeübten Funktion und Tätigkeit befähigen“ (Dickmann, 2014). Eine bundesweit verbindliche Definition des Begriffs ‚Fachkraft‘ gibt es nicht. Als Fachkraft in der Pflege gelten AltenpflegerInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, HeilerziehungspflegerInnen. Angehörige der Helferberufe (Altenpflegehilfe, Krankenpflegehilfe) gelten nicht als Fachkräfte. Als Fachkräfte in Alten- und Pflegeheimen gelten neben den pflegerischen Fachkräften je nach Angebot und Klientel einer Einrichtung auch LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, DiätassistentInnen, HauswirtschafterInnen etc. Der Anteil der Fachkräfte ist in der Fachkraftquote, die das mengenmäßige Verhältnis von Fachkräften zu Nicht-Fachkräften ausdrückt, festgelegt. Das Prinzip der Fachkraftquote, das mit der früheren Heimpersonalverordnung eingeführt wurde, wurde von den Länder-Heimgesetzen beibehalten. Festgeschrieben ist eine Fachkraftquote von 50 % (Dickmann, 2014).

Die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Fachlichkeit bzw. entsprechender Kenntnisse und Kompetenzen bedarf regelmäßiger Fort- und Weiterbildungen sowie bei Eintritt in eine ambulante oder stationäre Einrichtung einer fundierten Einarbeitung. Der Träger der Einrichtung ist in der Pflicht, die Fortbildung sicherzustellen (GKV-Spitzenverband, 2011).

6.5 Gibt es Mindeststandards?

Standards für die Bestimmung dessen, was in inhaltlicher Hinsicht Pflegefachlichkeit ausmacht, gehen aus den Berufsgesetzen sowie den zugeordneten Ausbildungs- und Prüfungsordnungen hervor.

Das Altenpflegegesetz legt in § 3 die Ausbildungsziele für die Ausbildung zur/zum Altenpflegerin fest. Demgemäß verfügt eine Person nach erfolgreichem Abschluss der Altenpflegeausbildung über „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten . . . , die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind“ ("Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG)").

Gemäß dem Ausbildungsziel nach § 3 KrPflG für die Ausbildung zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn verfügt eine Person nach erfolgreichem Abschluss der Krankenpflegeausbildung entsprechend

„dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten . . . Die Pflege . . . ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen ausgerichtet. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen berücksichtigt“ (Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrankenpflGgesetz – KrPflG)).

Die beschriebenen Eckpunkte, die Pflegefachlichkeit ausmachen, sind nicht statisch, sondern in Bewegung. So eröffnen beide Gesetze unter bestimmten Bedingungen die Option auf die Entwicklung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten (Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG)).

6.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Mindestanforderungen jenseits der rechtlichen Mindeststandards ergeben sich als Forderung nach der Realisierung der Vermittlung von externer und interner Evidenz im Aushandlungsprozess mit den Menschen mit Pflegebedarf. Dabei sind die aus der Pflegesituation sich ableitenden ethischen Anforderungen ebenso zu berücksichtigen wie der interaktionale Rahmen.

Wie in den Heimgesetzen der Länder verankert und z. B. auch im konzeptionellen Rahmen des ICN festgelegt, setzt pflegefachliches Handeln ein spezifisches Qualifikationsniveau voraus.

6.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Pflegerische Kompetenzen müssen im lebensweltorientierten, situativen Verständnis der Problemlösung zum Tragen kommen (Friesacher, 2008). Dies bedeutet, dass in erster Linie nicht die Aspekte der Anerkennung der Kompetenzen auf formale Qualifikationsprofile eine führende Rolle spielen, sondern eher die Frage aufkommt, wie sich die lebensweltlichen Kompetenzen professionsspezifisch entfalten können. Der Europäische (EQR) bzw. der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) fokussieren eine aufgaben- und problemlösende Perspektive. Pflegekompetenzen können hier nur verkürzt eingeordnet werden. Die phänomenologisch-hermeneutische Kompetenz, die erforderlich ist, um die Situation und die Perspektive der Menschen mit Pflegebedarf wirklich zu verstehen und zu verhandeln, geht verloren. Zudem besteht ein Mangel an Trennschärfe zwischen Wissen, Fertigkeiten und personaler Kompetenz. Die Deskriptoren des DQR scheinen also wenig für die Messung von Pflegefachlichkeit geeignet (Hülsken-Giesler, 2011).

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an Instrumenten zur Kompetenzmessung (z. B. Erpenbeck, 2007), die aber nicht spezifisch für Pflegefachlichkeit sind.

6.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Kennzeichen stehen mit ‚Pflegefachlichkeit‘ in Beziehung:

Individuelle Pflege, Expertenstandard Harninkontinenz, Expertenstandard Chronische Wunde, Medizinische Behandlungspflege, Personalentwicklung, Fortbildung, Sicherung und Entwicklung der Qualität, verantwortliche Pflegefachkraft.

6.9 Literaturverzeichnis

- Benner, P. et al. (2000). *Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
- Dickmann, F. (2014). *Personelle Mindestanforderungen in Einrichtungen* (11th ed.). München: Beck.
- DQR (2011). Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Retrieved March 22, 2016, from http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/Sonstige/BMBF_DQR_aktuell.pdf
- DQR (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Retrieved March 22, 2016, from http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2013/130823_Handbuch_mit_nicht-barrierefreier_Anlage_MAM.pdf
- Erpenbeck, J. (2007). *Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerte von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis* (2nd ed.). Schäffer-Poeschel.
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns.: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Osnabrück: V&R unipress.
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Reihe Pflegewissenschaft und Pflegebildung. Göttingen.

- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) (July 16, 2015). Retrieved March 22, 2016, from <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf>.
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) (July 16, 2015). Retrieved March 22, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/.
- GKV-Spitzenverband (Ed.) (2011). *Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege*. Retrieved March 20, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/2011_06_09_MuG_stat_Fassung_nach_Schiedsspruch.pdf.
- Hülsen-Giesler, M (2011). Qualifikationsrahmen in der Pflege – zwischen politischem Telos und fachwissenschaftlichen Anforderungen. In: bwp@Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung. Retrieved March 22, 2016, from http://www.bwpat.de/ht2011/ft14/huelsken-giesler_ft14-ht2011.pdf
- International Council of Nurses (2008). *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*. Genf.
- Kellnhauser, E. (2002). *Berufskompetenzen professionell Pflegenden*. Berlin [u. a.]: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe.
- Kellnhauser, E. et al. (2002). *Berufskompetenzen professionell Pflegenden. Bericht über eine DELPHI-Studie zur Ermittlung von Anhaltspunkten für eine Pflegeausbildung*. Göttingen.
- Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über Wohnform und Teilhabe (March 22, 2013). Retrieved March 22, 2016, from http://www.biva.de/wp-content/uploads/Rlp_LWTG_DVO.pdf
- Milicevic, M, et al. (2011): Competencies gap of management teams in primary health care. *European Journal of Public Health*, Vol. 21, No. 2, 247–253.
- Nussbaumer, G., & Reibnitz, C. (. von (2008). *Innovatives Lehren und Lernen.: Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Pflege und Gesundheitsberufen*. Praxishandbuch für die Aus- und Weiterbildung von Pflege und Gesundheitsberufen. Bern: Huber.
- Olbrich, C. (2010). *Pflegekompetenz. Pflegepädagogik*: Huber.
- Remmers, H. (2011). *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog.: Eine Forschungsbilanz*. Osnabrück: V&R unipress.
- Remmers, H. (2011). Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen. Eine Einleitung. In: Ders. (Ed.): *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz*. Osnabrück, 7-47.
- Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung) (June 22, 1998). Retrieved March 22, 2016, from www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heimpersv/gesamt.pdf

7 Erläuterungen zum Kennzeichen „Unterstützung kognitiver Interventionen“

7.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen „Unterstützung kognitiver Interventionen“ in der Pflege definiert?
- Welche Bedeutung hat die Unterstützung kognitiver Interventionen in der Pflege?
- Existieren im Bereich der Unterstützung kognitiver Interventionen Richtlinien oder Standards?
- Gibt es im Bereich der Unterstützung kognitiver Interventionen Probleme oder Herausforderungen?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Unterstützung kognitiver Interventionen“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

7.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Kognitive Beeinträchtigungen treten insbesondere bei demenziell erkrankten Personen auf.

Eine Vielzahl von Aktivitäten zielt darauf ab, den Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit zu verlangsamen. Dazu gehören unmittelbare kognitive Trainings oder Stimulationen, körperliche Aktivitäten oder multimodale Programme. Es zeigt sich, dass mit diesen Interventionen ein positiver Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit möglich ist.

7.3 Stand der Literatur

Kognitive Störungen im Alter

Allgemein beschreibt der Begriff der Kognition die bewussten und unbewussten Prozesse des Denkens. Grundlage der Kognition ist das Gedächtnis. Doch auch weitere Aspekte lassen sich zur Kognition dazu zählen: Intelligenz, Aufmerksamkeit, Problemlösen, Sprache, Entscheiden, Vorstellungsvermögen etc. (Kreddig, 2013). Störungen des kognitiven Systems treten verstärkt im höheren Lebensalter auf. Der kognitive Alterungsprozess beginnt schon zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, wird jedoch weitestgehend durch die Plastizität des Gehirns kompensiert (Müller, Christiaans, & van der Wurff, 2009). Erst ab dem 60. Lebensjahr geht der Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit schneller von statten und zeigt sich nun auch im Alltagsgeschehen. Einzelne Defizite z. B. Schwierigkeiten beim Setzen von Prioritäten oder Aufmerksamkeitsstörungen sind die Folge. Präventive Aspekte können „ein guter

allgemeiner Gesundheitszustand, höherer Bildungsgrad, gesunde Ernährung und körperliche Aktivität“ sein (Müller et al., 2009).

Zu den wichtigsten Kognitionsstörungen im hohen Lebensalter gehören u. a. Beeinträchtigungen

- des Gedächtnisses
- des abstrakten Denkens
- des Zeitgefühls
- der Aufmerksamkeit
- der Konzentration
- der Orientierung
- des Lernens (Brenner & Needham, 2007)

Um kognitive Störungen in einem diagnostischen Kontext feststellen zu können, werden Instrumente, wie z. B. der Mini-Mental-Status-Test (MMST) eingesetzt. Der MMST besteht aus mehreren Aufgaben, die sich der Orientierung, Aufmerksamkeit, Rechenfähigkeit, Erinnerung, Sprache und Merkfähigkeit widmen (Brenner & Needham, 2007). Unterschreitet die Testperson eine bestimmte Punktzahl, kann von einer kognitiven Beeinträchtigung ausgegangen werden. Eine weitere Skala zur Messung der kognitiven Fähigkeiten ist die Cognitive Performance Scale (CPS). Hier werden Fragen zu vier Variablen der kognitiven Beeinträchtigung gestellt, betreffend das Kurzzeitgedächtnis, die Fähigkeit Entscheidungen zu fällen, der Kommunikation und dem Essverhalten (Carpenter, Hastie, Morris, Fries, & Ankri, 2006).

Abhängig von der Beurteilung der Ergebnisse können unterschiedliche Maßnahmen getroffen werden, um eine fördernde Pflege zu gewährleisten.

Kognitive Interventionen in der Pflege

Kognitive Intervention hat in der Regel die Form einer kognitiven Stimulation. Die Form der kognitiven Stimulation umfasst eine große Bandbreite an Aktivitäten. Dazu gehört Gedächtnis-, Konzentrations- und Erinnerungstraining. Häufig finden diese Trainings in Gruppen statt. Kognitive Stimulation gilt als günstig sowohl für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz als auch um den normalen Prozess des Nachlassens kognitiver Fähigkeiten positiv zu beeinflussen (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012).

Der Verlust von kognitiven Fähigkeiten ist für die Betroffenen oft mit dem Gefühl verbunden, unzulänglich zu sein, nichts mehr leisten zu können, abhängig zu werden und zur Last zu fallen. Das führt wiederum zu einem Vermeiden von sozialen Kontakten, auch aus der Angst heraus sich in Abhängigkeiten zu verstricken.

Für die Pflege von Menschen mit kognitiven Einschränkungen existieren unterschiedliche pflegerische Ansätze:

Personenzentrierte Pflege: Hier geht es zentral um die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf, die im Vordergrund stehen. Darüber hinaus werden die Pflegenden und Betreuenden und deren Einschätzung und Gefühle als positive Ressource aufgefasst, um einen ganz-

heitlichen und würdevollen Umgang mit den Folgen der demenziellen Erkrankung zu entwickeln.

Validation: Bei der Validation finden sich ein biografieorientierter Zugang und die damit verbundene Anpassung an die persönliche Lebensgeschichte wieder. Die Validation sucht einen individuellen Ausbau der Kommunikation jenseits der Kognition, über ein Mitschwingen, den Einsatz von Musik oder die Förderung von Bewegung.

Soziotherapie: Personen-, Umwelt-, wie auch milieubezogene Arbeitsschwerpunkte bilden den Rahmen der Soziotherapie. Im Vordergrund stehen das Einbeziehen von Familie und Angehörigen - auch in Form von Gruppenaktivitäten - die Förderung von sozialen Aktivitäten, der Kommunikation, der sozialen Teilhabe und der (Um-) Strukturierung des Alltags.

Realitätsorientierung: Zur Verbesserung des Realitätsbezugs bei verwirrten Patienten werden konkrete Situation mit systematischen Hinweisen zu Zeit, Ort und der persönlichen Realität versehen. Zusammen mit einer orientierungsfördernden Umgebungsgestaltung soll der Betroffene wieder Teil seiner Realität werden (Brenner & Needham, 2007).

Nicht alle Verfahren sind für alle Stadien der Demenz gleich gut geeignet. Insbesondere die Realitätsorientierung kann bei zunehmender Demenz eher kontraproduktiv sein und Ängste sowie depressiver Verstimmungen auslösen. Die kognitive Stimulation hat gleichwohl ihre Wurzeln in diesem Ansatz (Woods et al., 2012).

Unterstützung der kognitiven Interventionen in der Pflege

Zur primären oder sekundären Prophylaxe kognitiver Einschränkungen liegen verschiedene Trainingsprogramme und Therapiemöglichkeiten vor. Dabei wird ein individualisiertes Vorgehen angestrebt. Zudem muss das Angebot ggf. in Hinsicht auf den Aufenthaltsort angepasst werden. Das Pflegeheim bzw. die häusliche Versorgung bieten divergierende Möglichkeiten und unterschiedlichen Spielraum in Bezug auf die Behandlungs- und Interventionsformen.

Im Hinblick auf kognitive Leistungsfähigkeit ist es das Ziel medikamentöser wie auch nicht-medikamentöser Therapie bei (beginnender) Demenz das Auftreten von kognitiven Einschränkungen hinauszuzögern bzw. das Fortschreiten zu verlangsamen. Die nicht-medikamentöse Behandlung von demenziell Erkrankten umfasst u. a. das Angehörigentraining und kognitive sowie aktivierungsorientierte Verfahren. In einer Überprüfung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) konnten für das Angehörigentraining weder günstige noch ungünstige Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Betroffenen nachgewiesen werden. Dahingegen konnte für kognitive Verfahren ein positiver Effekt auf die kognitive Leistungsfähigkeit nachgewiesen werden (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2009).

Woods et al. (2012) kommen in einem Cochrane-Review zu positiven Effekten von kognitiven Stimulationen auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz. Diese Effekte lassen sich sowohl unmittelbar nach Abschluss der Intervention als auch in ein bis dreimonatigen Follow-Ups nachweisen. Die ausgewerteten RCTs fanden in unterschiedliche Settings statt. Die kognitiven Stimulationen variierten. Die Autoren fanden ebenfalls Hinweise auf positive Auswirkungen der kognitiven Interventionen auf die Lebensqualität (Selbsteinschätzung) sowie auf die soziale Interaktion (Fremdeinschätzung).

Reminiszenztherapien, so die aktuelle S3-Leitlinie zu Demenzen, haben neben positiven Ef-

fekten für die Kognition ebenfalls positive Auswirkungen auf die Indikatoren Lebensqualität und Depression (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), 2016).

Das Alltagsgeschehen im Pflegeheim nimmt den BewohnerInnen weitgehend die Möglichkeiten der eigenen körperlichen Ertüchtigung und zum Mitdenken (Abt-Zegelin, 2011). Der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und kognitiver Leistungsfähigkeit ist belegt. Einerseits gibt es „a direct relationship between cognitive impairment and change in physical function over time“ (Carpenter et al., 2006). Andererseits gibt es Hinweise darauf, „dass körperliche Aktivierung positive Wirksamkeit auf kognitive Funktionen, Alltagsfunktionen, psychische und Verhaltenssymptome, Beweglichkeit und Balance hat (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), 2016).

Neuere Studien belegen den positiven Zusammengang von regelmäßigen multimodalen Aktivierungsangeboten auf die globale Funktionsfähigkeit sowie eine Verzögerung des Abbaus kognitiver Leistungsfähigkeit (Cheng, Chow, Song, Yu, & Lam, 2014).

Eine Studie von Pickel et al. (2011) untersuchte in einem Pflegeheim in einem kontrollierten Design die Wirkung einer Beschäftigungstherapie als Gruppenangebot. Die Therapie umfasst dabei verschiedene Angebote, die an den Interessen der BewohnerInnen entsprechen, wie Spaziergänge, Lesen, Musik oder ein Sturzprophylaxetraining. Das Beschäftigungsangebot ist dabei an den Bedürfnissen und Fähigkeiten von Demenzkranken orientiert und lässt sich in motorische, kreative, biographische und alltagspraktischen Komponenten aufteilen. Zielkriterien der Messung sind der kognitive Status, alltagspraktische Fähigkeiten und geriatrische Symptombereiche. Die Resultate lassen zwar auf eine allgemeine Verbesserung der Stimmung schließen, aber es konnte keine signifikanten Unterschiede bzgl. der kognitiven Fähigkeiten zwischen den Gruppen festgestellt werden. Allerdings konnten in der Therapiegruppe die alltagspraktischen Fähigkeiten und geriatrischen Symptome als gleichbleibend bewertet werden, während die Fähigkeiten in der Kontrollgruppe nachließen (Pickel et al., 2011).

Eine Studie von Graessel et al. (2011) überprüfte in Pflegeheimen die Wirkungen eines intensiven Beschäftigungsangebotes für Demenzkranke. Das Angebot der Aktivitätsmöglichkeiten umfasste Komponenten von alltagspraktischer, kognitiver und motorischer Aktivierung sowie spirituelle Elemente. Als Resultat zeigte sich ein signifikanter Effekt der Therapie auf die kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten bei den Teilnehmern im Vergleich zur Kontrollgruppe, der im Follow-Up noch mal verstärkt sichtbar wurde (Graessel et al., 2011).

Die verschiedenen Angebote zur kognitiven Stimulation für Menschen mit Demenz scheinen keinen Effekt auf die pflegenden Angehörigen zu haben (Aguirre, Hoare, Spector, Woods, & Orrell, 2014), bzw. die Übertragung von kognitiven Interventionen auf Angehörige scheint diese nicht negativ zu belasten (Woods et al., 2012).

7.4 Rechtliche Aspekte

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)) wird die kognitive Leistungsfähigkeit zu einem relevanten Kriterium für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. § 14 SGB XI fragt nun unter Bezug zur Beeinträchtigung von Selbstständigkeit

auch nach „kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten“. Zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit gehen zukünftig die Fähigkeiten im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten mit 15 % ein (§ 15) (SGB XI).

Eine Rechtsgrundlage z. B. im Sinne eines Anspruchs auf ein Angebot von kognitiver Stimulation ergibt sich hieraus aber nicht.

7.5 Gibt es Mindeststandards?

In der Literatur werden keine Mindeststandards beschrieben.

7.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der positiven Effekte kognitiver sowie multimodaler Interventionen erscheinen eindeutig. Aufgrund der Studienlage zu kognitiven Interventionen empfiehlt die S3-Leitlinie „Demenzen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) die Durchführung von kognitiver Stimulation bei Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), 2016).

Die Heterogenität der Interventionen in den verschiedenen Studien lässt zwar die Identifikation eines speziellen Vorgehens im Sinne eines best practice nicht zu. Es gibt aber Hinweise, dass die Stimulationen eine relativ hohe Intensität (insbesondere bezogen auf den zeitlichen Umfang) haben müssen, um die gewünschten Effekte erreichen zu können.

Reminiszenzverfahren können, so die o. g. S3-Leitlinie in allen Stadien der Demenz zur Anwendung kommen.

Auch im Hinblick auf positive Effekte auf die Kognition sollte körperliche Aktivierung angeboten werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), 2016).

7.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Im Hinblick auf die Ausführungen im Kapitel „Mindestanforderungen“ sollte das Vorhandensein von Angeboten zur kognitiven Stimulation, Reminiszenztherapie und körperliche Aktivierung zum Überprüfungsgegenstand werden.

7.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Aspekte, die im Hinblick auf „Unterstützung kognitiver Interventionen“ im Zusammenhang stehen, sind:

Selbstständigkeit, Förderung eigenständiger Lebensführung, Kommunikation, körperliche Aktivitäten, Fortbildung, Personalentwicklung, Förderung des Selbstvertrauens, Aktivierende Pflege, Selbstbestimmung, Gesundheitsförderung, Beziehungsgestaltung, Körperbezogene Interventionen, Förderung sozialer Kontakte, Individuelle Pflege, Umgebungsgestaltung, Biografiearbeit und Einbeziehung der Betroffenen.

7.9 Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A. (2011). Mobil im Pflegeheim: Bewegungsförderung. *Die Schwester der Pfleger*, 50(4), 322–325.
- Aguirre, E., Hoare, Z., Spector, A., Woods, R. T., & Orrell, M. (2014). The Effects of a Cognitive Stimulation Therapy [CST] Programme for People with Dementia on Family Caregivers' Health. *BMC Geriatrics*, from <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-31>.
- Brenner, A., & Needham, I. (2007). Wenn der Verstand nachlässt: Kognitive Störungen als pflegerische Herausforderung. *Nova*, 38(2), 9–11.
- Carpenter, G. I., Hastie, C. L., Morris, J. N., Fries, B. E., & Ankri, J. (2006). Measuring Change in Activities of Daily Living in Nursing Home Residents with Moderate to Severe Cognitive Impairment. *BMC Geriatrics*, 6, 7.
- Cheng, S.-T., Chow, P. K., Song, Y.-Q., Yu, E. C. S., & Lam, J. H. M. (2014). Can leisure activities slow dementia progression in nursing home residents? A cluster-randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 26(4), 637–643.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2016). *Leitlinie Demenzen 2016*. Retrieved March 10, 2016, from <http://www.dgn.org/leitlinien/11-leitlinien-der-dgn/3176-leitlinie-diagnose-und-therapie-von-demenzen-2016>.
- Graessel, E., Stemmer, R., Eichenseer, B., Pickel, S., Donath, C., Kornhuber, J., & Luttenberger, K. (2011). Non-pharmacological, Multicomponent Group Therapy in Patients with Degenerative Dementia: a 12-Month Randomized, Controlled Trial. *BMC Medicine*, 9, 129.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Ed.) (2009). *Nicht-medikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz*. Retrieved March 02, 2016, from https://www.iqwig.de/download/A05-19D_Abschlussbericht_Nichtmedikamentoese_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz.pdf.
- Kreddig, N. (2013). *Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement. Psychologie für die berufliche Praxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Müller, J. M., Christiaans, L., & van der Wurff, P. (2009). Körperliche Aktivität und kognitive Funktionen im Alterungsprozess. *Physioscience*, 5(04), 143–150.
- Pickel, S., Gräßel, E., & Luttenberger, K. (2011). Wirksamkeit eines beschäftigungstherapeutischen Gruppenangebots bei degenerativen Demenzen: Eine kontrollierte Verlaufsstudie im Pflegeheim. *Psychiatrische Praxis*, 38(08), 389–396.
- SGB XI SGB (December 21, 2015). Retrieved March 02, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive Stimulation to Improve Cognitive Functioning in People with Dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) (December 21, 2015). Retrieved March 02, 2016, from http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2424.pdf.

8 Erläuterungen zum Kennzeichen „Unterstützung Tagesstrukturierung“

8.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird Tagesstrukturierung in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Auswirkungen hat das Vorhandensein oder Fehlen von Unterstützung bei der Tagesstrukturierung auf die Akteure der Pflege?
- Durch welche Faktoren wird die Unterstützung der Tagesstrukturierung gefördert oder gefährdet?
- Inwieweit lassen sich aus der Unterstützung der Tagesstrukturierung Indikatoren für die Qualitätsmessung ableiten?

8.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Der Begriff der Tagesstrukturierung verweist auf Regelmäßigkeit, Verlässlichkeit, Routine und damit auf eine äußere Struktur, die dem Bedürfnis der Menschen mit Pflegebedarf (insbesondere im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung) nach Stabilität (Kim, Choi, Kim, Kim, & Chang, 2016; Roether, 1997) entgegenkommen soll. Die Auswirkungen einer festen Struktur mit Routineelementen spiegeln sich in einigen Kenngrößen des Gesundheitszustandes wider (Zisberg, Gur-Yaish, & Schochat, 2010). Die von einer Einrichtung angebotenen tagesstrukturierenden Maßnahmen stehen in einem Spannungsverhältnis zu individuellen Vorlieben und Routinen (Glazner, 2006), so dass es jeweils darum geht, diese beiden Aspekte auszutarieren.

Zur Unterstützung eines strukturierten Tagesablaufes wird verschiedentlich eine Maßnahmeplanung entlang des Tagesablaufes empfohlen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ), 2007; Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), 2015).

8.3 Stand der Literatur

Neben der pflegerischen spielt die soziale Betreuung als Teil der Tagesstrukturierung sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege eine wichtige Rolle. Tagesstrukturierung als Teil der sozialen Betreuung wird vom MDK als „sich wiederholender Tagesablauf“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & GKV-Spitzenverband, 2014) übersetzt. Bei der Tagesstrukturierung mit Hinblick auf pflegebedürftige Menschen kommt als zentrale Herausforderung die Heterogenität dieser Gruppe zum Tragen (Glazner, 2006). Da eine Pflegebedürftigkeit an den verschiedensten

Punkten eines menschlichen Lebens entstehen kann und ein Mangel an der einen körperlichen oder geistigen Ressource teilweise durch verstärkte Beanspruchung einer anderen kompensiert werden kann (Roether, 1997), sind die Pflegebedürftigen also mit Hinblick auf ihr Alter, ihre Fähigkeiten aber auch ihre Einstellungen und Gewohnheiten keinesfalls zu verallgemeinern. Als Konsequenz daraus sind auch ihre Tagesabläufe grundverschieden, was bereits deutlich werden lässt, dass es eine Einheitstagesstruktur, die für alle Bedürftigen gleichermaßen passt, nicht geben kann. Eine solche wäre auch nicht nur mit Hinblick auf die persönlichen Präferenzen der Pflegebedürftigen nachteilig; vielmehr würde sie auch das Ziel der Pflege, die individuell vorhandenen Ressourcen zu erhalten und zu fördern, und damit der betroffenen Person ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (Roether, 1997), verfehlen. Das bedeutet, zielgerichtete tagesstrukturierende Maßnahmen müssen so gestaltet sein, dass die Ressourcen, über die die pflegebedürftige Person verfügt, berücksichtigt werden. D. h. die Form der Tagesstrukturierung muss die einzelne Person in ihrer Individualität würdigen und ihr ein als angemessen erlebbares Leben ermöglichen (Kim et al., 2016).

Als Zielgruppe für tagesstrukturierende Maßnahmen im Pflegekontext sind insbesondere Menschen mit einer Demenzerkrankung im Blick, deren brüchige innere Struktur durch eine äußere Struktur unterstützt werden soll. An verbindlichen und gleichermaßen konkreten Leitlinien, die bei der Konzeption einer Unterstützung der Tagesstrukturierung herangezogen werden können, mangelt es. Entsprechend gibt es von verschiedenen Stellen unterschiedliche Anleitungen zur Tagesstrukturierung. Ein Hinweis auf die mögliche Ausgestaltung einer Tagesstrukturierung findet sich in den Bremer Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz (Bremer Gesundheitssenator, 2014). Die Anfälligkeit der Menschen mit Demenz für eine Reizüberflutung durch ein Überangebot an Aktivitäten wird hier als Anlass genommen, von einer bedürfnisorientierten Tagesstrukturierung zu verlangen, dass diese gerade eine Überstrukturierung vermeidet, wobei die Bedeutung von „individualisierte[r] Anregung und Beschäftigung“ – also dem Abwägen des Einzelfalles – betont wird (Bremer Gesundheitssenator, 2014). Die Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz macht dies noch expliziter:

„Es gilt, der subjektiven Sichtweise von demenzkranken Menschen Raum und Zeit zu geben. Dieses setzt eine flexible Betreuungsstruktur voraus, weil letztlich nur auf dieser Basis Freiräume entstehen, welche die Möglichkeit bieten, weniger starr und damit nicht konfrontierend arbeiten zu können“ (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2006).

Um dem Zweck, (individuelle) Normalität für die Menschen mit Pflegebedarf zu schaffen, gerecht zu werden, formuliert der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover, dass „[die] gezielte Strukturierung des Tages . . . dabei für die BewohnerInnen keine ‚Verpflichtung‘ sondern ein Angebot [ist]“ (Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover, 2006) und dabei den Bedürfnissen und Vorlieben der Bedürftigen entsprechend auf Aktivitäten wie den Bedürftigen bereits bekannte Tätigkeiten wie Kochen, Handarbeiten oder auch kunsttherapeutische Angebote sowohl in Einzel- als auch Gruppenkonstellation zurückgegriffen werden kann.

Hinweise gibt es darauf, dass sich die Auswahl dieser Aktivitäten auf den gesundheitlichen Zustand der Pflegebedürftigen sowie auf den Erhalt ihrer Ressourcen positiv auswirken kann. So ist beispielsweise der Effekt von körperlicher Betätigung bei der Alzheimerprävention

nachgewiesen (Lange-Asschenfeldt & Kojda, 2008; Newson & Kempes, 2006). Auch bei den hiervon bereits Betroffenen lassen sich positive Auswirkungen beobachten, die in erster Linie das Stimmungsbild und die Kooperationsbereitschaft mit dem Pflegepersonal betreffen (Williams & Tappen, 2007).

Unabhängig von den Inhalten der Tagesstrukturierung sollte der Fokus der Pflege jedoch auf deren Regelmäßigkeit (zumindest was die Angebotsebene betrifft) liegen. So konnten Zisberg et al. (2010) etwa beobachten, dass das Einhalten einer stabilen Routine in Pflegeheimen mit positiven Veränderungen der Schlafgewohnheiten (-Qualität, -Latenz) einherging. Gemessen wurde der Begriff der Routine dabei mit dem von den Autoren selbst entwickelten Instrument „Scale of Older Adults Routine“ (Zisberg, Young, & Schepp, 2009), wobei nicht nur ausgewertet wurde, wie häufig oder lange Routinetätigkeiten durchgeführt wurden, sondern auch, ob diese den Bedürftigen durch das Pflegepersonal tatsächlich auch nahegelegt wurden. Dies hat insofern pflegerische Relevanz, als dass eine frühere Untersuchung bereits zeigen konnte, dass eine von der Einrichtung geförderte strukturierte Routine Berechenbarkeit erzeugt, und dadurch insbesondere solche Pflegebedürftige, bei denen eingeschränkte kognitive Kapazitäten im Kontakt mit ungewohnten oder unberechenbaren Situationen zu Störungsereignissen führen, profitieren können (Zisberg, Young, Schepp, & Zysberg, 2007).

Zur Umsetzung der Tagesstrukturierung auf der pflegerischen Handlungsebene der Pflegepersonen empfiehlt das Bundesfamilienministerium, den Maßnahmeplan entlang des Tagesablaufes zu strukturieren, statt an Lebensbereichen z. B. entlang der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs/ABEDLs). Durch die Strukturierung der Maßnahmen gemäß ihres tageszeitlichen Ablaufs wäre demnach „eine wesentliche Erleichterung für die Pflegepersonen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ), 2007) zu erwarten, da dies im Idealfall auch der Reihenfolge ihrer Durchführung entspreche und die Fehleranfälligkeit dadurch verringert sei. Insofern wird die Tagesstrukturierung in dieser Ministeriumsrichtlinie auch zum Instrument der Qualitätssicherung. Gleichzeitig findet sich auch hier wieder das individualisierende bzw. allgemein flexible Element, das jeder Planung zugrunde liegen sollte, da „bei dauerhaften oder gravierenden Veränderungen . . . die Pflegeplanung/Tagesstruktur überarbeitet [wird]“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ), 2007). In dem mit dem Ziel der Entbürokratisierung entwickelten Strukturmodell zur Pflegedokumentation wird die Idee der Maßnahmeplanung entlang der Tagesstruktur optional aufgegriffen (Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), 2015).

8.4 Rechtliche Aspekte

Die einschlägigen Rechtsquellen sehen vor, dass die Pflegebedürftigen Unterstützung dabei erhalten, eine normale Tagesstruktur zu entwickeln und zu erhalten.

Im SGB XI ist der Anspruch auf Unterstützung bei der Tagesstrukturierung explizit in den Übergangsregelungen zur häuslichen Betreuung verankert. Hier wird in § 124 Abs. 2 SGB XI als eines von zwei die häusliche Pflege definierenden Leistungsfeldern die „Unterstützung

bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur“ angeführt (SGB XI).

Darüber hinaus leiten sich insbesondere aus den §§ 75, 86 und 89 die Rahmenvereinbarungen auf Länderebene zwischen den Vertragsparteien (Pflegekassen/Versicherungsträger, Sozialhilfeträger) weitere Rechtsquellen ab. Beispielhaft ist dafür etwa der Rahmenvertrag über die vollstationäre Pflege in Rheinland-Pfalz zu nennen, der für das entsprechende Pflegespektrum bestimmt, dass „Hilfen der sozialen Betreuung . . . ein Bestandteil der Tagesstrukturierung [sind], die insbesondere für die Orientierung von geronto-psychiatrisch veränderten pflegebedürftigen Menschen unverzichtbar ist“ (PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz, 2007).

Die Maßstäbe und Grundsätze der Selbstverwaltung fordern als Aspekt der Prozessqualität im Bereich der stationären Pflege insbesondere für demenziell erkrankte BewohnerInnen die Durchführung tagesstrukturierender Maßnahmen mit dem Ziel, deren Orientierung zu unterstützen (GKV-Spitzenverband, 2011).

8.5 Gibt es Mindeststandards?

Ein Mindeststandard besteht hinsichtlich der rechtlichen Forderung nach tagesstrukturierenden Maßnahmen. Einen inhaltlichen Mindeststandard zur konkreten Ausgestaltung gibt es nicht.

8.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die in der Fachliteratur wiederkehrende Hauptforderung an die inhaltliche Gestaltung einer Tagesstrukturierung ist einerseits, dass sie unabhängig von konkreten Inhalten auf Regelmäßigkeit bedacht (Zisberg et al., 2010) und zugleich der Individualität der Pflegebedürftigen Rechnung tragen muss (Roether, 1997).

8.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Ein Messinstrument, das wiederkehrende Tätigkeiten und deren Implementierung im Pflegekontext betrachtet, ist die „Scale of Older Adults Routine“ (Zisberg et al., 2009). Während dieses zwar geeignet scheint, über den Begriff der Routine einen Teilaspekt der Tagesstrukturierung zu erfassen, ist Tagesstrukturierung selbst doch breiter gefasst. Darüber hinaus muss die Tagesstrukturierung mit Blick auf die Pflegebedürftigen in der Lage sein, diese in ihrer Individualität zu würdigen (Kim et al., 2016; Roether, 1997) und Normalität herzustellen, indem ihnen ein breites Angebot von möglichen Tätigkeiten gemäß ihrer Gewohnheiten und Bedürfnisse zur Verfügung gestellt wird, ohne dabei verpflichtend zu werden. Zusammengefasst bietet sich dieses Instrument nicht an.

Besser geeignete Instrumente sind bei der Literaturrecherche nicht gefunden worden.

8.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen „Unterstützung Tagesstrukturierung“ steht in Beziehung zu den Kennzeichen:

Biografiearbeit, individuelle Pflege, Kultursensibilität/religiöse Bedürfnisse/Gleichgeschlechtlichkeit, Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel, hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft.

8.9 Literaturverzeichnis

- Bremer Gesundheitssenator (2014). *Bremer Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Retrieved March 15, 2016, from http://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/media.php/13/20140725_Empfehlungen%20Experten%20Demenz%20Arbeitspapier_final_3.pdf.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ) (Ed.) (2007). *Pflegedokumentation stationär: Das Handbuch für die Pflegeleitung*. Bonn. Retrieved March 15, 2016, from https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/msm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Handbuch-Pflegedokumentation_BMFSFJ.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Ed.) (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Retrieved March 15, 2016, from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf.
- GKV-Spitzenverband (Ed.) (2011). *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011*. Retrieved March 15, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/2011_06_09_MuG_stat_Fassung_nach_Schiedsspruch.pdf.
- Glazner, L. K. (2006). Cultural Diversity for Health Professions. *Work*, 26, 297–302.
- Kim, H. J., Choi, J. E., Kim, M. S., Kim, S. J., & Chang, S. O. (2016). Nurses' Clinical Decision-Making for Preserving Nursing Home Residents' Remaining Abilities. *Journal of Clinical Nursing*.
- Lange-Asschenfeldt, C., & Kojda, G. (2008). Alzheimer's Disease, Cerebrovascular Dysfunction and the Benefits of Exercise: From Vessels to Neurons. *Experimental Gerontology*, 43(6), 499–504.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), & Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (Eds.) (2015). *Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation*. Retrieved March 15, 2016, from https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/150916_Ergaenzende_Erlaeuterungen_Effizienzsteigerung_Pflegedokumentation_final_Vers3.pdf.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & GKV-Spitzenverband (2014). *Qualitätsprüfungsrichtlinien. MDK-Anleitung. Transparenzvereinbarung: Grundlagen der Qualitätsprüfung nach den §§ 114 SGB XI in der ambulanten Pflege*, from www.gkv-spitzenverband.de.
- Newson, R. S., & Kemp, E. B. (2006). Cardiorespiratory Fitness as a Predictor of Successful Cognitive Ageing. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28(6), 949–967.
- PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz (Ed.) (2007). *Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege in Rheinland-Pfalz*. Retrieved March 20, 2016, from http://www.pflegegesellschaft-rlp.de/fileadmin/pflegegesellschaft/Vertr%C3%A4ge___Vereinbarungen/Station%C3%A4re_Pflege_2011/Rahmenvertrag_P_75_SGB_XI_zur_vollstat_Pflege_vom_01_01_07_1_.pdf.
- Roether, D. (1997). Tagesstrukturierung und Interessen bei alten Menschen in Abhängigkeit vom Hilfe- und Pflegebedarf. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10(2), 75–83.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved March 15, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html.
- Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover (Ed.) (2006). *Wohnen im stationären Bereich: Qualitätsstandards für die stationäre Gerontopsychiatrische Pflege*. Hannover. Retrieved March 15, 2016, from <http://www.hannover.de/content/download/224571/3520961/file/Qualit%C3%A4tsstandards-f%C3%BCr-die-station%C3%A4re-gerontopsychiatrische-Pflege.pdf>.
- Williams, C. L., & Tappen, R. M. (2007). Effect of Exercise on Mood in Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(5), 389–397.
- Zisberg, A., Gur-Yaish, N., & Schochat, T. (2010). Contribution of Routine to Sleep Quality in Community Elderly. *Sleep*, 33(4), 509–514.
- Zisberg, A., Young, H. M., & Schepp, K. (2009). Development and psychometric testing of the Scale of Older Adults' Routine, 65(3), 672–683.
- Zisberg, A., Young, H. M., Schepp, K., & Zysberg, L. (2007). A Concept Analysis of Routine: Relevance to Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 442–453.

9 Erläuterungen zum Kennzeichen „Biografiearbeit“

9.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird Biografiearbeit in der Pflege definiert?
- Wie gestaltet sich Biografiearbeit?
- Führt das Wissen um biografische Daten zu Konsequenzen im pflegerischen Handeln?
- Gibt es Belege für die Wirksamkeit von Biografiearbeit? Mit welchen Kriterien wird die Wirksamkeit gemessen?
- Welche Bedeutung hat Biografiearbeit für die Qualität der pflegerischen Betreuung?
- Wie wird der Zusammenhang von Biografiearbeit und Datenschutz bzw. Schutz der Privat-/Intimsphäre diskutiert?
- Wird Biografiearbeit als Qualitätskriterium genutzt? Wenn ja, welche Indikatoren werden eingesetzt?

9.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Der Begriff „Biographie“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet die Beschreibung (*γραφή* - *die Schrift*) der Lebensgeschichte (*βίος* - *das Leben*) einer Person (Duden, 2015).

Im Gegensatz zum Lebenslauf, der eher auf die formale Dokumentation faktischer Ereignisse im Leben einer Person abhebt, wird hier die Subjektperspektive in den Mittelpunkt gestellt. Deshalb gibt es nicht die eine Biografie – jeder Mensch konstruiert seine Lebensgeschichte immer wieder neu (Berendonk, 2015a; Berendonk, 2015b; Darmann-Finck & Richter, 2011; Höwler, 2009; Sander, 2008).

Biografiearbeit wird in unterschiedlichen Anwendungsbereichen (z. B. Krankenpflege, Hospizarbeit, Geragogik, Seelsorge, im schulischen Kontext, im Bereich Geschichte/Politik) (Specht-Tomann, 2009) eingesetzt und umfasst unterschiedliche Persönlichkeitsebenen (psychisch/emotionale, soziale, körperlich/psychomotorische, metaphysische/religiöse und ökologische Ebene).

Sie kann im Rahmen des Pflegeprozesses methodisch genutzt werden, um den Unterstützungsbedarf von zu Pflegenden zu ermitteln, Ressourcen zu identifizieren und Interventionen abzuleiten. Die Ziele der Biografiearbeit sind die Förderung der Selbständigkeit und Eigenaktivität, die Persönlichkeitsentwicklung sowie die Stärkung von Kompetenzen (Brenner, 2015). Der gezielte Einsatz von bedeutsamen Erinnerungen kann zur Steigerung des Wohlbefindens und zu einem würdevollen Umgang beitragen (Berendonk, 2011). Die unterschiedlichen Zugangswege und Methoden der Biografiearbeit sind Gegenstand der Biografieforschung (vgl. z. B. Specht-Tomann, 2009).

Biografiearbeit ermöglicht einen ganzheitlichen Zugang und ein tieferes Verständnis für die aktuelle Lebenssituation von zu Pflegenden und kann als fördernder Faktor für individuelle Pflege gesehen werden (Berendonk, 2011; Berendonk et al., 2011; Berendonk, 2015b; Schilder, 2004; Schilder, 2007).

Voraussetzung für eine gelingende Biografiearbeit scheint neben institutionell-strukturellen Rahmenbedingungen, ethischen und inhaltlichen Qualitätsanforderungen vor allem die Haltung und das Begriffsverständnis der Pflegenden gegenüber Biografiearbeit (Berendonk, 2015a; Darmann-Finck & Richter, 2011; Stuhlmann, 2011; Dyck, 2006) sowie das eigene Berufsverständnis zu sein (Schilder, 2007).

Die Frage, inwiefern biografische Daten systematisch und nachhaltig in den Pflegeprozess einfließen, kann zur Qualitätsmessung herangezogen werden.

9.3 Stand der Literatur

Menschen sind „narrative Wesen“ (Clandinin 2006 zitiert nach Berendonk, 2015b): durch das Erzählen ihrer Lebensgeschichte begründen sie ihre Identität. Dabei geht eine Biografie über das reine Aufzählen lebensgeschichtlicher Fakten im Sinne eines Lebenslaufes hinaus. Vielmehr wird bestimmten Ereignissen und Phasen des Lebens durch die Erzählung und Rekonstruktion eine soziale Bedeutung zugeschrieben und sie werden in einen biografischen Zusammenhang gebracht. Dadurch wird ein „roter Faden“ erarbeitet, der dem eigenen Leben Sinn verleiht (Berendonk, 2015b; Sander, 2008).

Das Erzählen lebensgeschichtlicher Ereignisse verfolgt nach Specht-Tomann (2009) unterschiedliche Funktionen: Alltagserfahrungen können verarbeitet und Ausnahmesituationen bewältigt werden. Die eigene Geschichte kann erzählend verwandelt, gestaltet und somit gleichsam repariert werden. In der Rückschau findet eine Sinnzuschreibung des bisherigen und zukünftigen Lebens statt. Durch biografisches Erzählen können verschüttete Erlebnisse und Bewältigungsstrukturen zugänglich gemacht werden (Specht-Tomann, 2009).

Biografien sind das eigene Leben betreffende soziale Selbstbeschreibungen: Es geht nicht um die Klärung einer historischen Wahrheit. Vielmehr geht es um eine sehr persönliche Wahrheit. Biografie ist immer auch soziale Konstruktion und biografisches Erzählen selbst ist biografische Konstruktionsarbeit (Sander, 2008). Mit dem Ziel, Kontinuität und Identität zu sichern, werden lebensgeschichtliche Erzählungen (um-)deutend und selektiv ausgewählt. Dies ermöglicht dem erzählenden Subjekt Reflexion und Orientierung in der Auseinandersetzung mit dem Vergangenen und dem, was zukünftig erwartet oder erhofft wird. Deshalb ist das Erzählen lebensgeschichtlicher Ereignisse nicht chronologisch organisiert, es folgt eigenen Regeln und Mustern (Darmann-Finck & Richter, 2011).

Biografiearbeit als Instrument ermöglicht ein tieferes Verständnis für die Sinnzuschreibungen und Lebenskonstruktionen anderer Menschen. Dazu ist es erforderlich, nicht nur die Lebensgeschichte an sich in den Mittelpunkt zu stellen, sondern ihren Einbezug in den gegenwärtigen Kontext (Feldhaus-Plumin, 2006).

Für eine Pflege, die über die Körperlichkeit des Menschen hinausgeht und auf eine ganzheitliche Betrachtung rekurriert, ist es erforderlich, Informationen zu erhalten, die symptomorien-

tiertes Wissen ergänzen und ggf. akzentuieren. Biografiearbeit stellt eine Option dar, an diese Informationen zu kommen.

Begriffsbestimmung, Ziele und Methoden der Biografiearbeit

Biografiearbeit ist ein eher unscharfer Begriff. Es ist die Beschäftigung mit den individuellen, gesellschaftlichen und kulturell geprägten Erfahrungen, Erlebnissen und Sichtweisen eines Menschen. Sie bezieht sich auf „alles, was mit der Lebensgeschichte eines Menschen zusammenhängt und systematisch erfasst und eingesetzt wird“ (Specht-Tomann, 2009).

Herzstück der Biografiearbeit ist das Erinnern, Erzählen, Zusammenfügen und Mitteilen von Geschichten, die zusammengenommen die Lebensgeschichte eines Menschen ergeben. Der Schwerpunkt kann auf einem „Blick von außen“ (harte Daten) oder einem Blick „von innen“ (weiche Daten) liegen (ebd.).

Der Kern der Biografiearbeit besteht in der Erhaltung und Stärkung der Identität eines Menschen, wobei Identität alle Merkmale einer Person umfasst, unabhängig davon, ob diese angeboren oder erworben sind. Die Möglichkeit, sich dieser Merkmale erinnern und mitteilen zu können, formt das Selbstbild. Durch das Vergegenwärtigen der eigenen Lebensgeschichte kann Kontinuität hergestellt werden (Stuhlmann, 2011).

Biografiearbeit steigert die Compliance, entlastet die soziale Situation, wirkt gegen Vereinsamung und stellt ein wichtiges Element einer aktivierenden Altenbewegung dar. Der Umgang mit schwierigen Situationen wird erleichtert, wie Lind in einem Projekt zur Lebenswelt Demenzkranker im Heim aufzeigen konnte: Praxisbeispiele weisen unter anderem darauf hin, dass biografisches Wissen gezielt eingesetzt als Ablenkungs- oder Beruhigungselement dienen kann (Lind, 2006).

Biografiearbeit trägt zur Förderung der Beziehung zwischen Patient, Angehörigen und Pflegepersonal bei (Berendonk, 2011; McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan, & Repper, 2010; McKeown, Ryan, Ingleton, & Clarke, 2015). Nicht zuletzt wird Biografiearbeit in der Sterbebegleitung eingesetzt, um zu einem friedlichen und versöhnlichen Sterben beizutragen (Specht-Tomann, 2009) und den zu Pflegenden bis zum Schluss als AutorIn der eigenen Lebensgeschichte anzuerkennen (Remmers, 2006).

Es gibt verschiedene Ansätze und Zugänge mit unterschiedlichen Methoden, Materialien und Arbeitsweisen, die aus den Arbeitsfeldern Psychologie, Medizin, Pädagogik, Theologie und anderen verwandten Disziplinen entlehnt werden (Stuhlmann, 2011).

Biografiearbeit kann als Einzelarbeit, im Rahmen eines lebensgeschichtlichen Gesprächs oder als Gruppenaktivität stattfinden. Inhaltlich muss sie auf die jeweilige Situation der beteiligten Menschen und deren Möglichkeiten abgestimmt werden. Dabei spielen drei Aspekte eine wichtige Rolle: der personelle Faktor (wer ist der Mensch, der zur Biografiearbeit angeleitet werden soll), der professionelle Faktor (wer ist der/die BegleiterIn und welchen beruflichen Zugang hat er/sie) und der methodische Faktor (welche Methode ist für die jeweilige Begleitsituation zielführend). Eine gelingende Biografiearbeit ist abhängig von dem erfolgreichen Zusammenspiel aller genannten Aspekte (McKeown, Ryan, Ingleton, Clarke, 2006; Specht-Tomann, 2009).

Wie unter *Rechtliche Aspekte (Kap. 9.4)* näher erläutert, sind Pflegendе angehalten, eine ausführliche Biografie des ihnen anvertrauten Menschen zu erfassen, um bedürfnisgerecht

mit seinen Verhaltensweisen, Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten umgehen zu können. Neben der Bereitschaft der Pflegenden, sich auf etwas Neues einzulassen, ist dafür vor allem eine zielorientierte, ernsthafte und professionelle Herangehensweise an das Thema obligat (Dyck, 2006; Höwler, 2009).

Bedeutung der Biografiearbeit in der Kranken- und Altenpflege

Gesundheit und Krankheit folgen in ihrer Bedeutung für das Individuum einer eigenen biografischen Logik: Biografische Lern- und Verarbeitungsmuster sowie soziale Ressourcen prägen den Umgang mit Alter, Krankheit oder den Institutionen des Gesundheitswesens. Sie sind ebenfalls biografische Konstruktion. Das bedeutet, dass Erkrankungs- und Genesungsprozesse nicht losgelöst vom Subjekt betrachtet werden können (Darmann-Finck & Richter, 2011; Remmers, 2006). Denn die Biografie bestimmt, wie Menschen Erlebnisse bewerten und hat einen großen Einfluss auf das gegenwärtige Erleben und Verhalten (Schilder, 2004).

Der Schwerpunkt der Biografiearbeit kann unterschiedlich sein. Oftmals liegt das Ziel in der Unterstützung bei der Bewältigung einer aktuellen Situation wie z. B. das Eintreten von Pflegebedürftigkeit. Im Umgang mit demenzkranken Menschen liegt der Fokus auf Erinnerungsarbeit. Die Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen stellt für alle am Pflegeprozess Beteiligten eine enorme Herausforderung dar und bietet sich als besonders relevanter Anwendungsbereich für Biografiearbeit an (Specht-Tomann, 2009; Stuhlmann, 2011): Durch krankheitsspezifische Veränderungen ist der „roter Faden“ der Lebensgeschichte an vielen Stellen unterbrochen, lebensgeschichtlich bedeutsame Erlebnisse sind verloren gegangen, blockiert oder nicht mehr zugänglich. Andere prägende Erlebnisse treten in den Vordergrund und beeinflussen die aktuellen Handlungsbedingungen.

Wenn es gelingt, den Zugang zur Biografie zu öffnen, den „roten Faden“ wieder aufzunehmen, kann sich der an Demenz erkrankte Mensch wieder als identisch, zugehörig und im Kontext seiner Biografie als kompetent erleben. Biografiearbeit wirkt für die zu Pflegenden selbst identitätsstiftend (Spittel, 2011; McKeown et al., 2010; McKeown et al., 2006) und es erfüllt sie mit Stolz, ihre Geschichte zu erzählen (McKeown et al., 2006). Den Pflegenden erlaubt es, die Person hinter der Diagnose Demenz zu sehen (McKeown et al., 2010; McKeown et al., 2006).

Positive Auswirkungen auf die Lebensqualität demenzkranker Menschen konnten in einer dänischen Studie nicht postuliert werden (Erhebungsinstrument: Alzheimer Disease Related Quality of Life) (Gudex, Horsted, Jensen, Kjer, & Sørensen, 2010). Dagegen zeigte sich in dem von Lind beschriebenen Projekt, dass durch das gezielte Anwenden biografischen Wissens Vertrautheit und Geborgenheit gestärkt werden können: zum einen vermitteln externe Identitätsstabilisatoren wie Handtaschen, bestickte Taschentücher, Kittelschürzen bei Frauen oder eher berufliche Gegenstände bei Männern (Akten, Briefe, Hüte) personale Orientierung und Sicherheit. Auf der anderen Seite tragen bedeutsame Gegenstände wie vertraute Möbelstücke, Wanduhren, Bilder, Kreuze, bestickte Kopfkissen, Tischdecken aus der alten Wohnung oder vertraute Kuscheltiere dazu bei, neue Räumlichkeiten leichter als die eigene Lebenswelt zu verinnerlichen (Lind, 2006).

Wenn Erinnerungen gezielt genutzt werden, um emotional bedeutsame Alltagssituationen zu schaffen, die das subjektiv emotionale Wohlbefinden von Menschen mit Demenz fördern, kann dies einen würdevollen Umgang mit den Menschen mit Demenz unterstützen, der zur

Zufriedenheit sowohl der zu Pflegenden als auch der Pflegenden selbst beiträgt (Berendonk, 2011; Berendonk et al., 2011; Hölzle & Jansen, 2009; Specht-Tomann, 2009).

Berendonk (2015b) konnte in einer Studie belegen, dass das individuelle Demenzbild der Pflegenden entscheidend dazu beiträgt, inwiefern der Transfer zwischen Aneignung und Umsetzung biografischen Wissens glückt:

„Nehmen Pflegende Menschen mit Demenz weniger als Personen wahr, deren individuelle Lebensgeschichte nach wie vor Bedeutung hat, sondern stellen kognitive Einschränkungen und Gedächtnisprobleme in den Vordergrund und erkennen ihre Ressourcen nicht, kann dies dazu beitragen, dass sie deren Aussagen anzweifeln und wenig Wert auf ihre Sicht legen“ (Berendonk, 2015b).

Wird der Wahrheitsgehalt der Aussagen vom Menschen mit Demenz angezweifelt, kann angewandte Biografiearbeit nicht gelingen. Wird biografisches Wissen dagegen als zentrale Ressource im Pflegeprozess anerkannt, erfordert dies einen Perspektivwechsel und permanente Offenheit in der Pflege. Zusammenfassend hängt das Gelingen einer professionellen Unterstützung entscheidend davon ab, inwiefern der Pflegeprozess am biografischen Wissen der zu Pflegenden orientiert ist (Sander 2008 zitiert nach Darmann-Finck & Richter, 2011).

Kritische Betrachtung

Wird allerdings die bisherige Pflegepraxis betrachtet, finden sich einige Kritikpunkte: die Erhebung biografischer Daten in sogenannten Biografiebögen folgt oft eher normativen Orientierungen und Versorgungsnotwendigkeiten (Brenner, 2015). Biografiearbeit ist in Einrichtungen oft dazu verdammt, bloß auf dem Papier vorgehalten zu werden – als Beleg für die Prüfinstanz (Dyck, 2006) und bleibt oft ohne nachhaltige Auswirkungen auf den Umgang mit den zu Pflegenden (McKeown et al., 2015; McKeown et al., 2006; Schilder, 2004). Sander schreibt dazu: „In der Profession der Pflege steht das biografische Wissen der gepflegten Menschen zwar einem professionellen Expertenwissen gegenüber, das explizit darauf abzielt, subjektorientiert zu sein, es geht aber nicht darin auf“ (Sander, 2008). Sie stellt darüber hinaus die Vermutung auf, dass das biografische Wissen in der Pflegepraxis häufig dem professionellen Wissen untergeordnet wird (ebd.).

Biografie wird oft als etwas Statisches angesehen (Berendonk, 2015b). Dabei ist sie einem stetigen Wandel unterworfen: Gewohnheiten, Bedürfnisse, Vorlieben, Abneigungen, Verhalten, Hobbys und Bildung des pflegebedürftigen Menschen verändern sich. Biografiearbeit meint also nicht nur, mit der Biografie, sondern auch an ihr zu arbeiten. Ansonsten besteht die Gefahr, in Schubladendenken zu verfallen und den Menschen die Möglichkeit zu nehmen, Neues zu entdecken (Brenner, 2015).

Biografiearbeit darf nicht mit der formalen, gar punktuellen Erhebung bestimmter lebensgeschichtlicher Daten stehen bleiben. Vor allem vor dem Hintergrund, dass zu Pflegende häufig nicht in der Lage sind, die auf sie verweisenden Informationen zu korrigieren oder zu ergänzen und das einmal fixierte Bild zu beeinflussen (Schilder, 2007). Biografiearbeit ist nur dann sinnvoll, wenn die Informationen systematisch in konkrete Pflege- und Betreuungssituation integriert und die Erkenntnisse kreativ zur Lebenszeit- und Lebensraumgestaltung genutzt werden (Berendonk et al., 2011; Brenner, 2015; Schilder, 2007).

Um einer gelebten Biografie gerecht zu werden, forderten bereits verschiedene AutorInnen andere Biografiebögen (Berendonk, 2015b; Berendonk et al., 2011; Dyck, 2006). Verände-

rungen im Hinblick auf eine Erfassung und Integration von biografisch relevanten Daten in den Pflegeprozess werden mit der Einführung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) zu erwarten sein. Wichtige pflege- und betreuungsrelevante biografische Erkenntnisse sollen dann nicht mehr auf einem extra Bogen aufgeführt werden: Stattdessen werden solche narrativen Informationen zunächst ungefiltert im genauen Wortlaut der pflegebedürftigen Person oder der Angehörigen/Begleitperson im Rahmen der SIS festgehalten und in einem späteren Schritt durch den professionellen Filter aktiv betrachtet und aufgegriffen. Dadurch soll den individuellen Wünschen und Vorstellungen der pflegebedürftigen Menschen zu einem selbstbestimmten Leben bewusst Raum gegeben werden (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2014).

In der Pflege wird oft weniger qualifiziertes Personal eingesetzt – es mangelt an Methodenkenntnis und der qualitative Anspruch an die Umsetzung von Biografiearbeit ist nicht sehr hoch (Berendonk, 2015b; Brenner, 2015; Höwler, 2009). Strukturelle Rahmenbedingungen wie zeitliche Begrenzungen oder der Grad an Institutionalisierung haben ebenfalls einen hemmenden Einfluss (Darmann-Finck & Richter, 2011; Sander, 2008).

Gelingende Biografiearbeit erfordert eine qualifizierte methodische Herangehensweise und stellt demnach hohe ethische und fachliche Anforderungen an Pflegende.

Anforderungen an Pflegende

Auf der inhaltlichen Ebene bei der Arbeit mit betagten oder dementiell veränderten Menschen benötigen Pflegende Hintergrundwissen zur Zeitgeschichte (Höwler, 2009), um Elemente ihrer Biografie verstehen zu können: "Ohne Geschichtsunterricht keine Altenpflege" (Böhm, 2001) (zitiert in Brenner, 2015).

Auf der anderen Seite kann Biografie als privates Thema verstanden werden: es wird nicht nur die Lebenswelt des Menschen abgebildet, sondern auch sein soziales Selbst. Pflegende erlangen intime Einblicke in die Erlebniswelt eines zu Pflegenden und seiner Angehörigen (McKeown et al., 2015). Der zu Pflegende steht seiner Vergangenheit nicht neutral-distanziert gegenüber: Er ist emotional beteiligt und engagiert sich in der Bewertung biografischer Ereignisse moralisch. Pflegende haben deshalb als Zuhörer den ethischen Auftrag der Anteilnahme (Höwler, 2009). Biografiearbeit sollte professionell und einfühlsam durchgeführt werden, ohne die notwendige Distanz aufzugeben (Dyck, 2006).

Eine Herausforderung für Pflegende stellt die Situation dar, wenn zu Pflegende im Rahmen der Biografiearbeit mit für sie schwierigen Erinnerungen konfrontiert werden oder das Angebot der Biografiearbeit ablehnen (McKeown et al., 2006).

Als essentiell erscheint vor allem die Haltung der Pflegenden gegenüber Biografiearbeit (Berendonk, 2015b; Darmann-Finck & Richter, 2011; Dyck, 2006; Schilder, 2007; Schilder, 2004; Stuhlmann, 2011). Die Einstellung der Pflegenden, das Interesse der Pflegenden an zu Pflegenden, an seinen Bedürfnissen, seinen Gefühlen und an seiner Lebensgeschichte begründet eine teilnehmende Pflege, die gelingende Biografiearbeit unterstützt (Brenner, 2015).

Die Haltung der Pflegenden wird einerseits ganz wesentlich vom eigenen Berufsverständnis geprägt: Trotz zeitlicher Begrenzungen gelingt es einigen Pflegenden durchaus, lebensgeschichtliche Erfahrungen aufzugreifen und pflegerische Situationen personensorientiert zu gestalten. Ein solches personensorientiertes Berufsverständnis bedingt u. a. eine hohe Aus-

handlungsbereitschaft, (selbst-)reflexive Fähigkeiten und Handlungsautonomie (Schilder, 2007). Andererseits spielt für die Ausgestaltung einer biografieorientierten Pflege das Begriffsverständnis selbst eine große Rolle: eine Studie zum Biografieverständnis Pflegenden konnte zeigen, dass sehr heterogene Vorstellungen zum Biografiebegriff vorliegen. Neben einem formalistischen Biografieverständnis (Datensammlung im Sinne eines Lebenslaufs) unterscheiden Pflegende zwischen Gewohnheiten/prägenden Erfahrungen sowie autobiografischen Erinnerungen und deren emotionaler Bedeutung. Welches Begriffsverständnis zugrunde liegt, trägt demnach zu einem Gelingen oder Scheitern angewandter Biografiearbeit bei (Berendonk, 2015a; Berendonk, 2015b).

Biografische Reflexion als Chance für die Pflegenden

Biografiearbeit bietet aber auch für die Pflegenden selbst Chancen. Die berufliche Situation vieler Pflegenden birgt ein hohes Belastungspotential. Einige AutorInnen postulieren, dass durch die Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte im Allgemeinen und mit der persönlichen Biografie im Speziellen Klarheit über individuelle Sichtweisen, Zugänge und Lebenseinstellungen generiert werden kann: Die gezielte Beschäftigung mit der augenblicklichen Situation vor dem Hintergrund der eigenen (Berufs-)Geschichte und das Bewusstsein bevorzugter Coping-Strategien bringt Entlastung. Ebenso das Wissen um den eigenen Zugang zu bestimmten Menschen erleichtert den beruflichen Umgang mit als „schwierig“ empfundenen Menschen. Derartige Reflexionsprozesse führen durch die systematische Erweiterung der Selbst- und Sozialkompetenz zu einer höheren Berufszufriedenheit (Feldhaus-Plumin, 2006; Specht-Tomann, 2009).

Durch Biografiearbeit lässt sich die Arbeitsbelastung senken und sie trägt dadurch zu einer Burn-Out-Prophylaxe bei. In einer randomisierten Interventionsstudie wurden nach Schulung der Pflegekräfte in fünf dänischen Pflegeheimen ein Jahr lang Methoden der Biografiearbeit angewandt. Weitere fünf Pflegeheime dienten als Kontrollgruppe – hier agierte das Pflegepersonal unverändert. Zu drei festgelegten Zeitpunkten (Start der Intervention, 6 und 12 Monate nach Implementierung) wurden unter anderem Daten zur Arbeitsbelastung der Pflegekräfte erhoben. Dazu wurde ein Fragebogen eingesetzt, der drei Dimensionen von Burn-Out misst: emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung sowie das Gefühl einer reduzierten Leistungsfähigkeit (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey). In den Dimensionen „Depersonalisierung“ und „Gefühl einer reduzierten Leistungsfähigkeit“ zeigte sich zwar nach 6 Monaten eine Steigerung, nach 12 Monaten bestanden allerdings keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe. Dafür konnten in der Dimension „emotionale Erschöpfung“ sowohl nach 6 als auch nach 12 Monaten deutlich höhere Punktwerte ermittelt werden (Gudex et al., 2010).

Voraussetzung für den effektiven Einsatz von Biografiearbeit ist die Förderung der Kompetenzen der Pflegenden in Aus-, Fort- und Weiterbildung. Neben der Vermittlung von Inhalten aus der Biografieforschung könnten die Reflexion der Rahmenbedingungen, der eigenen Biografie und die Sensibilisierung für die Biografie der zu Pflegenden Inhalte sein (Darmann-Finck & Richter, 2011).

Eine grundlegende biographische Orientierung in der Pflege und Pflegeausbildung könnte zu einer eigenen, professionellen Profilierung des Berufsfeldes auch in Abgrenzung zum biomedizinischen Modell der Medizin beitragen (Remmers, 2006; Sander, 2008).

Biografieorientierte Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen könnten einen wichtigen Beitrag zu qualitätssichernden Maßnahmen in der Gesunden-, Kranken- und Altenpflege leisten.

9.4 Rechtliche Aspekte

Biografiearbeit wird sowohl in den „Transparenzvereinbarungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.“ für die ambulante und stationäre Pflege als auch in den „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege“ des GKV-Spitzenverbandes formal gefordert (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2011) (SGB XI).

In der Transparenzvereinbarung für den ambulanten Bereich wird im Zusammenhang mit Biografiearbeit neben formalen Kriterien (Vorliegen eines Pflegedokumentationssystems, in dem alle „relevanten Informationen“ erfasst werden können) unter Punkt 14 Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfragt, ob bei demenzkranken Pflegebedürftigen die pflegerelevante Biografie beachtet und Pflegeleistungen unter Beachtung der Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten durchgeführt werden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2014a).

In der dazugehörigen Erläuterung wird Biografiearbeit als „einer der wichtigsten Türöffner im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen“ bezeichnet (ebd.). Weiter heißt es, dass durch Erinnerungen im Pflegealltag „lustvoll Zeit gestaltet“ werden kann. Verbliebene Fähigkeiten werden angesprochen, die Sinne angeregt, Interessen geweckt und verlorene Fähigkeiten gefördert. Somit wird Biografiearbeit als eine wichtige Basis für die Pflege und Begleitung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen benannt.

An anderer Stelle finden sich ebenfalls Hinweise auf die Einbeziehung biografischer Besonderheiten: unter Punkt 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung wird erfragt, ob individuelle Wünsche und Ressourcen im Sinne einer Ess- und Trinkbiografie Berücksichtigung finden (ebd.).

Wie eine Umsetzung und Ausgestaltung der Pflege unter Beachtung der Biografie des Pflegebedürftigen konkret aussehen könnte, ist nicht Gegenstand der Qualitätsprüfungs-Richtlinien.

Auch auf datenschutzrechtliche Überlegungen im Rahmen der Biografiearbeit wird nicht näher eingegangen. Es wird lediglich allgemein geprüft, ob es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes gibt, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen: Das Kriterium gilt als erfüllt, wenn die Daten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden (z. B. durch Aufbewahrung in abschließbaren Schränken, bei elektronischen Akten durch die Vergabe von Passwörtern für zugriffsberechtigte Mitarbeiter) und wenn die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2014a).

Auch in den „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“ wird bei den Kriterien für eine gute Ergebnisqualität lediglich festgestellt, dass diese gegeben ist, wenn die „Ressourcen, Risiken, Wünsche sowie pflegerelevante

biografische Besonderheiten des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt worden“ (GKV-Spitzenverband, 2011).

Ähnliche Vorgaben werden in der Transparenzvereinbarung des MDS für den stationären Bereich festgehalten: Auch hier wird entweder anhand der Dokumentation oder im Rahmen der Prüfsituation beurteilt, ob pflegerelevante Biografieangaben (z. B. Gewohnheiten und Vorlieben oder Angaben zu den Bereichen Bildung und Beruf, Freizeit und Familie sowie besondere Lebensereignisse) für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in einer strukturierten Informationssammlung erfasst und umgesetzt wurden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2014b). Auf eine Begründung des Zusammenhangs zwischen erhobenen Biografieangaben und geplanten bzw. durchgeführten Pflegemaßnahmen wird explizit nicht bestanden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2014b).

Biografiearbeit stellt auch in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers ein verpflichtendes Element dar: im Lernmodul 29 Demenziell erkrankte Menschen, Angehörige und Bezugspersonen unterstützen, begleiten und beraten wird zur Kompetenzanbahnung explizit sowohl die theoretische Auseinandersetzung als auch die praktische Umsetzung mit dem Thema festgesetzt (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD), 2005).

9.5 Gibt es Mindeststandards?

In der Literatur werden keine fachlich begründeten Mindeststandards beschrieben. So bleiben als Mindeststandard die o. g. rechtlichen Normen.

9.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Pflegebedürftige Menschen können laut Artikel 4 der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ erwarten, dass ihre Pflege individuell unter Berücksichtigung ihres Lebenshintergrundes und ihrer Gewohnheiten geplant und durchgeführt wird (Bundesministerium für Familie, Senioren, & Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014).

Allerdings setzt eine zielgerichtete Nutzung von Biografiearbeit ihre systematische, konsequente und nachhaltige Integration in den Pflegeprozess voraus. Dies geht über das bloße Erheben lebensgeschichtlicher „Eckdaten“ hinaus. Stattdessen sollten biografisch relevante Erkenntnisse aktiv für eine individuelle Maßnahmenplanung aufgegriffen und umgesetzt werden.

9.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Für die Qualitätsmessung im Bereich Biografiearbeit könnten folgende Aspekte dienen: zum einen müssen Pflegende befähigt werden, Biografiearbeit durchführen und anwenden zu können.

Zum anderen sollte betrachtet werden, ob und wie biografische Daten in den Pflegeeinrichtungen erhoben werden und inwiefern biografische Daten systematisch und nachhaltig in den Pflegeprozess einfließen:

- Wie werden die Daten erhoben? (Sind z. B. im Rahmen der SIS genaue Wortlaute erfasst?)
- Welche Erhebungszeitpunkte sind dokumentiert?
- Werden die biografischen Daten genutzt, um Pflegemaßnahmen an den erhobenen Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten zu orientieren?
- Werden die Interventionen evaluiert?
- Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass biografische Daten laufend dokumentiert werden?

Nicht zuletzt könnte als Qualitätsmerkmal dienen, ob und zu welchem Umfang Fortbildungen in pflegerischen Institutionen zum Thema Biografiearbeit angeboten werden.

9.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Aspekte stehen mit „Biografiearbeit“ in Beziehung: Aktivierende Pflege, Selbstbestimmung, Pflegeplan, Kommunikation, Beziehungsgestaltung, Individuelle Pflege, Einbindung der Betroffenen und deren Bezugspersonen, Menschenwürde.

9.9 Literaturverzeichnis

- Berendonk, C., Stanek, S., Schönit, M., Kaspar, R., Bär, M., & Kruse, A. (2011). Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz: Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *44*(1), 13–18.
- Berendonk, C. (2011). Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz: Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *44*(1), 13–18.
- Berendonk, C. (2015a). „Den Menschen als Ganzes sehen“: *Wie Mitarbeitende in Pflegeheimen Biografiearbeit erleben und beschreiben*. Zugl.: Heidelberg, Univ., Diss., 2014 u.d.T.: Berendonk, Charlotte: Biografiearbeit mit Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege - interpretative Analyse der Konzeptverständnisse Pflegenden. Marburg: Tectum.
- Berendonk, C. (2015b). Das narrative Wesen: Biografiearbeit wird von Pflegenden häufig missverstanden. Eine Erweiterung des Konzeptverständnisses ist notwendig. *Pflegezeitschrift*, *68*(7), 412–415.
- Brenner, U. (2015). Nichts geht über Interesse: Teilnehmende Pflege statt Biografiearbeit. *Pflegezeitschrift*, *68*(3), 138–142.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, & Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Retrieved January 30, 2016, from http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed_C3_BCrttiger-Menschen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014). *Abschlussbericht Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells -Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambu-*

- lanten und stationären Langzeitpflege*“. Retrieved February 15, 2016, from http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbueroerkratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen__fin20140415_sicher.pdf.
- Darmann-Finck, I., & Richter, M. T. (Eds.) (2011). *IPP-Pflegeforschung: Vol. 2. Biographieorientierung in der Pflegebildung*. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang.
- Duden (2015). *Duden | Bio-gra-fie, Bio-gra-phi-e | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft*. Retrieved February 15, 2016, from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Biografie>.
- Dyck, W. (2006). Biografiearbeit - eine kritische Betrachtung. *Pflegen ambulant*, 17(3), 26.
- Feldhaus-Plumin, E. (2006). Ressourcen wiederentdecken: Biografisches Arbeiten in der Pflege. *Pflegezeitschrift*, 59(1), 18–20.
- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A. M., Kjer, M., & Sørensen, J. (2010). Consequences from use of reminiscence—a randomised intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics*, 10, 33. Retrieved January 31, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2897783/pdf/1471-2318-10-33.pdf>.
- Hölzle, C., & Jansen, I. (Eds.) (2009). *Ressourcenorientierte Biografiearbeit: Grundlagen - Zielgruppen - Kreative Methoden* (1st ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Höwler, E. (2009). Herausforderndes Verhalten und Biografiearbeit im Pflegeheim: Zusammenhänge erkennen. *Pflegezeitschrift*, 62(12), 726–729.
- Lind, S. (2006). Den Zugang zu den Menschen öffnen: Die biografische Orientierung in der Pflege bei Demenz. *Pflegezeitschrift*, 59(8), 474–477.
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148–158.
- McKeown, J., Clarke, A., & Repper, J. (2006). Life story work in health and social care: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 237–247.
- McKeown, J., Ryan, T., Ingleton, C., & Clarke, A. (2015). ‘You have to be mindful of whose story it is’: the challenges of undertaking life story work with people with dementia and their family carers. *Dementia*, 14(2), 238–256.
- GKV-Spitzenverband (2011). *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011: Präambel*. Retrieved January 30, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetsicherung/2011_06_09_MuG_ambulant_Fassung_nach_Schiedsspruch.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2014a). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien - MDK-Anleitung - Transparenzvereinbarung: Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der ambulanten Pflege*. Retrieved January 30, 2016, from https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/2014_Pruefgrundlagen_ambulant_Lesezeichen.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2014b). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien - Transparenzvereinbarung: Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den § SGB XI in der stationären Pflege*. Retrieved January 30, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/tra

- nsparenzvereinbarung-
en/pvts_neu_ab_2014_01_01stationaer/2014_Pflege_Pruefgrundlagen_stationaer.pdf.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD) (Ed.) (2005). *Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz* (Berichte aus der Pflege). Mainz.
- Remmers, H. (2006). Zur Bedeutung biografischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(3), 183–191.
- Sander, K. (2008). Biographieforschung im Berufsfeld Pflege und Gesundheit. *PR-InterNet*, 10(7), 415–420.
- Schilder, M. (2004). Die Bedeutung lebensgeschichtlicher Erfahrungen in der Situation der morgendlichen Pflege in der stationären Altenpflege. *Pflege*, 17(6), 375–383.
- Schilder, M. (2007). *Lebensgeschichtliche Erfahrungen in der stationären Altenpflege: Eine qualitative Untersuchung pflegerischer Interaktionen und ihrer Wahrnehmung durch pflegebedürftige Personen und Pflegenden* (1st ed.). *Reihe Pflegewissenschaft*. Bern: Huber.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved January 30, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html.
- Specht-Tomann, M. (2009). *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Spittel, S. (2011). Ein biografieorientierter Zugang für Menschen mit Demenz in Altenheimen zur Wahrung ihrer Identität: Ein Praxisprojekt in Australien. *Pflegewissenschaft*, 13(12), 645–650.
- Stuhlmann, W. (2011). *Demenz braucht Bindung: Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt ; mit 11 Tabellen* (2., überarb. Aufl.). *Reinhardts gerontologische Reihe: Vol. 33*. München: Reinhardt.

10 Erläuterungen zum Kennzeichen „Individuelle Pflege“

10.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird „individuelle Pflege“ definiert?
- Welchen Einfluss hat individuelle Pflege auf die Pflegebedürftigen, Mitarbeitenden und Pflegeeinrichtungen?
- Welche Faktoren nehmen förderlichen oder hinderlichen Einfluss auf die erfolgreiche Implementierung individueller Pflege?
- Wie lässt sich individuelle Pflege messen? Gibt es hierzu objektivierbare Kriterien?

10.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Pflege individuell zu gestalten gehört zum zentralen Selbstverständnis von Pflege. Der Pflegeprozess zielt auf die Erfassung der individuellen Bedürfnisse oder Situationen von Menschen mit Pflegebedarf sowie auf individuell angepasste Problemlösungen. Das Konzept der Individualität umfasst einerseits die verschiedenen Aspekte, die ein Individuum als solches kennzeichnen – seine eigenen Erfahrungen, Gefühle, Einstellungen, Angewohnheiten – (Morgan & Yoder, 2012; Radwin & Alster, 2002) und andererseits die Art und Weise, wie dieses Individuum zur Mitgestaltung seiner Pflege ermächtigt wird (Suhonen et al., 2011a).

Individuelle Pflege wird zwar postuliert, aber nur bedingt umgesetzt. Pflegehandeln in einer Institution ist dadurch gekennzeichnet, dass die Menschen mit Pflegebedarf von einer Mehrzahl an pflegenden Personen betreut werden. Individuelle Pflege bedarf des Wissens um die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben und es stellt sich die Frage, wie das z. B. bei der Pflegeanamnese und im Pflegeassessment aufgedeckte individuelle Bild im Team der Pflegenden wirksam werden kann. Ein Lösungsansatz mit organisatorischem Fokus besteht in dem Konzept des Primary Nursing (Manthey, 2005). Darüber hinaus kann eine EDV-gestützte Pflegedokumentation zur Erbringung und Kommunikation individueller Daten beitragen und erhöht damit die Chance zu individueller Pflege (Hansebo, Kihlgren, & Ljunggren, 1999).

Es wurden mittlerweile verschiedene Instrumente entwickelt, die das Ziel haben, den Grad der Individualität in der Pflege zu erfassen.

10.3 Stand der Literatur

Zum Konzept Individueller Pflege

Pflege individuell zu gestalten gehört zum zentralen Selbstverständnis von Pflege. Der Pflegeprozess zielt auf die Erfassung der individuellen Bedürfnisse oder Situationen von Men-

schen mit Pflegebedarf sowie auf individuell angepasste Problemlösungen (Wilkinson, 2012). Verschiedene Pflegemodelle und -theorien konkretisieren je unterschiedlich ihre Vorstellung von individueller Pflege (Schaeffer, Moers, Steppe & Meleis, 2008 und Krohwinkel, 2013). Ob aber eher aus der humanistischen Psychologie abgeleitet (Peplau, 2008) oder phänomenologisch gewendet (Paterson & Zderad, 2008), immer besteht das Ziel darin, der Besonderheit des Menschen mit Pflegebedarf gerecht zu werden und seine Individualität zu erfassen. Der Anspruch individueller Pflege steht auch nicht beim Einsatz von Standards in Frage. Hier ist jeweils zu prüfen, ob die standardisierten Angaben in der individuellen Situation angemessen sind. In den letzten Jahren wird eher der Terminus patientenzentrierte Pflege genutzt. Untersuchungen weisen darauf hin, dass patientenzentrierte Pflege das Outcome wie Selbstpflegefähigkeiten (Sidani, 2008), Autonomie und Lebensqualität (Suhonen et al., 2007) positiv beeinflussen.

Zur Definition von individueller beziehungsweise individualisierter Pflege findet sich bei Radwin und Alster (2002) ein Ansatz, der sich zwar unmittelbar nur mit der Pflege in Krankenhäusern beschäftigt, hierzu aber auf empirischen Untersuchungen aufbaut und für die Identifikation der Kriterien individueller Pflege daher als Begründung dienen kann. Auf der Grundlage der ausgewerteten Studien kommen die Autoren zu folgendem Ergebnis: sowohl für die Menschen mit Pflegebedarf als auch die professionell Pflegenden ist Individuelle Pflege gekennzeichnet durch die produktive Aufnahme jener Aspekte in die Gestaltung der Pflege, welche das pflegebedürftige Individuum als solches kennzeichnen. Zu diesen Aspekten gehören zuvorderst die Erfahrungen, die den Menschen mit Pflegebedarf als persönlichkeitsprägend bewusst sind. Dies umfasst sowohl solche Erfahrungen, die mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit verbunden sind (und daher für die Pflegenden leichter zu erfassen sind) als auch solche, die zu früheren Lebensabschnitten gehören und Vorstellungen und Wahrnehmungen der Person prägten. Zusätzlich zählen auch das spezifische alltägliche Verhalten (etwa der Umgang mit Pflegemaßnahmen) und persönliche Gefühle bzw. Urteile zu den Faktoren, die für das Individuum definierend sind (Radwin und Alster, 2002).

Als besonders bedeutsame Kriterien für die Individuelle Pflege älterer und gebrechlicher Personen identifiziert eine Expertengruppe im Rahmen der Initiative, Future of Nursing (geleitet von der Robert Wood Johnson Foundation und dem Institute of Medicine)

- 1) die Person kennen,
- 2) Beziehung,
- 3) Wahlmöglichkeit und
- 4) Partizipation der Menschen mit Pflegebedarf (Happ, 2010).

Ein wichtiger Schritt, um diese Aspekte für die Pflege messbar zu machen, findet sich unter anderem bei Morgan und Yoder (2012): In ihrem Modell personenzentrierter Pflege greifen sie die genannten Faktoren als eine Vorbedingung gelingender Pflege auf. Das Bewusstsein interindividueller Unterschiede bildet hier zusammen mit der institutionellen Bereitschaft und Fähigkeit entsprechend dieser Unterschiede, angepasste Entscheidungen zu treffen (Caspar, Cooke, O'Rourke, & MacDonald, 2013), die Grundlage dafür, erfolgreich individualisierte Pflege zu betreiben. Der institutionelle bzw. organisatorische Aspekt wird von den Autoren dabei als das situative Abweichen von Standardverfahren zugunsten individuell angepasster Lösungen beschrieben, was sich als entsprechende Befähigung der Pflegenden auch bei

Rodríguez-Martín et al. (2015) und Caspar & O'Rourke (2008) wiederfindet. Denn es reicht nicht, die Individualität der Menschen mit Pflegebedarf anzuerkennen, sondern das Wissen um deren Individualität muss sich im Pflegehandeln niederschlagen. Falls gewünscht, muss das Pflegehandeln darauf abzielen, dass die Menschen mit Pflegebedarf gemäß der ihnen zur Verfügung stehenden (mental und körperlichen) Ressourcen dazu befähigt werden, im Kontext der Pflege weiterhin so selbstbestimmt wie möglich zu leben. Die respektvolle Unterstützung selbstbestimmten individuellen Agierens trägt dazu bei, dass die Menschen mit Pflegebedarf ein positives Selbstbild aufrechterhalten können und stärkt deren Willen, konstruktiv an ihrer Pflege mitzuwirken (Anderberg, Lepp, Berglund, & Segesten, 2007).

Pflegehandeln in einer Institution ist dadurch gekennzeichnet, dass die Menschen mit Pflegebedarf von einer Mehrzahl an pflegenden Personen betreut werden. Individuelle Pflegebedarf des Wissens um die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben und es stellt sich die Frage, wie das z. B. bei der Pflegeanamnese und im Pflegeassessment aufgedeckte individuelle Bild im Team der Pflegenden wirksam werden kann. Ein Lösungsansatz mit organisatorischem Fokus besteht in dem Konzept des Primary Nursing. Das hier verfolgte Prinzip sieht vor, dass die jeweilige Zuständigkeit für die Menschen mit Pflegebedarf explizit je spezifischen Pflegepersonen (der Primary Nurse) zugeteilt wird. Diese Pflegeperson ist schichtübergreifend zuständig für die Pflegeanamnese/das Pflegeassessment, den Pflegeplan und die Evaluation. Sie wird bei der Durchführung der Pflege von anderen Pflegenden unterstützt, die sich aber an den Pflegeplan der Primary Nurse halten müssen (Manthey, 2005). Unabhängig von der Pflegeorganisationsform stellt sich immer die Frage, wie die bewohner- oder klientenspezifischen Informationen gezielt und umfassend kommuniziert werden können. Hansebo et al. (1999) beschreiben dazu einen Lösungsansatz, der auf der computergestützten Implementierung des Resident Assessment Instrument (RAI) aufbaut. Die Evaluation hat einen positiven Einfluss auf die Regelmäßigkeit täglicher personenspezifischer Eintragungen mit erhöhtem Informationsgehalt für die weitere Pflegegestaltung. Die Dokumentation unter Nutzung solcher oder ähnlicher Instrumente kann also dazu genutzt werden, bewusst nach solchen Faktoren zu fragen, deren Berücksichtigung das Gelingen einer individuellen Pflege fördert (Hansebo et al., 1999).

Als Konsequenz erfolgreicher individueller Pflege werden von den Autoren drei Hauptfaktoren dargestellt: Die Erhöhung der Pflegequalität an sich, die Erhöhung der Zufriedenheit der Akteure, sowie eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Pflegebedürftigen (Morgan & Yoder, 2012). Eine Verbesserung der Pflegequalität insgesamt macht sich dadurch bemerkbar, dass die individuellen Bedürfnisse im Rahmen einer Erfassung und Dokumentation festgehalten werden. Dies wiederum kann sicherstellen, dass darauffolgend gewählte Maßnahmen diese tatsächlichen bestehenden und als kritisch erkannten Bedürfnisse befriedigen (McCormack & McCance, 2006). Eng verknüpft ist die Qualität der Pflege insgesamt daher mit der Zufriedenheit insbesondere der Pflegebedürftigen, da eine Personalisierung der Pflegeprozesse dem Einzelnen das Gefühl gibt, ernst genommen zu werden (McCormack, 2003; Stewart et al., 2000).

Zur Messung individueller Pflege

Suhonen et al. entwickelten das Individualized Care Scale-Instrument (ICS) (2000). Die Definition von individueller Pflege umfasste die beiden zentralen Kriterien

- a) inwieweit die Individualität der Menschen mit Pflegebedarf berücksichtigt wird und
- b) inwieweit die Beteiligung der Menschen mit Pflegebedarf am Entscheidungsfindungsprozess gefördert wird.

Davon ausgehend wurde ein Instrument entwickelt, das aus 43 Items besteht, die dazu dienen, die Individualität der Pflegebedürftigen und die Förderung der Teilhabe an der Gestaltung des Pflegeprozesses zu erfassen. Das Spektrum der erhobenen Aspekte reicht dabei vom kulturellen Hintergrund der Menschen mit Pflegebedarf über die Erfassung ihrer besonderen Bedürfnisse bei der Tagesstrukturierung (z. B. auf Grund von Behinderung) bis zu einer von den Pflegenden vorzunehmenden Reflexion darüber, inwiefern die Wünsche der Pflegebedürftigen bei der Pflegeplanung tatsächlich berücksichtigt wurden und ob Informationen in einer für die Menschen mit Pflegebedarf verständlichen Weise kommuniziert wurden. Nach Einsatz dieses Instrumentes in verschiedenen Studien zeigten sich in der nicht speziell angeleiteten – also größtenteils nur intuitiven – Auseinandersetzung mit der individuellen Persönlichkeit der Menschen mit Pflegebedarf in den untersuchten Gruppen einige Mängel. Beispielsweise ergab eine Befragung der Pflegenden, dass zwar tägliche Gewohnheiten der Pflegebedürftigen mit 73 % bereits relativ regelmäßig erfragt wurden, andere Themen wie etwa der Einbezug der Familie oder vorhergehende Pflegeerfahrung aber nur in 42 % bzw. 38 % von den Pflegenden erfragt wurden (Suhonen, Stolt, Puro, & Leino-Kilpi, 2011b). Dieselbe Untersuchung zeigte, dass bei den Pflegenden zwar die Einschätzung bestand, dass den Menschen mit Pflegebedarf ausreichend Gelegenheit zur Mitgestaltung gegeben werde, tatsächliche darauf gerichtete Fragen aber noch nicht fester Bestandteil des Alltags in der Pflege waren.

Unterschiede waren mit Blick auf die institutionelle Form der Pflegeeinrichtung erkennbar, die vor allem beeinflusste, wie die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen durch die Pflegenden wahrgenommen wurden (Suhonen et al., 2011a). Dennoch ist die Einschätzung der Situation durch das Personal auch an Einrichtungen gleicher Art keinesfalls homogen, und Idvall et al. (2012) fanden, dass es hier Unterschiede in der Wahrnehmung unter anderem im Hinblick auf Bildungsstand, Verantwortung und Berufserfahrung der einzelnen Pflegenden gibt. Von einer Implementierung des beschriebenen Instruments auf der Ebene der Einrichtungen erhoffen sich die Autoren, dass die Individualität der Pflegebedürftigen umfänglich gewürdigt wird und auch Punkte, die die Pflegenden intuitiv nicht als dazugehörig einschätzen, ihre Berücksichtigung finden. Absicht wäre es dabei auch, die erwähnten Unterschiede in der Wahrnehmung bzw. dem Angebot individueller Pflegemaßnahmen zugunsten eines konstant hohen Niveaus auszugleichen. Reliabilität und Validität dieses Instruments wurden in Folgestudien bestätigt (Suhonen, Gustafsson, Katajisto, Valimäki, & Leino-Kilpi, 2010; Suhonen, Leino-Kilpi, & Välimäki, 2005; Suhonen, Välimäki, Leino-Kilpi, & Katajisto, 2004), insbesondere auch für eine deutsche Version der Individualized Care Scale (Köberich, Suhonen, Feuchtinger, & Farin, 2015).

Weitere Instrumente mit ähnlich spezifischer Messabsicht sind beispielsweise die Seeing the Individual Patient-Skala als Teil des Schmidt Perception of Nursing Care-Fragebogens (Schmidt, 2001; Schmidt, 2003) sowie die Individualisierungs-Skala des ‚Oncology Patients Perceptions of the Quality of Nursing Care-Instruments‘ (Radwin, Alster, & Rubin, 2003). Diese weisen ähnlich gute Reliabilitäts- und Validitätswerte wie die Individualized Care Scale auf (Suhonen, Schmidt, & Radwin, 2007). Als weitere Messoption steht das *Individualized Care*

Instrument (ICI) (Chappell, Reid, & Gish, 2007) zur Verfügung, das mit dem ICS zwar inhaltlich weniger konvergiert, aber noch spezieller auf Szenarien der Langzeitpflege ausgerichtet ist (Charalambous, Chappell, Katajisto, & Suhonen, 2012).

Besondere Erwähnung bedarf der Teilbereich der interindividuellen Unterschiede, hier verstanden als das Spektrum der pflegerelevanten Beeinträchtigungen. Wenngleich diese die Anzahl der nötigen Anpassungen, die ein Pflegeplan zur Abdeckung der spezifischen persönlichen Bedürfnisse benötigt, üblicherweise erhöhen dürften, finden sie in den vorgestellten Instrumenten zur Messung der individuellen Pflege doch nur implizit Beachtung. So fragt das ICS (Suhonen et al., 2000) zwar etwa nach der Bedeutung, die die Erkrankung für den Pflegebedürftigen hat, und auch für spezielle Wünsche ist ein Item vorgesehen. Auch im *Individualized Care Instrument* (ICI) (Chappell et al., 2007) ist vorgesehen, dass die Steigerung der Autonomie der Pflegebedürftigen einer Berücksichtigung der jeweils eingeschränkten Ressourcen bedarf, es bleibt jedoch bei diesen allgemeinen Konsequenzen. Dass besonders bei den körperlichen Behinderungen eine Individuelle Pflege positiv wirken kann, lässt sich gegebenenfalls mangels spezifischer Studien für den Kontext der Langzeit- bzw. Altenpflege via Transfer aus dem stationären/klinischen Bereich herleiten, wo ein positiver Einfluss bspw. mit Blick auf die Schmerzheilung/-wahrnehmung festzustellen ist (Patti et al., 2003; Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000).

10.4 Rechtliche Aspekte

Das Sozialgesetzbuch XI kennt die Notwendigkeit eines individuellen Pflegeplans (§ 18 SGB XI) und auch die Individuelle Pflegeberatung ist in § 7 festgeschrieben. Eine Ausführung des Begriffs der Individualität findet allerdings nicht statt (§ 7 SGB XI).

§ 40 SGB XI ermöglicht die finanzielle Förderung für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes.

Die Maßstäbe und Grundsätze der Selbstverwaltungspartner fordern für den Bereich der stationären Pflege die Anfertigung einer individuellen Pflegeplanung (GKV-Spitzenverband, 2011).

10.5 Gibt es Mindeststandards?

Die formalen Mindeststandards ergeben sich aus den rechtlichen Vorgaben.

10.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Zwar gibt es keine formell festgeschriebenen Mindestanforderungen an Individuelle Pflege, jedoch lässt sich aus den vorhergehenden Darstellungen ein Minimalkonsens extrahieren.

Allen Betrachtungen ist gemein, dass diese als die Individuelle Pflege kennzeichnend sowohl die Wahrnehmung interindividueller Unterschiede als auch die Einbindung der Pflegebedürftigen in die Mitgestaltung des Pflegeprozesses betrachten. Die sich daraus ergebende Anforderung ist, dass in den Einrichtungen beide Aspekte in den Pflegeprozess einfließen.

10.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Es steht eine Auswahl an Messinstrumenten zur Verfügung, deren Nützlichkeit im Pflegebereich bereits gezeigt werden konnte. Am besten belegt ist dabei das *Individualized Care Scale*-Instrument von Suhonen et al. (2000), das mit Hinblick auf Reliabilität und Validität vergleichbar mit der *Seeing the Individual Patient*-Skala (Schmidt, 2001; Schmidt, 2003) und der Individualisierungs-Skala (Radwin et al., 2003) ist, wobei letztere ursprünglich mit Augenmerk auf den klinischen Bereich ausgearbeitet wurden. Spezifischer für das Feld der Langzeit- oder Altenpflege geeignet ist das *Individualized Care Instrument* (Chappell et al., 2007).

Allen gemein ist, dass der Begriff von Individualität die beiden Komponenten „interindividuelle Unterschiede“ und „Mitbestimmung der Pflegebedürftigen“ umfasst. Das ICS beispielsweise sieht eine Erfassung der täglichen Gewohnheiten, Ängste, Bedürfnisse, und kulturellen Hintergründe der Bedürftigen vor, um den Pflegenden und den Einrichtungen ein Bild der betroffenen Persönlichkeit zu vermitteln, während Fragen nach der Bereitschaft zur Mitgestaltung, dem Informationsfluss von/zur Pflegebedürftigen und dem Verständnis von getroffenen Entscheidungen der Einschätzung der jeweiligen Mitbestimmung dienen.

10.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen Individualität steht in Beziehung zu den Kennzeichen: Dokumentation, Unterstützung Tagesstrukturierung, Biografiearbeit, Kultursensibilität/religiöse Bedürfnisse/Gleichgeschlechtlichkeit, Förderung des Selbstvertrauens, Menschenwürde, Wertschätzung, Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen, Privatsphäre und Umgebungsgestaltung.

10.9 Literaturverzeichnis

- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A. L., & Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 59(6), 635–643.
- Caspar, S., Cooke, H. A., O'Rourke, N., & MacDonald, S. W. S. (2013). Influence of individual and contextual characteristics on the provision of individualized care in long-term care facilities: *The Gerontologist*, 53(5), 790–800.
- Caspar, S., & O'Rourke, N. (2008). The influence of care provider access to structural empowerment on individualized care in long-term-care facilities. *The Journals of Gerontology*, 63(4), S255-S265.
- Chappell, N. L., Reid, C. L., & Gish, J. A. (2007). Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia*, 6(4), 527–547.
- Charalambous, A., Chappell, N. L., Katajisto, J., & Suhonen, R. (2012). The conceptualization and measurement of individualized care. *Geriatric Nursing*, 33(1), 17–27.
- GKV-Spitzenverband (2011). Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

- nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27.05.2011. Retrieved November 26, 2015, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/2011_06_09_MuG_stat_Fassung_nach_Schiedsspruch.pdf.
- Hansebo, G., Kihlgren, M., & Ljunggren, G. (1999). Review of nursing documentation in nursing home wards — changes after intervention for individualized care. *Journal of advanced nursing*, 29(6), 1462–1473.
- Happ, M. B. (2010). Individualized care for frail older adults: challenges for health care reform in acute and critical care. *Geriatric Nursing*, 31(1), 63–65.
- Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroglu, R., Deolinda, A. d. L., Efstathiou, G., et al. (2012). Nurses' Sociodemographic Background and Assessments of Individualized Care. *Journal of nursing scholarship*, 44(3), 1527–1547.
- Köberich, S., Suhonen, R., Feuchtinger, J., & Farin, E. (2015). The German version of the Individualized Care Scale – assessing validity and reliability. *Patient Preference and Adherence*. (9), 483–494.
- Krohwinkel, Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Huber.
- Manthey, Mary (2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for personcentred. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202–209.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56.
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30(1), 6–15.
- Paterson, Josephine; Zderad, Loretta (2008): Eine phänomenologische Annäherung an die Pflege. In: Schaeffer, Doris; Moers, Martin, Steppe, Hilde; Meleis, Afaf (2008): Pflge-theorien. Beispiele aus den USA. 2. Aufl. Bern: Huber, S. 163-170.
- Patti, F., Ciancio, M. R., Cacopardo, M., Reggio, E., Fiorilla, T., Palermo, F, Reggio, A, & Thompson, A. J. (2003). Effects of a short outpatient rehabilitation treatment on disability of multiple sclerosis patients – a randomised controlled trial. *Journal of Neurology*, 250, 861–866.
- Peplau, Hildegard (2008): Interpersonale Beziehungen in der psychiatrischen Pflege. In: Schaeffer, Doris; Moers, Martin; Steppe, Hilde, Meleis, Afaf (2008): Pflge-theorien. Beispiele aus den USA. 2. Aufl. Bern: Huber, S. 55-70.
- Radwin, L., & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, 49(1), 54–63.
- Radwin, L., Alster, K., & Rubin, K. M. (2003). Development and testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale. *Oncology Nursing Forum*, 30, 283–290.
- Rodríguez-Martín, B., Stolt, M., Katajisto, J., & Suhonen, R. (2015). Nurses' characteristics and organisational factors associated with their assessments of individualised care in care institutions for older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Schaeffer, Doris; Moers, Martin, Steppe, Hilde; Meleis, Afaf (2008): Pflge-theorien. Beispiele aus den USA. 2. Aufl. Bern: Huber

- Schmidt, L. A. (2001). The development and testing of a measure of patient satisfaction with nursing care. *Dissertation Abstracts International*, 63, 1325B.
- Schmidt, L. A. (2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of advanced nursing*, 44, 393–399.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49, 796–804.
- Sidani, Souraya (2008). Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research and theory for nursing practice*, 22(1), 24-37.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved November 26, 2015, from <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/7.html>.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved November 26, 2015, from <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/18.html>.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved November 26, 2015, from <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/40.html>.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2005). Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *Journal of evaluation in clinical practice*, 11(1), 7–20.
- Suhonen, R., Schmidt, L. A., & Radwin, L. (2007). Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of advanced nursing*, 59(1), 77–85.
- Suhonen, R., Valimaki, M., & Katajisto, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of advanced nursing*, 32(5), 1253–1263.
- Suhonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2004). Testing the individualized care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 27–36.
- Suhonen, Riitta; Välimäki, Maritta; Katajisto, Jouko; Leino-Kilpi, Helena (2007). Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: an explanatory model using LISREL. *International journal of nursing studies*, 44(2), 197-207.
- Suhonen, R., Gustafsson, M.-L., Katajisto, J., Valimaki, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Individualized care scale - nurse version: a Finnish validation study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(1), 145–154.
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalafati, M., da Luz, Maria Deolinda Antunes, et al. (2011a). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of advanced nursing*, 67(9), 1895–1907.
- Suhonen, R., Stolt, M., Puro, M., & Leino-Kilpi, H. (2011b). Individuality in older people's care - challenges for the development of nursing and nursing management. *Journal of nursing management*, 19(7), 883–896.
- Ward, S., Donovan, H. S., Owen, B., Grosen, E., & Serlin, R. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Research in Nursing & Health*, 23, 393–405.
- Wilkinson, Judith (2012). *Das Pflegeprozesslehrbuch*. Bern: Huber.

11 Erläuterungen zum Kennzeichen „Betreuungsleistungen (Allgemeine Betreuung und Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, Soziale Betreuung und zusätzliche soziale Betreuung, zusätzliche Betreuungsleistungen)“

11.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie werden „Betreuungsleistungen“ definiert?
- Wer erbringt Betreuungsleistungen?
- An welche Zielgruppe richten sich Betreuungsleistungen?
- Welche Zielsetzungen sind mit Betreuungsleistungen verbunden?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Betreuungsleistungen“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

11.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Neben der pflegerischen Grundversorgung spielen Aspekte der allgemeinen und sozialen Betreuung von Pflegebedürftigen sowohl in ambulanten als auch in stationären Versorgungskontexten eine immer größere Rolle. Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ formuliert unter Artikel 4 „Pflege, Betreuung und Behandlung“ ausdrücklich, dass diese Betreuung an dem persönlichen Bedarf ausgerichtet und sie gesundheitsfördernd und qualifiziert erbracht werden soll (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014).

Grundsätzlich hat jeder Pflegebedürftige ein Anrecht auf Betreuungsleistungen, egal ob er ambulant in den eigenen vier Wänden oder stationär in einer Pflegeeinrichtung versorgt wird. Es haben sich unterschiedliche Strukturen der Betreuung entwickelt:

Ein erhöhter Betreuungsbedarf besteht bei Personen, bei denen die Fähigkeiten der Alltagskompetenz eingeschränkt sind. Dieser Bedarf wird im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff durch den MDK bei der Pflegebegutachtung erhoben. Der Personenkreis ist dabei von kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen betroffen, die einen erhöhten Betreuungsbedarf bei der Alltagsgestaltung und Tagesstrukturierung nach sich ziehen. Dabei ist es irrelevant, in welcher Versorgungsform sich die betroffene Person befindet.

In der ambulanten Versorgung stehen hier zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI zur Verfügung. Diese beinhalten neben Betreuungsleistungen für den betroffenen Pflegebedürftigen auch Entlastungsmöglichkeiten für die pflegenden Angehörigen oder andere Pflegepersonen. Dazu gehören Angebote der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege, die von stationären Pflegeeinrichtungen oder betreuten Wohnprojekten angeboten werden. Zusätzli-

che niedrigschwellige Betreuungsangebote bieten Unterstützung und Entlastung durch Gruppen- oder Einzelbetreuungsangebote oder z. B. Hilfen im Haushalt (SGB XI).

In der stationären Versorgung stehen seit dem Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) Betreuungsleistungen allen in der Pflegeeinrichtung wohnenden BewohnerInnen zur Verfügung. Es gibt also eine Erweiterung des Personenkreises, von den ehemals nur für demente und erheblich eingeschränkte Bewohner zuständigen (§ 87b) Betreuungskräften auf alle Bewohner der Pflegeeinrichtung. Die vorhandenen Angebote der sozialen Betreuung müssen in diesem Bereich besonders an die Bedarfe und vorhandenen Fähigkeiten der Bewohner angepasst werden, damit diese Angebote von allen genutzt werden können.

11.3 Stand der Literatur

Definition

Der Bundesverband häuslicher Seniorenbetreuung e. V. definiert folgende Tätigkeiten als zentrale Bestandteile von Betreuung:

- Haushaltnahe Tätigkeiten
 - Zubereitung von Mahlzeiten, Reinigungstätigkeiten, Hausarbeiten, Waschen und Bügeln etc., Einkäufe und Besorgungen, Sorgen für ein gesundes Raumklima, Versorgung Zimmerpflanzen, Versorgung Haustiere
- Tätigkeiten der Lebensführung
 - Vorsorgliche und notwendige Anwesenheit, Organisation Strukturierung des Tagesablaufes, Alltägliche Verrichtungen, Gesellschaftleisten und Konversation, Begleitung bei diversen Aktivitäten
- Pflegetätigkeiten
 - Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Toilettengang

Es wird darauf hingewiesen, dass Betreuungsdienstleistungen keine Maßnahmen der Behandlungspflege umfassen (Bundesverband häuslicher Seniorenbetreuung e. V. (BHSB), 2016).

Betreuungsleistungen in der ambulanten Versorgung

„Bis zum 1. Januar 2015 hatten nur Menschen mit einer auf Dauer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (also insbesondere an Demenz Erkrankte) einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Das PSG I änderte diese Situation grundlegend: Pflegebedürftige, die stärker körperlich eingeschränkt sind . . . erhalten ebenfalls einen Anspruch auf entsprechende Leistungen. Damit haben die Betroffenen erstmals einen Anspruch auf niedrigschwellige Hilfen, d. h. sie können sich vor Ort ein Angebot suchen, das nach Landesrecht anerkannt ist, und bekommen die Kosten bis zur Höhe von 104 Euro monatlich bzw. 1.248 Euro pro Jahr erstattet. Zudem steht ihnen ebenfalls die . . . Möglichkeit zu, zusätzlich maximal 40 % des Anspruchs auf ambulante Sachleistungen für solche niedrigschwelligen Angebote zu verwenden“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Nähere Informationen zum Begutachtungsverfahren zur eingeschränkten Alltagskompetenz finden sich im Kapitel „rechtliche Aspekte“.

Im Rahmen der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI werden folgende Leistungen anerkannt (SGB XI):

- Beaufsichtigung von Pflegebedürftigen, zur Entlastung der Angehörigen und Pflegepersonen
- Unterstützung bei sinnvoller Beschäftigung wie z. B. gemeinsames Lesen, Gesellschaftsspiele, gemeinsames Betrachten von Fotos, kochen oder backen etc.
- Mobilisation in Begleitung wie z. B. Spaziergehen, Gehübungen mit Rollator oder anderen Gehhilfen, Bewegungsübungen
- Begleitung bei Unternehmungen wie z. B. Arztbesuch, Behördenbesuch, Einkäufen und Apothekengang
- Besuchsdienste oder Kontrollbesuche
- Angebote der Tages- und Nachtpflege, sowie Kurzzeitpflege zur Entlastung der Angehörigen und Pflegepersonen
- Nutzung niedrigschwelliger Angebote nach § 45c SGB XI

Deutlich wird, dass der Fokus der zusätzlichen Betreuungsleistungen im häuslichen Umfeld nicht nur auf ergänzenden Leistungen für den Pflegebedürftigen oder Leistungsberechtigten liegt, sondern auch gezielt Angebote der Entlastung für Angehörige und Pflegepersonen gegeben werden. Die folgenden Zahlen geben einen Einblick in die Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen. Nach der Pflegestatistik erhielten im Jahr 2013 21.000 Pflegebedürftige Kurzzeitpflege; 57.000 Tagespflege und 43 Nachtpflege (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2015). Die Entlastungsangebote werden von Angehörigen oder Pflegepersonen genutzt, besonders die Tagespflege wird als Betreuungsangebot häufig in Anspruch genommen.

In einer Befragung von 2011 unter Barmer GEK-Versicherten, die Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI hatten, wurden folgende Ergebnisse ermittelt: Grundlegend werden die vorhandenen Angebote von den Befragten als positiv und entlastend für betroffene Personen und deren Angehörige bewertet. Zum Zeitpunkt der Befragung bestand aber noch ein großes Informationsdefizit, denn nur 46 % der Befragten war ihre Anspruchsberechtigung bewusst. Dieser Problematik sollte mit gezielten Beratungsangeboten der Pflegedienste, Beratungsstellen und auch der Kranken- und Pflegekassen entgegengewirkt werden (Siverina, 2012).

Ergänzend zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45c SGB XI gibt es noch die niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI. Die Anerkennung entsprechender Angebote erfolgt von der im jeweiligen Bundesland zuständigen Stelle (SGB XI).

Zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zählen folgende Leistungen:

- Betreuungsgruppen für Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf,
- Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen im häuslichen Bereich,

- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung,
- Familienentlastenden Dienste.

Zu den Anforderungen und Standard der niedrigschwelligen Betreuungsangebote siehe Kapitel „Gibt es Mindeststandards?“.

Aus der Sicht der pflegenden Angehörigen ist bei der Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungsleistungen besonders die inhaltliche Gestaltung der Angebote von großer Bedeutung. Daneben spielen zudem der Umgang und das allgemeine Wohlergehen des von Demenz betroffenen Pflegebedürftigen eine entscheidende Rolle (Hochgraeber, Dortmann, Bartholomeyczik, & Holle, 2014).

Berechtigter Personenkreis ambulanter Leistungen

Nach den aktuellen Zahlen der Pflegestatistik gab es im Berichtsjahr 2013 insgesamt 2,6 Millionen Pflegebedürftige, dabei werden 1,86 Millionen (71 %) zu Hause versorgt. Der Großteil wird dabei von Angehörigen versorgt (1,245 Millionen), nur ein kleinerer Anteil nimmt ambulante Pflegedienste in Anspruch (615.846). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz liegt bei den von Angehörigen versorgten bei 23,7 %, bei von ambulanten Pflegediensten versorgten bei 27,8 %. Erstmalig wurde in der Pflegestatistik 2013 auch die Anzahl von Personen ohne Pflegestufe, aber mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgewiesen. Demnach haben 65.638 Personen, die von Angehörigen gepflegt werden und 31.519 Personen, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden dieses Kriterium erfüllt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2015).

Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung binden 80 % des Personals, die häusliche Betreuung hingegen nur 3,3 %. Dabei wird diese Dienstleistung von allen im Bereich der ambulanten Pflege beschäftigten Berufsgruppen erbracht. Für eine Übersicht der beteiligten Berufsgruppen im Tätigkeitsbereich häusliche Betreuung siehe Tabelle 11.1. Summiert man die Anteile der Pflegefachkräfte (AltenpflegerIn, Gesundheits- und KrankenpflegerIn und Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn), werden 17,7 % der häuslichen Betreuung von Fachkräften erbracht. Laut Pflegestatistik 2013 gibt es in diesem Tätigkeitsbereiche insgesamt ca. 5.576 Vollzeitäquivalente (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2015).

DARSTELLUNG DES KENNZEICHENS „BETREUUNGSLEISTUNGEN“

Personal nach Berufsabschluss am 15.12.2013	überwiegenden Tätigkeitsbereich häusliche Betreuung	
	Anzahl	Anteil
Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	752	7,2 %
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	367	3,5 %
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	948	9,0 %
Krankenpflegehelfer/-in	392	3,7 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	156	1,5 %
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/-in	83	0,8 %
Heilerziehungspflegehelfer/-in	26	0,2 %
Heilpädagogin, Heilpädagoge	9	0,1 %
Ergotherapeut/-in	102	1,0 %
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	19	0,2 %
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	142	1,4 %
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	131	1,3 %
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	59	0,6 %
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	10	0,1 %
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	20	0,2 %
Sonstiger pflegerischer Beruf	1.930	18,4 %
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	59	0,6 %
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	237	2,3 %
Sonstiger Berufsabschluss	4.063	38,8 %
Ohne Berufsabschluss	884	8,4 %
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	88	0,8 %
GESAMT	10.477	100 %

Tabelle 11.1: Personal im Tätigkeitsbereich häusliche Betreuung nach Berufsabschluss (Daten aus Pflegestatistik 2013 - eigene Darstellung)

Betreuungsleistungen in der stationären Versorgung

Durch das Pflegestärkungsgesetz (PSG I) können seit Januar 2015 alle Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen Betreuungsangebote in Anspruch nehmen. Dafür wurde der Betreuungsschlüssel für § 87b-Kräfte auf 1:20 angehoben, auf dieser Grundlage können die Einrichtungen neue Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen treffen. Bei der Planung neuer und regelmäßiger Betreuungsangebote müssen jetzt neben demenzten Bewoh-

nern mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch orientierten Bewohnern mit körperlichen Beschwerden Angebote gemacht werden. Dabei steht eine gezielte Differenzierung und Ausweitung der vorhandenen Angebote auf neue Zielgruppen, z. B. Bewohner mit Geh- oder Sehbehinderung, Suchterkrankungen oder junge Pflegebedürftige im Vordergrund. Auch die Zusammensetzung von vorhandenen Gruppenangeboten sollte in diesem Zusammenhang überprüft und gegebenenfalls neu organisiert werden. Die Betreuungsangebote sind in den Versorgungsprozess zu integrieren und für die Abrechnung des Vergütungszuschlages in die Erbringung zu dokumentieren (Jurgschat-Geer, 2015a).

Die Zielsetzung der Betreuungsangebote wird vom GKV-Spitzenverband wie folgt formuliert:

„Die Betreuungskräfte sollen den Anspruchsberechtigten für Gespräche über Alltägliches und ihre Sorgen zur Verfügung stehen, ihnen durch ihre Anwesenheit Ängste nehmen sowie Sicherheit und Orientierung vermitteln. Betreuungs- und Aktivierungsangebote sollen sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten der Anspruchsberechtigten unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Biographie, ggf. einschließlich ihres Migrationshintergrundes, dem Geschlecht sowie dem jeweiligen situativen Kontext orientieren“ (GKV-Spitzenverband, 2014).

Zudem spielen Pflegefachkräfte und Betreuungskräfte eine entscheidende Rolle für die Bewohner nach einem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Sie geben den neuen BewohnerInnen in der Eingewöhnungsphase Sicherheit in der neuen Umgebung, stellen den regelmäßigen menschlichen und sozialen Kontakt sicher und sind Ansprechpartner bei Problemen (Ellis & Rawson, 2015).

Die Anforderungen an das Personal sind in der Betreuungskräfte-Richtlinie für stationäre Pflegeeinrichtungen festgelegt. Zielsetzung der Richtlinie ist, die Aufgaben und Qualifikationen von zusätzlich in stationären Pflegeeinrichtungen einzusetzenden Betreuungskräften im Rahmen des § 87b SGB XI zu regeln. In enger Kooperation und fachlicher Absprache soll mit den Pflegekräften die Betreuungs- und Lebensqualität von Anspruchsberechtigten in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden. Durch mehr Zuwendung, zusätzliche Betreuung und Aktivierung soll den BewohnerInnen eine höhere Wertschätzung entgegen gebracht, mehr Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Als Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen kommen Maßnahmen und Tätigkeiten in Betracht, die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können (SGB XI; GKV-Spitzenverband, 2014).

Folgende Aktivitäten sollen dabei von den Betreuungskräften betreut und begleitet werden:

„Malen und basteln, handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten, Haustiere füttern und pflegen, Kochen und backen, Anfertigung von Erinnerungsalben oder -ordnern, Musik hören, musizieren, singen, Brett- und Kartenspiele, Spaziergänge und Ausflüge, Bewegungsübungen und Tanzen in der Gruppe, Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen Gottesdiensten, und Friedhöfen, Lesen und Vorlesen, Fotoalben anschauen“ (GKV-Spitzenverband, 2014).

Eine Evaluation der Betreuungskräfte-Richtlinie durch das IGES Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes sollte folgende Themenbereiche beleuchten:

- Hintergrund und Qualifikation der Betreuungskräfte
- Aufgabenspektrum der Betreuungskräfte

- Beurteilung der Qualifizierungsmaßnahme
- Zufriedenheit aus Sicht der Betreuungskräfte, der Pflegeeinrichtung und der Bewohner

Die Evaluation kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Betreuungskräfte übernehmen alle in der Richtlinie formulierten Betreuungstätigkeiten in zufriedenstellendem Maße. Darüber hinaus setzten sie auch Methoden wie die Zehn-Minuten-Aktivierung, Gedächtnistraining oder Basale Stimulation um.

Betreuungskräfte werden regelmäßig in die Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingebunden und übernehmen auch andere pflegerische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Hierbei kommt es zu einer Überschneidung mit Tätigkeiten aus der Grundpflege, jedoch wird die Abgrenzung von pflegerischen und betreuenden Aufgaben durch die Pflege- und Betreuungskräfte anerkannt. Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen wird durch beide Seiten positiv bewertet.

Die grundlegenden Anforderungen an die persönliche Eignung, die in der Richtlinie formuliert ist, werden durch die Wohnbereichsleitungen (WBL) bestätigt. Eine entscheidende Rolle aus Sicht der WBL stellt die soziale Kompetenz der Betreuungskräfte im Umgang mit den Bewohnern, sowie die Bewältigung der psychischen Arbeitsanforderungen dar. Das Orientierungspraktikum wird grundlegend als praktikables Instrument zur Identifikation von geeigneten Personen betrachtet, jedoch wird sich für eine Verlängerung des Praktikums zur besseren Auswahl ausgesprochen. Defizite im Bereich der Qualifizierungsmaßnahme werden sowohl von den Wohnbereichsleitungen wie auch von den Betreuungskräften in der praktischen Grundlage und der Länge des Betreuungspraktikums gesehen (GKV-Spitzenverband, 2012).

Der 4. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes (MDS) kommt im Bereich der Prüfung der sozialen Betreuung zu folgendem Urteil: Die soziale Betreuung für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen oder kognitiven Einschränkungen haben sich gegenüber dem letzten Pflege-Qualitätsbericht deutlich verbessert. Für Bewohner mit vollständiger Immobilität stieg der Anteil der geplanten Angebote zur Tagesstrukturierung von 69,3 % auf 93,1 % im Jahr 2013 (Frage 10.5b). Auch für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen stieg der Anteil geplanter Angebote von 78,1 % auf 94,4 % im Jahr 2013 (Frage 10.5c). Das heißt an mindestens 6 Tagen in der Woche waren entsprechende Betreuungsangebote geplant. Aus den Ergebnissen des MDS lässt sich aber nicht ableiten, dass auch jede/r betroffene BewohnerIn ein entsprechendes Betreuungsangebot wahrgenommen hat. Jedoch haben sich die Bereitstellung und das Angebot an Leistungen gegenüber der letzten Überprüfung grundsätzlich erhöht (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), 2014).

In einer Studie von Rexhausen (2012) wurden psychische und kognitive Effekte der Betreuung dementer BewohnerInnen durch Alltagshelfer nach § 87b SGB XI nachgewiesen (SGB XI). Die Studie wurde in einem Kontrollgruppendesign über mehrere Messzeitpunkte durchgeführt. Zur Messung der emotionalen Situation der BewohnerInnen wurde die Kurzversion der Geriatric Depression Scale (GDS) und zur Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Mini-Mental-Status-Test (MMST) verwendet. Dabei konnte sowohl eine positive Auswirkung der Alltagsbegleitung durch 87b-Kräfte auf die emotionale Befindlichkeit, wie

auch auf die kognitive Leistungsfähigkeit zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe nachgewiesen werden. Zudem stellen die AlltagsbegleiterInnen auch einen Entlastungsfaktor für das übrige Einrichtungspersonal dar, wenn eine enge Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen besteht. Der Autor merkt an, dass in diesem Bereich noch größere Forschungsanstrengungen unternommen werden müssen, um die Wirkung von sozialer Betreuung und Alltagbegleitung weiter zu belegen (Rexhausen, 2012).

Neben den Entlastungen, die Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI für pflegebedürftige Personen erbringen, steht diese Berufsgruppe gleichzeitig selber unter hohen Belastungen (SGB XI). In einer Studie von Kwiatkowski wurden 30 Betreuungskräfte mit dem „Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)“ über sechs Monate nach Tätigkeitsbeginn befragt. Zum Vergleich der Belastung wurden auch 30 Pflegefachkräfte befragt. Die psychosozialen Belastungssituationen werden durch die §-87b-Kräfte deutlich schlechter bewertet als durch die Pflegekräfte. Mögliche Erklärungen liegen im Bereich der unterschiedlichen Qualifikation der beiden Gruppen, zudem arbeiten Betreuungskräfte fast ausschließlich mit BewohnerInnen, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, was an sich eine Belastung darstellt. Im zeitlichen Verlauf kam es zu einer signifikanten Veränderung folgender Items: Entwicklungsmöglichkeiten, Einfluss, soziale Unterstützung, Feedback und soziale Beziehung (Kwiatkowski, 2011).

Berechtigter Personenkreis stationärer Leistungen

Nach den Zahlen der Pflegestatistik wurden im Berichtsjahr 2013 746.431 (29 %) der Menschen mit Pflegebedarf in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz liegt bei 59,1 %. Erstmalig wurde in der Pflegestatistik auch die Anzahl von Personen ohne Pflegestufe, aber mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgewiesen, demnach haben 11.583 Personen in vollstationärer Versorgung dieses Kriterium erfüllt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2015).

Der Arbeitsschwerpunkt Pflege und Betreuung bindet 66 % des Personals, im Tätigkeitsbereich soziale Betreuung waren 4,2 % und in der zusätzliche Betreuung nach § 87b 4,1 % beschäftigt. In beiden Betreuungsbereichen werden alle in den Einrichtungen beschäftigten Berufsgruppen eingesetzt, bei der § 87b Betreuung fällt auf, dass 14.874 Personen (53 %) einen „sonstigen pflegerischen Beruf“ abgeschlossen haben. Dahinter verbergen sich zum Großteil die §-87b-Betreuungskräfte. Der summierte Anteil der Fachkräfte (AltenpflegerIn, Gesundheits- und KrankenpflegerInn und Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn), die im Bereich der Betreuung eingesetzt werden, liegt mit 10,2 % in der sozialen Betreuung und mit 4,3 % in der zusätzlichen Betreuung (§ 87b SGB XI) niedriger als in der ambulanten Versorgung. Auffällig ist der erhöhte Einsatz von ErgotherapeutInnen (18,3 %) und SozialpädagogInnen (15,3 %) im Bereich der sozialen Betreuung. Laut Pflegestatistik 2013 gibt es im Bereich soziale Betreuung 19.658 und im Bereich der zusätzliche Betreuung 18.082 Vollzeitäquivalente (SGB XI).

DARSTELLUNG DES KENNZEICHENS „BETREUUNGSLEISTUNGEN“

Personal nach Berufsabschluss am 15.12.2013	Überwiegender Tätigkeitsbereich soziale Betreuung		überwiegender Tätigkeitsbereich zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	1.967	6,9 %	801	2,9 %
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	454	1,6 %	526	1,9 %
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	869	3,0 %	353	1,3 %
Krankenpflegehelfer/-in	211	0,7 %	195	0,7 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	98	0,3 %	57	0,2 %
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/-in	490	1,7 %	119	0,4 %
Heilerziehungspflegehelfer/-in	51	0,2 %	38	0,1 %
Heilpädagogin, Heilpädagoge	178	0,6 %	21	0,1 %
Ergotherapeut/-in	5.261	18,3 %	802	2,9 %
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	343	1,2 %	44	0,2 %
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	477	1,7 %	219	0,8 %
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	4.379	15,3 %	332	1,2 %
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	105	0,4 %	57	0,2 %
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	10	0,0 %	12	0,0 %
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	218	0,8 %	34	0,1 %
Sonstiger pflegerischer Beruf	2.829	9,9 %	14.874	53,4 %
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	33	0,1 %	33	0,1 %
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	271	0,9 %	229	0,8 %
Sonstiger Berufsabschluss	7.425	25,9 %	7.440	26,7 %
Ohne Berufsabschluss	2.871	10,0 %	1.611	5,8 %
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	170	0,6 %	67	0,2 %
GESAMT	28.710	100 %	27.864	100 %

Tabelle 11.2: Personal im Tätigkeitsbereich soziale Betreuung und zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI) nach Berufsabschluss (SGB XI; Daten aus Pflegestatistik 2013 - eigene Darstellung)

Unabhängig vom Setting, in dem Betreuung erbracht wird, ist eine Angebotsbeschreibung zur Sicherung der Qualität der Angebote unverzichtbar. Darin sollte die Bezeichnung des Angebotes und das Ziel bzw. die Zielgruppe der Betreuung enthalten sein. Zudem sollten Angaben zur Form (Gruppen- oder Einzelbetreuung), zum Ort, zur Dauer und Häufigkeit des Angebotes nicht fehlen. Zur Beschreibung gehört weiterhin, benötigte Materialien ebenso zu benennen wie eine evtl. erforderliche Vorbereitung, die Art und Weise der Durchführung des Angebotes, die Beschreibung der Nachbereitung und seine Dokumentation und Evaluation

sowohl aus Sicht der Menschen mit Pflegebedarf und des Angebotes selbst. Entscheidend für die Angebotsgestaltung ist der tatsächlich vorhandene Betreuungsbedarf der unterschiedlichen Zielgruppen (Jurgschat-Geer, 2015b).

Die Angebote der Betreuung können in die bekannten Qualitätsbereiche Struktur, Prozess und Ergebnis unterteilt werden. Folgende Kriterien zur Qualitätssicherung sind dabei allgemein zu beachten:

„Strukturqualität

- Wissen und Können der Betreuungskräfte
- Bedarfsgerechte Verfügbarkeit der Betreuungskräfte
- Bedarfsgerechte Räumlichkeiten und Materialien zur Information und Durchführung von Angeboten
- Regelungen zur Durchführung und Koordination der Leistungen

Prozessqualität

- Bedarf und Interessen des Bewohners beziehungsweise der Bewohner erfassen
- über Angebote informieren
- Teilnahmen und Angebote planen, koordinieren und durchführen
- Angebote evaluieren

Ergebnisqualität

- die Betreuung erfolgt bedarfsgerecht und wirtschaftlich
- finanzielle, personelle und ergebnisbezogene Kennzahlen oder Indikatoren“ (Jurgschat-Geer, 2015b)

11.4 Rechtliche Aspekte

Voraussetzungen für Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich:

Nach § 45a SGB XI sind Pflegebedürftige der Pflegestufen 1 bis 3 und Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die keine Pflegestufe 1 erreichen, aber bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde berechtigt, zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Die Höhe der zu beziehenden Sachleistungen ergibt sich aus dem Grad der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz (SGB XI).

Zur Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz wird folgendes Begutachtungsverfahren verwendet, es besteht aus einem Screening und einem Assessment:

Im Screening werden die Bereiche "Orientierung", "Antrieb/Beschäftigung", "Stimmung", "Gedächtnis", "Tag-/Nachtrhythmus", "Wahrnehmung und Denken", Kommunikation/Sprache", "Situatives Anpassen" und "Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen" durch den Prüfer mit „auffällig“ oder „unauffällig“ bewertet. Ein Assessment wird nur durchgeführt, wenn das Screening positiv ist. Dazu muss mindestens eine Auffälligkeit in einem der oben genannten Bereiche vorliegen, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geis-

tige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und daraus ein regelmäßiger und dauerhafter Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf entsteht. Das Assessment besteht aus 13 Fragen, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennen der Situation
5. Im Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn die Pflegebedürftigen für mindestens 6 Monate in wenigstens 2 Kriterien, davon mindestens einem aus den Bereichen 1 bis 9, regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen haben. Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn zusätzlich mindestens einmal eine Einschränkung aus den Punkten 1,2,3,4,5,9 oder 11 festgestellt werden kann. Hierbei wird nicht die Erkrankung, sondern der tatsächliche Hilfebedarf berücksichtigt (GKV-Spitzenverband, 2010).

Die Erstattungshöhe der Beiträge richtet sich je nach der Einstufung in die Bereiche erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder in erhöhtem Maß eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Folgende Leistungen des Versicherten werden durch die Beiträge nach § 45b SGB XI bei Inanspruchnahme abgedeckt:

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. zugelassene Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder

4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

Zu den Anforderungen und Standards der niedrigschwelligen Betreuungsangebote siehe Kapitel „Gibt es Mindestanforderungen?“.

Weiterhin gelten im ambulanten Bereich bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes durch das PSG II ab 2017 noch die zwei Übergangsregelungen, die in § 123 SGB XI und § 124 SGB XI festgelegt sind. Diese dienen zur Verbesserung der Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und der Betreuung im häuslichen Umfeld. Die Leistungen bestehen aus Pflegegeld nach § 37 SGB XI, Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder aus Kombinationsleistungen der beiden vorher genannten nach § 38 SGB XI. Entgegen der Regelung im stationären Bereich mit spezialisierten Betreuungskräften, werden die Leistungen der häuslichen Betreuung, neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung, als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht (SGB XI).

Betreuungsleistungen im stationären Bereich

Seit dem 01.01.2015 gelten die Regelungen des § 87b SGB XI nicht mehr nur für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, sondern für alle in der Einrichtung lebenden BewohnerInnen. Dazu können die Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen über Vergütungszuschläge mit den Kranken- und Pflegekassen verhandeln. Diese setzen voraus, dass

1. die anspruchsberechtigten Personen über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der anspruchsberechtigten Personen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jede anspruchsberechtigte Person der zwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für anspruchsberechtigte Personen nicht erbracht wird.

11.5 Gibt es Mindeststandards?

Für den ambulanten Bereich der zusätzlichen Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) und die stationären Betreuungsleistungen (§ 87b SGB XI) liegen neben den rechtlichen Vorgaben keine inhaltlichen Mindeststandards vor (SGB XI). Die Ausgestaltung dieser Leistungen obliegt den Trägern der ambulanten und stationären Versorgung und wird in den jeweiligen Pflege- und Kostensatzverhandlungen individuell mit den Kranken- und Pflegekassen ausgeführt.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI

Die Ausgestaltung von Standards im Bereich der niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI werden von den Ländern spezifiziert (SGB XI). Dabei ist es den Ländern selbst überlassen, ob sie ehrenamtliche oder professionelle, gewerbliche Betreuungsangebote oder einen Mix aus beiden Formen anerkennen und fördern. Diese Entscheidung hängt auch von der jeweiligen länderspezifischen Gesundheitspolitik ab (Nordmann, 2015). Als Beispiel werden die in Berlin formulierten Anforderungen genannt:

Mindeststandards für nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote gem. § 45c SGB XI vom 01.08.2011 (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, 2011b):

- Allgemeine formale Voraussetzungen
 - Konzept, Curriculum, Haftpflichtversicherung, Vereins- oder Handelsregisterauszug bzw. Gewerbeanmeldung etc., Satzung bzw. Gesellschaftervertrag
- Leistungsstandards
 - Regelmäßige Betreuung, Betreuungsschlüssel (Verhältnis Betreuer zu ehrenamtlichen Betreuer von 2:1) , Betreuungskapazität (mindestens 2 bis maximal 10 Betreute), -stunden, Betreute Personen, Sicherung Beaufsichtigung
- Sächliche Ausstattungsstandards
 - Räume, Technik
- Personelle Standards
 - Koordinierende Person/en, Wochenarbeitszeit Fachkraft/-team, Ehrenamtliche
- Standards zum Umgang mit Ehrenamtlichen, Organisation und Dokumentation
 - Einführungsgespräch, Vereinbarung, Erstkontakt, Ansprechbarkeit, Planung, Teamrunden, Schulung und Fortbildung, Vermittlung, Dokumentation
- Dokumentation, Information und Berichtslegung zur Projektarbeit
 - Berichtspflichten, Projektdarstellung, Fachgespräche und Prüfungen

Geforderte Standards zur Anerkennung eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes beispielhaft aus der Pflege-Betreuungs-Verordnung (PBetreuVO) für das Land Berlin: (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, 2011a):

Voraussetzung für die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote ist, dass

1. sie der Schaffung von Betreuungsangeboten und Kontaktmöglichkeiten, insbesondere für pflegebedürftige Menschen mit Demenz, sowie von Möglichkeiten zur Entlastung pflegender Personen dienen,
2. das Betreuungsangebot auf Dauer angelegt ist und die Betreuung regelmäßig und verlässlich angeboten wird,
3. als Bestandteil des Antrages ein Konzept einschließlich Curriculum vorgelegt wird, das den Anforderungen des § 45c Absatz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entspricht,

4. die kontinuierliche fachliche Anleitung, Begleitung und Unterstützung der HelferInnen durch geeignete Fachkräfte mit einer mindestens zwei-jährigen abgeschlossenen Berufsausbildung in der Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflege oder Sozialpädagogik und -arbeit oder durch sonstige Fachkräfte, die aufgrund eines gleichwertigen Abschlusses und ihrer Fähigkeiten und Erfahrungen entsprechende Tätigkeiten ausüben, sichergestellt ist,
5. eine Schulung und Fortbildung der Betreuungskräfte für das jeweilige Betreuungsangebot erfolgt,
6. ein ausreichender Versicherungsschutz (Haftpflichtversicherung) für Schäden nachgewiesen wird, die die ehrenamtlichen HelferInnen bei ihrer Arbeit verursachen,
7. bei Gruppenbetreuung geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen,
8. der Antragsteller sich verpflichtet, jährlich einen Kurzbericht über sein Betreuungsangebot in der von der zuständigen Stelle vorgegebenen Form bis zum 31. März eines Jahres – erstmals in dem nach der Anerkennung folgenden Jahr – vorzulegen, sich mit dessen Veröffentlichung einverstanden erklärt sowie der Veröffentlichung der Höhe des Betreuungsbetrages für seine angebotenen Leistungen in der Liste der Betreuungsangebote zustimmt.

11.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Stationäre Betreuungsleistungen

In der Anlage 2 zur „Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.06.2013“ sind für den Qualitätsbereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ folgende Kriterien festgelegt (SGB XI):

- Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?
- Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?
- Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?
- Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?
- Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?
- Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?
- Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?
- Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?

- Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

Diese Kriterien können als Mindestanforderung im Rahmen der Qualitätsprüfung angesehen werden.

Weitere Mindestanforderungen sind aktuell nicht beschrieben.

11.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Für die Qualitätsmessung kommen alle drei Qualitätsdimensionen in Betracht:

Strukturqualität

- Wissen und Können der Betreuungskräfte
- Bedarfsgerechte Verfügbarkeit der Betreuungskräfte
- Bedarfsgerechte Räumlichkeiten und Materialien zur Information und Durchführung von Angeboten
- Regelungen zur Durchführung und Koordination der Leistungen

Prozessqualität

- Bedarf und Interessen der BewohnerInnen erfassen
- über Angebote informieren
- Teilnahmen und Angebote planen, koordinieren und durchführen
- Angebote evaluieren

Ergebnisqualität

- die Betreuung erfolgt bedarfsgerecht und wirtschaftlich

Bei der Qualitätsmessung muss die Subjektivität der Bewertung der in Anspruch genommenen Betreuungsleistungen durch die Betroffenen BewohnerInnen oder PatientenInnen berücksichtigt werden. Die sehr kleine Stichprobe an BewohnerInnen oder PatientenInnen, die in die Qualitätsprüfung (PTVS und PTVA) einbezogen werden, erlauben keinen Rückschluss auf Qualität der Betreuungsleistungen insgesamt.

11.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Betreuungsleistungen stehen in Beziehung mit den Kennzeichen:

Dokumentation, Evaluation, Unterstützung kognitiver Interventionen, Unterstützung Tagesstrukturierung, Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Menschenwürde, Wertschätzung, Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen.

11.9 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (11.th ed.). Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Das erste Pflegestärkungsgesetz*. Retrieved February 09, 2016, from <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>.
- Bundesverband häuslicher Seniorenbetreuung e. V. (BHSB) (2016). *Definition Betreuung*. Retrieved February 09, 2016, from <http://www.bhsb.de/branche/definition-betreuung.html>.
- Ellis, J. M., & Rawson, H. (2015). Nurses' and personal care assistants' role in improving the relocation of older people into nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 24(13-14), 2005–2013.
- GKV-Spitzenverband (2010). Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarf: PEA-RL.
- GKV-Spitzenverband (2012). *Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen: Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. Band 9.
- GKV-Spitzenverband (2014). Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen: Betreuungskräfte-RI.
- Hochgraeber, I., Dortmann, O., Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2014). Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz aus Sicht pflegender Angehöriger. *Pflege*, 27(1), 7–18.
- Jurgschat-Geer, H. (2015a). Soziale Betreuung neu organisieren. *Altenpflege Aktivieren, Hannover*, 1(01).
- Jurgschat-Geer, H. (2015b). Erfüllen, was der Bewohner erwartet. *Altenpflege Aktivieren, Hannover*, 1(5), 24–27.
- Kwiatkowski, B. (2011). Belastungssituation bei Betreuungskräften gemäß § 87b SGB XI in der stationären Altenpflege: Eine Pilotstudie mit Verlaufsmessung über sechs Monate. *Pflege Zeitschrift*, 64(5).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2014). *4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach §114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. Essen.
- Nordmann, H. (2015). Flexibler Pflegemix: Betreuungs- und Entlastungsdienste: Herausforderungen für die Praxis nach dem ersten Schritt des Pflegestärkungsgesetzes. *Pro Alter: Selbstbestimmt älter werden; das Fachmagazin für Lebensqualität*, 47(1), 12–17.
- Rexhausen, E.-M. (2012). Betreuung dementer Bewohner durch Alltagshelfer nach § 87b SGB XI: Psychische und kognitive Effekte. *Pflege Zeitschrift*, 65(7).
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2011a). Mindeststandards für nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote gem. § 45c SGB XI.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2011b). Verordnung zur Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach §§ 45b und 45c des SGB XI sowie zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe nach § 45 SGB XI: PBetreuVO.
- Siverina (2012). Zahlen: Entwicklung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI. *Pro Alter*, 44(1), 68. Retrieved February 10, 2016, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2012/ZBMED-201215123148-12.pdf>.

SGB XI (December 21, 2015). Retrieved February 12, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015). *Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.

12 Erläuterungen zum Kennzeichen „Kultursensibilität, religiöse Bedürfnisse, Gleichgeschlechtlichkeit“

12.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie sind diese Begriffe zu definieren?
- Inwieweit beeinflussen Kultursensibilität/religiöse Bedürfnisse/Gleichgeschlechtlichkeit die pflegerische Versorgung?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen diesen Begriffen und der Qualität der Pflege?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

12.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Kultur, Religion und Geschlecht gehören zu den Merkmalen, die eine Person definieren. Das Leben so zu gestalten, dass es diesen zentralen Aspekten gemäß ist, gehört zu den individuellen Grundrechten. Dieses Recht steht auch Menschen mit Pflegebedarf zu. Die Berufsethik der professionell Pflegenden greift dieses Prinzip auf:

„Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt“ (ICN - International Council of Nurses, 2012).

Kultursensibel handeln, bedeutet, kulturelle Unterschiede beachten. Das Wissen um unterschiedliche kulturelle Präferenzen darf jedoch nicht dazu führen, dass die jeweilige Individualität übergangen wird (Hellige & Michaelis, 2005). Die Beachtung religiöser und spiritueller Bedürfnisse kann zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beitragen. Diese individuell sehr heterogenen Bedürfnisse zu erfassen gelingt dann am besten, wenn die Pflegeperson ihrerseits eine Offenheit für diese Fragen hat (Biro, 2012). Offenheit und Kompetenz im Umgang mit vielfältigen Lebensformen und Werthaltungen kann und muss gelernt werden (Mager & Grossman, 2013).

Doch Vielfalt findet sich nicht nur auf der Seite der Menschen mit Pflegebedarf, sondern auch bei den im Gesundheits- und Pflegewesen Tätigen. Es bedarf gezielter Strategien, um das damit verbundene Potenzial zu sichern (Charta der Vielfalt e. V., 2011).

12.3 Stand der Literatur

Es gehört zu den Grundprinzipien professioneller Pflege, ihre Leistungen allen Menschen unabhängig von etwaigen Besonderheiten zukommen zu lassen. Der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) führt dazu aus:

„Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt“ (ICN - International Council of Nurses, 2012).

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen betont den Gedanken der Freiheit und Selbstbestimmung und legt im Artikel 7 fest: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014).

Eine Kultur kann verstanden werden als „Gemeinschaft mit spezifischen Denk- und Handlungsweisen“ (Hellige & Michaelis, 2005). Im Hinblick auf ein Individuum entspricht die Kultur der Gesamtheit der überlieferten Traditionen und Überzeugungen einer Person. Da diese Überzeugungen recht stabil sind, können sie sich auch in der Pflege bemerkbar machen. Seitens der Pflegebedürftigen können sich kulturelle Überzeugungen beispielsweise auf die Akzeptanz pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen oder vorgegebener Tagesstrukturen auswirken (Glazner 2006, Nordby 2007, Warren 2013). Ebenso ist es denkbar, dass in der Pflege eingesetzte Diagnoseverfahren auf Kulturtechniken aufbauen, die nicht universell verfügbar sind. Ein Beispiel dafür, wie solche Schwachstellen im Pflegekonzept kompensiert werden können, findet sich bei Balikci; die Autorin beschreibt ein Verfahren zur Demenzdiagnose, „bei dem überwiegend auf sprachliche Komponenten verzichtet wird und das vor allem mit Bildern arbeitet“ (Balikci, 2011).

Kulturen werden oftmals anhand spezifischer Merkmale wie Verhaltens-, Kleidungs- oder Essgewohnheiten beschrieben. Es besteht die Gefahr, dass Individuen, die einer bestimmten Kultur angehören, in stereotypisierender Weise auf diese Merkmale reduziert werden. Demgegenüber können interindividuelle Unterschiede innerhalb einer Kultur größer sein, als die Unterschiede zwischen den Angehörigen von zwei Kulturen. Hellige et al. propagieren unter Bezug zu Dornheim einen Kulturbegriff in der Pflege, der sich aus zwei Merkmalen zusammensetzt: der Lebenspraxis und den Sinnwelten. So interpretiert sind kulturelle Merkmale primär unbestimmt und müssen erkundet werden. Eine kultursensible Pflege muss unter diesem Verständnis kulturspezifische Deutungs- und Wertmuster erkunden und gemeinsam mit dem Menschen mit Pflegebedarf „fallspezifische und situationsangemessene Lösungen“ (Hellige & Michaelis, 2005) entwickeln.

Letztlich, und über die Herausforderungen hinaus, die sich aus der Diversität der Klienten ergeben, sind zwischenmenschliche Beziehungen davon geprägt, welche Haltungen der Kultur des Interaktionspartners gegenüber herrschen (Buchinger 2012).

Ähnlich wie die kulturellen Hintergründe der Menschen mit Pflegebedarf beeinflussen religiöse und spirituelle Bedürfnisse den Pflegeprozess. Dabei ist die Unterscheidung zwischen Religion und Spiritualität schwierig. Allgemein lässt sich wohl sagen, dass aktuell Religion eher innerhalb und Spiritualität eher außerhalb der verfassten Kirchen gesucht wird. Städler-Mach kommt zu dem Schluss, „dass sowohl unter Spiritualität wie auch Religiösität eine große Vielfalt von Haltungen, Glaubensinhalten und Empfindungen verstanden wird“ (Städler-Mach, 2009).

Religiöse Bekenntnisse bringen beispielsweise Ernährungsvorschriften mit sich, die ein Pflegebedürftiger, auch wenn er seine Nahrung nicht mehr selbst zubereitet, beachten möchte.

Ebenso ist den meisten Religionen gemein, dass es bestimmte Gebetszeiten zu beachten gibt oder dass ein bestimmter Umgang mit dem Sterben gepflegt wird. Entscheidend für die Qualität der Pflege ist dabei das Bewusstsein, das beim Pflegepersonal über die Überzeugungen der Klienten herrscht, sowie seine Fähigkeit, religiöse Praxis sinnvoll zu unterstützen (Narayanasamy et al. 2004, Ross 2006).

Religiösität und Spiritualität sind Bestandteil gesundheitsbezogener Lebensqualität (Städler-Mach, 2009).

Auf der Grundlage eines systematischen Reviews kommt Biro zu dem Schluss, dass die Berücksichtigung spiritueller und emotionaler Bedürfnisse die Zufriedenheit der Menschen mit Pflegebedarf erhöht. Professionell Pflegende, die ihrerseits eine größere Sensibilität hinsichtlich ihrer eigenen Spiritualität haben, sind eher in der Lage, die spirituellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu erfassen und ihnen gerecht zu werden (Biro 2012).

Besonders Anbieter, die nicht konfessionell gebunden sind, müssen damit rechnen, Pflegebedürftigen mit einem breiten Spektrum religiöser Überzeugungen zu begegnen. Fehlendes Wissen über religiöse Praxis kann rasch in Ablehnung umschlagen. Hilfreich kann es sein, Informationsmaterial wie das der oberösterreichischen Landesverwaltung für die Unterstützung der professionell Tätigen im Gesundheits- und Pflegewesen einzusetzen (Richtlinien für die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, 2004).

Sexualität im Alter ist weiterhin ein tabuisiertes Thema. Erfüllte Sexualität im Pflegeheim ist kaum möglich oder erlaubt. Die Frage nach der sexuellen Orientierung als Teil der Pflegeanamnese wird in der Regel nicht gestellt. Gleichgeschlechtlichkeit bleibt damit verheimlicht, spielt aber zugleich eine Rolle, etwa als Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen oder ihnen und ihrer Umwelt. So leiden Personen mit nicht-heterosexueller Orientierung häufig darunter, dass sie das Gefühl haben, nicht offen über ihre Gefühle sprechen zu dürfen, insbesondere wenn sie bereits älter sind und negative Erfahrungen in einer Zeit gesammelt haben, in der gleichgeschlechtliche Beziehungen stärker als heute abgelehnt wurden. Diese Befürchtungen beeinflussen das Verhältnis zum Pflegepersonal, das so nur schwer als vertrauenswürdig wahrgenommen wird (Tate & Longo 2004, Røndahl 2009). Solche Schwierigkeiten beim Vertrauensaufbau wiederum beeinflussen alle Aspekte der Pflege, welche Selbstbestimmung und -entfaltung der Pflegebedürftigen als Qualitätskennzeichen berücksichtigen.

Übergreifend für alle drei der hier behandelten Bereiche von Diversity kann also der Informationsfluss zwischen den Menschen mit Pflegebedarf und Pflegenden sowie der Umgang mit den dadurch erlangten Informationen als kritisch für gute Pflege genannt werden. Dabei reicht es jedoch nicht aus, Informationen lediglich bereit zu halten; vielmehr muss auf aktive Wissensvermittlung gesetzt werden. Cioffi weist auf einen Weg hin, um subjektiv förderliches Umgehen mit solcherlei Unterschieden zwischen Pflegebedürftigen messbar zu machen.

„For nurses to implement quality care to the diverse health population they need to receive educational preparation that enables them to recognize and be sensitive to the determinants affecting health and to have a critical understanding of the diversity of factors that are responsible for health inequities“ (Cioffi, 2013).

Da der Umgang des Pflegepersonals mit unterschiedlichen Eigenschaften davon abhängt, welche kulturellen Überzeugungen sie selbst haben und welche Erfahrungen sie gemacht

und in Werturteile verwandelt haben, ist eine Sensibilitätsförderung durch Aus- und Weiterbildung nötig, um eventuelle ablehnende Vorurteile durch konstruktive Einstellungen zu ersetzen. Eine Studie bestätigt den Wert solcher Angebote insbesondere im Bereich Kultursensibilität, wobei in erster Linie das Verhalten der Pflegenden und die Klientenzufriedenheit positiv beeinflusst werden: „Some evidence seems to indicate that cultural-competence training affects patient satisfaction, but little evidence that it improves patient care“ (Chippis, Simpson & Brysiewicz 2008; Mager & Grossmann 2013).

Vor dem Hintergrund zunehmender Heterogenität bei den MitarbeiterInnen in Unternehmen wurde in 2011 eine Charta der Vielfalt formuliert. Diese ist einerseits als Selbstverpflichtung von Unternehmen, auch im Gesundheitswesen, zu verstehen, die Rechte der MitarbeiterInnen zu achten, andererseits Ausdruck der Überzeugung, dass die bestehende Vielfalt Vorteile für ein Unternehmen mit sich bringt.

„Alle Mitarbeiter sollen Wertschätzung erfahren – unabhängig von Geschlecht, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung und Identität. Die Anerkennung und Förderung dieser vielfältigen Potenziale schafft wirtschaftliche Vorteile für unsere Organisation“ (Charta der Vielfalt e. V., 2011).

Die Entwicklung der erforderlichen Organisationskultur bedarf der gezielten Unterstützung durch die Leitungsebene.

„Im Rahmen dieser Charta werden wir . . . eine Organisationskultur pflegen, die von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung jeder und des Einzelnen geprägt ist. Wir schaffen die Voraussetzungen dafür, dass Vorgesetzte wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Werte kennen, teilen und leben. Dabei kommt den Führungskräften bzw. Vorgesetzten eine besondere Verpflichtung zu“ (Charta der Vielfalt e. V., 2011).

12.4 Rechtliche Aspekte

In den ersten allgemeinen Vorschriften des SGB XI finden bereits alle drei Aspekte des Kennzeichens Erwähnung und haben hier grundsteinlegende Funktion für die Ausrichtung der Pflege mit Blick auf die Selbstbestimmung der Menschen mit Pflegebedarf.

Dort heißt es:

„In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.“ (SGB XI § 1 Abs. 5)

„Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden“ (SGB XI § 2 Abs. 2).

„Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können“ (SGB XI § 2 Abs. 3).

Dabei fällt auf, dass vom Begriff der Kultursensibilität keine (Rechts-)folgen abgeleitet werden.

Aus § 2 SGB XI hingegen, in welchem sich die Begriffe der Gleichgeschlechtlichkeit (bezogen auf das Verhältnis von professionell Pflegenden und Pflegebedürftigen) und der religiösen Bedürfnisse finden, lassen sich konkrete Schlüsse ziehen. Grundsätzlich besitzen die Pflegebedürftigen ein Wunsch- und Wahlrecht, welches in angemessener Weise geachtet werden muss. Damit sie dieses Recht wahrnehmen können, sind sie bei Bekanntwerden der Pflegebedürftigkeit hierüber zu informieren (§ 2 Abs. 4). Zu diesem Informationsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zählt beispielsweise auch die Auskunft darüber, ob verfügbare Leistungsträger konfessionell gebunden sind oder nicht. Darüber hinaus entsteht gegenüber der Versicherung kein weitergehender Rechtsanspruch. So ist für ihre Leistungsträger etwa eine Gewährleistung gleichgeschlechtlicher Pflege nicht verpflichtend, sofern diese mit unangemessenem Mehraufwand verbunden wäre.

Für alle drei Aspekte gilt jeweils, dass das rechtlich verankerte Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Pflegebedarf in erster Linie ihre Möglichkeit zur Selbstbestimmung im Pflegefall unterstützt. Die Pflegenden sind angehalten, die Wünsche und Bedürfnisse der VersicherungsnehmerInnen zu hören, zu berücksichtigen und jede unnötige Bevormundung zu vermeiden.

12.5 Gibt es Mindeststandards?

Derzeit gibt es über die Rechtsnormen hinaus keinen formal ausgestalteten Standard zu diesem Kennzeichen.

12.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Über die rechtlich verbindlichen Punkte hinaus (Informationspflicht der Pflegeversicherung) ergeben sich die Mindestanforderungen aus dem Ethikkodex des ICN und der Charta der Rechte pflege- und hilfsbedürftiger Menschen,

Als Prinzip gilt, dass Menschen mit Pflegebedarf jeden Menschen in gleicher respektvoller Weise pflegen, unabhängig von kultureller Zugehörigkeit, religiöser Verortung und sexueller Orientierung. Das Recht der Individuen auf kulturelle, religiöse und sexuelle Selbstbestimmung wird anerkannt.

Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) und der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) haben spezifische Empfehlungen für eine geschlechtersensible Pflege in Einrichtungen der stationären Altenhilfe herausgegeben. Gegenstand dieser Empfehlung ist insbesondere die Frage des Anspruches auf gleichgeschlechtliche Pflege. Befürwortet wird eine geschlechtersensible Pflege, die unter Beachtung der Beziehung zwischen der pflegenden und der gepflegten Person dem Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Pflege weit möglichst entsprechen wird (Diakonie Bundesverband, 2009).

12.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Da sich sowohl anhand der Rechts- als auch der Literaturlage die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen als von zentraler Bedeutung darstellt, sollte sich eine Qualitätsmessung darauf konzentrieren, inwiefern die Wünsche und Entscheidungen der KlientInnen gehört, berücksichtigt und unterstützt werden.

Mögliche Beurteilungskriterien können dabei sein:

- Wurden die Pflegebedürftigen auf ihr gesetzliches Wunsch-/Wahlrecht hingewiesen?
- Wurden verschiedene Leistungsangebote (z. B. Einrichtungen verschiedener konfessioneller Träger) unterbreitet?
- Wurde dem Bedürftigen nach Pflegebeginn Gelegenheit gegeben, Wünsche bezüglich sich ändernder Bedürfnisse zu äußern?
- Wurden alle an der Versorgung beteiligten Personengruppen über die geäußerten Wünsche und Entscheidungen informiert?
- Wurden die an der Versorgung beteiligten Personengruppen ausreichend geschult, um sich verändernden Bedürfnissen hinsichtlich Kultur/Sexualität qualifiziert begegnen zu können?

12.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Dieses Kennzeichen steht in Verbindung mit:

Selbstbestimmung, Privatsphäre/Intimsphäre, Wertschätzung, Menschenwürde, Pflegefachlichkeit.

12.9 Literaturverzeichnis

- Biro, A. L. (2012). Creating conditions for good nursing by attending to the spiritual. *Journal of nursing management*, 20(8), 1002–1011.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. (11. Auflage). Berlin.
- Charta der Vielfalt e. V. (2011). *Charta der Vielfalt*. Retrieved March 15, 2016, from <http://www.charta-der-vielfalt.de/charta-der-vielfalt/ueber-die-charta.html>.
- Cioffi, J. (2013). Being inclusive of diversity in nursing care: a discussion paper. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 20(4), 249–254.
- Diakonie Bundesverband (2009). *Stellungnahme: Empfehlung des Diakonischen Werkes der EKD und des DEVAP für eine geschlechtersensible Pflege in Einrichtungen der stationären Altenhilfe*.
- Hellige, B. & Michaelis, D. (2005). *Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung*.
- ICN - International Council of Nurses (2012). *ICN-Ethikkodex*. Retrieved January 28, 2016, from <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>. (Abruf 28.01.2016).

- Mager, D. R., & Grossman, S. (2013). Promoting nursing students' understanding and reflection on cultural awareness with older adults in home care. *Home healthcare nurse*, 31(10), 582-8; quiz 588-90.
- Städtler-Mach, B. (2009). Religiöse Bedürfnisse bei Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Ethik*, 2.
- Tate, F. B. & Longo, D. A. (2004). Homophobia: A challenge for psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(8), 26-33.
- Warren, B. (2013). How Culture Is Assessed in the DSM-5. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40-45.
- WHO (1948). World Health Organisation Constitution. World Health Organisation, Geneva.

13 Erläuterungen zum Kennzeichen „Förderung des Selbstvertrauens“

13.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie ist Selbstvertrauen in der Pflege definiert?
- Wie wirkt sich das Selbstvertrauen auf die Qualität/Ergebnisse der Pflege aus?
- Welche Maßnahmen zur Förderung des Selbstvertrauens von Seiten des Pflegepersonals bzw. der Einrichtungen gibt es?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Förderung des Selbstvertrauens“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

13.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Zunehmende Einschränkungen im Alter und beginnende Pflegebedürftigkeit können das Selbstbewusstsein gefährden. Psychiatrische und neurologische Erkrankungen sowie das allgemeine Nachlassen von Kompetenzen, die die Betroffenen zur selbstständigen Bewältigung des Alltags benötigen, verstärken das Gefährdungspotential. Insbesondere der Übergang in die stationäre Pflege geht mit einem Wegfall der gewohnten Umgebung und häufig auch des sozialen Netzwerks einher und kann zu einer Erschütterung des Vertrauens in das Selbst führen (Caplan & Schooler, 2003).

Für die Pflegepersonen besteht die Aufgabe, durch einen wertschätzenden Umgang, die Beteiligung der Menschen mit Pflegebedarf an Entscheidungsprozessen, ein kluges Abwägen zwischen Unterstützung und Aktivierung sowie eine kommunikationsfördernde Umfeldgestaltung einen Rahmen anzubieten, der positiv auf den Aufbau oder die Stabilisierung des Selbstvertrauens der Menschen mit Pflegebedarf einwirkt.

Darüber hinaus hat das Selbstvertrauen der Pflegenden selbst Auswirkungen auf die Qualität der Pflege. Hier geht es darum, fachliche Voraussetzungen zu schaffen bzw. fachliche Kompetenz zu nutzen und über eine Kultur des Lernens und des Feedbacks das Vertrauen der Pflegepersonen in ihre eigene Kompetenz zu stärken (Haavardsholm & Nåden, 2009; Kröll, 2012).

13.3 Stand der Literatur

In der Literatur wird „Selbstvertrauen“ aus zwei Perspektiven betrachtet. Sowohl das Selbstvertrauen der Menschen mit Pflegebedarf als auch das der Pflegenden werden als bedeutsam für die Gesamtqualität der Pflege erachtet.

Definition und Abgrenzung des Begriffs „Selbstvertrauen“

Selbstvertrauen wird definiert als

„fester Glaube eines Menschen an die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten im Umgang mit anderen Menschen, Anforderungen und wechselnde Situationen sowie möglichen Schwierigkeiten; Selbstvertrauen entwickelt sich aus einem stabilen Selbstkonzept und Selbstwertgefühl. Bereits bestandene und bewältigte Anforderungen oder Schwierigkeiten stärken das Selbstvertrauen“ (Wied & Warmbrunn, 2007).

In der englischsprachigen Literatur werden die Begriffe „Selbstvertrauen“ (self-confidence) und „Selbstwertgefühl“ (self-esteem) nicht eindeutig getrennt. Für beide Begriffe finden sich Definitionen, die auf der affektiven Selbsteinschätzung Pflegebedürftiger, mit den Herausforderungen des Lebens angemessen umgehen zu können, aufbauen (Caplan & Schooler, 2003; MacInnes, 2006; van Dongen, 1998). Im folgenden werden Quellen mit Bezug zu beiden Begriffen „self-confidence“ und „self-esteem“ herangezogen.

Das Selbstvertrauen von Menschen mit Pflegebedarf

Mit zunehmendem Alter ändert sich der Körper, bedingt durch physiologische Abbauprozesse. Die Leistungsfähigkeit nimmt ab. Nicht selten treten chronische Erkrankungen auf (Gunzelmann & Oswald, 2005). Mit der sich entwickelnden Gebrechlichkeit wird die Gewissheit in Frage gestellt, die Aktivitäten des täglichen Lebens bewältigen zu können.

Beispielsweise kann die Möglichkeit zur Mobilität eingeschränkt sein. Der ältere gebrechliche Mensch kann sich nicht mehr auf seine Fähigkeit zur Balance und auf ausreichende Kraft verlassen. Stattdessen benötigt er Gehhilfen wie einen Handstock oder einen Rollator, die einerseits Ausdruck des mangelnden Vertrauens in die eigene Leistungsfähigkeit sind, die mangelnde eigene Leistungsfähigkeit kompensieren können und zugleich andererseits ein Gefühl von Abhängigkeit von der Gehhilfe entstehen lassen können (Brännström, Bäckman, & Santamäki, 2013). Das unmittelbare Erleben nachlassender Fähigkeiten ist von Bedeutung für die Wahrnehmung des Alterungsprozesses. Allerdings besteht zwischen einer objektivierbaren Funktionseinschränkung und dem Erleben von Funktionseinschränkung kein lineares Verhältnis. D. h. objektiv betrachtet relativ umfangreiche Einschränkungen können auf der Erlebensebene als weitgehend unbedeutsam wahrgenommen werden, während objektiv betrachtet eher geringe Einschränkungen subjektiv als eine massive Beeinträchtigung wahrgenommen wird (Gunzelmann & Oswald, 2005). Deutlich wird eine vom Individuum aus bestimmte Beziehung zwischen dem Körper und dem Körpererleben. Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) greift diesen Zusammenhang in vier Skalen auf: „Attraktivität und Selbstvertrauen; Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes. . .; Unsicherheit/Besorgnis gegenüber körperlichen Vorgängen, Gefühl der mangelnden Körperkontrolle; körperlich-sexuelles Missempfinden“ (Gunzelmann

& Oswald, 2005). Eine skandinavische Studie untersucht den Zusammenhang zwischen funktionellen Fähigkeiten, Selbstpflege und Selbstwertgefühl, bei über 75-jährigen Personen, die in der Häuslichkeit leben. Es finden sich Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen hohem Selbstwertgefühl und selbstverantworteter Selbstpflege wohingegen PflegeempfängerInnen mit geringem Selbstwertgefühl die Verantwortung für die Pflege eher abgeben (Backman & Hentinen, 2001).

Die professionelle pflegerische Unterstützung in der Häuslichkeit bedeutet für die Menschen mit Pflegebedarf immer ein Ausbalancieren zwischen dem Angewiesensein auf und der Annahme von Unterstützung einerseits und der Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung bzw. einem souveränen Selbstwertgefühl. Selbstbestimmung und Selbstwertgefühl sind in der häuslichen Pflegesituation potentiell gefährdet. Die Aufrechterhaltung eines guten Selbstwertgefühls kann über verschiedene Mechanismen unterstützt werden. So wird als wichtig wahrgenommen, sich nicht ausgeliefert zu fühlen. Die oft kurzen Aufenthalte der Pflegepersonen zur Durchführung spezifischer Maßnahmen werden mit Verständnis für die hohe Arbeitsbelastung entschuldigt. Indem die PflegeempfängerInnen die Situation selbst einordnen und bewerten (Verständnis aufbringen), bringen sie sich in eine aktive Rolle und sind nicht nur Objekte im Zeitmanagement der Pflegepersonen. Zudem werden die Pflegepersonen als DienstleisterInnen, nicht als Gäste eingeordnet. Dies entbindet die Menschen mit Pflegebedarf von Gastgeberpflichten, denen sie aufgrund ihrer Einschränkungen evtl. nicht nachkommen können. Den DienstleisterInnen gegenüber befinden sie sich demgegenüber potentiell in einer Position der Stärke (Holmberg, Valmari, & Lundgren, 2012).

Der Übergang in die stationäre Pflege wird als einschneidendes Erlebnis wahrgenommen. Er erfolgt für die Menschen mit Pflegebedarf teilweise unfreiwillig, teilweise aus der Einsicht heraus, ein gelingendes Leben in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr aufrechterhalten zu können. In jedem Fall ist der Umzug damit verbunden, die gewohnte Lebenswelt aufgeben zu müssen. Diese Umstände sind dazu geeignet, das Selbstvertrauen der Betroffenen signifikant zu verschlechtern. Befördert wird dieser Effekt durch die häufig geringer ausgeprägten Anpassungsfähigkeiten älterer Menschen mit Pflegebedarf. Hier schlägt sich ein *circulus vitiosus* nieder, da mit altersbedingt generell abnehmenden physischen und mentalen Ressourcen der Rückgriff auf eine gewohnte Umgebung zu einem bedeutsamen Faktor für den Umgang mit Alltagsherausforderungen wird (Caplan & Schooler, 2003).

Geringes Selbstvertrauen als pflegerisch relevantes Symptom wird oftmals in Bezug zu depressiven Störungen thematisiert. So kann es als Folge neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen wie einer Demenz zu einem Abfall des Selbstvertrauens der Menschen mit Pflegebedarf kommen (Caplan & Schooler, 2003; Frank et al., 2006). Neurodegenerative Erkrankungen führen oftmals zum Erleben eines schleichenden Kontrollverlustes, der mit der allmählichen Unfähigkeit, gewohnte Handlungen zu vollziehen, einhergeht. Häufig führt die Auseinandersetzung mit solchen Erkrankungen auch zu einem Gefühl der Ohnmacht, da ihr Verlauf kaum zu beeinflussen ist (Frank et al., 2006).

Erkrankungen sind jedoch nicht allein verantwortlich für mangelndes Selbstvertrauen im Zusammenhang mit depressiven Erscheinungen. Depressive Verstimmungen können auch reaktiv auf sich verändernde Lebensumstände wie den Wegfall sozialer Unterstützungsnetzwerke auftreten (Coleman et al., 1993; Ron, 2007; Wahl, Bergland, & Løyland, 2010).

Förderung des Selbstvertrauens der Pflegebedürftigen

Als allgemeine Grundlage für die Förderung des Selbstvertrauens dienen die Vermittlung von Wertschätzung und das Einräumen von Mitbestimmungsrechten durch die Pflegeeinrichtungen und die Pflegenden. Das Ausmaß und die Art der Unterstützung, die die Menschen mit Pflegebedarf durch die Pflegepersonen erfahren, beeinflussen den Grad der Unabhängigkeit und damit auch Selbstvertrauen und Selbstwert (Coleman et al., 1993). Eine australische Studie weist allerdings darauf hin, dass entgegen vielfältiger Forderungen, Menschen mit Pflegebedarf in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, es auf der Umsetzungsebene Widerstand dazu von Seiten der Pflegenden gibt, die u. a. mit Hinweis auf die mangelnden Kenntnisse die Entscheidungskompetenz auf der Seite der Pflegenden sehen (Henderson, 2003). Pflegepersonen kompensieren Ressourcen, die den Pflegebedürftigen nicht mehr zur Verfügung stehen, oder leiten zum Gebrauch noch vorhandener Ressourcen an. Im Idealfall ist das Ergebnis dabei eine Pflege, die sich an den Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen anpasst und sie dabei weder bevormundet noch alleinlässt (Robl & Romero, 2011). Eine Pflege, die den Wert der Menschen mit Pflegebedarf achtet, d. h. ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten würdigt, trägt zum Erleben von Selbstwert und Selbstwirksamkeit bei (Drageset et al., 2009).

Neben dieser wertschätzenden pflegerischen Grundhaltung sind in der Literatur auch spezifische Maßnahmen zur Stärkung des Selbstvertrauens Älterer und Pflegebedürftiger beschrieben. Ein systematisches Review randomisiert-kontrollierter Studien kommt zu dem Ergebnis, dass motorische Übungen bei Älteren über 65 Jahre, die nicht pflegeabhängig und orientiert sind, geeignet sind, sowohl eine depressivie Symptomatik zu reduzieren als auch das Selbstwertgefühl zu verbessern (Park, Han, & Kang, 2014).

Soziale Unterstützung, die vor Beginn der Pflegebedürftigkeit erlebt wurde und beim Übergang in die Pflege häufig verloren geht, kann durch geeignete Therapieansätze im neuen Rahmen wieder aufgebaut werden. Bei der Erinnerungstherapie wurden in verschiedenen Untersuchungen positive Effekte beobachtet. Eine Studie von Chao et al. (2006) etwa fand bei einem neunwöchigen Therapieansatz (à 60 Minuten pro Woche) signifikante Verbesserungen mit Hinblick auf das Selbstvertrauen der Probanden. Die Autoren führen den Effekt dabei sowohl auf die Festigung des Gruppennetzwerks im gemeinsamen Erlebensraum (auch bei Taft, 1985) als auch auf das Finden von Kraft im Rückbezug auf positive Lebenserfahrungen zurück.

Das (professionelle) Selbstvertrauen Pflegender und seine Förderung

Neben dem Selbstvertrauen der Pflegebedürftigen finden sich in der Literatur auch Hinweise darauf, dass das Selbstvertrauen der Pflegenden auf Grund seines Zusammenhangs mit deren professioneller Selbstwahrnehmung und Verhalten einen Effekt auf die Qualität der Pflege hat.

Eine Studie der Ruhr-Universität Bochum identifizierte die Eigeninitiative der Pflegenden als Schlüsselfaktor für eine gute Pflegequalität. Eigeninitiative setzt Selbstvertrauen der Pflegenden voraus. Dies ist jedoch vielfach nicht sehr ausgeprägt. Zur Förderung der Eigeninitiative empfiehlt die Bochumer Forschungsgruppe die Lernkultur weiterzuentwickeln, die MitarbeiterInnen zu ermutigen, bestehende Freiräume zu nutzen und der Leitungsebene Freiräume zu eröffnen und das vorhandene Potenzial der Pflegenden bewusster

wahrzunehmen (Kröll, 2012). Die besondere Bedeutung des Vertrauens, das dem Pflegepersonal entgegengebracht wird, betont auch Haavardsholm (2009). Zwei Faktoren wirken hier hauptverantwortlich ein. Dies sind die bewusste Bewältigung fachlicher Herausforderungen sowie die Anerkennung der Arbeit durch MitarbeiterInnen und Vorgesetzte. Eine Stärkung des Selbstvertrauen versetzt diese wiederum eher in die Lage, auf weitere Herausforderungen angemessen zu reagieren und aktiv Maßnahmen einzuleiten und umzusetzen (Haavardsholm & Nåden, 2009).

13.4 Rechtliche Aspekte

Es gibt keine relevanten rechtlichen Regelungen, die das Selbstvertrauen von Pflegebedürftigen oder Pflegenden zum Gegenstand haben.

13.5 Gibt es Mindeststandards?

Es liegen keine explizit ausformulierten Standards oder Leitlinien zu diesem Kennzeichen vor.

13.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Zentral für die Förderung des Selbstvertrauens der Menschen mit Pflegebedarf ist die Angemessenheit der Unterstützung, die sie erfahren. Dabei ist zu beachten, dass die Ursachen für mangelndes Selbstvertrauen im Wesentlichen entweder unmittelbar im altersbedingten Nachlassen von Alltagsfähigkeiten zu suchen sind (Caplan & Schooler, 2003) – was auch neuropsychologisch bedingt sein kann (Coleman, Aubin, Robinson, Ivani-Chalian, & Briggs, 1993) – oder im Zusammenhang mit der Lebensumstellung beim Übergang in die Pflegebedürftigkeit stehen können. Die Qualitätsmessung sollte also darauf abzielen, ob angemessene Interventionen ausgewählt werden, und ob bei diesen die Gratwanderung zwischen zu viel (bevormundender) und zu wenig (vernachlässigender) Unterstützung gelingt (Robl & Romero, 2011). Als geeignet sind solche Interventionen zu wählen, die den (Wieder-)aufbau sozialer Kompetenz in den Fokus nehmen, da diese es den Bedürftigen ermöglicht, Rückhalt im neuen Umfeld zu finden (Drageset et al., 2009).

Das professionelle Selbstvertrauen des Pflegepersonals wird maßgeblich durch deren Arbeitsumfeld bestimmt. Hier treten insbesondere der fachliche Austausch mit Kollegen und die Wahrnehmung und Wertschätzung der Arbeit (beispielsweise durch Vorgesetzte) hervor (Haavardsholm & Nåden, 2009; Kröll, 2012).

13.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

In der untersuchten Literatur wurde zur Messung häufig auf die geriatrische Depressionsskala nach Yesavage et al. (1983) zurückgegriffen, um den Zustand des Selbstvertrauens der Betroffenen im Zusammenhang mit allgemein depressiver Symptomatik

zu erfassen. Studien zur Intervention zur Erhöhung des Selbstvertrauens lassen jedoch vermuten, dass diese Herangehensweise weniger geeignet ist, da für das Kennzeichen relevante Interventionen gegebenenfalls zwar das Selbstvertrauen, nicht aber depressive Symptome verbessern können (Chao et al., 2006). In methodischer Hinsicht bietet sich die Verwendung von spezialisierten Messinstrumenten an (Coleman, Mullee, & Philp, 1995, 1995; Rosenberg, 1965).

Mit Hinblick auf das professionelle Selbstvertrauen der Pflegenden finden sich in der Literatur keine systematischen Messinstrumente.

13.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die folgenden Kennzeichen stehen mit der Förderung des Selbstvertrauens in Beziehung: Wertschätzung (Aufklärung), Unterstützung Tagesstrukturierung, Privatsphäre/Intimsphäre, Menschenwürde, Personalentwicklung.

13.9 Literaturverzeichnis

- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors Associated with the Self-Care of Home-Dwelling Elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 195–202.
- Brännström, H., Bäckman, M., & Santamäki, F. R. (2013). Walking on the Edge: Meanings of Living in an Ageing Body and Using a Walker in Everyday Life - a Phenomenological Hermeneutic Study. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 116–122. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00334.x
- Caplan, L. J., & Schooler, C. (2003). The roles of fatalism, self-confidence, and intellectual resources in the disablement process of older adults. *Psychology and Aging*, 18(3), 551–561.
- Chao, S.-Y., Liu, H.-Y., Wu, C.-Y., Jin, S.-F., Chu, T.-L., Huang, T.-S., & Clark, M. J. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 14(1), 36–45.
- Coleman, P., Aubin, A., Robinson, M., Ivani-Chalian, C., & Briggs, R. (1993). Predictors of depressive symptoms and low self-esteem in a follow-up study of elderly people over 10 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. (8), 343–349.
- Coleman, P. G., Mullee, M. A., & Philp, I. (1995). Does the use of the Geriatric Depression Scale make redundant the need for separate measures of well-being on geriatrics wards? *Age and Ageing*, 24(5), 416–420.
- Drageset, J., Eide, G. E., Nygaard, H. A., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., & Natvig, G. K. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents—a questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 65–75.
- Frank, L., Lloyd, A., Flynn, J. A., Kleinman, L., Matza, L. S., Margolis, M. K., . . . Bullock, R. (2006). Impact of cognitive impairment on mild dementia patients and mild cognitive impairment patients and their informants. *International Psychogeriatrics*, 18(1), 151–162.
- Gunzelmann, T., & Oswald, W. (2005). *Gerontologische Diagnostik und Assessment. Grundriss Gerontologie: Vol. 15*. Kohlhammer.

- Haavardsholm, I., & Nåden, D. (2009). The concept of confidence - the nurse's perception. *European Journal of Cancer Care*, 18(5), 483–491.
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: A potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 501–508.
- Holmberg, M., Valmari, G., & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 705–712.
- Kröll, M. (2012). *Mehr Qualität mit Selbstvertrauen*. Bochum.
- MacInnes, D. L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: An examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 483–489.
- Park, S. H., Han, K. S., & Kang, C. B. (2014). Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials. *Applied nursing research: ANR*, 27(4), 219–226.
- Robl, G., & Romero, B. (2011). Selbstvertrauen stärken. *Altenpflege*, 36(1), 33–36.
- Ron, P. (2007). Self-esteem among elderly people receiving care insurance at home at day centers for the elderly. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1097–1109.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later life: A nursing perspective. *ANS. Advances in nursing science*, 8(1), 77–84.
- van Dongen, C. J. (1998). Self-esteem among persons with severe mental illness. *Issues in mental health nursing*, 19(1), 29–40.
- Wahl, A., Bergland, A., & Løyland, B. (2010). Is social capital associated with coping, self-esteem, health and quality of life in long-term social assistance recipients? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 808–816.
- Wied, S., & Warmbrunn, A. (2007). *Pschyrembel Pflege* (2nd ed.). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.

14 Erläuterungen zum Kennzeichen „Privatsphäre“

14.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird Privatsphäre in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Bedeutung hat Privatsphäre für die Pflegebedürftigen?
- Inwieweit wird die Privatsphäre innerhalb der Pflege bedroht oder verletzt?
- Inwieweit kann das Merkmal Privatsphäre als Indikator für Qualitätsmessung gesehen werden?

14.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014) weist darauf hin, dass Menschen auch in einer Pflegesituation ihre Würde und Einzigartigkeit nicht verlieren. Gemäß Artikel 3 haben Menschen weiterhin das Recht auf Wahrung und Schutz ihrer Privat- und Intimsphäre. Dies bedeutet, sie haben das Recht auf einen privaten, nicht öffentlichen Lebensbereich, in dem sie nicht durch äußere Einflüsse behelligt werden (Koch, 2014).

Für viele Pflegebedürftige hängt die Privatsphäre eng zusammen mit Lebensqualität, sich zuhause und geborgen zu fühlen, Kontrolle über das eigene Leben zu haben sowie ungestört zu sein.

Verletzungen der Privatsphäre sind vielfältig und können sowohl physischer, psychischer, sozialer oder informationaler Art sein. Sie finden vorwiegend im Zusammenhang mit der persönlichen Hygiene statt (Behr, Meyer, Holzhausen, Kuhlmeier, & Schenk, 2013; Roosa, 1982), aber auch durch das Wohnen im Mehrbettzimmer, von Pflegekräften nicht als Individuum wahrgenommen zu werden oder ungewollt persönliche Informationen preisgeben zu müssen. Für Personen, die ambulant gepflegt werden, und ihre in der gleichen Wohnung lebenden Angehörigen stellt sich die Herausforderung, regelmäßig MitarbeiterInnen der ambulanten Pflege in die eigene Wohnung und damit in ihre Privatsphäre zu lassen.

14.3 Stand der Literatur

Privatsphäre und Privatheit

Für die Begriffe „Privatheit“ und „Privatsphäre“ existieren zahlreiche, unterschiedliche Definitionen.¹

Koch (2014) beschreibt denjenigen Lebensbereich als privat, „zu dem aus ethischer Perspektive andere Personen ohne Zustimmung keinen Zugang haben sollen“. Diese *Privatheit* ermöglicht den Menschen, ihre Persönlichkeit ohne soziale Kontrolle entfalten zu können. Privatheit ist vielfältig, sodass der Schutz der Privatheit sich nicht nur auf die eigene Person, sondern auch auf Informationen über die eigene Person, Kommunikation, Eigentum oder Orte beziehen kann (Koch, 2014).

Bei *Privatsphäre* lassen sich drei zentrale Ansätze beschreiben, die in der Fachliteratur immer wieder genannt werden (Trepte & Dienlin, 2014).

Westin (1967) definiert Privatsphäre (Privacy) als „the voluntary and temporary withdrawal of a person from the general society through physical or psychological means“. Daraus entstehen vier verschiedene Zustände: 1) Abgeschiedenheit (d. h. eine Person trennt sich freiwillig von der Gruppe), 2) Intimität (d. h. Paare bzw. kleine Gruppen ziehen sich zurück für größtmögliche Verbundenheit bzw. optimale Arbeitsbedingungen), 3) Anonymität (d. h. trotz eines Aufenthalts im öffentlichen Bereich ist die Person frei von persönlicher Identifikation oder Überwachung), sowie 4) Diskretion (d. h. eine Person schränkt die Kommunikation mit anderen freiwillig ein) (Bauer, 1996, zitiert in Sowinski, 2005). Der Ansatz von Altman (1975) erweitert diese Sichtweise um den Aspekt des Prozesses: Diese Zustände der Privatsphäre müssen auf ein optimales Maß reguliert werden können. Dabei wird gleichzeitig Wohlbefinden hergestellt (Trepte & Dienlin, 2014). Wenn sich PflegeheimbewohnerInnen im Wohnzimmer des Pflegeheims mit zu vielen Menschen konfrontiert sehen, können sie dies regulieren, indem sie sich in ihr Einzelzimmer zurückziehen.

Der Ansatz von Burgoon (1982) kann als eine Erweiterung der beiden ersten Ansätze betrachtet werden. Burgoon (1982) teilt Privatsphäre in vier verschiedene Dimensionen ein:

- 1) die **informationale** Privatsphäre (Kontrolle über die Erhebung der über einen selbst gesammelten Daten),
- 2) die **soziale Privatsphäre** (Kontrolle darüber, mit welchen Personen man kommuniziert),
- 3) die **psychische Privatsphäre** (Kontrolle über die inhaltliche Tiefe von Kommunikation und über das Ausmaß, in dem man sich in der Kommunikation selbst offenbart) sowie

¹ Im Englischen steht der Begriff Privacy gleichzeitig für verschiedene deutsche Begrifflichkeiten wie a) Privatsphäre, b) Privatbereich, c) Intimsphäre und d) Datenschutz im Internetbereich.

4) die **physische Privatsphäre** (Kontrolle des territorialen Zugangs zur eigenen Person, d. h. z. B. Zugang in eine Wohnung, Berührung des Körpers einer Person) (Trepte & Dienlin, 2014).

Wie Menschen ihre Privatsphäre wahrnehmen, wird durch den individuellen kulturellen Hintergrund, die Demographie und die Ethnizität bestimmt (Schopp et al., 2003).

Eine Definition von Privatsphäre kann also lauten (Trepte & Dienlin, 2014):

„Privatsphäre ist ein individueller Zustand (Westin, 1967) sowie ein Prozess, der einer stetigen Regulierung von Zuviel und Zuwenig an Privatsphäre unterliegt (Altman, 1975), wobei sich zu jedem Zeitpunkt vier verschiedene Privatsphärendimensionen unterscheiden lassen: die informationale, die soziale, die psychische und die physische Privatsphäre“ (Burgoon, 1982).

Privatsphäre und Privatheit in der Pflege

Diese Definition von Privatsphäre lässt sich auf die Privatsphäre von PatientInnen in der Pflege übertragen. Dabei ist zu beachten, dass sich die Settings, in denen Pflege stattfindet, unterscheiden. Zudem haben PatientInnen aus verschiedenen Gründen oft nur begrenzte Möglichkeiten der Kontrolle, was am Beispiel Pflegeheim deutlich wird (Leino-Kilpi et al., 2001). Erleben BewohnerInnen beispielsweise, dass sie nicht kontrollieren können, wer ihr Zimmer betritt, so erleben sie ihre Privatsphäre als verletzt.

Die **Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen** (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014) stellt einen Maßstab für menschenwürdige Pflege in Deutschland dar (Sulmann, 2011). Hilfe- und pflegebedürftige Menschen haben gemäß Artikel 3 der Charta das Recht auf Wahrung und Schutz ihrer Privat- und Intimsphäre. Dies bedeutet, sie haben das Recht, dass ihr persönlicher Lebensbereich beachtet wird, dass sie sich zurückziehen können und dass sie auch in einer stationären Einrichtung über private Gegenstände wie Kleinmöbel, Bilder und Wäsche verfügen können. Des Weiteren sollen sie jederzeit Besuch empfangen oder auch ablehnen können. Sie können erwarten, dass ihre Intimsphäre beachtet wird sowie ihre Briefe oder elektronischen Nachrichten von Dritten nicht ohne ihre Zustimmung entgegen genommen, geöffnet oder gelesen werden dürfen. Zudem können sie sich darauf verlassen, dass ihre persönlichen Unterlagen und Daten nur mit ihrer Zustimmung oder der Zustimmung ihres Vertreters und auf der Basis der gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet werden. Sie können erwarten, dass ihre Sexualität, ihre geschlechtliche Orientierung und Lebensweise respektiert werden und sie diese ausleben können unter Berücksichtigung der Bedingungen und Ausrichtung der jeweiligen Einrichtung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014).

Das Ziel aller an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligter Personen muss sein, den Anspruch auf Privatheit und die Beachtung der Intimsphäre zu gewährleisten. Dies vollständig zu gewährleisten, ist jedoch nicht immer möglich. Ist dies der Fall, so muss das Ziel sein, die Einschränkungen so gering wie möglich zu halten.

Auch in der ambulanten Pflege wird die Pflege-Charta berücksichtigt und dient zur Qualitätsentwicklung.

Bedeutung von Privatsphäre und Privatheit für Pflegebedürftige

Das Thema Privatsphäre und Privatheit ist BewohnerInnen in Pflegeheimen (und ihren Angehörigen) sehr wichtig und gilt als Dimension der Lebensqualität (Xu, Kane, & Shamlyan, 2013).

Im Projekt QUISTA wurde beispielsweise die Privatsphäre gemeinsam mit Ruhe als wichtige Dimension der Lebensqualität in der stationären Altenpflege herausgearbeitet. BewohnerInnen wollten nicht durch Geräusche oder durch ein geschäftiges Heimleben gestört werden. Sie wollten sich in private Räume zurückziehen können, wobei das eigene Zimmer mit vertrauten Möbeln und Fotos elementar war für das Gefühl „heimisch zu sein“ (Schlimper, Meyer, Holzhausen, Behr, & Schenk, 2010). Auch in einer anderen Studie hing das Gefühl der BewohnerInnen, im Heim zu Hause zu sein, mit der erlebten Privatsphäre zusammen. Vor allem das wahrgenommene Verhalten des Pflegepersonals (die BewohnerInnen in den Mittelpunkt zu stellen, ihre Bedürfnisse zu erfassen und Interesse für sie zu zeigen) sowie die Wahrnehmung, wie stark man von MitbewohnerInnen gestört wurde, spielten hierbei eine Rolle. Interessanterweise hing die Anzahl der Betten im Zimmer nicht zusammen mit dem Gefühl Zuhause zu sein (Veer & Kerkstra, 2001). In einer weiteren Studie fühlten sich diejenigen BewohnerInnen im Pflegeheim zuhause, die ein Einzelzimmer mit ihren persönlichen Gegenständen und Fotos hatten, Besuch empfangen konnten und angaben, über Privatsphäre zu verfügen (Hjaltadóttir & Gústavsdóttir, 2007).

Bedrohung bzw. Beeinträchtigung der Privatsphäre von Pflegebedürftigen und Angehörigen

Auch wenn in einer Studie zur Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe rund 90 % der befragten BewohnerInnen (und auch rund 90 % der befragten Angehörigen) angaben, dass ihre Privatsphäre gewahrt wird (Bejahung von a) das Zimmer kann abgeschlossen bzw. private Dinge können weggeschlossen werden, b) MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten des Zimmers an, c) Möglichkeit vorhanden, sich mit Besuch zurückzuziehen, und d) Sichtschutz beim Waschen oder Toilettengang durch die MitarbeiterInnen) (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2011), trifft dies bei weitem nicht für alle Pflegebedürftige im *Pflegeheim* zu.

In der Literatur werden folgende Beispiele für Situationen genannt, in denen die Privatsphäre von Pflegebedürftigen bedroht bzw. beeinträchtigt wird. Dabei sind oft mehrere Dimensionen der Privatsphäre betroffen.

Beeinträchtigung oder Verletzung der Privatsphäre in der sozialen Dimension:

- BewohnerInnen teilen das Zimmer mit einem oder mehreren MitbewohnerInnen (Heinemann-Knoch, Korte, Schönberger, & Schwarz, 1999; Sonntag, Bischof, Ritz, Jakob, & Angermeyer, 2003), was sie daran hindern kann, bestimmten Aktivitäten nachzugehen (Heinemann-Knoch et al., 1999). Sie sind zudem nie alleine, ständig ansprechbar und können nicht beeinflussen, wer sich ihnen nähert (z. B. Angehörige

von MitbewohnerInnen) (Sowinski, 2005). (Dies bedeutet umgekehrt, dass Angehörige mit dem pflegebedürftigen Familienmitglied nicht alleine sein können.)

- BewohnerInnen haben hinsichtlich der Auswahl ihrer MitbewohnerInnen im gleichen Zimmer keine Einflussmöglichkeiten (Heinemann-Knoch et al., 1999).
- BewohnerInnen haben aufgrund der architektonischen Gestaltung des Gebäudes keine Rückzugsmöglichkeiten (Heinemann-Knoch et al., 1999).

Beeinträchtigung oder Verletzung der Privatsphäre in der physischen Dimension:

- Der körperliche Zustand oder das Verhalten von MitbewohnerInnen im gleichen Zimmer stört die BewohnerInnen (Geruchs- oder Geräuschbelästigung) (Heinemann-Knoch et al., 1999).
- Pflegehandlungen finden in Gegenwart von MitbewohnerInnen statt (Heinemann-Knoch et al., 1999).
- Bei Pflegehandlungen wird nicht angekündigt und erklärt, was als Nächstes geschieht; BewohnerInnen haben so das Gefühl, die Situation nicht kontrollieren und die Handlung nicht jederzeit stoppen zu können (Mattiasson & Hemberg, 1998).
- Die Tür zur Toilette wird nicht immer geschlossen, Vorhänge werden nicht vorgezogen oder das Pflegepersonal klopft nicht an vor dem Betreten des Zimmers oder der Toilette (Barron, 1990).
- MitbewohnerInnen betreten unaufgefordert das Einzelzimmer von BewohnerInnen und setzen sich auf das Bett von schlafenden BewohnerInnen (Behr et al., 2013).
- Sexuelle Bedürfnisse der BewohnerInnen werden aberkannt (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011).

Beeinträchtigung oder Verletzung der Privatsphäre in der psychischen Dimension:

- BewohnerInnen müssen ungewollt offenbaren, dass sie bei einer Aktivität Unterstützung benötigen, wie beispielsweise beim Einnehmen einer Mahlzeit im Speisesaal. Oder sie werden ungewollt Zeuge, wie MitbewohnerInnen Schwierigkeiten beim Essen haben (Sidenvall, Fjellström, & Ek, 1994).
- BewohnerInnen haben nicht die Möglichkeit, ihr Zimmer im Pflegeheim mit ihrem persönlichen Eigentum einzurichten (Weissenberger-Leduc & Weiberg, 2011) bzw. getrauen sich nicht, im Mehrbettzimmer persönliche Gegenstände aufzustellen (Sowinski, 2005).

Beeinträchtigung oder Verletzung der Privatsphäre in der informationalen Dimension:

- BewohnerInnen erhalten Informationen über ihr Krankheitsbild oder über ihre Behandlung, während sich MitbewohnerInnen oder andere Personen in Hörweite befinden (Applegate, 1994).

- Die Wege von, aufgrund einer Demenzerkrankung, örtlich desorientierten BewohnerInnen werden mit Hilfe moderner Technologien erfasst (Lokalisierung über GPS) (Landau & Werner, 2012).
- Im Mehrbettzimmer können Angehörige und BewohnerInnen aufgrund der Anwesenheit anderer Personen keine vertraulichen Gespräche führen (Sowinski, 2005).

Von den HeimbewohnerInnen werden in erster Linie Verletzungen der Privatsphäre im Zusammenhang mit der persönlichen Hygiene genannt (Behr et al., 2013; Roosa, 1982).

Verletzungen der Privatsphäre und der Privatheit beeinflussen die Lebensqualität der BewohnerInnen negativ. Vor allem BewohnerInnen, die sehr stark von anderen Menschen abhängen und nicht mehr die Kraft haben, die eigene Privatsphäre zu wahren, sind davon betroffen (Applegate, 1994).

Viele der genannten Situationen, in denen die Privatsphäre bzw. die Privatheit von BewohnerInnen verletzt wird, können durch die stationäre Einrichtung beeinflusst werden. Ein besserer Schutz der Privatsphäre könnte erreicht werden durch z. B. die Schulung der MitarbeiterInnen zum Thema Privatsphäre mit Selbsterfahrungsanteilen oder die Vermittlung von Informationen über Demenzerkrankungen und damit einhergehende Verhaltensweisen an kognitiv nicht beeinträchtigte BewohnerInnen und Angehörige. Auch bauliche Veränderungen wie Sicht- und Hörschutz können die Privatsphäre schützen oder auch der Einbau eines Schanks, der dazu dient, einen für den Bewohnertransfer vom Bett ins Pflegebad genutzten Deckenlifter nach Gebrauch komplett verschwinden zu lassen, sodass Angehörige und Pflegepersonal dieses stigmatisierende Hilfsmittel nicht sehen (Schlenke, 2014). Ein weiteres Beispiel ist die Verwandlung von Mehrbettzimmern in Einzelzimmer.

Auch die Privatsphäre von Personen, die *ambulant* in ihrer Wohnung gepflegt werden, kann bedroht oder beeinträchtigt werden. Dies kann geschehen durch:

- einen häufigen Wechsel der Pflegepersonen, die in die eigene Wohnung und damit in die Privatsphäre hinein gelassen werden müssen; dies erfordert immer wieder eine Selbstoffenbarung hinsichtlich der Gewohnheiten und Gepflogenheiten von Seiten der Gepflegten und kann die Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung erschweren (Wingenfeld, 2003);
- die Notwendigkeit, den Pflegepersonen kulturspezifische Gewohnheiten und Umgangsformen zu vermitteln, wenn die gepflegten Personen aus einer anderen Kultur kommen (z. B. die Beibehaltung des durch religiöse Rituale bestimmten Tagesablaufs) (Wingenfeld, 2003);
- eine Ignorierung des traditionellen Rollenverhaltens in z. B. muslimischen Familien durch Pflegekräfte (Wingenfeld, 2003).

In den oben genannten Situationen kann auch die Privatsphäre von Angehörigen beeinträchtigt werden. Teilen Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf ihre Wohnung mit Angehörigen, so kann auch die Privatsphäre dieser Angehörigen durch das „Eindringen“ der MitarbeiterInnen des ambulanten Pflegedienstes in die Wohnung bedroht oder verletzt werden (Zeman, 2002). Eine pflegende Angehörige schildert dies so: „Unsere Wohnung

wurde für Krankenbett, Rollstuhl und Pflegeutensilien umfunktioniert. Sie ist mit Geräuschen und Gerüchen gefüllt. Arzt, Pflorgeteam und Zivis dringen ungefragt bis in den hintersten Winkel meiner Privatsphäre ein, Besucher und Verwandte kommen und gehen, beurteilen im Schnellverfahren die Lage und hinterlassen bei ihrem Weggang einen Berg schmutziger Wäsche und Geschirr“ (Born, 2000).

Das Konzept ‚Privatsphäre‘ als Indikator für die Qualitätsmessung in der Pflege

Privatheit wird als Indikator in der Qualitätsmessung eingesetzt, entweder als Dimension von Lebensqualität (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012) oder als Privatheit per se und erweist sich in der Erfassung und Abbildung von Unterschieden zwischen den Einrichtungen als stabil (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2011).

Privatheit findet sich als Indikator der Qualitätsbeurteilung in zahlreichen Standards und Systemen, wie beispielsweise im National Care Standard der Scottish Executive (The Scottish Government, 2007), der Quality Framework Responsible Care in den Niederlanden (Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2008) und anderen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2011).

14.4 Rechtliche Aspekte

Das Recht auf Privatsphäre ist ein Menschenrecht (siehe Artikel 12; Vereinte Nationen, 1948).

In Deutschland ist die Privatsphäre durch das Grundgesetz abgesichert und ist aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht, das die freie Entfaltung der Persönlichkeit garantiert Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG)) abzuleiten. Dieses Persönlichkeitsrecht sichert den Menschen einen Bereich zu, in dem sie sich frei bewegen können, ohne dass dritte Personen über ihr Verhalten in Kenntnis gesetzt werden. Menschen dürfen in diesem Bereich nicht beobachtet und nicht abgehört werden. Der Schutz der Privatsphäre wird zudem durch die Gesetze zur „Unverletzlichkeit der Wohnung“ (Art. 13 GG) und zum „Post- und Fernmeldegeheimnis“ (Art. 10 GG) konkretisiert. Ausnahmen hiervon (Abhören von Telefongesprächen und Wohnungen) werden als Lauschangriff bezeichnet. Lauschangriffe sind ebenfalls gesetzlich geregelt (Art. 10 GG).

Dieser gesetzlich verankerte Schutz der Privatsphäre gilt auch für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und zwar ohne zusätzlich Regelungen. Dies machte das Oberverwaltungsgericht (OVG) Berlin-Brandenburg deutlich, indem es 2009 eine frühere Entscheidung bestätigte, wonach Pflegeheime nicht verpflichtet sind, im Heimvertrag zu regeln, wie die Beschäftigten die Privaträume der BewohnerInnen betreten dürfen. Den HeimbewohnerInnen stehen wie allen anderen GrundrechtsträgerInnen der Schutz der Intim- und Privatsphäre zu. Dies gelte auch gegenüber den MitarbeiterInnen im Pflegeheim, und zwar unabhängig davon, ob diesbezüglich Vereinbarungen in den

Heimverträgen getroffen wurden oder nicht. Sollten entsprechende Klauseln in den Heimverträgen vorhanden sein, wären sie lediglich deklaratorischer Natur. Das Verwaltungsgericht, dessen Urteil zuvor angefochten wurde, wies darauf hin, dass die Würde der BewohnerInnen in jedem Fall zu wahren ist, wenn das Zimmer von BewohnerInnen betreten wird, um die notwendigen Überwachungs-, Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zu leisten oder auch zu anderen Zwecken. „Ein fehlerfreies Verhalten werde daher grundsätzlich Maßnahmen einschließen, die dem Bewohner Gelegenheit geben, seine Privat- und Intimsphäre zu wahren“ (Schell, 2011).

Neben dem Schutz der Privatsphäre spielt in der Pflege der Schutz der personenbezogenen Daten (Datenschutz) eine wichtige Rolle. Nach § 1 Abs. 1 (BDSG) hat das Gesetz den Zweck, Menschen davor zu schützen, dass sie durch den Umgang mit ihren personenbezogenen Daten in ihrem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt werden. In § 3a BDSG steht der Grundsatz der Datenvermeidung und der Datensparsamkeit. Außerdem sind personenbezogene Daten zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren, soweit dies nach dem Verwendungszweck möglich ist und keinen im Verhältnis zum angestrebten Schutzzweck unverhältnismäßigen Aufwand erfordert.

Diese gesetzlichen Regelungen bedeuten für die Pflege, dass nur Daten erhoben werden dürfen, wenn die betroffenen Personen zustimmen. Ohne diese Zustimmung ist das Speichern und Verarbeiten der Daten nur zulässig, wenn ein Gesetz es erlaubt. Im Bereich der Pflege wird die Datenspeicherung nach § 67a SGB X durch die Pflegekassen und die anderen Sozialleistungsträger erlaubt.

Gemäß § 5 Datengeheimnis BDSG gilt:

„Den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen ist untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Diese Personen sind, soweit sie bei nicht-öffentlichen Stellen beschäftigt werden, bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten. Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit fort“ (BDSG).

Betreuungskräfte dürfen also ohne Zustimmung der Betroffenen keine personenbezogenen Daten weitergeben (Höfert, 2011). Fragt beispielsweise der Sohn nach dem Gesundheitszustand seines Vaters, so darf diese Frage nicht ohne Zustimmung des Betroffenen beantwortet werden. Das Datengeheimnis gilt über den Tod des Betroffenen hinaus.

14.5 Gibt es Mindeststandards?

In der Literatur werden keine Mindeststandards beschrieben.

14.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Explizit zu Privatsphäre und Privatheit wurden keine Mindestanforderungen gefunden.

Es gibt jedoch gesetzlich geregelte Mindestanforderungen zu Bereichen, die eng mit Privatsphäre und Privatheit verknüpft sind, wie z. B. hinsichtlich des Baus von Heimen.

Am 01. September 2009 verpflichtete sich Baden-Württemberg als erstes Bundesland, Doppel- und Mehrbettzimmer in Pflegeheimen abzuschaffen. In der ("Verordnung des Sozialministeriums zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO)") wird in § 1 ausdrücklich auf das Recht auf eine geschützte Privat- und Intimsphäre der BewohnerInnen von Heimen hingewiesen. In § 3 „Individuelle Wohnbereiche“ wird festgehalten: „Soweit Heime keine Wohnungen zur individuellen Nutzung bereitstellen, muss für alle Bewohner ein Einzelzimmer zur Verfügung stehen...“.

Diese Verordnung entspricht den Vorstellungen von PflegeheimbewohnerInnen, die Verletzungen ihrer Privatsphäre mit einer Unterbringung in einem Mehrbettzimmer verbinden und sich Einzelzimmer wünschen (Sonntag et al., 2003).

Berücksichtigt man diese Nutzerperspektive, mittlerweile ein Bestandteil moderner Qualitätsmanagementkonzepte im Gesundheitswesen (Wingenfeld, 2003), so können persönliche, vertrauensvolle Beziehungen und personelle Kontinuität ebenfalls als Mindeststandard oder Mindestanforderung verstanden werden (siehe unten).

14.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Das Recht auf Privatheit findet sich z. B. in der Europäischen Sozialcharta oder der Charta der Grundrechte der EU. Die hier aufzufindenden Themen, die sich auch in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen finden, wurden vielfach aufgenommen.

Dazu gehört: Das Vorhandensein von Einzelzimmern mit persönlichen Gegenständen, von Rückzugsorten und von Kontrollmöglichkeiten der BewohnerInnen, die Nutzung privater Gegenstände und Kleidung sowie der würdevolle und diskrete Umgang bei der Körper- und Intimpflege sind als zentrale Aspekte von Bedeutung.

Privatheit findet sich als Indikator der Qualitätsbeurteilung in zahlreichen Standards und Systemen, wie beispielsweise in der National Care Standard Scottish Executive (The Scottish Government, 2007) und dem Quality Framework Responsible Care in den Niederlanden (Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2008).

Die niederländische Steuerungsgruppe ordnet die wahrgenommene Privatheit dem Aspekt der Lebensbedingungen zu. Die Forderung besteht darin, dass die professionell Pflegenden und die Pflegeorganisationen die Privatheit der KlientInnen und ihren privaten Lebensbereiche respektieren. Befragt werden dazu sowohl BewohnerInnen von Pflegeheimen (6 Items) oder Kunden der ambulanten Pflege (1 Item) sowie ihre Angehörigen (3 Items). Konkret wurden folgende Fragen formuliert (sinngemäß aus dem Englischen übersetzt):

- BewohnerInnen:
 - „Haben Sie genügend Privatheit bei der Benutzung der Toilette?“
 - „Ist Ihr Wohnbereich hinreichend groß?“

- „Können Sie selber entscheiden, wie Ihr Wohnbereich eingerichtet wird? (z. B. mit eigenen Möbeln und Gegenständen)“
 - „Können Sie und Ihre Besucher sich an einen ungestörten Ort zurückziehen?“
 - „Gibt es genügend Zeiten, in denen Sie ganz für sich sein können?“
 - „Lassen die Pflegefachkräfte Sie alleine, wenn Sie das möchten?“
- Kunden der ambulanten Pflege:
 - „Stellt die häusliche Pflege, wegen der Pflegefachkräfte zu Ihnen nach Hause kommen, für Sie eine Beeinträchtigung Ihres täglichen Lebens dar? (bezogen auf Privatsphäre, tägliche Routinen und Abläufe)“
 - Angehörige:
 - „Hat der/die BewohnerIn einen hinreichend großen Wohnbereich zur Verfügung?“
 - „Kann sich der/die BewohnerIn mit Besuchern an einen ungestörten Ort zurückziehen?“
 - „Ermöglicht es die Pflegeeinrichtung, dem/der BewohnerIn den eigenen Raum oder Wohnbereich selbst einzurichten? (z. B. mit eigenen Möbeln und Gegenständen)“

14.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Privatsphäre/Privatheit stehen in Beziehung mit den Aspekten:

Selbstbestimmung, Sicherheit, Selbständigkeit, Eigenständige Lebensführung, Kommunikation, Beziehungsgestaltung, Pflegefachlichkeit, Umgebungsgestaltung, Sicherung und Entwicklung der Qualität, Arbeitsbedingungen, Menschenwürde und Intimsphäre.

14.9 Literaturverzeichnis

- Altman, I. (1975). *The environment and social behavior: privacy, personal space territory, crowding*. Monterey, Ca: Brookes / Cole Publishing Company.
- Applegate, M. (1994). Personal privacy and interactional patterns in a nursing home. *Journal of Aging Studies*, 8, 413–433.
- Barron, A. (1990). The right to personal live. *Nursing times*, 86(27), 28–32.
- Bauer, I. (1996). *Die Privatsphäre der Patienten. Reihe Pflegewissenschaft*. Bern [u. a.]: Huber.
- Behr, A., Meyer, R., Holzhausen, M., Kuhlmeier, A., & Schenk, L. (2013). Die Intimsphäre: Eine wichtige Dimension der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(7), 639–644.
- Born, G. (2000). Wenn Angehörige zu Pflegenden werden. In A. Karen & A. Hedtke-Becker (Eds.), *Angehörige pflegebedürftiger Menschen – Experten im System*

- häuslicher Pflege*. (pp. 27–31). Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.
- Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) (February 25, 2015). Retrieved October 11, 2015, from https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bdsg_1990/gesamt.pdf.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. (11. Auflage). Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2011). *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*. Abschlussbericht. Berlin.
- Burgoon, J. K. (1982). Privacy and communication. In M. Burgoon (Ed.), *Communication yearbook 6*. (pp. 206–249). Beverly Hills: Sage.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) (December 23, 2014). Retrieved October 15, 2015, from <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>.
- Heinemann-Knoch, M., Korte, E., Schönberger, C., & Schwarz, B. (1999). *Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hjaltadóttir, I., & Gústavsdóttir, M. (2007). Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21, 48–55.
- Höfert, R. (2011). *Von Fall zu Fall – Pflege im Recht*. (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Koch, H. (2014). Privatheit. In R. Ammicht Quinn (Ed.), *Sicherheitsethik* (pp. 125–134). Wiesbaden: Springer.
- Landau, R., & Werner, S. (2012). Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. *International psychogeriatrics / IPA*, 24(3), 358–366.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., DASSEN, T., Gasulf, M., LEMONIDOU, C., Scott, A., & Arndt, M. (2001). Privacy: a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 38, 663–671.
- Mattiasson, A.-C., & Hemberg, M. (1998). Intimacy – Meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: What is a good moral attitude on the part of the nurse / carer? *Nursing ethics*, 5(6), 527–534.
- Roosa, W. (1982). Territory and privacy. Residents' views: findings of a survey. *Geriatric Nursing*, 3, 241–243.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb als Instrument zur Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung.: Sondergutachten 2012*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Retrieved October 15, 2015, from <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=421>.
- Schell, W. (2011). Privatsphäre im Pflegeheim. *Heilberufe*, 3, 46.
- Schlenke, M. (2014). Privatheit im Pflegezimmer: Innovative Raumlösungen. *Altenheim*, 43(7), 34–36.

- Schlimper, G., Meyer, R., Holzhausen, M., Behr, A., & Schenk, L. (2010). QUISTA Lebensqualität in der stationären Altenpflege. *Rechtsdepesche*, 2(7), 56–62.
- Schopp, A., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen T, Gasull, M., Lemonidou, C., et al. (2003). Perceptions of privacy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing ethics*, 10(1), 39–47.
- Sidenvall, B., Fjellström, C., & Ek, A.-C. (1994). The meal situation in geriatric care – intentions and experiences. *Journal of Advance Nursing*, 20, 613–621.
- Sonntag, A., Bischkopf, J., Ritz, A., Jakob, A., & Angermeyer, M. C. (2003). Pflege mit Herz, Gesundheit oder Sterben“ Wünsche zur Veränderung der Lebenssituation von Altenpflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36(280-286).
- Sowinski, C. (2005). Doppelzimmer aus Sicht der Pflege. In B. Michels (Ed.), *Architektur + Gerontologie: Vol. 4. Das Einzelzimmer - Standard in der stationären Altenhilfe? [Würde, Humanität, Selbstbestimmtheit, Individualität, Privatheit, Intimsphäre] ; Zusammenfassung und Ergebnisse der Fachveranstaltung „Das Einzelzimmer“ am 4. Oktober 2004 im Museum für Angewandte Kunst* (pp. 9–17). Köln: KDA.
- Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (2008). *Quality Framework Responsible Care*. Retrieved October 13, 2015, from [http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/performance/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20\(english\).pdf](http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/performance/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20(english).pdf).
- Sulmann, D. (2011). Ziele, Umsetzung und Wirkung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44, 39–47.
- The Scottish Government (2007). *National Care Standards. Care homes for older people*. The Scottish Government. Retrieved October 13, 2015, from <http://www.gov.scot/Resource/Doc/349525/0116836.pdf>.
- Trepte, S., & Dienlin, T. (2014). Privatsphäre im Internet. In T. Porsch & S. Pieschl (Eds.), *Neue Medien und deren Schatten. Mediennutzung, Medienwirkung und Medienkompetenz*. (pp. 53–80). Göttingen: Hogrefe.
- Veer, A. de, & Kerkstra, A. (2001). Feeling at home in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 427–434.
- Vereinte Nationen (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Retrieved October 15, 2015, from <http://www.menschenrechtserklaerung.de/die-allgemeine-erklaerung-der-menschenrechte-3157/>.
- Verordnung des Sozialministeriums zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO) (April 18, 2011)*. Retrieved October 16, 2015, from http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/792/page/bsbawueprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=2&eventSubmit_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-HeimBauVBW2011pP1&doc.part=S&toc.poskey=#focuspoint.
- Weissenberger-Leduc, M., & Weiberg, A. (2011). Strukturelle Gewalt: Geräuschlos und statisch. *Pro care*, 8, 22–28.
- Westin, A. F. (1967). *Privacy and freedom*. New York: Atheneum.

- Wingenfeld, K. (2003). *Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege*. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld.
- Xu, D., Kane, R. L., & Shamlyan, T. A. (2013). Effect of nursing home characteristics on residents' quality of life: A systematic review. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, *57*, 127–142.
- Zeman, P. (2002). Häusliches Pflegearrangement: Mikropolitik und Vertrauen. In T. Klie, A. Buhl, H. Entzian, & R. Schmidt (Eds.), *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen* (pp. 153–174). Frankfurt am Main: Mabuse.

15 Erläuterungen zum Kennzeichen „Menschenwürde“

15.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird Menschenwürde in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Bedeutung hat Menschenwürde für die Pflegebedürftigen?
- Inwieweit wird die Menschenwürde innerhalb der Pflege bedroht oder verletzt?
- Inwieweit kann das Merkmal Menschenwürde als Indikator für Qualitätsmessung gesehen werden?

15.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 1948 wird in Artikel 1 der Menschenrechtskonvention festgehalten: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen“ (AEMR Art. 1, 1948).

Auch im Pflegekontext ist Menschenwürde oder Würde wichtig. So hält der International Council of Nurses (ICN), eine international agierende Vertretung von 130 nationalen Berufsverbänden der Pflege, in der Präambel eines Ethikkodexes für Pflegende fest: „Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit, auf Würde und auf respektvolle Behandlung“ (International Council of Nurses, 2012).

„Würde ist ein Zustand der körperlichen, emotionalen und spirituellen Behaglichkeit, in dem jedes Individuum für seine Einzigartigkeit wertgeschätzt und seine Individualität gewürdigt wird“ (Fenton & Mitchell, 2002). Eine Pflege, die sich an der Würde der Beteiligten orientiert, ist eine menschenwürdige Pflege. Zwei Eckpfeiler der menschenwürdigen Pflege sind Selbstbestimmung und Autonomie (Hensen & Kölzer, 2011). Alle Menschen haben Anspruch auf eine menschenwürdige Pflege. Dies gilt auch für Menschen mit einer schweren Demenzerkrankung, deren Autonomie eine „Autonomie des Augenblicks“ (Klie, 2005) ist und für deren Selbstbestimmung die Grenzen weit zu fassen sind (Deutscher Ethikrat, 2012).

Eine gute Pflege ist eine Pflege, welche die Würde von HeimbewohnerInnen stärkt und zwar auf der körperlichen, der psychischen, der relationalen, der sozialen, der moralischen und der spirituellen Ebene (Gastmans, 2013). In der geriatrischen Langzeitpflege kann Würde nur dann realisiert werden, wenn nicht nur eine verantwortliche Personalausstattung präsent ist, sondern auch ein Klima der gesellschaftlichen Solidarität. Würde kann als Gestaltungsauftrag an die gesamte

Gesellschaft gesehen werden, für den alle, auch alte Menschen, mitverantwortlich sind (Pfabigan, 2007).

15.3 Stand der Literatur

Menschenwürde und Würde in der Pflege

In der Literatur finden sich verschiedene Beschreibungen von Menschenwürde oder Würde im Pflegekontext. Diese Beschreibungen sind subjektiv und multidimensional. Sie werden beeinflusst durch soziokulturelle, umgebungsbedingte und persönliche Erfahrungen (Franklin, Ternstedt, & Nordenfelt, 2006).

Gemeinsam ist vielen dieser Beschreibungen, dass alle Menschen grundsätzlich über Würde verfügen und zwar alleine dadurch, dass sie Menschen sind. Diese Würde ist universell und unveränderlich. Man tut nichts, um diese Würde zu verdienen, und nichts kann dem Menschen diese Würde nehmen. Nordenfelt (2004) nennt diese Würde „Menschenwürde“ (er verwendet den deutschsprachigen Begriff).

Neben der Menschenwürde nennt Nordenfelt (2004) drei weitere Formen der Würde: die „Würde durch Verdienste“ (dignity as merit), die „moralische Würde“ (dignity of moral stature) sowie die „Würde der Identität“ (dignity of identity). Diese drei Formen von Würde sind variabel, da sie sozial erzeugt werden. Sie entstehen durch Interaktionen und Wechselbeziehungen zwischen Individuen, Gemeinschaften und Gesellschaften. Dadurch können sie nicht nur bemessen, sondern auch verletzt oder gefördert werden.

Bei der „Würde durch Verdienste“ erbrachten Menschen Leistungen, durch die sie eine bestimmte Position in der Gesellschaft einnehmen konnten und dadurch über Ansehen, Respekt und bestimmte Rechte verfügen. Menschen, die sich in ihrem Verhalten und Denken an hohen moralischen Standards orientieren, respektieren sich selbst als Menschen mit Moral und werden dafür auch von anderen Menschen respektiert. Mit dieser moralischen Würde gehen anders als bei der Würde durch Verdienste keine Rechte einher. Die Würde der Identität fokussiert das Selbstwertgefühl und schließt Integrität und Autonomie mit ein. Der Mensch kann der Würde der Identität beispielsweise durch Krankheit oder hohes Alter beraubt werden. Diese Würde ist an die Integrität des Körpers gebunden und hängt vom individuellen Selbstbild ab. Sie spielt im Pflegekontext eine besondere Rolle (Franklin et al., 2006; Nordenfelt, 2004).

Pullman (1999) unterscheidet zwei Formen der Würde: die „grundsätzliche Würde“ (basic dignity) (entspricht der „Menschenwürde“ nach Nordenfelt) und die „persönliche Würde“ (personal dignity). Die persönliche Würde ähnelt der Würde der Identität nach Nordenfelt (2004): sie wird sozial konstruiert und kann sich verändern, beispielsweise durch den Einfluss von Gesundheit, körperlichen oder intellektuellen Kapazitäten. So können eine Demenzdiagnose und der Einzug in ein Pflegeheim die persönliche Würde der Erkrankten bedrohen. Die Pflegekräfte wiederum können die eigene persönliche Würde stärken, indem sie die grundsätzliche und die persönliche Würde der neuen BewohnerInnen stärken. Da persönliche Würde eine soziale Konstruktion ist, verändert sie sich im Verlauf der Zeit und mit dem Umfeld.

In der europäischen Gesellschaft wird viel Wert auf individuelle Autonomie gelegt, sodass persönliche Würde eng mit Autonomie verknüpft wird. In anderen Gesellschaften ist dies nicht der Fall (Pullman, 1999). Wird davon ausgegangen, dass persönliche Autonomie (gemeinsam mit Selbstbestimmung und kognitiver Leistungsfähigkeit) eine Voraussetzung für ein würdevolles Leben darstellt, dann impliziert dies, dass Menschen mit einer schweren Demenzerkrankung kein Leben mit Würde haben. Deshalb plädiert Pullman (1999) dafür, Autonomie und Würde voneinander zu trennen. Auch Klie (2005) sieht eine Orientierung des Würdebegriffs allein am Autonomiebegriff kritisch.

Würde hat eine intrinsische Dimension (bezieht sich auf z. B. Stolz, das Selbstwertgefühl) und eine extrinsische Dimension (bezieht sich auf den Einfluss der sozialen Welt), wobei die extrinsische Dimension die intrinsische stark beeinflusst (van Gennip, Pasman, Oosterveld-Vlug, Willems, & Onwuteaka-Philipsen, 2013). Menschen erleben Würde in Beziehung zu anderen Menschen. Würde hängt davon ab, wie wir andere behandeln und wie wir von anderen behandelt werden. Sowohl die Würde anderer Menschen als auch die eigene Würde müssen respektiert werden (Gallagher, 2004; Heggestad, Nortvedt, & Slettebø, 2013; Oosterveld-Vlug, Pasman, van Gennip, Willems, & Onwuteaka-Philipsen, 2013a).

Bedeutung von Menschenwürde und Würde für Pflegebedürftige

Die Aufrechterhaltung von Würde ist ein signifikanter Prädiktor für die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal im Heim und der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Heim und damit für die Lebensqualität von HeimbewohnerInnen (Burack, Weiner, Reinhardt, & Annunziato, 2012 zitiert nach Oosterveld-Vlug et al., 2013).

Für alte Menschen, die sich in einem Pflegekontext befinden, spielen hinsichtlich Würde die folgenden fünf Aspekte eine wichtige Rolle (Anderberg, Lepp, Berglund, & Segesten, 2007): Individualisierte Pflege, Wiederherstellung von Kontrolle, Respekt, Advocacy und einfühlsames Zuhören.

Individualisierte Pflege: Alte Menschen wollen dabei unterstützt werden, sich aktiv in Entscheidungen und Maßnahmen hinsichtlich ihrer eigenen Pflege einbringen zu können. Ihre Würde wird bewahrt, wenn ihre Pflege so gestaltet wird, wie sie es wünschen, und wenn ihre individuellen Bedürfnisse und Werte dabei berücksichtigt werden. Voraussetzung dafür ist, dass den Pflegekräften die Lebensgeschichte der alten Menschen und ihre Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten (auf physischer, mentaler, spiritueller und sozialer Ebene) bekannt sind (Anderberg et al., 2007; Franklin et al., 2006).

Wiederherstellung von Kontrolle: Alten Menschen ist es wichtig, nach einer Phase mit gesundheitlichen Problemen dabei unterstützt zu werden, wieder Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen bzw. zu akzeptieren, auf Pflege angewiesen zu bleiben. Dies kann dadurch geschehen, dass alte Menschen ermutigt werden, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erhalten bzw. neue zu entwickeln.

Respekt: Respekt wollen alte Menschen dadurch gezeigt bekommen, dass ihre Lebensgeschichte und ihr Wissen, ihre Werte und Gewohnheiten von Pflegekräften anerkannt und wertgeschätzt werden.

Advocacy: Die Pflegekräfte sollen erkennen, wann PflegeheimbewohnerInnen Unterstützung tatsächlich benötigen und wann nicht. BewohnerInnen sollen weder überfürsorglich behandelt oder bevormundet noch überfordert oder vernachlässigt werden. Dies erfordert vor allem dann hohe Aufmerksamkeit von den Pflegekräften, wenn BewohnerInnen nicht (mehr) in der Lage sind, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern.

Einfühlsames Zuhören: Gespräche über alltägliche Dinge, Bedürfnisse und Wünsche sind PflegeheimbewohnerInnen wichtig. Dabei wollen sie nicht wie Kinder angesprochen oder bevormundet werden.

Nicht nur zum Leben, auch zum Sterben gehört Würde (van Gennip et al., 2013). Folgende Kriterien wurden von HeimbewohnerInnen für einen Tod in Würde genannt (Pleschberger, 2007): bis zum Lebensende aktiv zu sein, den eigenen Willen respektiert zu wissen und die Erlaubnis zum Sterben zu haben, keine Schmerzen ertragen zu müssen sowie mit nahestehenden Menschen zusammen zu sein, um sich von ihnen verabschieden zu können und damit diese nahestehenden Menschen dem Sterbenden Respekt und Achtung zeigen können. Außerdem sollte der Sterbeprozess nicht unnötig verlängert werden. Ein wichtiges Kriterium war der „richtige Zeitpunkt“: der Tod sollte eintreten, bevor Etwas geschah, das die Würde der HeimbewohnerInnen verletzte (z. B. Bettlägerigkeit, Unterstützung für jeden Handgriff benötigen). Die HeimbewohnerInnen wollten den Zeitpunkt des Todes jedoch nicht aktiv beeinflussen (Pleschberger, 2007).

Verletzungen der Menschenwürde und Würde in der Pflege

Die Bewahrung von Würde im Pflegekontext wird durch eine Vielfalt von Faktoren beeinflusst, wie beispielsweise die Qualität und Quantität von Ressourcen, Geschlecht, Alter, Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen des Pflegepersonals (Matiti, Cotrel-Gibbons, & Teasdale, 2007). Eine Verletzung der Würde ist wahrscheinlicher, wenn in einer Interaktion eine der beiden beteiligten Parteien (HeimbewohnerIn und Pflegekraft) in einer verletzbaren Position ist (z. B. durch Krankheit, Verwirrtheit, Schwäche oder Hilflosigkeit), das Verhältnis zwischen diesen beiden Parteien also asymmetrisch ist. Gefährdungen der Würde sind ebenfalls wahrscheinlicher, wenn der Kontext hierarchisch oder starr ist und mit einem Mangel an Ressourcen einher geht (Jacobson, 2009).

Ob die eigene Würde auch im Pflegeheim gewahrt wird, beurteilen PflegeheimbewohnerInnen unterschiedlich und ihre Wahrnehmung kann sich im Verlauf ihres Aufenthalts ändern (Oosterveld-Vlug et al., 2013). Angehörige, die gebeten wurden, die persönliche Würde von PflegeheimbewohnerInnen einzuschätzen, schätzten diese niedriger ein als die HeimbewohnerInnen selbst. Die Angehörigen konnten jedoch Verletzungen der Würde ihres pflegebedürftigen Angehörigen im Pflegeheim besser erkennen als die gleichzeitig befragten ÄrztInnen und Pflegekräfte (Oosterveld-Vlug, Onwuteaka-Philipsen, Pasman, van Gennip, & de Vet, Henrica C W, 2015).

Von HeimbewohnerInnen werden folgende Faktoren genannt, die ihre Würde gefährden könnten (Franklin et al., 2006; Hall, Dodd, & Higginson, 2014; Jakobsen & Sørli, 2010; Oosterveld-Vlug et al., 2013; Oosterveld-Vlug, Pasman, van Gennip, Willems, & Onwuteaka-Philipsen, 2013b; Pleschberger, 2007):

Ein Verlust an Autonomie aufgrund eines sich verschlechternden Gesundheitszustands und eine zunehmende Abhängigkeit von anderen Menschen (Pflegerkräften). Damit geht ein Verlust an Kontrolle einher (z. B. auf körperlicher Ebene hinsichtlich der Blasen- und Darmfunktion) und man muss sich bei alltäglichen, auch intimen Aktivitäten (wie z. B. beim Gang zur Toilette) helfen lassen. Ein Mangel an zeitlichen, personellen und anderen Ressourcen im Heim, der sich beispielsweise darin äußern kann, dass man längere Zeit auf Hilfe durch die Pflegekräfte warten muss.

Pflegekräfte, welche die BewohnerInnen so behandeln, als wären sie nicht in der Lage, selbst Entscheidungen zu treffen, bevormundet zu werden sowie unangemessene Reaktionen der Pflegekräfte in für BewohnerInnen peinlichen Situationen (z. B. unbeabsichtigt Urin verlieren).

Das Gefühl, anderen Menschen oder der Gesellschaft eine Last zu sein, keinen Sinn mehr im Leben zu sehen, sich wertlos zu fühlen, keine Privatsphäre zu haben sowie als Person nicht wahrgenommen zu werden (z. B. wenn Pflegekräfte über den Kopf von BewohnerInnen hinweg mit einer anderen Pflegekraft über sie sprechen und nicht mit ihnen).

Ein besonders hohes Risiko für eine Verletzung der Würde besteht beim Einzug in ein Pflegeheim, wenn neue BewohnerInnen privates Eigentum zurücklassen und sich an unbekannte Strukturen sowie Abläufe gewöhnen und sich daran halten müssen sowie diese nicht verändern zu können.

Angehörige nennen die gleichen Risikofaktoren (Hall et al., 2014; Heggestad et al., 2013), wobei ein Mangel an Respekt gegenüber BewohnerInnen sowie ein Mangel an Ressourcen (Zeitmangel der Pflegekräfte, Personalmangel sowie fehlende Fachkenntnisse, z. B. zur Kommunikation mit Demenzkranken) besonders betont werden.

Aus Sicht von Pflegekräften ist die Wahrung der Würde von BewohnerInnen wichtig (Oosterveld-Vlug et al., 2013a). Diese Würde kann beeinträchtigt werden durch a) zunehmende Abhängigkeit von anderen Menschen aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen, b) einen unerwarteten Umzug in ein Pflegeheim und die nicht gelingende Anpassung an die neue Situation, c) Personal- und Zeitmangel (BewohnerInnen mit verschmutzter Kleidung können beispielsweise nicht sofort umgezogen werden), d) Unvermögen von Pflegekräften, BewohnerInnen als Individuum oder in ihrem Menschsein wahrzunehmen (respektlose Kommunikation, kein vorheriges Ankündigen von pflegerischen Handlungen), sowie e) unnötige Schmerzen (Hall et al., 2014; Oosterveld-Vlug et al., 2013a). Interessanterweise hing aus Sicht von Pflegekräften und ÄrztInnen das Ausmaß der Würde von BewohnerInnen eng mit deren Charakter und Lebenseinstellung zusammen (Oosterveld-Vlug et al., 2013a).

Werden Pflegekräfte nicht gewürdigt, kann dies ihren Selbstrespekt gefährden und ihre Fähigkeit einschränken, die Würde von BewohnerInnen, deren Angehörigen und der eigenen KollegInnen zu respektieren (Gallagher, 2004). Faktoren, die ein Risiko für die Würde von Pflegekräften darstellen können, sind Zeitmangel (und der Wunsch für mehr Zeit für BewohnerInnen), ein Mangel an Pflegekräften sowie ein Mangel an Offenheit und Verständnis unter den KollegInnen (Jakobsen & Sørli, 2010).

Würde im Pflegekontext kann durch bestimmte Maßnahmen oder Aktivitäten gewahrt und gefördert werden (Franklin et al., 2006; Gallagher, 2004; Oosterveld-Vlug et al., 2013; Oosterveld-Vlug et al., 2013b; Oosterveld-Vlug et al., 2013a; Pfabigan, 2007):

Pflegekräfte können BewohnerInnen das Gefühl geben, dass sie ihr Leben kontrollieren können sowie über Autonomie verfügen, indem sie ihnen Wahlmöglichkeiten offerieren, sie in Entscheidungen einbeziehen und ihre Privatsphäre wahren. Die Autonomie kann beispielsweise durch den Einsatz von Hilfsmitteln, wie beispielsweise eines Rollstuhls, gefördert werden.

Pflegekräfte können BewohnerInnen ausdrücklich als Person wertschätzen, ihre Lebensgeschichte, ihre Werte und die ihnen wichtigen Gewohnheiten kennen und sie mit Aufmerksamkeit und Respekt behandeln, sodass sich diese ernst genommen und wahrgenommen fühlen. Dazu gehört, dass die BewohnerInnen dabei unterstützt werden, gepflegt auszusehen sowie sauber und angemessen gekleidet zu sein.

Die BewohnerInnen können dabei unterstützt werden, sich als Teil eines sozialen Netzwerks wahrzunehmen, von dem sie emotionale und praktische Unterstützung erfahren, am Leben von nahestehenden Menschen teilnehmen und anderen helfen können.

Pflegekräfte sollen beim Einzug von BewohnerInnen darauf achten, dass diese die ungewohnten Strukturen im Pflegeheim schnell kennenlernen und die neue Situation im Pflegeheim gut bewältigen können. Dazu gehört auch zu fragen, wie BewohnerInnen angesprochen werden möchten und welche Gewohnheiten ihnen wichtig sind.

Mit einer Verbesserung der Personalsituation erhalten BewohnerInnen dann Unterstützung, wenn sie sie benötigen, und zwar ohne Zeitdruck von Seiten der Pflegekräfte. Die Pflegekräfte hätten mehr Zeit zum Zuhören, gerade wenn BewohnerInnen ängstlich oder mutlos sind.

Rigide Abläufe im Pflegeheim könnten flexibler gehandhabt und besser an die Bedürfnisse der BewohnerInnen (und der Pflegekräfte) angepasst werden (z. B. Zeiten für das morgendliche Aufstehen bzw. abendliche Zubettgehen).

Eine gute Pflege ist eine Pflege, welche die Würde von HeimbewohnerInnen stärkt und zwar auf der körperlichen, der psychischen, der relationalen, der sozialen, der moralischen und der spirituellen Ebene (Gastmans, 2013). Um eine solche menschenwürdige Pflege in einem Pflegeheim umsetzen zu können, ist es wichtig, dass die Pflegekräfte über Kenntnisse zum Würdekonzept verfügen und dieses als mehrdimensionales Konzept wahrnehmen. Dadurch können sie Optionen entwickeln, anhand derer die Würde von HeimbewohnerInnen (und auch ihre eigene Würde) bewahrt werden kann (Franklin et al., 2006). Es kann nicht erwartet werden, dass Pflegekräfte die Würde von BewohnerInnen unterstützen, wenn sie das Konzept Würde nicht verstehen (Matiti et al., 2007).

Pflegekräfte sollten ihre eigenen Einstellungen zu Würde in Bezug auf Altern und alte Menschen reflektieren. Offenheit und Verständnis im Pflegeteam sind wichtig, um über ethische Aspekte vor, während und nach dem Auftreten von bestimmten Situationen zu reflektieren. Fort- und Weiterbildung sowie regelmäßige Supervision, in der auch der theoretische Kontext von Würde in Beziehung zu Menschenrechten sowie die

Wahrnehmung der eigenen Würde diskutiert werden, können zu einer menschenwürdigen Pflege beitragen (Franklin et al., 2006; Gallagher, 2004; Hall et al., 2014; Jakobsen & Sørlie, 2010; Oosterveld-Vlug et al., 2013a).

Dafür sollte bereits in der Ausbildung der Grundstein gelegt werden (Oosterveld-Vlug et al., 2013). Würde soll aufgrund seiner Bedeutung als eigenständiges Thema vermittelt und bearbeitet werden. Idealerweise sollen sich die zukünftigen Pflegekräfte nicht nur in ihrem eigenen Fach damit befassen, sondern sich interdisziplinär mit diesem Thema auseinandersetzen. So können sie die unterschiedlichen Sichtweisen der verschiedenen Berufsgruppen kennenlernen und sich ein ganzheitliches Bild von Würde machen (Matiti, 2015).

Ambulante Pflege

In der häuslichen oder ambulanten Pflege suchen die Pflegekräfte pflegebedürftige Menschen in ihrer privaten Umgebung auf. Das Zuhause ist ein Ort der Sicherheit, der Unabhängigkeit und der gewohnten Abläufe und Routinen. Aber auch in diesem Pflegekontext liegen Herausforderungen, welche die Würde der Beteiligten beeinträchtigen können (Holmberg, Valmari, & Lundgren, 2012). Zum Teil sind dies die gleichen Herausforderungen wie im stationären Bereich, zum Teil andere.

In einer schwedischen Studie (Holmberg et al., 2012) war es ambulant gepflegten Personen zur Wahrung ihrer Würde wichtig, dass die Pflegekräfte sie gut kennenlernten und ihre Autonomie und Integrität wertschätzten und respektierten. Die Pflegekräfte wurden dabei nicht als Gäste wahrgenommen, sondern als Fachkräfte, die Aufträge im Interesse der PatientInnen ausführten. Die Befragten berichteten von Situationen, in denen ihre Würde verletzt wurde. Sie schilderten auch ihre Möglichkeiten, Kontrolle auszuüben, indem sie sich beispielsweise beschwerten, wenn eine Pflegekraft sich nicht so verhielt, wie sie es erwarteten, und eine andere Pflegekraft anforderten. Dies taten sie aber nur dann, wenn es notwendig war, da der Wechsel der Pflegekräfte als belastend, evtl. sogar als Gefährdung ihrer Würde wahrgenommen wurde (Holmberg et al., 2012).

Ursachen für Verletzungen der Würde im ambulanten Bereich können auf strukturelle Gegebenheiten zurückgeführt werden, die direkt in der Pflegeversicherung begründet sind. Ein Beispiel ist die Abrechnung der Pflege in knapp bemessenen Minuten (Fix & Kurzke-Maasmeier, 2009) (zitiert in P.Hensen & C.Kölzer, 2011). So stellt sich die Frage, wie ein alter Mensch und die Pflegekraft eine „kleine Morgen-/Abendtoilette mit Transfer“ in den dafür vorgesehenen zwölf Minuten unter Wahrung der Menschenwürde bewältigen können (P.Hensen & C.Kölzer, 2011). Voraussetzungen wie diese machen es Pflegekräften schwer, Menschen zu Hause im Sinne der Pflegeversicherung („ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“) zu pflegen.

„Monetäre Einflüsse“ (P.Hensen & C.Kölzer, 2011) sind die Basis der meisten strukturellen Versorgungsprobleme. Angesichts der demografischen Entwicklung werden sich diese vermutlich zuspitzen mit der Folge, dass der ökonomische Druck auf die häusliche Pflege weiter steigen wird. Diese Entwicklung wird sich auf die Einhaltung der Menschenwürde in der häuslichen Pflege auswirken (P.Hensen & C.Kölzer, 2011).

Dignity of risk

Als Pflegekraft die Würde und Autonomie von (demenzkranken) BewohnerInnen zu wahren, kann schwierig sein (Oosterveld-Vlug et al., 2013a). Ein typisches Beispiel ist, einerseits dem Wunsch von BewohnerInnen, die nicht gewaschen werden möchten, zu entsprechen und damit ihre Autonomie zu wahren, und andererseits dafür zu sorgen, dass deren Würde nicht beeinträchtigt wird durch einen üblen Körpergeruch. In einer solchen Situation versuchten Pflegekräfte beispielsweise, die BewohnerInnen im Gespräch zu überzeugen, sich mit ihrer Unterstützung zu waschen, hatten dabei aber oft das Gefühl, Druck oder Zwang auszuüben. Die Folge war ein starkes Gefühl der Unzulänglichkeit bei den Pflegekräften (Jakobsen & Sørli, 2010).

Das Prinzip der „dignity of risk“ erlaubt dem Individuum, Risiken einzugehen und damit seine Würde zu wahren, was zu einer Zunahme seiner Lebensqualität und persönlichen Weiterentwicklung führen kann (Ibrahim & Davis, 2013). So wird es beispielsweise BewohnerInnen trotz ihres höheren Risikos zu stürzen und sich zu verletzen ermöglicht, sich frei fortzubewegen. Angesichts rechtlicher und finanzieller Konsequenzen werden PflegeheimbewohnerInnen in vielen Fällen daran gehindert, zur Wahrung ihrer Würde Risiken einzugehen. Dies betrifft vor allem Personen mit einer Demenzerkrankung. Im Rahmen der „dignity of risk“ wird dafür plädiert, dass Pflegekräfte die (noch vorhandene) Entscheidungsfähigkeit von (dementen) PflegeheimbewohnerInnen anerkennen und respektieren. Dignity of risk kann dadurch auf den Weg gebracht werden, dass alle Beteiligten gemeinsam versuchen, eine Übereinstimmung zwischen Würde und anderen Werten, für die man eintreten möchte, und Maßnahmen zum Schutz von BewohnerInnen zu erreichen. Auch Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals und gesetzlicher BetreuerInnen zu beispielsweise rechtlichen Aspekten zum Schutz von BewohnerInnen bzw. zu ihrer Autonomie können die dignity of risk befördern (Ibrahim & Davis, 2013).

Ob in einer Situation die Würde von alten Menschen verletzt oder gestützt wird, ist nicht immer eindeutig zu beantworten: Auf einer Fotografie ist eine alte Frau mit einer Gehilfe zu sehen sowie eine sehr gepflegte Pflegekraft in Uniform. Die Strickjacke der alten Frau ist falsch zugeknöpft. Wird die Würde dieser alten Frau durch ihre nicht korrekte Kleidung verletzt, gerade angesichts der neben ihr stehenden, überaus korrekt gekleideten Pflegekraft? Oder ist die falsch zugeknöpfte Strickjacke ein Anzeichen von Würde, da sich die alte Frau möglicherweise mit viel Mühe ihre Strickjacke selbst und ohne Hilfe von anderen zugeknöpft hat (Gallagher, 2004)?

Das Konzept ‚Menschenwürde‘ als Indikator für die Qualitätsmessung in der Pflege

Die Aufrechterhaltung des Konzepts „Menschenwürde“ in der Pflege ist ein signifikanter Prädiktor für die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal und der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Pflegeheim und damit für die Lebensqualität von Heimbewohnern (Burack et al., 2012, zitiert in Oosterveld-Vlug et al., 2013).

Indirekt können also vom Konzept „Menschenwürde“ über das Konzept „Lebensqualität“ Kriterien oder Indikatoren für die Qualitätsmessung in der Pflege abgeleitet werden.

15.4 Rechtliche Aspekte

Das Grundgesetz schreibt die Achtung vor der Menschenwürde in Artikel 1 Absatz 1 fest: "Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt."

Die Achtung vor der Menschenwürde steht vor allem anderen.

Von der im Grundgesetz garantierten Unantastbarkeit der Menschenwürde kann das Gebot der Wahrung der körperlichen Integrität abgeleitet werden. Wer dieses Gebot nicht achtet, macht sich in diesem Falle der Körperverletzung nach § 223 ff, StGB strafbar. Wird beispielsweise die Körperpflege gegen den Willen von PatientInnen durchgeführt, ist dies eine Missachtung der körperlichen Integrität (Plenter, 2002).

Die Pflegeversicherung greift in § 2, Abs. 1 des Elften Sozialgesetzbuches den Begriff Menschenwürde auf: „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.“

Das moderne Recht sieht die Sicherung der Würde vorwiegend als Sicherung der Autonomie des handelnden Menschen (Klie, 2005). So sind beispielsweise HeimbetreiberInnen grundsätzlich verpflichtet, BewohnerInnen vor Verletzungen zu schützen. Die Grundrechte der BewohnerInnen, ihr Recht auf Fortbewegungsfreiheit, auf eine freie Entfaltung der Persönlichkeit und insbesondere ihre Menschenwürde müssen jedoch mitberücksichtigt werden. Gemäß eines Urteils des Bundesgerichtshofes vom 28.04.2005 (Az. III ZR 399/04) muss im Einzelfall stets geprüft werden, ob ein Sturz zum allgemeinen Lebensrisiko zählt oder ob eine spezifische Obhutspflicht bestand. Hierbei sind alle Pflichten begrenzt auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die für BewohnerInnen und Pflegekräfte zumutbar und mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand umsetzbar sind. In der beschützenden Abteilung eines Heimes sind jedoch im Einzelfall besondere Vorkehrungen zu treffen, die eine Verletzung von HeimbewohnerInnen verhindern (Oberlandesgericht München, Urteil vom 23.02.2006, Az. 8 U 489/05) (Oberhauser, 2014).

15.5 Gibt es Mindeststandards?

In der Literatur werden keine Mindeststandards beschrieben.

15.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Explizit zu Menschenwürde oder Würde in der Pflege wurden keine Mindestanforderungen gefunden.

Als Mindestanforderung kann aber die Aussage des Sozialethikers Ruh verstanden werden, der für eine „Würde der Abhängigkeit“ plädiert. Er nennt als einzige

Grundbedingung für einen würdevollen Umgang mit Menschen, die pflegebedürftig sind, „die Menschen auch in einer solchen Verfassung gern zu haben und ihnen das zu zeigen“ (Ruh, 2005 zitiert nach Unger, 2007).

Als eine weitere Mindestanforderung kann die Berücksichtigung des Themas Würde in der Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften gesehen werden, damit eine Auseinandersetzung zum beruflichen Verhalten in Bezug auf Menschenwürde und menschenwürdiger Pflege stattfinden kann.

15.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Das Konzept ‚Menschenwürde‘ ist als Kennzeichen von Pflege hochbedeutsam, aber in seiner Komplexität für die Qualitätsmessung nicht geeignet.

15.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Aspekte stehen mit „Menschenwürde“ in Beziehung: Selbstbestimmung, Sicherheit, Sterben und SAPV/Palliativversorgung, Förderung eigenständiger Lebensführung, Kommunikation, Beziehungsgestaltung, Pflegefachlichkeit, Internes QM, Fortbildung, Personalentwicklung, Arbeitsbedingungen, Förderung des Selbstvertrauens, Privatsphäre, Wertschätzung.

15.9 Literaturverzeichnis

- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A.-L., & Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 59(6), 635–643.
- Burack, O., Weiner, A., Reinhardt, J., & Annunziato, R. (2012). What matters most to nursing home elders: quality of life in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 48–53.
- Deutscher Ethikrat (2012). *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme*. Berlin. Retrieved November 17, 2015, from <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf>.
- Fenton, E., & Mitchell, T. (2002). Growing old with dignity: a concept analysis. *Nursing older people*, 14(4), 19–21.
- Fix, E., & Kurzke-Maasmeier, S. (Eds.) (2009). *Das Menschenrecht auf gute Pflege. Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Franklin, L.-L., Ternstedt, B.-M., & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing ethics*, 13(2), 130–146.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity—two key health professional values: implications for nursing practice. *Nursing ethics*, 11(6), 587–599.

- Gastmans, C. (2013). Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. *Nursing ethics*, 20(2), 142–149.
- Hall, S., Dodd, R. H., & Higginson, I. J. (2014). Maintaining dignity for residents of care homes: a qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 35(1), 55–60.
- Heggestad, A. K. T., Nortvedt, P., & Slettebø, A. (2013). Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia (London, England)*, 14(6), 825–841.
- Holmberg, M., Valmari, G., & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 705–712.
- Ibrahim, J. E., & Davis, M.-C. (2013). Impediments to applying the 'dignity of risk' principle in residential aged care services. *Australasian journal on ageing*, 32(3), 188–193.
- International Council of Nurses (2012). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. Retrieved November 08, 2015, from <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>.
- Jacobson, N. (2009). A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC International Health and Human Rights*, 9(3), 1–9.
- Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nursing ethics*, 17(3), 289–300.
- Klie, T. (2005). Würdekonzepkt für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 268–272.
- Matiti, M., Cotrel-Gibbons, E., & Teasdale, K. (2007). Promoting patient dignity in healthcare settings. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987, 21(45), 46-52; quiz 54.
- Matiti, M. R. (2015). Learning to promote patient dignity: an inter-professional approach. *Nurse education in practice*, 15(2), 108–110.
- Nordenfelt, L. (2004). The Varieties of Dignity. *Health Care Analysis*, 12(2), 69–81.
- Oberhauser, A. (2014). Sicherheit versus Bewegungsfreiheit. *Heilberufe*, 66(1), 34–35.
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. R. W., van Gennip, I. E., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013a). Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC health services research*, 13, 353.
- Oosterveld-Vlug, M. G., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Pasman, H. R. W., van Gennip, I. E., & de Vet, Henrica C W (2015). Can personal dignity be assessed by others? A survey study comparing nursing home residents' with family members', nurses' and physicians' answers on the MIDAM-LTC. *International journal of nursing studies*, 52(2), 555–567.
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. R. W., van Gennip, I. E., Muller, M. T., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 97–106.
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H., van Gennip, I. E., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013b). Changes in the Personal dignity of Nursing Home Residents: A Longitudinal Qualitative Interview Study. *PLoS ONE*, 8(9), 1–8.

- P.Hensen & C.Kölzer (Ed.) (2011). *Häusliche Pflege zwischen Ökonomie und Menschenwürde*. Wiesbaden: Springer VS.
- Pfabigan, D. (2007). Menschenwürde und pflegerisches Handeln. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 157(9/10), 193. Retrieved November 08, 2015, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2007/70178.pdf>.
- Plenter, C. (2002). Die Menschenwürde darf nicht angetastet werden Therapiebegrenzung und -abbruch aus pflegerischer Sicht. *Pflegezeitschrift*, 55(11), 813. Retrieved October 05, 2015, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2002/30219.pdf>.
- Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age and ageing*, 36(2), 197–202.
- Pullman, D. (1999). The Ethics of Autonomy and Dignity in Long-Term Care. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 18(2), 26–46.
- Ruh, H. (2005). Für eine Würde der Abhängigkeit. *Neue Zürcher Zeitung (NZZ)*, 10.
- Unger, F. (Ed.) (2007). *Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert*. Heidelberg: Springer.
- van Gennip, I. E., Pasman, H. R. W., Oosterveld-Vlug, M. G., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *International journal of nursing studies*, 50(8), 1080–1089.
- Vereinte Nation (1948). Resolution der Generalversammlung 217 A. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Präambel. Artikel 1. Retrieved November 16, 2015, from <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>.

16 Erläuterungen zum Kennzeichen „Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung“

16.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie werden Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung (in der Pflege) definiert?
- Welche Bedeutung haben Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung für Pflegebedürftige, Angehörige und für MitarbeiterInnen in der Pflege?
- Wodurch werden Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung beeinträchtigt?
- Wie gestaltet sich Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung außerhalb von Alten- und Pflegeheimen?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

16.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Einrichtungen der stationären Altenhilfe haben sich derzeit mit der zentralen Herausforderung zu befassen, Palliativversorgung und Hospizkultur zu entwickeln. Dazu müssen geeignete institutionelle Rahmenbedingungen und Kooperationsstrukturen geschaffen sowie eine fachlich und ethisch fundierte Sterbekultur (weiter)entwickelt werden. Solche Organisationsentwicklungsprozesse müssen „grundsätzlich interprofessionell, interdisziplinär, interkompetent und radikal bewohnerInnenzentriert und mitarbeiterInnenorientiert“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., & Bundesärztekammer, 2012) sein. Das Ziel ist, „dass Menschen ihr Sterben leben, das heißt, ihren Werten und Bedürfnissen folgend gestalten können“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. et al., 2012). Dies gilt für alle Menschen unabhängig vom Sterbeort.

Der Erfolg dieses Wandels einer bestehenden Organisationskultur zu einer palliativen Kultur hängt stark davon ab, wie gut sich die Pflegeheime mit anderen Diensten, Organisationen, Kommunen und BürgerInnen vernetzen können (Heimerl & Schuchter, 2013). Aber auch davon, wie in Pflegeheimen die folgenden zentralen Herausforderungen angegangen werden: a) die Frage nach der verbleibenden Lebenszeit (Wann soll mit der Palliativversorgung begonnen werden?), b) die medizinische Versorgung (Reicht die vorhandene medizinische Versorgung aus bei erhöhter Symptombelastung oder beim Sterbeprozess?), c) Fort- und Weiterbildungen (Welche Qualifizierungsangebote gibt es für examinierte Pflegekräfte, aber auch für Pflegehilfskräfte und andere MitarbeiterInnen in Pflegeheimen?), d) die Unterschiede in der Qualität der palliativen Versorgung in Pflegeheimen und Hospizen, e) die Zugänglichkeit zu palliativen Angeboten für PflegeheimbewohnerInnen, f) die Berücksichtigung der Wünsche der (dementen) Sterbenden, g) Angebote zur Trauerbegleitung für Angehörige wie auch zur Trauerarbeit für die MitarbeiterInnen sowie h) die Berücksichtigung von kulturellen Aspekten

(z. B. Sterbebegleitung für und mit Menschen unterschiedlichen Glaubens) (Pleschberger, 2006).

Schwerkranke Menschen, bei denen die *allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)* aufgrund ihres intensiven palliativen Versorgungsbedarfs nicht ausreicht, haben zusätzlich Anspruch auf eine *spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)*. Die SAPV ist ein intensiviertes, multiprofessionelles palliativmedizinisches Unterstützungsangebot und umfasst palliativärztliche und palliativmedizinische Beratung, Koordinationsleistungen bzw. (Teil-)Versorgung und ist jeden Tag rund um die Uhr erreichbar. Das Team aus SpezialistInnen arbeitet nicht nur eng mit den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen, sondern auch mit niedergelassenen ÄrztInnen, Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. SAPV zielt darauf ab, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung der betreuten PatientInnen (und ihres sozialen Umfelds) zu verbessern oder so weit wie möglich zu erhalten. Die PatientInnen sollen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod führen können, sei es Zuhause, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einem stationären Hospiz (Alt-Epping & Nauck, 2015) (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., 2009).

16.3 Stand der Literatur

Definition und Beschreibung von Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung (in der Pflege)

In einem Vergleich der Sterbeorte in ausgewählten Regionen in Westfalen-Lippe wurde festgestellt, dass im Jahr 2011 19 % der Verstorbenen in einem Alten- oder Pflegeheim verstarben, 51 % in einem Krankenhaus und 23 % im häuslichen Umfeld. Im Vergleich mit zehn Jahren zuvor zeigte sich eine deutliche Verlagerung der Sterbeorte weg vom häuslichen Umfeld und Krankenhaus hin zu Alten- oder Pflegeheimen, aber auch zu Hospizen und Palliativstationen. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer Demenzerkrankung und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, in einem Alten- oder Pflegeheim zu sterben, war eine weitere Erkenntnis. Vor allem alleinstehende Frauen sterben in einem Alten- oder Pflegeheim oder Hospiz, während Männer eine höhere Chance haben, am Lebensende im häuslichen Umfeld betreut zu werden und dort zu sterben (Dasch, Blum, Gude, & Bausewein, 2015; Sauer, Müller, & Rothgang, 2015). Internationale Studien stellen ebenfalls fest, dass Menschen überwiegend in Institutionen versterben und dass die Anzahl der Sterbefälle in Alten- oder Pflegeheimen zunimmt (Dasch et al., 2015). Diese Entwicklung wird angesichts des demographischen Wandels voraussichtlich konstant bleiben, evtl. sich sogar noch verstärken (Sauer et al., 2015).

Obwohl in einer repräsentativen Umfrage des Zentrum für Qualität in der Pflege (2013) gut die Hälfte der Befragten angab, Zuhause sterben zu wollen, und lediglich 4 % in einer stationären Pflegeeinrichtung, beenden viele Menschen ihr Leben in einem Alten- oder Pflegeheim.

Mit dem Begriff Sterbebegleitung werden Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen bezeichnet. Diese Maßnahmen umfassen nicht nur die körperliche Pflege, das Löschen von Durst- und Hungergefühlen und die Verringe-

zung von Übelkeit, Angst und Atemnot, sondern auch die menschliche Zuwendung und der seelsorgerische Beistand, die die betroffene Person und ihre Angehörige und Zugehörigen (mit den Pflegebedürftigen nicht verwandte Personen wie FreundInnen oder NachbarInnen), erleben (Nationaler Ethikrat, 2006).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte im Jahr 2002 folgendes ganzheitliches Betreuungskonzept zur Begleitung von sterbenden Menschen: „Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (World Health Organization, 2002). Die SAPV ist ein intensivierte, multiprofessionelles (ambulantes) palliativmedizinisches Unterstützungsangebot (Alt-Epping & Nauck, 2015).

Weder die Sterbebegleitung noch die palliative Versorgung zielen auf eine absichtliche Verkürzung oder Beendigung des Sterbeprozesses (*Sterbehilfe*).

Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. et al., 2012) hat zum Ziel, die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern. Dazu sollen fünf Bereiche fokussiert und in ihrer Entwicklung vorangebracht werden. In fünf Leitsätzen werden Aufgaben, Ziele und Handlungsbedarfe in diesen fünf Bereichen formuliert: 1) gesellschaftliche Herausforderungen, 2) Anforderungen an die Versorgungsstrukturen, 3) Aus-, Weiter- und Fortbildung, 4) Entwicklungsperspektiven und Forschung sowie 5) die europäische und internationale Dimension.

Die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Sterbebegleitung und palliativer Versorgung in Pflegeeinrichtungen ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Zu den Voraussetzungen gehört eine Gestaltung der institutionellen Abläufe, die sich an den Bedürfnissen schwerkranker und sterbender Menschen orientiert, wie eine hohe Kontinuität in der Pflege, Betreuung und Begleitung. Weitere Voraussetzungen sind eine ausreichende Qualifikation und kontinuierliche Qualifizierung der MitarbeiterInnen (u. a. 160 Stunden Fortbildung in Palliative Care), die Sicherung der Qualität der Versorgung sowie die Förderung der Zusammenarbeit (Casemanagement) mit Fachleuten aus unterschiedlichen Bereichen (z. B. Palliativmedizin, Apotheke, Hospizdienste, Seelsorge), mit ehrenamtliche HospizhelferInnen und mit Angehörigen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. et al., 2012).

Bedeutung von Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung für Pflegebedürftige, Angehörige und für MitarbeiterInnen in der Pflege

Ursprünglich wurde die Palliativversorgung vorwiegend für Menschen mit einer Tumorerkrankung entwickelt, die an akuten Symptomen litten und deren verbleibende Lebenserwartung eher gering war. Für eine Sterbebegleitung und palliative Versorgung, die sich an (sehr) alte, oft mehr oder weniger alleinstehende, pflegebedürftige, mehrfach-chronisch Kranke richtet, müssen die Konzeptionen an die Bedürfnisse und Bedarfe dieser Personengruppe angepasst werden. Dazu gehört, palliative Versorgung und hospizliche Unterstützung nicht erst nach Beendigung kurativer Maßnahmen auf die letzten Lebenswochen oder Lebensstage zu begrenzen, sondern deutlich früher damit zu beginnen (Davies & Higginson, 2008).

Dass palliative Versorgung nicht erst in der Sterbephase angezeigt ist, sondern lange vorher, wird in einer Studie zu den Bedürfnissen von schwerkranken BewohnerInnen in Pflegeheimen deutlich. So litten viele der interviewten BewohnerInnen an starken chronischen Schmerzen. Wird die Palliativversorgung lediglich als terminale Versorgung verstanden, wird sie zu spät eingesetzt und die Lebensqualität der BewohnerInnen dadurch unnötig beeinträchtigt. Palliativversorgung sollte bereits dann beginnen, wenn belastende Symptome, wie beispielsweise Luftnot oder Schmerzen, auftreten oder wenn BewohnerInnen psychosoziale oder spirituelle Bedürfnisse äußern (Strohbuecker, Eisenmann, Galushko, Montag, & Voltz, 2011; Müller & Wistuba, 2014). Gerade dann benötigen (sehr) alte Menschen umfassende körperliche, seelische, soziale und spirituelle Begleitung und Pflege, die bis zu Jahre dauern kann. Palliative Care für sehr alte Menschen ist keine End-of-Life Care, sondern eine „Lebensbegleitung bis zuletzt“ (Heimerl & Schuchter, 2013). Dies gilt auch für Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung (Froggatt, Wilson, Justice, & et al., 2006).

In einer Befragung des Zentrum für Qualität in der Pflege (2013) nannten die Befragten ebenfalls Aspekte der Palliativversorgung. Besonders wichtig für eine gute Versorgung am Ende ihres Lebens war ihnen eine maximal mögliche Linderung von Schmerzen, Übelkeit und Luftnot, Unterstützung im Umgang mit Angst und Trauer sowie die Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Zudem nannten sie psychosoziale Aspekte, Abschied nehmen zu können, Freude zu erleben sowie über den Behandlungsprozess selbst entscheiden zu können (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2013).

Alte, schwerkranke Menschen wünschen sich, beim Sterben nicht alleine zu sein und bis zuletzt an einem vertrauten Ort umgeben von vertrauten Menschen leben zu können. Sie möchten zudem letzte Dinge regeln können sowie nicht unter starken Schmerzen und belastenden Symptomen leiden müssen. Sie möchten auch die Frage nach dem Sinn stellen dürfen und die Frage nach dem Danach erörtern können (Müller, 2011b).

Während viele Herausforderungen durch eine allgemeine ambulante Palliativversorgung bewältigt werden können, ist SAPV angezeigt bei BewohnerInnen, die an Morbus Parkinson, Arthritis, Rheuma oder anderen chronischen Erkrankungen leiden. Allerdings müssen die erforderlichen Rahmenbedingungen in den Pflegeheimen, wie beispielsweise ausreichende Kenntnisse der PflegeheimmitarbeiterInnen und ÄrztInnen hinsichtlich der Palliativversorgung, vorhanden sein (Strohbuecker et al., 2011).

Die MitarbeiterInnen in Pflegeheimen und auch in Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenzerkrankung, sind sehr motiviert und engagiert beim Ziel, ihren BewohnerInnen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, auch wenn dies gerade in den letzten Tagen und Wochen des Sterbenden viel persönliches Engagement erfordert (Müller, 2011b; Reitinger, Pleschberger, & Schumann, 2010).

In zwei Berliner Studien sahen die Pflegekräfte in mehreren Pflegeheimen ihre Aufgabe auch darin, BewohnerInnen im Sterbeprozess zu begleiten und zwar in vertrauter Umgebung. Sie versuchten deshalb trotz starker Arbeitsbelastung und geringer Kenntnisse in Palliativ Care, Sterbebegleitung umzusetzen, was ihnen in unterschiedlicher Qualität gelang. Die Pflegekräfte waren deutlich zufriedener mit der Sterbebegleitung, wenn BewohnerInnen nicht in einem Krankenhaus, sondern im Pflegeheim starben. Im Pflegeheim verstarben häufiger BewohnerInnen, deren Tod erwartet wurde und bei denen ÄrztInnen, Angehörige, Palliative Care-Fachkräfte und der Hospizdienst in die Sterbebegleitung eingebunden werden konnten. Sehr

oft war das Personal direkt an der Sterbebegleitung beteiligt und in der Hälfte der Fälle bei den Sterbenden zum Zeitpunkt des Todes. Absprachen hinsichtlich des Sterbeorts wurden mit BewohnerInnen, aber vorwiegend mit Angehörigen getroffen. Die meisten Angehörigen wussten vom bevorstehenden Tod der BewohnerInnen und waren an der Sterbebegleitung beteiligt. Knapp ein Fünftel der Angehörigen war beim Todeszeitpunkt anwesend. Angehörige, die bereits vor der Sterbephase eingebunden waren, direkt in die Sterbebegleitung einbezogen und beim Todeszeitpunkt anwesend waren, bewältigten den Sterbeprozess besser (Müller, 2011b; Müller & Woskanjan, 2009, zitiert in Müller, 2011a; Lindena, Woskanjan, & Müller, 2011, zitiert in Müller, 2011b).

Die Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung (George, 2014) weisen darauf hin, dass die Kontrolle der Symptome und die Schmerztherapie in den meisten Fällen gelangen. Ein würdevolles Sterben war aus Sicht von mehr als Dreiviertel der Befragten grundsätzlich möglich wie auch ein würdiger Umgang mit den Toten. In mehr als 60 % der stationären Pflegeeinrichtungen waren Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige vorhanden. Angehörige wurden in die pflegerische Versorgung eingebunden, doch stellte dies nicht die Regel dar (George, 2014).

Angesichts des im November 2015 verabschiedeten Gesetzentwurfs zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland kann erwartet werden, dass Advance Care Planning, also vorausschauende Planung in Pflegeheimen vermehrt Zugang finden wird.

Advance Care Planning ist eine Möglichkeit der gesundheitlichen Vorausplanung, die eine Alternative oder Ergänzung zur Patientenverfügung darstellt. Es handelt sich dabei um einen Prozess zur Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen, Angehörigen und Zugehörigen sowie mit ÄrztInnen und vertrauten Pflegepersonen. In diesen Gesprächen werden Wünsche, Ziele und Grenzen möglicher medizinischer Behandlungen diskutiert sowie Werte, Ressourcen, Hoffnungen und Lebensziele der Betroffenen dokumentiert. Auch Seelsorge oder Anwesenheit von Angehörigen u. ä. können festgelegt werden. Ziel ist es, eine Vorausplanung zu erstellen, die allen an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Personen zur Verfügung gestellt wird, sodass diese bei Bedarf (d. h. im Falle akuter Komplikationen oder gesundheitlicher Verschlechterung) Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen festlegen können (Schmitt, 2013). Die Einführung von Gesprächen zur vorausschauenden Planung in der stationären Altenpflege wirkt sich in mehrfacher Weise positiv aus. So fühlen sich alte Menschen weniger hilflos und weniger ohnmächtig hinsichtlich ihres Lebensendes. Die BewohnerInnen zeigen ein höheres emotionales Wohlbefinden, weniger emotionalen Stress und weniger Angst in ihrer letzten Lebenswoche (Vandervoort, Houttekier, Stichele, & van der Steen, 2014). Die Lebensqualität der BewohnerInnen in der Sterbephase erhöht sich und ihre Behandlungswünsche werden häufiger berücksichtigt. Außerdem werden die BewohnerInnen deutlich seltener ohne konkrete medizinische Indikation ins Krankenhaus überwiesen. Die An- und Zugehörigen äußern eine höhere Zufriedenheit mit der Sterbephase und zeigen niedrigere Werte für posttraumatische Stressreaktionen, Depression und Angst (Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010). Für Pflegekräfte ermöglicht diese vorausschauende Planung sich der eigenen Sterblichkeit und persönlicher Vorstellungen dazu bewusst zu werden und sich intensiv damit auseinander zu setzen (Jeong, Higgins, & McMillan, 2010).

Wenn Pflegeheime palliative Konzeptionen umsetzen, sollte die Umsetzung regelmäßig evaluiert werden, um feststellen zu können, was von der Konzeption bei BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und Angehörigen ankommt (z. B. anhand des Palliative Care Mapping; Kostrze-

wa, 2010). Ein kürzlich entwickeltes Qualitätssiegel soll stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, die bereits eine gute oder sehr gute Versorgungsqualität in der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen vorweisen können, auszeichnen, aber auch Einrichtungen bei der Entwicklung von dazu notwendigen Versorgungsprozessen unterstützen (George & Banat, 2014).

Beeinträchtigungen in Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung

In einer Befragung des Zentrum für Qualität in der Pflege (2013) gaben 85 % der Befragten an, bereits einen sterbenden Menschen gepflegt oder begleitet zu haben. Ein Viertel davon bewertete den Versorgungsprozess des Verstorbenen als ungenügend.

Folgende Faktoren können die Sterbebegleitung und palliative Versorgung in Alten- und Pflegeheimen negativ beeinflussen:

Während bei KrebspatientInnen die letzte Lebensphase gut abzugrenzen und der weitere Verlauf mehr oder weniger vorhersagbar sind, ist dies bei (sehr) alten, multimorbiden Menschen oft nicht möglich. Die Prognose der verbleibenden Lebenszeit, die zur Frage führt, wann mit einer Palliativversorgung im Pflegeheim begonnen werden soll, ist eine Herausforderung. Der Bedarf an hospizlicher oder palliativer Versorgung wird oft nicht erkannt oder akzeptiert (Müller & Wistuba, 2014).

Viele Pflegekräfte nennen einen Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen (qualifizierte Pflegekräfte, SeelsorgerInnen, ÄrztInnen) für die Betreuung von Sterbenden. Dies ist möglicherweise eine Ursache für das Ergebnis, dass viele Sterbende alleine versterben. In kleineren Einrichtungen sowie in Einrichtungen in ländlichen Regionen sind die Bedingungen besser (George, 2014; Jenull-Schiefer, Mayr, & Mayring P., 2006).

Viele Pflegekräfte fühlen sich auf die Betreuung von sterbenden Menschen nicht ausreichend vorbereitet. Sie wünschen vor allem Kenntnisse in Palliativmedizin und Palliativpflege, über das Verhalten in Notfällen und Gesprächsführung mit Angehörigen, Anerkennung der Betreuungs- und Begleitungsaufgaben als vollwertige Tätigkeit, Vermeidung von Überlastung sowie sinnvolle, verlässlich wahrnehmbare Bildungsangebote (Müller & Woskanjan, 2009, zitiert in Müller, 2011a). Fast die Hälfte der Befragten einer Studie hatte seit der Ausbildung keine für die Arbeit mit Sterbenden qualifizierende Fortbildung besucht (George, 2014). Auch die nichtpflegenden MitarbeiterInnen im Pflegeheim fühlen sich nicht vorbereitet und bezeichnen sich als wenig kompetent im Umgang mit trauernden Angehörigen (Maier, Püschel, & Eigler, 2012).

MitarbeiterInnen in der Altenpflege (Pflegekräften und anderen) fällt es schwer, mit PflegeheimbewohnerInnen über deren nahenden Tod zu sprechen. Noch schwerer fällt es ihnen, bei Angehörigen Tod und Sterben anzusprechen, weshalb solche Gespräche oft vermieden werden. Die MitarbeiterInnen fühlen sich bei diesem Thema im Umgang mit den Angehörigen hilflos. Interessanterweise ging eine regelmäßige berufliche Konfrontation mit den Themen Tod und Sterben mit keiner ausgeprägten Belastung der MitarbeiterInnen einher. Dies kann mit den Angaben der MitarbeiterInnen, sich zum eigenen Schutz mit diesem Thema nicht vertieft auseinander zu setzen, erklärt werden (Jenull-Schiefer et al., 2006).

Bei (angehenden) Pflegekräften und anderen MitarbeiterInnen in Pflegeheimen fehlt es an Wissen. So setzten in einer österreichischen Studie (Rauscher, Pervan-Al Soquauer, Schober,

Spracjer, & Pervoan, 2013) die Pflegekräfte Palliative Care gleich mit End of Life Care. Nur wenigen war bewusst, dass Palliative Care bereits deutlich früher beginnt. Angesichts des schlechten Gesundheitszustands vieler alter Menschen beim Zeitpunkt ihres Einzugs ins Pflegeheim fällt der Beginn von Palliative Care oft mit dem Heimeinzug zusammen. Es entstand zudem der Eindruck, dass nicht alle MitarbeiterInnen wussten, was unter Supervision und anderen Unterstützungsangeboten zu verstehen ist und was sie leisten können, und diese Angebote deshalb nicht wahrnahmen (Rauscher et al., 2013). Müller (2011b) stellt fest, dass SAPV in vielen Pflegeheimen unbekannt ist. Auch bei AltenpflegeschülerInnen (Bemmann & Klewer, 2014) zeigten sich Wissenslücken und zwar hinsichtlich SAPV und ambulanten Hospizdiensten, zu Berufsgruppen, die in die Palliativversorgung integriert sind, zu Palliative Care bei Menschen mit einer Demenzerkrankung sowie zu (Neben-)Wirkungen von Medikamenten. Aus Sicht der AutorInnen war besonders bedenklich, dass Versorgungsstrukturen der Palliative Care, die für die Altenpflege relevant sind, nur lückenhaft bekannt waren (Bemmann & Klewer, 2014). Die gegenwärtigen Aus- und Fortbildungsmaßnahmen werden den Anforderungen von Palliative Care nicht gerecht (Bemmann & Klewer, 2014).

Es fehlen Kooperationen mit kompetenten ÄrztInnen sowie unterstützenden KooperationspartnerInnen und Initiativen. Möglicherweise trägt dies zu einem Ergebnis aus einer Studie (George, 2014) bei, wonach von einem Viertel der Befragten unnötige Lebensverlängerungen genannt werden. Eine Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen ist vielerorts selten, die Befragten können sich eine solche Zusammenarbeit jedoch gut vorstellen (George, 2014; Müller, 2011b; Jenull-Schiefer et al., 2006).

Die BewohnerInnen werden in den Pflegeheimen meistens durch HausärztInnen (AllgemeinmedizinerInnen) medizinisch betreut, die jedoch oft anderweitig bereits (zeitlich) stark in Anspruch genommen sind und für die Gruppe der HeimbewohnerInnen nicht immer genügend Sensibilität und Qualifikation aufbringen. In einer Berliner Befragung wurden die BewohnerInnen in ihrem letzten Lebensmonat durchschnittlich nur zweimal von ÄrztInnen besucht. Das weist darauf hin, dass die Besuche nicht immer den Bedürfnissen und Beschwerden der BewohnerInnen angepasst waren. Zudem führten die Besuche der ÄrztInnen wegen schwerer Symptome im letzten Lebensmonat häufiger dazu, dass BewohnerInnen in ein Krankenhaus eingewiesen wurden: von den 20 % der BewohnerInnen, die an ihrem letzten Tag im Pflegeheim von einem Arzt oder einer Ärztin besucht wurden, wurde die Hälfte in ein Krankenhaus eingewiesen (Müller, 2011b; Lindena et al., 2011, zitiert in Müller, 2011b).

Ungefähr 30 % der PflegeheimbewohnerInnen versterben innerhalb der ersten drei Monate nach ihrem Einzug ins Pflegeheim (Nationaler Ethikrat, 2006). Die Multimorbidität und vor allem demenzielle Erkrankungen bei den BewohnerInnen nehmen zu; die BewohnerInnen sind oft alleinstehend, da der oder die EhepartnerIn bereits verstorben ist. Wichtige Entscheidungen müssen von anderen Angehörigen oder Zugehörigen sowie von den MitarbeiterInnen getroffen werden (Müller, 2011b).

Und schließlich herrscht in vielen Pflegeheimen, nicht zuletzt durch die Pflegeversicherung mit den gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung, das Bild einer aktivierenden und rehabilitativen Pflege vor. Dieses Bild ist die Basis für die Strukturierung von Pflege und Betreuung, die Ziele sind hier die Wiedererlangung beziehungsweise Erhaltung von Selbständigkeit sowie Risikovermeidung (§ 28 Abs. 4, §§ 5 und 31 SGB XI; Müller, 2011b).

Vermutlich tragen diese Faktoren dazu bei, dass die Pflegekräfte in Pflegeheimen, aber auch die MitarbeiterInnen in der Hauswirtschaft, Verwaltung und Sozialarbeit, sich durch die Sterbebegleitung psychisch oder physisch belastet fühlen. MitarbeiterInnen, die direkt mit den BewohnerInnen arbeiten, erleben aufgrund ihrer Beziehung zu den BewohnerInnen durch deren Tod einen Verlust. Es wird ihnen jedoch nicht immer zugestanden zu trauern oder sie haben keine Zeit, um trauern zu können. Vor allem MitarbeiterInnen, die gleichzeitig pflegen und eine Leitungsfunktion innehaben, erleben eine besonders hohe Belastung. Dies kann mit ihrer besonderen Verantwortung gegenüber dem Träger, dem Personal und auch den BewohnerInnen gegenüber zusammenhängen. Die Anzahl der erlebten Todesfälle wirkt sich nicht auf das Belastungserleben aus (Vogt, 2014; Maier et al., 2012).

Das Fazit aus relevanten Studien ist, dass

- das Bewusstsein für Hospiz und Palliative Care in den Pflegeheimen (weiter) gestärkt werden muss;
- einschlägige Standards weiter ausgebaut werden müssen (nicht zuletzt um den MitarbeiterInnen im Arbeitsalltag Unterstützung und Sicherheit zu geben);
- die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und den Pflege- und Betreuungspersonen verbessert werden muss (u. a. auch für mehr Einigkeit bezüglich der Pflege und Betreuung von BewohnerInnen in der Sterbephase und hinsichtlich der Schmerztherapie);
- verstärkt Ehrenamtliche einbezogen werden sollen, da diese eine große Unterstützung für die BewohnerInnen und auch für das Pflege- und Betreuungspersonal sein können;
- das Pflege- und Betreuungspersonal darüber informiert werden soll, was Supervision und andere Unterstützungsmöglichkeiten leisten können;
- Fortbildungen zum Themenbereich Sterben, Tod und Trauer angeboten werden sollen und zwar nicht nur für qualifizierte Pflegepersonen, sondern für alle MitarbeiterInnen in Pflegeheimen. So kommunizieren die BewohnerInnen beispielsweise oft von sich aus mit dem Hilfs- und Reinigungspersonal, das deshalb auch zum Thema Tod und Sterben geschult werden soll und dieses Thema reflektieren sollte (Rauscher et al., 2013; Jenull-Schiefer et al., 2006; Müller, 2011b).

Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung außerhalb von Alten- und Pflegeheimen

Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenzerkrankung

Auch in Wohngemeinschaften für Menschen mit einer Demenzerkrankung werden die Themen Abschiednehmen und Sterben als anstrengend, kräftezehrend und belastend beschrieben, gerade angesichts der zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen gewachsenen Beziehung. Im Zusammenhang mit diesen Themen wird oft das Stichwort Supervision genannt. Die Umstände des Todes beeinflussen das Erleben der Belastung: versterben BewohnerInnen im Krankenhaus, wird dies als besonders schwierig erlebt. Kann das Sterben in einem intimen Kontext auf der Wohngruppe stattfinden, der Abschied auf der Wohngruppe individuell und mit Ritualen gestaltet werden, können die Verstorbenen noch einige Zeit in der gewohnten Umgebung belassen werden und können Angehörige, MitbewohnerInnen und

MitarbeiterInnen Abschied nehmen, werden diese Umstände als wichtige Erfahrung, als Ressource erlebt. Kooperationen mit spezialisierten Palliative-Care-Angeboten existieren im Hinblick auf Fortbildung und Beratung (Reitinger et al., 2010).

Aus der Sicht von MitarbeiterInnen in einer Wohngruppe für Menschen mit Demenz gehört zur Sterbebegleitung eine gute Kommunikation und eine gute Beziehung zu den Angehörigen. So werden bei ethisch schwierigen Fragen oder zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten der BewohnerInnen gemeinsam mit den Angehörigen Strategien und Lösungen entwickelt (Reitinger et al., 2010). Reitinger et al. (2010) ziehen den Schluss, dass Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz nicht nur gute Orte zum Leben, sondern auch zum Sterben sind.

Häusliche Pflege

Viele alte Menschen, auch alleinstehende, möchten in ihrem Zuhause sterben. Ein Sterben zu Hause wird als Voraussetzung für ein Sterben in Würde betrachtet. Allerdings wird dies relativiert durch die Sorge der Pflegebedürftigen, für Angehörige und FreundInnen zur Last zu werden oder die Einstellung, dass eine qualitativ gute Pflege zu Hause nicht angeboten werden kann bzw. dass die professionellen HelferInnen in die Privatsphäre eindringen (Aoun, O'Connor, Skett, Deas, & Smith, 2012; Hanratty et al., 2013). In der häuslichen Pflege und Sterbebegleitung kommt den professionellen Diensten eine wichtige Rolle beim Aufbau sozialer Kontakte zu, was wiederum eine personelle Kontinuität in der Versorgung erforderlich macht (Hanratty et al., 2013).

Damit das Sterben Zuhause möglich ist, braucht es Angehörige oder Zugehörige, die den Wunsch der Sterbenden, ihr Leben Zuhause zu beenden, mittragen (Aoun et al., 2012; Hanratty et al., 2013). Eine weitere elementare Voraussetzung sind ambulante Hospiz- und Palliative Care-Teams, die rund um die Uhr erreichbar sind. Werden PatientInnen mit SAPV begleitet, können sie häufiger zu Hause sterben und müssen nur selten in ein Krankenhaus eingeliefert werden (Schneider, 2013). Diese Erreichbarkeit stellt offensichtlich ein „Sicherheitsversprechen“ dar, wie eine Evaluation deutscher SAPV-Angebote ergeben hat (Schneider, 2013). Neben der Vermittlung von „Handlungssicherheit“ stehen zwei weitere Wirkfaktoren der SAPV im Zentrum: die Linderung der Symptome der PatientInnen bei fortschreitendem Krankheitsverlauf sowie das Herstellen bzw. das Erhalten eines Alltagsrahmens, der es den PatientInnen ermöglicht, gewohnte und vertraute Alltagsroutinen mehr oder weniger beizubehalten (Schneider, 2013). Verglichen PatientInnen und Angehörige die Versorgung durch den Hausarzt mit der SAPV-Versorgung, so bewerteten sie die Erreichbarkeit des SAPV-Teams rund um die Uhr als sehr positiv und Sicherheit gebend. Dieses Gefühl der Sicherheit ist ein entscheidendes Merkmal hinsichtlich der häuslichen Versorgung aus Sicht der PatientInnen und ihrer Lebensqualität (Aoun et al., 2012; Schneider, 2013). Die seltenen Hausbesuche durch die HausärztInnen und die dadurch entstehende Notwendigkeit, die HausärztInnen in der Praxis aufzusuchen, wurde als sehr schwierig und angesichts der gesundheitlichen Situation der PatientInnen als unangemessen bewertet. Das Mehr an Zeit, das Palliative Care Teams für PatientInnen und Angehörige aufbringen können, eine offene und gleichwertige Kommunikation mit dem Team und die Möglichkeit, sich umfassend und verständlich über den Verlauf der Erkrankung informieren zu können, wurde von PatientInnen und Angehörigen geschätzt (Schneider, 2013).

Nicht überall ist es möglich, Zugang zu palliativen ambulanten Diensten zu finden. Eine flächendeckende Versorgung ist in Deutschland noch nicht erreicht (Schneider, 2013). Interessanterweise nehmen Angehörige palliative Versorgungsangebote weniger in Anspruch als FreundInnen, die als informelle HelferInnen in die häusliche Pflege involviert sind (Burns, Abernethy, Leblanc, & Currow, 2011).

Sterbebegleitung und palliative Versorgung bei MigrantInnen

Es ist nur wenig über palliative Angebote für alte Menschen mit Migrationshintergrund bekannt. ÄrztInnen und Pflegekräfte bewerten die Gruppe der MigrantInnen als unterrepräsentiert in der palliativen Versorgung (Jansky & Nauck, 2015). Barrieren, die den Zugang erschweren, sind demnach vorwiegend auf der Seite von PatientInnen und Angehörigen zu finden. So wird eine Hilfe von außen oft abgelehnt, Wissen über die Angebote der Palliativversorgung ist kaum vorhanden. Sprachdefizite verschärfen das Problem des Wissensdefizits. Verständnisprobleme existieren auch auf kultureller Ebene. Kulturelle Tabus und bestimmte Verhaltensweisen können befremdlich wirken. Deshalb ist es wichtig, die transkulturelle Kompetenz der an der palliativen Versorgung Beteiligten zu stärken. Dies kann erfolgen durch Selbstreflektion, Wissen über die verschiedenen Kulturen und die dortigen Regeln, Erfahrungen mit pflegebedürftigen MigrantInnen und deren Familien sowie die Bereitschaft und Fähigkeit, sich auf die Gedanken, Emotionen und Motive dieser Personen einzulassen. Die Kommunikation ist hierbei von herausragender Bedeutung. Migrationsberatungen und Migrationssozialdienste können eine wichtige Rolle als Türöffner spielen (Jansky & Nauck, 2015).

16.4 Rechtliche Aspekte

Seit 2007 haben alle in einer gesetzlichen Krankenkasse Versicherten, die an einer unheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit zugleich begrenzter Lebenserwartung leiden und eine derart aufwendige Versorgung benötigen, dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung nicht mehr ausreichend ist, einen rechtlichen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V, § 132d SGB V) (SGB V; Alt-Epping & Nauck, 2015). Damit soll auch solchen Personen, die am Ende ihres Lebens einen besonders hohen Betreuungsbedarf haben, ermöglicht werden, zu Hause versorgt und betreut zu werden. Auch Versicherte in stationären Einrichtungen haben Anspruch auf SAPV.

Am 5. November 2015 hat der Deutsche Bundestag einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland verabschiedet (Deutscher Bundestag, 2015a; Deutscher Bundestag, 2015b). Im Gesetzentwurf ist u. a. eine Verbesserung und Förderung der Palliativversorgung und der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Es wird verdeutlicht, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung Teil einer Pflege, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege im Sinne des (SGB XI) geleistet wird, sind. Außerdem sieht das Gesetz eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot zur gesundheitlichen Planung der letzten Lebensphase (zur psychosozialen Begleitung im Sterbeprozess, zu palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsangeboten, zu Notfallszenarien,

zu medizinischen Abläufen) für PflegeheimbewohnerInnen von Seiten der Pflegeeinrichtungen vor. Die Verlegung von BewohnerInnen eines Pflegeheims in ein stationäres Hospiz ist nun leichter möglich.

Pflegeheime müssen unter einem gesetzlich fixierten Wirtschaftlichkeitsgebot handeln (§ 29 Abs. 1 SGB XI), d. h. sie haben nur Leistungen zu erbringen, die wirtschaftlich sind. Pflegeheime stellen sich die Frage, wie Palliative Care langfristig und verbindlich finanziert werden kann. Es muss Kostenträgern gegenüber kommuniziert werden, dass Palliative Care im Pflegeheim letztlich Kosten senken kann, wie beispielsweise dadurch, dass Einweisungen in ein Krankenhaus (vor allem auf eine Intensivstation) am Ende des Lebens vermieden werden können, MitarbeiterInnen körperlich und psychisch gesund bleiben sowie Angehörige entlastet werden. Außerdem kann dadurch das bürgerschaftliche Engagement gefördert werden (Smith, Brick, O'Hara, & Normand, 2014; Khandelwal et al., 2015; Müller, 2011b).

16.5 Gibt es Mindeststandards?

In der Literatur werden keine Mindeststandards beschrieben.

16.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Der Zugang zur Palliativversorgung soll für alle Menschen gleich sein (Radbruch & Payne, 2011).

Eine Basisqualifikation zu Themen der Sterbebegleitung und Palliativbetreuung für alle MitarbeiterInnen (sowohl mit einschlägiger beruflicher Qualifikation als auch für Assistenzpersonen und unterstützendes Personal), die den Bedürfnissen der betreuten Menschen entspricht, stellt ebenfalls eine Mindestanforderung dar. Zusätzlich sollen qualifizierte Pflegekräfte Qualifikationen erwerben in Palliative Care, gerontopsychiatrische Pflege oder Kommunikation mit Menschen mit Demenz (Müller, 2011a).

Eine weitere Mindestanforderung ist die Vernetzung und Zusammenarbeit der Pflegeheime mit Hospizdiensten, FachärztInnen (PalliativmedizinerInnen), Beratungsstellen und SeelsorgerInnen (Müller, 2011a).

16.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Da viele Pflegekräfte sich auf die Betreuung von sterbenden Menschen nicht ausreichend vorbereitet fühlen, sich scheuen, mit BewohnerInnen und Angehörigen über Tod und Sterben zu sprechen, keine für die Arbeit mit Sterbenden qualifizierende Fortbildung wahrnehmen sowie sich verlässlich wahrnehmbare Bildungsangebote dazu wünschen (z. B. zu Palliativmedizin und Palliativpflege sowie über das Verhalten in Nottfällen und Gesprächsführung mit Angehörigen) (Müller & Woskanjan, 2009, zitiert in Müller, 2011a; Jenull-Schiefer, Mayr, & Mayring P., 2006; George, 2014; Maier, Püschel, & Eigler, 2012), sind die Qualifizierung sowie Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte und der anderen MitarbeiterInnen in Alten- und Pflegeheimen wichtige und zentrale Aspekte für die Qualitätsmessung.

Neben der Fort- und Weiterbildung aller qualifizierten und nichtqualifizierten MitarbeiterInnen zu Themen der Sterbebegleitung und Palliativbetreuung ist eine Vernetzung und Zusammenarbeit der Pflegeheime mit Hospizdiensten, FachärztInnen (PalliativmedizinerInnen), Beratungsstellen und SeelsorgerInnen elementar für die Qualität der Versorgung (Müller, 2011a).

Zudem ist die Zufriedenheit von BewohnerInnen, An- und Zugehörigen sowie von mit den an der Versorgung beteiligten Personen zentral für die Qualitätsmessung (Detering, Hancock, Reade, & Silvester, 2010; Jeong, Higgins, & McMillan, 2010).

16.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Sterbebegleitung, SAPV und Palliativversorgung stehen in Beziehung zu den Aspekten: Selbstbestimmung, Förderung sozialer Kontakte, Sicherheit, Selbständigkeit, Kommunikation, Unterstützung von Angehörigen, Fortbildung, Sicherung und Entwicklung der Qualität, Personalentwicklung, Arbeitsbedingungen, Menschenwürde, Kultursensibilität.

16.9 Literaturverzeichnis

- Alt-Epping, B., & Nauck, F. (2015). Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Vernetzung von Sektoren, Disziplinen und Professionen. *Bundesgesundheitsblatt*, 58, 430–435.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: a randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 340, 1–9.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., & Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (Eds.) (2009). *SAPV-Glossar*. Berlin. Retrieved November 25, 2015, from https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/SAPV_Glossar_DGP_DHPV_15_01_2009.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., & Bundesärztekammer (Eds.) (2012). *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Berlin. Retrieved November 21, 2015, from <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>.
- Deutscher Bundestag (2015a). *Bundestag billigt das Hospizgesetz*. Berlin. Retrieved November 18, 2015, from Deutscher Bundestag: http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw45_de_hospizgesetz/392434.
- Deutscher Bundestag (2015b). *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)*. (Drucksache No. 18/5170). Berlin. Retrieved November 18, 2015, from <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805170.pdf>.
- George, W. (2014). Ergebnisse der Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in der stationären Pflege. In W. George (Ed.), *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen* (pp. 153–211). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heimerl, K., & Schuchter, P. (2013). Palliative Kultur in Alten- und Pflegeheimen – ein Beitrag zu einer nachhaltigen Gesellschaft. *Public Health Journal Forum*, 21(80), 17–18.

- Jenull-Schiefer, B., Mayr, M., & Mayring P. (2006). Hinter jeder Tür der lauernde Tod. Institutionalisiertes Sterben. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(4), 308–314.
- Jeong, S., Higgins, I., & McMillan, M. (2010). The essentials of advance care planning for end-of-life care for older people. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 389-397. *Journal of clinical nursing*, 19, 389–397.
- Khandelwal, N., Kross, E. K., Engelberg, R. A., Coe, N. B., Long, A. C., & Curtis, J. R. (2015). Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1102–1111.
- Maier, M., Püschel, M., & Eigler, M. (2012). Psychohygiene in „Palliative Care“.: Unterschiede zwischen Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen in der geriatrischen Langzeitpflege. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7, 43–48.
- Müller, D., & Woskanjan, S. (2009). *Unveröffentlichter Abschlussbericht, Sterbeforschung des KPG im Unionshilfswerk Senioren-Einrichtung gemeinnützige GmbH*. Berlin: Unionshilfswerk Senioren-Einrichtung gemeinnützige GmbH.
- Müller, D. (2011a). Der Einfluss des Personals auf Lebensqualität und Sterbekultur in Pflegeheimen. In M. Kojer & M. Schmidl (Eds.), *Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen* (pp. 173–184). Wien: Springer.
- Müller, D. (2011b). *Sorge für Hochbetagte am Lebensende.: Die Integration von Palliative Care in Berliner Pflegeheimen als wichtiger Bestandteil kommunaler Palliativkultur*. Unveröffentlichte Master Thesis, Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Klagenfurt. Retrieved November 26, 2015, from http://www.hospiz-verlag.de/wp/wp-content/uploads/2015/04/MAS_Dirk_Mueller.pdf.
- Pleschberger, S. (2006). Palliative Care in Pflegeheimen – Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 376–381.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa. Teil 2: Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12, 260–270.
- SGB V (February 17, 2016). Retrieved February 22, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved December 28, 2015, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative medicine*, 28(2), 130–150.

17 Erläuterungen zum Kennzeichen „Wertschätzung“

17.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie ist Wertschätzung im Kontext der Pflege definiert?
- Wie kann Wertschätzung beeinflusst werden?
- Welchen Einfluss hat das (Nicht-)Vorhandensein von Wertschätzung auf die Pflege?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Wertschätzung“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

17.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Wertschätzung in der Pflege ist in zwei Richtungen zu betrachten. Wertschätzung kommt den Menschen mit Pflegebedarf ebenso wie den Pflegepersonen zu.

Die Forderung nach einer wertschätzenden Haltung den Menschen mit Pflegebedarf gegenüber fehlt u. a. als Rezeption der nicht-direktiven Gesprächsführung nach Carl Rogers in keinem Lehrbuch der Pflege. Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen betont im Hinblick auf diese Zielgruppe in Artikel 6, das Recht Wertschätzung zu erfahren (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014).

Pflegepersonen erwarten Wertschätzung als Ausdruck der positiven Wahrnehmung ihres Einsatzes.

Wertschätzung als Qualitätskriterium guter Pflege ist von der Herausforderung geprägt, sie greifbar zu machen. Das ist u. a. deshalb schwierig, da es immer eine Frage der persönlichen Wahrnehmung ist, wie stark Reaktionen aus der Umwelt als Ausdruck von Wertschätzung eingeordnet werden. In diesem Sinne müssen auch Interventionen, die auf eine Verbesserung der Wertschätzung abzielen, geeignet sein, jeweils den individuellen Fall zu würdigen.

Als Kriterien, an denen Personen ihre eigene Wertschätzung festmachen, kommen dabei eine Vielzahl von Einflüssen in Frage; so etwa ihre Wahrnehmung durch Kollegen und andere Berufsfeldangehörige (Müller, 2009), die gesellschaftliche und politische Würdigung (DGB, 2014; Verdi, 2008b), und die Gestaltung des Arbeitsumfeldes durch Vorgesetzte (Müller, Hellweg, & Schneider, 2009). Interventionen ergeben sich dabei direkt aus der Festlegung dieser Kriterien und zielen entweder darauf ab, Missstände direkt zu beheben, oder aber den Akteuren eine realistischere bzw. stabilere Selbsteinschätzung zu ermöglichen (Bolton, 2000; Herms, 2012).

Indikatoren für die Messung von Wertschätzung müssen der subjektiven Natur von Wertschätzung Rechnung tragen (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010).

17.3 Stand der Literatur

Uneingeschränkte Wertschätzung von Pflegepersonen gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf gilt als Ausdruck einer professionellen pflegerischen Haltung. Diese Wertschätzung wird durch keinerlei Verhalten oder Äußerungen der Menschen mit Pflegebedarf in Frage gestellt. Nicht zuletzt unter Bezug auf Carl Rogers gilt eine wertschätzende Grundhaltung als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Vertrauen und letztendlich für Wachstum. Zu diesen in zahlreichen Lehrbüchern der Pflege vertretenen Paradigmen liegen gleichwohl kaum empirische Studien vor. Die Anzahl der Studien, die sich auf die Perspektive der Pflegebedürftigen beziehen, ist gering. Auffällig ist, dass der Begriff hier häufig mit dem des Respekts (Milton, 2005) oder aber dem der Menschenwürde zusammenfällt (Sünderkamp, 2011) und dadurch eine Verschiebung seiner Bedeutung erfährt.

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen stellt die Forderung nach Wertschätzung in Artikel 6 neben Kommunikation und Teilhabe an der Gesellschaft. Die Ausführungen zu Artikel 6 konkretisieren Kommunikation und die Teilhabemöglichkeiten. Die Wertschätzung hat den Charakter einer Grundhaltung, die u. a. die Form der Kommunikation bestimmt, aber selbst nicht explizit operationalisiert wird.

Die Literatur zum Konzept der Wertschätzung von Pflegepersonen ist deutlich umfangreicher. Grundsätzlich lassen sich die Würdigung durch die Öffentlichkeit, die einrichtungsinterne Perspektive und das professionelle Selbstbild der Pflegenden differenzieren. Dabei wird von einer reziproken Einflussnahme dieser Perspektiven aufeinander ausgegangen.

Als ausschlaggebend für das Verständnis von Wertschätzung bei Pflegepersonen in ihrer Rolle als ArbeitnehmerInnen zeigt sich ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem gezeigten Verhalten, der erbrachten Leistung und der dafür erhaltenen Belohnung, die nicht unbedingt finanzieller Natur sein muss (Lebert, 2015). So erfahren die Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen Wertschätzung einerseits durch Pflegebedürftige, welche sie dafür würdigen, dass sie ihnen unterstützend im Alltag zur Seite stehen (Kumbruck, 2010) und andererseits von KollegInnen oder Vorgesetzten. Allerdings zeigt sich hinsichtlich der Wertschätzung der Pflegepersonen u. a. durch KollegInnen und Vorgesetzte Verbesserungspotenzial (Müller, 2009). Eine Pflegeeinrichtung, die es schafft, ihre Akteure wertzuschätzen, beugt dabei einer Verschlechterung des Selbstbildes ebendieser vor (Weyers, Peter, Boggild, Jeppesen, & Siegrist, 2006).

Das Projekt PflegeWert analysierte die zentralen Elemente eines wertschätzenden Arbeitsumfeldes. Im Ergebnis wird deutlich, dass Formen gefunden werden müssen, die Wertschätzung ausdrücken. Dazu gehört eine wertschätzende Führung ebenso wie eine konsequente Rückmeldekultur. Vorgeschlagen werden des Weiteren gezielte Pflegeerfolgsbesprechungen und wertschätzende Mitarbeiterentwicklungsgespräche. Ein Gesundheitsmanagement, das die Pflegepersonen als ihren Bedürfnissen angemessen erleben, kann ebenfalls als wertschätzendes Angebot erlebt werden (Isfort et al., 2012).

Ein Modell zur Beurteilung von Arbeitsqualität aus Beschäftigtenperspektive beinhaltet verschiedene Komponenten wie „Betriebskultur“, „Sinn der Arbeit“ und „Einkommen“ (DGB, 2014). Eine gewerkschaftlich initiierte Untersuchung aus dem Jahre 2008 zeigt, dass eine auf dem DGB-Index als „gut“ zu bezeichnende Wahrnehmung des eigenen Berufs im Pflegebereich nur selten zu verzeichnen war (Verdi, 2008a; Verdi, 2008b). Beeinflusst wurde dies vor

allem durch die Indikatoren Informationsfluss am Arbeitsplatz sowie Atmosphäre der Kollegialität und gegenseitigen Unterstützung. Dass solche Faktoren als Teil der wahrgenommenen Wertschätzung der Pflegenden zu betrachten sind, findet sich unter anderem auch bei (Kikuchi et al., 2010) und (Schreuder, Roelen, Koopmans, Moen, & Groothoff, 2010), wo sie als Einflussfaktoren im Rahmen des „effort-reward imbalance“-Modells auftauchen. Eine Überlastung am Arbeitsplatz durch schlechten Informationsfluss oder auch eine Atmosphäre, in welcher der oder die einzelne Pflegende wenig institutionellen Rückhalt wahrnimmt, trägt demzufolge zum Empfinden schwach ausgeprägter Wertschätzung bei. Es werden Zusammenhänge zwischen wahrgenommener geringer Wertschätzung und häufigen Krankschreibungen, geringer Begeisterung für die eigene Arbeit (jeweils Schreuder et al., 2010), negativer gesundheitlicher Selbsteinschätzung (Weyers et al., 2006) oder depressiven Verstimmungen (Kikuchi et al., 2010) assoziiert.

Die Wahrnehmung von Wertschätzung ist stark von subjektiven Kriterien abhängig, was sich einerseits auf ihre Messung, andererseits auf mögliche Ansätze zur Einflussnahme auswirkt. Die Einflussnahme kann von außen (z. B. Wertschätzung durch Vorgesetzte) oder von innen (Veränderung der Wahrnehmung von Äußerungen oder Veränderung der Erwartungshaltung) erfolgen. Es ist daher nur folgerichtig, dass sich hierfür neben der Verbesserung der oben genannten Prozesse in der Pflegeeinrichtung auch die Arbeit der Pflegenden an ihren eigenen Einstellungen und den damit verbundenen Gefühlen anbietet. Denn wie etwa Bolton (2000) beschreibt, ist die Arbeit der Kranken- und Altenpflege durch den engen Kontakt zu menschlichen Schicksalen in einem von Empathie geprägten Feld, das auch das Pflegepersonal schnell affektiv beeinflussen kann, besonders anfällig dafür, den „effort“-Faktor des „effort-reward imbalance“-Modells überzustrapazieren. Diese Gefahr besteht besonders dann, wenn die Pflegepersonen wenig geschult sind, eigene Emotionen und Erwartungen differenziert zu reflektieren und zu bearbeiten.

Dass die Rolle der Pflegenden dennoch von ihnen verlangt, eine stabile Verfassung nach außen zu zeigen – auch wenn diese evtl. mit ihrer Verfassung nicht kompatibel ist – drückt die Theorie der Emotionsarbeit aus (Bolton, 2000; Zapf, 2002; erstmals in Hochschild, 1979). Ein Beispiel für eine Strategie, die bei der Problematik der möglichen emotionalen Dissonanzen am Arbeitsplatz der Pflegenden ansetzt, ist das von Herms (2012) entwickelte Trainingskonzept „emofit“. Dieses besteht aus einer angeleiteten Reflektion über die Art und Wirkungsweise von Emotionen an sich, die kritische Rückschau auf bereits erlebte emotional fordernde Situationen im Zusammenhang mit der Pflegearbeit und schließlich dem Erlernen von Bewältigungsstrategien, die etwa das kurzzeitige Abstandnehmen von reizenden Situationen und deren Nachbetrachtung beinhalten. Eine von der Autorin selbst angeleitete Evaluation dieses strukturierten Konzepts lässt dabei erkennen, dass diese Art von Auseinandersetzung mit den spezifischen Herausforderungen der Berufe helfen kann, durch bewussten und kollegial unterstützten Umgang mit den damit verbundenen Emotionen wahrgenommene Belastungen zu reduzieren, und vorhandene Belohnungen (intrinsischer oder extrinsischer Natur) im Sinne der „effort-reward imbalance“ als stärker wertschätzend wirksam werden zu lassen.

Während der Ansatz über die Emotionsarbeit zwar Raum lässt für eine Einflussnahme der einzelnen Pflegeeinrichtung – etwa durch regelmäßige Anleitung zu entsprechenden Bewältigungsstrategien (Herms, 2012) – ist es hierbei letzten Endes doch trotzdem am jeweiligen Individuum, kraft der eigenen Selbstwirksamkeit eine Verbesserung der Wertschätzung her-

beizuführen. Eine andere Perspektive findet sich in der organisationspsychologisch motivierten Literatur. Hier wird in der Regel davon ausgegangen, dass es Aufgabe der jeweiligen Institution ist, ein Umfeld zu schaffen, in welchem das Arbeitsumfeld der Pflegenden beziehungsweise allgemein Dienstleistenden deren Vorstellungen zumindest insofern entspricht, als dass es sie ihre Arbeit nicht als geringgeschätzt empfinden lässt. So findet sich etwa bei Wegge (2001) der Hinweis darauf, dass der Zugang über den emotionalen Einfluss, den das Arbeitsumfeld auf die MitarbeiterInnen hat, deren Leistungen und Einstellungen besser erklären kann als ein Ansatz, der den Pflegenden eigene Motivationsindikatoren betrachtet. Ein umfangreicher Kriterienkatalog, der auch zur Ableitung von Interventionsmöglichkeiten geeignet ist, wurde von Hellweg und Müller erarbeitet (2012). Mithilfe narrativer Interviews fanden sich bei dieser Untersuchung Kriterien aus den vier Kategorien „Geachtet werden“, „Pfleger(r) sein“, „Arbeit mitgestalten“ und „Erfolge sehen“. Der Aspekt der Anerkennung findet sich dort beispielsweise in der vierten Kategorie zusammen mit anderen Kriterien, die auf das Sichtbarmachen von Erfolgen der Mitarbeitenden durch die Einrichtungen abzielen. Verstärkten Einfluss können die Einrichtungen auf die Kategorie „Arbeit mitgestalten“ geltend machen, zu der die Autoren u. a. Personalentwicklung und Arbeitsorganisation zählen. Eine Verbindung von organisationspsychologischen und pflegewissenschaftlichen Sichtpunkten bieten die im Rahmen des Forschungsvorhabens „ProWert – Produzentenstolz durch Wertschätzung“ entstandenen Ergebnisse. Aufbauend auf die o. g. vier Kernkategorien „Geachtet werden“, „Pfleger/r sein“, „Erfolge sehen“ und „Arbeit mitgestalten“ gehen die Autoren bei der Empfehlung einer Intervention zur Steigerung der Wertschätzung wie auch die zuvor genannten davon aus, dass Wertschätzung als selbstreferenzielles Phänomen damit steht und fällt, inwiefern seine subjektiven Dimensionen dem Gegenüber bekannt sind und ausgehandelt werden können. Folglich wurde mit dem Instrument „Potenzialanalyse Wertschätzung“ eine stark kommunikativ orientierte Intervention entworfen, die eine kooperative Festlegung von gemeinsamen Kriterien für die vier Kernkategorien (und zusätzlich die Rolle der Mitarbeitenden im Kontext ihrer jeweiligen Einrichtung) vorsieht. (Müller & Hellweg, 2013; Müller et al., 2009). Als Grundlage für die Nutzung der in der Studie gefundenen Kategorien von Wertschätzung für den Prozess der Qualitätsentwicklung kann das System der European Foundation of Quality Management (EFQM) (European Foundation of Quality Management, 2012) dienen. EFQM weist der Selbstbewertung der Dienstleistenden eine hohe Bedeutung zu und ermöglicht somit – umgesetzt in die Form der Potenzialanalyse – eine Einordnung der Pflegenden gemäß der genannten Kriterien (Müller et al., 2009).

In einem Projekt des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung zur Definition von Ergebniskriterien in Alten- und Pflegeheimen wurde ein Indikator zur Messung von Wertschätzung entwickelt (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010). Entsprechend der oben dargestellten Literatur findet sich hier keine normative Bestimmung, sondern Grundlage für die Messung ist die subjektiv wahrgenommene Wertschätzung.

17.4 Rechtliche Aspekte

Es gibt keine Rechtsquellen, die auf die Wertschätzung der Menschen mit Pflegebedarf oder Pflegepersonen direkten Bezug nehmen.

17.5 Gibt es Mindeststandards?

Es gibt keine verbindlichen Mindeststandards zu diesem Kennzeichen.

17.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Mindestanforderungen im Hinblick auf einen wertschätzenden Umgang mit Menschen mit Pflegebedarf ergeben sich aus der Pflegecharta sowie aus den Grundprinzipien einer professionellen pflegerischen Haltung.

Im Hinblick auf die Wertschätzung der professionell Pflegenden ergeben sich diese allgemein aus einer humanistischen Grundhaltung. Aus Sicht der Träger von Einrichtungen ergeben sich Anforderungen an einen wertschätzenden Umgang mit den MitarbeiterInnen aus den negativen Auswirkungen mangelnder Wertschätzung.

17.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

In der Literatur findet sich kein Beispiel für die Messung von „Wertschätzung“, mit Blick auf die Menschen mit Pflegebedarf. Anders sieht dies aus in Bezug auf die professionell Pflegenden.

Zentraler Aspekt und gleichzeitig Herausforderung ist die subjektive Natur des Wertschätzungsbegriffes. In der einschlägigen Literatur finden sich der Bedarf nach einer kommunikativen Aushandlung von Wertschätzungskriterien zwischen allen beteiligten Akteuren, damit diese ein gemeinsames Qualitätsprofil finden (Müller & Hellweg, 2013; Müller et al., 2009) und Routinen zur selbstwertgerechten Verbalisierung von Arbeitserfolgen etablieren können (Isfort et al., 2012).

In dem o. g. Projekt des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung zur Definition von Ergebniskriterien in Alten- und Pflegeheimen wird der Indikator zur Messung von Wertschätzung folgendermaßen definiert: „Anteil der Mitarbeiterinnen, die angeben, dass ihre persönlichen und fachlichen Fähigkeiten von ihren KollegInnen wertgeschätzt werden“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010).

Dieser Indikator trägt somit der subjektiven Natur von wahrgenommener Wertschätzung Rechnung und reflektiert zugleich eine mehr oder weniger wertschätzende Organisationskultur.

17.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Mit Hinblick auf die Wertschätzung der Pflegenden bestehen Zusammenhänge insbesondere mit den Kennzeichen „Internes Qualitätsmanagement“, „Arbeitsbedingungen“ und „Wirtschaftlichkeit“. Die Wertschätzung der Pflegebedürftigen wird von den Kennzeichen „Umgbungsgestaltung/Hilfsmittel“, „Menschenwürde“, „Kultursensibilität“, „religiöse Bedürfnisse“, „Gleichgeschlechtlichkeit“ und „Individuelle Pflege“ berührt.

17.9 Literaturverzeichnis

- Bolton, S. (2000). Who cares? Offering emotion work as a ‚gift‘ in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 580–586.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin.
- DGB (Ed.) (2014). *DGB-Index Gute Arbeit 2008. Wie die Beschäftigten die Arbeitswelt in Deutschland beurteilen*. Deutscher Gewerkschaftsbund. Retrieved March 10, 2016, from <http://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++e9e9ca56-7a41-11e4-93ae-52540023ef1a?t=1>.
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Ed.) (2010). *Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime „Handbuch aus dem EU-Projekt Progress: Quality Management by Result-oriented Indicators - Towards Benchmarking in Residential Care for Older People“*. Wien.
- European Foundation of Quality Management (Ed.) (2012). *Overview Model 2013*. Retrieved March 11, 2016, from http://www.efqm.org/sites/default/files/overview_efqm_2013_v1.pdf.
- Hellweg, S., & Müller, K. (2012). Wer schätzt denn hier den Wert? - Wertschätzung für professionelle Pflege braucht gemeinsame Qualitätskriterien. *Plexus*, 20(Supplement), 15–29.
- Herms, I. (2012). Emofit - Erprobung und Evaluation eines Trainings für Pflegekräfte zum angemessenen Umgang mit den eigenen Emotionen. *Plexus*.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85, 555–575.
- Isfort, M., Fuchs-Frohnhofen, P., Wappenschmidt-Krommus, E., Duisberg, M., Neuhaus, Andrea, Rottländer, Ruth, & Brauckmann, Arno, Bessin, Claudia (2012). Wertschätzung in der Pflege und für die Pflege systematisch fördern - das Projekt PflegeWert. In R. Reichwald, M. Frenz, S. Hermann, & A. Schipanski (Eds.), *Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung - Wertschätzung - Interaktion* (pp. 587–607). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kikuchi, Y., Nakaya, M., Ikeda, M., Narita, K., Takeda, M., & Nishi, M. (2010). Effort-reward imbalance and depressive state in nurses. *Occupational Medicine*, 60(3), 231–233.
- Kumbruck, C. (2010). Wertschätzung im Pflegeteam und in direkten Beziehungen mit Patienten. In C. Kumbruck, M. Rumpf, & E. Senghaas-Knobloch (Eds.), *Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung* (pp. 235–282). Berlin: LIT Verlag.
- Lebert, B. (2015). Pflegende im Spannungsfeld zwischen Wertschätzung und Stolz. *Onkologische Pflege*, 5(3).
- Müller, H. (2009). Soll-Bruch-Stellen für eine humane und zukunftsfähige Pflege in einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem. In N. Klusen & M. Andreas (Eds.), *Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft. Konzepte, Kosten, Kompetenzen*. Baden-Baden: Nomos.
- Müller, K., & Hellweg, S. (2013). *Wertschätzungserleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ProWert - Produzentenstolz durch Wertschätzung / Teilvorhaben Pflegewissenschaft*. Bielefeld: Fachhochschule der Diakonie. Retrieved February 09, 2016, from http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/ProWert/FH-D_ProWert_Bericht_2013_web.pdf.
- Müller, K., Hellweg, S., & Schneider, H. (2009). ProWert - (Mehr) Wertschätzung für Pflegenden. In S. Hahn, M. Schulz, S. Schoppmann, C. Abderhalden, S. Harald, & I. Needham

- (Eds.), *Depressivität und Suizidalität. Prävention - Früherkennung - Pflegeintervention - Selbsthilfe* (pp. 199–203). Unterostendorf: Ibicura.
- Schreuder, J. A. H., Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C., Moen, B. E., & Groothoff, J. W. (2010). Effort–reward imbalance is associated with the frequency of sicknessabsence among female hospital nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), 569–576.
- Verdi (Ed.) (2008a). *Arbeitsqualität aus der Sicht von Altenpfleger/innen*, Retrieved March 11, 2016, from http://www.verdi-gute-arbeit.de/meldung_volltext.php?si=4a251a6a51a7f&id=49d5ce44bfd30&akt=branchen&view=&lang=
- Verdi (Ed.) (2008b). *Arbeitsqualität aus der Sicht von Krankenpfleger/innen*, Retrieved March 11, 2016, from http://www.verdi-gute-arbeit.de/meldung_volltext.php?si=4a251a6a51a7f&id=49d5c6613279f&akt=branchen&view=&lang=
- Wegge, J. (2001). Emotion und Arbeit: Zum Stand der Dinge. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*. (55), 49–56.
- Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H. J., & Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 26–34.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*. (12), 237–268.

18 Erläuterungen zum Kennzeichen „Pflegerische Beratung, Schulung, Edukation von Klienten und Angehörigen“

18.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird „Pflegerische Beratung, Schulung, Edukation von Klienten und Angehörigen“ in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Bedeutung hat „pflegerische Beratung, Edukation und Schulung für Pflegebedürftige und Angehörige“?
- Welche Determinanten wirken förderlich oder hemmend auf „Pflegerische Beratung, Schulung, Edukation von Klienten und Angehörigen“?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?
- Anhand welcher Indikatoren kann die Qualität „Pflegerischer Beratung, Schulung, Edukation von Klienten und Angehörigen“ gemessen werden?

18.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Normen und Werte wie persönliche Bedürfnisbefriedigung, Pluralismus, Partizipation, Selbstverwirklichung und Individualisierung haben im westlichen Kulturkreis eine hohe Akzeptanz. In Phasen von Hilfebedürftigkeit und Krankheit und den damit einhergehenden familiären und sozialen Veränderungen, die ein Einzug in eine Pflegeeinrichtung oder Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst mit sich bringen kann, bleibt es für die Betroffenen und deren Angehörigen eine enorme Herausforderung, diese Werte zu verfolgen und zu leben. Oft bergen akute und chronisch-fortschreitende Krankheiten, Alter und Leid mit ihren einhergehenden sozialen Veränderungen ein hohes Krisen- und Konfliktpotential für den einzelnen Betroffenen, aber auch für ihn im Beziehungsgeflecht mit seinen Angehörigen. Diese krisenhaften Situationen zeichnen sich oftmals durch Desorientierung aus, da die bisherigen Handlungsmuster nicht mehr an den neuen Problemen und Herausforderungen wirken und Erfahrungswissen in dieser Notsituation nicht mehr ausreicht (Wörmann 2003).

Professionelle Beratung setzt bei den lebenspraktischen, sozialen, seelischen, physiologischen und ökonomischen Problemen der Ratsuchenden an und hat zum Ziel, die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen der Betroffenen zu unterstützen (Koch-Straube und Bachmann 2008). Aufgrund des demografischen Wandels, der Zunahme an multimorbiden Menschen und dem veränderten Wertewandel lebenslang selbstbestimmt zu leben und selbst für sich zu sorgen, steigt die gesellschaftliche Bedeutung der „Pflegerischen Beratung, Schulung und Edukation von Klienten und Angehörigen“ zusehends an.

Eine eindeutige und einheitliche Definition der Begriffe „Pflegerische Beratung“, „Schulung“ oder „Edukation“ existiert bisher nicht, da die Kontexte, in denen Beratung und Schulung

stattfindet, recht heterogen sind und damit auch die Problemlagen der Ratsuchenden. Maßgebend ist jedoch die Abgrenzung von „Information“ bzw. „Informationsvermittlung“ und Beratung. Beratung ist typischerweise individuell angepasst und prozesshaft angelegt. Informationen, die innerhalb einer Beratung genutzt werden, gilt es individuell auf den Kontext, die kognitive Auffassungsgabe und emotionale Verfasstheit des zu Beratenden des/der Ratsuchenden anzupassen (Wörmann, 2003; Engel, 2005). Die Informationsmenge ist dabei auf ein individuell relevantes Maß zu reduzieren (Wörmann, 2003).

Des Weiteren ist eine Abgrenzung zum Begriff der Therapie bzw. Psychotherapie notwendig, da oftmals fälschlicherweise das Verständnis vorherrscht, Beratung sei eine kleine Therapie, die eben nur bei kleineren Problemlagen, weniger intensiv und zeitaufwendig angewendet werden kann und dementsprechend eine geringere Ausbildung voraussetzt (Engel, 2005). Die Differenzierung ist jedoch anders angelegt: Therapie bzw. Psychotherapie unterliegt dem Heilungsdiskurs, Beratung dem Hilfediskurs (Engel, 2005).

Koch-Straube und Bachmann (2008) machen deutlich, dass Menschen in ihrer Biografie immer wieder krisenhafte Momente erleben (z. B. Unfall, Heimeinzug, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit), nicht alle daran psychisch erkranken, aber auch nicht alle diese Krisen alleine bewältigen können (Koch-Straube & Bachmann, 2008).

18.3 Stand der Literatur

Zum Verständnis von pflegerischer Beratung

Nach der *British Association of Counselling* (BAC) zielt Beratung darauf ab,

„Klienten [Individuen, Paaren oder Gruppen] eine befriedigendere und erfülltere Lebensweise zu ermöglichen. . . . Beratung beschäftigt sich mit Entwicklungsprozessen und kann darin spezifische Probleme ansprechen und lösen, Klienten darin unterstützen, Entscheidungen zu treffen, Krisen zu bewältigen, Einsicht und Wissen zu gewinnen, innere Konflikte zu bearbeiten, Beziehungen zu anderen zu verbessern. Die Rolle des Beraters ist es, die Arbeit des Klienten dergestalt zu erleichtern, dass die Werte des Klienten seine persönlichen Ressourcen und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung respektiert werden“ (Koch-Straube & Bachmann, 2008).

Es existieren diverse Beratungskonzepte, allerdings verfügen diese nur bedingt über eine breite theoretisch-systematische Basis (Müller, 2013). Aktuelle Beratungskonzepte entstehen vielmehr interdisziplinär unter Bezugnahme auf die jeweils relevanten wissenschaftlichen Theorien und legen je nach Handlungsfeld einen anderen Fokus (Engel 2005). Beispielsweise kommt in der systemischen Beratung dem sozialen System eine hohe Bedeutung zu, sodass Handlungsprobleme und Auffälligkeiten nicht separiert, sondern im Wirkzusammenhang mit dem sozialen System betrachtet werden. Netzwerkorientierte Beratung betrachtet, wie Personen mit ihren gesundheitsförderlichen und belastenden Aufgaben und Rollen in soziale Systeme eingebunden sind; wobei über die personenbezogene Perspektive hinaus auch institutionelle Netzwerkstrukturen analysiert werden (Engel, 2005).

Das alltags- und lebensweltorientierte Beratungskonzept von (Grunwald & Thiersch, 2008) setzt einen stärkeren Fokus auf den Kontext und berücksichtigt verstärkt das Alltagsgeschehen in seiner gesamten Komplexität. Eine solche Fokussierung eignet sich für die Beratung im Rahmen der Gemeindepflege und in der Familienberatung (Engel, 2005).

Innerhalb der ressourcenorientierten Beratung werden nicht nur personale Ressourcen betrachtet, sondern sämtliche Ressourcen, die innerhalb des jeweiligen Systems und Kontextes zur Verfügung stehen. Da auf *Empowerment* abgezielt wird, werden Ratsuchende zu aktiv nach eigenen Ressourcen Suchenden (Engel, 2005). Der lösungsorientierte Beratungsansatz von deShazer thematisiert keinerlei Probleme, Herausforderungen, Schwierigkeiten oder Belastungen, sondern zielt darauf ab, Lösungen und Alternativen zu extrahieren (Engel, 2005).

Pflegerische Beratung kann als eine lösungsorientierte zeitlich begrenzte professionelle Beziehung zwischen Ratsuchenden und Beratenden bezeichnet werden, in der die ratsuchenden KlientInnen oder Angehörigen partizipativer Bestandteil sind und deren Lernprozess zur Förderung der eigenen Handlungskompetenz im Mittelpunkt steht (Wörmann, 2003). Institutionalisierte Pflegeberatung findet in spezifischen Beratungsstellen organisiert, strukturiert und mit speziellem Beratungskonzept statt (Wörmann, 2003; Wörmann, 2003). „Das Gespräch am Krankenbett ist eine Form der nichtinstitutionalisierten Beratung“ (Wörmann, 2003).

Die heterogenen Sozialformen von Beratung, die von Einzel- bis zur Gruppenberatung reichen, sind das Ergebnis der Annahme, dass Problemlagen in ihrem sozialen Kontext gelöst werden können – da hier auch die Veränderungspotenziale liegen – und demnach ebenso Objekt der Beratung sind (Koch-Straube & Bachmann, 2008). Ein weiteres Argument für Gruppenberatungen liegt im Synergieeffekt, der aus dem Austausch bspw. über psychosoziale Folgen von Krankheiten und die daraus folgende wechselseitige Wahrnehmung resultiert (Koch-Straube & Bachmann, 2008).

Ausgangspunkt der Pflegeberatung ist das vom Ratsuchenden geäußerte Problem, das im Hinblick auf vorhandene Ressourcen (wie kognitive Fähigkeiten, Erfahrungen, Werte, Begabungen, etc.) und bisheriges Lösungsverhalten untersucht und bewusst gemacht wird. Dies kann dazu beitragen, einen persönlichen Sinn oder eine Chance in der aktuellen Situation zu entdecken (Wörmann 2003).

Pflegeberatung hat die drei Funktionen Problemlklärung, Informationsaufbereitung und Handlungserweiterung (Wörmann 2003). Die Beziehung zwischen Ratsuchenden und Beratenden ist dabei professionell partnerschaftlich. In diesem Zusammenhang wird auch der Begriff *Adherence* benutzt, welcher anzeigt, dass Empfehlungen von Fachpersonal mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen diskutiert werden und sich diese aufgrund der höheren Akzeptanz die jeweiligen Verordnung oder Absprache (bspw. Medikamenteneinnahme) eher einhalten (Eicher, 2009).

Das Konzept der kooperativen Beratung von Hüper und Hellige (2015) ist explizit auf die Pflege zugeschnitten und verknüpft Gesundheitstheorien wie die Salutogenese mit Pflegetheorien, die Pflege-Krankheitsverlaufskurve unter Verwendung von soziologischen Konzepten sowie dem Empowerment und Narration (Hüper & Hellige, 2015). Die Pflege-Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss (2004) als theoretische Grundlage ermöglicht mit ihren Phasen (stabile und instabile Phase, Krise, Normalisierung, Abwärts- und Sterbephase) den Pflegenden eine größere Sensibilität bzgl. der Anpassungs- und Bewältigungsleistung der Pflegebedürftigen und Angehörigen in ihrem lebensweltlichen Kontext (Hüper & Hellige, 2015). Die verschiedenen Arbeitstypen (bspw. Aushandlungs-, Gefühls- und Biografiearbeit) machen den Pflegenden ebenso deutlich, welche Themen von Pflegebedürfti-

gen und ihren Angehörigen zusammen mit den Pflegenden zu bearbeiten sind, um lebensweltlich zu agieren und damit die Professionalisierung der Pflege zu unterstützen.

Da im Modell der Salutogenese das Kohärenzgefühl (*sense of coherence*) - mit seinen drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) - eine Hauptdeterminante dafür ist, welche Richtung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eingeschlagen wird, ist dieses als zentrales Motiv in das kooperative Beratungskonzept integriert (Hüper & Hellige, 2015). Hier ist die Förderung des Kohärenzsинns der Pflegebedürftigen und Angehörigen leitend (Hüper & Hellige, 2015).

Weiterhin ziehen Hüper und Hellige (2015) das integrative Beratungsmodell von Sander (1999) heran, der drei Erfahrungsfelder (Lebenswelterfahrung, Beziehungserfahrung und Selbsterfahrung) skizziert, aus denen sich Probleme entwickeln können (Hüper & Hellige, 2015). Parallel zu diesen stellt er drei Beratungsangebote (Information und Orientierung, Deutung und Klärung, Handlung und Bewältigung) zur Problemlösung dar, sodass eine Matrix aus den drei Problemerkennungsfeldern und den drei Beratungsangeboten entsteht (Hüper & Hellige, 2015).

Narrationen und Fragen werden ebenso in das kooperative Beratungsmodell integriert. Beratende Gesprächstechniken sind gekennzeichnet durch „offene und hypothetische Fragen“ sowie das aktive Zuhören. Außerdem zählen zirkuläre Fragen („Fragen um die Ecke“) dazu (Müller, 2013). Aktives Zuhören und Narrationen sind dabei als beratende Interventionen zu verstehen (Hüper & Hellige, 2015).

Zum Verständnis von Schulung/Edukation

Von der Beratung abzugrenzen ist die Patientenschulung oder Patientenedukation (beide Begriffe werden in der Literatur weitgehend synonym genutzt), die aufgrund eines theoriegestützten Curriculums ein pädagogisches Angebot macht, das bei Gruppenschulungen primär unabhängig vom individuellen geäußerten Informationsbedarf sein kann (Wörmann, 2003). Die Pflegebedürftigen und deren Angehörige können hier zwar einen begrenzten individuellen Bedarf in Form von Fragen einbringen, jedoch entspricht dies eher einem Lernbedarf. Patientenschulungen werden im Rahmen präventiver Maßnahmen eingesetzt und können gesundheitsfördernde Lebensweisen und Handlungen stabilisieren (Rohde, 2013). Abgeleitet vom Konzept der Salutogenese identifiziert Faltermaier (1997) fünf Aufgaben der Gesundheitsberatung: (1) Kräftigen von Gesundheitsressourcen, (2) Reduzieren von Gesundheitsrisiken, (3) Fördern eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, (4) sich am einzelnen Subjekt orientieren und (5) lebensweltlich und biografisch ausgerichtet sein (Engel, 2005).

Darüber hinaus werden Patientenschulungen zu pflegespezifischen Themen für Betroffene und deren pflegende Angehörige angeboten. Patientenschulungen sind in der Regel inhalts-systematisch aufgebaut und ergebnisfixiert, wohingegen Pflegeberatungen eher in einem offenen Prozess stattfinden (Hüper & Hellige, 2015).

Da sich die pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung mit Pflegeberatung und Patienten- und Angehörigenedukation erst in den letzten Jahren entwickelt hat, sind zur Konzeption elaborierter Pflegeedukationsprogramme die theoretischen Grundlagen der Bezugswissenschaften heranzuziehen. Von Interesse sind dabei theoretisch fundierte Ansätze der Verhaltenspsychologie, Stress- und Bewältigungsforschung mit den Konzepten „der subjektiven Gesundheits-/Krankheitstheorien, der Kontrollüberzeugungen, der Selbstwirksamkeit, der Kohä-

renz, und der erlernten Hilflosigkeit“ (Müller-Mundt, Schaeffer, Pleschberger, & Brinkhoff, 2000). Unabhängig vom theoretischen Hintergrund sollten nach Petermann (1997) Patientenedukationsprogramme die sechs folgenden Elemente aufweisen:

- Informationsvermittlung zur Entwicklung eines differenzierten Krankheits- und Therapiewissens
- Entwicklung einer adäquaten Einstellung zur Erkrankung resp. zum Gesundheitszustand, um die Therapiemotivation und Bereitschaft zur Selbstpflege zu fördern,
- Sensibilisierung der Leibeswahrnehmung zum Erfassen von Alarmsignalen und Überlastungsmerkmalen
- Förderung der Selbstpflegekompetenzen
- Initialisierung einer gesundheitsförderlichen Verhaltensadaption zur Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen
- Förderung sozialer Kompetenzen und Ressourcen zur Aktivierung sozialer Unterstützung (Müller-Mundt et al., 2000).

Dies unterstützend, hebt Lorig (1996) aus pflegewissenschaftlicher Perspektive hervor, dass Patienten- und Angehörigenedukationsprogramme mehr sind als Anleitungen „im Sinne von reiner Wissensvermittlung“ (Müller-Mundt et al., 2000). Diese zielen vielmehr auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. einer Vermeidung oder zumindest Verzögerung einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab (Müller-Mundt et al., 2000). Dies ist zu erreichen durch die Befähigung zu einer gesundheitsbewussten Verhaltensadaption bzw. durch „die Befähigung zum Selbstmanagement von Gesundheitsbeeinträchtigungen und damit verbundener Folgeprobleme“ (Müller-Mundt et al., 2000). Im Zusammenhang mit der Förderung der Selbstpflegekompetenz steht auch das Konzept des *Empowerments*, welches darauf abzielt, die Betroffenen zu einem selbstbestimmten Leben zu ermutigen (Müller-Mundt et al., 2000).

Schulungen können sich - ebenfalls wie Beratungen - in ihrer Sozialform unterscheiden und von Einzel- bis hin zu Gruppenschulungen reichen, wobei Einzelschulungen eher selten anzutreffen sind (Oetzel, 2015). Die in Schulungen vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten sollen die KlientInnen dazu befähigen, angemessen mit ihrer Erkrankung umzugehen (Oetzel, 2015). Ziel der Patientenschulung ist, unabhängig von den persönlichen, psychosozialen und ökonomischen Voraussetzungen der KlientInnen, die gesundheitsbewusste Verhaltensadaption an deren Krankheitserfordernisse anzupassen (Koch-Straube und Bachmann 2008). Zum Schulungsprozess finden sich unterschiedliche Phasen, die in ihrer Abstraktheit differieren, so u. a. die Phasen „Assessment des Informationsbedarfs und der Motivation“, „Festlegung von Zielen“ und „Lehr-Lernphase“ sowie „Ergebnisevaluation“ (Oetzel, 2015) oder auch „Problemidentifikation“, „Festlegen der Schulungsziele“, „Ressourceneinschätzung“, „Curriculumentwicklung“ und „Durchführung und Ergebnisevaluation“ (George & George, 2003). Schulungen sind also „kleinschrittig, geplante und zielorientierte“ (Abt-Zegelin, 2006) Einheiten, deren Ergebnisse am Ende evaluiert werden. Mikroschulungen sind dabei besonders kurz und dauern nicht länger als 30 Minuten, um für einzelne pflegerische Handlungen wie Mobilisation oder Verabreichen von subkutanen Injektionen oder Augentropfen anzuleiten (Abt-Zegelin, 2006).

Zur methodischen und medialen Umsetzung der Patientenschulung existieren vielfältige Fachbücher, Präsentationen und interaktive Trainings. Darüber hinaus wurden bereits spezielle Computerprogramme - wie das *Interactive Health Communication Application* (IHCA) – entwickelt und z. B. im Rahmen von Präventionsprogrammen eingesetzt werden (Brenner, Rickli, Hantikainen, & Them, 2009). Durch spezifische Algorithmen „antwortet“ hier das Programm mit individualisierten Informationen (Brenner et al., 2009).

Eine ebenso neuere, jedoch bilaterale, Form der Patientenedukation ist das Angehörigenzimmer. Dieses ist zur Informationsvermittlung mit unterschiedlichen Medien (anatomische Modelle und Lehrtafeln, Fachliteratur, Lehrfilme und Broschüren zur Anleitung von pflegenden Angehörigen) ausgestattet und wird im vorliegenden Beispiel stets durch eine Pflegeexpertin, welche die Beratungsgespräche gestaltet, zur Durchführung der Pflegeberatung genutzt (Horn, 2012). Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass die Übertragung der Beratung auf eine Beratungsexpertin zu neuen Schnittstellenproblematiken führt (Horn, 2012).

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass die Begriffe „Patientenedukation“, „Schulung“ und „Pflegeberatung“ in der Literatur oftmals unscharf getrennt und auch in der Pflegepraxis nicht deutlich differenziert werden. Beratungen, Schulungen und Edukationen fokussieren dabei stets Klientinnen und Klienten sowie deren pflegende Angehörige als Zielgruppe.

Zum Forschungsstand

Die Bedeutung der Patientenberatung nimmt bereits bei Pflegetheoretikerinnen wie Peplau und Orem einen beachtlichen Stellenwert ein und stellt damit eine definitorische Grundlage zur Übernahme von beratenden Aufgaben durch professionell Pflegende dar. Dadurch verwundert es nicht, dass sich diese in der NANDA-Pflegediagnosen- und der NIC-Pflegeinterventionsklassifikation wiederfinden (Georg, 2012).

Noch im Jahr 2000 bedauern Müller-Mundt et al. (2000) auf der Grundlage einer Analyse von Rahmenlehrplänen, Lehrbüchern für Pflegeberufe und von 1989 bis 1999 veröffentlichten Pflegefachzeitschriften eine fehlende qualifikatorische Basis in der Pflegeausbildung sowie einen gering ausgeprägten pflegefachlichen Diskurs in einschlägigen Zeitschriften (Müller-Mundt et al., 2000). Dass gerade in der letzten Dekade eine intensivere Auseinandersetzung mit Schulung und Beratung, sowohl aus pflegepädagogischer als auch pflegewissenschaftlicher Perspektive stattgefunden hat, belegen die aktuellen Rechercheergebnisse.

Hardeland (2013) setzt sich bspw. mit der Integration der Thematik Beratung in Pflegecurricula auf inhaltlicher und methodischer Ebene auseinander (Hardeland, 2013).

In einer Studie zum Beratungsbedürfnis von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen wurden 158 Beratungsgespräche mit einem halbstrukturierten Fragebogen dokumentiert und anschließend inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Dabei wurden 177 Beratungsanliegen extrahiert und in die vier Hauptkategorien a) „Informationen zum Versorgungssystem“, b) „Informationen zu individuellen Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem“, c) „Informationen zu regionalen Dienstleistern“ und d) „situations- und krankheitsspezifische Fragen“ eingeordnet (Nickel, Hanns, Brähler, & Born, 2012).

Inhalt der pflegerischen Beratung ist oftmals die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen, nicht aber die Aufrechterhaltung der Gesundheit der pflegenden Angehörigen mit bspw. stressreduzierenden Maßnahmen und Förderung der Selbstpflege (Langer & Ewers, 2013).

Pflegebedürftige und deren Angehörige werden eher selten im Entlassungsmanagement beteiligt (Langer & Ewers, 2013). In einer qualitativ-explorativen Studie, die sich mit den Erfahrungen und Sichtweisen von pflegenden Angehörigen auseinandersetzt, zeigt sich, dass die Entlassung für die Angehörigen meist unerwartet kommt, dass sie unzureichend auf ihre Versorgungstätigkeiten vorbereitet werden und ihnen Ansprechpartner in der häuslichen Versorgung fehlen (Langer & Ewers, 2013).

Angehörige äußern den Wunsch nach Informationen und Beratung bereits nach der medizinischen Diagnostik. Da ihnen bewusst ist, dass nun möglicherweise eine kritische Lebensphase beginnen kann, benötigen sie Informationen, wie die Krankheit und deren Folgen ihr gemeinschaftliches Leben mit pflegebedürftigen Angehörigen beeinflussen wird (Langer & Ewers, 2013). Zur Entscheidung für die häusliche Pflege ihres pflegebedürftigen Angehörigen wünschen und benötigen sie ausreichend Zeit, um ihre ökonomischen, zeitlichen, strukturellen Ressourcen einzuschätzen, sich ihrer sozialen Unterstützung durch ihr Umfeld abzusichern und eigene sowie fremde Erwartungen zur häuslichen Pflege zu reflektieren (Langer & Ewers, 2013). Die Angehörigen empfinden die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten als unüberschaubar und können sich darin oft nicht orientieren (Langer & Ewers, 2013; GKV-Spitzenverband, 2012). Es wird deutlich, dass den Pflegebedürftigen und Angehörigen in der häuslichen Pflege eindeutig zuständige AnsprechpartnerInnen und Kontaktpersonen fehlen (Langer & Ewers, 2013). Zum Inhalt der Beratung wünschen sich pflegende Angehörige nicht nur Unterstützung in der Organisation und Beschaffung von Hilfsmitteln, sondern auch in der Reflexion ihrer neuen Lebenssituation und damit einhergehender familiärer Rollenkonflikte (Langer & Ewers, 2013). Eine anwaltschaftliche Interessenvertretung durch Pflegefachpersonen findet in der Praxis bisher kaum statt (Langer & Ewers, 2013).

Für Angehörige, die einen demenziell erkrankten Pflegebedürftigen versorgen, ist es elementar zu Beginn der Pflegeübernahme belastungsminimierende Möglichkeiten sowie die Annahme von sozialer Unterstützung zu erlernen. Denn dies reduziert das Risiko einer Überforderungssituation und gewährleistet damit gleichzeitig die langfristige häusliche Versorgung (Langer & Ewers, 2013). Eine Überleitung in die stationäre Langzeitpflege wird von den pflegenden Angehörigen oftmals als persönliches Scheitern empfunden und erfordert aus deren Sicht spezielle Beratungsangebote zur emotionalen Bewältigung (Langer & Ewers, 2013).

Studien zur Wirksamkeit der Beratung von herzkreislauferkrankten Menschen zeigen, dass die positiven Ergebnisse der anfänglichen Verhaltensadaptation, die sich die Betroffenen in der ambulanten und stationären Rehabilitation aneignen, nur vorübergehend wirkten (Brenner et al., 2009), denn viele Patientinnen und Patienten schaffen es nicht, ohne kontinuierliche Begleitung ihr gesundheitsadaptiertes Verhalten fortzuführen (Brenner et al., 2009). Die Notwendigkeit des direkten Kontaktes zu Beratungspersonen belegen Studienergebnisse, die aufzeigen, dass Informationsbroschüren kaum zu gesundheitsadaptierten Verhaltensweisen führen (Brenner et al., 2009).

Studien zur Wirksamkeit von belastungsreduzierenden Schulungen für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten belegen die positiven Wirkungen auf Wohlbefinden und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen (Inglin, 2009). In einer quasi-experimentellen Studie, die die

Wirksamkeit eines achttägigen Seminars für pflegende Angehörige von Demenzkranken evaluierte, wurde der positive Effekt des Austauschs auf die pflegenden Angehörigen festgestellt (Inglin, 2009). Ebenso positiv hervorzuheben ist ein gesteigertes Verständnis für den an Demenz erkrankten Familienangehörigen sowie die Unerlässlichkeit der Selbstpflege (Inglin, 2009). Allerdings reduzieren sich die alltäglichen Belastungen in der Betreuung nicht durch das Seminar, sondern werden partiell sogar verstärkt wahrgenommen (Inglin, 2009). Grund dafür kann der Austausch mit anderen Betroffenen sein, der ein Eingestehen von eigenen Belastungen ermöglicht (Inglin, 2009). Durch das Seminar verbesserte sich nicht das subjektive Wohlbefinden und es wurden später auch keine weiteren Entlastungsmöglichkeiten genutzt (Inglin, 2009). Inhalt der jeweiligen Seminartage war (1) die eigene Situation als pflegende Angehörige, (2) die Zeit vor der Erkrankung, (3) Demenzformen, (4) Belastungen von pflegenden Angehörigen, (5) Betreuungsstrategien, (6) Pflegemethoden, (7) Entlastungsmöglichkeiten und (8) gesetzliche Fragen (Inglin, 2009).

Bisher fehlt es jedoch an einer Konzeptualisierung der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen an Übergängen, um bspw. die Versorgungsüberleitung aus der ambulanten Pflegeversorgung in die stationäre Pflegeversorgung zu gewährleisten. Ebenso liegen kaum Studienergebnisse zur Wirksamkeit pflegerischer Beratung im Entlassungsmanagement vor (Langer & Ewers, 2013).

18.4 Rechtliche Aspekte

Die Pflegekassen haben die Pflicht, die „Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken“ §7 SGB XI (SGB XI). In diesem Sinne der Beratung ist Patientenberatung resp. -edukation gemeint, welche die Primär- und Sekundärprävention zum Ziel hat. Hier soll beratend eine Orientierung über das Angebot der Prophylaxe und Prävention gegeben werden. Grundsätzlich hat jeder Pflegebedürftige einen Beratungsanspruch über die jeweiligen Pflegeleistungen, die für ihn/sie in Frage kommen (§ 7 Abs. 3). Darüber hinaus sind Pflegebedürftige und Versicherte mit besonderem Betreuungsbedarf über „anerkannte niederschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, zu unterrichten und zu beraten“ (SGB XI). Die Beratung der Pflegekassen hat grundsätzlich neutral und unabhängig zu erfolgen.

Kritisch betrachtet wird die Verbindung der Beratenden an die Pflegekassen, da ein Konflikt zwischen gleichzeitiger Beratung und Leistungserbringung vor dem Hintergrund der angestrebten Kosteneffizienz gesehen wird, wohingegen eine unparteiische Beratungsstelle mit einer freien und souveränen Trägerschaft begrüßt und empfohlen wird (Glaeske, Güttner-Scarfone, & Dietrich, 2011).

Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz hat jeder Pflegebedürftige und dessen Angehörige seit dem 01.01.2009 gem. § 7a des elften Sozialgesetzbuches (SGB) einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung (SGB XI). Ziel dieser Regelung ist es, Bedingungen für eine adäquate häusliche Pflege „nach dem Grundsatz «ambulant vor stationär» zu schaffen“ und somit die Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen zu reduzieren, indem Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen eine Beratung angeboten wird (Glaeske et al., 2011). Gleichzeitig trägt der Gesetzgeber damit dem eingangsdargestellten Wertewandel hin zu

mehr Selbstbestimmung und Autonomie Rechnung. Diese Pflegeberatung reicht von der systematischen Erfassung des Unterstützungsbedarfs über die Anfertigung eines individuellen Versorgungsplans bis hin zur Überwachung der Durchführung dieses Plans und bei Bedarf zur Analyse des Unterstützungsprozesses (SGB XI). Damit bildet sie eine Beratung ähnlich dem des *Case Managements* ab (Glaeske et al., 2011). Ziel der Pflegeberatung ist es, den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen bei der Selektion und Inanspruchnahme notwendiger Pflegeleistungen zu unterstützen und damit die quartiersbezogenen Pflegeorganisationen und somit letztendlich die häusliche Pflegeversorgung zu stärken (SGB XI).

Die häusliche Pflege eines Angehörigen kann zudem eine besondere Belastung darstellen und gerade bei langfristiger häuslicher Versorgung zur Chronifizierung von Überlastungssymptomen bei den pflegenden Angehörigen führen. Der Gesetzgeber trägt diesem Umstand Rechnung, indem die

„ . . . Pflegekassen . . . für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten [sollen], um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen“ (SGB XI).

Patienten- und Angehörigenedukation findet hier ihren gesetzlichen Rahmen.

Der Bundesverband der Verbraucherzentralen kritisiert allerdings die fehlende Transparenz über das Angebot der Krankenkassen (Hibbeler, 2010). Dies könne auch daran liegen, dass die Länder gem. § 92c, Abs. 1 Satz 1 SGB XI selbst festlegen, ob und in welchem Umfang Pflegestützpunkte zur Pflegeberatung eingerichtet werden (SGB XI; Hibbeler, 2010). Hingegen hat der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) die Compass-Pflegeberatung errichtet und damit für alle privaten Versicherungen eine gemeinsame Internetseite und bundesweite Rufnummer eingerichtet (Hibbeler, 2010). Damit wurde der Zugang zu Pflegeberatungen für die Versicherten etwas erleichtert.

Zu den Aufgabenbereichen der Pflegestützpunkte gehört die:

- „1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ (SGB XI).

Um einen bundeseinheitlichen Standard zu erreichen, gab der GKV-Spitzenverband hinsichtlich der Qualifikation und Anzahl der beratenden Fachkräfte Empfehlungen ab, die bis zum 30. Juni 2011 von den Pflegekassen zu erfüllen waren (SGB XI). Als berufliche Grundqualifikation wurde eine erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung zum Altenpflege/In, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in sowie Sozialversicherungsfachangestellte/n oder ein Studium der Sozialen Arbeit, aber auch andere geeignete Berufe bzw. Studienabschlüsse (wie Heilpädagogik oder Sozialpädagogik genannt (GKV-Spitzenverband, 2008). Personen, die vor 2009 bereits seit mindestens drei Jahren in

der Pflegeberatungen nach § 7 SGB XI/§ 14 SGB I tätig waren und die einen der o. g. Berufe erlernt haben, erhalten Bestandsschutz (SGB XI; GKV-Spitzenverband, 2008).

Zusätzlich zur beruflichen oder akademischen Ausbildung haben PflegeberaterInnen eine mindestens 400-stündige Weiterbildung nach § 4 sowie ein einwöchiges Praktikum in einem ambulanten Pflegedienst und ein zweitägiges Praktikum nach § 5 in einer teilstationären Pflegeeinrichtung zu absolvieren, um die theoretischen Weiterbildungsinhalte mit den praktischen Anforderungen der Pflegeberatung zu verbinden (GKV-Spitzenverband, 2008). Die Weiterbildung umfasst dabei die drei Module „Pflegefachwissen“ (mind. 100 Std.), „Case Management“ (mind. 180 Std.) - unterteilt in theoretische und praktische Grundlagen (mind. 110 Std.) und eine arbeitsfeldspezifische Vertiefung (mind. 70 Std.) – sowie „Recht“ (mind. 120 Std.), welches unterteilt ist in Allgemeines Sozialrecht (mind. 40 Std.) und pflegerelevante Rechtsfelder (mind. 80 Std.) (GKV-Spitzenverband, 2008). Damit orientiert sie sich an den Standards der zertifizierten Ausbildung des *Case Managements* (GKV-Spitzenverband, 2012). Dennoch ist kritisch zu hinterfragen, ob die derzeitigen Aus- und Weiterbildungsstrukturen ausreichende berufliche Handlungskompetenzen anlegen, um eine professionelle Pflegeberatung zu gewährleisten. Internationale Erfahrungen weisen darauf hin, dass eine professionelle Pflegeberatung eine grundständige Pflegebildung auf Bachelor- bzw. Masterniveau erfordert (Müller-Mundt et al., 2000). Die Implementierung und Evaluation von systematischen Beratungskonzepten liegt bspw. im angloamerikanischen Raum auf Master-Niveau, die Strukturierung und Durchführung der Pflegeberatung auf Bachelor-Niveau (Müller-Mundt et al., 2000); (Müller, 2013).

Die Pflegekassen haben im Hinblick auf die Gewährleistung des Beratungsangebots nach § 7a, Abs. 1 SGB XI eine adäquate Anzahl an entsprechend ausgebildeten PflegeberaterInnen sicherzustellen, so dass die Beratungen nach § 7a, Abs. 1 zeitnah und umfassend stattfinden (SGB XI). Nur als Richtschnur zur Personalbemessung kann eine 1 : 100 Angabe (Pflegeberatender : Versorgungspläne) gelten, da nicht alle Pflegebedürftigen ein differenziertes *Case Management* benötigen (GKV-Spitzenverband, 2012).

Doch schon durch die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die 1999 verabschiedet wurde, erhielt das Recht auf detaillierte Informationen und vertrauensvolle Beratung einen expliziten Stellenwert (Bundesministerium für Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014). Durch die Bestellung eines PatientInnenbeauftragten von der Bundesregierung sollen ebenso die Rechte von Pflegebedürftigen gesichert werden. Dessen Aufgabe ist es

„. . . darauf hinzuwirken, dass die Belange von PatientInnen besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen . . . berücksichtigt werden“ (SGB XI).

Pflegebedürftige, die anstelle einer häuslichen Pflegehilfe Pflegegeld nach § 37 (1) SGB XI erhalten, haben viertel- bis halbjährlich (je nach Pflegestufe) Anspruch auf eine Beratung in der häuslichen Pflege, durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft (SGB XI). Ziel ist es dabei, die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern (SGB XI). Allerdings wird kritisiert, dass in der Praxis häufig die Pflegeeinrichtung eine unabhängige Beratungsrolle und gleichzeitig Dienstleisterrolle einnehmen muss (Nickel et al., 2012). Weiterhin werden Aussagen über die Kompetenzen der beratenden Pflegefachkräfte gemacht. Pflegefachkräfte, die im häuslichen Bereich beraten, müssen

„spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und besondere Beratungskompetenz verfügen“ (SGB XI).

Um dies zu konkretisieren, sind die Gesetze über die aktuellen Pflegeberufe heranzuziehen. Hier wird im Altenpflegegesetz das Ausbildungsziel festgelegt,

„Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten [zu] vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:

1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege, . . .
5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung, . . .
8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten, . . .
10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2001).

Im Krankenpflegegesetz, welches die Ausbildung für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege regelt, wird das Ziel festgelegt, den Auszubildenden „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln“. „Die Ausbildung . . . soll insbesondere dazu befähigen, [die] . . . Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ eigenverantwortlich auszuführen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2004).

18.5 Gibt es Mindeststandards?

Seit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (§ 112 ff SGB XI) von 2001 sind Pflegestandards ein untrennbares Element der Qualitätssicherung und -entwicklung (SGB XI). Ein Pflegestandard kann bezeichnet werden als „allgemein zu erreichendes Leistungsniveau, welches durch ein oder mehrere Kriterien umschrieben wird“ (Hüper & Hellige, 2015). In ein ausführliches Qualitätsmanagement integriert, kann damit die geleistete Pflegequalität überprüft werden. Seit 2000 wurden vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) acht Expertenstandards für die Pflege und ein Standard für das Hebammenwesen entwickelt. Dies sind die Folgenden:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
- Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Ernährungsmanagement in der Pflege

Die Expertenstandards verdeutlichen die Rolle der Beratung als zentrales Element pflegefachlichen Handelns.

Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
S4 – Die Pflegefachkraft verfügt über Fähigkeiten sowie über Informations- und Schulungsmaterial zur Anleitung und Beratung des/der PatientIn/Bewohner/In und seiner/ihrer Angehörigen zur Förderung der Bewegung des/der PatientIn/Bewohner/In, zur Hautbeobachtung zu druckentlastenden Maßnahmen und zum Umgang mit druckverteilenden Hilfsmitteln.	P4 – Erläutert die Dekubitusgefährdung und die Notwendigkeit von prophylaktischen Maßnahmen und deren Evaluation und plant diese individuell mit dem/der PatientIn/BewohnerIn und seinen/ihreren Angehörigen.	E4 – Der/die PatientIn/BewohnerIn und seine/ihre Angehörigen kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung sowie die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an deren Umsetzung mit.

Tabelle 18.1: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2010)

Entlassungsmanagement in der Pflege

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
S3 – Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den/die PatientIn und seine/ihre Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.	P3 – Gewährleistet für den/die PatientIn und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung.	E3 – Dem/der Patient/In und seinen/ihreren Angehörigen sind bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung angeboten worden, um Versorgungsrisiken erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.

Tabelle 18.2: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2009; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2009)

Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
S5a – Die Pflegefachkraft verfügt über die notwendigen Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme für PatientInnen/BewohnerInnen und Angehörige.	P5 – Gewährleistet eine zielgruppenspezifische Information, Anleitung und Schulung für PatientInnen/BewohnerInnen und seine Angehörigen.	E5 – Der/die PatientIn/BewohnerIn und ggf. seine Angehörigen sind über die Bedeutung systematischer Schmerzeinschätzung informiert, können Schmerzen mitteilen und sind befähigt, situationsgerechte Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung anzuwenden.

Tabelle 18.3: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2011)

Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
S3a – Die Pflegefachkraft verfügt über notwendige Informations-, Schulungs- und Beratungskompetenzen. S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass Information, Schulung und Beratung unter Wahrung personeller Kontinuität umgesetzt werden können und stellt die notwendigen Materialien zur Verfügung.	P3a – Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät den/die PatientIn/BewohnerIn und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen versorgungsbereichsspezifisch und auf Basis individuell ausgehandelter Ziele zu seiner Schmerzsituation und trägt zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen bei. P3b Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Beratungsbedarf einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.	E3 – Der/die PatientIn/BewohnerIn und ggf. seine/ihre Angehörigen sind individuell über die Schmerzsituation informiert, geschult und beraten. Sein/ihr schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert.

Tabelle 18.4: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2015)

Sturzprophylaxe in der Pflege

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
S2 – Die Pflegefachkraft verfügt über Beratungskompetenz bezüglich des Sturz-	P2 – Informiert den/die PatientIn/ BewohnerIn und seine/ihre Angehörigen über	E2 – Der/die PatientIn/BewohnerIn und ggf. seine/ihre Angehörigen kennen

risikos und geeigneter Interventionen.	das festgestellte Sturzrisiko und bietet Beratung und ggf. Schulung zu den Interventionen an.	das individuelle Sturzrisiko sowie geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. Die Beratung und ggf. die Schulung sind dokumentiert.
--	---	---

Tabelle 18.5: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2013)

Förderung der Harninkontinenz in der Pflege

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>S3a – Die Einrichtung hält die erforderlichen Materialien zur Beratung bei Problemen mit der Harnkontinenz vor.</p> <p>S3b - Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Beratungskompetenz zur Vorbeugung, Beseitigung, Verringerung oder Kompensation von Harninkontinenz.</p>	<p>P3 – Die Pflegefachkraft informiert den/die PatientIn/BewohnerIn und ggf. seine/ihre Angehörigen über das Ergebnis der pflegerischen Einschätzung und bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen eine ausführliche Beratung zur Kontinenzhaltung oder -förderung und ggf. zur Kompensation einer Inkontinenz an. Darüber hinaus werden dem/der PatientIn/BewohnerIn weitere interne und externe Ansprechpartner genannt.</p>	<p>E3 – Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen kennen geeignete Maßnahmen zur Kontinenzförderung und zur Vermeidung von bzw. zum Umgang mit einer Inkontinenz.</p>

Tabelle 18.6: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2014a)

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>S4a – Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen und Kompetenz zu Information, Beratung, Schulung und Anleitung zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement.</p> <p>S4b - Die Einrichtung stellt zielgruppenspezifische Materialien für Information, Beratung, Schulung und Anleitung zur Verfügung.</p>	<p>P4 – Die Pflegefachkraft schult zu Wundursachen und fördert die Fähigkeiten des/der PatientIn/BewohnerIn und seiner/ihrer Angehörigen zur Wundversorgung sowie zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen durch Maßnahmen der Patientenedukation. Sie unterstützt die Kontaktaufnahme zu anderen Berufs-, Selbsthilfe- oder weiteren</p>	<p>E4 – Der/die PatientIn/BewohnerIn und seine/ihre Angehörigen kennen die Ursache der Wunde sowie die Bedeutung der vereinbarten Maßnahmen und sind über weitere Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Ihr gesundheitsbezogenes Selbstmanagement ist entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten gefördert.</p>

	Gesundheitsgruppen.	
--	---------------------	--

Tabelle 18.7: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2015a)

Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
S5 – Die Pflegefachkraft verfügt über Informations-, Beratungs- und Anleitungskompetenz zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung.	S5 – Die Pflegefachkraft informiert und berät den/die PatientIn/BewohnerIn und seine/ihre Angehörigen über Gefahren einer Mangelernährung und Möglichkeiten einer angemessenen Ernährung (z. B. Art der Unterstützung) und leitet gegebenenfalls zur Umsetzung von Maßnahmen an (z. B. im Umgang mit Hilfsmitteln).	S5 – Der/die PatientIn/BewohnerIn und seine/ihre Angehörigen sind über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert, beraten und gegebenenfalls angeleitet.

Tabelle 18.8: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2010a)

Diese Expertenstandards besitzen jedoch keine Rechtsverbindlichkeit. Allein der nach § 113 SGB XI vom DNQP entwickelte Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“, der derzeit von einem wissenschaftlichen Team der Universität Bremen modellhaft implementiert wird, kann durch Entscheidung der Vertragspartner Rechtsverbindlichkeit nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger erhalten (SGB XI).

Erhaltung und Förderung der Mobilität

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
S3 – Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seine Angehörigen über die Bedeutung von Mobilität für die Gesundheit und den Erhalt von Selbständigkeit zu informieren und sie durch Beratung und Anleitung darin zu unterstützen, Maßnahmen der Erhaltung und Förderung der Mobilität in ihren Lebensalltag zu integrieren.	P3 – Die Pflegefachkraft bietet den pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls ihren Angehörigen Information, Beratung und Anleitung unter Berücksichtigung der bei der Einschätzung identifizierten Probleme, Wünsche und Ressourcen an.	E3 – Die pflegebedürftigen Menschen und gegebenenfalls ihre Angehörigen sind über die Auswirkungen einer eingeschränkten Mobilität sowie Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Mobilität informiert.

Tabelle 18.9: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2014b)

18.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die Mindestanforderungen variieren je nach Beratungs- und Schulungskonzept (s. o.).

18.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass die Qualität einer Dienstleistung nicht nur in sich selbst liegt, sondern auch in der Art und Weise, wie die handelnden Personen die Interaktion gestalten (Wörmann, 2003). Dabei wird deutlich, dass einerseits der Beratungsinhalt bzw. das Ergebnis Gegenstand der Qualitätsmessung sein kann, andererseits aber auch die Form der Interaktion und die Art und Weise, wie der/die Ratsuchende in den Prozess integriert wird und eigenverantwortlich eigene Entscheidungen treffen kann (Wörmann, 2003).

Horn (2012) macht deutlich, dass Erfahrungen unter anderem zur Beratung im Angehörigenzimmer in der Frührehabilitation zeigen, dass gerade das „erste aktive Zugehen“ entscheidend ist für alle weiteren Beratungsgespräche und dass die Angebote niederschwellig und kultursensibel sein sollten, damit die Angehörigen und Pflegebedürftigen einen erleichterten Zugang zum Angebot haben, da oftmals Hemmschwellen vorhanden seien (Horn, 2012; Müller, 2013). Förderliche Rahmenbedingungen für eine gelingende Beratung, sind u. a. das Bereitstellen der Kontaktdaten, präzise und zuverlässige Termine, eindeutige zeitliche Begrenzungen mit explizitem Beratungsende, Wahrung der vereinbarten Zeiten, Wahrung der Diskretion und Vertraulichkeit, Bereitstellung von aufbereitetem Informationsmaterial und die Gestaltung einer harmonischen Sitzordnung (Wörmann, 2003).

Das Nationale Forum Beratung und die Forschungsgruppe Beratungsqualität am Institut für Bildungswissenschaft der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg entwickelten gemeinsam Qualitätsmerkmale und –indikatoren, um Standards für Beratung im Feld Bildung, Beruf und Beschäftigung zu bestimmen. Diese Merkmale sind in fünf Ebenen – übergreifende Merkmale, Beratungsprozess, BeraterIn, Organisation und Gesellschaft – strukturiert. Übergreifende Merkmale sind jene, „die für die Beratung als professionelle, kommunikative Dienstleistung grundlegend sind“ (Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 und Arbeitsgruppe 2, 2011). Merkmale, die zur Ebene Gesellschaft zugeordnet sind, zeigen an, „dass Beratung gesellschaftliche Rahmenbedingungen . . . im Einzelfall angemessen und für die Ratsuchenden verständlich im Beratungsprozess thematisiert und reflektiert werden, um tragfähige Handlungsstrategien und Lösungsansätze zu entwickeln“ (Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 und Arbeitsgruppe 2, 2011).

Diese Merkmale werden nun, geordnet nach den fünf Ebenen, vorgestellt und in ihren Ausprägungen auf die Beratung in der Pflege modifiziert:

Übergreifende Merkmale (Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 und Arbeitsgruppe 2, 2011):

- Orientierung an den Ratsuchenden (hinsichtlich individueller Voraussetzungen, Anliegen, Ressourcen, sozialem und kulturellem Hintergrund)
- Transparenz des Beratungsangebots (z. B. hinsichtlich des Zugangs, Erreichbarkeit, Leistungsversprechen etc.)

- Ethische Aspekte (Einhaltung von Ethikkodex, wertschätzende Kommunikation, Vertraulichkeit und Datenschutz)
- Qualitätsstrategien (Orientierung an Qualitätsstrategien, vorliegende Qualitätskonzepte)

Beratungsprozess (Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 und Arbeitsgruppe 2, 2011):

- Beziehungsgestaltung (geeigneter Rahmen und angenehme Atmosphäre, Ratsuchende fühlen sich sicher und ernst genommen, transparente Rollen, Aufträge und Funktionen, Beratungsverlauf ist verständlich und nachvollziehbar, Ratsuchende werden einbezogen und fühlen sich wertgeschätzt, Beratende sich authentisch und empathisch, situationsadäquate Gestaltung von Nähe und Distanz)
- Klärung des Anliegens und Kontakt (Anliegen, Erwartungen und Motivation sind geklärt, evtl. Vorklärung des Anliegens zur gezielten Weitervermittlung)
- Situationsanalyse und Ressourcenklärung (gemeinsame Analyse der Ausgangssituation, Ziele, Ressourcen und Kompetenzen, relevante Muster im Denken, Verhalten und Entscheiden und in der Biografie werden identifiziert, gemeinsame Priorisierung, Kompromisse bei unterschiedlichen Zielen und Werten)
- Erarbeitung von Lösungsperspektiven (alternative Entwicklungsmöglichkeiten besprechen, Hindernisse überwinden, Vermittlung von bedarfs-, personen- und zielgruppen-gerechten Informationen, Hinweise auf selbst zu nutzende Informationsquellen, Anbieten von Folgeberatung bei weiterem Beratungsbedarf, Resümee ziehen über Beratungsverlauf, anstehende Aktivitäten der Ratsuchenden besprechen)

BeraterIn (Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 und Arbeitsgruppe 2, 2011):

- Kompetenz und Professionalität der Beratenden (Beratende weisen beratungsspezifische Ausbildung und kontinuierliche Fortbildung vor, welche sich an – von Politik, Wissenschaft und Praxis – anerkanntem wissenschaftlich fundierten Kompetenzprofil orientiert; Nachweisen von feldspezifischen und beratungsrelevanten Fortbildungen)
- Orientierung an Standards (Beratende orientieren ihr Handeln an Standards)

Organisation (Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 und Arbeitsgruppe 2, 2011):

- Leitbild und Strategie (Vorliegen eines spezifischen Leitbildes, woran sich Beratungskonzepte orientieren; Beratende sind damit vertraut)
- Formale Organisation und Prozesse zielen auf effiziente und effektive Aufbau- und Ablauforganisationen ab (zentrale Prozesse, Rollen, Funktionen und Verantwortlichkeiten sind geklärt; Einbettung der Beratung in vor- und nachgelagerte Prozesse wird sichtbar)
- Organisationskultur (Weiterentwicklung einer konstruktiven Kommunikationskultur durch informellen und organisierten kollegialen Austausch zu beratungsrelevanten Themen mittels regelmäßiger Supervision, Feedback oder Teambesprechungen)

- Personelle und materielle Ausstattung (für die jeweiligen Beratungsangebote stehen ausreichend personelle und materielle Mittel bereit: Räume für Gruppen- und Einzelgespräche, Informationsquellen wie Literatur und Internet; Anzahl der Beratungen werden nach Dauer, Tiefe und Angebot erhoben)
- Interaktion mit dem gesellschaftlichen Umfeld (Kooperation und Vernetzung mit dem Umfeld, z. B. andere Beratungsstellen, relevante Institutionen wie Pflegekassen werden aktiv gefördert)

Gesellschaft (Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 und Arbeitsgruppe 2, 2011):

- Gesellschaftliche Bezüge, Informationen und Informationsvermittlung (relevante Verknüpfungen zu gesellschaftlichen Einflüssen und Wissensbereichen wie Antragstellung auf Hilfsmittel oder Pflegestufe sind hergestellt; individuelle Voraussetzungen bei der Informationsvermittlung und -bearbeitung werden beachtet; Informationen werden verständlich, aktuell und sachlich richtig vermittelt; neben inhaltsbezogenen Informationen kommen auch sozialökonomische und personale Aspekte zum Tragen; Beratende berücksichtigen, dass Entscheidungen von Ratsuchenden auch auf der Basis nicht rationaler Elemente getroffen werden; der Zugang zur Beratung selbst ist erleichtert und durch bspw. Öffentlichkeitsarbeit und Wohnortnähe gegeben)
- Förderung der Selbstorganisation resp. des Selbstmanagements (Ratsuchende erhalten mehr Klarheit über ihre problemrelevanten Ressourcen wie Potentiale, Kompetenzen, Werte etc.; Beratungshandeln führt zur Vergrößerung der Selbstorganisationsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Entscheidungskompetenz und Handlungskompetenz bei den KlientInnen; es sind Maßnahmen zum Nachweis der Wirkungen definiert)
- Förderung der pflegerelevanten Entwicklung (beispielhafte Outputkriterien: Beratungshandeln ermöglicht verstärkte Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Programmen und Präventivmaßnahmen; durch spezifisches Beratungshandeln wie fachliche Anleitungen wird das Risiko von Pflegefehlern durch Angehörige reduziert; durch pflegefachliche Anleitungen und Schulungen wird die Selbstpflegekompetenz erhöht; Beratungshandeln fördert eine langfristige häusliche Versorgung)
- Förderung gesellschaftlicher Teilhabe (beispielhafte Outputkriterien: Beratungshandeln fördert den sozialen Austausch; Vermittlung an Selbsthilfegruppen; Soziale Isolation wird durch adäquate Unterstützungsangebote verhindert bzw. reduziert; durch Unterstützung bei der Beantragung von Pflegehilfsmitteln – wie bspw. Gehhilfen – wird die Mobilität gewährleistet)

18.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Aspekte stehen mit „Pflegerische Beratung, Schulung, Edukation von Klienten und Angehörigen“ in Beziehung: Pflegefachlichkeit, Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen, Wertschätzung, Menschenwürde.

18.9 Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A. (2006). Patientenedukation. Mikroschulungen - Pflegewissen für Patienten und Angehörige, 1. Teil: Die Schwester, der Pfleger, 45(1).
- Brenner, A., Rickli, H., Hantikainen, V., & Them, C. (2009). Verhaltenstherapie für Herzkranken.: Computerprogramme unterstützen Herzpatienten nachhaltig bei der Umstellung ihres Lebensstils. *Care management*, 2(2), 14–18.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2001). Gesetz über die Berufe in der Altenpflege: AltPflG.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2004). Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege: KrPflG.
- Bundesministerium für Senioren, Frauen und Jugend (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Paderborn. Retrieved February 13, 2016, from http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed_C3_BCrtfziger-Menschen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2010a). *Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege: Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Ernaehrung_Auszug.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2015a). *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/ChronWu_Akt_Auszug.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2009). *Auszug aus der Veröffentlichung zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Entlassung_Akt_Auszug.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2010). *Auszug aus der Veröffentlichung zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Deku_Akt_Auszug.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2011). *Auszug aus der Veröffentlichung zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Schmerz-akut_Akt_Auszug.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2013). *Auszug aus der Veröffentlichung zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Sturz-Akt_Auszug.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2014a). *Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Kontinenz_Akt_Auszug.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2014b). *Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from [https://www.gkv-](https://www.gkv-spitzenver-)
spitzenver-
ver-

band.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Ed.) (2015). *Auszug aus der Veröffentlichung zum Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*. Osnabrück. Retrieved February 15, 2016, from http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/Schmerz-chron_Auszug.pdf.
- Eicher, M. (2009). Ein gesunder Umgang mit Krankheit. Patientenedukation unterstützt das Selbstmanagement. *Care management*, (2), 6. Retrieved February 15, 2016, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2009/82716.pdf>.
- Engel, F. (2005). Beratung - ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen: *Pflege & Gesellschaft*, 10(4), 163–171.
- Georg, J. (2012). Positive Patientenedukation: Patientenedukation, Pflegediagnosen und positive Pflege: *Padua: die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik*, 7(2), 87–93.
- George, W., & George, U. (2003). *Angehörigenintegration in der Pflege: Mit 41 Tabellen und zwei Tests*. *Pflege*. München [u. a.]: Reinhardt.
- GKV-Spitzenverband (Ed.) (2008). *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008*. Retrieved February 15, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2008_-_08-29_Empfehlungen__7a_Abs3.pdf.
- GKV-Spitzenverband (Ed.) (2012). *Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Bd. 10. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung//Pflegeberatung*. [Hürth]: CW Haarfeld GmbH; CW Haarfeld.
- Glaeske, G., Güttner-Scarfone, C., & Dietrich, T. (2011). Pflegeberatung - eine Möglichkeit zur Optimierung der häuslichen Pflege? *Gesundheits- und Sozialpolitik, Baden-Baden*, 65(3).
- Grunwald, K., & Thiersch, H. (Eds.) (2008). *Grundlagentexte Pädagogik. Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit: Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verl.
- Hardeland, H. (2013). Beratung in der Pflege - Möglichkeiten zur Vermittlung beratungsrelevanter Inhalte. *Unterricht Pflege*, 18(5), 2–5.
- Hibbeler, B. (2010). Pflegeberatung: Betroffene und Angehörige haben einen Rechtsanspruch auf Beratung, in der Praxis gibt es aber noch Probleme. *Deutsches Ärzteblatt: Ausgabe A, Praxis, Ausgabe: niedergelassene Ärzte*, 107(47), 2326. Retrieved February 20, 2016, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2010/ZBMED-2010113051513-35.pdf>.
- Horn, K. (2012). Das Angehörigenzimmer: Ein neuer Schulungsansatz in der Pflege. *Padua: die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik*, 7(2), 63–68.
- Hüper, C., & Hellige, B. (2015). *Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke: Rahmenbedingungen - Grundlagen - Konzepte - Methoden* (3. Auflage). Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Inglin, D. (2009). Angehörige nicht vergessen: Wer an Demenz erkrankte Menschen pflegt, braucht Unterstützung und Hilfe. *Care management*, 2(2).
- Koch-Straube, U., & Bachmann, S. (2008). *Beratung in der Pflege* (2., vollst. überarb. Aufl.). *Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege*. Bern: H. Huber.

- Langer, J., & Ewers, M. (2013). „Es ist nicht mehr das alte Leben, das wir führen ...“: Beratung von Angehörigen im pflegerischen Entlassungsmanagement. *Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 26(5), 311–320.
- Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 und Arbeitsgruppe 2 (2011). *Beratungsqualität in Bildung, Beruf & Beschäftigung: Qualitätsmerkmale guter Beratung*. Retrieved February 15, 2016, from http://www.forum-beratung.de/cms/upload/Veroeffentlichungen/Eigene_Veroeffentlichungen/qmm_guter_Beratung_2011.pdf.
- Müller, A. (2013). Chronische Krankheit im Alltag bewältigen: Patienten- und Angehörigene-dukation als Baustein erweiterter Pflegepraxis. *Padua: die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik*, 8(1), 49–54.
- Müller-Mundt, G., Schaeffer, D., Pleschberger, S., & Brinkhoff, P. (2000). Patientenedukation - (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *Pflege & Gesellschaft*, 5(2), 42–53.
- Nickel, W., Hanns, S., Brähler, E., & Born, A. (2012). Pflegeberatung – die Erwartungen der Betroffenen. *Gesundheitswesen Das*.
- Oetzel, C. (2015). Was ist Pflegeberatung?: Kommunikation. *Die Schwester, der Pfleger: die Fachzeitschrift für Pflegeberufe*, 54(3), 50–52.
- Petermann, F. (Ed.) (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung: Ein Lehrbuch* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Rohde, K. S. (2013). Angehörige in die Beratung integrieren. *Unterricht Pflege*, 18(5), 6–8.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved January 20, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html.
- Wörmann, M. (2003). Personenzentrierte Beratung durch Pflege. In K. Schneider, E. Brinker-Meyendriesch, A. Schneider, & K. Schneider (Eds.), *Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis; mit 32 Tabellen*; (pp. 57–75). Berlin [u. a.]: Springer.

19 Erläuterungen zum Kennzeichen „Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen“

19.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiten die Literaturrecherche:

- Wie wird Einbeziehung definiert? Wie in der Pflege?
- Welche Bedeutung hat Einbeziehung für die Pflege?
- Wieweit wird die Einbeziehung in der Pflege gefördert/behindert?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

19.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

In der gesellschaftlichen Diskussion über das Thema „Einbeziehung“ ist die von Erving Goffman 1973 veröffentlichte Untersuchung zum Thema „Asyle – über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“, die Pflegeheime (neben anderen geschlossenen Welten wie Psychiatrien und Kasernen), zu den totalen Institutionen, in denen sämtliche Äußerungen des Lebens stattfinden, zählt, weiterhin von großer Hintergrundbedeutung. Totale Institutionen seien „einerseits Wohn- und Lebensgemeinschaft, andererseits formale Organisationen“, in denen die dort lebenden Menschen nur wenige Mitwirkungsrechte hätten, so Goffman (1973). Er entfachte mit seiner Forschung eine kontroverse Debatte über die Zustände in Einrichtungen. Im weiteren Verlauf zeigte sich über verschiedene Untersuchungen, dass das Übertragen von Verantwortung, Mitwirkungsbefugnissen und die Teilhabe an der Gestaltung der Umgebung und des Alltags förderlich für das psychosoziale Wohlbefinden sind (Kubillus, 2013).

Mit der Ottawa-Charta forderte die WHO 1986, allen Menschen ein höchstmögliches Maß an Selbstbestimmtheit über ihre Gesundheit zu ermöglichen (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1986). Wünsche, Hoffnungen und Bedürfnisse sollen dabei berücksichtigt werden. Der Weg zu einer verbesserten Gesundheit aller sei vor allem durch eine Eigenbeteiligung der Bürger zu erreichen. Politische Maßnahmen sollen die Bürgerinnen und Bürger in Prozesse und Strukturen zur Prävention und Gesundheitsförderung mit einbeziehen und ihnen die Chance zu einer aktiven Mitarbeit daran eröffnen (Kubillus, 2013).

In den Sozial- und Gesellschaftswissenschaften entwickelten sich zunächst Emanzipation und später Empowerment und Partizipation als wichtige Leitbegriffe. Ein Ziel von Empowerment ist es, die Klienten bzw. Patienten innerhalb eines Expertensystems zu stärken (Pluto, 2007). Es wurden auch in der Pflege Strukturen angestoßen, die den Menschen mit Pflegebedarf mehr Rechte einräumen sollen und ihre speziellen Bedürfnisse besser zu Gehör bringen. Eine Reihe von Konzepten integriert Beteiligung im Sinne von aktiver Einflussnahme auf die Gestaltung von Situationen, die Mitwirkung an Entscheidungsprozessen und die Kontrolle

über Lebensereignisse. Diese Variablen gelten als entscheidende Faktoren, die dazu beitragen, Belastungen und Krisen in der eigenen Lebensgestaltung zu bewältigen. Beispiele für solche Modelle sind das Empowermentkonzept, das Konzept der Salutogenese, das Kohärenzkonzept und das Konzept des shared decision making (Pluto, 2007).

Die Begriffe Einbeziehung, Partizipation und Beteiligung haben einen normativen Charakter dahingehend, dass die Teilhabe von Individuen und Gruppen an einem sozialen Zusammenhang – hier derjenige der ambulanten und stationären Pflege – ermöglicht werden soll.

Unter Bezug auf das handlungsorientierte Professionalisierungsverständnis von Oevermann (1978) wird professionelles Handeln in der Pflege verstanden als Aushandlungsprozess, in dessen Verlauf die Pflegeperson und der Mensch mit Pflegebedarf die Einschätzung der Ausgangssituation, die zu erreichenden Ziele und die durchzuführenden Maßnahmen gemeinsam aushandeln. In diesem Sinne ist professionelles Handeln in der Pflege ohne Einbeziehung der Menschen mit Pflegebedarf oder ihrer Angehörigen gar nicht möglich. Dies gilt grundsätzlich und auch für Menschen, deren Möglichkeiten zur Situationsbewertung eingeschränkt sind. In diesem Fall ist die professionelle Einschätzung durch die mutmaßliche Einschätzung der Betroffenen zu erweitern (Weidner, 2004).

19.3 Stand der Literatur

Der im Titel dieses Kennzeichens eher unbestimmte Begriff der Einbeziehung wird im Kontext der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (zusammen mit dem Perspektivwechsel des „Einbezogenseins“) im Zusammenhang mit Teilhabe diskutiert. Es geht dabei um Aspekte von „teilnehmen an“, „teilhaben an“ oder „beschäftigt sein in“ in einem Lebensbereich, „anerkannt werden“ oder „Zugang haben zu benötigten Ressourcen“ und wird abgegrenzt von der subjektiven Erfahrung des Einbezogenseins („Zugehörigkeitsgefühl“) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2005).

Der Begriff Partizipation ist abgeleitet vom lateinischen Begriff „partem capere“ (partem = Teil, carpere = etwas nehmen). Partizipation bezeichnete ursprünglich die aktive Beteiligung der Bürger und Bürgerinnen bei der Erledigung der gemeinsamen (politischen) Angelegenheiten, bzw. der Mitglieder einer Organisation, einer Gruppe, eines Vereins etc. an den gemeinschaftlichen Interessen. Wurde Partizipation anfangs vor allem auf das Recht der BürgerInnen auf Teilhabe an politischen Prozessen definiert, hat sich diese Definition in den letzten Jahrzehnten erheblich erweitert. So wird das Recht auf Partizipation heute nicht mehr nur der begrenzten Bevölkerungsgruppe der wahlberechtigten Personen zugesprochen, sondern jedem einzelnen Individuum. Zudem bezieht sie sich nicht mehr nur auf den politischen Bereich, sondern auf vielfältige Lebensbereiche, genauer gesagt, auf die jeweiligen Lebenswelten der Individuen. Partizipation wird heute definiert als die Übertragung von Entscheidungen und Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die eigene Lebenswelt. Demnach kann Partizipation auch nur dann erfolgreich sein, wenn sie einen unmittelbaren Bezug zur Lebenswelt aufweist und in dieser wirksam wird. Ziel von Partizipation ist es somit, die Individuen zu verantwortungsbewusstem und selbstbestimmtem Handeln zu befähigen, sodass sie ihr Leben selbst gestalten können. Partizipation weist in den unterschiedlichen Anwendungsbereichen vielfältige Formen auf und kann zudem sehr in dem Maß der übertragenen Verfügungsgewalt

variieren (Wright, 2010). In der wörtlichen Übersetzung des Begriffes Partizipation schwingt mit, dass Partizipation immer aktive Prozesse von den Menschen fordert, denen Partizipation zugutekommen soll. Sie müssen die Entscheidungsprozesse, die ihnen gegeben werden, für sich annehmen und gestalten. So betrachtet kann Partizipation nur in einem Prozess des Gebens und Nehmens, also einer Aushandlung, (gut) funktionieren (Ebhardt, 2013).

Selbstbestimmung und Partizipation gehören zu den zentralen Werten in westlichen Gesellschaften; das Recht auf Freiheit und freie Entfaltung der Persönlichkeit bilden elementare Bestandteile im Grundgesetz der BRD. Seit den Arbeiten von Erving Goffman (1973) wird darüber diskutiert, dass diese Freiheit in Institutionen oftmals eingeschränkt wird. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt darauf ab, aktuell häufig beklagte Defizite bei der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf, die nicht zuletzt die Bereiche „Soziale Teilhabe“ und „Autonomie“ betreffen, in den Blick zu nehmen. Im Mittelpunkt stehen die Potenziale eines Menschen inklusive der Stärkung seiner Selbstständigkeit und Teilhabefähigkeit (Wingenfeld, Büscher, & Schaeffer, 2011). Auch das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) fordert die Sicherung von Autonomie und Teilhabe in der Langzeitversorgung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014). Das Expertenforum Demenz des Landes Rheinland-Pfalz betont Teilhabe und Autonomie als relevante Ziele auch in der Betreuung von Menschen mit Demenz und stellt diese in den Bezug zu Sicherheit und Fürsorge (Expertenforum Demenz im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD), 2014). Unter Teilhabe kann in Orientierung an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) das Einbezogensein in Lebenssituationen verstanden werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2005).

Die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff realisierte Wahrnehmung des Menschen mit Pflegebedarf im Hinblick auf seine Potentiale (Wingenfeld et al., 2011) stellt im Vergleich zur aktuellen von körperlichen Einschränkungen her definierten Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & GKV-Spitzenverband, 2013) einen Paradigmenwechsel dar. Die damit verbundenen Ziele der Stärkung von Selbstständigkeit und Teilhabefähigkeit haben dabei auch in besonderer Weise Gültigkeit für die BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen.

Einrichtungen der stationären Altenhilfe sehen sich zudem nicht zuletzt vor dem Hintergrund wachsender Konkurrenz und knapper finanzieller Ausstattung herausgefordert, ihre Strukturen und Prozesse neu zu ordnen und tradierte Überzeugungen wie auch normative Orientierungen in Bezug auf den Umgang mit ihren BewohnerInnen (z. B. hinsichtlich der Stärkung der Selbstständigkeit, Teilhabe und Autonomie) zu revidieren. Diese Ziele können jedoch nicht mit klassischen Formen der Aus- und Fortbildung von Beschäftigten erreicht werden. Stattdessen sind die Einrichtungen hin zu lernenden Organisationen (Dollhausen, 2006) zu entwickeln. Im Vollzug des organisationalen Lernens ändern sich die Wert- und Wissensbasis und damit die Kultur einer Organisation. Ziel ist es, die organisationale Problemlösungs- und Handlungskompetenz zu erhöhen (Thommen & Günther, 2014). Die Organisationskultur, die sich u. a. in Einstellungen, Erfahrungen, Überzeugungen und Werten ausdrückt, beeinflusst in Alten- und Pflegeheimen auch das Outcome, d. h. Zufriedenheit und Wohlbefinden der BewohnerInnen (Etherton-Beer, Venturato, & Horner, 2013).

Zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)“ wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005 ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben, dessen Abschlussbericht 2007 vorgelegt wurde und immer noch als Maßstab für dieses Thema bezogen auf deutsche Verhältnisse gelten kann. Der Bericht hebt mit einem hohen Anteil an Einzelzimmern (64 %) die strukturelle Ebene hervor, die eine individuelle wohlräumliche Gestaltung ermöglicht und dokumentiert vielfältige Freizeitangebote. Allerdings weist der Bericht auch darauf hin, dass die pflegerische Versorgung nicht zuletzt im Zusammenhang mit fehlendem Pflegepersonal eher routiniert verläuft und wenig auf Partizipation und Selbstbestimmung ausgerichtet ist (Schneekloth & Wahl, 2007).

Modelle zur Stärkung der Partizipation setzen zum Teil auf der organisationalen und zum Teil auf der individuellen Ebene an.

Die Partizipative Qualitätsentwicklung setzt auf der organisationalen Eben an und meint die ständige Verbesserung von Maßnahmen durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen einer Institution (z. B. Pflegeheim), Zielgruppen (z. B. BewohnerInnen und Beschäftigten), Geldgeber (z. B. Träger oder Kommune) und eventuell anderen wichtigen Akteuren. Ein Kennzeichen dieser Zusammenarbeit ist eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der MitarbeiterInnen und vor allem der Zielgruppe an den vier Phasen der Entwicklung von Maßnahmen: 1. Bedarfsbestimmung, 2. Interventionsplanung, 3. Umsetzung und 4. Evaluation/Auswertung.

Die Partizipative Qualitätsentwicklung lebt maßgeblich vom lokalen Wissen der Beteiligten und hilft ihnen dieses Wissen zu nutzen, zu reflektieren und zu erweitern. Hierfür werden partizipative Methoden der Datenerhebung und Interventionsplanung eingesetzt.

Durch die Partizipative Qualitätsentwicklung werden Verfahren für die Verbesserung der Arbeit entwickelt, die maßgeschneidert, praktikabel, nützlich, partizipativ und abgesichert sein sollen:

- Maßgeschneidert sind Verfahren, die auf die spezifischen lokalen Bedingungen zugeschnitten sind: z. B. Zusammensetzung der Zielgruppe, Auftrag und Selbstverständnis der Einrichtung, Arbeitskapazitäten, Angebots- und Einrichtungsstruktur.
- Praktikabel sind Verfahren, die zeitlich im Verhältnis zu den praktischen Leistungen stehen. Das heißt, sie nehmen nicht zu viel Zeit in Anspruch, ihr Umfang ist auf das Notwendige beschränkt, sie werden ohne großen Aufwand dokumentiert und sie lassen sich in die Arbeitsroutine integrieren.
- Verfahren sind nützlich, wenn sie Ergebnisse erbringen, die in konkrete Handlungsmöglichkeiten für die Praxis umgesetzt werden können, auch für die Verbesserung von laufenden Arbeitsprozessen.
- Partizipative Verfahren sind dadurch gekennzeichnet, dass sie die subjektiven Betrachtungen der MitarbeiterInnen und NutzerInnen berücksichtigen. Das lokale Wissen der (potentiellen) NutzerInnen soll in allen Projektphasen berücksichtigt werden.
- Abgesichert bedeutet, dass die Verfahren einen kritischen Blick auf die gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahme ermöglichen und dass sie eine wissenschaftliche Grundlage aufweisen.

Partizipation bedeutet in diesem Verständnis nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe, also Entscheidungsmacht bei allen wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung. Dieses Prinzip geht von der zentralen Forderung der Ottawa-Charta aus, Selbstbestimmung der BürgerInnen als Kern der Gesundheitsförderung zu realisieren (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1986). Dazu gehört die Definitionsmacht und somit die Möglichkeit, die Gesundheitsprobleme (mit-)bestimmen zu können, die von präventiven, therapeutischen oder kompensierenden und unterstützenden Maßnahmen angegangen werden sollen. Je mehr Einfluss jemand auf einen Entscheidungsprozess einnimmt, umso größer ist seine/ihre Partizipation.

Partizipation ist kein „Entweder/Oder“, sondern ein Entwicklungsprozess. Selbstreflexion und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren vor Ort fördern die Weiterentwicklung. Partizipation ist je nach den Praxisbedingungen im Projekt und den Lebensbedingungen der Zielgruppe unterschiedlich realisierbar. Die Aufgabe besteht darin, die den Bedingungen entsprechend passende Stufe der Partizipation zu finden bzw. im Sinne von Entwicklung, soweit adäquat, die nächsthöhere Stufe anzuvisieren (siehe Stufen der Partizipation).

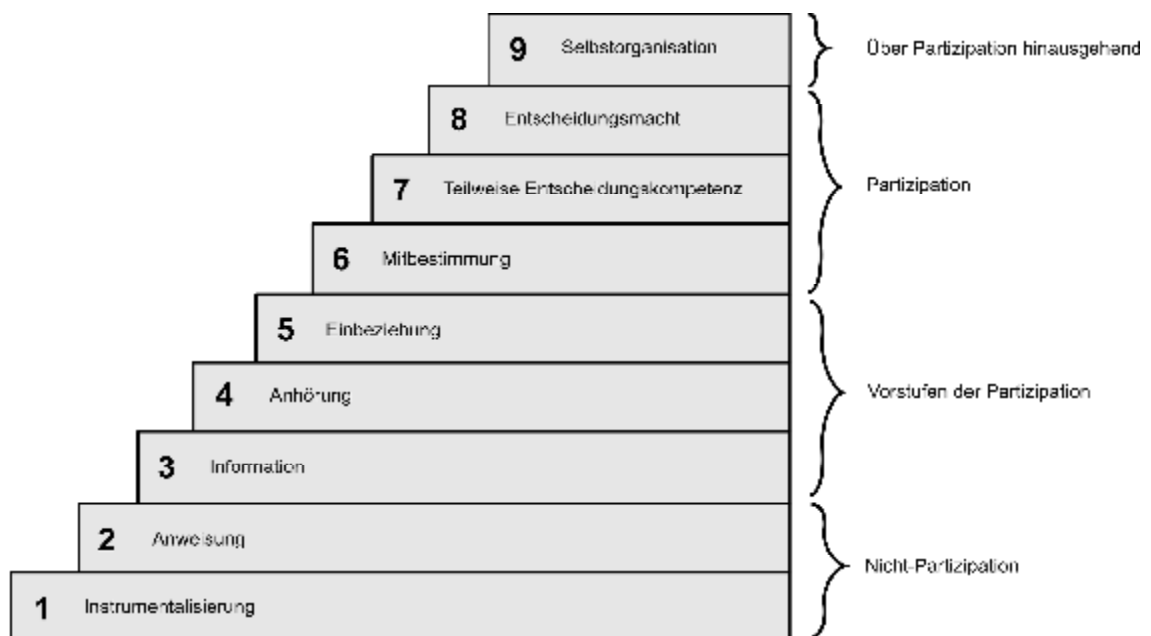


Abbildung 19.1: Stufenmodell der Partizipation (Wright, 2010)

Das Stufenmodell beginnt auf der Stufe 1 mit der Instrumentalisierung. Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe getroffen, und die Interessen der EntscheidungsträgerInnen stehen im Mittelpunkt. Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, ohne deren Ziel und Zweck zu kennen. Eine Partizipation findet nicht statt.

Auf der Stufe 2, Anweisung genannt, nehmen die Entscheidungsträger (oft ausgebildete Fachkräfte) die Lage der Zielgruppe zwar wahr, die Probleme der Zielgruppe werden aber ausschließlich auf der Grundlage der (fachlichen) Meinung der Entscheidungsträger definiert und Vorgänge zur Beseitigung oder Linderung der Probleme festgelegt. Die Meinung der Zielgruppe zu ihrer eigenen Situation wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation seitens der Entscheidungsträger ist direktiv.

Auf der 3. Stufe, die mit der Überschrift „Information“ versehen ist, teilen die EntscheidungsträgerInnen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe (aus Sicht der Entscheidungs-

trägerInnen) hat und welche Hilfe sie benötigt: Verschiedene Handlungsmöglichkeiten werden der Zielgruppe für die Beseitigung oder Linderung ihrer Probleme empfohlen. Die EntscheidungsträgerInnen erklären und begründen ihr Vorgehen. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, um die Akzeptanz der Informationsangebote und die Aufnahme der Botschaften zu fördern.

Auf der 4. Stufe, der Anhörung, besteht ein echtes Interesse der für die Sichtweise der Zielgruppe auf ihre eigene Lage. Die Mitglieder der Zielgruppe werden angehört, haben jedoch keine Kontrolle darüber, ob ihre Sichtweise Beachtung findet.

Noch einen Schritt weiter geht es auf der Stufe 5: Einbeziehung. Die Einrichtung lässt sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe (oft Personen, die den EntscheidungsträgerInnen nah stehen) beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Mit der Stufe 6 – der Mitbestimmung – beginnt die eigentliche Partizipation. Die EntscheidungsträgerInnen halten Rücksprache mit VertreterInnen der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Zu wichtigen Fragen kann es zu Verhandlungen zwischen der Zielgruppenvertretung und den EntscheidungsträgerInnen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinigen Entscheidungsbefugnisse.

Auf der Stufe 7 kommt es zur teilweisen Übertragung von Entscheidungskompetenz. Ein Beteiligungsrecht stellt sicher, dass die Zielgruppe bestimmte Aspekte einer Maßnahme selbst bestimmen kann. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt jedoch in den Händen von anderen, z. B. bei den MitarbeiterInnen einer Einrichtung.

Den höchsten Grad an Partizipation wird auf der Stufe 8 erreicht, auf der nun Entscheidungsmacht bei den Zielgruppenmitgliedern liegt. Diese bestimmen alle wesentlichen Aspekte einer Maßnahme selbst. Dies geschieht im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft mit einer Einrichtung oder anderen Akteuren. Andere Akteure außerhalb der Zielgruppe sind an wesentlichen Entscheidungen beteiligt, sie spielen jedoch keine bestimmende, sondern eine begleitende oder unterstützende Rolle.

Die Stufe 9: Selbstorganisation geht über Partizipation hinaus. Eine Maßnahme bzw. ein Projekt wird von Mitgliedern der Zielgruppe selbst initiiert und durchgeführt. Häufig entsteht die Eigeninitiative aus eigener Betroffenheit. Die Entscheidungen trifft die Zielgruppe eigenständig und eigenverantwortlich. Die Verantwortung für die Maßnahme liegt bei der Zielgruppe. Alle Entscheidungsträger sind Mitglieder der Zielgruppe (Wright, 2010).

Das Prinzip des Partizipationsmodells, also der graduelle Verlauf von Einbeziehung oder Beteiligung, findet sich ähnlich auch auf der individuellen Ebene. In abgewandelter Form geht es immer um Wege, die Diskrepanz zwischen dem Wissen und individuellen Zielen von Laien und professionell Handelnden im Gesundheits- und Pflegewesen zu überbrücken. Oevermann (1978) sieht eine doppelte Aufgabe bei den professionell Handelnden. Erstens müssen sie ein wissenschaftliches Verständnis für Wissensinhalte, deren Generierung und der Logik ihrer Anwendung zur Verfügung haben und zweitens über die hermeneutische Kompetenz verfügen, den „Fall“ zu verstehen, d. h. die subjektive Interpretation der Situation aus der Sicht des Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Unter Bezug auf das handlungsorientierte Professionalisierungsverständnis von Oevermann (1978) ist professionelles Handeln in der

Pflege wesentlich ein Aushandlungsprozess, in dessen Verlauf die Pflegeperson und der Mensch mit Pflegebedarf die Einschätzung der Ausgangssituation, die zu erreichenden Ziele und die durchzuführenden Maßnahmen gemeinsam identifizieren und entscheiden. In diesem Sinne ist professionelles Handeln in der Pflege ohne Einbeziehung der Menschen mit Pflegebedarf oder ihrer Angehörigen gar nicht möglich. Dies gilt grundsätzlich und auch für Menschen, deren Möglichkeiten zur Situationsbewertung eingeschränkt sind. In diesem Fall ist die professionelle Einschätzung durch die mutmaßliche Einschätzung der Betroffenen zu erweitern (Weidner, 2004).

Shared decision-making – das meist als partizipative Entscheidungsfindung übersetzt wird – ist eine besondere Form der Interaktion zwischen professionellen Akteuren und PatientInnen, welche sich auf geteilte Information und gleichberechtigte Entscheidungsfindung bei Diagnose und Therapie gründet (Thielhorn, 2008). Shared decision-making wird international als geeignete Form der Entscheidungsfindung im gesundheitlichen Kontext eingeschätzt. Während es lange Zeit in der medizinischen Praxis üblich war, dass professionelle Akteure – in erster Linie ÄrztInnen – allein die Ausgestaltung und den Ablauf einer Behandlung entscheiden, besteht heute Konsens, dass PatientInnen an Entscheidungen, die ihre Behandlung und Versorgung betreffen, beteiligt werden sollen (Schaeffer, 2004; Schaeffer & Moers, 2008; Wingenfeld & Schaeffer, 2001). Dabei wird davon ausgegangen, dass eine Partizipation von PatientInnen an Entscheidungen, die ihre gesundheitliche Versorgung betreffen, die Beziehung zwischen ihnen und den professionellen Akteuren verbessert und dadurch die Compliance mit dem entsprechenden Behandlungsverfahren erhöht wird (Charles, Gafni, & Whelan, 1997; Charles, Gafni, & Whelan, 1999; Coulter, 2002; Ernst, Schwarz, & Krauß, 2004; Scheibler, 2004).

Als geeignetes Modell der Entscheidungsfindung wird Shared decision-making kaum in Frage gestellt. Kritische Stimmen gelten eher der praktischen Umsetzung. Die für eine partizipative Entscheidungsfindung erforderliche Mitteilung und Erläuterung behandlungsrelevanter Fakten wird als zeitaufwändig und entsprechend kostenintensiv eingeschätzt.

Prozessschritte bei Shared decision-making sind:

- Mitteilung, dass eine Entscheidung ansteht
- Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung; Rollen klären und Gleichberechtigung der PartnerInnen formulieren
- Aussage über das Vorliegen verschiedener Wahlmöglichkeiten
- Information über Wahlmöglichkeiten und ihre Vor- und Nachteile
- Rückmeldung des PatientInnen über Verständnis der Wahlmöglichkeiten und Erfragen weiterer Optionen
- Ideen, Bedenken und Erwartungen bezüglich der Intervention explorieren; Präferenzen ermitteln
- Aushandeln
- Gemeinsame Entscheidung

Durch die partizipative Entscheidungsfindung soll den PatientInnen ermöglicht werden, als

gleichberechtigte aktive PartnerInnen in Entscheidungsfindungsprozessen z. B. bei der Wahl der Behandlungsmethode einbezogen zu sein. Dabei nimmt die Partizipation auch in der Interaktion im Team (intern) in der Art und Weise der Information, Kommunikation, Kooperation und Koordination einen wichtigen Platz ein, um so die Behandlung als auch die Gestaltung der Versorgung an den Bedürfnissen der PatientIn sicherzustellen (Abfrage der Erwartungen, Befürchtungen und Gedanken der PatientIn, Aushandeln einer gemeinsame Entscheidung, Vereinbarung der Umsetzung). Behandler und PatientIn sind dabei gleichberechtigte PartnerInnen (Dierks & Seidel, 2005; Klemperer, 2003).

Im Rahmen einer an der Universität Freiburg durchgeführten Pilotstudie wurde ein interprofessionelles Trainingsprogramm zur partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation entwickelt und evaluiert. Im Unterschied zu anderen Schulungsprogrammen wurde dabei nicht nur die Partizipation der Menschen mit Behandlungs- und Pflegebedarf, sondern auch der Mitglieder der Gesundheitsberufe durch Schulungen unterstützt. Bei der Erhebung der Bedürfnisse und Wünsche der PatientInnen wurde Partizipation nach Zeit und Wertschätzung/Ernstnehmen an dritter Stelle genannt. So wurde in allen vier Fokusgruppen von den PatientInnen der Wunsch nach mehr Mitbestimmung bei Behandlungsentscheidungen genannt. Jüngere PatientInnen waren dabei fordernder in ihrem Wunsch nach Partizipation. Sie sahen die Rolle der Behandelnden kritischer als ältere PatientInnen und gingen davon aus, dass sie sich sehr wohl an ihrer Behandlung und den entsprechenden Entscheidungen beteiligen müssen, auch um ein gewisses Gegengewicht zu den (ökonomischen) Interessen des Behandelnden darstellen zu können. In Bezug auf das Geschlecht fanden sich hinsichtlich des Wunsches nach Partizipation keine Unterschiede.

Durch das Trainingsprogramm konnte, wie auch durch bisherige Forschungsergebnisse (Edwards et al., 2004; Farin, 2010) unterstützt, die Partizipation der PatientInnen an Behandlungsentscheidungen verbessert werden. Die Diskrepanz zwischen erlebter und gewünschter Partizipation konnte verkleinert werden und damit in Folge ein besserer Umgang mit der Erkrankung, mehr Zufriedenheit und besseren Behandlungsergebnissen ermöglicht werden. Die partizipative Entscheidungsfindung konnte als wirksamer Vorhersagefaktor für den Behandlungserfolg gemessen und an der PatientInnenzufriedenheit und Behandlungsakzeptanz bestätigt werden. Interessant an den Ergebnissen der Studie ist die hohe Bedeutung der internen Partizipation (Team) auch für die Compliance der PatientInnen (Körner, Ehrhardt, & Steger, 2011).

Es reicht aber nicht aus, die am Entscheidungsprozess beteiligten InteraktionspartnerInnen in adäquaten Kommunikationsformen zu schulen. Vielmehr scheint Shared decision-making das Aufbrechen traditioneller Beziehungs- und Machtstrukturen innerhalb des Gesundheitssystems zu erfordern (Britten, 2000; Coulter, 1999).

Neben den besonderen Aufgaben für PatientInnen und professionelle Akteure ist es für Shared decision-making unabdingbar, dass beide (oder alle) EntscheidungspartnerInnen aktiv die Partizipation am Entscheidungsprozess anstreben. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass wenig Übereinstimmung zwischen von PatientInnen gewünschter und tatsächlich erlebter Partizipation besteht. Der ausgesprochene Wunsch der PatientInnen nach Partizipation bei Entscheidungen mündet nicht immer in ein entsprechendes Verhalten im Behandlungskontext (Brown et al., 2002; Charles et al., 1997; Davey et al., 2002). Umgekehrt wird den Präferenzen der PatientInnen durch die Behandelnden nicht regelmäßig entsprochen.

Dies gilt sowohl für PatientInnen, die ein größeres Bedürfnis nach Partizipation haben, als sie diese in ihrer gesundheitlichen Versorgung tatsächlich erleben (Beaver, Bogg, & Luker, 1999; Davidson, Brundage, & Feldman-Stewart, 1999), als auch für PatientInnen, die eine passivere Rolle bei der Entscheidungsfindung bevorzugen würden (Gattellari, Butow, & Tattersall, 2001; Wallberg et al., 2000).

Die Komplexität von Shared decision-making erschwert nicht nur seine praktische Anwendung (Feldman-Stewart, Brundage, McConell, & Macklillop, 2000; Holmes-Rovner et al., 2000), sondern auch seine wissenschaftliche Erfassung. Reviews von Studien zu Erfassung von PatientInnenpartizipation bei Entscheidungen kommen zu dem Schluss, dass keine Instrumente vorliegen, welche dazu geeignet sind, die tatsächliche Beteiligung von PatientInnen bei Entscheidungen zu messen und Partizipation ein schwierig zu bestimmendes Konzept sei (Elwyn et al., 2001; Simon, Loh, & Härter, 2007).

Darüber hinaus hat Shared decision-making als Konzept und Interaktionsstrategie in der gesundheitsbezogenen Praxis bislang noch keine weitreichende Aufnahme gefunden, sodass viele Studienergebnisse auf hypothetischen Szenarien beruhen. Weiterhin ist unklar, welche der Kommunikationsaspekte von Shared decision-making von Patienten im Behandlungskontakt tatsächlich gewünscht werden (Légaré et al., 2008). So besteht die Möglichkeit, dass Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf bei der Diskussion ihres Gesundheitsproblems und der Erörterung von Behandlungsalternativen mitwirken möchten, die letzte Entscheidung jedoch lieber der professionellen Seite überlassen (Thielhorn, 2008).

In Deutschland wurde das Thema Partizipation und Teilhabe primär im Krankenhaussetting und der Behindertenhilfe diskutiert. Für den Bereich der ambulanten und stationären Pflege kamen diese Überlegungen erst zum Ende der 1990er Jahre in den Vordergrund. Im Jahr 2002 wurde die Mitwirkung im Heim durch die Novellierung des Heimgesetzes gestärkt.

Die dargestellten Modelle können beim Aufbau eines Beteiligungsmanagements in Einrichtungen der Altenpflege hilfreich sein. Dazu ist Partizipationsförderung in der Personal- und Organisationsentwicklung und im Qualitätsmanagement der Einrichtungen zu verankern.

Insbesondere bei kognitiv eingeschränkten z. B. dementiell erkrankten Menschen stellt sich die Frage, wie Partizipation ermöglicht werden kann. Das Expertenforum Demenz Rheinland-Pfalz sieht hierfür verschiedene Ansatzpunkte. Dazu gehören

- Sensibilisierung der Bevölkerung (damit den Menschen mit Demenz differenziert und vorurteilsfrei begegnet wird).
- Beteiligung und Selbstbestimmung (Es gilt die jeweils noch vorhandenen Ressourcen zu erkennen und im Sinne der Beteiligung zu nutzen). Zudem kann eine bedürfnisangepasste Gestaltung der Umgebung den Grad der Selbstbestimmung erhöhen.
- Kooperationskultur und Multiprofessionalität (Um die vorhandenen individuellen und kollektiven Ressourcen nutzen zu können bedarf es der engen Kooperation von Angehörigen der Gesundheitsberufe, An- und Zugehörigen sowie ehrenamtlich Tätigen).
- Vernetzung und Regionalität (Menschen mit Demenz werden oftmals von verschiedenen oder wechselnden Organisationen und Institutionen beraten, begleitet und betreut. Um Reibungen an den Schnittstellen zu vermeiden, ist hier eine gute Koordination und Vernetzung unerlässlich).

- Professionalisierung und Qualitätssicherung (Neben demenzspezifischem Wissen und guter Vernetzung sind ausreichend personelle Ressourcen für eine gute Beteiligungsqualität unerlässlich). (Expertenforum Demenz im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD), 2014)

19.4 Rechtliche Aspekte

Das Heimrecht umfasst im weitesten Sinn die Rechtsnormen, die sich auf Einrichtungen beziehen, in denen Menschen wohnen und gepflegt oder betreut werden. Mit der Föderalismusreform vom 28.08.2006 wurde der Bereich „Heimrecht“ der Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer zugeordnet. Mit den neuen Länder-Heimgesetzen soll die Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf verbessert und das Informationsrecht gestärkt werden (Dickmann, 2014).

Mitwirkungsrechte

Die Mitwirkungsrechte dienen dem Zweck, den BewohnerInnen in stationären Einrichtungen zu ihren Rechten zu verhelfen und ihre Interessen zu vertreten.

Nach den Heimgesetzen der Länder sollen die BewohnerInnen von Wohn- und Betreuungseinrichtungen die gesetzlich garantierte Möglichkeit haben, in Angelegenheiten des Einrichtungsbetriebs nicht nur angehört zu werden, sondern mitwirken zu dürfen, da ihre Persönlichkeitssphäre durch das Leben in der Einrichtung stark berührt wird. Sie sollen wegen ihres Hilfebedarfs nicht „fremdbestimmt“ leben, sondern im Sinne des Grundgesetzes in Würde und Selbstbestimmtheit leben, soweit es die Grenzen eines gemeinschaftlichen Lebens zulassen.

Dabei ist besonders das Persönlichkeitsrecht des Einzelnen zu wahren. BewohnerInnen sollen sich als VerbraucherInnen oder KundenInnen verstehen und mitentscheiden können, wie das Leben in der jeweiligen Einrichtung ausgestaltet werden kann. Dass die Ausübung von Selbstbestimmtheit und Mitgestaltung gerade aufgrund des Hilfebedarfs der BewohnerInnen Grenzen haben kann, ist bekannt. Die zuständigen GesetzgeberInnen haben daher festgelegte Aufgabengebiete bestimmt und Rechte formuliert, die eine Mindestmöglichkeit zur Mitwirkung vorgeben. Gegenstand der Mitwirkung sind im Allgemeinen alle Angelegenheiten, die die Bewohner selbst betreffen. In diesen Bereichen muss ihnen die Möglichkeit und das Recht gegeben werden, Stellung zu nehmen, sich zu beteiligen und daran mitzuwirken.

„Das Recht zur Mitwirkung der Bewohner wird in der Regel durch ein nach demokratischen Grundsätzen gewähltes Mitwirkungsgremium wahrgenommen. Die Mitwirkung durch das Gremium geschieht durch eine kollektive Interessenwahrnehmung.... Die Bewohnerinnen und Bewohner ... wählen ihre Interessenvertreter möglichst aus ihren Reihen. Das Gremium nimmt seine Aufgabe für eine bestimmte gesetzlich vorgegebene Zeitspanne wahr und kommuniziert in dieser Zeit die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerschaft gegenüber der Leitung bzw. dem Träger der Einrichtung. Des Weiteren werden die verschiedenen Mitwirkungsaufgaben mit Leben gefüllt, indem die Interessenvertreter in diesen Bereichen Stellung nehmen, ihre Meinung kundtun und an der Umsetzung mitarbeiten. Dabei sind die Bedürfnisse der Bewoh-

ner zu berücksichtigen und ein Konsens mit der Einrichtungsleitung anzustreben“ (Kempchen, 2014).

Einige Bundesländer – Berlin, Brandenburg und Hamburg – haben zusätzlich das Recht auf eine individuelle Mitwirkung der einzelnen BewohnerInnen aufgenommen. Zu dem Bereich der individuellen Mitwirkung oder Mitsprache gehört die Planung und Durchführung der individuellen Pflege und Betreuung, sowie die Gestaltung des unmittelbaren Wohnumfelds und damit einer individuellen Lebensführung. In Berlin und Brandenburg ist zusätzlich die Einsichtnahme der Einzelnen in ihre personenbezogene Dokumentation unter dem Aspekt der individuellen Mitwirkung und Mitsprache geregelt und betont auch noch einmal das Recht auf informelle Selbstbestimmung (Kempchen, 2014).

Mitwirkungsorgane

Neben der gerade angesprochenen individuellen Mitwirkung kennen die Heimgesetze der Länder regelhaft Mitwirkung als Kollektiv der BewohnerInnen. Mit dem Ziel, den BewohnerInnen umfassend Gelegenheit zu geben, an der Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse in der Einrichtung mitzuwirken wurden bestimmte Aufgabengebiete der Mitwirkung durch die Bewohnerschaft unterstellt.

Die Mitwirkung wird durch eine demokratisch gewählte BewohnerInnenvertretung ausgeübt. Die Vertretung soll vorzugsweise von den BewohnerInnen selbst oder von externen sach- und fachkundigen Personen (z. B. auch Angehörigen), ausgeübt werden. Falls die BewohnerInnenvertretung nicht zustande kommt, kann ein Vertretungsgremium bestehend aus externen Personen gewählt werden. Kann auch dieses Gremium nicht gewählt werden, wird eine Person bestimmt, die als FürsprecherIn oder Vertrauensperson die Interessen der Bewohnerschaft im Wege der Mitwirkung vertritt.

Die gewählten oder bestimmten VertreterInnen kommunizieren die Interessen und Belange der BewohnerInnen und beantragen entsprechende Maßnahmen zur Durchsetzung. Die Bewohnerschaft wirkt im Allgemeinen an der Gestaltung der Rahmenbedingungen des Wohnens, der Betreuung, der Verpflegung, der Förderung der Aufenthaltsbedingungen und der Freizeitgestaltung durch eine Vertretung mit.

Die GesetzgeberInnen der Länder haben weitere Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen, um die BewohnerInnen in die Lage zu versetzen, ihre Rechte und Aufgaben wahrzunehmen. Dazu gehört die Bildung eines Angehörigen- und Betreuerrats oder die Implementierung einer Ombudsperson, wie dies in Hamburg und Brandenburg der Fall ist (Kempchen, 2014).

Mitwirkungsgegenstände

Nach den Heimgesetzen der Länder haben die BewohnerInnen von Wohn- und Betreuungseinrichtungen die gesetzlich festgelegte Möglichkeit, in allen Angelegenheiten des Einrichtungsbetriebs mitzuwirken.

Zu den Angelegenheiten des Betriebs der Einrichtung gehören nicht nur die allgemeinen Aufgaben des täglichen Lebens, wie Unterkunft, Verpflegung, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung und Freizeitgestaltung, sondern auch die Sicherung einer angemessenen Qualität der Leistungen des Trägers sowie Änderungen der Kostensätze. Es soll si-

chergestellt werden, dass die BewohnerInnen an der Gestaltung ihres Lebensbereichs beteiligt und nicht über ihre Köpfe hinweg verwaltet werden.

Grundsätzlich haben die BewohnerInnen durch ihre gewählten VertreterInnen ein Mitwirkungsrecht hinsichtlich zu fällender Entscheidungen. Das bedeutet, dass das Mitwirkungs-gremium rechtzeitig und umfassend informiert werden muss, bevor seitens der TrägerIn Entscheidungen getroffen werden, die den Betrieb der Einrichtung betreffen. Der Beirat hat somit die Möglichkeit, durch Meinungsäußerung und Mitberatung Einfluss auf Entscheidungen der EinrichtungsträgerInnen zu nehmen.

Zu den allgemeinen Mitwirkungsaufträgen der Beiräte gehört es, bei dem TrägerIn oder der Einrichtungsleitung Maßnahmen zu beantragen, die den BewohnerInnen der Einrichtung dienen.

Weiterhin ist es Aufgabe der Interessenvertretung, Anregungen und Beschwerden von BewohnerInnen entgegenzunehmen und falls erforderlich Verhandlungen mit der Einrichtungsleitung oder der TrägerIn zu führen, um auf eine Erledigung hinzuwirken. Das Gremium hat auch die Aufgabe, neuen BewohnerInnen zu helfen, sich in der Einrichtung einzuleben (Kempchen, 2014).

Zusammenfassend zeigt sich, dass der aktuelle rechtliche Rahmen, die Beteiligung der BewohnerInnen umfassend im Sinne der BewohnerInnen regelt. Auch im Pflegestärkungsgesetz II wird nicht zuletzt über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff den Aspekten von Teilhabe und Partizipation ein höherer Stellenwert beigemessen (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), 2015).

Die Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen und die Sicherstellung der Partizipation müssen in allen Bereichen der Einrichtungen von den HeimverträgerInnen, den Leistungsbeschreibungen, Konzeptionen bis zur Betriebserlaubnis dargestellt und überprüft werden.

Verschiedene Länder haben zudem Seniorenmitwirkungsgesetze erlassen, welche das Ziel haben, die Beteiligung der SeniorInnen am sozialen, kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Leben zu fördern.

Seniorenvertretungen fungieren als Sprachrohr für die Interessen älterer Menschen bei der Gestaltung des kommunalen Lebens. Sie fassen Wünsche zusammen und verleihen dadurch den Forderungen an Politik und Verwaltung mehr Gewicht. Gleichzeitig wirken die Vertretungen auch in die Öffentlichkeit, schaffen Verständnis für besondere Lebensumstände im Alter und daran anknüpfende Forderungen. Eine weitere wichtige Aufgabe besteht darin, darauf zu achten, dass die Rechte älterer Menschen gewahrt werden. Vor allem der Umgang mit Pflege und Hilfebedürftigen wird hier beobachtet. Seniorenvertretungen geben ratsuchenden älteren Menschen Hilfestellungen und beraten Politik und Verwaltung. Zu den zentralen Themen gehören: Gesundheit, Pflege, Altersversorgung, Altersbildung und Altersdiskriminierung (Blanckenburg, 2013).

19.5 Gibt es Mindeststandards?

Zu den rechtlichen Mindeststandards gehören die individuellen und kollektiven Mitwirkungs- und Teilhaberechte der Betroffenen sowie die Aufgaben der Vertretungsgremien nach den Heimgesetzen der Länder.

Die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI“ (GKV-Spitzenverband, 2011) fordern sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich die Einbeziehung der Betroffenen und der Angehörigen. Dabei sind die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen zu informieren und zu beraten, damit diese soweit möglich selbstbestimmt ihre Entscheidungen treffen können und Eigenständigkeit unterstützt wird. Der Pflegeplan in der ambulanten und stationären Pflege sollte unter Einbeziehung der Menschen mit Pflegebedarf erstellt werden. Eine besondere Situation stellt der Einzug in ein Heim dar. Dieser ist im Zusammenwirken mit dem zukünftigen Bewohner bzw. seinen Bezugspersonen so vorzubereiten, dass die gewünschten bzw. notwendigen Versorgungsleistungen und die individuellen Gewohnheiten des zukünftigen Bewohners möglichst berücksichtigt werden können. Das Alten- oder Pflegeheim hat den Auftrag, die Kontakte der BewohnerInnen zu Angehörigen, Freunden und Bekannten außerhalb der Einrichtung zu fördern.

19.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen nimmt in Artikel 6 das Thema Teilhabe auf. Dort heißt es „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2014). Neben dem Recht der Teilhabe z. B. an Angeboten aus dem Bereich der Politik, Kultur und dem Zeitgeschehen oder der Beteiligung an Wahlen geht es hier auch um die konkreten persönlichen Wünsche und Vorstellungen der Menschen mit Pflegebedarf und um die gemeinsame Entwicklung von Möglichkeiten, diese in ambulanten und stationären Pflegesituationen einzubringen und zu berücksichtigen.

In pflegfachlicher Hinsicht versteht sich professionelles pflegerisches Handeln als Aushandlungsprozess, in dessen Verlauf die Pflegeperson und der Mensch mit Pflegebedarf die Einschätzung der Ausgangssituation, die zu erreichenden Ziele und die durchzuführenden Maßnahmen gemeinsam identifizieren und entscheiden. Dies gilt grundsätzlich und auch für Menschen, deren Möglichkeiten zur Situationsbewertung eingeschränkt sind. In diesem Fall ist die professionelle Einschätzung durch die mutmaßliche Einschätzung der Betroffenen unter Einbeziehung der Sicht der Angehörigen zu erweitern (Weidner, 2004).

19.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) klassifiziert Komponenten von Gesundheit. Auch Teilhabe ist als Komponente von Gesundheit eingeordnet. Partizipation (übersetzt als Teilhabe) ist „das Einbezogenensein in eine Lebenssituation“. Eine Beeinträchtigung der Partizipation „ist ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogenensein in Lebenssituationen erleben kann“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2005).

Die Einschätzung der Partizipation erfolgt gemeinsam mit „Aktivität“ über das Beurteilungsmerkmal Leistung oder Leistungsfähigkeit. Die AutorInnen des ICF empfehlen soweit vorhanden den Einsatz kalibrierter Assessmentinstrumente um die jeweils spezifische Leistung oder Leistungsfähigkeit zu erfassen.

19.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Aspekte stehen mit dem Kennzeichen „Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen“ in Beziehung: Biografiearbeit, Pflegefachlichkeit, Förderung des Selbstvertrauens, Menschenwürde, Wertschätzung.

19.9 Literaturverzeichnis

- Beaver, K., Bogg, J., & Luker, K. (1999). Decision-making role preferences and information needs: a comparison of colorectal and breast cancer. *Health Expectations*, 2, 266–276.
- Blanckenburg, C. von (2013). Seniorenmitwirkungsgesetze als Beitrag zur Förderung der politischen Partizipation von Seniorinnen und Senioren. *Informationsdienst Altersfragen*, 40(3), 19–25.
- Britten, N. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: a qualitative study. *British Medical Journal*, 320, 484–488.
- Brown, R. F., Butow, P. N., Henman, M., Dunn, S. M., Boyle, F., & Tattersall, M. H. N. (2002). Responding to the active and passive patient: flexibility is the key. *Health Expectations*, 5, 236–245.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) (Ed.) (2015). *Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften*. Retrieved March 10, 2016, from http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Stellungnahmen/BAGSO_Stellungnahme_PSG_II.pdf.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (11. Auflage). Berlin.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared Decision-Making In The Medical Encounter: What Does It Mean? (Or It Takes At Least Two to Tango). *Social Science and Medicine*, 44, 681–692.

- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49(5), 651–661.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership. *British Medical Journal*, 319.
- Coulter, A. (2002). Whatever happened to shared decision-making?: Editorial. *Health Expectations*, 5(185-186).
- Davey, H. M., Barratt, A. L., Davey, E., Butow, P. N., Redman, S., Houssami, N., & Salkeld, G. P. (2002). Medical tests: women's reported and preferred decision-making roles and preferences for information on benefits, side-effects and false results. *Health Expectations*, 5, 330–340.
- Davidson, J. R., Brundage, M., & Feldman-Stewart, D. (1999). Lung Cancer Treatment Decisions: Patients' Desires for Participation and Information. *Psycho-Oncology*, 8, 511–520.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Retrieved March 15, 2016, from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>.
- Dickmann, F. (Ed.) (2014). *Heimrecht: Kommentar* (11th ed.): Beck.
- Dierks, M. L., & Seidel, G. (2005). Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten - wollen Patienten wirklich Partner sein? In M. Härter, A. Loh, & C. Spies (Eds.), *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln* (pp. 35–44). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Dollhausen, K. (2006). *Neue Lernformen - neue Lehrkultur - organisationales Lernen in Bildungseinrichtungen*. Retrieved March 10, 2016, from http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2006/dollhausen06_01.pdf.
- Ebhardt, J. (2013). *Partizipation in der stationären und teilstationären Jugendhilfe: Demokratische Praxis als besondere Herausforderung in der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen*. Masterarbeit, Darmstadt. Retrieved March 20, 2016, from <https://www.socialnet.de/materialien/attach/211.pdf>.
- Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Atwell, C., Robling, M., Houston, H., & Kinnersley, P. (2004). Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice*, 21(4), 347–354.
- Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P., & Grol, R. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient education and counseling*, 43(1), 5–22.
- Ernst, J., Schwarz, R., & Krauß, O. (2004). Shared decision making bei Tumorpatienten: Ergebnisse einer empirischen Studie. *Journal of Public Health*, 12, 123–131.
- Etherton-Beer, C., Venturato, L., & Horner, B. (2013). Organisational Culture in Residential Aged Care Facilities: A Cross-Sectional Observational Study. *PLoS One*, 8(3).
- Expertenforum Demenz im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD) (Ed.) (2014). *Expertenforum Demenz Rheinland-Pfalz*. Mainz.
- Farin, E. (2010). Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Die Rehabilitation*, 49(5), 277–291.
- Feldman-Stewart, D., Brundage, M., McConell, B. A., & Macklillop, W. J. (2000). Practical issues in assisting shared decision-making. *Health Expectations*, 3, 46–54.

- Gattellari, M., Butow, P. N., & Tattersall, M. H. N. (2001). Sharing decisions in cancer care. *Social Science and Medicine*, 52, 1865–1878.
- GKV-Spitzenverband (Ed.) (2011). *Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege*. Retrieved March 10, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/2011_06_09_MuG_stat_Fassung_nach_Schiedsspruch.pdf.
- Goffman, E. (1973). *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Holmes-Rovner, M., Valade, D., Orlowski, C., Draus, C., Nabozny-Valerio, B., & Keiser, S. (2000). Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expectations*, 3, 182–191.
- Kempchen, U. (2014). Mitwirkungsrechte der Bewohner von Einrichtungen. In F. Dickmann (Ed.), *Heimrecht. Kommentar* (11th ed., pp. 291–327). Beck.
- Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Berlin. Retrieved March 20, 2016, from <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/47383/1/378768611.pdf>.
- Körner, M., Ehrhardt, H., & Steger, A.-K. (2011). Entwicklung eines interprofessionellen Train-the-Trainer-Programms zur Implementierung der partizipativen Entscheidungsfindung in Rehabilitationskliniken. *Die Rehabilitation*, 50(5), 331–339.
- Kubillus, S. (2013). Partizipation im Pflegeheim nur ein Schlagwort?: Beim Einzug in ein Pflegeheim verändern sich die Partizipationsmöglichkeiten. *NOVAcura*, 44(5), 38–40.
- Légaré, F., Elwyn, G., Fishbein, M., Frémont, P., Frosch, D., Gagnon, M.-P., et al. (2008). Translating shared decision-making into health care clinical practices: Proof of concepts. *Implementation Science*. Retrieved March 10, 2016, from <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-3-2>.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), & GKV-Spitzenverband (Eds.) (2013). *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*. Berlin, Essen. Retrieved March 20, 2016, from https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/BRi_Pflege_2013_Lesezeichen.pdf.
- Oevermann, U. (1978). *Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz*. Frankfurt a. M.
- Pluto, L. (2007). *Partizipation in den Hilfen zur Erziehung: Eine empirische Studie*. Univ., Diss.—Jena, 2007 (1. Aufl.). München: Verl. Dt. Jugendinst.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Ed.) (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten*. Retrieved March 10, 2016, from http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf.
- Schaeffer, D. (2004). *Der Patient als Nutzer: Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bernd: Huber.
- Schaeffer, D., & Moers, M. (2008). Überlebensstrategien: Ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft*, 13(1), 6–31.

- Scheibler, F. (2004). *Shared Decision-Making: Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*. Bern u. a.: Hans Huber.
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (2007). *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. Retrieved March 10, 2016, from <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4>.
- Simon, D., Loh, A., & Härter, M. (2007). Measuring (shared) decision-making: A review of psychometric instruments. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 201, 259–268.
- Thielhorn, U. (2008). *Shared decision-making: Entscheidungserleben von Patienten im Verlauf einer Krebserkrankung*, Bielefeld.
- Thommen, J.-P., & Günther, E. (2014). *Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: organisationales Lernen*. Retrieved March 10, 2016, from <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/10005/organisationales-lernen-v11.html>.
- Wallberg, B., Michelson, H., Nystedt, M., Bolund, C., Degner, L. F., & Wilking, N. (2000). Information Needs and Preferences for Participation in Treatment Decisions Among Swedish Breast Cancer Patients. *Acta Oncologica*, 39(4), 467–476.
- Weidner, F. (2004). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Pflege* (3rd ed.). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Ed.) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Retrieved March 20, 2016, from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.
- Wingenfeld, K., Büscher, A., & Schaeffer, D. (2011). *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Vol. 1*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Wingenfeld, K., & Schaeffer, D. (2001). Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(2), 140–146.
- Wright, M. T. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (1. Aufl.). s.l.: Verlag Hans Huber.

20 Erläuterungen zum Kennzeichen „Umgestaltung/Hilfsmittel inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“

20.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen „Umgestaltung/Hilfsmittel inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Standards oder Richtlinien existieren im Bereich der Umgestaltung?
- Welche Herausforderungen existieren in Bezug auf die Umgestaltung?
- Gibt es Indikatoren, die auf einen Zusammenhang zwischen der Umgestaltung und der Qualität schließen lassen?

20.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Sowohl Geräte als auch Sachmittel, die zur Erleichterung der häuslichen Pflege notwendig sind und dazu beitragen die Beschwerden der pflegebedürftigen Person zu lindern bzw. der Person ermöglichen eine selbstständige Lebensführung zu gestalten, werden als Pflegehilfsmittel bezeichnet. Die anfallenden Kosten für die entsprechenden Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, sofern die Produkte im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgelistet sind. Für den Bereich der häuslichen Pflege können pflegebedürftige Personen ein sog. Pflegegeld in Anspruch nehmen, sofern deren Angehörige oder andere Personen die Pflege übernehmen. Darüber hinaus kann das Pflegegeld mit Pflegesachleistungen kombiniert werden. Pflegesachleistungen sind Leistungen, die durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht werden können. Die Beträge bezüglich der Ansprüche auf Pflegesachleistungen für häusliche Pflege variieren dabei im Zusammenhang mit der jeweiligen Pflegestufe (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2016a). Ebenfalls können pflege-/betreuungsbedürftige Personen Hilfe durch ambulante Pflegedienste erhalten, sofern diese durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zugelassen sind. Demzufolge können Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der häuslichen Betreuung erbracht werden. Dabei werden die anfallenden Kosten innerhalb der geltenden gesetzlichen Höchstbeträge von der Pflegeversicherung übernommen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2016a).

Mit dem Ziel, die Ergebnisqualität der Pflege zu verbessern, werden acht Eigenschaften aufgeführt, die als generelle Qualitätsaspekte angesehen werden können (Stahl & Nadj-Kittler, 2015). Diese beinhalten die partizipative Entscheidungsfindung, das Vorhalten von Informationen sowie der Unterstützung in der Selbstpflege, die Unterstützung in emotionalen Angelegenheiten, Empathie und entgegengebrachter Respekt, der schnelle Zugang zu fundierter Gesundheitsberatung und effektives (pflegerisches) Handeln ebenso wie die Aufmerksamkeit

bezüglich der physischen und umgebungsbezogenen Bedürfnisse der BewohnerInnen, die Miteinbeziehung von Familienangehörigen und letztlich der Behandlungskontinuität innerhalb der Pflege (Kieft, Brouwer, Francke, & Delnoij, 2014). Die Beteiligung von Pflegenden an der architektonischen Planung ist unter Qualitätsaspekten insofern zielführend als Pflegende in ihren Überlegungen eher eine ganzheitliche Perspektive einbringen (Cardoso, Presado, & Nascimento, 2015). Für BewohnerInnen in Pflegeeinrichtungen sind die physikalische Umgebung, die Mobilitätsmöglichkeiten bzw. die Erreichbarkeit verschiedener Anlaufpunkte, das Platzangebot zur Unterbringung persönlicher Gegenstände und die soziale Umgebung besonders bedeutsam (van Hoof et al., 2015). Auch der Raum für Privatsphäre ist hier einzuordnen (James, Blomberg, & Kihlgren, 2014). Vergleicht man das Wohnen im häuslichen Umfeld mit dem betreuten Wohnens sowie komplementären, stationären Pflegeeinrichtungen in Bezug auf erfüllte Bedürfnisse älterer Menschen ist festzuhalten, dass das Vorliegen einer eigenen Küche sowie eines privaten Badezimmers als zentrale Elemente einer qualitativ guten Umgebung aufgeführt werden. Die Prävalenz der unerfüllten Bedürfnisse unter Berücksichtigung der Indikatoren „Mobilisation außerhalb“, „Hauswirtschaft“, „Einkaufen“ und „Essenszubereitung“, wird im Bereich der Seniorenresidenzen im Vergleich zum Wohnen in der privaten Häuslichkeit als höher beschrieben (Freedman & Spillman, 2014).

Technische Assistenzsysteme stellen weitere Formen der Unterstützung im pflegerischen Kontext dar. Eine Untersuchung der Akzeptanz umgebungsunterstützender technischer Hilfsmittel zeigte, dass hinsichtlich der Assistenzsysteme eine moderate bis hohe Akzeptanz, insbesondere bei den Leistungen für allgemeine Unterstützung und Gesundheitsförderung wie Audio- bzw. Videokommunikation, Blutdrucküberwachungen sowie die Kommunikation mit professionellen Personen vorliegt (Gövercin et al., 2016).

Eine Untersuchung zu den wichtigsten Bedürfnissen älterer pflegebedürftiger Menschen beim Einsatz technischer Assistenzsysteme ordnete die Ergebnisse in die Kategorien „individuelle Ansprüche“, „Technologie für die Pflege“ sowie „Gesundheit und Lebensqualität aufgrund umgebungsunterstützender technischer Hilfsmittel“ ein. Hier zeigte sich, dass umgebungsunterstützende technische Hilfsmittel positive Effekte auf die Lebensqualität sowie die Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen haben können. Die aufkommenden Probleme bei pflegebedürftigen Personen können demnach systematisch erfasst und mit entsprechenden Interventionen behoben werden (Siegel, Hochgatterer, & Dorner, 2014).

Die Intention umgebungsunterstützender technischer Hilfsmittel bzw. dem Ambient Assisted Living (AAL) ist es, ältere Personen bei ihren alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen. Die AAL Forschung weist jedoch noch Lücken in der Zusammenarbeit mit informellen Partnern der Pflegenden wie beispielsweise Verwandte und Freunde auf. Diese Gruppe mit in den Blick zu nehmen wäre jedoch wichtig, da sie eine wichtige Rolle im Leben und in der Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf spielen (Hwang et al., 2015).

Der Übergang aus dem Krankenhaus ins häusliche Umfeld ist teilweise mit (neuen) krisenhaften Anforderungen verbunden. Aufsuchende Pflegetrainings in der Häuslichkeit können einen Beitrag zur Beschaffung und Nutzung von Hilfsmitteln leisten (Gröning, 2014).

So genannte Smart Homes („intelligente Häuser“) haben in der Forschergemeinde eine große Aufmerksamkeit bekommen. Smart Homes bieten eine vielfältige technische Vernetzung z. B. unter Gesichtspunkten von Wohn- und Lebensqualität oder Sicherheit. Unter Bezug auf den Gesundheitszustand der BewohnerInnen eines solchen Hauses können beispielsweise

auch Vitalparameter erfasst werden. Neuere Entwicklungen beanspruchen darüber hinaus auch Bedarfe im Kontext der Aktivitäten des täglichen Lebens erkennen zu können (Nef et al., 2015).

20.3 Stand der Literatur

Cardoso et al. (2015) führten ein systematisches Review durch, indem sie die Mitwirkung von Pflegenden hinsichtlich der geeigneten und nachhaltigen architektonischen Gestaltung von Pflegeeinrichtungen untersuchten. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegekräfte einen wichtigen Beitrag bezüglich der Umgebungsgestaltung aufgrund eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses leisten können. Die Hinweise der Pflegenden zur Umgebungsgestaltung haben positive Effekte sowohl für BewohnerInnen und deren Angehörige als auch für die pflegend Tätigen selbst. So wirkt sich unter ganzheitlichen Gesichtspunkten realisierte Umgebungsgestaltung positiv einerseits auf die Lebensqualität der Menschen mit Pflegebedarf aus und führt andererseits zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit verbunden mit einer reduzierten Personalfuktuation. Die AutorInnen des Reviews empfehlen eine Zusammenarbeit von Pflegenden und Bauträgern, damit architektonische Barrieren beseitigt bzw. nachhaltige gesundheitsorientierte Milieus entstehen können.

Van Hoof et al. (2015) untersuchten die Wünsche und Bedürfnisse von BewohnerInnen in den Niederlanden in Bezug auf die architektonische Qualität der stationären Pflegeeinrichtungen. Ziel der durchgeführten Studie war es, herauszufinden welche Faktoren der baulichen (physikalischen) bzw. der sozialen Umgebung mit einem Heimatgefühl korrelieren. Als bedeutsam für ein Heimatgefühl in einer Pflegeeinrichtung wurden folgende Aspekte genannt: Im Bereich der physikalischen Umgebung wurde ein grünes Umfeld z. B. Parkanlagen die an das Pflegeheime angeschlossen sind, als bedeutsam bewertet, da dem Leben in einer idyllischen Landschaft eine positive Lebensperspektive beigemessen wurde. Merkmale wie „Freiheit“, „genießen“, „Schönheit“ sowie „gesunde Luft“ wurden hervorgehoben. Auch mit der Ermöglichung von Mobilität wurde Unabhängigkeit und Freiheit verbunden. Daher seien technische Hilfsmittel wie beispielsweise Aufzüge hinsichtlich ihrer Handhabbarkeit für Personen mit Einschränkungen zu überprüfen. Auch mobile Hebehilfen (Lifter) zur Unterstützung zum Aufstehen aus einem Stuhl oder einem Bett wurden als mobilitätsunterstützend positiv eingeschätzt. Auch die altersgerechte Gestaltung von Badezimmern dient der Mobilität und der damit einhergehenden Unabhängigkeit. Das vorliegende Platzangebot im Bewohnerzimmer ist bedeutsam für die Frage, wie viele persönliche Gegenstände in die Einrichtung mitgebracht werden können. Die individuelle Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. die Ausstattung mit Blumen, Fotos von Angehörigen, persönlichen Gegenständen und eigenen Möbelstücke wurden als wichtige Komponenten hinsichtlich der Umgebungsgestaltung aufgeführt. Der Bereich der sozialen Umgebung beinhaltet den positiven Kontakt mit Pflegenden sowie die Miteinbeziehung der BewohnerInnen in Aktivitätsangebote der Einrichtung. Die Möglichkeit Einkäufe tätigen zu können wird positiv als Teilhabe am Leben wahrgenommen.

Freedman und Spillman (2014) untersuchten Faktoren der Umgebungsgestaltung im häuslichen Umfeld im Vergleich zu betreuten Wohnangeboten sowie komplementären, stationären Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die unerfüllten Bedürfnisse älterer Menschen. Dabei zeigt sich, dass 93 % der befragten Personen (n = 6.631) im Setting der Häuslichkeit im Vergleich zu 38 % der befragten Personen mit betreutem Wohnumfeld, das Vorliegen einer eigenen

Küche sowie eines privaten Badezimmers als zentralen Aspekt einer qualitativ guten Umgebung aufführten.

Personen in einem betreuten Wohnumfeld haben Möglichkeiten im Bereich des Medikamentenmanagements sowie der persönlichen Pflege, hauswirtschaftlicher Unterstützung und sozialen Aktivitäten und die damit verbundene Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Darüber hinaus bestehen für etwa 85 % der Personen in betreutem Wohnumfeld die Möglichkeit eines Beförderungsservices sowie Möglichkeiten der Freizeitgestaltung bei etwa der Hälfte der befragten Personen. Im Gegensatz hierzu verfügen Personen in eigenständiger Lebensführung mit 90 % über den Zugang zu sozialen Aktivitäten. 73 % der Personen haben die Möglichkeit zur angemessenen Freizeitgestaltung und 69 % der Personen verfügen über Beförderungsmöglichkeiten. Ungeachtet des Status der Unabhängigkeit verfügen etwa ein Drittel der Personen über ein Medikamentenmanagement. Der Anteil der persönlichen Pflege im nicht-komplementären Setting liegt bei 29 %.

Die AutorInnen untersuchten in den unterschiedlichen Settings der Häuslichkeit, des betreuten Wohnens, der Seniorenresidenzen sowie den stationären Pflegeeinrichtungen die Aspekte der Mobilisation außerhalb der Wohnräumlichkeiten, der Mobilisation innerhalb des Wohnbereiches, der Mobilisation außerhalb des Bettes, der Nahrungsaufnahme sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie beispielsweise das Putzen. Gefragt wurde unter der Bedingung, den Toilettengang eigenständig durchführen zu können, sich selbständig ankleiden zu können, selbständig die Wäsche zu waschen, selbst zu kochen, eigenständig finanzielle Geschäfte zu erledigen und das Medikamentenmanagement autark durchzuführen.

Für sämtliche Settings, mit Ausnahme des betreuten Wohnens, stellt die Möglichkeit der Mobilisation außerhalb des Wohnbereiches das höchste unbefriedigte Bedürfnis dar, während unzureichende Bedürfnisse im betreuten Wohnen mit der Möglichkeit des Toilettengangs (ohne Verschmutzung der Kleidung) beschrieben werden. Die Prävalenz der unerfüllten Bedürfnisse unter Berücksichtigung der Indikatoren „Mobilisation außerhalb“, „Hauswirtschaft“, „Einkaufen“ und „Essenszubereitung“, wird im Bereich der Seniorenresidenzen im Vergleich zum traditionellen Wohnen als höher beschrieben. Im Bereich des betreuten Wohnens wurden die Indikatoren „Nass machen bzw. Beschmutzen der Kleidung“ (21 % vs. 8 %) sowie der „Einkaufsmöglichkeiten“ (6 % vs. 3 %) im Vergleich zum autarken Wohnen als erhöht beschrieben. Fehler im Medikamentenmanagement treten in betreutem im Vergleich zum eigenständigen Wohnen signifikant weniger auf (3 % vs. 7 %) (Freedman & Spillman, 2014).

James et al. (2014) untersuchten die Erfahrungen älterer Personen unter Berücksichtigung der Umgebungsfaktoren in stationären Pflegeheimen. Dabei identifizierten sie Möglichkeiten wie „Raum für Privatsphäre“, „Zusammengehörigkeitsgefühl“, „Sicherheit“ und „der Sehnsucht das etwas passiert“ im Kontext eines bedeutsamen Tagesablaufes. Demgegenüber stehen Hindernisse, die durch die Begriffe „Unsicherheit“ und „Kein Raum für Privatsphäre“ bezeichnet werden.

Unter dem Aspekt „Raum für Privatsphäre“ gaben die Personen an, dass es für sie wichtig sei, eine körperliche Konstitution zu besitzen, die es ihnen ermöglicht, ihre Umgebung selbständig zu erkunden und nicht auf die Hilfe der Pflegekräfte angewiesen zu sein. Auch die Entwicklung von alltäglichen, routinierten Lebensgewohnheiten kann helfen, Privatsphäre zu schaffen. Das Erleben von „Kein Raum für Privatsphäre“ entsteht bei körperlichen Einschränkungen. Nicht in der Lage zu sein, das zu tun was man eigentlich möchte sowie das Anpas-

sen-Müssen an andere Menschen bzw. an die Umgebung werden als zentrale Hindernisse für „Privatsphäre“ aufgeführt. Im Unterschied dazu steht das Element des „Zusammengehörigkeitsgefühls“. Die Bedeutung der Reziprozität, das Gefühl der Verbundenheit mit der Gemeinschaft sowie das Empfinden einer familiären Zugehörigkeit innerhalb einer Pflegeeinrichtung, werden als positive Faktoren hinsichtlich der Lebenswelt identifiziert. Darüber hinaus werden Aspekte der Sicherheit für dieses Umfeld benannt. Im Vergleich dazu gaben die Personen an, dass sich durch fehlende Interaktion im Wohnumfeld Gefühle der Einsamkeit einstellen können. Diese wirken sich negativ auf die BewohnerInnen aus und begünstigen Gefühle der Unsicherheit. Dagegen wirken sich aktivierende Tätigkeiten positiv auf die jeweilige Konstitution der Personen im Zusammenhang mit dem Milieu der Pflegeeinrichtung aus.

Stahl et al. (2015) untersuchten Faktoren, die von den BewohnerInnen eines Pflegeheimes als förderlich für ihr Wohlbefinden eingeschätzt werden. Dazu gehören neben der Beteiligung an der Entscheidungsfindung, das Bereithalten von Informationen, die Unterstützung in der Selbstpflege, die Unterstützung in emotionalen Angelegenheiten, Empathie und entgegengebrachter Respekt, der schnelle Zugang zu fundierter Gesundheitsberatung, effektives (pflege-risches) Handeln auch die Aufmerksamkeit bezüglich der physischen und umgebungsbezo-genen Bedürfnisse der BewohnerInnen sowie die Miteinbeziehung von Familienangehörigen und letztlich der Behandlungskontinuität innerhalb der Pflege. Die BewohnerInnen führen auf, dass ein Arbeitsumfeld mit positivem Klima sich positiv auf ihre Zufriedenheit auswirkt. Dabei versteht sich die Zufriedenheit als reziprokes Phänomen. Aus der Sicht der befragten Pfle-genden stellen der Besitz pflegfachlicher Kompetenzen, eine gemeinschaftliche Arbeitsbe-ziehung, eine adäquate personelle Besetzung, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Per-sonen im Pflegedienst und ärztlicher Besetzung, die Möglichkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege, Unterstützung sowie Förderung der Pflegenden, die Kontrolle der Pflegeinterventionen, die Möglichkeiten zur Teilnahme an Fortbildungen sowie eine Kultur, die die Anliegen der BewohnerInnen schätzt, als förderliche Elemente für ein positives Arbeitsklima dar (Stahl & Nadj-Kittler, 2015).

Ansätze zur Unterstützung durch technische Assistenzsysteme sind vielfältig. Weit verbreitet sind Angebote in der Sicherheits- und Kommunikationstechnik wie Notrufsysteme. Die meis-ten anderen Produkte für den Bereich Gesundheit und Pflege befinden sich noch in der Er-probungsphase (Weiß et al., 2013). Ziel der Studie von Siegel et al. (2014) war es, die wich-tigsten Bedürfnisse älterer pflegebedürftiger Menschen im Zusammenhang mit technischer Assistenz zu analysieren. Die Ergebnisse konnten in die Bereiche „individuelle Ansprüche“, „Technologie für die Pflege“ sowie „Gesundheit und Lebensqualität aufgrund umgebungsunterstützender technischer Hilfsmittel“ eingeordnet werden. Auch hier zeigte sich, dass umge-bungsunterstützende technische Hilfsmittel positive Effekte auf die Lebensqualität sowie die Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen erbringen können. Die aufkommenden Proble-me bei pflegebedürftigen Personen können demnach systematisch erfasst und mit entspre-chenden Interventionen angegangen werden. Weitere Vorteile ergeben sich für die sozialen Leistungserbringer, die schon Vorinformation haben, wenn sie den Kunden aufsuchen und von daher ihre Ressourcen gezielter einsetzen können (Siegel et al., 2014).

Die Intention umgebungsunterstützender technischer Hilfsmittel bzw. dem Ambient Assisted Living (AAL) ist es, ältere Personen bei ihren alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen. Die AAL-Forschung weist jedoch noch Lücken in der Zusammenarbeit mit informellen Partnern der Pflegenden wie Verwandten und Freunden auf. Vor diesem Hintergrund untersuchten

Hwang et al. (2015) in einem mehrphasigen Prozess, wie informelle PflegehelferInnen unter zur Hilfenahme von AAL die professionell Pflegenden unterstützen können. Die Ergebnisse legen nahe, dass passgenaue AAL-Lösungen entwickelt werden sollten, damit improvisierte Strategien systematisch angepasst werden können (Hwang et al., 2015).

Angesichts der Schwierigkeiten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der mangelhaften Nutzung bzw. Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln im ambulanten (häuslichen) Pflegeumfeld führte die Universität Bielefeld in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Nordwest eine Studie durch.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Gründe für die Entstehung von Mängellagen vielfältig sind. Mangelsituationen stehen aufgrund unzureichender Hilfsmittelversorgung und fehlender Schulungen. Verschärfend wirken Wissensdefizite der Angehörigen und nicht-tragfähige Pflege- bzw. Sorgenetzwerke. Weitere Faktoren stellen die Schwierigkeiten bei der Beantragung und Bewilligung von Hilfsmitteln sowie eine mangelhafte Einweisung in deren Gebrauch. Vor diesem Hintergrund sollte eine zielgenaue Versorgung mit Hilfsmitteln durch eine fallspezifische und lebensweltorientierte Beratung von entsprechend fachlich ausgebildetem Personal im Vorfeld, sowie durch eine „Endabnahme“ der Hilfsmittelversorgung (inklusive der Nutzung) in der unmittelbaren Lebenswelt der pflegenden Familien sichergestellt werden (Gröning, 2014).

Gövercin et al. (2016) untersuchten mit der „SmartSenior@home“-Studie die Akzeptanz umgebungsunterstützender technischer Hilfsmittel. Dabei konnten sie feststellen, dass eine moderate bis hohe Akzeptanz hinsichtlich der Assistenzsysteme vorlag. Insbesondere die Leistungen für allgemeine Unterstützung und Gesundheitsförderung wie Audio- bzw. Videokommunikation, Blutdrucküberwachungen sowie die Kommunikation mit professionellen Personen aus dem Gesundheitssystem wurde als attraktiv bewertet. Weniger akzeptiert waren Dienstleistungen im Bereich der sozialen Interaktion wie beispielsweise Erinnerungsdienste (Gövercin et al., 2016). Neuere Entwicklungen beanspruchen darüber hinaus auch Bedarfe im Kontext der Aktivitäten des täglichen Lebens erkennen zu können (Nef et al., 2015).

20.4 Rechtliche Aspekte

Rechtliche Aspekte hinsichtlich der baulichen Anforderungen in stationären Pflegeeinrichtungen sind seit der Föderalismusreform 2007 landesrechtlich unterschiedlich geregelt. „Dort wo die Länder noch keine Durchführungsverordnungen erlassen haben, gelten die alten Verordnungen des alten Bundesheimgesetzes z. B. die „Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime.“ In der Verordnung ist festgelegt, dass sowohl Wohn- als auch Pflegeplätze unmittelbar von einem Flur erreichbar und dabei den Heimbewohnern, dem Personal und den Besuchern allgemein zugänglich sein müssen (§§ 14, 19, 23). „Flure, die von Heimbewohnern benutzt werden, dürfen innerhalb eines Geschosses keine oder nur solche Stufen haben, die zusammen mit einer geeigneten Rampe angeordnet sind.“ Darüber hinaus „müssen die Flure zu den Pflegeplätzen so bemessen sein, dass auf ihnen bettlägerige Bewohner transportiert werden können. . . . Flure und Treppen sind an beiden Seiten mit festen Handläufen zu versehen.“ (§ 3). In Pflegeeinrichtungen,

„in denen bei regelmäßiger Benutzung durch die Bewohner mehr als eine Geschoßhöhe zu überwinden ist oder in denen Rollstuhlbenutzer in nicht stufenlos zugänglichen Geschossen

untergebracht sind, muss mindestens ein Aufzug vorhanden sein. Art, Größe und Ausstattung des Aufzugs müssen den Bedürfnissen der Bewohner entsprechen.“ (§ 4, "Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimmindestbauverordnung)")

Des Weiteren müssen die Fußbodenbeläge der von Heimbewohnern benutzten Räume und Verkehrsflächen aus rutschfester Beschaffenheit sein (§ 5). Vor dem Hintergrund der Beleuchtung müssen die Lichtschalter ohne Schwierigkeit zu bedienen sein. In Treppenträumen und Fluren ist darauf zu achten, dass bei Dunkelheit die Nachtbeleuchtung in Betrieb ist. In Wohn-, Schlaf- sowie Gemeinschaftsräumen müssen Anschlüsse zum Betrieb von Leselampen verfügbar sein (§ 6). Räume, in denen Pflegebedürftige untergebracht sind, müssen mit einer Rufanlage ausgestattet sein, die von jedem Bett aus gesteuert werden kann (§ 7). In den Pflegeeinrichtungen muss in jedem Gebäude mindestens ein Fernsprecher vorhanden sein, über den die Bewohner erreichbar sein können und der von nicht bettlägerigen Bewohnern ohne Mithören Dritter benutzt werden kann (§ 8). In Notfallsituationen müssen Wohn-, Schlaf- und Sanitärräume von außen zugänglich sein. Dabei müssen die Türen zu den Pflegeplätzen so breit sein, dass bettlägerige Bewohner transportiert werden können (§ 9). Badewannen und Duschen in Gemeinschaftsanlagen müssen bei ihrer Benutzung über einen Sichtschutz verfügen. Die Beschaffenheit der Wannen muss ein sicheres Ein- und Aussteigen gewähren und mit Haltegriffen versehen sein. In Einrichtungen mit Rollstuhlbenutzern müssen für diese Personen geeignete sanitäre Anlagen in ausreichender Zahl vorhanden sein (§ 10). Die Temperatur für alle Räume, Treppenträume, Flure und sanitäre Anlagen, die sich an den Bedürfnissen der Heimbewohner orientiert, ist durch geeignete Heizanlagen sicherzustellen (§ 12). „Die Eingangsebene der von den Bewohnern benutzten Gebäude einer Einrichtung soll von der öffentlichen Verkehrsfläche stufenlos erreichbar sein (und ist mit einer Beleuchtung versehen)“ (§ 13, „Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimmindestbauverordnung)").

Sowohl Geräte als auch Sachmittel, die zur Erleichterung der häuslichen Pflege notwendig sind und dazu beitragen die Beschwerden der pflegebedürftigen Person zu lindern bzw. der Person ermöglichen eine selbstständige Lebensführung zu gestalten, werden als Pflegehilfsmittel bezeichnet. Dabei unterscheiden die Pflegekassen zwischen technischen Pflegehilfsmitteln und zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel. In den Bereich der technischen Hilfsmittel fallen Geräte wie beispielsweise ein Pflegebett, eine häusliche Notrufanlage oder spezielle Lagerungshilfen. Betteinlagen, Einmalhandschuhe und ähnliche Produkte zählen zu den Pflegehilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind. Die anfallenden Kosten für die entsprechenden Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, sofern die Produkte im Pflegehilfsmittel-Verzeichnis (GKV-Spitzenverband) aufgelistet sind. Pflegehilfsmittel können dauerhaft zur Verfügung gestellt, jedoch auch leihweise überlassen werden (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2016b).

Volljährige NutzerInnen haben bei technischen Pflegehilfen einen Eigenanteil von zehn Prozent, maximal jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel beizutragen. Die Kosten für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, werden monatlich (maximal 40 Euro) von den Pflegekassen erstattet (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2016b).

Für den Bereich der häuslichen Pflege können pflegebedürftige Personen ein sog. Pflegegeld in Anspruch nehmen, sofern deren Angehörige bzw. ehrenamtlich tätige Personen die

Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann kombiniert werden und ist in Abhängigkeit der Pflegestufe verfügbar. Das Geld kann für Sachleistungen oder Hilfsmittel genutzt werden.

Werden pflegebedürftiger Personen oder Personen, die in ihrer Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind, im häuslichen Umfeld gepflegt oder betreut, besteht die Möglichkeit, das Wohnumfeld an die besonderen Belange der pflege-/betreuungsbedürftigen Person individuell anzupassen, sofern dies zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Die Leistungen für die pflegebedürftigen Personen belaufen sich dabei pro Maßnahme auf bis zu 4.000 Euro pro Person (16.000 Euro sofern mehrere anspruchsberechtigte Personen zusammenwohnen) egal welcher Pflegestufe diese angehört. Dies ist gleichermaßen für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI gültig (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2016a).

20.5 Gibt es Mindeststandards?

Die Mindeststandards sind in den rechtlichen Vorgaben festgelegt.

20.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die Umgebungsbedingungen müssen Privatheit ermöglichen, Wohlbefinden, Unabhängigkeit einschließlich Mobilität und soziales Leben unterstützen und Sicherheit gewährleisten.

Als bedeutsam identifizierte Indikatoren hinsichtlich einer qualitativ guten Umgebung im Pflegeheim zeigen sich die Mobilität der BewohnerInnen bzw. der Erreichbarkeit verschiedener Anlaufpunkte, die Gesamtfläche der Einrichtung inklusive dem vorliegenden Platzangebot auch für persönliche Gegenstände sowie die soziale Umgebung inklusive der angebotenen Aktivitäten (van Hoof et al., 2015).

Zu dem Aspekt der Sicherheit gehörten die konkrete bauliche Umfeldgestaltung aber auch der Zugang und die sachgerechte Nutzung von Pflegehilfsmitteln (Gröning, 2014). Auch die Nutzung von AAL-Technologien kann dem Erhalt der Selbstständigkeit unter Beachtung von Sicherheitsaspekten dienen.

20.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Eine niederländische Expertengruppe identifiziert unter dem Fokus der Lebensbedingungen in einem Alten- oder Pflegeheim drei Qualitätskriterien: der erlebte Wohnkomfort, die wahrgenommene Atmosphäre sowie die wahrgenommene Privatheit und die Umgebungsbedingung. Befragt werden jeweils die BewohnerInnen und ihre Angehörigen. Als Indikator für den erlebten Wohnkomfort gilt das Ausmaß, in dem die BewohnerInnen oder ihre Angehörigen einen angemessenen Wohnkomfort erfahren. BewohnerInnen und ihre Angehörigen werden gleichermaßen danach gefragt, ob die Zimmertemperatur angenehm und die Räumlichkeiten sauber sind. Das Vorhanden-Sein einer guten Atmosphäre wird mit folgenden Items erfragt: Ist es angenehm, sich in den öffentlichen Räumen aufzuhalten? Ist der Kontakt zwischen den BewohnerInnen freundlich und zugewandt? Gibt es ausreichend Möglichkeiten der Kontakt-

aufnahme mit andern Bewohnern und externen Personen? Nur die BewohnerInnen werden nach der freundlichen Atmosphäre während der Mahlzeiten gefragt.

Das dritte Kriterium richtet sich nicht nur an BewohnerInnen von Einrichtungen der stationären Altenhilfe, sondern auch an Empfängerinnen von Pflegedienstleistungen, die zu Hause leben. Gefragt werden wiederum die Menschen mit Pflegebedarf als auch die Angehörigen.

BewohnerInnen werden gefragt, ob sie ausreichend Privatheit bei der Benutzung der Toilette haben sowie ob es ausreichend Gelegenheit zum Rückzug gibt, falls gewünscht. BewohnerInnen und Angehörige werden gleichermaßen danach gefragt, ob der zur Verfügung stehende Raum ausreichend groß ist, um darin zu leben, ob die Möglichkeit besteht eigene Möbelstücke mitzubringen und ob die Möglichkeit besteht sich mit einem Besuch an einen ruhigen Platz zurückzuziehen.

Die EmpfängerInnen von Pflegedienstleistungen in ihrer häuslichen Umgebung werden danach gefragt, ob der Besuch der Pflegekräfte eine Verletzung oder Beeinträchtigung ihres Alltages bedeutet z. B. hinsichtlich der Privatheit oder der Tagesroutinen (ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN, 2008).

20.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Aspekte stehen mit „Umggebungsgestaltung/Hilfsmittel inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ in Beziehung: Pflegefachlichkeit, individuelle Pflege, Privatsphäre, Hygiene, Arbeitsbedingungen, Sicherung und Entwicklung der Qualität.

20.9 Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016a). *Pflegeleistungen ab 1. Januar 2015*. Retrieved February 24, 2016, from http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Tabelle_n_Pflegeleistungen_BRat_071114.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016b). *Pflegesachleistungen*. Retrieved February 24, 2016, from Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/ambulante-pflege/pflegesachleistungen.html>.
- Cardoso, M., Presado, H., & Nascimento, T. (2015). Healthy places: the relationship between architecture and nursing. *European Scientific Journal*, 35–44.
- Freedman, V. A., & Spillman, B. C. (2014). The residential continuum from home to nursing home: size, characteristics and unmet needs of older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 69(Suppl 1), 42–50.
- GKV-Spitzenverband (2016). *Pflegehilfsmittelverzeichnis*. Retrieved February 24, 2016, from https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action.
- Gövercin, M., Meyer, S., Schellenbach, M., Steinhagen-Thiessen, E., Weiss, B., & Haesner, M. (2016). SmartSenior@home: Acceptance of an integrated ambient assisted living system. Results of a clinical field trial in 35 households. *Informatics for health & social care*, 1–18.
- Gröning, K. (2014). *Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation.: Evaluationsbericht*. Universität Bielefeld. Retrieved Feb-

- ruary 24, 2016, from https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/dokumente/quantitative-studien/Evaluationsbericht_Hilfsmittelversorgung.pdf.
- Hwang, A. S., Truong, K. N., Cameron, J. I., Lindqvist, E., Nygård, L., & Mihailidis, A. (2015). Co-Designing Ambient Assisted Living (AAL) Environments: Unravelling the Situated Context of Informal Dementia Care. *BioMed research international*, 2015, 720483.
- James, I., Blomberg, K., & Kihlgren, A. (2014). A meaningful daily life in nursing homes - a place of shelter and a space of freedom: a participatory appreciative action reflection study. *BMC nursing*, 13, 19.
- Kieft, R. A., Brouwer, B. de, Francke, A. L., & Delnoij, D. M. J. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC health services research*, 14, 249.
- Nef, T., Urwyler, P., Büchler, M., Tarnanas, I., Stucki, R., Cazzoli, D., et al. (2015). Evaluation of Three State-of-the-Art Classifiers for Recognition of Activities of Daily Living from Smart Home Ambient Data. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 15(5), 11725–11740.
- Siegel, C., Hochgatterer, A., & Dorner, T. E. (2014). Contributions of ambient assisted living for health and quality of life in the elderly and care services—a qualitative analysis from the experts' perspective of care service professionals. *BMC geriatrics*, 14, 112.
- Stahl, K., & Nadj-Kittler, M. (2015). Wir brauchen ein System, das aus Patientenerfahrung lernt. In V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägel, S. Ozegowski, et al. (Eds.), *Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität* (pp. 14–19). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg (Ed.) (2008). *Quality Framework Responsible Care*. Retrieved February 24, 2016, from [http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/performance/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20\(english\).pdf](http://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/performance/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20(english).pdf).
- van Hoof, J., Verhagen, M. M., Wouters, E. J. M., Marston, H. R., Rijnaard, M. D., & Janssen, B. M. (2015). Picture Your Nursing Home: Exploring the Sense of Home of Older Residents through Photography. *Journal of aging research*, 2090–2204.
- Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimmindestbauverordnung): HeimMindBauV*. Retrieved February 24, 2016, from <https://www.gesetze-im-internet.de/heimmindbauv/BJNR001890978.html>.
- Weiß, C., Lutze, M., Compagna, D., Braeseke, G., Richter, T., & Merda, M. (2013). *abschlussbericht zur Studie. Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme*. Retrieved February 01, 2016, from <http://www.vdivde-it.de/publikationen/studien/unterstuetzung-pflegebeduerftiger-durch-technische-assistenzsysteme>.

21 (Cameronetal.ÉErläuterungen zum Kennzeichen „Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften“

21.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen „Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften“ in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Standards oder Richtlinien bestehen im Bereich der Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften in der Pflege?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

21.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Bei dem Begriff „Nichtfachkräfte“ können unterschiedliche Personengruppen gemeint sein. Dazu gehören neben Angehörigen von Pflegebedürftigen auch FSJler (AbsolventInnen eines Freiwilligen Sozialen Jahres), freiwillige HelferInnen, Ehrenamtliche, Betreuungskräfte bzw. AlltagsbegleiterInnen sowie nicht examinierte Pflegekräfte.

Die Heterogenität der Gruppen spiegelt sich in den unterschiedlichen Beratungs- und Schulungsverpflichtungen u. a. nach §§ 7, 37, 45, 45b und 87b (SGB XI) wieder.

Die Untersuchungen zu den Beratungs- und Schulungsangeboten belegen einerseits deren grundsätzliche Notwendigkeit aber verschiedentlich auch den Bedarf zu deren Weiterentwicklung.

21.3 Stand der Literatur

Bei dem Kennzeichen „Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften“ sind zunächst die „Nichtfachkräfte“ zu definieren. Verschiedene Personengruppen, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eingesetzt werden oder mitwirken, können als Nichtfachkräfte in der Pflege bezeichnet werden. Darunter können neben Angehörigen von Pflegebedürftigen, AbsolventInnen eines Freiwilligen Sozialen Jahres bzw. Bundesfreiwilligendienstes, freiwillige HelferInnen, Ehrenamtliche, Betreuungskräfte bzw. AlltagsbegleiterInnen sowie PflegehelferInnen und nicht examinierte Pflegekräfte genannt werden. Die Abgrenzung zwischen den einzelnen Gruppen ist nicht immer eindeutig.

Angehörige von Pflegebedürftigen, welche sich an Pflege im weitesten Sinne beteiligen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, können bei ihrer Tätigkeit von Pflegefachpersonal angeleitet und beraten werden. Unter der klassischen Angehörigenberatung

sind halbstandardisierte und zielgerichtete Gespräche zwischen Angehörige und Personen der Pflegeeinrichtung zu verstehen (George, 2004).

„Professionelle Beratung ist die vielschichtige Auseinandersetzung mit einer als schwierig erlebten Lebenssituation, an der Beratende und Klienten in gleichwertiger Weise beteiligt sind. In diesem Prozess geht es nicht allein um aufklärende und handlungsleitende Informationen, sondern erstens um eine mehrdimensionale, ganzheitliche Wahrnehmung der Situation eines Klienten, seiner physischen und psychosozialen Beschwerden und Einschränkungen und zweitens um die Wahrnehmung und gemeinsame Suche nach individuellen und umfeldbezogenen Ressourcen und Entwicklungschancen“ (Koch-Straube, 2006).

Im Hinblick auf die Anleitung von Angehörigen der Pflegebedürftigen wird i. d. R. von Pflegeanleitung gesprochen. Darunter wird klassischerweise eine individuelle patientennahe Vermittlung von (Pflege-)Techniken und Interventionen verstanden (George, 2004).

Eine weitere Form der individuellen Beratung stellt die Beratung nach § 37 SGB XI dar. Eine Untersuchung zu den Beratungsbesuchen nach § 37 SGB XI kommt zu der Schätzung, dass ca. 20-30 % der Klientel Beratung und Unterstützung benötigt und ca. 0,5-1 % der Pflegesituationen als nicht gesicherte Pflege in der Häuslichkeit bewertet werden muss (Gonzales-Campanini, 2002).

Daneben gibt es im Gefolge des § 45 SGB XI eine Vielzahl von Kursen, die darauf abzielen, Angehörige zu schulen. Eine Untersuchung des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung (dip) zur Qualität der Pflegekurse nach § 45 SGB XI kommt auf der Grundlage der Auswertung von 15 unterschiedlichen Schulungskonzepten, 320 TeilnehmerInnen und 41 KursleiterInnen zu dem Ergebnisse, dass zahlreiche Kurse Lücken und ungeeignete Handhabungen aufweisen. Insbesondere waren die Kurse vielfach nicht so ausgerichtet, dass individuelle Fragen und Problemstellungen ausreichend beantwortet oder bearbeitet wurden. Dazu gehört die Fokussierung pflegetechnischer Vorgehensweisen wohingegen psychosoziale Aspekte wie die Ambivalenz in der Pflegebeziehung kaum thematisiert wurden (Dörpinghaus, 2006).

Neben den Angehörigen gibt es jene Nichtfachkräfte, welche Umgang mit dem Pflegebedürftigen haben, aber nicht in der jeweiligen Pflegeeinrichtung angestellt sind und i. d. R. nicht vergütet werden. Hierzu werden freiwillige HelferInnen, Ehrenamtliche, Besuchsdienste usw. gezählt. Eine über den Zeitraum von drei Jahren durchgeführte Evaluation von Qualifikationsangeboten entsprechend § 45b SGB XI stellt die Qualifizierung von Ehrenamtlichen in das Spannungsfeld von bürgerschaftlichem Engagement und Pseudoprofessionalität. Gleichwohl kommen die AutorInnen auf der Grundlage einer qualitativen Designs zu dem Ergebnis, dass eine Basisqualifizierung sinnvoll ist. Als bedeutsam wird die Auseinandersetzung z. B. hinsichtlich der Rolle der Ehrenamtlichen und des Umgangs mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eingeschätzt (Fringer & Schnepf, 2009). Eine 2008 durchgeführte Untersuchung hinsichtlich des Nutzungspotenzials von ehrenamtlicher Tätigkeit in der Pflege und sozialen Einrichtungen weist aus, dass die Ergebnisse der qualitativen Kosten-Nutzen-Analyse in Einrichtungen mit strukturierter Anleitung und Beratung von Ehrenamtlichen zu besseren Ergebnissen geführt hat als in Einrichtungen, in denen keine bis wenig Anleitung bzw. Kommunikation zwischen Fach- und Nichtfachkräften existiert (Fritz & Pietrzyk, 2011). Die Untersuchung von Fritz und Pietrzyk zeigt, wie unterschiedlich und teilweise unsystematisch der Umgang der Hauptamtlichen mit den Ehrenamtlichen ist und belegt den Bedarf an Fortbildung für die hauptamtlich Tätigen. Das Institut für Fort- und Weiterbildung der Katholi-

schen Stiftungsfachhochschule München hat gemeinsam mit weiteren Hochschulen das Weiterbildungsprogramm „Professionelles Management von Ehrenamtlichen“ ins Leben gerufen um sozialen Einrichtungen die Möglichkeit zum professionellen und wertschätzenden Umgang mit diesen Nichtfachkräften zu geben (Schiekiera, 2009).

Als dritte Personengruppe von Nichtfachkräften sind an dieser Stelle Personen zu benennen, welche zwar in einer Pflegeeinrichtung beschäftigt sind, i.d.R. ein Entgelt erhalten, aber keine mehrjährige pflegespezifische Ausbildung aufweisen. Dazu gehören FSJler, PraktikantInnen, AltenpflegehelferInnen, PflegeassistentInnen und AlltagsbegleiterInnen bzw. Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI. Die Beratung und Schulung dieser Gruppe wird am Beispiel von Betreuungskräften nach § 87b SGB XI im Kapitel 21.5 im Rahmen eines geltenden Mindeststandards dargestellt.

Das Statistische Bundesamt stellte für das Jahr 2013 eine bundesweite Statistik über Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) auf. Im stationären Bereich wurden Fachkräfteanteile berechnet.

„Sofern man den Fachkraftbegriff weit fasst und neben den Fachkräften für die Pflege auch die für Betreuung einbezieht, sind von den im Bereich Pflege und Betreuung (hier einschließlich sozialer Betreuung) eingesetzten Personen insgesamt 48 % Fachkräfte, bei einer Betrachtung nach geschätzten Vollzeitäquivalenten 52 %. Als Fachkraft wurden dabei Beschäftigte gezählt, die in der Regel eine mehrjährige spezifische Ausbildung aufweisen; dabei werden z. B. examinierte Altenpfleger/-innen als Fachkraft gezählt, Altenpflegehelfer/-innen hingegen nicht.“ (Statistisches Bundesamt, 2015)

21.4 Rechtliche Aspekte

Der Gesetzgeber weist dem Beratungsaspekt eine hohe Bedeutung zu. Zielgruppe der Beratung in Pflegestützpunkten nach § 7a SGB XI sind anspruchsberechtigte Personen und (falls die anspruchsberechtigten Personen zustimmen) auch ihre Angehörigen (SGB XI). Gegenstand der Pflegeberatung sind u. a. die systematische Erfassung des Hilfebedarfes (falls erforderlich auch in der eigenen Häuslichkeit), die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes, die Überwachung der Durchführung des Versorgungsplanes, ggf. die Auswertung des Hilfeprozesses sowie die Information über die Entlastung der Pflegeperson.

Neben diesem Recht auf Beratung kennt das SGB XI auch die Pflicht zur Beratung. § 37 SGB XI verpflichtet Pflegebedürftige, die Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen beziehen, Pflegeberatung bei Pflegestufe I und II halbjährlich und bei Pflegestufe III vierteljährlich in Anspruch zu nehmen (SGB XI). Zielgruppe dieser Beratung sind also die Pflegebedürftigen selbst. Die in dem Haushalt pflegend Tätigen wie Angehörige, ehrenamtlich Tätige oder finanzierten Pflegepersonen werden hier nur vermittelt über den Menschen mit Pflegebedarf angesprochen. Gleichzeitig ist dieser Beratungsbesuch das einzige qualitätssichernde Instrument in der Laienpflege.

§ 45 SGB XI schreibt den Pflegekassen vor, für Angehörige und andere ehrenamtlich Tätige unentgeltliche Schulungen anzubieten mit dem Ziel Engagement zu fördern, Pflege und Betreuung zu unterstützen, bzw. auch eine eigenständige Durchführung von Pflegehandlungen zu vermitteln und zugleich pflegebedingten Belastungen vorzubeugen. Als Option für den Ort

der Durchführung der Kurse benennt der § 45 SGB XI ausdrücklich auch die Häuslichkeit des Menschen mit Pflegebedarf (SGB XI).

§ 45b SGB XI regelt die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen für den häuslichen Bereich und ermächtigt die Länder, Vorgaben zur Qualitätssicherung zu erlassen. In den Rechtsverordnungen der Länder werden auch Qualifizierungserfordernisse für Ehrenamtliche, die nach § 45b SGB XI tätig werden, festgelegt.

Für den Bereich der stationären Pflege sieht § 87b SGB XI für Betreuung und Aktivierung zusätzliche Betreuungskräfte vor. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird in § 87b Abs. 3 verpflichtet, „für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen“. Die entsprechenden Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von Betreuungskräften liegen seit 2008 vor (GKV-Spitzenverband, 2014).

Auch die HelferInnenberufe gehören laut den Heimgesetzen der Länder zu den Nichtfachkräften. Die Ausbildung in der Alten- und Krankenpflegehilfe (die Bezeichnungen für diese Ausbildungsberufe variieren jeweils) ist länderspezifisch geregelt. Die Ausbildung dauert 1-2 Jahre, setzt in der Regel einen Hauptschulabschluss oder einen gleichwertigen Bildungsabschluss voraus und besteht aus einem theoretischen (z. B. 700 Stunden) und einem praktischen Teil (z. B. 900 Stunden). Einzelne Bundesländer – beispielsweise Bremen – haben die HelferInnenausbildungen der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege zu einer generalisierteren HelferInnenausbildung zusammengefasst (Bundesagentur für Arbeit, 2016).

21.5 Gibt es Mindeststandards?

Zu verschiedenen Qualifizierungen existieren Ausführungsverordnungen oder Richtlinien, die den formalen Mindeststandard definieren.

Beispielsweise legt die Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPfVO) des Landes NRW eine Schulung von 30 Unterrichtsstunden fest. In dieser Zeit sind folgende Inhalte zu berücksichtigen:

- „a) Basiswissen über Krankheitsbilder, Behandlungsformen und Pflege der zu betreuenden Menschen,
- b) allgemeine Situation der pflegenden Personen einschließlich des sozialen Umfeldes,
- c) Umgang mit Erkrankten, insbesondere Erwerb von Handlungskompetenz im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Aggressionen und Widerständen,
- d) Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung sowie
- e) Kommunikation und Gesprächsführung“ (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2003).

Als Mindeststandard für die Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften kann die Richtlinie nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen betrachtet werden.

Diese im Jahre 2008 verfasste Richtlinie gibt u. a. Auskunft über die Zielsetzung, die Grundsätzen der Arbeit und die Aufgaben der Betreuungskräfte, sowie über die notwendige Qualifikation der Betreuungskräfte. Die Zusammenarbeit mit Fachkräften und der daraus re-

sultierenden Anleitung und Beratung der Betreuungskräfte ist klar in den Richtlinien gefordert. Beispielsweise heißt da: „Betreuungs- und Aktivierungsangebote sollen sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten der Anspruchsberechtigten unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Biographie, ggf. einschließlich ihres Migrationshintergrundes, dem Geschlecht sowie dem jeweiligen situativen Kontext orientieren“ (GKV-Spitzenverband, 2014). Um dieser Forderung gerecht zu werden, muss neben einer Anleitung bzw. Beratung auch ein entsprechender Informationsaustausch mit Fachkräften stattgefunden haben.

Weiter ist es erforderlich, „die Tätigkeit der zusätzlichen Betreuungskräfte eng mit der Arbeit der Pflegekräfte und des sonstigen Personals in den stationären Pflegeeinrichtungen zu koordinieren, damit keine Versorgungsbrüche entstehen“ (GKV-Spitzenverband, 2014).

Die geforderte Qualifikation der Betreuungskräfte kann durch eine Art dualer Schulung, bestehend aus einem Orientierungspraktikum und Qualifizierungsmaßnahmen sowie regelmäßigen Fortbildungen erreicht und aufrechterhalten werden. Das darin enthaltene zweiwöchige Betreuungspraktikum fordert ebenfalls ein Anleitung durch eine Fachkraft: „Das Praktikum erfolgt in einer vollstationären oder teilstationären Pflegeeinrichtung unter Anleitung und Begleitung einer in der Pflege und Betreuung erfahrenen Pflegefachkraft, um praktische Erfahrungen . . . zu sammeln“ (GKV-Spitzenverband, 2014). Hinsichtlich der Kompetenzen der anleitenden Fachkraft wird empfohlen, Fachkräfte mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung vorrangig mit der Anleitung von Betreuungskräften zu betrauen. Eine besonders enge Anleitung und Begleitung durch „erfahrene Pflegefachkräfte“ wird im Rahmen der Übergangsregelung gefordert, wenn Betreuungskräfte unter bestimmten Voraussetzungen bereits als Betreuungskraft tätig sind, die geforderte Qualifikation aber noch nicht vollständig erlangt haben (GKV-Spitzenverband, 2014).

Die Qualifizierungsstandards für die Ausbildungen in der Alten- und Krankenpflegehilfe sind in jeweils in den länderspezifischen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen festgelegt.

21.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Eine Mindestanforderung an die Beratung und Anleitung von Nichtfachkräften kann aus der Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO 9001 abgeleitet werden. Diese bezieht u. a. auf strukturelle Vorgaben sowie eine Dokumentation der Anleitung von Nichtfachkräften (siehe Kapitel 21.7).

21.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Wenn eine Pflegeeinrichtung ein strukturiertes Qualitätsmanagement betreibt, kann sie sich neben anderen QM-Normen an die am meisten verbreitete DIN EN ISO 9001 anlehnen. Daraus kann auf eine strukturierte und dokumentierte Einarbeitung, Anleitung, Beratung, Ausbildung und fortlaufende Weiterbildung von MitarbeiterInnen und somit auch von Nichtfachkräften geschlossen werden.

Darin heißt es:

„Die Organisation muss für Personen, die unter ihrer Aufsicht Tätigkeiten verrichten, welche die Leistung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems beeinflussen, die erforderliche Kompetenz bestimmen; sicherstellen, dass diese Personen auf Grundlage angemessener Ausbildung, Schulung oder Erfahrung kompetent sind; wo zutreffend, Maßnahmen einleiten, um die benötigte Kompetenz zu erwerben, und die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen zu bewerten; angemessene dokumentierte Informationen als Nachweis der Kompetenz aufbewahren. Geeignete Maßnahmen können zum Beispiel sein: Schulung, Mentoring oder Versetzung von gegenwärtig angestellten Personen, oder Anstellung oder Beauftragung kompetenter Personen“ (DIN EN ISO 9001:2015).

Einarbeitungskonzept

Eine den Anforderungen entsprechende Anleitung oder Schulung von Nichtfachkräften ist für die Qualitätsmessung im Hinblick auf das Personal und der Organisation von Bedeutung, da diese dokumentiert wird. Diese Dokumentation kann auf verschiedene Art und Weise geführt werden. Beispielsweise erfolgt diese Dokumentation im Rahmen eines Einarbeitungskonzeptes, in vielen Fällen in eine sogenannte Einarbeitungsmappe, welche als Messinstrument für das Merkmal „Anleitung/Beratung von Nichtfachkräften“ herangezogen werden kann.

- Grundsätzliche Orientierung des Einarbeitungskonzeptes an der zuvor definierten Stellenbeschreibung bzw. einem Aufgabenprofil mit entsprechenden Kompetenzbereichen
- Regelung und Festlegung der für die Einarbeitung verantwortlichen Fachkraft
- Dokumentierung und Fixierung des fachlichen Umfangs und der zeitlichen Dauer der Einarbeitung
- Führung eines Auswertungsgespräches nach vollzogener Einarbeitung mit allen an der Einarbeitung beteiligten Kräften

Schulungsmatrix

Im Hinblick auf die fortlaufende „Anleitung/Beratung von Nichtfachkräften“ existieren neben dem Einarbeitungskonzept weitere Instrumente, welche für die Qualitätsmessung von Bedeutung sein können. Unter der Annahme, dass die Anleitung oder Beratung von Nichtfachkräften ebenfalls als eine Fort- oder Weiterbildung bzw. Schulung verstanden wird, existiert das Instrument „Schulungsmatrix“, welche den Anforderungen der DIN EN ISO dahingehend gerecht wird, Kompetenzen von Nichtfachkräften individuell zu erfassen, Defizite zu erkennen und gezielt Schulungen bzw. Anleitungen durchzuführen.

Neben unternehmensverpflichtenden Schulungen wie beispielsweise Brandschutz- oder Hygieneunterweisungen, kann die Matrix weitere organisations-, bereichs- und pflegespezifische Schulungselemente darstellen und für alle Mitarbeiter strukturiert verwalten.

Herausforderungen

Bei der Qualitätsmessung der Anleitung/Beratung von Nichtfachkräften existieren Herausforderungen zunächst bei der Umsetzung. Um Nichtfachkräfte wie beispielsweise PflegehelferInnen oder Ehrenamtliche fachgerecht und den Anforderungen eines Qualitätsmanagements

entsprechend anzuleiten, bedarf es Fachpersonal, welches die notwendigen Kompetenzen – nicht zuletzt auch pädagogische – vorweisen sollte:

„Die Organisation muss die Ressourcen bestimmen und bereitstellen, die für die Sicherstellung gültiger und zuverlässiger Überwachungs- und Messergebnisse benötigt werden, um die Konformität von Produkten und Dienstleistungen mit festgelegten Anforderungen nachzuweisen. Die Organisation muss sicherstellen, dass die bereitgestellten Ressourcen für die jeweilige Art der unternommenen Überwachungs- und Messtätigkeiten geeignet sind; aufrechterhalten werden, um deren fortbelaufende Eignung sicherzustellen. Die Organisation muss geeignete dokumentierte Informationen als Nachweis für die Eignung der Ressourcen zur Überwachung und Messung aufbewahren“ (DIN EN ISO 9001:2015).

FachanleiterInnen, Ausbildungsbeauftragte oder sonstige Fachkräfte mit entsprechenden Kompetenzen, welche für die Anleitung und Beratung von Nichtfachkräften verantwortlich sind, stehen bei der Umsetzung hinsichtlich der vorhandenen Arbeitszeit vor einer weiteren Herausforderung. Eine Studie des Deutschen Institutes für angewandte Pflegeforschung konnte beispielweise ermitteln, dass der Zeitmangel für die für Pflege sowie störende Unterbrechungen der Pflegearbeit ebenso ansteigen wie unregelmäßige Arbeitszeiten. Eine Vielzahl der Pflegenden gab an, dass sie keine Zeit für psychosoziale Unterstützungen der BewohnerInnen haben (Weidner & Zinn, 2003). Unter der Annahme, dass die PatientInnenversorgung gegenüber der Ausbildung bzw. Anleitung von MitarbeiterInnen Priorität hat, lässt sich daraus ebenfalls ein Zeitmangel für Anleitung und Beratung von Nichtfachkräften folgern.

Weitere Herausforderungen bestehen in der Prüfung der Wirksamkeit der Anleitung und Beratung von Nichtfachkräften. Messgrößen für eine erfolgreiche Umsetzung der Anleitung können das Kompetenzzempfinden oder die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen, der Pflegenden oder Angehörigen mit den verschiedenen Gruppen von Nichtfachkräften sein.

21.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Die Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften steht in Beziehung zu den Kennzeichen:

Pflegefachlichkeit, Verantwortliche Pflegefachkraft, Sicherung und Entwicklung der Qualität, Arbeitsbedingungen, Menschenwürde, Wertschätzung, Internes Qualitätsmanagement, Fortbildungen, Personalentwicklung.

21.9 Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit (2016). *Ihre Auswahl: Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in. Ausbildung Berufsfachschule*. Retrieved March 15, 2016, from <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index?path=null/kurzbeschreibung/rec htlicheregelungen&dkz=30191>.

DIN EN ISO 9001 (November 2015). Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen (ISO 9001:2015). Retrieved March 15, 2016, from <https://www.beuth.de/de/norm/din-en-iso-9001-2015-11/235671251>.

Dörpinghaus, S. (2006). Evaluation von Pflegekursen.: Stärken und Herausforderungen. *Pflege und Gesellschaft*, 11(3), 223–240.

- Fringer, A., & Schnepf, W. (2009). Anforderungen an die Schulung ehrenamtlicher Helfer im Bereich der Angehörigenpflege. Die Sicht der Experten. *Pflegewissenschaft*, 11(7-8), 431, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2009/83488.pdf>.
- Fritz, S., & Pietrzyk, U. (2011). Untersuchung zum Nutzenpotenzial ehrenamtlicher Tätigkeit in der Pflege - mit weiterführenden Fragen zur Abgrenzung hauptamtlicher und ehrenamtlicher Tätigkeit. *Pflege & Gesellschaft*, 16(1), 20–35. Retrieved March 10, 2016, from www.dg-pflegewissenschaft.de.
- George, U. (2004). Angehörigenarbeit : Herausforderung für die Pflegenden: *Pflegemagazin*, 5(4), 52–56.
- GKV-Spitzenverband (2014). *Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen*. Retrieved February 23, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertrage__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2014_12_29_Angepasste_Richtlinien__87b_SGB_XI_final.pdf.
- Gonzales-Campanini, I.-M. (2002). Qualitätssicherung in der Laienpflege. *Häusliche Pflege*, 11(12), 25–28.
- Koch-Straube, U. (2006). Angehörige empathisch und kompetent zu unterstützen ist Sache der Pflege. Beratung im Beziehungsdreieck. *Häusliche Pflege*, 30(139), 40. Retrieved February 23, 2016, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2006/58256.pdf>.
- Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). *Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPFVO)*. Retrieved March 16, 2016, from https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000046#det344365.
- Schiekiera, K. (2009). Ehrenamtliche: Investieren Sie! *Häusliche Pflege*, -(89), 28. Retrieved February 23, 2016, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2009/83802.pdf>.
- SGB XI. Retrieved March 21, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html.
- Statistisches Bundesamt, W. (2015). *Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Retrieved February 23, 2016, from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile.
- Weidner, F. & Zinn, W. (2003). *Pflege-Thermometer 2003. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung der Pflegepersonalsituation in der stationären Altenhilfe in Deutschland*, from Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung: www.dip.de.

22 Erläuterungen zum Kennzeichen „Internes Qualitätsmanagement“

22.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen „Internes Qualitätsmanagement“ in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Probleme oder Herausforderungen existieren im Bereich des internen Qualitätsmanagements in der Pflege?
- Welche Richtlinien oder Standards existieren im Bereich des internen Qualitätsmanagements in der Pflege?
- Inwieweit kann das Kennzeichen des internen Qualitätsmanagements als Indikator für die Qualitätsmessung in der Pflege dienen?

22.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Internes Qualitätsmanagement kann definiert werden als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistung zu verbessern“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008). Es stellt „die Verankerung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in eine Organisation . . . z. B. durch Schaffung der erforderlichen Strukturen (Qualitätsbeauftragter, Qualitätszirkel), Festlegung der Qualitätspolitik, Definition von Verantwortlichkeiten und Qualitätszielen sowie der Prinzipien des internen Qualitätsmanagementsystems“ (Farin, Hauer, Schmidt, Kottner, & Jäckel, 2013) dar.

Durch das am 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität im SGB XI fest verankert (SGB XI). Demzufolge dürfen Versorgungsverträge nur mit solchen Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die „sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln . . . , das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“ (SGB XI).

Diese gesetzliche Forderung hat dazu geführt, dass „Aktivitäten des internen Qualitätsmanagements . . . mittlerweile in Pflegeeinrichtungen in hohem Maße verbreitet“ (Farin et al., 2013) sind. Verbindliche Vorgaben zur Umsetzung gibt es allerdings nicht. Vielmehr bleibt es jeder Einrichtung selbst überlassen, in welcher Form sie ihr internes Qualitätsmanagement ausgestaltet (Farin et al., 2013; Illison, M. & Kerner, J. G., 2011).

Der Begriff des (einrichtungsinternen) Qualitätsmanagements dient dabei in der Regel als Sammelbegriff für alle Arten umfassender Qualitätsinitiativen (Parisi, 2014). Seine Umsetzung kann allerdings nur dann nachhaltigen Erfolg bringen, wenn sie mit klar formulierten Zielvorstellungen versehen und systematisch geplant ist. Dazu gehören neben einer eindeutigen Definition des Geltungsbereichs der QM-Initiativen u. a. eine klare Benennung der be-

teiligten Personen mit ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen sowie die Festlegung von Kommunikationsstrukturen und Berichterstattungsprozessen (Parisi, 2014).

Zu internen QM-Maßnahmen gehören z. B. die Einrichtung von Qualitätszirkeln, das Einsetzen eines Qualitätsbeauftragten, die Implementierung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung sowie interne Audits (Farin et al., 2013; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2011; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2013).

22.3 Stand der Literatur

Internationale Perspektive

Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung als zentraler Bestandteil eines umfassenden Qualitätsmanagements beruhen dem US Department of Health and Human Services zufolge auf systematischen und kontinuierlichen Aktivitäten – mit dem Ziel, eine messbare Verbesserung der Pflegeleistung sowie des Gesundheitszustands der Patienten zu erreichen:

„Quality improvement (QI) consists of systematic and continuous actions that lead to measurable improvement in health care services and the health status of targeted patient groups“ (U. S. Department of Health and Human Services, 2011).

Dabei sind bei der Umsetzung von Qualitätsentwicklungsprogrammen vier Grundprinzipien zu berücksichtigen:

- Verstehen von Systemen und Prozessen der Leistungserbringung
- Patientenorientierung
- Teamwork
- Nutzung von Daten

Dellefield et al. (2012) nennen fünf Schlüsselemente zur Umsetzung eines fachlich fundierten Qualitätsmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen:

1. Gestaltung und Umfang

Eine umfassende Gestaltung und kontinuierliche Umsetzung unter Einbeziehung aller Serviceangebote der Einrichtung (und aller Abteilungen); dabei werden insbesondere Teamarbeit und bereichs- bzw. personenübergreifende Kommunikation als wichtige Merkmale eines funktionierenden Qualitätsmanagements hervorgehoben.

2. Steuerung und Führung

Etablierung spezifischer Arbeitsgruppen zur kontinuierlichen Umsetzung von Qualitätssicherungs- und -entwicklungsmaßnahmen

3. Feedback, Datensammlung und Monitoring

Analyse der gesamten Bandbreite pflegerischer Leistungen und Effekte auf Basis eines umfassenden Datenerfassungssystems

4. Qualitätsentwicklungsprojekte

Qualitätsentwicklungsprojekte zur Fokussierung auf spezifische Bereiche einer Einrichtung bzw. evtl. vorhandene Probleme und Verbesserung der Pflegequalität mithilfe gezielter Interventionen

5. Systematische Analysen und Handlungen

Kontinuierliche Überprüfung des Qualitätssicherungs- und –entwicklungsprogramms, z. B. daraufhin,

- ob messbare Indikatoren zur Weiterentwicklung der Einrichtungsqualität identifiziert werden konnten
- ob sich erwünschte Effekte (Outcomes) bei den BewohnerInnen der Einrichtung ergeben haben

Die Health Information and Quality Authority hat für die stationäre Pflege in Irland Qualitätsstandards formuliert, zu denen u. a. die Implementierung (interner) Qualitätsmanagementsysteme gehört (Health Information and Quality Authority, 2009). Eine regelmäßige (mindestens vierteljährliche) Überprüfung der Pflegeplanung, Forschungsinitiativen, Qualitätssicherung sowie Auditierungen sind dabei feste Bestandteile des Managementplans.

Verschiedene internationale AutorInnen empfehlen eine enge Verzahnung zwischen interner Qualitätsentwicklung (als zentraler Bestandteil des internen Qualitätsmanagements) und externer Qualitätsüberprüfung und -berichterstattung (Stemmer, R. & Arnold, J., 2014). Sowohl Health Quality in Kanada (Health Quality Ontario, 2012) als auch das Department of Health in Großbritannien (Department of Health, 2010) geben hierzu umfangreiche Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung des internen Qualitätsmanagements, um eine effiziente Nutzung für externe Benchmarkinginitiativen zu ermöglichen. Ähnlich sehen es ActiZ et al. (ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN, 2007) in den Niederlanden, denen zufolge internes Controlling und externe Überprüfungsmaßnahmen kohärent aufeinander abgestimmt werden sollten.

Dabei ist es allerdings für den Erfolg der Verbindung von interner Qualitätsentwicklung und externer Qualitätsmessung entscheidend,

„ob es einer Einrichtung gelingt, das externe System in eigene Zielsetzungen zur Qualitätsentwicklung zu integrieren. Dazu gehört, alle betroffenen Abteilungen und Disziplinen am Prozess der Qualitätsentwicklung unter Nutzung der externen Vorgaben zu beteiligen und auch interne und externe Steakholder der Einrichtung einzubeziehen“ (Stemmer, R. & Arnold, J., 2014).

Die Etablierung eines effektiven Qualitätsmanagementsystems setzt umfangreiche Veränderungen innerhalb der gesamten Organisation voraus: „An effective QI program requires changes in an organization’s culture and infrastructure to overcome its traditional barriers and works toward a common goal of quality“ (U. S. Department of Health and Human Services, 2011). Dazu ist es zwingend erforderlich, dass alle MitarbeiterInnen der Einrichtung die Qualitätsmanagementphilosophie teilen und die eigene Rolle innerhalb des Systems verstehen und ausfüllen.

Im internationalen Kontext basieren die zunehmend an Bedeutung gewinnenden Qualitätsmanagementansätze im Pflegebereich ähnlich wie in anderen Bereichen auch in der Regel auf den Grundsätzen der Standards des QM-Modells ISO 9001 bzw. des Excellence-Modells

der European Foundation for Quality Management (EFQM) (Heras, I., Cilleruelo, E., Iradi, J., 2008).

Heras et al. haben in spanischen Pflegeeinrichtungen festgestellt, dass durch die Einführung eines Qualitätsmanagementmodells teilweise eine höhere Pflegequalität erzeugt werden kann: „there is evidence that homes implementing ISO 9001 provide a higher level of quality of care“ (Heras, I., Cilleruelo, E., Iradi, J., 2008; Heras, I., Cilleruelo, E., Iradi, J., 2008). Diese Verbesserungen sind jedoch nicht durchgängig erkennbar. Zudem erscheint die Einführung eines derart umfassenden Qualitätsmanagementmodells für kleine Einrichtungen – genannt wird hier eine durchschnittliche Anzahl von 8-12 Pflegeplätzen – aufgrund des deutlich erhöhten Arbeitsaufwands aus Sicht der VerfasserInnen nicht oder nur sehr schwierig umsetzbar.

Nationale Perspektive

In den letzten Jahren „sind die Anforderungen bezüglich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Bereich ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen kontinuierlich gestiegen (Farin et al., 2013) und „der Stellenwert von Qualitätsmanagement hat angesichts des stetig zunehmenden Veränderungsdrucks im Gesundheitswesen deutlich zugenommen“ (Eberlein-Gonska, 2011). Leistungserbringer im Pflegebereich sind gesetzlich „zur Durchführung und Dokumentation interner qualitätssichernder Maßnahmen verpflichtet“ (Geraedts et al., 2011), die im Rahmen eines umfassenden internen Qualitätsmanagements koordiniert und aufeinander abgestimmt werden sollen.

Verbindliche Vorgaben, in welcher Form Qualitätsmanagementstrategien in Pflegeeinrichtungen konkret umgesetzt werden sollen, gibt es allerdings nicht (Illison, M. & Kerner, J. G., 2011), sondern es bleibt jeder Einrichtung selbst überlassen, ob sie ihr internes Qualitätsmanagement „an einem allgemeinen anerkannten Qualitätsmanagement-Modell . . . ausrichtet und extern prüfen lässt oder ob sie die vom Gesetzgeber und den relevanten Institutionen vorgeschlagenen Instrumente des Qualitätsmanagements auf eigene Weise einsetzt“ (Farin et al., 2013).

Zentrales Ziel ist dabei die stetige qualitative Verbesserung der Pflegeangebote und damit „die Optimierung der Versorgungsleistungen einer spezifischen Einrichtung“ (Stemmer, R. & Arnold, J., 2014). Demzufolge geht es im Qualitätsmanagement grundsätzlich „um Lernorientierung bzw. um den Aufbau einer lernenden Organisation“ (Bonato, 2011). Der Begriff des Qualitätsmanagements kann in diesem Zusammenhang „vor dem Hintergrund des zugrundeliegenden dynamisch-prozesshaften Verständnisses im Sinne eines stetigen Weiterentwicklungsprozesses“ (Stemmer, R. & Arnold, J., 2014) interpretiert werden. Dazu gehört neben einer individuellen Zielplanung und der Evaluation des entsprechenden Zielerreichungsgrades eine umfassende Erfassung und Berücksichtigung der Erfordernisse des Marktes sowie der Interessen und Zufriedenheit von pflegebedürftigen Personen, MitarbeiterInnen sowie anderer externer Partner im Rahmen des Pflegeprozesses (Geraedts et al., 2011; Luger, 2014; Weigert, 2010).

Luger sieht für den Bereich der Langzeitpflege ebenfalls eine zunehmende Verlagerung des Schwerpunkts weg „von der Einhaltung bestimmter Mindestanforderungen . . . und hin zu einer umfassenderen Qualitätssicherung, bei der auch Aspekte wie die Rechte der KundInnen und kontinuierliche Fortbildung des Pflegepersonals berücksichtigt werden“ (Luger,

2014). In diesem Sinne impliziert der Begriff des Qualitätsmanagements „ein Optimierungsparadigma, mit der Zielsetzung, Qualität kontinuierlich weiter zu entwickeln“ (Uhl, 2008).

Diese Weiterentwicklung des Qualitätsverständnisses von reiner Kontrolle oder Fehlersuche hin zu vorausplanendem Qualitätsmanagement wird Lobinger et al. (2013) zufolge in Pflegeeinrichtungen bislang oft noch zu sehr auf den unmittelbaren Bereich der Pflege begrenzt gesehen (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013). „Im Sinne einer gesamthaften Qualitätsbetrachtung der Pflege sind neben den pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder betreuenden Dienstleistungen . . . aber auch die Führungsprozesse . . . und Unterstützungsprozesse (z. B. Controlling, Technische Dienste, Personalmanagement) zu bewerten“ (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013).

Illison & Kerner (Illison, M. & Kerner, J. G., 2011) formulieren hierzu Grundsätze des Qualitätsmanagements, „die von der obersten Leitung berücksichtigt werden sollten, um die Leistungsfähigkeit der Organisation zu verbessern:

- Kundenorientierung
- Führung
- Einbeziehung der Personen
- Prozessorientierter Ansatz
- Systemorientierter Managementansatz
- Ständige Verbesserung
- Sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung
- Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen“ (Illison, M. & Kerner, J. G., 2011)

Zu empfohlenen internen QM-Maßnahmen gehören z. B. die Einrichtung von Qualitätszirkeln, das Einsetzen eines Qualitätsbeauftragten, die (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung sowie interne Audits (Farin et al., 2013; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2011; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2013).

Das Instrument der internen Audits ist dabei zu verstehen als ein Verbesserungsgespräch, in dem die in der QM-Dokumentation (z. B. QM-Handbuch) festgeschriebenen Prozesse und Ziele auf Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit geprüft werden (Florstedt-Borowski, 2007). Sie können somit auch im Rahmen einer regelmäßig durchzuführenden Überprüfung und Bewertung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements genutzt werden.

Als ein weiteres wichtiges Element eines umfassenden internen Qualitätsmanagements gilt die Pflegevisite. Sie ermöglicht eine Erörterung des Befindens der Pflegebedürftigen, ihrer individuellen Wünsche sowie ihrer Zufriedenheit mit dem Pflegeprozess bzw. der Einrichtung und dient somit unter dem Grundsatz der bewohnerorientierten Pflege als Instrument zum Miteinbezug der BewohnerInnen.

Eine gute Grundlage zur Qualitätssicherung und -entwicklung in spezifischen Pflegebereichen sowie zur Evaluation der Pflegequalität bilden die Expertenstandards (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2015), aus denen heraus relevante Indikatoren zur Messung der Wirksamkeit von Pflegeleistungen entwickelt werden können (Büscher,

2013). Mit ihrer Hilfe ist es möglich, „bei begrenztem Aufwand der Datenerhebung . . . Hinweise auf den Umsetzungsgrad angestrebter Qualitätsziele zu erhalten“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2015). Diese Überprüfung einrichtungsinterner Qualitätsziele auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene stellt einen essentiellen Bestandteil eines auf Evidenzbasierung ausgerichteten Qualitätsmanagements dar. Der Ansatz der evidenzbasierten Pflege bildet im Rahmen einer fachlich fundierten Qualitätsmanagementstrategie „einen der zentralen Eckpunkte. Nicht zuletzt über den evidenzbasierten Pflegeansatz lässt sich die Weiterentwicklung qualitätvoller Pflegeleistungen fördern (Weber, 2007).

Als weitere Instrumente zum internen Qualitätsmanagement dienen Beschwerdemanagementsysteme sowie Zufriedenheitsbefragungen bei zu Pflegenden, Angehörigen und MitarbeiterInnen (Farin et al., 2013).

Weigert zufolge verlangen „Aufbau, Einführung und Sicherstellung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements . . . , dass die umfangreichen Aufgaben des Qualitätsmanagements von einem Qualitätsmanagement-Beauftragten . . . in beratender Funktion (nach § 113 ff. SGB XI) übernommen werden“ (Weigert, 2010), dessen Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen zwingend erforderlich schriftlich in einer konkreten Stellenbeschreibung festgehalten werden müssen (Weigert, 2010).

Zentrale Zielstellungen für die Einführung einrichtungsinterner Qualitätsmanagementmodelle sind:

- „Transparenz innerhalb der gesamten Organisation, um Stärken, Schwachstellen und Verbesserungspotenziale zu erkennen und Entscheidungen . . . auf Basis von bekannten Fakten treffen zu können
- Sicherheit, dass alle entscheidenden Dinge innerhalb der gesamten Organisation ausreichend und eindeutig geregelt sind und effektiv funktionieren“ (Illison, M. & Kerner, J. G., 2011)

Dabei sind Nutzen und Erfolg eines Qualitätsmanagements im Besonderen immer auch abhängig von der Akzeptanz bei den MitarbeiterInnen (Illison, M. & Kerner, J. G., 2011; Schweingruber, R. & Ladrach, U., 2007), die die entsprechenden Qualitätssicherungs- und -entwicklungsmaßnahmen im Alltag in die Praxis umsetzen müssen. Eine sinnvolle Verankerung und Nutzung von Daten und Verfahren der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung in das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung kann in diesem Zusammenhang dazu beitragen, dass „die erlebte Sinnhaftigkeit, die erlebte Verantwortlichkeit und das Feedback zu den Ergebnissen der eigenen Leistungen und damit die intrinsische Arbeitsmotivation von MitarbeiterInnen gesichert werden“ (Bonato, 2011).

Das Benotungssystem der Pflegetransparenzvereinbarungen für ambulante wie auch stationäre Pflegeeinrichtungen, das zur einrichtungsübergreifenden Beurteilung der Pflegequalität herangezogen wird und potenziellen Kunden eine Einschätzung über die Leistungsstärke einer Einrichtung ermöglichen soll, widerspricht dagegen Bonato (Bonato, 2011) zufolge eher den aktuellen Interpretationen eines umfassenden Qualitätsmanagements, wie es z. B. im Europäischen Qualitätsmodell EFQM dargelegt wird. Hierbei geht es insbesondere „um Lernorientierung bzw. um den Aufbau einer lernenden Organisation“ (Bonato, 2011) sowie um eine „Kultur neuer Ideen und der Förderung neuer Denkweisen, um die Innovation und die Organisationsentwicklung zu unterstützen“ (Bonato, 2011). Diese Lernorientierung ist

Bonato zufolge jedoch „im derzeitigen System und den derzeitigen Rahmenbedingungen der Pflegetransparenzvereinbarungen kaum möglich. Dazu ist es viel zu statisch angelegt und verhindert Veränderungen“ (Bonato, 2011). Zudem führt es Klie & Stoffer zufolge

„zu einer Aufmerksamkeitsverlagerung, sowohl in den Diensten und Einrichtungen als auch in der Öffentlichkeit. Für relevant wird das erklärt, was geprüft wird. Pflegedienste und Heime lernen, wie man gute Noten erzielt, und dies unabhängig von den Qualitätseffekten für die Pflegebedürftigen, statt zu lernen, wie man professionell und situativ das Richtige für den Menschen tut.“ (Klie, T. & Stoffer, F. J., 2011)

Dementsprechend wird von den Autoren gefordert, dass „bis auf weiteres von den Pflegenoten und dem Transparenzverfahren Abstand genommen und, die Umsetzung, Veröffentlichung und Bewertung ausgesetzt wird“ (Klie, T. & Stoffer, F. J., 2011).

Die in den bestehenden Pflegetransparenzvereinbarungen enthaltenen Benotungen von Pflegeleistungen bergen Klie & Stoffer zufolge die Gefahr einer Konzentration „auf eine Pflege, die im Zentrum nicht mehr der Beantwortung der . . . Bedürfnisse Pflegebedürftiger gilt, sondern sich an den Erfordernissen von Prüfungssituationen und -katalogen ausrichtet“ (Klie, T. & Stoffer, F. J., 2011). Eine bloße Ausrichtung an externen Prüfmechanismen kann den Autoren zufolge eine Gefährdung der intrinsischen Motivation und professionellen Handlungsfähigkeit der Mitarbeitenden zur Folge haben und dazu führen, dass Kreativität, Flexibilität und situatives Handeln auf der Strecke bleiben. Darüber hinaus steht und fällt die Qualität der Pflege „mit der Qualifizierung und Befähigung der Mitarbeitenden sowie ihrer Zufriedenheit am Arbeitsplatz“ (Klie, T. & Stoffer, F. J., 2011). Daher wird gefordert, dass verstärkt in die Mitarbeitenden investiert werden sollte und nicht in Prüfsysteme oder Zertifizierungen.

Als zentrales Instrument eines auf kontinuierliche Qualitätsoptimierung ausgerichteten Qualitätsmanagements dient der ursprünglich von Deming entwickelte PDCA-Zyklus (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008; Geraedts et al., 2011; Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013; Pottkämper, 2015), der auf der schrittweisen Umsetzung von vier aufeinander aufbauenden Phasen beruht:

- Plan:** Planung neuer bzw. Überarbeitung bestehender Strukturen und Prozesse; dabei kommt es darauf an, „die geeignetsten Optionen für Qualitätsverbesserungen auszuwählen, anzustrebende Sollwerte zu bestimmen und eine Maßnahme zur Annäherung der Ist- an die Sollwerte zu formulieren“ (Geraedts et al., 2011).
- Do:** Implementierung des Plans und Dokumentation der veränderten Prozesse in einem ausgewählten, gut kontrollierbaren Bereich (z. B. in Form eines Modellprojekts).
- Check:** Überprüfung bzw. Messung der neuen Strukturen und Prozesse sowie der erzielten Ergebnisse – inkl. des Vergleichs mit den Zielen sowie einer Berichterstellung
- Act:** Ausweitung bzw. Übertragung der Veränderungen auf andere Einrichtungsbereiche bei erfolgreicher Umsetzung im Rahmen der Probephase bzw. des Modellprojekts

Ein großer Anteil sowohl stationärer als auch ambulanter Pflegedienstleister orientiert sich mittlerweile an einem standardisierten Qualitätsmanagement-System, „wobei sich in den letzten Jahren der Trend zur Zertifizierung deutlich verstärkt hat“ (Farin et al., 2013). Das am häufigsten in der Praxis eingesetzte System sind dabei die Normen der DIN EN ISO 9001. Hierbei handelt es sich um ein international anerkanntes QM-Modell, bei dem einrichtungsinterne Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung über externe Auditierungen auf

Übereinstimmung zu den Vorgaben der ISO-Normen geprüft werden (IHK Berlin, 2015). Dies führt bei positiver Beurteilung durch die externen Auditoren zu einer offiziellen Zertifizierung. Zu den geforderten Grundsätzen des Modells gehören u. a.:

- Kundenorientierung
- Prozessorientierung
- Einbeziehung der MitarbeiterInnen
- Zielmanagement (Glitsch, S. & Klein, H., 2005; IHK Berlin, 2015)

Im Jahr 2015 gab es im Rahmen einer Revision der ISO-Normen einige bedeutsame Änderungen, die sich in erheblichem Maße auf das interne Qualitätsmanagement der mit diesem System arbeitenden Einrichtungen auswirken (CERTQUA GmbH, 2015), z. B.:

1. Verbindliche Einbindung des Qualitätsmanagements in die strategische Gesamtausrichtung der Organisation
2. Erweiterung der Kundenorientierung auf weitere Zielgruppen, die für das QM-System relevant sind (z. B. Lieferanten, Kooperationspartner, Kostenträger etc.)
3. Forderung nach einem umfassenden und systematischen Prozessmanagement, u. a. durch Bestimmung erwarteter Prozessergebnisse und möglicher Indikatoren zur Prozessbewertung
4. Verlagerung der Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf die oberste Leitungsebene der Einrichtung
5. Einführung eines Risikomanagements, um „Risiken und Chancen identifizieren, analysieren, bewerten sowie Gegenmaßnahmen planen, umsetzen und ihre Wirksamkeit kontrollieren“ (CERTQUA GmbH, 2015) zu können
6. Einführung eines systematischen Wissensmanagements, um „das notwendige Wissen zur Durchführung der Prozesse festzuhalten, aufrechtzuerhalten und für alle MitarbeiterInnen verfügbar zu machen“ (CERTQUA GmbH, 2015)
7. Abkehr vom obligatorischen QM-Handbuch hin zu flexibler, EDV- oder webbasierter Dokumentation

Weitere häufig genutzte QM-Systeme im Pflegebereich sind (Farin et al., 2013; König, 2010):

- EFQM: Das EFQM-Modell ermöglicht Pflegeeinrichtungen im Sinne des Total Quality Management-Ansatzes eine umfassende, systematische und regelmäßige Selbstbewertung der eigenen Pflegequalität. Hierzu werden insgesamt 32 Kriterien aus neun Bereichen (z. B. Führung, Strategie, Kundenbezogene Ergebnisse) genannt, die in Form einer Checkliste zur Identifikation von Stärken und Verbesserungsbereichen der Einrichtung genutzt werden können. Dieses Modell „bevorzugt dabei den eigeninitiativen Selbstbewertungsansatz gegenüber den Fremdbewertungen (Audits) anderer Modelle“ (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013).
- KTQ: Das KTQ-Zertifizierungsverfahren („Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“) ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens und stellt eine Mischform von Selbst- und Fremdbewertungsverfahren dar. Mithilfe des KTQ-Manuals haben Pflegeeinrichtungen zunächst die Möglichkeit,

„eine Selbstbewertung auf der Grundlage der KTQ-Kriterien durchzuführen und anschließend eine KTQ-Zertifizierung anzustreben“ (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013), wobei diese Zertifizierung nicht verbindlich durchzuführen ist. Die Selbstbewertung erfolgt auf Basis eines Kriterienkatalogs, der in sechs Kategorien (z. B. Bewohnerorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit) mit insgesamt 21 Subkategorien gegliedert ist. Primäres Ziel ist dabei die Erfassung von Stärken und Schwächen sowie die Identifikation von Verbesserungspotenzialen.

22.4 Rechtliche Aspekte

In § 72 des SGB XI ist festgeschrieben, dass Versorgungsverträge von Pflegekassen „nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die . . . sich verpflichten, . . . einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (SGB XI).

Die Ausgestaltung dieses Qualitätsmanagements hat sich laut § 112 an den vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit anderen Vereinigungen und Organisationen vereinbarten Maßstäben und Grundsätzen zu orientieren (SGB XI). Diese schreiben vor, dass Träger stationärer wie ambulanter Pflegeinstitutionen ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchführen müssen, „das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. . . . Qualitätsmanagement schließt alle wesentlichen Managementprozesse (z. B. Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserbringung, Analyse/Verbesserung) ein und entwickelt diese weiter“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2011). Dadurch soll sichergestellt werden, „dass

- die vereinbarten Leistungen zu der vereinbarten Qualität erbracht werden,
- sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der Bewohner und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass sie stetig überprüft und ggf. verbessert wird,
- Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen der Einrichtung beschrieben und nachvollziehbar sind“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2011)

Darüber hinaus werden Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet,

- ausreichende personelle und sachliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen,
- alle vom jeweiligen Qualitätsentwicklungsprozess betroffenen MitarbeiterInnen zu informieren bzw. einzubeziehen,
- Qualitätsziele festzulegen,
- Wesentliche Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu dokumentieren sowie
- Erwartungen und Bewertungen von pflegebedürftigen Menschen sowie anderer am Pflegeprozess beteiligten Personen(gruppen) zu berücksichtigen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2011).

Zudem sind Träger von Pflegeeinrichtungen im Rahmen ihres Qualitätsmanagements „dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt, durchgeführt und in ihrer Wirkung ständig überprüft werden“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2011).

22.5 Gibt es Mindeststandards?

Pflegeeinrichtungen in Deutschland sind den Bestimmungen des SGB XI zufolge dazu verpflichtet, „Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken“ (SGB XI).

Zur nachhaltigen Sicherung und -weiterentwicklung der Qualität von Pflegeleistungen müssen Pflegeeinrichtungen dabei eine „praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation“ (SGB XI) zu führen. Darüber hinaus sind methodisch verlässliche, indikatoren gestützte Verfahren zur internen und externen Qualitätsprüfung vorgeschrieben (SGB XI), die wiederum im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement verbindlich verankert sein müssen.

Darüber hinaus sind im Rahmen eines fachlich fundierten Qualitätsmanagements regelmäßige interne und externe Überprüfungen der Pflegequalität zwingend erforderlich. Diese haben sich u. a. zu orientieren an spezifischen, wissenschaftlich fundierten Expertenstandards, die von den in § 113 SGB XI benannten Vertragsparteien entwickelt und kontinuierlich aktualisiert werden (SGB XI). Diese Expertenstandards stellen zentrale Maßstäbe zur Beurteilung von Pflegequalität dar, die für die jeweiligen Bereiche im Sinne von Mindeststandards Vorgaben zur Sicherstellung einer basalen fachlichen Versorgungsqualität machen.

22.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Zentrales Ziel eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist die stetige qualitative Verbesserung der Pflegeangebote und damit „die Optimierung der Versorgungsleistungen einer spezifischen Einrichtung“ (Stemmer, R. & Arnold, J., 2014). Der Begriff des Qualitätsmanagements kann in diesem Zusammenhang „vor dem Hintergrund des zugrundeliegenden dynamisch-prozesshaften Verständnisses im Sinne eines stetigen Weiterentwicklungsprozesses“ (Stemmer, R. & Arnold, J., 2014) interpretiert werden, bei dem es demzufolge grundsätzlich „um Lernorientierung bzw. um den Aufbau einer lernenden Organisation“ (Bonato, 2011) geht.

Dazu gehört neben einer individuellen Zielplanung und der Evaluation des entsprechenden Zielerreichungsgrades eine umfassende Erfassung und Berücksichtigung der Erfordernisse des Marktes sowie der Interessen und Zufriedenheit von pflegebedürftigen Personen, MitarbeiterInnen sowie anderen externen Partnern im Rahmen des Pflegeprozesses (Geraedts et al., 2011; Luger, 2014; Weigert, 2010).

„Im Sinne einer gesamthaften Qualitätsbetrachtung der Pflege sind neben den pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder betreuenden Dienstleistungen . . . aber auch die Führungsprozesse

. . . und Unterstützungsprozesse (z. B. Controlling, Technische Dienste, Personalmanagement) zu bewerten“ (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013).

Zu empfohlenen internen QM-Maßnahmen gehören z. B. die Einrichtung von Qualitätszirkeln, das Einsetzen eines Qualitätsbeauftragten, die (Weiter-)Entwicklung und Implementierung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung sowie interne Audits (Farin et al., 2013; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2011; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2013; Winter, 2013).

Als weitere bedeutsame Instrumente zur Umsetzung eines fundierten internen Qualitätsmanagements dienen darüber hinaus Beschwerdemanagementsysteme sowie Zufriedenheitsbefragungen bei zu Pflegenden, Angehörigen und MitarbeiterInnen (Farin et al., 2013).

Nationale wie internationale Autoren fordern zudem zur umfassenden Einrichtung eines fachlich fundierten Qualitätsmanagements eine enge Verzahnung zwischen internen und externen Qualitätsmanagementmaßnahmen (ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN, 2007; Bonato, 2011; Department of Health, 2010; Health Information and Quality Authority, 2009; Stemmer, R. & Arnold, J., 2014). Internes Controlling und externe Überprüfungsmaßnahmen sollten demzufolge kohärent aufeinander abgestimmt werden (ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN, 2007) und es ist somit eine wichtige Aufgabe des internen Qualitätsmanagements, „die Datenerfassung für die externe Qualitätssicherung sicherzustellen“ (Bonato, 2011). Die Anwendung geeigneter, ausreichend standardisierter Qualitätsindikatoren ist dabei eine Grundvoraussetzung, um entsprechende Informationen sammeln zu können, die sowohl zur internen Qualitätsentwicklung als auch für externe Qualitätsprüfungen und einrichtungsübergreifende Vergleiche nutzbar sind. Entscheidend für den Erfolg der Kombination von interner Qualitätsentwicklung und externer Qualitätsmessung ist es, „ob es einer Einrichtung gelingt, das externe System in eigene Zielsetzungen zur Qualitätsentwicklung zu integrieren“ (Stemmer, R. & Arnold, J., 2014; Stemmer, R. & Arnold, J., 2014).

Die Etablierung eines effektiven Qualitätsmanagementsystems setzt umfangreiche Veränderungen innerhalb der gesamten Organisation voraus: „An effective QI program requires changes in an organization’s culture and infrastructure to overcome its traditional barriers and works toward a common goal of quality“ (U. S. Department of Health and Human Services, 2011). Dazu ist es zwingend erforderlich, dass alle MitarbeiterInnen der Einrichtung die Qualitätsmanagementphilosophie teilen und die eigene Rolle innerhalb des Systems verstehen und ausfüllen.

Überhaupt hängt der Erfolg des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zentral von den einzelnen MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtung und deren persönlicher Qualifizierung, Identifikation und Motivation ab (Dellefield, M. E., Kelly, A. & Schnelle, J. F., 2012; Dellefield, M. E., Kelly, A. & Schnelle, J. F., 2012; Eckert, H. & Geyer, S., 2005; Klie, T. & Stoffer, F. J., 2011; Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013; Schweingruber, R. & Ladrach, U., 2007; Weigert, 2008). Ihnen kommt eine Schlüsselrolle zu,

„da sie im Wesentlichen das Qualitätsmanagement mittragen, mitgestalten und vor allen Dingen im Team gemeinsam umsetzen. Nur gut informierte, motivierte und verantwortungsbewusste Mitarbeiter können den Träger bei dem Auftrag der Umsetzung von internen Qualitätssicherungsmaßnahmen ziel- und ergebnisorientiert unterstützen – im Sinne einer eigendynamischen und zukunftsorientierten Qualitätsentwicklung“ (Weigert, 2010).

Damit sich MitarbeiterInnen von Pflegeeinrichtungen aber in die im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement festgelegten Qualitätssicherungs- und -entwicklungsprozesse einbringen können, „ist es unerlässlich, dass die MitarbeiterInnen gut informiert sind und aktiv an den kontinuierlichen Verbesserungsprozessen mitwirken. Dies setzt voraus, dass sie für ihre Aufgaben kontinuierlich fachlich begleitet, angeleitet und geschult werden“ (Weigert, 2010).

Dellefield et al. (2012) zufolge sollten fünf Schlüsselemente bei der Umsetzung eines fachlich fundierten Qualitätsmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen unbedingt berücksichtigt werden:

1. Umfassende Gestaltung und kontinuierliche Umsetzung unter Einbeziehung aller Serviceangebote der Einrichtung (und aller Abteilungen)
2. Delegieren von Aufgaben und Verantwortung, z. B. in Form einer Etablierung spezifischer Arbeitsgruppen
3. Etablierung eines umfassenden Datenerfassungssystems zur Überprüfung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren
4. Projektbezogene Fokussierung auf spezifische Bereiche bzw. Probleme innerhalb einer Einrichtung zur Verbesserung der Pflegequalität über gezielte Interventionen
5. Kontinuierliche, systematische Überprüfung der Effektivität der durchgeführten Qualitätsmanagementmaßnahmen

Die hier geforderte ständige Überprüfung und Verbesserung der Wirksamkeit des QM-Systems stellt dabei eine „Normvorgabe und das Grundprinzip eines gut funktionierenden Qualitätsmanagementsystems“ (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013) dar.

22.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Ein zentraler Bestandteil eines funktionierenden Qualitätsmanagementsystems ist eine regelmäßige Überprüfung und Bewertung des Systems selbst (Managementreview), sprich eine Analyse der eingeleiteten QM-Maßnahmen im Hinblick auf deren Wirksamkeit für eine kontinuierliche und nachhaltige Optimierung der Pflegequalität (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013). Dies kann u. a. in Form einrichtungsinterner Audits erfolgen, die wertvolle Informationen über Verbesserungspotenziale liefern sowie „Verständnisprobleme und Informationsdefizite innerhalb des Pflegedienstes, der Leitungen und allen Mitarbeitern verringern“ (Florstedt-Borowski, 2007). Aus den Ergebnissen interner (wie externer) Audits „erhalten Einrichtungen wichtige Informationen, aus denen unmittelbar Rückschlüsse auf die Bemühungen zur Qualitätsentwicklung gezogen werden können“ (Büscher, 2013). Ein Indikator für das Gelingen der internen Qualitätsmanagementaktivitäten ist dabei, „dass die qualitätssichernden Konzepte und konzeptionellen Grundlagen bei den Mitarbeitern bekannt sind und auch umgesetzt werden“. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei ein schlankes QM-Handbuch ohne Redundanzen und Doppelungen (Weigert, 2008).

Darüber hinaus sollten beim Managementreview Informationen aus Kundenrückmeldungen, z. B. aus PatientInnen-, MitarbeiterInnen- oder Angehörigenbefragungen, berücksichtigt werden (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013).

Grundsätzlich ist es immer eine Aufgabe eines funktionierenden einrichtungsinternen Qualitätsmanagements regelmäßig Informationen über Prozess und Wirksamkeit der eigenen Pflegeleistungen in Form spezifischer Kennzahlen und Fakten zu erheben und diese zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität des eigenen Pflegekonzepts zu nutzen (Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A., 2013; Pottkämper, 2015; Schilde, 2008; U. S. Department of Health and Human Services, 2011). Dabei sollte eine enge und effiziente Verzahnung von internem Qualitätsmanagement mit externen Qualitätsüberprüfungen angestrebt werden (ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN, 2007; Department of Health, 2010; Health Quality Ontario, 2012; Stemmer, R. & Arnold, J., 2014). Bei Anwendung geeigneter, ausreichend standardisierter Qualitätsindikatoren können entsprechende Informationen gesammelt werden, die sowohl zur internen Qualitätsentwicklung als auch für externe Qualitätsprüfungen sowie für einrichtungsübergreifende Vergleiche genutzt werden können.

22.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Es besteht ein Zusammenhang zu folgenden weiteren Kennzeichen: Evaluation, Dokumentation, Sicherung und Entwicklung von Qualität, Qualitätsverantwortung.

22.9 Literaturverzeichnis

- ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN (2007). *Quality Framework Responsible Care*. Retrieved February 22, 2016, from <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6963-10-95-s1.pdf>.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2008). *Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung*. Retrieved February 05, 2016, from http://www.aeqz.de/aezq/kompendium_q-m-a/.
- Bonato, M. (2011). *Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt „Pflege-TÜV“: Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis*. Retrieved January 19, 2016, from http://www.bah-web.de/home/html/infocenter/infocenter_doc/Abschlussbericht_Bonato_Kommission_gesamt.pdf.
- Büscher, A. (2013). Die Entwicklung in der Pflege vorantreiben. *Pflegezeitschrift*, 66(2), 68–70. Retrieved January 19, 2016, from http://tisrv09.kohlhammer.de/w_kohlhammer/download/Portale/Zeitschriften/Pflegezeitschrift/Februar_2013/Buescher.pdf.
- CERTQUA GmbH (2015). *Die 7 wichtigsten Änderungen der DIN ISO 9001: 2015*. Retrieved February 23, 2016, from CERTQUA – Gesellschaft der Deutschen Wirtschaft zur Förderung und Zertifizierung von Qualitätssicherungssystemen in der Beruflichen Bildung mbH: <http://www.certqua.de/qm-blog/die-7-wichtigsten-aenderungen-der-din-iso-90012015/>.
- Dellefield, M. E., Kelly, A. & Schnelle, J. F. (2012). *Quality Assurance and Performance Improvement in Nursing Homes: Using Evidence-Based Protocols to Observe Nursing Care Processes in Real Time: QAPI - for SLC*. Retrieved January 19, 2016, from http://www.goriskresources.com/Newsletter/2014/3q_nf_QAPI.pdf.

- Department of Health (2010). *Essence of Care*. Retrieved February 22, 2016, from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216691/dh_119978.pdf.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015). *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*. Retrieved January 27, 2016, from <http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/DNQP-Methodenpapier2015.pdf>.
- Eberlein-Gonska, M. (2011). Was ist an Qualitätsmanagement evidenzbasiert? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(2), 148–153. Retrieved February 14, 2016.
- Eckert, H. & Geyer, S. (2005). Anforderungen an prozessorientierte Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen - Eine qualitative Studie zu Umsetzungsempfehlungen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 10(2), 102–110. Retrieved February 25, 2016, from <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2004-813291>.
- Farin, E., Hauer, J., Schmidt, E., Kottner, J., & Jäckel, W. H. (2013). Der aktuelle Stand des Qualitätsmanagements in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen [The state of quality management implementation in ambulatory care nursing and inpatient nursing]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 75(2), 102–110.
- Florstedt-Borowski, G. (2007). Prozesse verbessern – Potenziale erkennen: Wie interne Audits helfen, die Qualität im Pflegedienst zu verbessern. *Häusliche Pflege*, 31–33.
- Geraedts et al. (2011). Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(2), 185–193, from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-010-1199-4#page-1>.
- Glitsch, S. & Klein, H. (2005). Anforderungen, die jeder meistern kann: Den QM-Standard DIN EN ISO 9001 als Managementsystem einsetzen. *Häusliche Pflege*, 2–5. Retrieved February 25, 2016, from http://www.hildegard-klein.de/HP_05_05_DIN_ISO.pdf.
- Health Information and Quality Authority (2009). *National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland*. Retrieved January 19, 2016, from <https://www.hiqa.ie/publication/national-quality-standards-residential-care-settings-older-people-ireland>.
- Health Quality Ontario (2012). *Quality Improvement Guide*. Retrieved February 22, 2016, from <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-quality-improve-guide-2012-en.pdf>.
- Heras, I., Cilleruelo, E., Iradi, J. (2008). Quality management and quality of care in nursing homes. *International Journal of Health Care Quality*, 21(7), 659–670. Retrieved January 19, 2016, from <http://www.sc.ehu.es/oewhesai/IJQHC.pdf>.
- IHK Berlin (2015). *Qualitätsmanagement: DIN EN ISO 9000:2000 ff*. Retrieved February 25, 2016, from https://www.ihk-berlin.de/blob/bihk24/innovation/Praxistipps_Innovation_und_Wissenschaft/Download/226330/0/1dd4ac74ccfcbd415585ed8826f28ba9/Merkblatt_Qualitaetsmanagement-data.pdf.

- Illison, M. & Kerner, J. G. (2011). *Praxisleitfaden Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen* (6. Auflage). Stuttgart: Steinbeis-Edition.
- Klie, T. & Stoffer, F. J. (2011). *Moratorium Pflegenoten: Nein zu Pflege-Noten*. Retrieved February 19, 2016, from <http://www.ehfreiburg.de/inc/template/ehfreiburg/de/Pdf/hochschule/personalverzeichnis/klie/Klie-Moratorium-Pflegenoten-2011.pdf>.
- König, J. (2010). *Der MDK - mit dem Gutachter eine Sprache sprechen: Alles über die Einstufungspraktiken und die Qualitätsprüfung nach [Abschnitt] 112 in Verbindung mit [Abschnitt] 114 SGB XI des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie anhängende Prozesse der Qualitätssicherung* (7., aktualisierte Aufl.). *Pflege Kolleg*. Hannover: Schlütersche.
- Lobinger, W., Haas, J. & Groß, H. A. (2013). *Qualitätsmanagement in der Pflege* (2. Auflage). München: Carl Hanser Verlag.
- Luger, E. M. (2014). Qualitätssicherung in der Pflege - europäischer und nationaler Kontext. *WISO*, 37(4), 76–90. Retrieved January 19, 2016, from http://www.iswlinz.at/themen/dbdocs/LF_Luger_4_14.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2011). *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011*. Retrieved January 19, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/2011_06_09_MuG_stat_Fassung_nach_Schiedsspruch.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2013). *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012*. Retrieved January 19, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/2013-02-08_Pflege_Massstaebe_und_Grundsaeetze_teilstationaer.pdf.
- Parisi, L. (2014). Quality Assurance and Performance Improvement (QAPI) in Healthcare for Older Adults.
- Pottkämper, K. (2015). Die Chance nutzen: Internes Qualitätsmanagement. *Die Schwester, der Pfleger*, 54(8), 90–92.
- Schilde, A. (2008). Qualität messen mithilfe von Kennzahlen. *Pflegezeitschrift*, 61(11), 629–631.
- Schweingruber, R. & Ladrach, U. (2007). Qualitätssicherung in der Pflege. *Managed Care*. (6), 42–44. Retrieved January 19, 2016, from <https://www.yumpu.com/de/document/view/21000065/qualitaetssicherung-in-der-pflege-forum-managed-care>.

- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved January 19, 2016, from http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf.
- Stemmer, R. & Arnold, J. (2014). *Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung*. Mainz. Retrieved January 24, 2016, from https://www.khmz.de/fileadmin/user_upload/aktuelles/aktuelles/expertise_ergebnisqualitaetsindikatoren_stationaere_pflege_stemmer___arnold_2014.pdf.
- U. S. Department of Health and Human Services (2011). *Quality Improvement*. Retrieved January 19, 2016, from <http://www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf>.
- Uhl, A. (2008). *Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf*. Berlin: Lit Verlag.
- Weber, G. (2007). Ein Eckstein im Qualitätsmanagement des Langzeit-Pflegesystems. *RBS-Bulletin*, 50(1), 10–12.
- Weigert, J. (2008). *Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement: Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege* (2., aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche GmbH.
- Weigert, J. (2010). *100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege* (2., aktualisierte Aufl.). *Brigitte Kunz Verlag - Pflege Leicht*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Winter, U. (2013). Qualität entwickeln. *Häusliche Pflege*, 22(8), 26–29.

23 Erläuterungen zum Kennzeichen „Verantwortliche Pflegefachkraft“

23.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen Verantwortliche Pflegefachkraft in der Pflege definiert?
- Welche Dimensionen hat die „Verantwortung“ in der professionellen Pflege?
- Welche Herausforderungen existieren im Bereich der Verantwortung in der Pflege?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Verantwortliche Pflegefachkraft“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

23.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Pflegende haben, so der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN), vier grundlegende Verantwortungsbereiche: die Förderung von Gesundheit, die Verhütung von Krankheit, die Wiederherstellung von Gesundheit sowie die Linderung von Leiden. Dabei üben Pflegende ihre Tätigkeiten zum Wohle einzelner Personen, deren Familien sowie der Gesellschaft aus und koordinieren ihre Aufgaben mit weiteren beteiligten Berufsgruppen (ICN - International Council of Nurses, 2012). So gehört die Verantwortung zu den Schlüsselkonzepten der Pflege (Robert Bosch Stiftung, 1996). Um pflegerische Verantwortung übernehmen zu können, bedarf es

„1. Autonomie und die Freiheit Entscheidungen zu treffen, 2. Autorität, die rechtmäßige Macht eine Aufgabe zu erfüllen, 3. berufliches Fachwissen, 4. Interpersonale Kompetenz: die Fähigkeit berufliche Beziehungen zu etablieren und 5. Kontrollbewußtsein: das Bewusstsein über die selbstbestimmte Kontrolle eigenen Verhaltens“ (Tewes, 2002).

Die pflegerische Verantwortung lässt sich in die Bereiche der kollektiven und der individuellen Verantwortung teilen. Die kollektive Verantwortung drückt aus, dass die Mitglieder eines Teams die gemeinsame Verantwortung für die Förderung und das Wohlbefinden der zu versorgenden BewohnerInnen haben. Die individuelle Verantwortung bezieht sowohl die persönliche als auch die berufliche Verantwortung mit ein. Die persönliche Verantwortung beschreibt die jeweilige individuelle Art und Weise der Nutzung und Umsetzung von Entscheidungs- und Entfaltungsmöglichkeiten. Berufliche Verantwortung bedeutet, dass die einzelne Pflegeperson dem ‚State of the Art‘ verpflichtet ist (Tewes, 2002).

Der Terminus „Verantwortliche Pflegefachkraft“ ist im Sozialgesetzbuch XI definiert. Für die Anerkennung als „Verantwortliche Pflegefachkraft“

„ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin oder Altenpfleger eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. ... Für die Anerkennung als Verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Vorausset-

zung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde“ (§ 71 SGB XI).

Diese Voraussetzung kann auch durch ein einschlägiges pflegewissenschaftliches, betriebswirtschaftliches oder sozialwissenschaftliches Studium erworben werden (GKV-Spitzenverband, 2011a; GKV-Spitzenverband, 2011b).

Die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ im stationären sowie im ambulanten Setting ist für die Beachtung der pflegerischen Grundsatzfragen und die ordnungsgemäße Pflege verantwortlich. Um dieser Verantwortung gerecht werden zu können, bedarf sie der Weisungsbefugnis im gesamten pflegerischen Bereich. Außerdem muss die Kooperation und Koordination mit niedergelassenen Leistungserbringern durch die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ sichergestellt werden.

23.3 Stand der Literatur

International wird Verantwortung als ein grundsätzliches Kernelement von Pflege hervorgehoben. Pflegende haben, so der ICN-Ethikkodex, vier grundlegende Verantwortungsbereiche: die Förderung von Gesundheit, die Verhütung von Krankheit, die Wiederherstellung von Gesundheit sowie die Linderung von Leiden. Dabei üben Pflegende ihre Tätigkeiten zum Wohle einzelner Personen, deren Familien sowie der Gesellschaft aus und koordinieren ihre Aufgaben mit weiteren beteiligten Berufsgruppen (ICN - International Council of Nurses, 2012). So gehört die Verantwortung zu den Schlüsselkonzepten der Pflege (Robert Bosch Stiftung, 1996). Die Definition des ICN erstreckt sich auf die gesellschaftliche, die institutionelle und die individuelle Ebene.

Der Bedarf an Langzeitpflege wächst weltweit. Miriam Hirschfeld, zuständig in der WHO-Zentrale in Genf für den Querschnittsbereich Long-Term-Care, kommt auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche zu dem Ergebnis, dass dem Bedarf an Pflegeversorgung im Langzeitpflegebereich adäquat nur begegnet werden kann, wenn die Pflegeprofession eine aktive Rolle auf der politisch-strategischen Ebene einnimmt. Die gesellschaftliche Verantwortung der professionell Pflegenden umfasst nicht nur die unmittelbare pflegerische Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf, sondern die in Verbänden, Kammern und anderen Vertretungsformen verfasste Pflege hat die Verantwortung, eine innovative Pflegepolitik voranzutreiben, sowie die Entwicklung von pflegerischen Versorgungsangeboten, einer bedarfsangepassten Pflegepraxis, gezielter Pflegeforschung und zukunftsweisenden Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepten zu befördern. Die Pflegeprofession ist in der Pflicht, auf allen genannten Feldern ihr Potenzial zu nutzen und zukunftsweisende Strategien zu entwickeln (Hirschfeld, 2009).

Die ausgehend von der Pflegeversicherung ausgehende Position einer ‚Verantwortlichen Pflegefachkraft‘ ist auf der organisationalen Ebene angesiedelt. Es liegen nur wenige Studien zum Thema „Verantwortliche Pflegefachkraft“ vor. Freund diskutiert das Konzept der Verantwortung in der vollstationären Altenpflege auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche und identifiziert eine strukturelle Analogie zwischen ärztlicher Verantwortung und der Verantwortung einer „verantwortlichen Pflegefachkraft“. Jeweils gehe es um die Zuständigkeit für die Aufnahme- und Abschlussuntersuchung bzw. das Abschlussgespräch und die Erstellung eines Planes auf der Grundlage der Aufnahmebefunde. Die Beteiligung an der

Leistungserbringung durch Angehörige anderer Berufsgruppen und Personen ist jeweils möglich und zu überwachen (Freund, 2013).

Die Aufgaben der „Verantwortlichen Pflegefachkraft“ gehen über die Fachaufsicht hinaus und betreffen auch Managementaufgaben wie die Einsatz- bzw. Dienstplanung, die Durchführung von Dienstbesprechungen oder die Umsetzung von Qualitätsmaßstäben (BMFSFJ 2010). In diesem Sinne sind die Aufgaben einer „Verantwortlichen Pflegefachkraft“ vergleichbar mit einer Pflegedienstleitung. Close et al. (2013) fanden am Beispiel der Versorgung von BewohnerInnen mit Herzinsuffizienz in Einrichtungen der stationären Pflege heraus, dass das Fehlen klar festgelegter Strukturen und Verantwortlichkeiten zu einer Verantwortungsdiffusion führen kann, in dessen Verlauf keine der professionell beteiligten Personen Verantwortung für die nächsten Handlungsschritte übernimmt. In der Folge verzögern sich nicht nur diese, sondern auch die Bedürfnisse und Wünsche der BewohnerInnen bleiben unberücksichtigt (Close et al., 2013). Um Verantwortung übernehmen zu können, bedarf es

- „1. Autonomie und die Freiheit Entscheidungen zu treffen,
2. Autorität, die rechtmäßige Macht eine Aufgabe zu erfüllen,
3. berufliches Fachwissen,
4. Interpersonale Kompetenz: die Fähigkeit berufliche Beziehungen zu etablieren und
5. Kontrollbewußtsein: das Bewusstsein über die selbstbestimmte Kontrolle eigenen Verhaltens“ (Tewes, 2002).

Die Übernahme von Verantwortung ist mit Rechenschaftspflicht verbunden. Ein Thema, das insbesondere in der Konzeption von Primary Nursing thematisiert wird (Manthey 2005), aber grundsätzlich gilt.

Unter ethischen Aspekten kann die Verantwortung im pflegerischen Kontext als Antwort auf die Frage der zielentsprechenden Erfüllung einer gestellten Aufgabe angesehen werden (Elsbernd, 1994). Professionell Pflegenden haben gegenüber Menschen mit hochgradigen kognitiven oder psychischen Einschränkungen eine besondere ethische Verantwortung (Lanius, 2010).

Im Hinblick auf das Erleben und den Umgang mit Verantwortung einer Pflegefachkraft in Fehlersituationen ist eine qualitative Studie interessant, die mit einer Gruppe von psychiatrisch in der stationären und ambulanten Versorgung tätigen Pflegekräften durchgeführt wurde. Im Ergebnis werden Wege identifiziert, die der Ausbalancierung der Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf, den organisationalen Bedürfnissen und dem wahrgenommenen Bedürfnis der Pflegenden nach Selbstschutz dienen. Identifiziert wurden drei zentrale Themen: Verantwortlich-Sein, die Verantwortlichkeit der Menschen mit Pflegebedarf fördern, Verantwortung verlagern (oder abwälzen). „Verantwortlich-Sein“ thematisiert die Abwägung von den Bedürfnissen der Menschen mit Pflegebedarf mit erwarteten Vorwürfen oder der Zuschreibung von Schuld. „Die Verantwortlichkeit der Menschen mit Pflegebedarf fördern“ beschreibt den Prozess der Entscheidung, an dessen Ende die Klärung der Frage steht, in welchen Situationen die Menschen mit Pflegebedarf selbst Verantwortung übernehmen können oder müssen. „Verantwortung verlagern“ beschreibt Vorgehensweisen, die das Ziel haben, sich aus der Verantwortung herauszuwinden. Das letztgenannte Verhalten wird durch eine Organisationskultur befördert, die darauf ausgerichtet ist, Risiken zu vermeiden (Manuel & Crowe, 2014).

23.4 Rechtliche Aspekte

§ 71 SGB XI stellt die Leistungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen unter die ständige Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft. Diese muss neben einer einschlägigen Berufsausbildung über Berufserfahrung und eine Zusatzqualifikation verfügen.

„Für die Anerkennung als Verantwortliche Pflegefachkraft . . . ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
3. Altenpflegerin oder Altenpfleger eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich.

Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. . . . Für die Anerkennung als Verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde“ (§ 71 SGB XI).

Die Maßstäbe und Grundsätze der Selbstverwaltungspartner konkretisieren die Qualifikationsanforderungen an eine „Verantwortliche Pflegefachkraft“. Danach muss die Weiterbildung insbesondere

„Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen), psychosoziale und kommunikative Kompetenz sowie die Aktualisierung der pflegfachlichen Kompetenz (Pflgewissen, Pflegeorganisation)“ (GKV-Spitzenverband 2011a und 2011b).

umfassen. Die mit der Weiterbildung angestrebten Kompetenzen gelten durch den erfolgreichen Abschluss eines pflegewissenschaftlichen, betriebswirtschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums als erreicht.

Die Maßstäbe und Grundsätze der Selbstverwaltungspartner sehen die Verantwortung der „verantwortlichen Pflegefachkraft“ im Hinblick auf

„die Anwendung der . . . Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich, die Umsetzung des Pflegekonzeptes, die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege, der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation, die an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte, die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereiches“ (GKV-Spitzenverband 2011a und 2011b).

Die Regelungen finden sich in gleicher Weise für den ambulanten Bereich.

Dickmann (2014) folgend beinhaltet die Übernahme der fachlichen Verantwortung,

„dass die Verantwortliche Pflegefachkraft in stationären Pflegeeinrichtungen die den einzelnen Heimbewohnern zukommenden Pflegeleistungen zumindest in den Grundzügen selbst festlegt, ihre Durchführung organisiert und ihre Umsetzung kontrolliert“ (Dickmann 2014).

Die Maßstäbe und Grundsätze legen fest, dass die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ in einem sozialversicherungspflichtigen Verhältnis tätig sein muss, es sei denn, sie ist Eigentümerin des Pflegedienstes (GKV-Spitzenverband 2011a).

Die Übernahmen einer ständigen Verantwortung umfasst die arbeitsrechtliche Weisungsbefugnis gegenüber den pflegend Tätigen. Zu den weiteren Aufgaben gehört die Kooperation und Koordination mit niedergelassenen Leistungserbringern (Sträßner, 2006). In derselben Weise stellt sich der Verantwortungsumfang einer „Verantwortlichen Pflegefachkraft“ für den ambulanten Bereich dar (Schmidt & Meißner, 2009). Faktisch entspricht das Aufgabenprofil der „Verantwortlichen Pflegefachkraft“, dem einer Pflegedienstleitung (Diekmann, 2014).

Die besondere organisationsbezogene Stellung des Konzeptes „Verantwortliche Pflegefachkraft“ zeigt sich in einem Urteil des Bundessozialgerichtes von Mai 2011, wonach

„eine ausgebildete Pflegefachkraft gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen keinen Anspruch auf formelle Anerkennung als „Verantwortliche Pflegefachkraft“ in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen (Statusentscheidung) hat“, sondern nur „auf die schriftliche Auskunft, ob sie zu einem bestimmten Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Tätigkeit als „Verantwortliche Pflegefachkraft“ erfüllt“ (Bundessozialgericht, 2011).

23.5 Gibt es Mindeststandards?

Die Mindeststandards sind in den rechtlichen Normen festgelegt.

23.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Unter Berücksichtigung des Aufgabenspektrums einer „Verantwortlichen Pflegefachkraft“, müssen diverse Aspekte hinsichtlich der „Verantwortung“ im stationären bzw. im ambulanten Setting berücksichtigt werden. Diese erstrecken sich über die Bereiche der Organisationsverantwortung, der Führungsverantwortung, der Anordnungsverantwortung, der Kontrollverantwortung und der Dokumentationsverantwortung. Sowohl die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ in stationären Pflegeheimen, als auch in ambulanten Pflegediensten muss bei der Delegation von Aufgaben auf die entsprechenden Qualifikationen der nachgeordneten MitarbeiterInnen achten (Schmidt & Meißner 2009). Die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ ist sowohl im Heim als auch im ambulanten Setting verantwortlich für die Durchführung und Koordination pflegerischer Aufgaben. Ferner ist sie verantwortlich für die Arbeits-, Aufbau- und Ablauforganisation eines Pflegedienstes (Wiese 2009). Sie hat Sorge für die Durchführung aufsichtsbehördlicher Auflagen und gesetzliche Verpflichtungen zu tragen, die nach den Heimgesetzen der Länder und dem Pflegequalitätssicherungsgesetz wahrgenommen werden. Darüber hinaus setzt die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ die Richtlinien unter Beachtung der Qualitätsvereinbarungen für den stationären respektive dem ambulanten Bereich um. Sie ist für die Beachtung der pflegerischen Grundsatzfragen und der ordnungsgemäßen Pflege im stationären bzw. ambulanten Setting verantwortlich. Demzufolge zeigt sie sich für die Pflege, Betreuung und Versorgung der HeimbewohnerInnen gesamtverantwortlich (Sträßner, 2007).

Bei der Übertragung von Aufgaben auf Pflegefachkräfte durch die „Verantwortliche Pflegefachkraft“, sowie bei der Delegation von Tätigkeiten von Pflegefachkräften auf nicht examinierte Mitarbeiter, sind die Formen der Verantwortlichkeit und deren juristische Auswirkungen zu bedenken. In Folge dessen sind die Bereiche der Organisationsverantwortung, der Führungsverantwortung, der Anordnungsverantwortung, der Kontrollverantwortung respektive

der Dokumentationsverantwortung ausschlaggebend für die „Verantwortliche Pflegefachkraft“. Sowohl die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ in stationären Pflegeheimen, als auch die Pflegedienstleitungen in ambulanten Pflegediensten müssen bei der Delegation von Aufgaben auf die entsprechenden Qualifikationen der nachgeordneten Mitarbeiterinnen achten (Schmidt & Meißner, 2009).

1. Organisationsverantwortung

Die übertragenen Arbeiten sind in ihrer Durchführung so zu organisieren, dass jede potenzielle Gefährdung der Bewohner ausbleibt. Darüber hinaus soll die Selbstgefährdung und Drittgefährdung von anderen MitarbeiterInnen ausgeschlossen werden. Dabei ist die Anwendung zulässiger Arbeitstechniken (gleichermaßen Hygienevorschriften) vor dem Hintergrund der Pflegeplanung zu beachten. Generell liegt die Organisationsverantwortung bei den jeweiligen Trägern, geht aber bei der Bereitstellung genügend qualifizierter Pflegekräfte auf die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ und derer nachgeordneten Personen des Pflegedienstes über (Höfert, 2009).

2. Führungsverantwortung

Neben der Organisationsverantwortung liegt ebenfalls die Führungsverantwortung bei der „verantwortlichen Pflegefachkraft“. Demzufolge hat die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ sicherzustellen, dass sämtliche ausführenden Pflegekräfte über die jeweils benötigten theoretischen und praktischen Qualifikationen verfügen. Wichtig dabei ist, dass die pflegerischen Interventionen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden. Außerdem ist zu gewährleisten, dass die agierenden Personen nach den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen handeln und keine obsoleten Verfahren anwenden (Zimmermann, 2011).

3. Anordnungsverantwortung

Die Anordnungsverantwortung liegt in erster Linie beim Arzt bzw. der Ärztin. Diese betrifft jedoch ebenfalls die „Verantwortliche Pflegefachkraft“, da diese (gesamtverantwortlich für den Pflegedienst) entsprechend fachlich qualifizierte Personen für die angeordnete Aufgabe bereitstellen muss. Dies gilt gleichermaßen für die Übertragung einer Aufgabe aus dem eigenverantwortlichen Bereich an nicht ausreichend qualifiziertes Personal. Es bedarf einer klaren Abgrenzung zwischen den jeweiligen Einsatzbereichen von Fachkräften und ausgebildeten HelferInnen. Die Anordnungen sind in schriftlicher Form auszuführen (Höfert, 2009).

4. Kontrollverantwortung

Die Kontrollverantwortung nachgeordneter Pflegekräfte nimmt auf deren Ergebnisse der Arbeitsleistung und der Befindlichkeit der BewohnerInnen Bezug. Die Ergebnisse sind dabei fachgerecht zu dokumentieren. Eine selbstreflexive Kontrolle der durchführenden Pflegekräfte spielt eine wichtige Rolle, um fehlerhafte Verhaltensweisen beseitigen zu können. Dabei müssen sich sowohl die Prozess- als auch die Ergebnisqualität ausreichend von der gefährlichen Pflege abgrenzen können (Sträßner, 2006).

5. Dokumentationsverantwortung

Die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ verpflichtet sich, durch adäquate Kontrolle die Qualität der Dokumentation in der Einrichtung sicherzustellen. Die nachgeordneten Pflegekräfte erhalten die Möglichkeit durch geeignete Schulungen ihre Dokumentationsfertigkeiten zu überprüfen und ggf. anzupassen (Sträßner, 2006).

6. Kooperationsverantwortung

Die gegenseitige Wertschätzung der im Pflegeprozess beteiligten Dienste und die gemeinsame Zielsetzung stellt die Grundlage der arbeitsteiligen Kooperation dar. Dabei soll sie helfen, den Rechtsgüterschutz von BewohnerInnen im stationären Setting bzw. KlientInnen im ambulanten Setting zu optimieren. Unter Berücksichtigung dieser Vereinbarung muss zwischen pflegerischen und ärztlichen Diensten eine abgestimmte Planung und Durchführung aller betreffenden Vorsorgemaßnahmen erfolgen. Daher wächst der „Verantwortlichen Pflegefachkraft“ eine zentrale Vermittlung und Umsetzungsfunktion zu (Sträßner, 2006).

7. Koordinationsverantwortung

Die Koordinationsverantwortung nimmt Bezug auf die fachliche Anpassung mit externen Schnittstellen wie beispielsweise ärztliche Dienste, hauswirtschaftliche Dienste (Küche, Wäscherei u. ä.) und Verwaltungsinstanzen. Die verantwortliche Pflegekraft koordiniert hierbei im Rahmen der jeweils hervorzubringenden Leistungen die durchzuführenden Maßnahmen (Sträßner, 2006).

8. Kommunikationsverantwortung

Die „Verantwortliche Pflegefachkraft“ hat für entsprechende Kommunikation mit internen bzw. externen Schnittstellen zu sorgen. Dabei ist zu beachten, dass die Kommunikation immer richtig, vollständig und rechtzeitig zu erfolgen hat. Dies bedeutet, dass immer dann ein ärztlicher bzw. fachpflegerischer Anordnungsrahmen herzustellen ist, wenn eine Pflegeperson nicht in der Lage ist, eine adäquate Versorgung der BewohnerInnen zu gewährleisten. Darüber hinaus ist das Verbot der Eigenmächtigkeit einzuhalten (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007).

Die innerbetriebliche Kommunikation ist so zu gestalten, dass eindeutige Dienstanweisungen und Verantwortungsbereiche vorliegen. Zur Kommunikationsverantwortung zählt die Sicherstellung von Dienstübergaben, Dienstbesprechungen, Pflegevisiten und der Dokumentation. Ferner ist für hinreichende Anweisungs- bzw. Anleitungsrichtlinien zu sorgen. MitarbeiterInnen sind in Anbetracht der notwendigen Kommunikation für Normalfälle und Notfälle zu schulen (Sträßner, 2006).

In der Zusammenschau des erwähnten Verantwortungsumfangs liegt jedoch die Durchführungsverantwortung sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting letzten Endes bei der ausführenden Pflegekraft (Meißner & Höfert, 2013).

Die Durchführungsverantwortung bezieht sich auf die fachgerechte Durchführung von Arbeitstechniken und der Einhaltung von Anordnungen, die mit dem jeweiligen Arbeitsprozess in Verbindung stehen und verbleibt somit bei den Personen, die die originäre Pflege durchführen. Dennoch behandelt dies Aspekte der Führungs- und Kontrollverantwortung der „Verantwortlichen Pflegefachkraft“ (Sträßner, 2006). Gleichwohl darf eine Anordnung weder über-

noch unterschritten werden. Sollte Eine Pflegekraft trotz dessen eigenmächtig handeln, wird dies als grober Behandlungsfehler angesehen (Zimmermann, 2011). Dabei steigt die Verantwortung proportional zur fachlichen Qualifikation. Je höher die Qualifikation einer Pflegekraft anzusiedeln ist, umso höher ist auch ihre Verantwortung (Höfert, 2009).

23.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Hinsichtlich dieses Kennzeichens ist die Erhebung von rechtlich fixierten Strukturmerkmalen (Qualifikation, Verfügbarkeit etc.) naheliegend.

23.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen „Verantwortliche Pflegefachkraft“ steht in Beziehung zu den Kennzeichen: Pflegefachlichkeit, Personalentwicklung, Fortbildung, Dokumentation, Qualitätsverantwortung, internes Qualitätsmanagement.

23.9 Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S. (2006). Verantwortung - eine Frage der Professionalität. *Dr. med. Mabusse* 31(160), 51.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Ed.) (2010). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Retrieved November 26, 2015, from <https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/Pflege-Charta.pdf>.
- Bundessozialgericht (May 18, 2011). B 3 P 5/10 R. *openJur*2013, 27190.
- Close, H., Hancock, H., Mason, J. M., Murphy, J. J., Fuat, A., Belder, M. de, & Hungin, A. P. S. (2013). „It's Somebody else's responsibility“ - perceptions of general practitioners, heart failure nurses, care home staff, and residents towards heart failure diagnosis and management for older people in long-term care: a qualitative interview study. *BMC Geriatrics*, 13, 69.
- Dickmann, F., Karl, B., Kunz, E. (Eds.) (2014). Heimrecht. Kommentar. 11., völlig neu bearb. Aufl. des Kommentars Kunz, Butz, Wiedemann zum Heimgesetz. München: Beck.
- Elsbernd, A. (1994). Zum Verhältnis von pflegerischem Wissen, pflegerischer Handlungsfreiheit und den Grenzen des Gehorsams der individuellen Pflegeperson. *Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe* 7(2), 105–116.
- Freund, K. C. (2013). Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Pflegefachkräften in der vollstationären Altenpflege. Tasks and responsibilities of nurses in Long-Term Care Facilities. *Pflege & Gesellschaft*, 18(4), 328. Retrieved January 28, 2016, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2013/ZBMED-201311195159-9.pdf>.

- GKV-Spitzenverband (2011a). Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27.05.2011. (108). 2574–2580.
- GKV-Spitzenverband (2011b). Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011: MuG. (108). 2567–2573.
- Hellmann, S., Rößlein, R. (2012). Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Mit Transparenzkriterien, Risikobereichen und Checklisten. 3., aktualisierte Aufl. Hannover: Schlüter (Brigitte-Kunz-Verlag). Online verfügbar unter http://digitool.hbz-nrw.de:1801/webclient/DeliveryManager?pid=4475168&custom_att_2=simple_viewer.
- Hirschfeld, M. J. (2009). Accepting responsibility for long-term care—a paradox in times of a global nursing shortage? *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 41(1), 104–111.
- Höfert, R. (2009). Verantwortung im Pflegealltag. *Heilberufe* 60(4), 52–53.
- ICN - International Council of Nurses (2012). *ICN-Ethikkodex*. Retrieved January 28, 2016, from <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>.
- Kahla-Witzsch, H.-A.; Platzer, O. (2007). Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170265189.
- Manthey, M., Kelling, G., Mischo-Kelling, M. (Eds.) (2005). Primary nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 2., unveränd. Aufl. Bern: Huber (Pflegemanagement).
- Manuel, J., & Crowe, M. (2014). Clinical responsibility, accountability, and risk aversion in mental health nursing: a descriptive, qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 336–343.
- Meissner, T., Höfert, R. (2013). Verantwortung übernehmen. *Heilberufe* 65(4), 44-45.
- Robert Bosch Stiftung (Ed.) (1996). *Pflegewissenschaft: Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis*. Gerlingen: Bleicher.
- Schmidt, S., Meissner, T. (2009). Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege. Praxisbuch. 1. Aufl. Berlin: Springer (Springer E-book Collection).
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved November 26, 2015, from <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/71.html>.
- Sträßner, H. (2006). Haftungsrecht für Pflegeberufe. Ein Leitfaden. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Pflege Recht).
- Tewes, R. (2002). Pflegerische Verantwortung. Eine empirische Studie über pflegerische Verantwortung und ihre Zusammenhänge zur Pflegekultur und zum beruflichen Selbstkonzept. Univ., Diss.—Bremen, 1999. 1. Aufl. Bern: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).

Wiese, U. E. (2009) Rechtliche Qualitätsvorgaben in der stationären Altenpflege. 2. Aufl. s.l.: Urban Fischer Verlag - Nachschlagewerke. Online verfügbar unter <http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1722274>.

Zimmermann, A. (2011). Delegation. Was ist erlaubt? *Heilberufe* 63(6), 44–45.

24 Erläuterungen zum Kennzeichen „Qualitätsverantwortung“

24.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen „Qualitätsverantwortung“ in der Pflege definiert?
- Welche Standards oder Richtlinien gibt es für das Kennzeichen „Qualitätsverantwortung“?
- Welche Herausforderungen oder Probleme existieren im Bereich der Qualitätsverantwortung in der Pflege?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Qualitätsverantwortung“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

24.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Für eine zusammenfassende Beschreibung der Verantwortung in verschiedenen Bereichen und auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems bietet sich die Unterteilung in Makro-, Meso- und Mikroebene an. Die jeweiligen Ebenen unterscheiden sich dabei durch den vorhandenen Fokus der Handlungen, der handelnden Akteure sowie der Verwendung unterschiedlicher Steuerungselemente und beeinflussen sich wechselseitig (Offermanns, 2011). Für das Kennzeichen Qualitätsverantwortung kann diese Einteilung wie folgt verwendet werden.

Die Systemebene (Makroebene) umfasst die gesundheitspolitischen Vorgaben vom Bund sowie die Ausgestaltung der Gesetze und Verordnungen auf Landesebene. Die Gesundheitspolitik stellt die gesetzlichen Rahmenbedingungen der gesundheitlichen, medizinischen und pflegerischen Versorgung sicher und vergibt den Auftrag der Prüfung und Einhaltung vorhandener Vorschriften an die zuständigen Kostenträger der Versorgung und deren Prüfinstanzen. Dabei geht es z. B. um den Zugang zu Gesundheitsleistungen und Einhaltung der Prinzipien der Gleichbehandlung und der Solidarität.

Die Institutionsebene (Mesoebene) beinhaltet auf der einen Seite die Träger der jeweiligen Einrichtung (freigemeinnützig, privat, öffentlich). Die Leistungserbringer und Träger von verschiedenen Versorgungsangeboten stellen die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und Forderungen sicher und ermöglichen ihren Angestellten, die notwendigen Dienstleistungen zur Erfüllung des Versorgungsvertrages zu erbringen. Dabei spielen besonders die Bereitstellung und Organisation von Struktur- und Prozessvoraussetzungen zur Erreichung einer entsprechenden Ergebnisqualität eine Rolle. Der Fokus liegt auf der Kunden-, Mitarbeiter- und Prozessorientierung. Als Elemente zur Steuerung werden allgemeine Managementansätze und spezielle Dienstleistungs- und Qualitätsmanagementansätze verwendet. Auf der anderen Seite der Institutionsebene stehen die Kranken- und Pflegekassen, die für Versorgungsvertragsverhandlungen mit den Trägern verantwortlich sind und eine Vergütung von erbrachten Leistungen sicherstellen. Zudem übernehmen Prüfinstanzen wie der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) oder auf kommunaler Ebene die Heimaufsicht ihre

Aufgaben zur Qualitätsprüfung der Einrichtungen und zur Einhaltung der vorhandenen Vorschriften und Regelungen.

Die Individualebene (Mikroebene) ist für den Bereich der Verantwortung in zwei Teile untergliedert: die Verantwortlichkeit der beruflich tätigen Personen sowie die der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Die beiden Gruppen leisten einen Beitrag zur Erreichung der Ergebnisqualität, jedoch ist dafür eine Mitwirkung von beiden Seiten erforderlich. Die Pflegekräfte tragen die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Evaluation der pflegerischen Maßnahmen, die in Kooperation mit dem Patienten und seinen noch vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen ermittelt werden. Die Qualitätsverantwortung einer Einrichtung kann sich aber z. B. auch durch eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen ausdrücken, wenn diese für die Übernahme bestimmter Hilfestellung zur besseren Versorgung ihres Angehörigen herangezogen werden. Dabei kann es um direkte Hilfen gehen, aber auch um die Beschaffung von bestimmten, schon vorher genutzten Produkten für die Körperpflege oder der Lieblingssüßigkeit.

24.3 Stand der Literatur

Verantwortung als Konzept im Gesundheitswesen

Im Jahr 2007 verweist das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) auf Verantwortlichkeit als übergreifendes Konzept im Gesundheitswesen. Verantwortlichkeit stellt neben Wissenschafts- und Evidenzbasierung, Patientenorientierung, dem Bekenntnis zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit, Leitlinien- und Effizienzorientierung ein zentrales Element des Führungsverständnisses im Gesundheitswesen dar. Der Diskurs spielt sich dabei sowohl auf Systemebene, institutioneller Ebene und der individuellen Ebene ab, d. h. zum einen die Verantwortlichkeit unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen und zum anderen auf Patientenebene ("Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung", 2007).

Das Spannungsfeld zwischen beruflicher Verantwortlichkeit der Leistungserbringung und der Eigenverantwortung des Patienten wird vom Sachverständigenrat wie folgt zusammengefasst:

„Die Diskussion des Begriffes Verantwortlichkeit in Bezug auf das Selbstverständnis von Berufsgruppen ist von erheblicher Bedeutung. Die Berufsgruppen im Gesundheitswesen haben traditionell eine hohe Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten, wobei diese eher implizit geprägt ist, und bei dem Versuch der Öffentlichkeit, diese Verantwortlichkeit explizit zu gestalten, Missverständnisse und Befremden kaum zu vermeiden ist. . . . Die Forderung nach Verantwortlichkeit von Institutionen und einzelner Ärzte, Pflegenden und anderer Berufsgruppenangehörigen für ihre Leistungen wird jedoch nicht verstummen, und stellt eine wichtige Grundsatzentscheidung dar, die Beziehung zwischen Therapeut und Patient durch explizite Verantwortlichkeit zu stabilisieren, basierend auf einem nicht-paternalistischen, durch Gleichberechtigung gekennzeichneten Patientenverständnis. Auf der Seite der Patienten kommt jedoch ebenfalls eine Veränderung des Rollenverständnisses zum Tragen, denn der aktive Patient ist gefragt, der die Verantwortlichkeit auf der therapeutischen Seite einfordert und verarbeitet. Ein offenes Problem dabei ist, dass nicht alle Patienten dazu in der Lage und willens sind. Der Pa-

tient sollte aber auch durch ein entsprechendes Verhalten zum Gelingen der therapeutischen Leistungserstellung beitragen, denn es handelt sich hier um ein joint product von Leistungserbringern und Patienten.“ ("Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung", 2007)

Um in Gesundheitsfragen verantwortlich handeln zu können, sind Personen auf neutrale Informationen über die Konsequenzen der eigenen Entscheidung in Bezug auf ihre Gesundheit angewiesen. Einen Bestandteil zur Wahrnehmung der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen stellen somit Gesundheitsinformationen dar, diese Informationen werden auch von Pflegekräften an Pflegebedürftige übermittelt. Der Gesundheitszustand einer Person hängt davon ab, sich mehr oder weniger gesund zu verhalten oder vorhandene Gesundheitsleistungen zu kennen und auch in Anspruch zu nehmen. Somit besteht auf der Seite des Gesundheitssystems eine Informationspflicht gegenüber den Nutzern von Gesundheits- und Pflegeleistungen (Schmidt, 2012; Schaefer & Weißbach, 2012).

Dimensionen von Qualität, für die Verantwortung übernommen wird

In der pflegerischen Versorgung werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden und in den „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI“ sowohl für die vollstationäre, als auch in der ambulanten Pflege präzisiert.

„Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Leistungserbringungsprozesses dar. Hierunter ist insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung der vollstationären Pflegeeinrichtung zu subsumieren“ (GKV-Spitzenverband, 2011).

Für die Strukturqualität ist der Träger verantwortlich und muss für eine entsprechende Ausstattung mit Personal und Sachmitteln sorgen.

„Prozessqualität bezieht sich auf den Ablauf der Leistungserbringung. Es geht dabei u. a. um Fragen der Pflegeanamnese und -planung, die Durchführung - unter Berücksichtigung der Kooperationsfähigkeit des Bewohners und die Dokumentation des Pflegeprozesses“ (GKV-Spitzenverband, 2011).

Die Verantwortung für die Prozessqualität liegt sowohl beim Träger der Einrichtung als auch beim Pflegepersonal, das den direkten Kontakt zum Pflegebedürftigen herstellt und für eine leistungs- und bedarfsgerechte Versorgung Rechnung trägt.

„Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad der erbrachten Leistungen zu verstehen. Zu vergleichen sind das angestrebte Pflegeziel mit dem tatsächlich erreichten Zustand unter Berücksichtigung des Befindens und der Zufriedenheit des Bewohners“ (GKV-Spitzenverband, 2011).

Die Verantwortung für die erbrachte Ergebnisqualität liegt sowohl beim Träger, bei dem Personal der Einrichtung, wie auch bei den Pflegebedürftigen selbst, die durch ihre Mitwirkung am Versorgungsprozess die Qualität des gewünschten Ergebnisses mit beeinflussen.

Berufspolitik Verantwortlichkeit und professionelle Pflege

Die Übernahme von Verantwortung ist nur möglich, wenn auch eine Zuständigkeit für diese Übernahme besteht. In Deutschland besteht das Problem in den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die bei der Übernahme, einem eigenverantwortlichen Handeln der pflegerischen Berufsgruppen keine umfassenden Rechte einräumt und die Versorgung von ärztlichen Verordnungen abhängig macht.

Aktuell besteht keine Rechtssicherheit bei der Übertragung von Aufgaben zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Es fehlt an interprofessionellen Leitlinien und an der Möglichkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit (Haas & Kirschner, 2012). Pflegekräfte können also erst eine größere Verantwortung für eine eigenständige Versorgung im Gesundheitswesen wahrnehmen, wenn entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen wurden.

Übernahme von Verantwortung in der ambulanten und stationären Pflege

Personelle Verantwortung tragen in Pflegeeinrichtungen die Heim- oder Einrichtungsleitung und die verantwortliche Pflegefachkraft.

Der Aufgabenbereich der Einrichtungsleitung umfasst den neben dem Schutz der Würde, den Interessen und Bedürfnissen der BewohnerInnen vor Beeinträchtigungen, auch die Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der BewohnerInnen. Zudem sorgt eine Heimleitung für die Gewährleistung und Sicherung der angemessenen Qualität der Versorgung, bezogen auf die Pflege, die medizinische Versorgung, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung. Weiterhin steht die Sicherung der pflegerischen und organisatorischen Anforderungen, wie zum Beispiel die Erstellung von Förder- und Hilfeplänen, die Beachtung von Hygiene- und Sicherheitsanforderungen sowie die Gewährleistung einer sachgerechten Arzneimittelverwahrung (Wiese, 2009). Auf die Anforderungen zum Qualifikationsprofil wird im Rahmen dieser Ausführungen nicht weiter eingegangen.

Der Aufgabenbereich der verantwortlichen Pflegefachkraft umfasst die Anwendung der in den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 113 SGB XI beschriebenen Qualitätsmaßstäben im Pflegebereich. Dazu gehören unter anderem die Umsetzung des Pflegekonzeptes, die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege, die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation, die an den Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte und die regelmäßige Durchführung von Dienstbesprechungen. Der verantwortlichen Pflegefachkraft sind je nach Größe und Organisation der Einrichtung noch Wohnbereichsleitungen unterstellt, zu denen ein Team aus Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften gehört (Wiese, 2009). Auf die Anforderungen zum Qualifikationsprofil wird im Rahmen dieser Ausführungen nicht weiter eingegangen. Für weitergehende Informationen siehe dazu das Kennzeichen „Verantwortliche Pflegefachkraft“.

Nach einer Studie von Kjøs et al. (2010) spielen die Führungspositionen zur Implementierung und Erreichung von Qualität eine entscheidende Rolle. Sie sind auf der einen Seite dafür verantwortlich, staatliche Regularien und Qualitätsanforderungen in den Einrichtungen umzusetzen. Darüber hinaus sind sie Motivatoren, die die Angestellten der Einrichtung auf ihren eigenen Anteil an der Versorgungsqualität aufmerksam machen. Für die Bewertung und Beurteilung der Qualität fehlen aber eindeutige Kriterien, die auch einen Vergleich mit anderen Einrichtungen ermöglichen. Abschließend wird festgestellt, dass die Arbeit im Bereich der Qualität der Versorgung fragmentiert ist und nicht übergreifend und systematisch durchgeführt wird (Kjøs, Botten, Gjevjon, & Romøren, 2010).

Zusätzlich werden in der Pflege neben der ersten Führungsebene auch immer wieder Qualitätsbeauftragte (QB) oder Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) zur Unterstützung der Sicherstellung der Versorgungsqualität und zur Entwicklung des Qualitätsmanagementsys-

tems (QMS) eingesetzt. Qualitätsbeauftragte sind meist als Stabsstelle in einer beratenden Funktion der Einrichtungsleitung oder Geschäftsführung zugeordnet. An dieser Schnittstelle zwischen Geschäftsleitung, Pflegedienstleitung, Controlling und Verwaltung unterstützt der Qualitätsbeauftragte das Unternehmen bei der Wahrnehmung und Einhaltung der Aufgaben des Qualitätsmanagements (Fröse, 2011).

Die Umsetzung der in den Maßstäben und Grundsätzen beschriebenen Anforderungen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements liegt im Verantwortungsbereich der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung. Auf Inhalte und Verfahren zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen. Siehe dazu die Kennzeichen „Sicherung und Entwicklung von Qualität“ und „internes Qualitätsmanagement“.

Möglichkeiten der Erweiterung pflegerischer Verantwortung

An dieser Stelle soll ein kurzer und nicht vollständiger Einblick in die Möglichkeiten der Erweiterung pflegerischer Verantwortung gegeben werden.

Ein mögliches Modell der Erweiterung von pflegerischer Verantwortung in Versorgungskontexten stellt die Advanced Nursing Practice² nach angloamerikanischem Vorbild dar. Dabei ist eine Pflegekraft für einen Großteil der zur Versorgung notwendigen Bearbeitungsschritte selbst verantwortlich, dazu gehören zum Beispiel: körperliche Diagnostik, Stellen einer Diagnose, Durchführung von spezifischen Untersuchungen oder das Verschreiben von Medikamenten. Die Notwendigkeit der Sicherung und Wahrnehmung von Verantwortung für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung benötigt fachliche Kompetenz auf pflegewissenschaftlicher Grundlage. Für die Übernahme von Verantwortung ist es notwendig, dass eigene Entscheidungs- und Handlungsspielräume vorhanden sind. Um diese Spielräume wahrnehmen zu können, ist ein Bildungsprozess erforderlich, der die Persönlichkeitsentwicklung der Pflegenden beinhaltet und die Kompetenz vermittelt, dass die eigene Situation, wie auch die Situation der KlientenInnen durch pflegerische Interventionen veränderbar und gestaltbar ist (Gaidys, 2011).

Einen weiteren Ansatz zur Erweiterung der pflegerischen Verantwortung stellt das Konzept des Case Managements dar, das zum Ziel hat, die Gestaltung von Versorgungs- und Bewältigungsprozessen über Sektorengrenzen der Versorgung hinweg zu organisieren. Dabei spielt die Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten Akteure und die Einbeziehung der persönlichen Wünsche der Betroffenen eine entscheidende Rolle (Wendt, Löcherbach, & Bohrke-Petrovic, 2009).

² Eine Advanced Nursing Practice realisiert sich im angloamerikanischen Raum durch unterschiedliche Rollenbezeichnungen (z. B. Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialists und andere). Eine rollenspezifische deutsche Bezeichnung ist nicht vorhanden.

24.4 Rechtliche Aspekte

Nach dem Sozialgesetzbuch der sozialen Pflegeversicherung

Nach § 112 SGB XI liegt die Qualitätsverantwortung für die Qualität der Leistungen einer Einrichtung einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität bei den Trägern der Pflegeeinrichtung (SGB XI). Maßstäbe, die zur Beurteilung der Qualität und Leistungsfähigkeit herangezogen werden, sind die nach § 113 SGB X beschriebenen Maßstäbe und Grundsätze, sowie die in den Pflegsatzvereinbarungen festgelegten Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs.5 SGB XI. Hierzu gehören insbesondere die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises, Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung (gegliedert nach Berufsgruppen) sowie Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern. Die Pflegeeinrichtungen sind nach § 112 SGB XI dazu verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88) (SGB XI).

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sowie der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. werden in die Verantwortung genommen, die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten. Somit soll Qualitätsmängeln vorgebeugt und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gestärkt werden.

Aus den Berufsgesetzen der Pflegeberufe

In § 3 des Altenpflegegesetzes (AltPflG) wird das Ziel der Berufsausbildung wie folgt benannt: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur **selbständigen** und **eigenverantwortlichen** Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.“

In § 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) wird das Ausbildungsziel wie folgt benannt:

„Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur **verantwortlichen Mitwirkung** insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.“

Die Ausbildung für die Pflege soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben **eigenverantwortlich** auszuführen:

- Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,

- Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
- Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes.

In beiden Berufsgesetzen steht eine Ausbildung im Vordergrund, die auf eigenverantwortliches Handeln ausgerichtet ist. AltenpflegerInnen und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sind nach Auslegung des Berufsgesetzes dazu befähigt, die Versorgung von Pflegebedürftigen Menschen selbstständig von der Planung bis zur Durchführung und Evaluation zu organisieren und sind somit auch verantwortlich für die von ihnen während des Versorgungsprozesses getroffenen Entscheidungen. Haftungsrechtlich wird aber im Falle eines aufgetretenen und beanstandeten Qualitätsmangels (auch) die verantwortliche Pflegefachkraft, also die Pflegedienstleitung zur Verantwortung gezogen.

24.5 Gibt es Mindeststandards?

Um Qualitätsverantwortung übernehmen zu können, bedarf es einer formalisierten Zuweisung von Verantwortlichkeiten, die einerseits den rechtlichen Vorgaben entsprechen, andererseits darüber hinaus gehen sollten.

Im Jahr 2015 gab es im Rahmen einer Revision der ISO-Normen 9001:2015 einige bedeutende Änderungen, die sich in erheblichem Maße auf das interne Qualitätsmanagement der mit diesem System arbeitenden Einrichtungen auf unterschiedlichen Ebenen auswirken. Diese Ebenen sind nachfolgend kurz zusammengefasst dargestellt:

- Verbindliche Einbindung des Qualitätsmanagements in die strategische Gesamtausrichtung der Organisation
- Erweiterung der Kundenorientierung auf weitere Zielgruppen, die für das QM-System relevant sind (z. B. Lieferanten, Kooperationspartner, Kostenträger etc.)
- Forderung nach einem umfassenden und systematischen Prozessmanagement, u. a. durch Bestimmung erwarteter Prozessergebnisse und möglicher Indikatoren zur Prozessbewertung
- Verlagerung der Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf die oberste Leitungsebene der Einrichtung
- Einführung eines Risikomanagements, um „Risiken und Chancen identifizieren, analysieren, bewerten sowie Gegenmaßnahmen planen, umsetzen und ihre Wirksamkeit kontrollieren“ zu können (CERTQUA GmbH, 2015)
- Einführung eines systematischen Wissensmanagements, um „das notwendige Wissen zur Durchführung der Prozesse festzuhalten, aufrechtzuerhalten und für alle Mitarbeiter verfügbar zu machen“ (CERTQUA GmbH, 2015)
- Abkehr vom obligatorischen QM-Handbuch hin zu flexibler, EDV- oder webbasierter Dokumentation

Diese Bestimmungen finden in einer Pflegeeinrichtung nur dann Anwendung, wenn die Einrichtung nach DIN 9001 zertifiziert worden ist. Sie können aber dennoch als Mindeststandard herangezogen werden.

24.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI legen Anforderungen an unterschiedliche Akteure innerhalb der Einrichtung fest (SGB XI). Die Leitungs- und Führungsebene der Einrichtung ist für die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung innerhalb einer Pflegeeinrichtung verantwortlich (Struktur- und Prozessqualität).

„Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung stellt über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sicher, dass

- die vereinbarten Leistungen zu der vereinbarten Qualität erbracht werden,
- sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der Bewohner und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass sie stetig überprüft und ggf. verbessert wird,
- Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen der Einrichtung beschrieben und nachvollziehbar sind“ (GKV-Spitzenverband, 2011).

Weiterhin wird verlangt:

„Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist im Rahmen seines Qualitätsmanagements dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt, durchgeführt und in ihrer Wirkung ständig überprüft werden. Er veranlasst die Anwendung und Optimierung anerkannter Verfahrensstandards in der Pflege und Versorgung. Der Träger soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen“ (GKV-Spitzenverband, 2011).

Die Mitarbeiter der Einrichtung, von der Pflegefachkraft bis zur hauswirtschaftlichen Kollegin, sind für die Erbringung von Dienstleistungen im Pflege- und Betreuungsbereich verantwortlich, die sie in Kooperation mit den Pflegebedürftigen abstimmen und in regelmäßigen Abständen überprüfen.

24.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Qualitätsverantwortung kann nicht als eigenständiges und einzelnes Merkmal für die Qualitätsmessung herangezogen werden. Die Wahrnehmung der Verantwortung für Qualität in der pflegerischen Versorgung setzt sich aus verschiedenen Komponenten der Wahrnehmung von Führungs- und Leitungsverantwortung innerhalb der Bereiche Struktur- und Prozessqualität zusammen. Aber auch die Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte, tragen Verantwortung bei der Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen im Bereich der Ergebnisqualität. Nicht zu vernachlässigen ist dabei die Verantwortung, die die von Pflegebedürftigkeit betroffene Person bei der Unterstützung und Annahme der Versorgungs- und Betreuungsleistungen spielt.

24.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Qualitätsverantwortung steht in Beziehung mit den Kennzeichen:

Dokumentation, Evaluation, Pflegefachlichkeit, individuelle Pflege, Menschenwürde, Pflegerische Beratung/Schulung/Eduktion, Einbeziehung der Betroffenen und deren Bezugspersonen, Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel, internes Qualitätsmanagement, Verantwortliche Pflegefachkraft, Sicherung und Entwicklung von Qualität, Hygiene, medizinische Behandlungspflege, Personalentwicklung, Arbeitsbedingungen, Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft.

24.9 Literaturverzeichnis

- CERTQUA GmbH (2015). *Die 7 wichtigsten Änderungen der DIN ISO 9001: 2015*. Retrieved March 07, 2016, from <http://www.certqua.de/qm-blog/die-7-wichtigsten-aenderungen-der-din-iso-90012015/>.
- Fröse, S. (2011). *Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen* (2., aktualisierte Aufl.). *Pflege*. Hannover: Schlüter.
- Gaidys, U. (2011). Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung – Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege: die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 24(1), 15–20.
- GKV-Spitzenverband (2011). Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege.
- Haas, S., & Kirschner, R. (2012). Mitwirkungsverantwortung von Pflegefachpersonal: Pflegerecht. *Die Schwester, der Pfleger: die Fachzeitschrift für Pflegeberufe*, 51(2), 164–166.
- Kjøvs, B. Ø., Botten, G., Gjevjon, E. R., & Romøren, T. I. (2010). Quality work in long-term care: the role of first-line leaders. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 22(5), 351–357.
- Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung: Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2007). *Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Vol. 2007*. Köln: Bundesanzeiger-Verl.
- Offermanns, G. (2011). *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem: Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Schaefer, C., & Weißbach, L. (2012). Das Gesundheitssystem braucht mehr Eigenverantwortung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(3), 199–204.
- Schmidt, H. (2012). Anreize für Eigenverantwortung: Begriffsbestimmung und Evidenzlage. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(3), 185. Retrieved March 07, 2016, from <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2012/ZBMED-201262351512-54.pdf>.
- SGB XI (December 21, 2015)*. Retrieved March 08, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.
- Wendt, W. R., Löcherbach, P., & Bohrke-Petrovic, S. (Eds.) (2009). *Standards und Fachlichkeit im Case Management*. Heidelberg: Economica-Verl.

Wiese, U.-E. (2009). *Rechtliche Qualitätsvorgaben in der stationären Altenpflege: Leitfaden durch den Gesetzesdschungel* (2. Auflage). München: Elsevier.

25 Erläuterungen zum Kennzeichen „Fortbildung“

25.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie sind Fort-, bzw. Weiterbildung definiert?
- Wie sieht die rechtliche Situation in Deutschland und in anderen Ländern (Fortbildungsverpflichtung) aus?
- Welche Inhalte und Strukturen von Fortbildungen lassen sich bestimmen?
- Wie ist die Wirksamkeit von Fortbildungen?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Fortbildung“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

25.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Fortbildungen werden als Maßnahmen zur Erhaltung, Anpassung und Erweiterung der beruflichen Handlungsfähigkeit definiert, die auch zum beruflichen Aufstieg führen können (§ 1 BBiG).

Sowohl das Pflegeversicherungsgesetz als auch das Heimgesetz fordern, dass die Pflegeleistungen von Pflegekräften dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechen. Dies dient dazu, die Qualität der Pflege aufrechtzuerhalten und zu verbessern ("SGB XI"; Schmidt & Meißner, 2009). Um dies erfüllen zu können, müssen Pflegekräfte ihr Wissen regelmäßig erweitern und auf den aktuellen Stand bringen. Eine einmal erworbene Qualifikation, wie beispielsweise das Pflegeexamen, reicht nicht für das gesamte Berufsleben aus.

Der Bedarf an Fortbildung für in der Pflege tätige Personen ist angesichts der ständig neuen Erkenntnisse der Pflegeforschung und der Tatsache, dass das Fachwissen verhältnismäßig schnell veraltet, hoch. Allerdings muss das Bewusstsein dafür noch gestärkt werden: „Wir müssen dazu kommen, dass die einzelne Pflegekraft Fortbildung (als) unverzichtbar für die eigene berufliche Entwicklung einfordert und umsetzt“ (Themen, 2015).

Die Fortbildungsangebote in der Pflege sind vielfältig. Sie reichen von Vertiefungen zu fachlichen, organisatorischen und personellen Themen bis zu Spezialisierungen in Wundmanagement, Case Management oder Entlassungsmanagement (Kamin, 2013; Frank, Gampe, Grün, Peusch, & Schoen, 2015).

Fortbildungen müssen in einer „Gesamtheit“ gesehen und geplant werden (Specht-Tomann, 2015). Deshalb soll der Bedarf an betriebsinternen Fortbildungen regelmäßig ermittelt und im Voraus geplant werden. Dabei kann bereits darauf geachtet werden, dass der Lerntransfer gelingt, d. h. dass das Gelernte erfolgreich in den Arbeitsalltag integriert wird. Nur ein geringer Teil dessen, was gelernt wurde, wird tatsächlich in die Praxis transferiert (Kissel-Kröll et al., 2015).

Klassische Fortbildungen, bei denen ReferentInnen im Frontalunterricht Monologe halten, führen dazu, dass sogenanntes „träges Wissen“ produziert wird, d. h. Wissen, das nicht in die Praxis übertragen wird. Fortbildungsformate, die in der Praxis stattfinden und sich am selbstgesteuerten Lernen orientieren, verringern das Risiko, dass vermittelte Inhalte nicht in die Praxis umgesetzt werden können (Tewes, 2014). Es gibt zunehmend Fortbildungen, bei denen der Schwerpunkt nicht nur auf der Wissensvermittlung liegt, sondern auch auf der Umsetzung dieses Wissens, also auf dem Lerntransfer.

Auch die Möglichkeiten, E-Learning-Fortbildungsangebote wahrzunehmen, nehmen für in der Pflege Tätige zu.

25.3 Stand der Literatur

Definition von Fortbildung im Bereich Pflege

Wie bereits dargestellt, werden Fortbildungen (im Bereich Pflege) als Maßnahmen zur Erhaltung, Anpassung und Erweiterung der beruflichen Handlungsfähigkeit (im Bereich Pflege) definiert, die auch zum beruflichen Aufstieg führen können (§ 1 BBiG).

Von der Fortbildung ist die Weiterbildung abzugrenzen. Oft werden beide Begriffe nicht voneinander getrennt. Weiterbildung wird als die „Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer ersten Berufsphase und nach Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder einer Familienphase“ beschrieben (Deutscher Bildungsrat, 1970, zitiert in Bundesinstitut für Berufsbildung, 2013). Nach der Ausbildung und einigen Jahren Berufserfahrung können in der Pflege Weiterbildungslehrgänge absolviert werden, die beispielsweise zur Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, Hygienefachkraft, Qualitätsbeauftragte, Mentor oder Praxisanleitung sowie zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie qualifizieren (Korečić, 2012).

Fortbildungen finden betriebsintern oder extern statt.

Betriebsinterne Fortbildungen sind für die interne Qualitätssicherung sehr wichtig, da sie eine schrittweise und regelmäßige Anpassung des Wissens an die sich verändernden beruflichen Anforderungen ermöglichen. Außerdem können sie dazu beitragen, den Tagesablauf zu vereinheitlichen und die Kompetenz, den Teamgeist und das Selbstbewusstsein zu erhöhen (Korečić, 2012). Sie finden als themenbezogene einzelne Sitzungen, als praktische Übungen oder als Kurse statt. Betriebsinterne Fortbildungen können sich beziehen auf

- organisatorische Abläufe (z. B. bei der Implementierung von nationalen Expertenstandards, Pflegedokumentation),
- die Handlungssicherheit (z. B. rückengerechtes Arbeiten, Umgang mit an einer Demenz erkrankten Menschen, enterale Ernährung),
- die Technik (z. B. Unterweisung in Brandschutz, Umgang mit Hilfsmitteln) oder
- Hintergrundwissen (z. B. bei neuen gesetzlichen Regelungen) (Korečić, 2012; Schmidt & Meißner, 2009).

Externe Fortbildungen finden außerhalb der Einrichtung statt, z. B. in einer Bildungsinstitution oder bei einem anderen Träger. Neben der Vermittlung von Inhalten durch DozentInnen

können der Austausch mit fremden KollegInnen und ein Vergleich mit anderen Einrichtungen zu neuen Impulsen im gewohnten Arbeitsumfeld führen. Innerbetrieblich muss geregelt werden, wer die Kosten für diese Fortbildungen übernimmt, ob die MitarbeiterInnen zeitlich freigestellt werden und die Lohnfortzahlungen vom Arbeitgeber übernommen werden.

Externe Fortbildungen sind offensichtlich vor allem für Führungskräfte (Pflegedienstleitungen, Qualitätsmanagementbeauftragte, Team- und Einsatzleiter) von Nutzen (Garms-Homolová, Gampe, Schoen, Peusch, & Frank, 2014).

Die Bedeutung von Fortbildung im Bereich Pflege

Fortbildungen in der Pflege und Betreuung haben u. a. zum Ziel (Tewes, 2014; Müller & Seidl, 2000),

- den Wissenstand der MitarbeiterInnen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu halten,
- die Qualität der Pflege und Betreuung auf einem hohen Niveau zu festigen bzw. ein solches Niveau zu erreichen,
- Transferprobleme von der Theorie in die Pflegepraxis zu reduzieren,
- die Zufriedenheit der BewohnerInnen und Angehörigen zu erhalten bzw. zu erhöhen sowie
- das Angebot an Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern und an den Bedarf anzupassen sowie
- den Pflegekräften zu ermöglichen, eigene Entscheidungs- und Handlungsspielräume sowie Kompetenzen zu erweitern und damit ihre Zufriedenheit mit ihrer Arbeit bzw. ihrem Beruf zu erhöhen.

Es ist deshalb sinnvoll, nicht nur Fortbildungen anzubieten, die sich an eine bestimmte Berufsgruppe richtet, sondern auch interdisziplinäre Fortbildungen zu besonders relevanten Themen, die sich an das gesamte Team (bis hin zur Leitungsebene) wenden. Auf diese Weise verfügen die MitarbeiterInnen über eine gemeinsame Wissensbasis, so dass ganzheitlich formulierte Betreuungskonzepte tatsächlich ganzheitlich umgesetzt werden können. Und es kann sich ein interdisziplinäres Team entwickeln, das beispielsweise in der Lage ist, den Bedürfnissen alter, schwerkranker und sterbender Menschen sowie den Bedürfnissen der Angehörigen zu entsprechen. Specht-Tomann (2015) sieht folgende Vorteile von disziplinübergreifenden Fortbildungen:

- die Förderung des Teamgeistes und von gemeinsamen Zielformulierungen,
- ein besseres Verständnis für die Sichtweisen der anderen Berufsgruppen,
- die Verteilung von Belastungen auf mehrere Personen,
- eine bessere Abstimmung von Pflege-, Betreuungs- und begleitenden Maßnahmen,
- eine Optimierung von Ressourcen innerhalb des Teams,
- umfassendere Informationen bei der Erstellung von Begleit- und Betreuungsplänen, da hierbei die Sichtweisen mehrerer Berufsgruppen einfließen,

- Prävention von Burnout durch die bessere Vernetzung untereinander sowie
- eine Verbesserung der psychohygienischen Rahmenbedingungen.

Vor allem Querschnittsqualifikationen sollten in Fortbildungen (aber auch Aus- und Weiterbildungen) professionsübergreifend angeboten werden. Inhalte könnten in gemeinsamen Modulen oder im interprofessionellen Austausch vermittelt und so fachliche Abgrenzungen in einem zunehmend integrierten Gesundheitswesen verringert werden (Schüler, Klaes, Rommel, Schröder, & Köhler, 2013). Ein flexibles Gesundheitssystem der Zukunft ist auf eine systematische Fortbildung in den Einrichtungen, auf lebenslanges Lernen und auf lernende Organisationen angewiesen (Sottas, Höppner, Kickbusch, Pelikan J., & Probst, 2013).

Bedarf an Fortbildung

Bedarf an Fortbildung wird von Pflegekräften mit und ohne Leitungsfunktion in folgenden Bereichen wahrgenommen (Garms-Homolová et al., 2014; Isfort, Klostermann, Gehlen, & Siegling, 2014) (und auch von TeilnehmerInnen an einem Expertengespräch in Graz, Österreich, Themen, 2015):

- Kommunikation (mit Angehörigen, PatientInnen/BewohnerInnen, innerhalb von Unternehmen sowie mit an Demenz erkrankten Menschen),
- Krankheitsbild Demenzerkrankungen/demenzfreundliches Krankenhaus,
- Diagnostik und Therapie von Schmerz,
- Dekubitusprophylaxe/Inkontinenz,
- Rechtsfragen (z. B. hinsichtlich freiheitsentziehender Maßnahmen/Fixierung, Therapieabbruch, PatientInnenverfügung oder der Umsetzung von Gesetzen in der Praxis),
- PatientInnensicherheit (z. B. im Zusammenhang mit Hygiene),
- Palliativpflege und Komplementärpflege,
- Pflegedokumentation,
- Zeitmanagement,
- Case- und Care-Management,
- Patientenschulung (auch hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention),
- Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen sowie
- MitarbeiterInnenführung.

Nehmen Pflegekräfte an Fortbildungen teil, so wirkt sich dies in der Regel nicht auf ihr Einkommen aus. Auch die Finanzierung von Fortbildung liegt nicht per se bei den ArbeitgeberInnen (Kamin, 2013). Von ambulanten Pflegeeinrichtungen wird die Fortbildung der MitarbeiterInnen oft als Kostenfaktor angesehen (Frank et al., 2015).

In der ambulanten Pflege werden zwar viele Fortbildungsangebote gemacht, doch, so die Ergebnisse einer Befragung, ohne sorgfältige Planung und mit zweifelhafter Qualität der Angebote. Zudem werden diejenigen MitarbeiterInnen, die eine Fortbildung benötigen, oft nicht erreicht (Garms-Homolová et al., 2014). Fortbildungen für neue MitarbeiterInnen oder nieder-

schwellige Lernangebote oder Lernangebote, die sich inhaltlich, didaktisch und technisch an den Zielgruppen (v. a. gering qualifizierte MitarbeiterInnen) orientieren, werden nur selten angeboten bzw. fehlen gänzlich. Der Zugang zu geeigneten Fortbildungsangeboten ist für MitarbeiterInnen in der ambulanten Pflege erschwert (Frank et al., 2015).

Dazu trägt bei, dass sich die Organisation von Fortbildung in der ambulanten Pflege schwierig gestaltet aufgrund a) der unterschiedlichen Standorte der Pflegeeinrichtung, b) zeitlichen Engpässen durch Schichtarbeit und c) den Mangel an Arbeitskräften oder auch d) die Zusammensetzung der Teams hinsichtlich der heterogenen Qualifikationsniveaus, Einstellungen und Motivationen, Herkunft, Kultur und anderer Aspekte (Frank et al., 2015). Eine Möglichkeit für Fortbildung unabhängig von Zeit und Ort liegt in E-Learning-Angeboten (Frank et al., 2015).

Um einschätzen zu können, ob eine Fortbildung die erwünschten Auswirkungen auf die TeilnehmerInnen, die BewohnerInnen/PatientInnen oder die Organisation hat bzw. ob sie neue Fortbildungsbedarfe mit sich bringt, sollen sie evaluiert werden. Bewertet werden können beispielsweise die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen, der Transfer des erworbenen Wissens in das individuelle berufliche Handeln sowie die organisatorischen Bedingungen am Arbeitsplatz bezüglich der Ermöglichung von Fortbildung und Wissenstransfer (Brühe & Hundeborn, 2011). Forschungsprojekte, in deren Rahmen MitarbeiterInnen in der Pflege geschult werden, nutzen Evaluation, um die Wirksamkeit der Schulung zu erfassen, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- In einer Studie mit MitarbeiterInnen in Altenpflegeheimen wurde ein Trainingsprogramm zur Förderung der Kommunikation mit demenzkranken BewohnerInnen und der Kommunikation mit KollegInnen mit MitarbeiterInnen durchgeführt. Die MitarbeiterInnen konnten ihre soziale Kompetenz deutlich erhöhen, was zu einer Reduzierung ihrer psychischen Beanspruchung im Beruf führte. Das Trainingsprogramm wirkte sich außerdem positiv auf die Lebensqualität der demenzkranken BewohnerInnen aus (Haberstroh, Neumeyer, Schmitz, & Pantel, 2009).
- Im Rahmen von vierstündigen Fortbildungen wurde versucht, spezifisches Wissen über Depression und Suizidalität im Alter zu vermitteln und Vorurteile gegenüber diesen Themen zu reduzieren. Es zeigten sich signifikante Veränderungen im Wissen der TeilnehmerInnen. Besonders deutlich war der Einfluss der Fortbildung im Hinblick auf die Einstellung gegenüber Depression und Suizidalität sowie der Behandelbarkeit mit Antidepressiva. Dies ließ sich auch noch drei Monate nach der Fortbildung nachweisen (Allgaier, Kramer, Mergl, & Hegerl, 2009).
- In einer weiteren Studie wurden Pflegenden in Altenpflegeheimen darin geschult, die Mundgesundheit der BewohnerInnen besser einschätzen zu können. Tatsächlich zeigte sich vier Monate nach der Fortbildung, dass die TeilnehmerInnen nicht nur in der Lage waren, anhand eines Untersuchungsinstruments (Fragebogen) einen zahnärztlichen Behandlungsbedarf zu bestimmen, sondern dass sich die Fortbildung auch positiv auf die Zahngesundheit und Kaufähigkeit von BewohnerInnen auswirkte (Jordan, Sirsch, Gesch, Zimmer, & Bartholomeyczik, 2012).

Problem Lerntransfer

Evaluationen zeigen jedoch auch, dass das in Fortbildungen Gelernte nicht immer in der Praxis ankommt: der Lerntransfer gelingt nicht sicher (Kissel-Kröll et al., 2015). Mit Fortbildungsformaten, die in der Praxis stattfinden und sich am selbstgesteuerten Lernen orientieren, kann der Lerntransfer gefördert werden. Zu diesen Formaten gehören beispielsweise Qualitätszirkel, Projektarbeit, Feedbackgespräche, Job-Rotation, Job-Enrichment, Teamentwicklung oder gezielte Anleitung (Tewes, 2014).

Es gibt zunehmend Fortbildungen, bei denen der Schwerpunkt nicht nur auf der Wissensvermittlung liegt, sondern auch auf der Umsetzung dieses Wissens, also auf dem Lerntransfer.

In einer Studie (Hoch, Fünfstück, & Stratmeyer, 2010) wurde MultiplikatorInnen nicht nur Fachwissen zu den Expertenstandards vermittelt, sondern es wurden auch didaktische Methoden vorgestellt, damit sie ihren KollegInnen praxisnah Wissen zu den Expertenstandards vermitteln konnten. Außerdem sollten sie in der Lage sein, die Expertenstandards zu implementieren, mögliche Unzulänglichkeiten in der Umsetzung der Expertenstandards zu erkennen und Schulungen im Rahmen des Arbeitsalltags zu veranlassen. Gefördert wurde der Lerntransfer in diesem Modell durch

- die explizite Formulierung von Lern- und Transferzielen,
- den Einsatz von praxisnahen Beispielen,
- das gezielte Verknüpfen von Erfahrungen der TeilnehmerInnen mit neuem Wissen,
- die Erarbeitung von individuellen Lerntransferstrategien,
- das Schließen eines „Transfervertrags“ (TeilnehmerInnen vereinbaren mit sich selbst o. a. sinnvolle, in der Praxis zu erreichende Ziele),
- eine Gruppe zum Austausch von Erfahrungen (Nachbereitungstreffen) sowie
- Nachbereitungsgespräche am Arbeitsplatz (Hoch et al., 2010).

Außerdem wurde eine systematische Sichtweise der Fortbildung (Definieren von Zielen der Maßnahme, eine darauf aufbauende Planung sowie eine begleitende und abschließende Evaluation) als hilfreich beschrieben wie auch eine Seminarplanung gemeinsam mit den TeilnehmerInnen und den fachlichen Vorgesetzten.

Gehemmt wurde der Lerntransfer durch

- einen heterogenen Wissensstand der TeilnehmerInnen sowie
- den Mangel an zeitlichen Ressourcen zur Umsetzung des Gelernten, der sich bereits in der Schulungsphase zeigte (Hoch et al., 2010).

Verfahren zur Erleichterung des Transfers der Fortbildungsinhalte in die alltägliche Arbeit wurden auch in einer Studie gezielt eingesetzt, in der MitarbeiterInnen in der stationären Altenpflege zu ihrer Kommunikationskompetenz fortgebildet wurden. Es zeigten sich positive Auswirkungen hinsichtlich der Informationsvermittlung an die BewohnerInnen sowie verbesserte Beziehungen zwischen den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen. Der Lerntransfer wurde unterstützt durch die Einbeziehung der Leitungsebene, die Formulierung von Arbeitsaufträgen und durch die Kontrolle der Durchführung. Am besten gelang der Transfer, wenn

das gesamte Wohnbereichsteam mit einer engagierten Wohnbereichsleitung mit partnerschaftlichem Führungsstil die Fortbildung besuchen konnte (Heinemann-Knoch, Korte, Heusinger, Klünder, & Knoch, 2005).

Dass eine Fortbildungsveranstaltung, in der ein Thema multiperspektiv, mit einer Vielfalt an Methoden und interaktiv vermittelt wird, auch bei heterogenen Gruppen zu besseren Evaluationsergebnissen führt, zeigte eine andere Studie (Kissel-Kröll et al., 2015). Hier wurden zwei unterschiedliche Fortbildungsmaßnahmen für Pflegenden zum Schmerzmanagement im Pflegeheim durchgeführt (Kissel-Kröll et al., 2015). Der Ganztagesworkshop, in dem ein Schwerpunkt auf praktischen Übungen, auf der Reflexion des eigenen Handelns sowie auf dem Austausch unter den TeilnehmerInnen lag, wurde positiver bewertet als die 45 Minuten dauernde Präsentation mit Unterrichtsgespräch zum gleichen Thema. Die TeilnehmerInnen des Workshops waren zudem motivierter, das Gelernte in der Praxis umzusetzen, eine wichtige Voraussetzung für einen gelingenden Lerntransfer (Kissel-Kröll et al., 2015).

Durch **Simulationen** kann der Lerntransfer ebenfalls gefördert werden. Für Simulationen werden Patientenräume, Stationszimmer, Operationssäle oder andere Räumlichkeiten realitätsgetreu ausgestattet, in denen anhand von technisch präparierten Puppen oder vorbereiteten SchauspielerInnen Alltagssituationen nachgestellt und Techniken trainiert werden können. Durch solche Fortbildungen der Pflegekräfte wurde die Sicherheit der PatientInnen deutlich verbessert bzw. die Professionalität (angehender) Pflegekräfte gestärkt (Quaas & Bjorklund, 2012; Coleman et al., 2011; Salam, Collins, & Baker, 2012; alle zitiert in Tewes, 2014).

Zurzeit dominieren Präsenzveranstaltungen, doch gibt es zunehmend auch *E-Learning-Fortbildungsangebote* (Kamin, 2013; Frank et al., 2015). Ein Beispiel ist die vom Thieme-Verlag für Medizin- und Gesundheitsberufe gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat e. V. entwickelte Lernplattform Certified Nursing Education (CNE). Die Lernplattform bietet für alle Pflegenden ein multimediales Fortbildungsprogramm (Filme, E-Bibliothek, hinterlegte Pflegestandards, Infopool und Forum) zu fachlichen und überfachlichen pflegerelevanten Themen an, die als Bildungsmaßnahme im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden anerkannt werden (<https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/training>). Ein ähnliches Angebot stellt das HEILBERUFE PflegeKolleg dar (www.heilberufe.de/pflegekolleg). Springer Medizin/ProCare plant gemeinsam mit dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, eine Pflegefortbildungs-App zu entwickeln und umzusetzen (Themen, 2015). Fortbildung ist auch über die Plattform Enurse möglich (www.e-nurse.de).

Im Zuge der Entwicklung von Lernplattformen wurden zahlreiche Projekte durchgeführt mit dem Ziel, in verschiedenen Bereichen der Pflege E-Learning zu entwickeln und umzusetzen (z. B. das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützte Projekt „eLearning-Infrastruktur“ für AltenpflegerInnen, siehe Bartels, 2009; das Projekt „Innovationsverbund PflegeWissen“, siehe Kobbert, 2006, zitiert in Kamin, 2013; das Projekt „Zukunft-Pflege“, siehe Frank et al., 2015). Zu Palliative Care wurde ein multimediales Lehr-Lernsystem entwickelt und umgesetzt (Hülken-Giesler, Remmers, Haskamp, & Temme, 2006, zitiert in Kamin, 2013) wie auch ein online basierter Kurs der Bayerischen Pflegeakademie zur „Pflege des Menschen mit chronischen Wunden“ (Karg, 2011).

Damit Pflegekräfte mit Hilfe von E-Learning-Plattformen Wissen recherchieren und bewerten sowie daraus Schlussfolgerungen ziehen können, benötigen sie Kompetenzen im Umgang

mit Informations- und Kommunikationstechnologien. Die Förderung der Medienkompetenz von Pflegekräften und anderen in der Pflege Tätigen wird auf bildungspolitischer Ebene als wichtig und notwendig gesehen (auch dazu gibt es Projekte, wie beispielsweise „Mediencoaches für das Berufsfeld Pflege“ vom BMB) (Meister, Darmann-Finck, & Kamin, 2012, zitiert in Kamin, 2013). Damit soll auch die Professionalisierung im Berufsfeld Pflege unterstützt werden.

Bislang liegen nur wenige Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit und zur Akzeptanz solcher Plattformen und E-Learning-Fortbildungsangebote in Deutschland vor. Eine Erkenntnis ist, dass die Inhalte der E-Learning-Lerneinheiten didaktisch und technisch einen niederschweligen Zugang zum Lernen ermöglichen. Eine deutliche Barriere stellt die noch häufig fehlende Computerliteratur beim Pflegepersonal dar (Frank et al., 2015). Eine weitere Hürde sind technische Probleme, eine dadurch zurückgehende Motivation bei den TeilnehmerInnen, mangelhafte technische Voraussetzungen in den Einrichtungen sowie fehlende Unterstützung durch die Leitungsebene (z. B. keine Freistellung) (Hackmann, Buske, & Höldke, 2015b).

E-Learning-Fortbildungen sollen Präsenzveranstaltungen nicht ersetzen, sondern ergänzen, da Präsenzveranstaltungen es den TeilnehmerInnen ermöglichen, miteinander und voneinander zu lernen (Kamin, 2013). Dass dies erfolgreich umgesetzt werden kann, zeigt sich am Beispiel einer Fortbildung zur Intensivpflegefachkraft, bei der im Rahmen eines Lernmodells vielfältige Methoden eingesetzt wurden: Online-Learning, Videos, Fallstudien, Pocket-Guides, klinische Anleitung durch Mentoren, Echtzeitsimulationen, Spiele, Lesen von Fachartikeln sowie Unterricht im Klassenraum. Der Einsatz dieses multimedialen Lernmodells führte dazu, dass die TeilnehmerInnen zufriedener waren, ihre Fluktuation zurückging und sich mehr Pflegekräfte für diese Fortbildung anmeldeten (Morris et al., 2009).

25.4 Rechtliche Aspekte

Das Berufsbildungsgesetz (BBiG, § 1 Art. 4) unterscheidet zwei Formen der beruflichen Fortbildung: die Anpassungsfortbildung und die Aufstiegsfortbildung. Maßnahmen der Anpassungsfortbildung zielen auf die vorhandene berufliche Handlungsfähigkeit im bisherigen Berufsfeld. Sie sollen die vorhandenen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten erhalten und erweitern, damit man den aktuellen beruflichen Anforderungen gerecht werden kann. Oft handelt es sich bei diesen Maßnahmen um Kurzzeitmaßnahmen. Nachgeholt schulische und berufliche Abschlüsse gelten auch als Anpassungsfortbildung (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2013).

Die Aufstiegsfortbildung soll es ermöglichen, die berufliche Handlungsfähigkeit zu erweitern und beruflich aufzusteigen (§ 53 BBiG Abs. 1). Sie bereitet die TeilnehmerInnen auf eine Prüfung vor. Der Prüfungserfolg wird zertifiziert und damit die berufliche Höherqualifizierung dokumentiert. Diese Prüfungen können öffentlich-rechtlich sein (z. B. Meisterprüfung). Um zu solchen Fortbildungsprüfungen zugelassen zu werden, muss man in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung und eine einschlägige, oft mehrjährige berufliche Praxis nachweisen. Diese Form der beruflichen Fortbildung soll auf die Übernahme von deutlich verantwortungsvolleren Aufgaben und Funktionen vorbereiten (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2013). Die Aufstiegsfortbildung wird in § 53 BBiG und § 42 HwO geregelt. Dort wird darge-

stellt, was eine Fortbildungsordnung (regelt u. a. die Zulassungsvoraussetzungen und legt das Prüfungsverfahren fest) zumindest enthalten muss. Fortbildungsordnungen sind Rechtsverordnungen des Bundes (§ 53 Abs. 1 BBiG). Eine Zertifizierung von Anpassungsfortbildung wird durch das BBiG nicht geregelt (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2013).

In Deutschland ist weder im Krankenpflegegesetz noch im Altenpflegegesetz eine Pflicht zur Fortbildung gesetzlich vorgeschrieben. Im europäischen Ausland ist dies anders. So sind beispielsweise in Österreich Pflegepersonen zur Fortbildung verpflichtet und müssen innerhalb von fünf Jahren 40 Stunden Fortbildung nachweisen können (§ 63 GuKG) (Themen, 2015). Pflegekräfte in Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden müssen im Zusammenhang mit der gesetzlichen Registrierungspflicht³ Fortbildungen wahrnehmen und in einem bestimmten Zeitintervall ein bestimmtes Minimum an Fortbildungsstunden nachweisen. Dies wird überprüft. Wird dieser Fortbildungspflicht nicht nachgekommen, zieht dies Sanktionen nach sich, z. B. ein Berufsausübungsverbot (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 2014).

Durch die Einführung der Pflegeversicherung wurde auch in Deutschland eine Verpflichtung zu Fort- und Weiterbildung verankert. So sind in den Rahmenverträgen in den Bereichen der Häuslichen Krankenpflege (nach § 132/132a SGB V) oder in den Rahmenverträgen im Bereich der Pflegeversicherung auf der Grundlage des § 75 SGB XI spezielle Fortbildungsanforderungen und Regelungen festgeschrieben, die von den Einrichtungen erfüllt werden müssen ("SGB XI"; Schmidt & Meißner, 2009). Beispielsweise sind gemäß § 113 SGB XI TrägerInnen von vollstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sicherzustellen, dass die Leitung und alle MitarbeiterInnen in der Pflege und Betreuung fachlich den Erfordernissen gemäß qualifiziert sind und zwar durch Einarbeitungskonzepte für neue MitarbeiterInnen sowie funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung. Die TrägerInnen erstellen dazu einen schriftlichen Fortbildungsplan, aus dem zu ersehen ist, dass alle MitarbeiterInnen, die in der Pflege und Betreuung eingesetzt werden, Fortbildungen entsprechend der individuellen Notwendigkeiten absolvieren. Im Fortbildungsplan wird für die kommenden Monate dargestellt, welche internen und externen Fortbildungen für die Einrichtungen sinnvoll sind und welche Mitarbeitergruppen an den Fortbildungen teilnehmen sollen. Außerdem sollen aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Pflegekräfte im Pflegedienst vorhanden und zugänglich sein. Die MitarbeiterInnen und die Leitung sollen ihr Fachwissen regelmäßig aktualisieren (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. & GVK-Spitzenverband, 2014). Innerbetrieblich kann geregelt werden, dass alle MitarbeiterInnen verpflichtet sind, sich jedes Jahr für eine bestimmte Anzahl von Stunden fortzubilden und dies den ArbeitgeberInnen nachzuweisen (Schmidt & Meißner, 2009).

In der EU-Richtlinie 2005/36/EG wird explizit in Artikel 22 unter Buchstabe b eine Fortbildungspflicht für Hebammen bzw. Entbindungspfleger und Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger vorgeschrieben: Personen, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, müssen „mit der beruflichen Entwicklung soweit Schritt halten, wie dies für eine sichere und effiziente berufliche Leistung erforderlich ist“ (HebBO, 2008). Diese Richtlinie ist in nationales Recht umgesetzt und zwar in den Ländergesetzen über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen.

³ In diesen und anderen Ländern ist eine Registrierung beruflich Pflegender gesetzlich vorgeschrieben, in Deutschland ist dies nicht der Fall.

Eine Mindestanzahl von Fortbildungen im Jahr wurde gesetzlich nicht festgelegt. Allerdings müssen jährlich Unterweisungen (Schulungsmaßnahmen) des Personals im Bereich Pflege stattfinden, die den Beschäftigten die nötige Qualifikation vermitteln, um sich im Betrieb sicher und gesundheitsförderlich zu verhalten. Zu diesen Unterweisungen gehören u. a. Brandschutz, Hygiene, Datenschutz, Gender Bias, Notfallmanagement (Verhalten bei Unfällen und Notfällen/Notfallvorsorge/Verbandbuch) sowie Arbeitsschutz (Gefährdungen am Arbeitsplatz und Schutzmaßnahmen (ArbSchG § 12), d. h. u. a. Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen (BioStoffV § 12), insbesondere Vorgehen bei Nadelstichverletzungen, Umgang mit gefährlichen Stoffen (GefStoffV § 14), Umgang mit Arbeitsmitteln, Geräten und Anlagen (BetrSichV § 9), persönliche Schutzausrüstung (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2015).

Für die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI, die in vollstationären und in teilstationären Einrichtungen eingesetzt werden, wurde gemäß § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RI festgelegt, dass diese jedes Jahr an einer mindestens 16 Stunden umfassenden Fortbildungsmaßnahme teilnehmen müssen (SGB XI). In dieser Fortbildungsmaßnahme wird das vermittelte Wissen aktualisiert und es wird über die berufliche Praxis reflektiert. Im Jahr des Qualifizierungsabschlusses ist diese Fortbildungsmaßnahme nicht notwendig (GKV-Spitzenverband, 2014).

Der Deutsche Pflegerat hält in seiner Rahmenberufsordnung fest, dass professionell Pflegende dafür verantwortlich sind, dass ihre Qualifikation dem jeweiligen aktuellen Wissensstand entspricht. Sie sollen nicht nur ihre sozialkommunikativen und berufsfachlichen Kompetenzen kontinuierlich weiterentwickeln, sondern sich auch kritisch mit ethischen Fragen ihres Berufes auseinandersetzen (Deutscher Pflegerat e. V., 2004). Auch im Ethikkodex für Pflegende des International Council of Nurses (ICN), einer international agierenden Vertretung von 130 nationalen Berufsverbänden der Pflege, wird festgehalten, dass Pflegende persönlich dafür verantwortlich und rechenschaftspflichtig sind, ihre fachliche Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung zu wahren (International Council of Nurses, 2012). Pflegende in der Praxis oder im Management sollen Fortbildung hinsichtlich ethischer Fragestellungen anbieten sowie Systeme zur Beurteilung von Fortbildung errichten. Nationale Berufsverbände für Pflegende sollen Fortbildungen u. a. zu pflegerischer und/oder medizinischer Versorgung anbieten sowie den Zugang zu Fortbildung durch Pflegezeitschriften, Kongresse, Fernunterricht u. a. ermöglichen. Zudem sollen sie dafür eintreten, dass Fortbildungsangebote gewährt werden (International Council of Nurses, 2012).

Viele Bundesländer ermöglichen ArbeitnehmerInnen, sich für eine bestimmte Zeit von ihrer beruflichen Tätigkeit freistellen zu lassen mit dem Ziel, sich fort- oder weiterzubilden („Bildungsfreistellung“, „Bildungsurlaub“). Die gesetzlichen Regelungen der Bundesländer unterscheiden sich in Hinsicht auf den zeitlichen Umfang, die Anspruchsberechtigten sowie die Bedingungen für die Anerkennung der Fort- und Weiterbildungsangebote (InfoWeb Weiterbildung, 2015).

Pflegekräfte können sich freiwillig bei der unabhängigen Registrierungsstelle der Berufsverbände registrieren lassen und durch den Besuch von Fortbildungen Punkte sammeln. Für beispielsweise den Besuch eines Kongresses erhält man einen Punkt pro 45 Minuten bzw. 60 Minuten, aber höchstens sechs Punkte, für das Abonnement einer Fachzeitschrift drei Punkte pro Jahr und für eine Fernfortbildung einen Punkt pro 45 Minuten bestätigten Zeitaufwand (Stand ab 2013) (Registrierung beruflich Pflegenden, 2015). Für Hospitationen, Prakti-

kumseinsätze und persönliches informelles Lernen werden hier keine Punkte vergeben. Nach zwei Jahren können die Pflegekräfte sich erneut registrieren lassen, falls sie in diesen zwei Jahren mindestens 40 Fortbildungspunkte gesammelt haben (Hommel, 2008).

Nicht nur für Arbeitgeber ist diese Registrierung im Hinblick auf Qualitätskontrolle interessant, da bei externen Qualitätsprüfungen die Teilnahme der MitarbeiterInnen an Fortbildungen nachgewiesen werden muss (Korečić, 2012), sondern auch für die Pflegekräfte, die auf diese Weise ihre Professionalität nachweisen können. Der Deutsche Pflegerat (2004) fordert in seiner Rahmenberufsordnung, dass sich professionell Pflegende freiwillig registrieren, solange dies vom Gesetzgeber nicht geregelt ist (Deutscher Pflegerat e. V., 2004).

25.5 Gibt es Mindeststandards?

Die unter Punkt 25.4 dargestellten rechtlichen Normen definieren Mindeststandards. Dazu kommt, dass man in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung und eine einschlägige, oft mehrjährige berufliche Praxis nachweisen muss, um zu Fortbildungsprüfungen im Rahmen der Aufstiegsfortbildung zugelassen zu werden (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2013).

25.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Um zu verhindern, dass interne Fortbildungen pauschal auf alle MitarbeiterInnen ausgerichtet sind, ohne deren unterschiedlichen Wissensstand, die vielfältigen Erfahrungen, die verschiedenen Einsatzgebiete und die persönlichen Zielsetzungen zu berücksichtigen (Garms-Homolová et al., 2014), sollten bei der Planung und Entwicklung eines qualitativ hochwertigen Fortbildungskonzepts bzw. Fortbildungsprogramms folgende Mindestanforderungen gegeben sein (Brühe & Hundenborn, 2011):

- Es sollte ersichtlich sein, wer welche Entscheidungen trifft.
- Die wichtigsten MitarbeiterInnengruppen werden am Planungs- und Entwicklungsprozess beteiligt.
- Die Basis für die Entwicklung und Umsetzung ist eine (aktuelle) Bedarfsanalyse und es werden aktuelle Entwicklungen in der Pflege und im Gesundheitswesen berücksichtigt.
- Zentraler Bestandteil des Fortbildungsprogramms sind ausgewiesene Ziele.
- Die Ziele, Inhalte und Methoden werden so ausgewählt, dass die MitarbeiterInnen für ihre aktuellen und zukünftigen Aufgaben qualifiziert und hinsichtlich ihrer personalen Kompetenz gefördert werden.
- Die Ziele und Inhalte werden mit den Bildungsprogrammen anderer Bereiche abgestimmt.
- Es sollten Angebote zu allen Bereichen vorhanden sein, die von den TrägerInnen als wichtig erachtet werden.
- Das Fortbildungskonzept sollte regelmäßig überarbeitet und bei Bedarf angepasst werden können (Brühe & Hundenborn, 2011).

Außerdem empfiehlt es sich, bei der Planung von Fortbildungen, die (teilweise) auf einer eLearning-Plattform angeboten werden, die Einstellungen der MitarbeiterInnen zum internet-basierten Lernen zu erfahren, z. B. anhand der deutschen Version der AWCL-Skala (AWCL = Attitudes toward web-based continuing learning) (Hackmann, Buske, & Höldke, 2015a).

Die erfolgreiche Teilnahme soll mit Nachweisen oder Zertifikaten bestätigt werden.

25.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Fortbildung in der Pflege stellt ein Qualitätskriterium in der ambulanten und stationären Pflege dar (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. & GVK-Spitzenverband, 2011), da sie eine schrittweise und regelmäßige Anpassung des Wissens an die sich verändernden beruflichen Anforderungen ermöglichen. Fortbildungsangebote können hinsichtlich Umfang und Thematik erfasst werden.

Die systematische Auswertung von Fortbildungsmaßnahmen und die Implementation in die Pflegepraxis stellen eine Maßnahme der internen Qualitätssicherung dar (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. & GVK-Spitzenverband, 2014). Auch die Entwicklung eines hochwertigen Fortbildungskonzepts bzw. Fortbildungsprogramms ist ein Aspekt, der für die Qualitätssicherung wichtig ist (Brühe & Hundenborn, 2011). Allerdings wurden in der vorliegenden Recherche keine Hinweise für eine inhaltliche Operationalisierung gefunden.

25.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Aspekte stehen mit dem Kennzeichen „Fortbildung“ in Beziehung: Personalentwicklung, Internes Qualitätsmanagement, Sicherung und Entwicklung der Qualität, Sicherheit, Pflegefachlichkeit, alle Expertenstandards.

25.9 Literaturverzeichnis

- Allgaier, A.-K., Kramer, D., Mergl, R., & Hegerl, U. (2009). Wissens- und Einstellungsänderung zu Depression und Suizidalität bei Altenpflegekräften: Evaluation eines Fortbildungsprojektes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(3), 228–235.
- Bartels, A. (2009). *eLearning-Infrastruktur in der Altenpflege (eLiA): Schlussbericht 2007-2008*. Berlin: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. Retrieved December 13, 2015, from https://getinfo.de/de/suchen/download/?tx_tibsearch_search%5Bdocid%5D=TIBKAT%3A60665030X&cHash=36905db2f5f3e5b3df99479172e4e1d6.
- Bayrischer Hebammen Landesverband e. V. (HebBO) (2008). Empfehlung zur Fort- und Weiterbildung. Retrieved December 13, 2015, from <http://www.bhlv.de/medien/empfehlungen-zur-fort-und-weiterbildung-des-bhlv-vom-01102008.pdf>
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2015). *Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz – Pflege*. Hamburg. Retrieved December 13, 2015, from <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Sichere-Seiten/Arbeitshilfen/Unterweisungen/Pflege.html>.

- Brühe, R., & Hundenborn, G. (2011). Evaluation innerbetrieblicher Fortbildung. Überprüfung der Konsistenz und Auswirkungen von Fortbildungsprogrammen. *Pflege anders denken und ausbilden*, 6(1), a.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2013). *Fortbildungsordnungen und wie sie entstehen*. Bonn: BIBB. Retrieved December 27, 2015, from <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/7062>.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich: Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung*. Berlin.
- Coleman, A., Dufrene, C., Bonner, R., Martinez, J., Dawkins, V., Koch, M., et al. (2011). A regional partnership to promote nursing instructor competence and confidence in simulation. *Journal of Professional Nursing*, 27(6), 28–32.
- Deutscher Bildungsrat (1970). *Strukturplan für das Bildungswesen*. Stuttgart.
- Deutscher Pflegerat e. V. (2004). *Rahmenberufsordnung*. Retrieved December 28, 2015, from <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf>.
- Frank, G. P., Gampe, J., Grün, R., Peusch, P., & Schoen, J. (2015). ZukunftPfleger – eine Lernplattform zur beruflichen Qualifizierung in der ambulanten Pflege. In M. Sieger, L. Goertz, A. Wolpert, & A. Rustemeier-Holtwick (Eds.), *Digital lernen – evidenzbasiert pflegen. Neue Medien in der Fortbildung von Pflegefachkräften* (pp. 147–156). Berlin: Springer.
- Garms-Homolová, V., Gampe, J., Schoen, J., Peusch, P., & Frank, G. (2014). Finden häusliche Pflegedienste ihren Weg in die langlebige Zukunft? Von der Situationsanalyse zur Maßnahmenentwicklung. In M. Knaut (Ed.), *Gesundheit: Vielfältige Lösungen aus Technik und Wirtschaft. Beiträge und Positionen 2014* (pp. 92–99). Berlin: BWV Berliner Wissenschaftsverlag.
- GKV-Spitzenverband (2014). *Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 29. Dezember 2014*. Retrieved November 30, 2015, from www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2014_12_29_Angepasste_Richtlinien__87b_SGB_XI_final.pdf.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., & Pantel, J. (2009). Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 108–116.
- Hackmann, M., Buske, K., & Höldke, B. (2015a). Lernplattformgestütztes Lernen von Pflegefachpersonen: Erhebung der Akzeptanz mittels eines standardisierten Instruments. *PADUA*, 10(4), 259–261.
- Hackmann, M., Buske, K., & Höldke, B. (2015b, September 03). *Geographische Grenzen überwinden durch mobiles Lernen? – Ergebnisse aus einem Evaluationsprojekt zur Fortbildung in der Altenpflege. Vortrag gehalten beim Kongress Lernwelten 03.-05.09.2015 Chur*. Chur/Schweiz.
- Heinemann-Knoch, M., Korte, E., Heusinger, J., Klünder, M., & Knoch, T. (2005). Kommunikationsschulung in der stationären Altenpflege: Ergebnisse der Evaluation eines Modellprojektes zur Entwicklung der Kommunikationskultur. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 40–46.
- Hoch, K., Fünfstück, M., & Stratmeyer, P. (2010). Nachhaltige Weiterbildungen. *Heilberufe*, 62(4), 18–21.
- Hommel, T. (2008). Schon registriert? *Heilberufe*, 60(10), 54–56.

- Hülsken-Giesler, M., Remmers, H., Haskamp, M., & Temme, H.-U. (2006). E-Learning als Bestandteil eines berufspädagogischen Lehrverbundes Pflegewissenschaft: Teil III: Didaktische Anforderungen. *PrInterNET*, 8(3), 179–183.
- InfoWeb Weiterbildung (2015). *Bildungsurlaub in Deutschland*. Retrieved December 18, 2015, from Deutscher Bildungsserver für Weiterbildungskurse: www.iwwb.de/weiterbildung.html?seite=26.
- International Council of Nurses (2012). *ICN-Ethikcodex für Pflegenden*. Retrieved December 28, 2015, from <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikcodex-2012-deutsch.pdf>.
- Isfort, M., Klostermann, J., Gehlen, D., & Siegling, B. (2014). *Pflege-Thermometer 2014: Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Köln. Retrieved December 28, 2015, from http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf.
- Jordan, R. A., Sirsch, E., Gesch, D., Zimmer, S., & Bartholomeyczik, S. (2012). Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung in der Altenpflege durch Schulungen von Pflegekräften. *Pflege*, 25(2), 97–105.
- Kamin, A.-M. (2013). *Beruflich Pflegenden als Akteure in digital unterstützten Lernwelten: Empirische Rekonstruktion von berufsbioграфischen Lernmustern*. Univ., Diss. Paderborn, 2013 (1. Aufl.). *Research*. Wiesbaden: Springer VS.
- Karg, S. (2011). Mit einem Klick im virtuellen Klassenzimmer: Bayerische Pflegeakademie online. *Die Schwester/der Pfleger*, 50(10), 1018–1019.
- Kissel-Kröll, A., Budnick, A., Köhner, F., Kalinowski, S., Wulff, I., Kreutz, R., & Dräger, D. (2015). Evaluation einer Fortbildung für Pflegenden zum Schmerzmanagement in Pflegeheimen. *HeilberufeScience*, 1–10. Retrieved December 28, 2015.
- Kobbert, E. (2006). Projektbeispiel: Innovationsverbund PflegeWissen. Weiterbildung in der Pflege – multimedial und mobil. In P. A. Henning & H. Hoyer (Eds.), *eLearning in Deutschland* (pp. 119–133). Berlin: Uni-Edition.
- Korečić, J. (2012). *Pflegestandards Altenpflege* (5. komplett überarb. Aufl.). Berlin: Springer Medizin.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., & GVK-Spitzenverband (2011). *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Einrichtung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011*. Retrieved November 30, 2015, from www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Expertenstandards_113/PV_Massst_und_Grunds_stationaer.pdf.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., & GVK-Spitzenverband (2014). *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der ambulanten Pflege*. Retrieved November 30, 2015, from www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/2014_Pruefgrundlagen_ambulant_Lesezeichen.pdf.
- Meister, D. M., Darmann-Finck, I., & Kamin, A.-M. (2012). *Mediencoaches für das Berufsfeld Pflege. Entwicklung, Erprobung und Etablierung eines Qualifizierungskonzeptes (MeCo-Pflege): Formgebundener Antrag im Rahmen der BMBF-Ausschreibung „Stärkung der digitalen Medienkompetenz für eine zukunftsorientierte Medienbildung in der beruflichen Qualifizierung“*. unveröffentlichter Projektantrag. Paderborn.
- Morris, L., Pfeifer, P., Catalano, R., Fortney, R., Nelson, G., Rabito, R., & Harap, R. (2009). Outcome evaluation of a new model of critical care orientation. *American Journal of Critical Care*, 18, 252–260.
- Müller, M., & Seidl, N. (2000). Fort- und Weiterbildung als wichtiger Indikator der Arbeitszufriedenheit in der Pflege. *Pflege*, 13, 381–388.

- Quaas, B., & Bjorklund, P. (2012). Start-up of a simulation center in an acute care hospital. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 43*(6), 277–283.
- Registrierung beruflich Pflegender (2015). *Punktetabelle – Wie können Punkte erworben werden. Stand ab 2013*. Retrieved December 15, 2015, from Registrierung beruflich Pflegenden: http://www.regbp.de/images/stories/dokumente/RbP_Punktetabelle_2013.pdf.
- Salam, T., Collins, M., & Baker, A.-M. (2012). All the world's stage: integrating theater and medicine for interprofessional team building in physician and nurse residency programs. *Ochsner Journal, 12*(4), 359–362.
- Schmidt, S., & Meißner, T. (2009). *Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Schüler, G., Klaes, L., Rommel, A., Schröder, H., & Köhler, T. (2013). Zukünftiger Qualifikationsbedarf in der Pflege: Ergebnisse und Konsequenzen aus dem BMBF-Forschungsnetz FreQueNz. *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 1135–1144.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved November 02, 2015, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html.
- Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan J., & Probst, J. (2013). *Education of Health Professionals for the 21st Century: Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten*. Zürich: Careum.
- Specht-Tomann, M. (2015). Interdisziplinäre Weiterbildungen am Beispiel Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege: ein Ausblick. In M. Specht-Tomann (Ed.), *Ganzheitliche Pflege von alten Menschen* (pp. 125–136). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Tewes, R. (2014). Zukunft der Personalentwicklung in der Pflege. In R. Tewes & A. Stockinger (Eds.), *Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen* (pp. 215–240). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Themen, G. (2015). Streben nach Wissen. Fortbildung für die Pflege im Wandel – eine Expertendiskussion. *Pro Care, 20*(6), 4–6.

26 Erläuterungen zum Kennzeichen „Sicherheit und Entwicklung der Qualität“

26.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie lassen sich die Begriffe „Qualitätssicherung und -entwicklung“ im Kontext der pflegerischen (ambulanten/stationären) Versorgung aus der aktuellen Literaturlage heraus definieren/beschreiben?
- Welche Richtlinien/Standards werden bei der Qualitätssicherung und -entwicklung im Bereich der Pflege gesetzt?
- Welche Probleme gibt es bei der Umsetzung von Qualitätssicherung und -entwicklung im Bereich der Pflege?
- Inwieweit können die Kennzeichen Qualitätssicherung und -entwicklung als Indikatoren für Qualitätsmessung gelten? Welche Indikatoren gibt es für messbare Qualitätssicherung und -entwicklung im Bereich der Pflege?

26.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Durch das am 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität im SGB XI fest verankert (SGB XI, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c). Demzufolge dürfen Versorgungsverträge nur mit solchen Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die „sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln . . . , das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c). Qualitätssicherung und -entwicklung gehören damit als fester Bestandteil eines verbindlich vorgeschriebenen internen Qualitätsmanagements unumgänglich zum allgemeinen Auftrag von Pflegedienstleistern. Dementsprechend sind Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität, wie z. B. eine zunehmende Evidenzbasierung der Pflegepraxis, in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus der professionellen Pflege geraten: „Evidence-based practice and performance improvement have become familiar terms in developed health care settings over the past 2 decades“ (Barnhorst, Martinez, & Gershengorn, 2015).

Im Allgemeinen besteht das Ziel von Qualitätssicherung darin, „dass die Pflege im Alltag mit den vorgegebenen Bedingungen aus dem Pflegeauftrag übereinstimmt“ (Schweingruber, R. & Ladrach, U., 2007) Qualitätssicherung bezieht sich in diesem Zusammenhang auf den Versuch einer möglichst weitgehenden Einhaltung bestehender Qualitätsnormen bzw. -standards. Sie ist darauf ausgerichtet, eine ausreichend hohe Qualität der angebotenen Pflegeleistung nachhaltig zu sichern und erkennbare Mängel in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu vermeiden bzw. zu beseitigen: „QA [Quality Assurance, Anm. d. Verf.] refers to

the process of meeting quality standards and assuring that care reaches an acceptable level. . . . Although QA activities may significantly improve quality, the efforts frequently end once the standard is met” (Dellefield, M. E., Kelly, A., Schnelle, J. F., 2012).

Qualitätsentwicklung bzw. -verbesserung geht dagegen einen Schritt weiter und strebt eine (permanente) Optimierung der Pflegequalität an, die nicht mit der bloßen Einhaltung standardisierter Normen abgeschlossen ist: „PI [Performance Improvement, Anm. d. Verf.] (also synonymous with Quality Improvement – QI) refers to a proactive and continuous examination of processes with the goal of preventing or decreasing the chances of recurrence by identifying the root causes of persistent and systemic problems. The intent of the PI process is to make good quality even better” (Dellefield, M. E., Kelly, A., Schnelle, J. F., 2012).

Im Bereich der Qualitätsentwicklung oder Qualitätsverbesserung „wird differenziert zwischen:

- Kontinuierlicher Verbesserung (Etappenziele, d. h. kleinere Schritte),
- Innovativer Verbesserung (Qualitätsgewinn durch Innovationen, d. h. Verbesserung in großen Sprüngen)“ (Fröse, 2014).

Eine Aufgabe von Qualitätsentwicklungsinitiativen ist in der Regel die Identifizierung und nachhaltige Schließung von Lücken zwischen erwünschter bzw. erwarteter und tatsächlich vorhandener Pflegequalität (Health Information and Quality Authority, 2010).

26.3 Stand der Literatur

Internationale Perspektive

Qualitätssicherung und -entwicklung sind im US-amerikanischen Raum seit mehr als zehn Jahren fester Bestandteil von Gesundheitsvorsorge und Pflege und zahlreiche Initiativen haben landesweit zur allgemeinen Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Pflegedienstleistungen stattgefunden (Barnhorst et al., 2015; Dolansky, M. A. & Moore, S. M., 2013).

McFadden et al. (2015) haben z. B. in ihrer Studie zum Zusammenhang von Qualitätsentwicklungsinitiativen und Pflegeergebnissen nachgewiesen, dass die Umsetzung eines kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprogramms (in Verbindung mit einem transformationalen Führungsstil) zu Verbesserungen sowohl der Pflegeprozessqualität als auch von Sicherheit bzw. Sicherheitsempfinden der Pflegebedürftigen führt.

Die American Nurses Association (2010) beschreibt in ihren Standards für professionelle Pflege die grundlegenden Kompetenzen, die Pflegepersonal besitzen sollte, um im professionellen Pflegebereich fachlich qualifiziert arbeiten zu können und damit zur Sicherung bzw. Weiterentwicklung einer hohen Pflegequalität beizutragen. In diesem Zusammenhang wird u. a. gefordert, dass sich professionelles Pflegepersonal im Rahmen seiner Arbeit aktiv an Qualitätsentwicklungsmaßnahmen beteiligt und die Ergebnisse von Qualitätsentwicklungsaktivitäten nutzt, um die Pflegepraxis im Alltag zu verbessern und gegebenenfalls sogar Veränderungen im Pflegesystem zu initiieren (American Nurses Association, 2010).

Die Anwendung von Qualitätssicherungs- und -entwicklungsverfahren kann allerdings nur dann nachhaltigen Erfolg bringen, wenn sie mit klar formulierten Zielvorstellungen versehen

und systematisch geplant ist (Parisi, 2014). Dazu gehören neben einer eindeutigen Definition des Geltungsbereichs des QS-/QE-Plans innerhalb der Organisation u. a. eine klare Benennung der beteiligten Personen mit ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen sowie die Festlegung von Kommunikationsstrukturen und Berichterstattungsprozessen (Parisi, 2014).

Eines der am häufigsten angewendeten Qualitätssicherungs- bzw. -entwicklungsprogramme ist die PDSA-Methode. PDSA steht dabei für

- **Plan:** Identifizierung von Optimierungsmöglichkeiten und Planung von Veränderungen
- **Do:** Implementierung der Veränderungen in einem kleinen, kontrollierbaren Bereich
- **Study:** Datengestützte Analyse der Ergebnisse der vorgenommenen Veränderungen
- **Act:** bei erfolgreichem Probelauf Ausweitung der Veränderungen und kontinuierliche Überprüfung der dadurch erzielten Ergebnisse; sofern die Veränderungen im Probelauf nicht erfolgreich waren, beginnt der Zyklus von vorne.

Als weiteres mögliches Verfahren zur Qualitätssicherung und -entwicklung nennt Parisi (2014) das DMAIC-Modell, das nach folgendem Schema abläuft:

- **Define:** Definition des Problembereichs bzw. der Verbesserungsmöglichkeiten
- **Measure:** Messung von Prozessabläufen
- **Analyze:** Analyse des Prozesses zur Bestimmung der Ursachen erkannter Mängel und zur Bestimmung von Optimierungsmöglichkeiten
- **Improve:** Verbesserung des Prozesses durch Beseitigung der Ursachen von Mängeln
- **Control:** Kontrolle des optimierten Prozesses zur nachhaltigen Sicherung der Verbesserungen

Das U. S. Department of Health and Human Services (2011) formuliert für eine erfolgreiche Durchführung von Qualitätsentwicklungsprogrammen vier Schlüsselprinzipien:

- **System- und Prozessorientierung:** Qualitätsentwicklungskonzepte sollten sowohl strukturelle Systemressourcen als auch prozessuale Aktivitäten adressieren, um die Qualität von Pflegeleistungen sichern bzw. verbessern zu können. Qualitätsentwicklung ist dabei am effektivsten, wenn sie sich an den individuellen Bedarfen des Systems der betreffenden Pflegeeinrichtung orientiert.
- **Fokus auf den Patienten:** Ein besonders wichtiger Bestandteil von Qualitätsmessungen ist das Ausmaß, in dem Bedarfe und Erwartungen der Patienten realisiert werden. Dabei sind insbesondere die folgenden Prozessmerkmale von Bedeutung:
 - Evidenzbasierung der Pflegevorsorge
 - Patientensicherheit
 - Unterstützung von Patientenengagement
 - Koordination der Pflege mit anderen Dienstleistungen des Gesundheitssystems
 - Patientenzentrierte Kommunikation

- **Fokus auf dem Team:** Qualitätsentwicklung ist immer ein Teamprozess. In einem funktionierenden Team können unterschiedliche(s) Wissen, Fähigkeiten, Erfahrungen und Perspektiven der verschiedenen Teammitglieder zur Steigerung der Gesamtleistungsfähigkeit des Teams und dadurch zur Erhöhung der Pflegequalität genutzt werden.
- **Fokus auf der Nutzung von Daten:** Daten sind die Eckpfeiler der Qualitätsentwicklung. Sie beschreiben die aktuelle Qualität sowie die Ergebnisse von Veränderungsprozessen und dokumentieren erfolgreiches Handeln. Dabei können sowohl quantitative als auch qualitative Methoden für Qualitätsentwicklungsprozesse hilfreich sein.

Das U. S. Department of Health and Human Services (2011) benennt fünf Qualitätsentwicklungsmodelle, die von Pflegeeinrichtungen dazu genutzt werden, um ihr Qualitätsprogramm erfolgreich zu gestalten und ihre Qualitätsaktivitäten gezielt auf die Verbesserung der eigenen Pflegeleistungen auszurichten:

- **Care Model:** Zentraler Bestandteil dieses Modells ist die Unterstützung einer produktiven Interaktion zwischen Patienten, die sich aktiv an ihrer Pflege beteiligen, und Pflegepersonal, das die notwendigen Ressourcen und Kenntnisse zur Verfügung stellt.
- **Lean Model:** In diesem Modell wird der Wert von Pflege über den Wunsch des Patienten definiert.
- **Model for Improvement:** Das Modell orientiert sich am PDSA-Modell (Plan-Do-Study-Act), in dem geplante Veränderungsprozesse in kleinem Rahmen getestet und überprüft und bei Erfolg auf größere Bereiche der Einrichtung übertragen werden.
- **FADE:** Dieses Modell besteht aus vier Schritten:
 - Focus: Definition des zu verbessernden Handlungsprozesses
 - Analyze: Sammlung und Analyse von Daten
 - Develop: Entwicklung von Handlungsplänen zur Verbesserung
 - Execute: Implementierung der Handlungspläne und Evaluation der Ergebnisse
- **Six Sigma:** Dieses Modell basiert auf der Messung von Qualität. Zur Gruppe der Six Sigma-Modelle gehören:
 - DMAIC: Define, measure, analyze, improve, control
 - DMADV: Define, measure, analyze, design, verify

Kelley & Hurst (2006) identifizieren in ihrer Studie sechs Dimensionen, die in den untersuchten OECD-Staaten besonders häufig als relevant genannt werden und zur Sicherung und Weiterentwicklung einer guten Pflegequalität berücksichtigt und kontinuierlich überprüft werden sollten:

- **Effektivität:** Grad der Erreichung erwünschter Pflegeergebnisse
- **Sicherheit:** Vermeidung unerwünschter Entwicklungen (z. B. Verletzungen) im Rahmen des Pflegeprozesses

- **Patienten-Zentrierung** bzw. **Verständnis**: Eingehen auf pflegebezogene wie darüber hinausgehende Wünsche und Erwartungen der PatientInnen
- **Zugänglichkeit**: Wie einfach sind die notwendigen Gesundheitsversorgungsangebote für PatientInnen erreichbar?
- **Fairness**: Sind Finanzierung und Leistungen des Gesundheitssystems fair gegenüber allen Beteiligten?
- **Effizienz**: (möglichst optimales) Verhältnis zwischen investierten Ressourcen und erreichten Ergebnissen innerhalb des Gesundheitssystems

Darüber hinaus werden fünf weitere Dimensionen genannt, die ebenfalls zur Messung von Pflegequalität und damit zur Qualitätssicherung und -weiterentwicklung genutzt werden können (Kelley, E. & Hurst, J., 2006):

- **Akzeptanz**: Übereinstimmung mit (realistischen) Wünschen, Bedürfnissen und Erwartungen der PatientInnen
- **Angemessenheit**: Übereinstimmung von Pflege- und Gesundheitsangeboten mit bestehendem (medizinischen, psychologischen etc.) Bedarf bei den PatientInnen
- **Kompetenz**: Fähigkeiten bzw. Kompetenzen des Pflegepersonals zur Bewertung, Behandlung und Interaktion mit den PatientInnen
- **Kontinuität**: Dauerhaftigkeit und Koordination von Pflegeleistungen über Anbieter und Institutionen hinweg
- **Rechtzeitigkeit**: Möglichkeit der PatientInnen, notwendige Hilfe/Unterstützung frühzeitig zu erhalten

Tricco et al. (Tricco, 2014) nennen als mögliche Qualitätsentwicklungsstrategien u. a.:

- **Pflegekoordination**: Organisation der notwendigen Pflege- bzw. Gesundheitsversorgungsaktivitäten von PatientInnen, z. B. in Form von:
- **Case Management**: Koordination aller zum Pflegeprozess gehörenden Handlungen (Diagnostik, Behandlungen, Bildungsangebote etc.) durch eine speziell zu diesem Zweck ausgebildete Person (Case Manager)
- **Förderung von Selbstmanagement**: Sicherung der Zugangsmöglichkeiten zu notwendigem Equipment (Zuckermessgerät etc.) und Etablierung persönlicher Ziele zur Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten der PatientInnen
- **Patientennavigation**: Führung von PatientInnen durch das „Pflegelabyrinth“, z. B. durch Vermittlung geeigneter Ärzte sowie Verschaffung des Zugangs zu notwendigen Therapien
- **Patientenbildung**: Wissensvermittlung an PatientInnen über ihre Erkrankung, Präventionsmöglichkeiten sowie Behandlungsstrategien
- **Audit und Feedback**: Bilanzierung der Leistungen von Einrichtung bzw. Personal mit Rückmeldung an die Einrichtung (Tricco, 2014)

Darüber hinaus nennt er die Möglichkeit, Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen durch finanzielle Anreize bei der Erreichung vorgegebener Ziele bzw. Erfolge zu unterstützen (z. B. durch systematische Veränderungen innerhalb der Einrichtung).

Die Health Information and Quality Authority (2013) berichtet von insgesamt 32 Standards, die in den folgenden sieben Bereichen als Qualitätsstandards für die Altenpflege in Irland gelten:

- **Rechte**, z. B. das Recht von PflegeheimbewohnerInnen auf Information, Partizipation und Privatsphäre
- **Schutz**, z. B. vor körperlichem Missbrauch und des Eigentums der BewohnerInnen
- **Gesundheit und sozialer Pflegebedarf**, z. B. Gesundheitsförderung und Medikamentenmanagement
- **Lebensqualität**, z. B. Autonomie/Selbstständigkeit und soziale Kontakte
- **Personal**, z. B. Qualifikation und Fortbildung/Supervision
- **Pflegeumgebung**, z. B. Gestaltung der Räume und des Außengeländes sowie Sicherheitskonzept der Einrichtung
- **Führung und Management**, z. B. Managementsysteme und Qualitätssicherung

Mit der Einhaltung der darin beschriebenen Standards soll die Qualität von Pflegeleistungen im Bereich der stationären Altenpflege langfristig sichergestellt werden. Qualitätsentwicklung wird in diesem Zusammenhang als kontinuierlicher, zyklisch ablaufender Prozess beschrieben – bestehend aus den folgenden drei Schritten (Health Information and Quality Authority, 2013):

1. **Qualitätsdefinition:** Festlegung und Einhaltung von Standards, mit denen insbesondere eine adäquate Pflegeprozessgestaltung sichergestellt werden soll
2. **Qualitätskontrolle:** Evaluation aktueller Pflegeleistungen unter Einbeziehung der Perspektiven aller am Pflegeprozess beteiligten Personengruppen
3. **Qualitätsverbesserung:** Annäherung des tatsächlichen an das erwartete Qualitätsniveau von Pflegeleistungen durch evidenzbasiertes Erkennen und Beseitigen von Mängeln bzw. nachhaltiges Sichern von Stärken

Nationale Perspektive

Leistungserbringer im Bereich ambulanter und stationärer Pflege sind gesetzlich „zur Durchführung und Dokumentation interner qualitätssichernder Maßnahmen verpflichtet“ (Geraedts et al., 2011). Dazu gehört neben einer individuellen Zielplanung und der Evaluation des entsprechenden Zielerreichungsgrades eine umfassende Erfassung und Berücksichtigung der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Personen (Geraedts et al., 2011).

Um Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine aussagekräftige Entscheidungshilfe bei der Auswahl eines Pflegeheims bzw. -dienstes zu geben, wurden im Jahr 2008 im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes die sogenannten Pflegetransparenzkriterien entwickelt und gesetzlich festgeschrieben. Die darin enthaltene Pflicht zur transparenten Darstellung der eigenen Angebotsqualität sollte außerdem dazu führen, dass in den betreffenden

Einrichtungen die Notwendigkeit zur internen und externen Qualitätssicherung und -weiterentwicklung erhöht und damit die Pflegequalität nachhaltig optimiert wird.

Aufgrund gravierender inhaltlicher und systematischer Mängel war es allerdings notwendig, die Pflegetransparenzkriterien einer grundlegenden Überarbeitung zu unterziehen (Bonato, 2011). Neben einer verbesserten Transparenz für die Öffentlichkeit ist ein zentraler Auftrag für diese Überarbeitung,

„die interne Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen im Sinne der Kundenorientierung zu unterstützen. Auf Basis des zu praktizierenden PDCA-Zyklus, muss das System es ermöglichen, dass Ergebnisse aus validen Erhebungen durch interne und externe Visitationen den Benchmark im Sinne des pflegefachlichen Vergleichs erlauben und den Einrichtungen verlässliche Kennzahlen als Instrument der Qualitätsverbesserung zur Verfügung stehen. Diese Kennzahlen werden dem internen QM-System als verlässliche Ist- und Sollwerten zugeführt und ermöglichen den Einrichtungen, eine auf messbare Ergebnisse hin ausgerichtete Qualitätspolitik“ (Bonato, 2011).

Der ursprünglich von Deming entwickelte PDCA-Zyklus (oder auch PDSA-Zyklus) stellt dabei eine basale Möglichkeit zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und -weiterentwicklung in Pflegeeinrichtungen dar (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008; Geraedts et al., 2011). Er beruht auf der schrittweisen Umsetzung von vier aufeinander aufbauenden Phasen:

- Plan:** Planung neuer bzw. inhaltliche und formale Überarbeitung bestehender Strukturen und Prozesse; dabei kommt es darauf an, „die geeignetsten Optionen für Qualitätsverbesserungen auszuwählen, anzustrebende Sollwerte zu bestimmen und eine Maßnahme zur Annäherung der Ist- an die Sollwerte zu formulieren“ (Geraedts et al., 2011).
- Do:** Implementierung des Plans und Verwaltung der veränderten Prozesse in einem ausgewählten, gut kontrollierbaren Bereich (z. B. in Form eines Modellprojekts).
- Check/Study:** Überprüfung/Messung der neuen bzw. modifizierten Strukturen und Prozesse sowie der erzielten Ergebnisse/Leistungen (inkl. Vergleich mit Zielen und Berichterstellung)
- Act:** Ausweitung bzw. Übertragung der Veränderungen auf andere Einrichtungsbereiche bei erfolgreicher Umsetzung im Rahmen der Probephase bzw. des Modellprojekts

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung, die unter dem Begriff Qualitätsmanagement subsumiert werden können (Ollenschläger, 2007), umfassen alle Aktivitäten, „die der Verbesserung von Produkten, Prozessen oder Leistungen jeglicher Art dienen“ (Geraedts et al., 2011). Dies bedeutet insbesondere, „dass man Qualität systematisch, kontinuierlich und konsequent definiert, kontrolliert, anpasst und umsetzt“ (Fröse, 2014).

Luger sieht für den Bereich der Langzeitpflege eine zunehmende Verlagerung des Schwerpunkts weg „von der Einhaltung bestimmter Mindestanforderungen . . . und hin zu einer umfassenderen Qualitätssicherung, bei der auch Aspekte wie die Rechte der KundInnen und kontinuierliche Fortbildung des Pflegepersonals berücksichtigt werden“ (Luger, 2014).

Interne Qualitätssicherung und -entwicklung

Eine Grundlage zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sind die für bislang sieben Bereiche pflegerischer bzw. medizinischer Versorgung ausformulierten Expertenstandards (Büscher, 2013). Auf Basis dieser Expertenstandards können evidenzbasierte Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die es „im Rahmen des internen Qualitätsmanagements ermöglichen, bei begrenztem Aufwand der Datenerhebung, Hinweise auf den Umsetzungsgrad angestrebter Qualitätsziele zu erhalten“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2015).

Nach Ollenschläger wird der Begriff der internen Qualitätssicherung im Sinne eines „Optimierungsparadigmas“ „als einer der Ansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung verstanden, bei welcher es primär um die Optimierung der Versorgung geht“ (Ollenschläger, 2007). Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen dienen demzufolge einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität pflegerischer Versorgungsleistungen und sind „auf eine ständige Weiterentwicklung von Struktur, Prozess und Ergebnissen (Ollenschläger, 2007) ausgerichtet.

Mögliche Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung können die Entwicklung/Implementierung von (König, 2010; Ollenschläger, 2007):

- Pflegeleitbild
- QM-Handbuch
- Qualitätsbeauftragte(r)
- Qualitätszirkel
- Pflegestandards (Expertenstandards o. Ä.)
- Pflegevisite
- Fallbesprechungen
- Pflegedokumentation
- Interne Prozessprüfungen
- Fort-/Weiterbildung
- Beschwerdemanagement
- Zufriedenheitsbefragungen bei KundInnen (BewohnerInnen, Angehörige etc.) sein.

Externe Qualitätssicherung und -entwicklung

Der Begriff Qualitätssicherung kann aber auch im Sinne einer als „Erfüllungsparadigma‘ umschriebenen Vorgehensweise“ (Ollenschlaeger, 2007, 21) verstanden werden, bei der es hauptsächlich darum geht, „festgelegte Kriterien und Standards zu erfüllen“ (Ollenschlaeger, 2007). Diese Vorgehensweise ist demzufolge eher retrospektiv orientiert und zielt vorwiegend auf die Erfassung und Beseitigung von Fehlern ab. Dadurch soll in der Regel Kunden und Partnern gegenüber Vertrauen geschaffen werden, „dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt – sprich: eine exzellente Qualität erreicht“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008). Diese Form der Qualitätssicherung wird vorwiegend über externe Qualitätskontrollme-

chanismen bedient (externe Qualitätssicherung) (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008; Ollenschläger, 2007). Mögliche externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, die entweder auf freiwilliger Basis oder im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen erfolgen können, können sein:

- „die Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen
- die Mitwirkung an Assessmentrunden
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards in der Pflege
- externe Audits“ (Ollenschläger, 2007)
- König ergänzt die Liste möglicher externer Qualitätssicherungsmaßnahmen um:
- Beratung
- Kooperation/Vernetzung
- Mitgliedschaft in Berufsverbänden (König, 2010).

Zentrale Instrumente zur externen Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Pflegeleistungen stellen die durch unabhängige Gutachter durchgeführten externen Qualitätskontrollen dar. Diese finden in Form von Vor-Ort-Begehungen statt, die über das Einsehen der Pflegedokumentation, Befragung der EinrichtungsmitarbeiterInnen sowie Interviews und Inaugenscheinnahme von BewohnerInnen einen Einblick gewähren „in die Durchführung von Handlungsweisen, den aktuellen Gesundheitsstatus der ausgewählten BewohnerInnen und nicht zuletzt in die Sorgfalt, mit der die Dokumente geführt worden sind“ (Stemmer, R. & Arnold, J., 2014).

„Die Einrichtung eines transparenten Berichtswesens, das der Öffentlichkeit zur Information über einrichtungsspezifische Pflegequalität zugänglich gemacht wird, können bei fachlich qualifizierter Umsetzung durch den Vergleich mit anderen Pflegeanbietern unmittelbar genutzt werden

- zur Unterstützung einrichtungsinterner Lernaktivitäten
- zur Unterstützung einrichtungsübergreifender Lernaktivitäten
- zur Identifikation und Nutzung von Verbesserungspotenzialen“ (Bonato, 2011)

26.4 Rechtliche Aspekte

Gesetzliche Grundlage

In § 112 des SGB XI ist die Verpflichtung zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung festgeschrieben (SGB XI). Demnach sind Träger von Pflegeeinrichtungen „für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5). . . . Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen Bei stationärer Pflege erstreckt

sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88)“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c).

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren . . . gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c).

Die oben genannten Vertragsparteien „stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. . . . Die Expertenstandards sind . . . für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c), sodass auf der Ebene der medizinischen Versorgung eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung von Pflegeleistungen in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen gewährleistet wird.

Bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Qualitätssicherung und -entwicklung haben Pflegeeinrichtungen das Recht auf Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst der privaten Krankenversicherung e. V. – mit dem Ziel, „Qualitätsmängel rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c).

Zur Sicherung der Qualität von Pflegeleistungen sind regelmäßige Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen gesetzlich vorgeschrieben (Regelprüfungen) (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c).

Das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege schreibt für die berufliche Ausbildung von Pflegekräften vor, dass diese

„die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln [soll], die zur selbständigen [sic] und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere . . . die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015a).

Hier sind demnach bereits grundlegende Fähigkeiten zur Durchführung bzw. Mitwirkung an Qualitätssicherung und -entwicklung als Voraussetzung für die Erlangung einer Arbeitserlaubnis als Pflegekraft gefordert.

Das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege geht sogar noch einen Schritt darüber hinaus: Hier ist für die Ausbildung von Personen in diesem Arbeitsfeld die Befähigung zur eigenverantwortlichen Durchführung der „Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015b) verbindlich vorgeschrieben.

26.5 Gibt es Mindeststandards?

Im Sinne eines gesetzlich geregelten Mindeststandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Pflegedienstleistungen sind zugelassene Pflegeeinrichtungen in Deutschland dazu verpflichtet, „Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 [SGB XI, Anm. d. Verf.] durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken“ (SGB XI) (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c).

Den Bestimmungen des SGB XI zufolge sind die Leistungen von Pflegedienstleistern und damit auch alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung darauf auszurichten,

„Pflegebedürftigen zu helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges [sic] und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV); Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c).

Zur nachhaltigen Sicherung und -weiterentwicklung der Qualität von Pflegeleistungen sind Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, eine „praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c) zu führen. Darüber hinaus sind methodisch verlässliche, indikatorengestützte Verfahren zur internen und externen Qualitätsprüfung vorgeschrieben (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c).

Um Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine aussagekräftige Entscheidungshilfe bei der Auswahl eines Pflegeheims bzw. -dienstes zu geben, wurden im Jahr 2008 im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes die sogenannten Pflegetransparenzkriterien entwickelt und gesetzlich festgeschrieben. Die darin enthaltene Pflicht zur transparenten Darstellung der eigenen Angebotsqualität sollte außerdem dazu führen, dass in den betreffenden Einrichtungen die Notwendigkeit zur internen und externen Qualitätssicherung und -weiterentwicklung erhöht und damit die Pflegequalität nachhaltig optimiert wird.

Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung haben sich zu orientieren an spezifischen, wissenschaftlich fundierten Expertenstandards (z. B. zur Dekubitusprophylaxe, zur Kontinenzförderung oder zum Ernährungsmanagement), die nach gesetzlicher Vorgabe von den in § 113 SGB XI benannten Vertragsparteien (z. B. Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände) entwickelt und kontinuierlich aktualisiert werden (SGB XI) (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), 2015c). Sie stellen zentrale Maßstäbe zur Beurteilung von Pflegequalität dar, die für die jeweiligen Bereiche im Sinne

von Mindeststandards Vorgaben zur Sicherstellung einer basalen fachlichen Versorgungsqualität und damit einer fachlich fundierten Qualitätssicherung machen.

Als Grundlage von Qualitätssicherung und -entwicklung im Rahmen eines fachlich fundierten Qualitätsmanagements sind darüber hinaus regelmäßige interne und externe Überprüfungen der Pflegequalität zwingend erforderlich. (SGB XI)

26.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Zur Sicherstellung eines bestimmten Qualitätsniveaus von Pflegeleistungen werden die Pflegesysteme in allen OECD-Staaten reguliert (Wech, 2014). Die Hauptziele dieser Regulierung bestehen darin, „Verbesserungen in der Qualität der Pflege zu erreichen, bedürftige Menschen über Pflegeleistungen zu informieren und Regulierungsbehörden Informationen bereitzustellen, damit diese Lücken im System identifizieren können“ (Wech, 2014). Die Regulierung erfolgt in der Regel über Zulassungs- bzw. Akkreditierungsverfahren. Dabei ist die Erteilung einer Zulassung/Akkreditierung an die Erfüllung bestimmter Mindestanforderungen (z. B. Umsetzung von Qualitätsnormen, Expertenstandards o. Ä.) geknüpft, deren Umsetzung über interne sowie externe Evaluierungsprozesse überprüft werden muss.

Zur internen Sicherstellung der eigenen Pflegequalität auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene empfiehlt Winter (2013) für Tagespflegeeinrichtungen u. a. die Umsetzung der folgenden Maßnahmen:

- Einrichtung von Qualitätszirkeln
- Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten
- Mitwirkung an Qualitätskonferenzen
- Mitwirkung an Assessmentrunden
- interne und externe Audits

Dellefield et al. (2012) formulieren fünf Schlüsselemente, die bei der Umsetzung eines fachlich fundierten Qualitätssicherungs- und -verbesserungsprogramms in stationären Pflegeeinrichtungen unbedingt berücksichtigt werden sollen:

6. *Gestaltung und Umfang*

Eine umfassende Gestaltung und kontinuierliche Umsetzung unter Einbeziehung aller Serviceangebote der Einrichtung (und aller Abteilungen) ist Voraussetzung für eine effektive Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Dabei werden insbesondere Teamarbeit und bereichs- bzw. personenübergreifende Kommunikation als wichtige Merkmale eines funktionierenden Qualitätsmanagements hervorgehoben.

7. *Steuerung und Führung*

Durch die Etablierung spezifischer Arbeitsgruppen sollten die Qualitätsverantwortlichen dafür Sorge tragen, dass Qualitätssicherungs- und -entwicklungsmaßnahmen kontinuierlich weiterverfolgt und unter Setzung spezifischer Erwartungen und Ziele praxisrelevant optimiert werden.

8. *Feedback, Datensammlung und Monitoring*

Zur Analyse der gesamten Bandbreite pflegerischer Leistungen und Effekte ist es erforderlich, ein umfassendes Datenerfassungssystem zu etablieren, mit dessen Hilfe Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren überprüft und vor dem Hintergrund von einrichtungsintern vorgegebenen Standards und Benchmarks bewertet werden können.

9. *Qualitätsentwicklungsprojekte*

Mithilfe von Qualitätsentwicklungsprojekten kann der Fokus auf spezifische Bereiche einer Einrichtung bzw. evtl. vorhandene Probleme gerichtet werden. Durch systematische Sammlung von Informationen sollten dabei zunächst alle relevanten Aspekte der Problematik (inkl. ihrer Ursachen) erfasst und analysiert werden, um im nächsten Schritt mithilfe gezielter Interventionen eine Verbesserung der Pflegequalität zu erreichen. In der Regel ist zur Sicherung erfolgter Verbesserungen eine erneute Evaluation des fortgeschrittenen Entwicklungsstandes sinnvoll.

10. *Systematische Analysen und Handlungen*

Das Qualitätssicherungs- und -entwicklungsprogramm sollte selbst ebenfalls kontinuierlich (zumindest einmal jährlich) evaluiert werden – z. B. daraufhin,

- ob messbare Indikatoren zur Weiterentwicklung der Einrichtungsqualität identifiziert werden konnten,
- ob alle relevanten Informationen gesammelt und analysiert wurden,
- ob aus den Überprüfungsergebnissen korrekte Schlussfolgerungen gezogen und daraus abgeleitete Optimierungsprozesse auch tatsächlich umgesetzt wurden und letztlich
- ob sich erwünschte Effekte (Outcomes) bei den Bewohnern der Einrichtung ergeben haben.

Insgesamt gesehen hängt der Erfolg aller Qualitätssicherungs- und -entwicklungsmaßnahmen den Autoren zufolge allerdings zentral von den einzelnen MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtung und deren persönlichem Streben nach höchst möglicher Qualität in der eigenen täglichen Arbeit ab:

„The success of your Quality Assurance and Performance Improvement (QAPI) program depends on each member of your team. Each employee regardless of job function must strive for personal excellence in the delivery of care and services geared toward quality outcomes“ (Dellefield, M. E., Kelly, A., Schnelle, J. F., 2012)

Ähnlich formuliert Weigert (2010) die Bedeutung jedes einzelnen Mitarbeiters für das Gelingen eines einrichtungsinternen Qualitätssicherungs- und -weiterentwicklungssystems. Ihm zufolge kommt den MitarbeiterInnen aller Leistungsbereiche einer Einrichtung bzw. eines Pflegedienstes eine wichtige Schlüsselrolle zu,

„da sie im Wesentlichen das Qualitätsmanagement mittragen, mitgestalten und vor allen Dingen im Team gemeinsam umsetzen. Nur gut informierte, motivierte und verantwortungsbewusste Mitarbeiter können den Träger bei dem Auftrag der Umsetzung von internen Qualitätssicherungsmaßnahmen ziel- und ergebnisorientiert unterstützen – im Sinne einer eigendynamischen und zukunftsorientierten Qualitätsentwicklung“ (Weigert, 2010).

Auch Schweingruber & Lädach (2007) betonen, dass Qualitätssicherung bzw. -entwicklung nur gelingen kann, wenn es gelingt, alle am Pflegeprozess beteiligten MitarbeiterInnen

„für die qualitativen Aspekte ihrer Arbeit zu sensibilisieren. Qualitätssicherung muss . . . darauf hinzielen, beim gesamten Krankenpflegepersonal

- Aufmerksamkeit zu erzeugen (indem die Beteiligten miteinbezogen werden)
- Interesse zu wecken (indem die Probleme und Problemlösungen demonstriert werden)
- Qualität zu zeigen (indem Stärken und Schwächen aufgezeigt werden)
- Aktionen durchzuführen (indem für Schwachstellen Lösungsmöglichkeiten dargestellt werden“ (Schweingruber, R. & Ladrach, U., 2007).

Damit MitarbeiterInnen von Pflegeeinrichtungen in der Lage sind, sich in ausreichendem Maße in die einrichtungsinternen Qualitätssicherungs- und -entwicklungsprozesse einbringen zu können, „ist es unerlässlich, dass die Mitarbeiter gut informiert sind und aktiv an den kontinuierlichen Verbesserungsprozessen mitwirken. Dies setzt voraus, dass sie für ihre Aufgaben kontinuierlich fachlich begleitet, angeleitet und geschult werden“ (Weigert, 2010).

26.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Konzepte zur Qualitätssicherung und -entwicklung sollten sich nicht nur auf eine einzelne Qualitätsdimension beschränken, sondern sich auf Aspekte von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beziehen (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013; Stemmer, R. & Arnold, J., 2014). Dementsprechend müssen unterschiedliche Instrumente zur Qualitätsmessung zum Einsatz kommen, die eine umfassende Untersuchung der Pflegequalität ermöglichen. Dabei ist die Berücksichtigung aller am Pflegeprozess beteiligten Personen(gruppen) zwingend erforderlich (American Nurses Association, 2010).

Evaluationen, die im Rahmen von Qualitätssicherungs- und -entwicklungskonzepten zur Messung von Pflegequalität durchgeführt werden, müssen sich selbst „an Qualitäts- und Effizienzkriterien messen lassen und . . . darauf verpflichtet werden, zielorientierte und praktikable Schlussfolgerungen und Wege ihrer Umsetzung zu beschreiben“ (Ollenschläger, 2007).

Im Rahmen externer Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten standardisierte Instrumentarien eingesetzt werden, um einrichtungsübergreifende Vergleiche zu ermöglichen. Es sollten genau die Instrumente genutzt werden, die zur Messung der Pflegequalität (auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene) eingesetzt werden.

26.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Es besteht ein Zusammenhang zu folgenden weiteren Kennzeichen: Qualitätsverantwortung, Internes Qualitätsmanagement, Dokumentation, Evaluation.

26.9 Literaturverzeichnis

- American Nurses Association (2010). *Nursing: Scope and Standards of Practice*. Retrieved January 19, 2016, from <http://www.nursesbooks.org/ebooks/download/NursingScopeStandards.pdf>.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2008). *Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung*. Retrieved February 05, 2016, from http://www.aezq.de/aezq/kompendium_q-m-a/.
- Barnhorst, A. B., Martinez, M., & Gershengorn, H. B. (2015). Quality improvement strategies for critical care nursing. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 24(1), 87–92. Retrieved January 19, 2016, from <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/1/87.full.pdf>.
- Bonato, M. (2011). *Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt „Pflege-TÜV“: Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis*. Retrieved January 19, 2016, from http://www.bah-web.de/home/html/infocenter/infocenter_doc/Abschlussbericht_Bonato_Kommission_gesamt.pdf.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2015a). Gesetz über die Beruf in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG): AltPflG.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2015b). Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG): KrPflG.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2015c). Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013). *Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen - Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012*. Retrieved January 19, 2016, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/2013-02-08_Pflege_Massstaebe_und_Grundsaeetze_teilstationaer.pdf.
- Büscher, A. (2013). Die Entwicklung in der Pflege vorantreiben. *Pflegezeitschrift*, 66(2), 68–70. Retrieved January 19, 2016, from http://tisrv09.kohlhammer.de/w_kohlhammer/download/Portale/Zeitschriften/Pflegezeitschrift/Februar_2013/Buescher.pdf.
- Dellefield, M. E., Kelly, A., Schnelle, J. F. (2012). *Quality Assurance and Performance Improvement in Nursing Homes: Using Evidence-Based Protocols to Observe Nursing Care Processes in Real Time: QAPI - for SLC*. Retrieved January 19, 2016, from http://www.goriskresources.com/Newsletter/2014/3q_nf_QAPI.pdf.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015). *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*. Retrieved January 27, 2016, from <http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/DNQP-Methodenpapier2015.pdf>.
- Dolansky, M. A. & Moore, S. M. (2013). Quality and Safety Education for Nurses (QSEN): The Key ist Systems Thinking. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(3). Retrieved January 19, 2016, from <http://www.nursingworld.org/Quality-and-Safety-Education-for-Nurses.html>.
- Fröse, S. (2014). *Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen* (3., vollst. überarb. Aufl.). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH.
- Geraedts et al. (2011). Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(2), 185–193, from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-010-1199-4#page-1>.
- Health Information and Quality Authority (2010). *Guidance on Developing Key Performance Indicators and Minimum Data Sets to Monitor Healthcare Quality*. Retrieved January 19, 2016, from <https://www.hiqa.ie/publications/guidance-developing-key-performance-indicators-kpis-and-minimum-data-sets-monitor-health>.
- Health Information and Quality Authority (2013). *Guidance on Developing Key Performance Indicators and Minimum Data Sets to Monitor Healthcare Quality*. Retrieved January 25, 2016, from <https://www.hiqa.ie/system/files/KPI-Guidance-Version1.1-2013.pdf>.
- Kelley, E. & Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*. OECD. Retrieved January 27, 2016, from <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>.
- König, J. (2010). *Der MDK - mit dem Gutachter eine Sprache sprechen: Alles über die Einstufungspraktiken und die Qualitätsprüfung nach [Abschnitt] 112 in Verbindung mit [Abschnitt] 114 SGB XI des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie anhängende Prozesse der Qualitätssicherung* (7., aktualisierte Aufl.). *Pflege Kolleg*. Hannover: Schlütersche.
- Luger, E. M. (2014). Qualitätssicherung in der Pflege - europäischer und nationaler Kontext. *WISO*, 37(4), 76–90. Retrieved January 19, 2016, from http://www.isw-linz.at/themen/dbdocs/LF_Luger_4_14.pdf.
- McFadden, K. L., Stock, G. N., & Gowen, C. R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health care management review*, 40(1), 24–34. Retrieved January 19, 2016.
- Ollenschläger (2007). *Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege: Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS)*. Köln. Retrieved February 05, 2016, from http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/GAGO_BUKOQS_0704final.pdf.
- Parisi, L. (2014). Quality Assurance and Performance Improvement (QAPI) in Healthcare for Older Adults. Retrieved January 19, 2016.

- Schweingruber, R. & Ladrach, U. (2007). Qualitätssicherung in der Pflege. *Managed Care*, (6), 42–44. Retrieved January 19, 2016, from <https://www.yumpu.com/de/document/view/21000065/qualitatssicherung-in-der-pflege-forum-managed-care>.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved January 10, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html.
- Stemmer, R. & Arnold, J. (2014). *Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung*. Mainz. Retrieved January 24, 2016, from https://www.kh-mz.de/fileadmin/user_upload/aktuelles/aktuelles/expertise_ergebnisqualitaetsindikatoren_stationaere_pflege_stemmer___arnold_2014.pdf.
- Tricco, A. e. a. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-Analysis. *Canadian Medical Association journal*, 186(15), 1125–1126. Retrieved January 19, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203622/pdf/186e568.pdf>.
- U. S. Department of Health and Human Services (2011). *Quality Improvement*. Retrieved January 19, 2016, from <http://www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf>.
- Wech, D. (2014). Qualitätsverbesserung in der Pflege. *ifo Schnelldienst*, 67(21), 54–57. Retrieved January 19, 2016.
- Weigert, J. (2010). *100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege* (2., aktualisierte Aufl.). *Brigitte Kunz Verlag - Pflege Leicht*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Winter, U. (2013). Qualität entwickeln. *Häusliche Pflege*, 22(8), 26–29. Retrieved January 20, 2016.

27 Erläuterungen zum Kennzeichen „Hygiene“

27.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie ist das Kennzeichen „Hygiene“ in der stationären und ambulanten Pflege definiert?
- Welche Standards oder Richtlinien in Bezug auf Hygiene existieren in der ambulanten/stationären Pflege?
- Welche Herausforderungen oder Probleme können bei der Pflege von BewohnerInnen von Alten- oder Pflegeheimen und Menschen mit Pflegebedarf im ambulanten Setting in Bezug auf Hygiene auftreten?
- Welche Anforderungen können an den Aspekt der Hygiene im Hinblick auf Qualitätssicherung gestellt werden?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Hygiene“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

27.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Ältere und pflegebedürftige Menschen sind aufgrund oft umfangreicher pflegerischer und medizinischer Maßnahmen, verbunden mit einer eingeschränkten Abwehrsituation und Multimorbidität, vermehrt gefährdet eine Infektion zu erleiden. Gleichwohl ist anzuerkennen, dass diese Gefährdung nicht für alle Menschen mit Pflegebedarf gleich groß ist. Entsprechend können die Anforderungen der Infektionsprävention nach der Art der pflegerischen Betreuung, die als „eher soziale Betreuung“ (BewohnerInnen versorgen sich nahezu selbständig) oder „eher pflegerische Betreuung“ (BewohnerInnen mit andauernden, schwerwiegenden Beeinträchtigungen) einzuordnen ist, differenziert werden (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, 2005).

Das Thema Hygiene in der ambulanten und stationären Pflege kann nach Infektionsprävention und dem Umgang mit vorliegenden Infektionen differenziert werden. Grundlegende Rahmenbedingungen hinsichtlich der Hygiene sind im Infektionsschutzgesetz (IfSG) und in den Länder-Heimgesetzen festgelegt. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (RKI) gibt Empfehlungen auch für die stationäre und ambulante Pflege heraus.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass einheitliche Hygienestandards in stationären Einrichtungen aufgrund der vorliegenden Strukturen, im Gegensatz zur ambulanten Betreuung, einfacher einzuhalten sind. In der ambulanten Pflege erfordert die Einhaltung der Standards ein hohes Maß an fachlicher Expertise und Flexibilität (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, 2005).

In stationären und ambulanten Settings bedarf es der Förderung von MitarbeiterInnen, hinsichtlich ihrer fachlichen Expertise zu Fragen der Hygiene (Griffith, Renz, Hughes, & Rafferty, 2009), da bereits in früheren Untersuchungen die fachliche Expertise als Indikator im Zusammenhang mit dem Auftreten nosokomialer Infektionen aufgezeigt wurde (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002). Als weiterer Einflussfaktor für das Auftreten hygienischer Mängel im Bereich der Altenpflege muss eine niedrige personelle Besetzung in Pflegeheimen angesehen werden (Castle, Wagner, Ferguson, & Handler, 2014).

27.3 Stand der Literatur

In der englischsprachigen Literatur wird häufig der Begriff „healthcare-associated infection“ (HAI) benutzt, um Infektionen, die im Kontext mit pflegerischen Leistungen sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeeinrichtungen vorliegen, zu beschreiben. Im weiteren Verlauf wird dieser Terminus ebenfalls verwendet.

Angesichts der maßgeblichen Erkrankungsrate und den hohen Kosten im Gesundheitswesen durch HAI, untersuchten Saint et al. (2010) die Bedeutung des Führungsverständnisses hinsichtlich der Prävention der HAI in amerikanischen Pflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Führungsverhalten in den jeweiligen Einrichtungen eine sehr bedeutsame Rolle für die Infektionsprophylaxe spielt. Demnach gelang es den einzelnen Leitungen im Hinblick auf das Hygieneverständnis, eine bessere klinische Expertise der einzelnen Mitarbeiter zu entwickeln, effektive Kommunikationsstrukturen zu implementieren und auch strukturelle Barrieren zu überwinden (Saint et al., 2010). Auch die Studie von Griffith et al. (2009) verweist auf die Bedeutung eines hygieneorientierten, positiven Führungsverständnisses für die Akzeptanz und Umsetzung von Maßnahmen des Infektionsschutzes.

Wichtige Faktoren für eine effektive Vorgehensweise zur Infektionsverhütung, stellen organisationelle Elemente wie Förderung von Fortbildungsmaßnahmen und allgemeine Organisationsstrukturen im Kontext mit Hygienemaßnahmen dar.

Needleman et al. (2002) untersuchten die Häufigkeit des Auftretens nosokomialer Infektion unter Berücksichtigung der Qualifikation der Pflegekraft. Es zeigt sich, dass bei den Patientengruppen, die länger von examinierten Pflegepersonen betreut werden, signifikant weniger nosokomiale Infektionen auftreten ($p = 0.04$).

Castle et al. (2014) untersuchten in amerikanischen Pflegeheimen mögliche Zusammenhänge zwischen der Nichterfüllung landes- bzw. bundesspezifischen Anforderungen an die Händehygiene und der Charakteristika der Pflegeheime. Die Untersuchung ($n = 148.900$) wurde über den Zeitraum von 2000 bis 2009 durchgeführt. Dabei wurden die Daten mittels OSCAR (Online Survey, Certification And Reporting data) erhoben. Die untersuchte Stichprobe setzte sich aus Pflegenden unterschiedlicher fachlicher Expertise zusammen (‘nurse aides’, ‘licensed practical nurses’ und ‘registered nurses’). Die Ergebnisse zeigen eine jährliche Nichterfüllungsquote der Hygieneanforderungen von durchschnittlich 9 % in allen untersuchten Heimen. Der Grad der Nichterfüllung von Hygieneanforderungen korreliert mit einer niedrigen personellen Besetzung der jeweiligen Pflegeheime.

Die auf Deutschland bezogenen Ergebnisse einer europaweiten Prävalenzerhebung ergaben eine Medianprävalenz von 1,7 %. Die symptomatischen Harnwegsinfektionen (28,4 %), Haut- und Weichgewebeinfektionen (27,9 %) und Atemwegsinfektionen (24,7 %) zeigen sich als häufigste Infektionsarten in deutschen Pflegeheimen (Ruscher, Kraus-Haas, Martina, Nas-sauer, Alfred, & Mielke, 2015). Eine Querschnittuntersuchung zum Hygienemanagement in einer stationären Einrichtung der Altenpflege in Deutschland, (mit einem allerdings eher geringen Rücklauf von 27 %) weist auf ein insgesamt gut aufgestelltes einrichtungsinternes Hygienemanagement hin. Schwächen zeigen sich im Bereich der Schnittstellen zu externen Diensten (Krankenhäuser und Hausärzte) (Peters et al., 2014).

Engelhart et al. (2009) führten fünf Prävalenzuntersuchungen hinsichtlich pflegeheimassozii-erter Infektionen in vier verschiedenen Heimen in Nordrhein-Westfalen durch. Zu Beginn der Studie wurde in allen Heimen anhand einer Checkliste die hygienische Struktur- und Pro-zessqualität erfasst. Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävalenz pflegeheim-assozii-erter In-fektionen bei 6,8 % lag, wobei diese proportional zur jeweiligen Pflegestufe anstieg. Der größte Anteil lag im Bereich der saisonal bedingten Atemwegsinfektionen (4,1 %). Danach folgten Haut- bzw. Weichteilinfektionen (1,5 %) und Harnwegsinfektionen (0,7 %). Bei der Risikoadjustierung nach Pflegestufen zeigten die verschiedenen Heime nur geringe Unter-schiede im Hinblick auf die standardisierten Infektionsraten.

Popp et al. (2006) führten eine Erfassung der Hygienemaßnahmen in zehn ambulanten Pfl-egediensten in Nordrhein-Westfalen durch. Den Ergebnissen der Studie ist eine unzureichen-de Erstellung (mangelnde Anpassung an die Gegebenheiten vor Ort) und Handhabung der Hygienepläne zu entnehmen. Des Weiteren hatte keine hygienebeauftragte Person eine ent-sprechende Qualifikation gemäß der Empfehlungen der DGKH. Darüber hinaus zeigte sich in Feldbeobachtungen, dass Pflegenden eine unbefriedigende Händedesinfektion durchführten. Ferner stellte kein einziger Pflegedienst eine vollständige Dienstkleidung zur Verfügung, so-dass die Pflegeinterventionen in Privatkleidung durchgeführt wurden (Popp, Hilgenhöner, Dogru-Wiegand, Hansen, & Daniels-Haardt, 2006). Die Autoren diskutieren ihre Ergebnisse mit Bezug zu den Daten, die im Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDS) nach § 114 SGB XI vorliegen. Dem Bericht des MDS zufolge wurden nachweislich in 51 % der untersuchten Pflegedienste (n = 800) Regelungen zur Hygiene eingesetzt. Die zentral untersuchten Aspekte des MDS waren die Regelungen zur Händedesinfektion, der Umgang mit Schmutzwäsche und der Aspekt der Handhabung mit Geräten und Hilfsmitteln. Die Qualitätsprüfungen erfolgten unter Einsatz des Erhebungsbogens zur Prüfung der Quali-tät nach §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege. Popp et al. sehen dieses Messin-strument als unzureichend an, „da die inhaltlich-hygienische Qualität nicht definiert ist“ (Popp et al., 2006).

Eine besondere Herausforderung stellt die Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in pflegerischen Einrichtungen sowie in ambulanten Bereichen dar.

Die MRSA-Prävalenz bei BewohnerInnen in der Langzeitpflege liegt zwischen 7,6 und 9,2 % (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, 2014). BewohnerInnen mit vorhergehenden stationären Krankenhausaufenthal-ten, einer systemischen Behandlung mit Breitspektrumantibiotika, Wunddefekten sowie einer eingeschränkten Mobilität weisen ein erhöhtes Risiko für die Besiedelung mit MRSA Erregern

auf (Pfungsten-Würzburg, Pieper, & Bautsch, 2011; Stone et al., 2012; Suetens et al., 2007; Woltering, Hoffmann, & Daniels-Haardt, 2008). Personen, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind, haben eine erhöhte Prävalenzrate (0,4 bis 5,3 %) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Joos, 2009; Kaminski, Kammler, Wick, Muhr, & Kutscha-Lissberg, 2007; Saßmannshausen).

Eine erhöhte Compliance bei der Händehygiene kann zu einer Senkung von Prävalenz und Inzidenz nosokomialer MRSA-Infektionen führen (Lai, Fontecchio, S., Melvin, Z., & Baker, 2006). Die Übertragung der Erreger erfolgt neben Hautkontakt über Kontakte mit Medizinprodukten und Pflegeutensilien (Dancer, White, Lamb, Girvan, & Robertson). Bewohnerbezogene Faktoren wie das Vorhandensein von Hautschädigungen, Blasenverweilkatheter und PEG-Sonden werden als riskant angesehen (Stone et al., 2012).

Für den Bereich der ambulanten Pflege ist die Studienlage bezüglich des Infektionsrisikos von MRSA-Erregern unzureichend. Es ist aber davon auszugehen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung proportional zu der Dauer und der Häufigkeit des Kontaktes innerhalb der häuslichen Gemeinschaft steigt. Das Risiko einer Infektion durch MRSA-Erreger im häuslichen Umfeld wird als begrenzt beschrieben, gleichwohl Personen mit chronischen Wunden respektive vorhandener Disposition als gefährdet eingestuft werden. Daher empfehlen sich Maßnahmen einer konsequent durchgeführten Basishygiene sowie die Durchführung entsprechender Schulungen beim Pflegepersonal (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, 2014).

27.4 Rechtliche Aspekte

Grundlegende Rahmenbedingungen bezüglich der Hygiene in Pflegeheimen sind im Infektionsschutzgesetz (IfSG) und in den Landes-Heimgesetzen festgelegt. In Bezug auf die rechtliche Relevanz können Hygienemaßnahmen in den Bereich der produktbezogenen Maßnahmen und den Bereich der pflegerischen Dienstleistungen kategorisiert werden (Nassauer & Mielke, 2007).

§ 36 IfSG Abs. 1 verpflichtet u. a. Einrichtungen, die dem Heimgesetz unterliegen, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Infektionshygiene festzulegen. Ein weitere Aspekt, der zur Prävention nosokomialer Infektionen dienen soll besteht darin, dass

„Personen, die . . . in ein Pflegeheim . . . aufgenommen werden sollen, . . . vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen (haben), dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind“ (Robert Koch-Institut).

Die im Infektionsschutzgesetz grundlegende Verpflichtung an die Träger von Einrichtungen, infektionshygienische Maßnahmen zu ergreifen, wird von den Heimgesetzen der Länder regelmäßig in den Anforderungen zum Betrieb eines Heimes aufgegriffen. Beispielsweise heißt es in § 15 Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) des Landes Rheinland-Pfalz:

„(1) Eine Einrichtung . . . darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung . . . Für einen ausreichenden Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Infektionen Sorge tragen

und in Hygieneplänen die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Sicherstellung der erforderlichen Infektionshygiene festlegen“ (LWTG).

Die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI nimmt die Einhaltung hygienischer Standards jeweils als Ergebniskriterium auf (SGB XI).

Laut § 4 IfSG erarbeitet das RKI Richtlinien und Empfehlungen. Deren rechtliche Verbindlichkeit ist jedoch begrenzt.

„Die regelrechte Behandlung wird nicht, jedenfalls nicht allein, durch Richtlinien bestimmt. Vielmehr beurteilt sich die zu beobachtende Sorgfalt nach dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zur Zeit der Behandlung. Richtlinien – und für Leitlinien gilt nichts anderes – können diesen Erkenntnisstand nur deklaratorisch wiedergeben und nicht begründen“. (Nassauer & Mielke, 2007)

27.5 Gibt es Mindeststandards?

Im Mittelpunkt stehen die rechtlichen Vorgaben wie die Verpflichtung zur Erstellung von Hygieneplänen. In der Praxis bekommen die im Bundesgesetzblatt veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des RKI zur Infektionsprävention in Heimen und in der ambulanten Pflege jedoch den Charakter eines Mindeststandards (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, 2005; Nassauer & Mielke, 2007).

Die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des RKI zur Infektionsprävention in Heimen gilt primär für stationäre Pflegeeinrichtungen, sie kann aber auch mit Gewinn auf die ambulante Pflege bezogen werden. Primär sind einrichtungsintern personelle und organisatorische Voraussetzungen zu schaffen. Zudem ist mit dem Ziel der Koordination infektionspräventiver Maßnahmen die Kommunikation mit externen Dienstleistern maßgeblich. Die Bedeutung von Aus- und Weiterbildung für die Reduktion von Infektionen ist belegt und unterstreicht die Relevanz der Empfehlungen, die sich u. a. mit folgenden Themen beschäftigen:

- Sachkenntnis beim Fachpersonal sicherstellen
- Einsatz eines/einer Hygienebeauftragten
- Einsatz einer Hygienekommission
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Erstellung und Umsetzung eines Hygieneplanes und Infektionspräventionskonzeptes als Teil des Qualitätsmanagements
- Sicherstellung einer adäquaten Händehygiene/Händedesinfektion
- Gefährdungsangepasstes Tragen von Schutzkleidung
- Beachtung der Regularien zur Aufbereitung von Medizinprodukten und Pflegeartikeln
- Beachtung der Regularien zur Flächenreinigung und Flächendesinfektion
- Einhaltung von Maßnahmen zur Prävention von Harnwegsinfektionen

- Prävention von Bakteriämie und Sepsis
- Prävention von Atemwegsinfektionen
- Prävention von Haut- und Weichteilinfektionen
- Prävention gastrointestinaler Infektionen
- Mundhygiene
- Verhalten bei gehäuftem Auftreten von Infektionen
- Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz
- Maßnahmen bei Auftreten von Erregern mit besonderen Eigenschaften
- Mikrobiologische Screeninguntersuchungen
- Antiseptische Sanierung von Erregerträgern (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, 2005).

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene veröffentlichte eine S1-Leitlinie „Hygienebeauftragte(r) in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen“ (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, 2012). Diese Leitlinie legt die Aufgaben sowie Inhalt und Aspekte der Weiterbildung zur/zum Hygienebeauftragte(n) in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen fest. Zu den Aufgaben gehören:

„Mitwirkung bei der Einhaltung der Regeln der Hygiene und Infektionsprävention . . ., Erstellung, Fortschreibung und Überwachung der Einhaltung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG und von Arbeitsplänen nach hygienischen Gesichtspunkten, Mitwirkung bei der Erkennung von nosokomialen Infektionen . . ., Mitwirkung bei der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen durch allgemeine und bereichsspezifische Beratung“ (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, 2012).

Hinsichtlich der Weiterbildung definiert die Leitlinie den Zweck der Weiterbildung, die Zugangsvoraussetzungen, den zeitlichen Umfang und Inhalte der Weiterbildung (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, 2012).

Bei Vorliegen von MRSA werden neben der Einhaltung der Bestimmungen der Basishygiene wie Händehygiene, die Reinigung bzw. Desinfektion von Flächen, die ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten, die vorschriftsmäßige Abfallentsorgung, der Umgang mit Wäsche und Geschirr sowie der Einsatz persönlicher Schutzausrüstung, vor allem das Tragen von Einmalhandschuhen, erregerdichten Schutzkitteln sowie einem Mund-Nasenschutz im Kontakt mit infizierten Personen als Barrieremaßnahme zur Vermeidung von MRSA-Übertragungen empfohlen (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, 2014).

Die Information bzw. Schulung bezüglich der Einhaltung allgemeiner bzw. spezieller Hygienemaßnahmen aller im Kontakt zu infizierten Menschen mit Pflegebedarf stehender Personen, sowie die umgehende Informierung des Hygienefachpersonals, stellen MRSA-spezifische Maßnahmen dar, die gleichermaßen für den stationären wie den ambulanten Bereich gelten. Darüber hinaus ist zu beachten, dass in Bereichen von MRSA-positiven Per-

sonen keine Vorratshaltung von Pflegematerialien erfolgt (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, 2014).

27.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die leitende Person des Heimes trägt die Verantwortung für die Sicherung der hygienischen Anforderungen. Darüber hinaus nimmt diese Person ebenfalls die Verantwortung für nachgeordnete Instanzen wahr. Unterstützend kann die Leitungsperson eine/n Hygienebeauftragte/n einsetzen. „Der Umfang des Einsatzes richtet sich nach Pflegeintensität und Klientenzahl“ (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, 2012). Die fachliche Expertise und die damit einhergehende Sachkenntnis im Kontext mit den Anforderungen an die Hygiene, ist als wesentlicher Faktor bezüglich einer adäquaten Infektionsprävention anzusehen (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, 2005).

Dies gilt gleichermaßen für den stationären als auch für den ambulanten Bereich. Grundsätzlich bedarf es einer Anpassung der Rahmenhygienepläne für das stationäre bzw. das ambulante Setting (Popp et al., 2006).

Für eine effiziente bzw. gut koordinierte Infektionsprävention, stellt die Miteinbeziehung externer Schnittstellen (wie beispielsweise die jeweiligen HausärztInnen) einen wesentlichen Faktor dar. Eine frühzeitige Zusammenarbeit hinsichtlich der Diagnostik und den entsprechenden Therapien können als zentraler Aspekt hinsichtlich der Infektionsvermeidung angesehen werden, da diese frühzeitig erkannt und somit rasch behandelt werden können (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, 2005).

Herausforderungen zeigen sich besonders im ambulanten Bereich, da hier vor allem private Kleidung im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen getragen wird. Außerdem zeigen sich Defizite im ambulanten Setting durch den inadäquaten Einsatz von nicht modifizierten Hygieneplänen sowie dem fehlenden Vorhandensein von Hygieneverantwortlichen (Popp et al., 2006).

27.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Relevante Aspekte in Bezug auf die hygienebezogenen Qualitätsmessungen gehen aus den IfSG sowie den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch Institut (RKI) hervor. Die Empfehlungen richten sich an Einrichtungen, in denen außerhalb von Krankenhäusern - sowohl stationär als auch ambulant - pflegerische Maßnahmen durchgeführt werden (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, 2005).

Ein wesentlicher Faktor, der Einfluss auf das Infektionsrisiko bei der Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Menschen nimmt, ergibt sich aus der Summe der erforderlichen pflegerisch-hygienischen Maßnahmen und den verfügbaren individuellen Abwehrkräften der pflegebedürftigen Personen. Darüber hinaus können Infektionen durch (Multi-)Morbidity der pflegebedürftigen Menschen begünstigt werden. Die Anforderungen der Infektionsprävention

unterscheiden sich durch die Art der pflegerischen Betreuung, die als „eher soziale Betreuung“ (BewohnerInnen versorgen sich nahezu selbständig) oder „eher pflegerische Betreuung“ (BewohnerInnen mit andauernden, schwerwiegenden Beeinträchtigungen) definiert wird (Engelhart, Hanses-Derendorf, Exner, & Kramer, 2005). Dabei ist zu berücksichtigen, dass einheitliche Hygienestandards in stationären Einrichtungen aufgrund der vorliegenden Strukturen, im Gegensatz zur ambulanten Betreuung, einfacher einzuhalten sind. Dies erfordert ein hohes Maß an fachlicher Expertise und Flexibilität für die beteiligten Parteien im ambulanten Setting (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, 2005).

Neben der Überprüfung von Strukturkriterien wie dem Vorliegen von Hygieneplänen, dem Angebot von Schulungen oder dem Vorhandensein von geeigneten Materialien, sollte auch die Ergebnisebene mit in die Qualitätsprüfung aufgenommen werden.

Hierzu lohnt ein detaillierter Blick auf ein geeignetes Pflegeassessmentinstrument. Zu den international wichtigsten Pflegeassessmentinstrumenten gehört das Resident Assessment Instrument, das RAI. In den USA entwickelt, findet es im deutschsprachigen Raum hauptsächlich Anwendung in der Schweiz und in Teilen Österreichs (Rappold, 2007).

Das Resident Assessment Instrument findet dabei in der stationären wie auch in der ambulanten Pflege Verwendung. Mittlerweile liegen RAI-Spezifikationen für unterschiedliche Felder vor, z. B. Home Care (interRAI HC), Community Health Assessment (interRAI CHA), Long Term Care Facility (interRAI LTCF) oder Palliative Care (interRAI PC). Das RAI-Instrumentarium besteht jeweils aus dem Minimum Data Set, der Risikoerkennungstafel, Abklärungshilfen, die Abklärungszusammenfassung, sowie ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren und Pflegeaufwandsgruppen (Stolle, 2010).

Die Problembereiche, die das RAI 2.0. umfasst, sind u. a.: Kognition, Verhalten, akute Verwirrtheit, psychosoziales Wohlbefinden, Kommunikative Fähigkeiten, Hygiene, Inkontinenz, Aktivitäten, Ernährungszustand, Dekubitus etc. (Grebe & Brandenburg, 2015).

Im Zusammenhang mit der Qualitätsmessung des Kennzeichens ‚Hygiene‘ ist interessant, dass das RAI geeignet ist, eine Prävalenzrate der Infektionen und/oder der Harnwegsinfektionen abzuleiten (Hutchinson et al., 2010).

27.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen „Hygiene“ steht in Beziehung zu: Verantwortliche Pflegekraft, Beratung/Anleitung von Nichtfachkräften; Pflegefachlichkeit, Expertenstandard Harninkontinenz, Expertenstandard Chronische Wunde, Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel incl. Pflegehilfsmittel, Personalentwicklung, Fortbildung, Arbeitsbedingungen, Wirtschaftlichkeit, Qualitätsverantwortung, Internes Qualitätsmanagement, Sicherung und Entwicklung der Qualität, Dokumentation, Evaluation.

27.9 Literaturverzeichnis

- Castle, N., Wagner, L., Ferguson, J., & Handler, S. (2014). Hand hygiene deficiency citations in nursing homes. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 33(1), 24–50.
- Dancer, S. J., White, L. F., Lamb, J., Girvan, E. K., & Robertson, C. (2009). Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study. *Bio Med Central*, 2009, 7–28. Retrieved February 10, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700808/>.
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (2012). *S1-Leitlinie: Hygienebeauftragte® in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten und gemeinschaftlichen Wohnformen*. Unpublished manuscript.
- Engelhart, S. T., Hanes-Derendorf, L., Exner, M., & Kramer, M. H. (2005). Prospective surveillance for healthcare-associated infections in German nursing home residents. *The Journal of Hospital Infection*, 46–50.
- Grebe, C., & Brandenburg, H. (2015). Resident assessment instrument: Application options and relevance for Germany. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. (48 (2)), 105–113.
- Griffith, P., Renz, A., Hughes, J., & Rafferty, A. M. (2009). Impact of organization and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *The Journal of Hospital Infection*, 2009, 1–14.
- Hutchinson, A., Milke, D., Johnson, S., Squires, J., Teare, G., & Estabrooks, C. (2010). The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Services Research*. Retrieved February 10, 2016, from <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-166>.
- Joos, A. K. (2009). MRSA-Personalscreening in einer Chirurgischen Universitätsklinik. *Hygiene & Medizin*. (34), 183–187.
- Kaminski, A., Kammler, J., Wick, M., Muhr, G., & Kutscha-Lissberg, F. (2007). Transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among hospital staff in a German trauma centre: a problem without a current solution? *J Bone Joint Surg Br* 89:642–645. *The Bone and Joint Journal*. (89), 642–645.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (2014). Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen.: Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt*. (57), 696–732.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (2005). Infektionsprävention in Heimen. *Bundesgesundheitsblatt*. (48), 1061–1080.
- Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) (March 22, 2013). Retrieved February 11, 2016, from https://www.mainz.de/medien/internet/downloads/dezernat/Rheinland-Pfalz_LWTG_02.pdf.
- Lai, K. K., Fontecchio, S., Melvin, Z., & Baker, S. P. (2006). Impact of alcohol-based, waterless hand antiseptic on the incidence of infection and colonization with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant enterococci. *Infection control and hospital epidemiology*. (27), 1018–1024.
- Nassauer, A., & Mielke, M. (2007). Krankenhaushygiene: Möglichkeiten und Grenzen bei der Beratung durch das Robert Koch-Institut im Rahmen täglicher Anfragen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (50), 359–367.

- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care. *New England Journal of Medicine*, 22(346), 1715–1722.
- Peters, C., Schablon, A., Bollongino, K., Maaß, M., Kaß, D., Dulon, M., et al. (2014). Multiresistant pathogens in geriatric nursing - infection control in residential facilities for geriatric nursing in Germany. *GMS Hygiene and Infection Control*, 9(3).
- Pfingsten-Würzburg, S., Pieper, D. H., & Bautsch, W. (2011). Prevalence and molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in nursing home residents in northern Germany. *Journal of hospital infection*. (78), 108–112.
- Popp, W., Hilgenhöner, M., Dogru-Wiegand, S., Hansen, D., & Daniels-Haardt, I. (2006). Hygiene in der ambulanten Pflege. Eine Erfassung bei Anbietern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49(12), 1195–1204.
- Rappold, E. (2007). SMAF, RAI und ICF - Pflegeassessmentinstrumente für den extramuralen Bereich. *Pflege*. (20 (4)), 205–210.
- Robert Koch-Institut (2000). Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen.: Infektionsschutzgesetz (IfSG).
- Ruscher, C., Kraus-Haas, Martina, Nassauer, Alfred, & Mielke, M. (2015). Healthcare-associated infection and antimicrobial use in long term care facilities (HALT-2). *Bundesgesundheitsblatt*.
- Saint, S., Kowalski, C. P., Banaszak-Holl, J., Forman, J., Damschroder, L., & Krein, S. L. (2010). The importance of leadership in preventing healthcare-associated infection: results of a multisite qualitative study. *Infection control and hospital epidemiology*, 901–907.
- Saßmannshausen, R. (2012). *Prävalenz und Sanierung von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) bei Klinikpersonal im deutschen Teil des EUREGIO-Gebietes*. Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved December 28, 2015, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.
- Stolle, C. (2010). Studie: Resident Assessment Instrument (RAI) verbessert Effektivität und Effizienz im Pflegedienst. *Häusliche Pflege*. (19 (7)).
- Stone, N. D., Lewis, D. R., Lowery, H. K., Darrow, L. A., Kroll, C. M., Gaynes, R. P., et al. (2012). Importance of bacterial burden among methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriers in a long-term care facility. *Infection control and hospital epidemiology*. (29), 143–148.
- Suetens, C., Niclaes, L., Jans, B., Verhaegen, J., Schuermans, A., van Eldere, J., et al. (2007). Determinants of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriage in nursing homes. *Age and Aging (Oxford Journals)*, 3(36), 327–330.
- Woltering, R., Hoffmann, G., & Daniels-Haardt, I. (2008). Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in patients in long-term care in hospitals, rehabilitation centers and nursing homes of a rural district in Germany. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 999–1003.

28 Erläuterungen zum Kennzeichen „Personalentwicklung“

28.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird Personalentwicklung in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen Personalentwicklung Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?
- Welche Bedeutung hat Personalentwicklung für die Pflege ambulant/stationär (Pflegebedürftige, Mitarbeitende, Pflegeeinrichtungen)?
- Wodurch wird die Personalentwicklung in der Pflege gefördert oder behindert?

28.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

In der Literatur gibt es nach wie vor kein einheitliches Verständnis darüber, was genau Personalentwicklung (PE) ist. Häufig noch wird Personalentwicklung mit betrieblicher Fort- und Weiterbildung gleichgesetzt (Meifert & Ulrich, 2013).

In einem weiteren Verständnis des Begriffs meint Personalentwicklung „alle Maßnahmen der Bildung, der Förderung und der Organisationsentwicklung, die zielgerichtet, systematisch und methodisch geplant, realisiert und evaluiert werden (Becker, 2013). Personalentwicklung soll die Entwicklung des Unternehmens dadurch unterstützen, dass rechtzeitig und ausreichend qualifizierte und motivierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Verfügung stehen.

Im Blick auf sich stetig verändernde Rahmenbedingungen wie Demografie, Arbeitsmarkt, gesetzliche Anforderungen, Bedarfe von Kunden soll Personalentwicklung dafür Sorge tragen, dass die Fähigkeiten der Mitarbeitenden entsprechend vorhanden sind und keine Lücken entstehen (ebd.).

Im Unterschied zu anderen Berufsfeldern wird auch bei einem zukünftig evtl. höheren Einsatz an technischen Mitteln der Mensch bei der Pflege des Mitmenschen von entscheidender Bedeutung für die Qualität bleiben. Damit ist es Aufgabe der Personalentwicklung, in der Pflege die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass die Leistungsfähigkeit und die Qualifikation der Mitarbeitenden erhalten bleiben und entwickelt werden. Dies beinhaltet auch die Weiterentwicklung der Führungskompetenz der Leitungskräfte sowie entsprechender Strukturen und Verantwortlichkeiten (Zietschmann, 2005). Mit Blick auf die Demografie und den Fachkräftemangel besteht die zentrale Aufgabe der Personalentwicklung in der Pflege vor allem auch in der Sicherstellung des benötigten Personals durch Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Gewinnung und Bindung.

28.3 Stand der Literatur

Zum Begriff Personalentwicklung in der Pflege

Im Gesundheitswesen fand der Begriff Personalentwicklung erste Erwähnung in den 1970er Jahren (Loffing & Geise, 2005). In der Literatur findet sich keine eigenständige Definition zur Personalentwicklung in der Pflege. Spezifische Fachliteratur zu den Begriffen Personalentwicklung oder Personalmanagement findet sich in der Pflege wenig.

Ein umfassendes Verständnis von Personalentwicklung, wie Becker es formuliert hat, ist lediglich ansatzweise in der pflegespezifischen Literatur abgebildet (Becker, 2013).

In der Expertise „Personalmanagement in der stationären Altenpflege“ (Zietschmann, 2005) finden sich als Aufgabenfelder des Personalmanagements in der Pflege eine Fülle von Hinweisen zur Gestaltung eines erfolgreichen Personalmanagements als Voraussetzung für ein gutes Betriebsklima und damit auch der Qualität der Pflege.

„Die Qualität der stationären Pflege hängt in hohem Maße vom Betriebsklima der Einrichtung ab. Der Entwicklung des Aktivpostens „Personal“ wird bei den Diskussionen um die Weiterentwicklung der Pflege nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet“ (Zietschmann, 2005)

In ihren Handlungsempfehlungen formuliert die Verfasserin: „Die Qualität in der Pflege setzt eine gezielte Fortbildung und Personalentwicklung voraus. Auch sie muss klar definierten Qualitätskriterien entsprechen“ (Zietschmann, 2005). In den Kernaussagen beschreibt Zietschmann Elemente des Personalmanagements wie Anforderungsprofile, Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen, klare Aufbau- und Ablauforganisation als Voraussetzung wirksamer Führung (ebd.) Damit bleibt sie anschlussfähig an den weiten Begriff der Personalentwicklung, wie ihn Becker formuliert hat.

Loffing und Geise (Loffing & Geise, 2005) legen ihren Ausführungen zur „Personalentwicklung in der Altenpflege“ die Definition zur Personalentwicklung von (Mentzel, 2012) als:

„Inbegriff aller Maßnahmen, die der individuellen beruflichen Entwicklung dienen und ihnen unter Beachtung ihrer beruflichen Interessen die zur optimalen Wahrnehmung ihrer jetzigen und künftigen Aufgaben erforderlichen Qualifikationen vermitteln“ (Loffing & Geise, 2005).

zu Grunde und bleiben auch in der Beschreibung ihres Praxisbeispiels zur Einführung eines Personalentwicklungskonzepts bei einer engen Auslegung des Begriffs Personalentwicklung im Sinne von Personalentwicklung durch Fortbildungsmaßnahmen, denen jedoch eine Bildungsbedarfsanalyse vorausgeht.

Im Abschlussbericht „Pflege 2015“, der von der Hans-Böckler-Stiftung beauftragten Expertise, heißt es: „Betriebliche Fort- und Weiterbildung dient damit idealtypisch neben der Funktion der Personal- und Organisationsentwicklung auch als Instrument, um defizitäre Personalqualifikationen an sich verändernde Bedarfe anzupassen“ (Klein, Gaugisch, & Stopper, 2008). Was soll Personalentwicklung sein, wenn sie nicht auch Fort- und Weiterbildung beinhaltet? Zusammenfassend wird deutlich, dass es an einer eindeutigen Begriffsdefinition zur Personalentwicklung in der Pflege mangelt.

Aus dieser Problemanzeige erklärt sich auch der hinsichtlich Quantität und Qualität dürftige Bestand der Fachliteratur zur Personalentwicklung in der Pflege. Personalentwicklung in der

Pflege steht nicht nur hinsichtlich der Umsetzung, sondern auch im Blick auf die theoretische und konzeptionelle Fundierung erst am Anfang.

Es empfiehlt sich also, die weite Definition von Personalentwicklung (wie sie Becker formuliert hat) zum Ausgangspunkt von wissenschaftlichen, konzeptionellen wie umsetzungsorientierten Projekten zur Aufgabenstellungen der Personalentwicklung in der Pflege zu machen. Eine Verengung des Begriffsverständnisses hat zur Folge, dass auch die Lösungen für die komplexen Herausforderungen in der Pflege eng geführt werden. Diese lassen sich aber wohl nur durch ein abgestimmtes Bündel unterschiedlicher Maßnahmen von Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung angehen und nicht durch einzelne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

<i>Bildung</i>	<i>Förderung</i>	<i>Organisationsentwicklung</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Berufsausbildung inklusive duale Hochschulausbildung • Fachhochschul- und Hochschulbildung • Berufliche und allgemeine Weiterbildung • Führungskräfte- und Führungskräftenachwuchsbildung • Arbeitsplatznahe und arbeitsplatzintegriertes systematisches Anlernen • Umschulung 	<ul style="list-style-type: none"> • Stellenbündel • Auswahl und Einarbeitung • Arbeitsplatzwechsel • Auslandseinsatz • Nachfolge- und Karriereplanung • Strukturiertes Mitarbeitergespräch • Systematische Entwicklungsberatung • Peer Supervision, kollegiale Beratung • Coaching, Mentoring • Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • Teamentwicklung • Projektarbeit • Sozio-technische Systemgestaltung • Gruppenarbeit • Change-Management • Großgruppenveranstaltungen • Fachliche Netzwerke und soziale Netzwerke • Events und Kulturveranstaltungen • Betriebsfeiern, Newsletter und Betriebszeitungen
PE im engeren Sinn = Bildung	PE im erweiterten Sinn = Bildung + Förderung	PE im weiten Sinn = Bildung + Förderung + Organisationsentwicklung

Tabelle 28.1: Inhalte der Personalentwicklung nach Becker (2013)

Das enge Verständnis von Personalentwicklung geht davon aus, dass Bildungsmaßnahmen die nötigen Voraussetzungen schaffen, damit MitarbeiterInnen mit den beruflichen Anforderungen erfolgreich umgehen können. Die Wirksamkeit von Bildungsmaßnahmen wird wesentlich durch den gelungenen Transfer in den beruflichen Alltag bestimmt und letztlich begrenzt.

Anforderungen in der Praxis sind komplex, sie verändern sich und sind abhängig von einer Vielzahl von Systemvariablen wie der Zusammensetzung des Teams, der Arbeitsumgebung, Führungsverhalten des Vorgesetzten, Bedürfnissen der BewohnerInnen und Angehörigen etc. Damit wird deutlich, dass Personalentwicklung genau vor der Aufgabe steht, MitarbeiterInnen durch geeignete arbeitsnahe Unterstützungs-, Reflexions- und Lernprozesse zu begleiten. Damit sind die unter Personalentwicklung im erweiterten Sinn aufgezählten Maß-

nahmen wie Einarbeitung, Coaching, Supervision etc. genauso gemeint wie die Gestaltung von Rahmenbedingungen durch Aufgaben- und Kompetenzbeschreibungen oder strukturierte Mitarbeitergespräche.

Personalentwicklung im weiten Sinne definiert die Organisationsentwicklung als Teil der Personalentwicklung.

„Organisationsentwicklung bezieht sich als Veränderungsprozess auf die Gesamtheit der kulturellen Veränderungen und zeigt als Resultat den erreichten Stand der Unternehmenskultur. Die Entwicklung von Person und Organisation bedingen einander und sind sich gegenseitig hilfreich oder hinderlich [...]. Stets sind es die Organisationsmitglieder, die Veränderungen einleiten und gestalten“ (Becker, 2013).

Deckung der Qualifikationsbedarfe in der Pflege durch Personalentwicklung

Entsprechend des Befundes, dass in der Pflege die enge Auslegung des Begriffs Personalentwicklung als Maßnahmen zur Deckung von Qualifikationsbedarfen vorherrschend ist, finden sich dazu in der Literatur Ansätze, wie diese Qualifikationsbedarfe zu definieren und zu decken sind. Ausgangspunkte für die Beschreibung der Qualifikationsbedarfe in der Pflege sind nach Klein et al. (2008)

- soziodemografische Veränderungen mit einer Zunahme an hochaltrigen chronisch kranken und multimorbiden Menschen,
- Veränderungen in den Versorgungsstrukturen mit einem steigenden Bedarf an neuen innovativen Versorgungskonzepten,
- damit verbundene Veränderungen in der Personalstruktur,
- Einzug neuer technologischer Entwicklungen in den Gesundheits- und Sozialsektor (Klein et al., 2008).

Anhand von Literaturrecherchen, Workshops und Interviews mit Expertinnen und Experten von Hochschulen, Altenhilfeträgern und der Praxis werden diese Trends der Altenhilfe und daraus abgeleitet Anforderungsprofile, Kompetenz- und Qualifikationsbedarfe beschrieben. Ergänzt werden müssen Fachkompetenz, Sozialkompetenz und personale Kompetenz aus Sicht von Klein, Gaugisch, Stopper durch die Medienkompetenz, „da der Einsatz von Medien und Technik für den Altenhilfesektor an Bedeutung gewonnen hat“ (Klein et al., 2008).

Ähnlich beschreiben Rosner und Müller (2010), wie das Personal in Abstimmung mit den sich verändernden Anforderungen und Kundenbedarfen weiterqualifiziert werden kann. „Vielmehr geht es darum, im Sinne einer kompetenzorientierten Personalentwicklung eine differenzierte Orientierung aller Maßnahmen der Personalbindung und -förderung am realen Potenzial und Bedarf zu realisieren“ (Rosner & Müller, 2010). Dazu dienen Kompetenzprofile, in denen die Anforderungen z. B. an Führungskräfte in der Pflege festgelegt werden. Mit welchen Maßnahmen die Diskrepanz von Soll- und Ist auf der Kompetenzebene behoben werden kann, bleibt offen.

Staudinger beschreibt für den Klinikbereich, wie die wirtschaftlichen Anforderungen verbunden mit der Erhaltung und Verbesserung der gewünschten Pflege- und Betreuungsqualität die Einrichtung vor große Herausforderungen stellt, die nur durch neue Aufgabenzuschnitte und entsprechende Qualifizierung der MitarbeiterInnen und Einsatz von Hochschulabsol-

ventInnen für Aufgaben der Planung des Pflegeprozesses, Qualitätssicherung und –kontrolle, Beratung von Angehörigen etc. gelöst werden können (Staudinger, 2009).

Effekte von Maßnahmen der Personalentwicklung

Methodisch hochwertige Studien zu den Effekten von unterschiedlichen Maßnahmen der Personalentwicklung in der Pflege sind selten. Beispielsweise wurde zur Bedeutung von Mentoring hochschulisch qualifizierter Pflegenden erstmals 2015 ein Cochrane Protokoll für ein Review veröffentlicht (Nowell, White, Mrklas, & Norris, 2015). Die Ergebnisse stehen aktuell noch aus.

Auf der Grundlage eines systematischen Reviews kommt Dwyer (2011) zu dem Schluss, dass insbesondere im Bereich der Altenpflege strukturierte Förderungen verbunden mit einer Karriereplanung für die professionell Pflegenden fehlen (Dwyer, 2011).

Im angloamerikanischen Raum und in Skandinavien wurden unterschiedliche Schulungsprogramme evaluiert. In einem Review untersuchte man die Effekte von Schulungen zur Pflege von Menschen mit Demenz. Danach wurden bei elf von 21 Studien auch Parameter auf der Bewohnerebene erfasst. In fünf Studien ließen sich signifikante positive Veränderungen im Besonderen auf der Verhaltensebene feststellen (Kuske et al., 2006).

Hanns & Angermeyer (ca. 2007) beschreiben eine Interventionsstudie zur „Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenz“. Das Ergebnis zeigte, dass „sein Einfluss auf nachhaltige positive Effekte bei den Bewohnern und Fachpflegenden nicht deutlich genug ist.“ (Hanns & Angermeyer, ca. 2007). Die Studie macht deutlich, dass isolierte Einzelmaßnahmen wenig Wirkung zeigen. Vielmehr seien „kontinuierliche Unterstützung der Pflegenden, Gestaltung von Projekten sowie Optimierung der Strukturen und Prozesse notwendig um die Versorgung demenzerkrankter Bewohner zu verbessern“ (ebd.).

Zwei aktuellere Studien beschäftigten sich ebenfalls mit der Frage, inwieweit Schulungsmaßnahmen die Fähigkeiten der Mitarbeitenden in der Pflege von demenziell erkrankten BewohnerInnen verbessern. In Zusammenarbeit mit der Universität Bournemouth und der privaten Pflegekette Colten Care fand fünf Wochen lang einmal wöchentlich ein Schulungsprogramm statt (Board, Heaslip, Fuggle, Gallagher, & Wilson, 2012). Die Auswertungen ergaben, dass die MitarbeiterInnen davon überzeugt waren, dass sie ihr Wissen über Demenz erweitern konnten. „Evaluation showed that the staff thought they had increased their knowledge of dementia and they valued the informal, interactive nature of the sessions“ (Cooke, Moyle, Venturato, Walters, & Kinnane, 2014). Das damit gestiegene Selbstvertrauen der MitarbeiterInnen kann, so die Auswertung, dazu beitragen, dass die MitarbeiterInnen die Pflege von Menschen mit Demenz wertschätzen und die Pflege verbessern. „Self-efficacy will give learners the confidence to acknowledge and promote the care of those with dementia“ (ebd.). Im Vergleich dazu wurde in Australien ein achtmonatiges Schulungs- und Trainingsprogramm mit Begleitung der Umsetzungspraxis durch Mentoren durchgeführt. Hier konnten deutlich positive Effekte beschrieben werden. „Results suggest the education protocol positively impacted on the knowledge, skills and attitudes of participants towards providing quality dementia care to residents in long-term care“ (ebd.).

In der Studie von Parker und Miyake Geron wurden Maßnahmen zur Weiterentwicklung der kulturellen Kompetenz von Teammitgliedern in zehn Pflegeheimen in den USA evaluiert

(Parker & Miyake Geron, 2007). Bei der Beschreibung der Wirkung des Projekts zur Verbesserung der Kommunikation unter und zwischen Mitgliedern verschiedener ethnischer Gruppen konnte festgestellt werden, dass bereits die einfache Identifikation von Problemen im Bereich der kulturellen Kompetenz die Teamarbeit verbesserte. Der Effekt der Maßnahmen wurde so beschrieben, dass die Pflegenden sich wahrgenommen, verstanden und in ihrer Kultur und Sprache als ExpertInnen angenommen fühlten. All dies summierte sich zu einer allgemein besseren Arbeitszufriedenheit.

Trotz des Umstandes, dass es noch an qualifizierten Studien zur Wirkung von Personalentwicklungsmaßnahmen auf die Mitarbeitenden und der Verbesserung ihrer Handlungskompetenz fehlt, weist die Praxiserfahrung auf diesen Sachverhalt hin. Eine anhaltende Veränderung des pflegerischen Handelns muss jedoch, darin sind sich die Beiträge einig, durch Bereitstellung ausreichender Ressourcen sowie organisatorische Verankerung und strukturelle Unterstützung unterstützt werden. „Continued long-term practice change through an educational process, however, needs to be sustained through the substantial resources (both human and fiscal) and long-term organizational and management support“ (Cooke et al., 2014; Dwyer, 2011).

Auch wenn der Beleg der Wirkung von Personalentwicklungsmaßnahmen auf die Pflegebedürftigen selbst sich als methodisch schwierig erweist (Hanns & Angermeyer, ca. 2007, z. B. da der Verlauf von Demenzerkrankungen oder auch der Alterungsprozess fortschreitend ist), sollte diese Dimension in der Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen zukünftig einen wichtigeren Stellenwert bekommen. Letztlich muss es in Pflegeeinrichtungen darum gehen, dass sich Personalentwicklung nicht ausschließlich als betriebswirtschaftliches Instrumentarium versteht, sondern die betroffenen Menschen in den Fokus stellt und so einen Beitrag leistet, womit sich Pflege „am Wohlbefinden, an Ermöglichungsbedingungen eines gelingenden Lebens und an Bedürfnissen“ (Friesacher, 2009) orientiert. Dieser Fokus wiederum entspricht dem Selbstverständnis von Pflegenden, gerade im Bereich der Altenpflege (Dwyer, 2011).

Bedeutung der Personalentwicklung unter dem Aspekt des Fachkräftemangels

Den beschriebenen Entwicklungen auf der Bewohnerseite stehen Veränderungen auf der Mitarbeiterseite gegenüber, die für die Qualität der Pflege ebenfalls von großer Bedeutung sind. Der Mangel an Altenpflegefachkräften (Bundesagentur für Arbeit, 2015) wird in Deutschland in allen Bundesländern konstatiert. Gleichzeitig mit der Bewohnerstruktur nimmt auch der Anteil älterer Arbeitnehmer in den Pflegeberufen zu.

„War von 2000 bis 2004 noch jede sechste Arbeitskraft im Gesundheitssektor jünger als 25 Jahre, so war es im Jahr 2010 nur noch jede siebte. Im Gegenzug stieg der Anteil der älteren Arbeitskräfte demografisch bedingt an. So stellten die 45- bis 49-Jährigen Mitarbeiter in Gesundheitsberufen die stärkste Gruppe dar. Über 400.000 Arbeitskräfte sind in diesem Alter“ (Bundesagentur für Arbeit, 2011).

Die Entwicklung des Unternehmens oder auch die Qualität der Dienstleistung „Pflege“ hängt, wie (Becker, 2013) es formuliert, davon ab, „dass rechtzeitig und ausreichend qualifizierte und motivierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Verfügung stehen“ (ebd.). Personalentwicklung hat unter der beschriebenen Situation des Fachkräftemangels und einer alterszentrierten Beschäftigtenstruktur die Aufgabe, sowohl ausreichend Personal als auch motivierte und leistungsfähige MitarbeiterInnen sicherzustellen:

„Der Runde Tisch Pflege fordert stationäre Pflegeeinrichtungen auf, Maßnahmen und Instrumente der Personalentwicklung konsequent und zukunftsorientiert umzusetzen. Eine qualitativ hochwertige Pflege kann nur mit ausreichendem und in jeder Hinsicht qualifizierten Personal sichergestellt werden. Dabei sind attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen Schlüsselkriterien für die Anwerbung qualifizierten Nachwuchses, aber auch für die Arbeitszufriedenheit und das Engagement des beschäftigten Pflegepersonals“ (Deutsches Zentrum für Altersfragen - Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege).

Insofern kommt der Personalentwicklung eine große Bedeutung für die Sicherstellung der Pflegequalität zu. Die aktuelle Praxis in den Einrichtungen, wie auch der Stand der aktuellen Fachliteratur zur Personalentwicklung in der Pflege, bleibt jedoch noch weit hinter den Anforderungen und Erwartungen zurück. Hier besteht dringender Nachholbedarf von Wissenschaft, Forschung und bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen in den Einrichtungen.

28.4 Rechtliche Aspekte

Nach § 11 Abs. 2 Ziffer 2 der Heimpersonalverordnung ("Verordnung über personelle Anforderungen für Heime", geändert durch Art. 1 V v. 1998/1506) darf ein Heim nur dann betrieben werden, wenn der Träger sicherstellt, dass zum einen die Zahl der Beschäftigten sowie ihre persönliche fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht. Nach § 4 Abs. 1 der Heimpersonalverordnung müssen Beschäftigte in Heimen die erforderliche persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen ausgeübte Funktion und Tätigkeit besitzen. Nach § 8 Abs. 1 Heimpersonalverordnung ist der Träger des Heims verpflichtet, dem Leiter des Heims und den Beschäftigten Gelegenheit zur Teilnahme an Veranstaltungen berufsbegleitender Fort- und Weiterbildung zu geben. Die personelle Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter ist nach § 80a Abs. 2 Ziffer 3 SGB XI zudem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung zu regeln (SGB XI). Diese gesetzlichen Vorgaben lassen sich ohne Personalentwicklung nicht umsetzen. So gehören sowohl die Pflicht als auch das Recht zur Fortbildung zu den allgemeinen arbeitsrechtlichen Regelungen ("Verordnung über personelle Anforderungen für Heime", geändert durch Art. 1 V v. 1998/1506; "Verordnung über personelle Anforderungen für Heime Heimpersonalverordnung Baden-Württemberg").

Mit dem neuen Pflegeausbildungsgesetz zur Reform der Pflegeberufe (Gesetzesentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe, Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) sollen die notwendigen Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen unter Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Fortschritts vermittelt und somit der flexible Einsatz in allen Versorgungsbereichen ermöglicht werden. Damit soll durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsprozesse die Basis für lebenslanges Lernen geschaffen werden. Mitarbeitenden in der Pflege soll der Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen leichter gemacht werden, zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen und damit die Attraktivität des Berufsfeldes erhöht werden ("Gesetzesentwurf der Bundesregierung", 2016).

28.5 Gibt es Mindeststandards?

Die Mindeststandards mit Blick auf die Qualifikation der Beschäftigten und die Gelegenheit zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind in der Heimpersonalverordnung geregelt.

28.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Personalentwicklung muss planmäßig erfolgen und langfristig angelegt sein. Der Personalentwicklungsplan muss dabei sowohl die Ziele der Organisation als auch die individuellen Ziele der MitarbeiterInnen beachten und umsetzen. Personalentwicklung umfasst sowohl die Entwicklung und Förderung der MitarbeiterInnen als auch der Führungspersonen und ist auf der Ebene der strategischen Ausrichtung eines Unternehmens zu verankern (Zietschmann, 2005).

Zertifizierungsverfahren greifen den Punkt der Personalentwicklung auf. Im Rahmen der Verfahren zur Zertifizierung der Einrichtungen nach ("DIN EN ISO 9001:2015 - Vergleich mit DIN EN ISO 9001:2008, Änderungen und Auswirkungen", 2016) muss das Unternehmen notwendiges Wissen ermitteln, das es benötigt, um seinen Aufgaben gerecht zu werden und um die Prozesse umzusetzen. Im zweiten Schritt muss dieses Wissen bewahrt und auch an die MitarbeiterInnen weitergegeben werden. Die Zielsetzung ist es, zukünftige Trends und Erfordernisse zu erkennen. So muss konkret bestimmt werden, wie das notwendige Wissen erlangt werden soll. Es wird ebenso klargestellt, dass zum Wissen auch explizit der Erfahrungsschatz gehört und dass sowohl externe Quellen - wie Hochschulen, Fachartikel, etc. - als auch interne Quellen - KVP, Fehler, Lessons learned, etc. - genutzt werden müssen. Die notwendige Kompetenz der MitarbeiterInnen soll z. B. durch Weiterbildung sichergestellt werden. Die Zertifizierung selbst ist jedoch für die Einrichtungen freiwillig.

28.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Wachstum, Wirtschaftlichkeit und Qualität hängen direkt oder indirekt von den MitarbeiterInnen des Unternehmens ab. In der Pflege spielt das Personal für die Qualität eine zentrale Rolle, da die Dienstleistung Pflege, auch bei aller Entwicklung technischer Unterstützung durch Altersgerechte Assistenzsysteme (Ambient Assisted Living), durch Menschen erbracht wird. Personalrisiken, also die Wahrscheinlichkeit, dass ein positives Ergebnis in diesem Zusammenhang, z. B. gute Qualität der Pflege, gefährdet ist, müssen daher so gering wie möglich gehalten werden. Die Vermeidung von Personalrisiken durch ein vorausschauendes Personalmanagement stellt daher ein wichtiges Kriterium zur Sicherstellung der Qualität der Pflege dar. (Kobi & Backhaus, 1999) beschreiben zentrale Felder, in denen Personalrisiken bestehen. Im Folgenden sollen daraus Aspekte für die Qualitätsmessung abgeleitet werden. Diese sind keinesfalls vollständig, sondern sollen vielmehr dazu dienen, die Bedeutung des „Humankapitals“ für die Qualität der Pflege zu konkretisieren (ebd.).

Anpassungsrisiko: MitarbeiterInnen entsprechen in ihren Qualifikationen und Kompetenzen nicht oder nicht mehr den Anforderungen. Dies kann sich in der Praxis von Pflegefehlern bis zur Überforderung und Qualitätsmängeln in vielfältiger Weise auswirken.

Aspekte, die Hinweise dafür geben und für die Messung wichtig sind:

1. Bringen die MitarbeiterInnen die erforderlichen Qualifikationen mit?

Anhaltspunkte und Instrumente:

- a) Überprüfung der Einhaltung der Heimpersonalverordnung hinsichtlich der Qualifikation der MitarbeiterInnen.
- b) Sind die formalen und aktuellen arbeitsplatzbezogenen Soll-Anforderungen im Sinne von Aufgaben- und Kompetenzbeschreibungen beschrieben?
- c) Werden die Kompetenzen der MitarbeiterInnen (Ist) erhoben, sodass Defizite festgestellt und entsprechend behoben werden oder durch andere Maßnahmen wie z. B. Zusammensetzung der Teams kompensiert werden können?
- d) Wird bei der Personalauswahl sichergestellt, dass MitarbeiterInnen die Qualifikation und Kompetenzen für die Aufgaben besitzen?

2. Werden die MitarbeiterInnen auf sich ständig verändernde Anforderungen durch entsprechende Maßnahmen der Personalentwicklung eingestellt und Kompetenzlücken geschlossen bzw. durch entsprechende Maßnahmen gezielt kompensiert?

Anhaltspunkte und Instrumente:

- a) Überprüfung der Schulungsplanung besser noch der Planung von Personalentwicklungsmaßnahmen durch arbeitsplatznahe Maßnahmen (Anleitung, Hospitation, Coaching, Mentoring etc.) im Sinne eines Bildungscontrollings (Qualifikationsbedarfe, Ziele, Maßnahmen, Transfersicherung, Evaluation)
- b) Überprüfung des Einarbeitungsprozesses von neuen Mitarbeitenden oder nach internem Stellenwechsel (Ziele, Maßnahmen, Unterstützung)
- c) Werden bei MitarbeiterInnen durch strukturierte Mitarbeitergespräche individuell Anforderungen formuliert, Bedarfe an Personalentwicklung festgestellt, Maßnahmen geplant, durchgeführt, durch Führungskraft begleitet und der Erfolg sichergestellt?

Engpassrisiko

Ein Engpassrisiko besteht dann, wenn nicht genügend qualifizierte MitarbeiterInnen zur Verfügung stehen (Kobi & Backhaus, 1999). Das können sowohl Bedarfslücken sein, so dass für bestimmte Funktionen nicht ausreichend MitarbeiterInnen zur Verfügung stehen, als auch Lücken im Blick auf wichtige Leistungsträger und Schlüsselfunktionen. Im schlimmsten Fall kann dies bei dauerhafter Unterschreitung der in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung festgelegten Personalausstattung und Mängelfeststellung durch die Heimaufsicht zu erheblichen negativen Folgen für die Einrichtung führen. Die Auswirkung von Personalengpässen

auf die Qualität der pflegerischen Versorgung wie auch auf die MitarbeiterInnen durch Überstunden, Arbeitsverdichtung und daraus resultierenden möglichen Folgen wie Überlastung und Erkrankungen ist durch entsprechendes vorausschauendes Management so gering wie möglich zu halten. Um eine konstante Deckung des Personalbedarfs angesichts des Fachkräftemangels, schlechtem Image der Pflege und der Demografie gewährleisten zu können, braucht es darüber hinaus vielfältige politische und gesellschaftliche Anstrengungen.

Aspekte, die Hinweise darauf geben und für die Messung wichtig sind:

Sind die entscheidenden Ansatzpunkte zur Erkennung möglicher Personalengpässe durch ein systematisches Personalcontrolling im Blick und werden notwendige Maßnahmen ergriffen?

Anhaltspunkte und Instrumente:

- a) Wird der Personalbedarf systematisch erfasst und geplant?
Gibt es eine entsprechende Personalbedarfsplanung?
- b) Werden Risiken, die in der Altersstruktur der MitarbeiterInnen liegen, systematisch erfasst und Maßnahmen ergriffen?
- c) Werden Risiken durch krankheits- oder unfallbedingte Personalengpässe erfasst (Gesundheitsquote, durchschnittliche Dauer der Krankheitstage, Arbeitssituationsanalyse)? Werden Maßnahmen zur Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung geplant, umgesetzt und auf Wirkung überprüft?
- d) Werden Risiken durch Kündigung von Leistungsträgern erfasst (Fluktuationsrate, Erfassen der Austrittsgründe, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Messung der Mitarbeiterzufriedenheit) und Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung umgesetzt?
- e) Werden Personalengpässe durch zügige Stellenbesetzungsverfahren geschlossen? Wie lange dauert es bis Stellen wiederbesetzt werden? Gibt es ein Bewerbermanagement, das eine schnelle Besetzung mit ausreichend qualifizierten MitarbeiterInnen sicherstellt? Werden geeignete Bewerber, die nicht zum Zuge gekommen sind, in einen Pool aufgenommen?
- f) Werden zur Deckung des Personalbedarfs intern MitarbeiterInnen ausgebildet und weiterentwickelt (Ausbildungsquote, durchschnittlicher Aufwand für Personalentwicklungsmaßnahmen pro Kopf)? Werden externe Möglichkeiten zur Personalakquise und –gewinnung ausgeschöpft?

Motivationsrisiko

„Im Gegensatz zum Anpassungsrisiko, bei dem es sich um das ‚nicht Können‘ (aufgrund der falschen oder fehlenden Qualifikation) handelt, geht es beim Motivationsrisiko um das ‚nicht Wollen‘. Also um das mehr oder weniger bewusste Zurückhalten von Leistung und damit der Leistungseinschränkung“ (Przybilla, 2008).

Das Motivationsrisiko wird durch die aktuellen Studien insgesamt in Deutschland in den Unternehmen als sehr hoch eingeschätzt. Nach der Gallup-Studie 2014 (Gallup) sind in Deutschland nur 15 % der MitarbeiterInnen motiviert und engagiert am Arbeitsplatz. Durch

das fehlende Engagement der restlichen Zweidrittel der Mitarbeiter entsteht ein jährlicher gesamtwirtschaftlicher Schaden von 220 Milliarden Euro (Gallup).

Sind präventive Maßnahmen ergriffen, um die Motivation zu erhalten und „Ausbrennen“ von MitarbeiterInnen zu verhindern?

- a) Wird die Mitarbeiterzufriedenheit erhoben und Maßnahmen zur Verbesserung ergriffen (Mitarbeiterbefragungen, Umgang mit Beschwerden und Überlastungsanzeigen von MitarbeiterInnen)?
- b) Werden Führungskräfte bei der Entwicklung von motivationsfördernden Führungskompetenzen und durch die Gestaltung förderlicher Rahmenbedingungen unterstützt (Führungsleitlinien, gute Aufbau- und Ablaufstruktur, Bereitstellung von Ressourcen etc.)?
- c) Werden Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz erfasst und gemeinsam mit den MitarbeiterInnen Lösungsmöglichkeiten entwickelt, wie Belastungen abgebaut und Ressourcen stärker genutzt werden können (Arbeitssituationsanalyse ASitA)?
- d) Werden Lebensereignisse von MitarbeiterInnen berücksichtigt und „Mitarbeitern schon vorab ein Portfolio von betrieblichen Reaktions- und Unterstützungsmöglichkeiten eröffnet, welches den Mitarbeitern die individuelle Reaktion auf diese Ereignisse erleichtert?“ (Armutat, 2009)
- e) Werden Maßnahmen zur Förderung einer positiven, wertschätzenden Unternehmenskultur ergriffen?

28.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen Personalentwicklung steht in Beziehung zu Fortbildung sowie zur Anleitung von Nichtfachkräften. Wirtschaftlichkeit sowie Arbeitsbedingungen sind Rahmenbedingungen für Personalentwicklung. Alle Expertenstandards sind in ihrer Umsetzung gleichermaßen Themen der Fortbildung von Mitarbeitenden.

28.9 Literaturverzeichnis

Armutat, S. (2009). *Lebensereignisorientiertes Personalmanagement: Eine Antwort auf die demografische Herausforderung; Grundlagen, Handlungshilfen, Praxisbeispiele* (1. Aufl.). DGFP-PraxisEdition: Vol. 91. Bielefeld: Bertelsmann.

Becker, M. (2013). *Personalentwicklung: Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis* (6., überarb. und aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Board, M., Heaslip, V., Fuggle, K., Gallagher, J., & Wilson, J. (2012). How education can improve care for residents with dementia. *Nursing older people*, 24(5), 29–31.

Bundesagentur für Arbeit (2015). *Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Altenpflege: Arbeitsmarktberichterstattung*. Retrieved February 09, 2016, from <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Arbeitsmarktberichte/Arbeitsmarkt-Allgemein-Nav.html>.

- Cooke, M., Moyle, W., Venturato, L., Walters, C., & Kinnane, J. (2014). Evaluation of an education intervention to implement a capability model of dementia care. *Dementia (London, England)*, 13(5), 613–625.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen - Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005). *Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege: Anhang Empfehlungen für die Praxis*. Retrieved February 09, 2016, from www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/ergebnisse_runder_arbeitsgruppe_II.pdf.
- DIN EN ISO 9001:2015 - Vergleich mit DIN EN ISO 9001:2008, Änderungen und Auswirkungen (5., vollständig überarbeitete Auflage) (2016). *Management Qualität*. Berlin, Wien, Zürich: Beuth Verlag GmbH.
- Dwyer, D. (2011). Experiences of registered nurses as managers and leaders in residential aged care facilities: a systematic review. *International journal of evidence-based healthcare*, 9(4), 388–402.
- Friesacher, H. (2009). Ethik und Ökonomie: Zur kritischnormativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung. *Pflege & Gesellschaft*, 14(1), 5–23.
- Gallup (2015). *Kostenfaktor schlechte Führung: Beratungsunternehmen Gallup veröffentlicht Engagement Index 2014*. Retrieved February 20, 2016, from <http://convek.com/assets/files/Gallup%20Pressemitteilung%20zum%20Engagement%20Index%202014.pdf>.
- Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (2016). Retrieved February 15, 2016, from www.bmg.bund/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinettsentwurfPflBG.pdf.
- Hanns, S., & Angermeyer, M. (ca. 2007). *Mit Demenz leben und verstanden werden: Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken - eine prospektive kontrollierte Interventionsstudie: Laufzeit: 02.2004 - 05.2007*. Leipzig, Hannover: Technische Informationsbibliothek u. Universitätsbibliothek.
- Klein, B., Gaugisch, P., & Stopper, K. (2008). *Pflege 2015 - Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifikationsbedarfe*. Retrieved February 17, 2016, from www.boeckler.de/pdf_fof/s-2006-896-4-2.pdf.
- Kobi, J.-M., & Backhaus, J. (1999). *Personalrisikomanagement: Und seine Bedeutung für die Sparkassen-Finanzgruppe*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Kuske et al. (2006). *Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs International Psychogeriatric*.
- Loffing, C., & Geise, S. (2005). *Personalentwicklung in der Pflege* (1. Aufl.). *Pflegemanagement*. Bern: Huber.
- Meifert, M. T., & Ulrich, D. (Eds.) (2013). *Strategische Personalentwicklung: Ein Programm in acht Etappen* (3., korrigierte Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Mentzel, W. (2012). *Personalentwicklung: Wie Sie Ihre Mitarbeiter erfolgreich fördern und weiterbilden. Dtv Beck-Wirtschaftsberater im dtv: Vol. 50854*. München: Dt. Taschenbuch-Verl.
- Nowell, L., White, D., Mrklas, K., & Norris, J. (2015). Mentorship in nursing academia: a systematic review protocol. *BioMed Central*, 4(16). Retrieved February 09, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4342164/>.
- Parker, V. A., & Miyake Geron, S. (2007). Cultural competence in nursing homes: issues and implications for education. *Gerontology & geriatrics education*, 28(2), 37–54.
- Przybilla, A. (2008). *Personalrisikomanagement: Mitarbeiterbindung und die Relevanz für Unternehmen. Wismarer Diskussionspapiere: Vol. 2008,07*. Wismar: Hochsch. Fachbereich Wirtschaft.

- Rosner, L., & Müller, T. (2010). Kompetenzen gezielt aufbauen. *Altenheim*, 49(10), 35–37.
- SGB XI (December 21, 2015). Retrieved November 11, 2015, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html.
- Staudinger, C. (2009). Personaleinsatz und Personalentwicklungsmöglichkeiten durch das Pflegemanagement: *Österreichische Pflege-Zeitschrift*, 62(1).
- Verordnung über personelle Anforderungen für Heime: Heimpersonalverordnung - Heim-PersV* (June 22, 1998). Retrieved February 11, 2016, from www.gesetze-im-internet.de/bunderecht/heimpersv/gesamt.pdf.
- Verordnung über personelle Anforderungen für Heime Heimpersonalverordnung Baden-Württemberg* (June 22, 1998). Retrieved February 11, 2016, from www.landesrecht-bw.de/portal/?quelle=jlink&query=HeimPerV&psml=bsbawueprod&max=true&aiz=true.
- Zietschmann, H. (2005). *Personalmanagement in der stationären Altenpflege*. Retrieved February 22, 2016, from www.bmfsj.de/expertise-personalmanagement-stationaere-pflege,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf.

29 Erläuterungen zum Kennzeichen „Arbeitsbedingungen“

29.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen „Arbeitsbedingungen“ in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Kriterien werden in den Untersuchungen als besonders relevant für die Einschätzung der Arbeitsbedingungen identifiziert?
- Wie werden diese Arbeitsbedingungen von den beruflich Tätigen erlebt (Sichtweise der Betroffenen)?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen und der Pflegeverorgungsqualität?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Arbeitsbedingungen“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

29.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Die Arbeitsbedingungen im Bereich der Pflege sind durch hohe Belastungen für die Pflegenden gekennzeichnet. Neben körperlichen Belastungen u. a. bedingt durch Heben und Tragen gehören dazu auch psychische Belastungen, die u. a. in Verbindung mit hohem Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen und geringen Partizipationschancen zu sehen sind.

Recht umfangreiche normative Regelungen zum Arbeitsrecht und Arbeitsschutz, Betriebsverfassungsrecht und tarifvertragliche Normen greifen aufgrund der Struktur der Betriebe nur teilweise. Zudem gibt es Hinweise, dass bestehende Normen nicht durchgehend umgesetzt werden.

29.3 Stand der Literatur

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege werden unter dem Aspekt der Belastung zum Gegenstand unterschiedlicher Untersuchungen.

Die Belastungen, denen Pflegenden insbesondere in der Alten- und Krankenpflege ausgesetzt sind, liegen weit über dem Durchschnitt der Erwerbstätigen. Beispielsweise kommt „häufig schweres Heben und Tragen von Lasten“ in der Altenpflege mit 72 % mehr als drei Mal so oft vor, wie beim Durchschnitt der Erwerbstätigen. Das „Arbeiten im Stehen“ liegt mit 92 % ebenfalls deutlich über dem Durchschnitt. 86 % der AltenpflegerInnen leiden unter muskuloskelettalen Beschwerden. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens – so die Angaben von 39 % der AltenpflegerInnen und 54 % der KrankenpflegerInnen – kann die Pause häufig nicht genommen werden. 66 % der KrankenpflegerInnen und 62 % der AltenpflegerInnen leiden unter starkem Termindruck, ca. 50 % der Pflegekräfte gibt an, häufig sehr schnell

arbeiten zu müssen. 34 % der KrankenpflegerInnen und 30 % der AltenpflegerInnen fühlen sich durch den mengenmäßigen Anfall der Arbeit überfordert, während dies im Schnitt nur für 17 % der Erwerbstätigen zutrifft. Ressourcen könnten erhöhte Handlungsspielräume und soziale Unterstützung darstellen. Doch die Möglichkeit, die eigene Arbeit planen und einteilen zu können, liegt in der Altenpflege eher unter dem Durchschnitt der Erwerbstätigen. Positiv hebt sich das Gefühl, dass die eigene Arbeit wichtig ist, von dem Durchschnitt der Erwerbstätigen ab. 90 % der Pflegenden erleben demnach ihre Tätigkeit als wichtig, während das nur für 77 % aller anderen Erwerbstätigen gilt (Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA), 2012).

Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege

Dem Prinzip der bedarfsgerechten Versorgung entsprechend sind Schicht- und Wochenendarbeit die Regel. In einigen ambulanten Diensten muss auch Nachtdienst erbracht werden. Teilzeitarbeit ist weit verbreitet. Die Pflegestatistik weist für das Feld der ambulanten Pflege einen Anteil von 70 % Teilzeitbeschäftigung aus (Statistisches Bundesamt, 2015). Die Gründe für Teilzeitbeschäftigung sind vielfältig. Dazu gehören der Wunsch der Beschäftigten ebenso wie das Bemühen der Träger, über eine Flexibilisierung der Personalkosten Betriebskosten zu senken (Bury, Lademann, & Reuhl, 2006). Für die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten stellt die Kompatibilität der Dienstplangestaltung mit den privaten Bedürfnissen einen wichtigen Faktor dar (Haumann, Bellin, & Gräske, 2013).

Die Entgelte für von der gesetzlichen Pflegeversicherung finanzierte pflegerische Leistungen sind politisch festgelegt. Menschen mit Pflegebedarf bzw. ihre Angehörigen sind nur sehr begrenzt bereit, Zusatzleistungen privat zu finanzieren. In der Folge zeigt sich eine Diskrepanz zwischen den (potentiellen) Einnahmen und den realen Kosten der Leistungserbringung, die sich bei den ArbeitnehmerInnen niederschlägt: „Die ökonomisch engen Rahmenbedingungen gehen zu Lasten der Beschäftigten, deren Arbeitsbedingungen sich in den letzten Jahren immer weiter verschlechtert haben“ (Bury et al., 2006).

Zudem zeigt sich eine Diskrepanz zwischen dem Qualifikationsniveau der Pflegekräfte und dem Einkommensniveau. In der ambulanten Pflege sind die Qualifikationen zwar im mittleren Bereich angesiedelt, jedoch findet sich das Einkommensniveau im unteren Bereich und liegt teilweise unterhalb tariflicher Festlegungen. Eine Untersuchung der Arbeitskammer Bremen weist in einer 2006 publizierten Untersuchung darauf hin, dass statt eines entsprechend dem BAT zu erwartenden Stundenlohn von 12 bis 15 Euro die Vereinbarungen einiger Wohlfahrtsverbände zwischen 9 und 13 Euro brutto pro Stunde liegen (ebd.).

Professionelle Pflegeanbieter stehen zudem in Konkurrenz mit Angeboten auf dem grauen oder schwarzen Markt. Die Suche derjenigen, die Pflege benötigen, orientiert sich meist gezielt an Kriterien der Kostenersparnis und endet oftmals in der Inanspruchnahme pflegerischer Hilfskräfte aus Osteuropa. Diese Inanspruchnahme von kostengünstigeren Alternativen im Vergleich zu professionellen Dienstleistern in der ambulanten Pflege führt zu einer „Verbiligung und Dequalifizierung von Pflegearbeit“ und steht damit in einem „Missverhältnis zu den Qualitätsbestrebungen und -offensiven im Bereich der gesundheitlichen Versorgung“ (ebd.).

Die Bedingungen in der ambulanten Pflege erschweren den Arbeits- und Gesundheitsschutz. In den häufig kleinen Betrieben stehen dafür nur geringe Ressourcen zur Verfügung. Häufig

gibt es keine Interessenvertretung, so dass die Beschäftigten selbst auch vielfach nicht gut über ihre Rechte informiert sind. Die Tatsache, dass die Leistungserbringung in den privaten Haushalten stattfindet, erschwert die Einflussnahme auf die Umgebungsbedingungen (z. B. räumliche Enge; höhenverstellbares Pflegebett vs. privates Bett). Zudem ist ambulante Pflege in der Regel Einzelarbeit und Unterstützung durch KollegInnen kaum möglich. Angesichts dieser Ausgangslage sind Mängel in der Umsetzung des Arbeitsschutzes zu erwarten (Bury et al., 2006).

Eine potentielle Gesundheitsgefährdung der pflegend Tätigen ergibt sich aus der Art der Arbeit selber. Immer wieder treten ungeplante Situationen auf die mit Unsicherheit verbunden sind und in denen die Pflegekräfte Entscheidungen treffen müssen, die evtl. außerhalb ihrer Verantwortung liegen und die von daher zu einer psychischen Belastung führen. Auch unvollständige Pflegeanamnesen, die dazu führen, dass beim häuslichen Besuch unerwartete Erwartungen oder Anforderungen von den KundInnen formuliert werden oder ausgehen, können Druck verursachen, z. B. weil das dafür benötigte Zeitkontingent nicht zur Verfügung steht. Jenseits der unerwarteten Situationen ist der Zeitrahmen auch bei den geplanten Pflegeleistungen oftmals knapp, weil die erforderliche Zeitdauer stark von der individuellen Pflegesituation abhängig ist.

Zwar orientieren sich die Erwartungen im Pflegebereich an hohen qualitativen Standards, jedoch existieren auf betrieblicher Ebene kaum systematische Fortbildungskonzepte. Eine Freistellung für Fortbildung ist selten, eine finanzielle Eigenbeteiligung wird meist erwartet, da die Kosten für Fortbildung in der Pflegeversicherung nur in geringem Umfang eingerechnet sind (ebd.).

Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege

In der stationären Pflege arbeiten über die Hälfte der Beschäftigten im Dreischichtsystem. Dauernachtwachen sind weit verbreitet (Glaser, Lampert, & Weigl, 2008). Die Teilzeitquote ist hoch und liegt bei 62 % (Statistisches Bundesamt, 2015). Der Krankenstand ist überdurchschnittlich (Wolke, 2005). In einer arbeitspsychologischen Untersuchung in Bayern (N = 1848 Altenpflegekräfte in 111 Altenheimen) zeigt sich das Heben, Tragen, Lagern als Hauptbelastungsquelle (3,59 bei einem Maximum von 5 [5 = „ja genau“]) gefolgt von Verletzungs- und Erkrankungsrisiko (3,18), Arbeitsunterbrechungen (3,15), Zeitdruck (3,13), bewohnerInnenbezogenen Stressoren (2,93) und organisationalen Stressoren (2,76). Soziale Stressoren werden in relativ geringerem Umfang wahrgenommen (2,14). In arbeitspsychologischer Hinsicht positiv einzuschätzende Anforderungen zeigen sich in deutlichem Umfang. Dazu gehören Qualifikationsvoraussetzungen (4,43 bei einem Maximum von 5 [5 = „Ja genau“]), Lernerfordernisse (4,28), Einsetzbarkeit der Qualifikation (4,24) und Kooperationserfordernisse (4,21). Anforderungen enthalten das Potential zum Wachstum, müssen aber gleichwohl ebenso wie die Belastungen bewältigt werden. Zu den dazu erforderlichen Ressourcen gehört die Transparenz. Diese ist sowohl hinsichtlich der Aufgaben (4,41) als auch des Zeitrahmens (4,02) gut. Als problematisch zeigt sich die potentielle Ressource „Partizipation“. Die Partizipationschancen werden mit 2,66 als niedrig eingeschätzt (Glaser et al., 2008).

In einer österreichischen Studie bewegen sich 23 % der teilnehmenden Altenpflegekräfte aus den Bundesländern Wien und Kärnten im oberen Bereich der Burn-Out-Skala (Jenuß, Brunner, Ofner, & Mayr, 2008). In der Studie von Glaser et al. (2008) liegen die Werte für psycho-

physische Beanspruchungen (u. a. als Hinweis auf Burn-Out) im Normbereich. Aufgrund der postalischen Erhebungsmethode sind allerdings Selektionseffekte nicht auszuschließen. Eine Untersuchung der Korrelation zwischen den einzelnen Aspekten der psychophysischen Beanspruchung und Arbeitsbelastung zeigt signifikante Zusammenhänge z. B. zwischen übermäßigem Zeitdruck und zunehmenden Erschöpfungszuständen oder Qualitätseinbußen aufgrund von Zeitmangel und Gereiztheit, Erschöpfung, Depersonalisation (Glaser et al., 2008).

Weitere Faktoren, die die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten negativ beeinflussen, sind die auch hier geringen Möglichkeiten der Fortbildung und eines beruflichen Aufstiegs, sowie die fehlende Anerkennung der pflegerischen Leistung, sowohl von KollegInnen und Vorgesetzten als auch auf der gesellschaftlichen Ebene (Wolke, 2005).

Die fehlenden Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Pflegekräfte beeinflussen in einem hohen Maße die Arbeitsweise im Pflegeheim. In diesem Kontext sollten den Anforderungen in der stationären Pflege respektive Regulationserfordernisse gegenüber gestellt werden. So sollte speziell auf der interpersonellen Ebene die Kommunikation und Kooperation verbessert werden, um den Tätigkeitsspielraum des Einzelnen zu erweitern und dessen Verantwortungsgefühl zu stärken. Weiterhin sollte der Fokus auf Weiter- oder Fortbildungen gelegt werden, um fachliche Kenntnisse zu erweitern und um die Lernfähigkeit zu erhalten (Wolke, 2005).

29.4 Rechtliche Aspekte

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind maßgeblich beeinflusst durch arbeitsrechtliche Vorgaben wie die Verordnung über Arbeitsstätten (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a) und das Teilzeit- und Befristungsgesetz ("Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (Teilzeit- und Befristungsgesetz, TzBfG)"), die Arbeitsschutzgesetze sowie tarifliche Regelungen und Normen in Betriebsvereinbarungen. Allerdings ist der Grad der tariflichen Normierung gerade im Bereich der ambulanten Pflege, wo Klein- und Kleinstbetriebe häufig sind und der gewerkschaftliche Organisationsgrad niedrig ist, gering. Auch die Arbeitsstättenverordnung gilt für den Ort der Erbringung der ambulanten Pflegeleistung, den privaten Haushalt, nicht (Bury et al., 2006).

Das individuelle Arbeitsrecht ist im Wesentlichen in den Normen des Bürgerlichen Gesetzbuches verankert. Zusätzlich sind die Vorschriften aus dem kollektiven Arbeitsrecht, hier insbesondere das Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) zu beachten. In der Praxis bedeutet dies, dass der Betriebsrat bei folgenden dienstplanrelevanten Festlegungen ein Mitbestimmungs- bzw. Mitwirkungsrecht hat: bei der Dienstplangestaltung, bei der Anordnung von Mehrarbeit oder Kurzarbeit, bei der Aufstellung von Urlaubsgrundsätzen und bei der Erstellung des Urlaubsplans sowie bei der Festlegung der Schichten und Schichtzeiten ("Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)"). In Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft gilt nicht das Betriebsverfassungsgesetz, sondern das Mitarbeitervertretungsgesetz bzw. die Mitarbeitervertretungsordnung (Hahn). Die festgelegten Mitbestimmungsrechte der MitarbeiterInnen sind im Vergleich zum Betriebsverfassungsgesetz reduziert.

Die wichtigsten Arbeitsschutzgesetze, die Einfluss auf die Arbeitsbedingungen haben, sind im Folgenden einzeln aufgeführt.

Das Arbeitszeitgesetz

Im Arbeitszeitgesetz (ArbZG) werden Regelungen zur Dauer der Arbeitszeit, zu Pausen- und Ruhezeiten, zur Nachtarbeit und zur Wochenend- und Feiertagsarbeit getroffen, die unmittelbar Einfluss auf die Gestaltung des Dienstplanes haben. Im Gesetz gibt es vielfältige Ausnahmeregelungen, auf die in diesen Ausführungen nicht eingegangen wird.

Die wichtigsten Regelungen lauten:

- die tägliche Arbeitszeit darf 8 Stunden nicht überschreiten (§ 3)
- bei einer Arbeitszeit von mehr als 6 bis zu 9 Stunden muss die Ruhepause mindestens 30 Minuten betragen (§ 4)
- länger als 6 Stunden Arbeitszeit ohne Pause sind nicht zulässig
- die Ruhezeit vom Arbeitsende bis zum nächsten Arbeitsbeginn muss mindestens 11 Stunden betragen, eine Verkürzung auf 10 Stunden ist in Ausnahmefällen möglich (§ 5).

Die Erläuterungen zum Arbeitszeitgesetz enthalten auch Definitionen zum Bereitschaftsdienst und zur Rufbereitschaft:

Bereitschaftsdienst leistet ein Mitarbeiter, der sich außerhalb seiner regelmäßigen Arbeitszeit an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle aufzuhalten hat, um auf Abruf unverzüglich seine Arbeit aufzunehmen. Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit im Sinne des Arbeitszeitgesetzes und daher in vollem Umfang bei der Berechnung der Arbeitszeit zu berücksichtigen.

Rufbereitschaft leistet ein Mitarbeiter, wenn er verpflichtet ist, außerhalb seiner regelmäßigen Arbeitszeit auf Abruf die Arbeit aufzunehmen, sich aber an einem Ort seiner Wahl aufhalten kann. Der Mitarbeiter muss lediglich erreichbar sein und die Arbeit innerhalb angemessener Zeit aufnehmen können. Rufbereitschaft ist Ruhezeit im Sinne des Arbeitszeitgesetzes, erst der tatsächliche Einsatz zählt als Arbeitszeit.

Nachtarbeit ist jede Arbeit in der Zeit zwischen 23:00 Uhr und 06:00 Uhr bei einer Arbeitszeit von mehr als 2 Stunden. Nach dem Arbeitszeitgesetz (§ 9) besteht ein grundsätzliches Verbot der Arbeit an **Sonn- und Feiertagen**. Ausgenommen davon sind u. a. alle Einrichtungen zur Behandlung, Pflege und Betreuung von Personen. Dafür muss nach § 11 des Arbeitszeitgesetzes ein Ersatzruhetag gewährt werden, bei Sonntagsarbeit innerhalb von zwei Wochen (vorher oder nachher) und bei Feiertagsarbeit innerhalb von 8 Wochen (vorher oder nachher). Der Ersatzruhetag kann auch ein Samstag sein.

§ 11 des Arbeitszeitgesetzes bestimmt, dass mindestens 15 Sonntage im Jahr beschäftigungsfrei bleiben müssen, dies kann bis auf 10 Sonntage verkürzt werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016).

Das Mindesturlaubsgesetz für Arbeitnehmer (Bundesurlaubsgesetz)

Der bezahlte Mindesturlaubsanspruch nach dem Bundesurlaubsgesetz beträgt 24 Werktage pro Jahr. Tarifliche Regelungen oder arbeitsvertragliche Vereinbarungen gehen in der Regel über diese Mindesturlaubszahl hinaus, sodass die Regelung in der Praxis wenig Bedeutung hat ("Mindesturlaubsgesetz für Arbeitnehmer (Bundesurlaubsgesetz, BUrlG)").

Das Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz – MuSchG)

Das Mutterschutzgesetz schützt werdende und stillende Mütter. Bei der Dienstplangestaltung sind dabei zu beachten:

- das Beschäftigungsverbot für werdende Mütter, soweit nach ärztlicher Beurteilung das Leben oder die Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet sind (§ 1 Abs. 3)
- Verbot der Nacharbeit (zwischen 20:00 Uhr und 06:00 Uhr) (§ 8)
- Verbot der Mehrarbeit (§ 8)
- grundsätzliches Verbot der Sonntagsarbeit, Ausnahmen sind möglich (§ 8) ("Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz, MuSchG)").

Das Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz – JArbSchG)

Das Jugendarbeitsschutzgesetz reglementiert u. a. die Arbeitszeiten von Jugendlichen, also jungen Menschen zwischen 15 und unter 18 Jahren. In der ambulanten und stationären Pflege betreffen diese Regelungen üblicherweise nur Auszubildende.

Für die Dienstplanung sind dabei relevant:

- Begrenzung der Arbeitszeit auf täglich 8 Stunden
- höchste wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden
- Ruhepause mindestens 30 Minuten bei Arbeitszeit von 4,5 bis 6,0 Stunden
- Ruhepause von mindestens 60 Minuten bei Arbeitszeit von mehr als 6 Stunden
- Nachtruhe von mindestens 12 Stunden
- Einhaltung einer 5-Tage-Woche
- Grundsätzliches Verbot der Arbeit an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen, mit Ausnahmen für Pflegeeinrichtungen, wenn eine 5-Tage-Woche trotzdem eingehalten wird ("Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz, JArbSchG)").

SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Das Schwerbehindertengesetz (SGB IX) beinhaltet Regelungen für schwerbehinderte Menschen und diesen Gleichgestellten.

Für die Dienstplanung sind dabei zu beachten:

- Auf Verlangen sind schwerbehinderte Menschen und ihnen Gleichgestellte von der Ableistung von Mehrarbeit freizustellen. Bezugsgröße ist dabei die normale gesetzliche Arbeitszeit nach dem Arbeitszeitgesetz, nicht die individuell vereinbarte Arbeitszeit.
- Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf Zusatzurlaub von fünf Arbeitstagen je Urlaubsjahr bei einer Fünf-Tage-Woche. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von

mehr oder weniger als 5 Tagen vermindert oder erhöht sich dieser Zusatzurlaub entsprechend (SGB IX).

Weitere rechtliche Vorgaben finden sich in den länderspezifischen Heimgesetzen, wie Vorgaben zur Personalbesetzung in den einzelnen Schichten hinsichtlich der Fachkraftquote, der Nachwachengestaltung und der Präsenz von Fachkräften in den Wohnbereichen (Dickmann, 2014).

Ab dem 01.01.2015 gilt die Zweite Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (2. PflegeArbbV), die sich in ihren Inhalten auf Bereiche der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege bezieht und insbesondere das Mindestentgelt regelt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014b).

Auch das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (hier: Schutz der Beschäftigten vor Ansteckung) oder das Gesetz über Medizinprodukte (technische Sicherheit und Hygiene) nehmen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen ("Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz, MPG)"; "Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG)").

29.5 Gibt es Mindeststandards?

Mindeststandards finden sich in den o. g. rechtlichen Regelungen sowie in den Vorgaben der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsschutz. Unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit thematisieren diese u. a. die arbeitsmedizinische Vorsorge, die Gestaltung des Dienstzimmers sowie des Arbeitsplatzes und des Büros, den Arbeitsplatz in der Kundenwohnung, die Organisation des Arbeitsschutzes, die Arbeitszeitgestaltung, den Brandschutz, die Betriebssicherheit der Fahrzeuge in der ambulanten Pflege, die Gestaltung von Funktionsräumen, den Umgang mit gefährlichen Stoffen (Desinfektionsmittel, Medikamente), den Hautschutz der Beschäftigten, Infektionsschutz und den Umgang mit Medizinprodukten (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), 2016).

29.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Angesichts der hohen Belastungen sind Maßnahmen zu ergreifen, die diese reduzieren. Zu den Faktoren, die Einfluss auf die wahrgenommenen Arbeitsbedingungen nehmen, gehören ein verlässlicher und gerechter Dienstplan, die arbeitnehmerfreundliche Gestaltung der Arbeitszeiten und die Vermeidung von Überstunden.

Der wahrgenommene Zeitdruck ist sehr hoch. Hier sind organisatorischen Maßnahmen auszuschöpfen, um den Zeitdruck zu reduzieren; alle Maßnahmen auszuschöpfen, um offene Stellen unmittelbar wieder zu besetzen, Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, dass der Krankenstand sinkt und ggf. Ist auch der Stellenschlüssel zu erhöhen.

Fortbildungsangebote sind zu systematisieren und Fortbildung ist von Arbeitgeberseite zu unterstützen (Fortbildung in der Arbeitszeit; Kostenübernahme).

Zahlreiche Studien weisen auf geringe Entscheidungs- und Handlungsspielräume für Pfle- gende und bringen diese in Zusammenhang mit negativen Auswirkungen auf die Qualität der

Pflege sowie auf die Arbeitszufriedenheit. Hier sind Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet sind die Partizipationschancen der Pflegenden zu erhöhen.

29.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Für die Qualitätsmessung bedeutsam sind die Einhaltung des formalrechtlichen Rahmens wie Arbeitsrecht und Arbeitsschutz. Als Qualitätsindikator könnte Anzahl und Art der Verstöße gegen die Arbeitsschutzbestimmungen gelten.

Zu den Items für den Indikator „Mitarbeiterzufriedenheit“ sollten u. a. die Dienstplangestaltung, Gestaltung der Arbeitszeiten und Überstunden zählen.

Die hohe Krankenquote kann als Hinweis auf eine hohe Beanspruchung dienen.

Der wahrgenommene hohe Termindruck ist Ausdruck des hohen Arbeitsaufkommens je Pflegeperson und schlägt sich risikoadjustiert in der Relation von Pflegeperson zu Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf nieder. Das Center for Medicare und Medicaid erhebt für die stationäre Pflege die Personalbesetzung getrennt nach Pflegezeit durch examiniertes Pflegepersonal und Pflegezeit durch das gesamte Pflegepersonal (Center for Medicare and Medicaid Services, 2012).

29.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen Arbeitsbedingungen steht in Beziehung zu den Kennzeichen: Wirtschaftlichkeit, Pflegefachlichkeit, Hygiene, Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel inkl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Personalentwicklung

29.9 Literaturverzeichnis

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2016). *Sichere Seiten Pflege*, from https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Sichere-Seiten/Pflege/Pflege_node.html.
- Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) (April 20, 2013)*. Retrieved March 20, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/betrvg/BJNR000130972.html>.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) (2012). *Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche*. Retrieved March 20, 2016, from http://www.baua.de/de/Publikationen/Faktenblaetter/BIBB-BAUA-10.pdf?__blob=publicationFile&v=5.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014a). *Verordnung über Arbeitsstätten*. Retrieved March 20, 2016, from http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/A225-arbeitsstaettenverordnung.pdf?__blob=publicationFile.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014b). *Zweite Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung, 2. PflegeArbbV)*. Retrieved March 21, 2016, from unter

- [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-
Pressemitteilungen/pflegemindestlohn.pdf?__blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/pflegemindestlohn.pdf?__blob=publicationFile).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016). *Das Arbeitszeitgesetz*. Retrieved March 20, 2016, from http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a120-arbeitszeitgesetz.pdf?__blob=publicationFile.
- Bury, C., Lademann, J., & Reuhl, B. (2006). *Die Situation der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten im Land Bremen*. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Center for Medicare and Medicaid Services (2012). *Design for nursing home compare fivestar quality rating system: technical users' guide*, from <http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandComplianc/downloads/usersguide.pdf>.
- Dickmann, F. (Ed.) (2014). *Heimrecht: Kommentar* (11th ed.). München: Beck.
- Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz, MPG) (August 31, 2015)*. Retrieved March 20, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/mpg/BJNR196300994.html>.
- Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (Teilzeit- und Befristungsgesetz, TzBfG) (December 20, 2011)*. Retrieved March 20, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/tzbfhg/BJNR196610000.html>.
- Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz, JArbSchG) (March 3, 2016)*. Retrieved March 20, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/jarbschg/BJNR009650976.html>.
- Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz, MuSchG) (October 23, 2012)*. Retrieved March 20, 2016, from <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/muschg/>.
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG) (December 10, 2015)*. Retrieved March 20, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/BJNR104510000.html>.
- Glaser, J., Lampert, B., & Weigl, M. (2008). *Arbeit in der stationären Altenpflege: Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. INQA-Bericht: Vol. 34*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hahn, J. *Rechtsquellen zum kirchlichen Arbeitsrecht (2015)*. Retrieved March 20, 2016, from <http://www.judith-hahn.de/index.php/kirchl-arbeitsrecht>.
- Haumann, A., Bellin, J., & Gräske, J. (2013). Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals im ambulanten Pflegesektor. *Pflege Aktuell*, 66(1), 34–39.
- Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M., & Mayr, M. (2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinieren Pflegekräften. *Pflege*, 21(1), 16–24.
- Mindesturlaubsgesetz für Arbeitnehmer (Bundesurlaubsgesetz, BUrlG) (April 20, 2013)*. Retrieved March 20, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/burlg/BJNR000020963.html>.
- SGB IX (December 21, 2015)*. Retrieved March 21, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/BJNR104700001.html.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*. Retrieved January 04, 2016, from <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html>.
- Wolke, R. (2005). Die Arbeitssituation in der stationären Pflege. Gesundere und leistungsfördernde Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege. *Pflege Magazin*, 6(6), 4–19.

30 Erläuterungen zum Kennzeichen "Wirtschaftlichkeit"

30.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird Wirtschaftlichkeit (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Bedeutung hat die Wirtschaftlichkeit in der Pflege (ambulant und stationär)?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen Pflegequalität und Wirtschaftlichkeit in der Altenpflege?
- Welchen Veränderungen sind die Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe im Hinblick auf die Notwendigkeit wirtschaftlichen Denkens unterworfen?
- Welche Auswirkungen hat der zunehmende ökonomische Druck auf die pflegerische Versorgung (ambulant und stationär)?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Wirtschaftlichkeit“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

30.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

„Wirtschaftlichkeit“ wird definiert als das nachhaltig günstigste Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen. Um die Wirtschaftlichkeit zu beschreiben zu können bedarf es daher immer Aussagen zu beiden Größen. Wirtschaftlichkeit ist nicht gleichzusetzen mit Kostengünstigkeit, Einsparung, Gewinnerzielung oder Rentabilität. Für die Pflege bedeutet es, dass die eingesetzten Mittel die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellen müssen.

Der § 29 SGB XI – das „Wirtschaftlichkeitsgebot“ – formuliert dies wie folgt:

„Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2015).

Unter Wirtschaftlichkeit als grundlegender Vorgabe des Leistungsrechts wird bisher verstanden, dass von mehreren Maßnahmen mit vergleichbarem Nutzen und Wirksamkeit die kostengünstigste Alternative gewählt werden muss (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2015).

Dabei kommt der Definition dessen, was eine gute Versorgung ausmacht, welche Ziele, welcher Nutzen mit den eingesetzten Mitteln erreicht werden sollen und wie Wirksamkeit festgestellt werden kann, eine entscheidende Bedeutung zu.

Bezogen auf die Pflege sprechen Görres, Stefan Dr. et al. in diesem Zusammenhang von einer „situativ-komplex-dynamischen Qualitätsorientierung“, wobei zum jetzigen Zeitpunkt Kriterien fehlen, die Auskunft geben können, „was im Ergebnis bzw. Outcome eine gute Pflege(qualität) ist“. Sie empfehlen „eine stärkere Fokussierung auf 'Wertmerkmale' wie Selbst-

bestimmung, Kompetenzen, Bedürfnisse und Lebensqualität“ (Görres, Stefan Dr. et al.). Das bedeutet, dass bei der Betrachtung der Wirtschaftlichkeit überprüft werden muss, welchen Beitrag die eingesetzten Mittel zur Erreichung von Zielen wie Lebensqualität etc. bei den Menschen mit Pflegebedarf leisten. Der Sachverständigenrat konstatiert dazu in seinem Bericht zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ einen deutlichen „Mangel an Ziel- bzw. Outcomeorientierung“ durch eine reine Ausgabenbetrachtung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen).

Im Pflegestärkungsgesetz § 113 sowie dem § 4 SGB XI heißt es, dass durch Sachverständige „ergänzende Instrumente zur Ermittlung und Bewertung der Lebensqualität zu entwickeln“ seien (Bundesregierung, 2016). Der Deutsche Ethikrat sieht bei der Bestimmung von Lebensqualität nicht zuletzt im Hinblick auf die große individuelle Heterogenität im Erleben von Lebensqualität enorme Herausforderungen:

„Die Messung der Lebensqualität stellt bei der Nutzenbewertung eine besondere Herausforderung dar, da es sich um eine qualitative und nicht wie bei der Lebenslänge um eine rein quantitative Größe handelt. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, werden die qualitativen Aussagen jedoch in quantitative überführt, wodurch vorher getroffene Wertentscheidungen verschleiert, verschiedene Dimensionen homogenisiert und ethische Implikationen methodischer Entscheidungen verdeckt werden können. Zunächst muss unterschieden werden, ob die allgemeine oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Blick genommen wird. Im Bereich der Nutzenbewertung wird in der Regel die gesundheitsbezogene Lebensqualität herangezogen. Sodann ist zu berücksichtigen, dass die Qualität eines Lebens vom Grundsatz her nur jedes Individuum für sich selbst beurteilen kann: Die Lebensqualität bei demselben gesundheitlichen Zustand kann eine Person als gut empfinden, während eine andere Person sie als sehr eingeschränkt erlebt. Eine solche unterschiedliche Einschätzung kann zum Beispiel physiologische, psychische, biografische oder soziale Gründe haben. In jedem Fall führt sie vor Augen, dass eine Beurteilung der Lebensqualität durch Außenstehende, also aus der Fremdperspektive, erhebliche Unsicherheiten aufweist und im konkreten Fall enorm fehlerhaft sein kann“ (Deutscher Ethikrat, 2011).

Im Gegensatz zu dem oben angedeuteten Verständnis wird das Gesundheits- und Pflegewesen aber zunehmend als expandierender und marktwirtschaftlich fungierender Sektor wahrgenommen, in dem um Qualität und knappe Ressourcen konkurriert wird (Slotala & Bauer). In diesem Sinne bleibt „Geld . . . nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden kann.“ (Kühn, 2004).

Friesacher fordert eine Umorientierung und sieht dabei auch das Pflegemanagement in der Pflicht:

„Pflegemanagement und die Qualitätsentwicklung müssen, sollen sie nicht nur affirmativ die bestehenden Verhältnisse reproduzieren, kritisch und normativ konzipiert werden. Das bedeutet erstens die Infragestellung bisheriger allgemein akzeptierter und liebgewonnener Überzeugungen und Kritik der bestehenden Bedingungen, zweitens die begründete Neuausrichtung einer Qualitätsentwicklung, deren Orientierung die betroffenen Menschen in ihrem lebensweltlichen Kontext sind (und nicht die Qualitätsbeauftragte, die Pflegedienstleitung, den Geschäftsführer, den MDK, die Zertifizierungsinstanz)“ (Friesacher, 2009).

Deutlich wird, wie komplex die Betrachtung des Merkmals „Wirtschaftlichkeit“ in der Pflege ist. Sie steht im Spannungsfeld von Ökonomie und Ethik und ist Teil des gesellschaftlichen

Diskussionsprozesses, um das was uns als Gesellschaft der Mensch wert ist und was wir bereit sind dafür aufzuwenden.

Dem gegenüber steht die Realität der Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege. Hier scheint ein Paradigmenwechsel möglicherweise bereits Realität geworden zu sein, orientieren sich die Einrichtungen in ihrer Definition von „Wirtschaftlichkeit“ mittlerweile an betriebswirtschaftlichen Kriterien der Erwerbswirtschaft. Wichtigste Größe ist dabei die Umsatzrendite. Dabei unterscheiden sich (noch) frei-gemeinnützige TrägerInnen von privaten TrägerInnen der Altenhilfe. Private TrägerInnen erwarten einen Gewinn aus ihrem Handeln, während frei-gemeinnützige TrägerInnen in erster Linie Kostendeckung anstreben.

Diese Entwicklung ist zu Teilen dem Kostendruck geschuldet:

„Die Finanzierungsbedingungen für pflegerische Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung üben einen enormen Kostendruck auf die Leistungsanbieter aus. Damit übt die Vergütung im Rahmen des SGB XI einen enormen Handlungsdruck auf jede ambulante und stationäre Versorgungseinrichtung der Pflege aus, die Kosten – unabhängig vom tatsächlich oder prognostizierten Bedarf an Personal, Material, Zeit etc. – auf einem Minimum des Leistungsreiches zu halten“ (Slotala & Bauer).

Die „Messung“ der Wirtschaftlichkeit durch die AnbieterInnen von pflegerischen Leistungen erfolgt durch quantifizierbare Kennzahlen, wie sie aus der Betriebswirtschaftslehre bekannt ist. Sie unterscheiden sich nicht oder nur marginal von den Kennzahlen privatwirtschaftlicher Unternehmen anderer Branchen.

Die Folgen dieser Ausrichtung an ökonomischen Kategorien in helfenden und heilenden Professionen im Blick auf die Pflegebedürftigen wie auch die Mitarbeitenden bedürfen einer kritischen Betrachtung. Hinweise gibt es hierfür bei den Mitarbeitenden, die unter gestiegenen Arbeitsbelastungen und der Rationierung im psychosozialen Leistungsbereich leiden, was sich unter anderem in der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen ausdrückt. Der BGW-DAK- Gesundheitsreport 2003 wies aus, dass der psychischen Gesundheitszustand der AltenpflegerInnen (gemessen als Skalenwert) um knapp 12 % schlechter ist als der Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik. AltenpflegerInnen sind demnach deutlich häufiger von psychosomatischen Erkrankungen betroffen, wobei im Vergleich zum Durchschnittswert der Vergleichsbevölkerung 44 % mehr Erkrankungen zu verzeichnen sind (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege & Deutsche Angestellten-Krankenkasse, 2003).

Die Herstellung des Zusammenhangs einer zunehmenden Ausrichtung an ökonomischen Kriterien im Pflegewesen im Hinblick auf die Qualität der pflegerischen Versorgung ist in methodischer Hinsicht hochkomplex. Bislang liegen dazu keine ausreichenden Daten vor.

30.3 Stand der Literatur

Insgesamt lässt sich feststellen, dass es in der Literatur an wissenschaftlichen Studien zur Wirtschaftlichkeit in der Pflege verstanden als dem nachhaltig günstigsten Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen fehlt. Zusammenhänge zwischen dem Mitteleinsatz (Personal, Zeit, Material) und der Ergebnisqualität lassen sich zwar herleiten, wurden jedoch in Deutschland bislang noch nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht.

In dem vom Institut für Qualität und Wissenschaftlichkeit (IQWiG) veröffentlichten Bericht zum „Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung“ wurde eine systematische Literaturrecherche von Studien im deutsch- und englischsprachigen Raum, die einen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und der Ergebnisqualität in deutschen Krankenhäusern untersucht haben, durchgeführt. Es wurden 17 Studien identifiziert. Für Deutschland konnte keine wissenschaftliche Untersuchung identifiziert werden – 14 Studien stammten aus USA, zwei aus Kanada und eine Studie aus Taiwan. In Deutschland existiert bislang kein zuverlässiges System, das eine Verschlechterung der Behandlungsergebnisse aufgrund nicht ausreichender Pflegekapazität anzeigen könnte. Dies spiegelt den Mangel an wissenschaftlichen Untersuchungen zu Zusammenhängen von Ergebnisqualität und Mitteleinsatz (Personal, Zeit, Material) wieder (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2006).

Die relevantesten Erkenntnisse bietet eine Studie aus Rheinland-Pfalz, die der Frage nachging, ob ein teureres Pflegeheim auch eine bessere Qualität anbietet (Augurzky, Mennicken, Röhrig, & Weibler-Villalobos, 2010). Dazu wurden mittels linearer Regression die Qualitätsprüfdaten von stationären Pflegeheimen in Rheinland-Pfalz im Zusammenhang mit dem durchschnittlichen Pflegesatz des Heimes analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass höhere Preise tendenziell mit besseren strukturellen Bedingungen (Ausstattung und Pflegedienstleitung) und auch mit einem besseren Qualitätsmanagement einhergehen. Ein direkter Einfluss auf die eingesetzten Indikatoren der Ergebnisqualität konnte nicht belegt werden.

Vergleichende Studien der Systeme zwischen Großbritannien, Schweden und der Bundesrepublik Deutschland (Bachinger & Vormayr, 2006) zeigen lediglich die unterschiedlichen Ausrichtungen und den zunehmenden Kostendruck auf (Großbritannien: Pflege als Privatangelegenheit, Schweden: ausgebautes staatliches System der Pflege, Bundesrepublik Deutschland: Markt der Pflege), machen aber keine verwertbaren Aussagen zum Zusammenhang zwischen wirtschaftlichen Zwängen und der Pflegequalität.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie wurden die ökonomischen Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft untersucht (Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft & Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2015). In den in 2015 vorgelegten Ergebnissen wird die Notwendigkeit hervorgehoben, dass eine Pflegeeinrichtung, will sie dauerhaft am Markt bestehen, so wirtschaften muss, dass der Umsatz die operativen Kosten und die Kapitalkosten deckt. Eindeutige Aussagen zum Zusammenhang von wirtschaftlichem Handeln und der Qualität der Pflege sind jedoch nicht ausgewiesen.

Interessant für das Geschäftsfeld der ambulanten Pflege ist eine Studie, die darauf hinweist, dass der Kostendruck Rationierung nahelegt und teilweise ggf. erforderliche Leistungen als individuelles Engagement von Pflegenden zusätzlich erbracht wird.

„Demnach wird von allen Befragten (gemeint sind die ambulanten Dienste) ein massiver wirtschaftlicher Druck in Form eines allgemeinen Kostendrucks wahrgenommen. Typischerweise sehen sich die Pflegeakteure in einem Spannungsfeld zwischen geringen Einnahmen auf der einen Seite und einem hohen Versorgungsbedarf, beziehungsweise hohen Ausgaben auf der anderen Seite. Konstatiert wird, dass die Qualität der häuslichen Pflegeversorgung in einem überaus hohen Maße von den wirtschaftlichen Bedingungen der ambulanten Pflegedienste vorstrukturiert wird. Bedingt durch Personalabbau, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck im Patientenkontakt fällt es den Pflegenden immer schwerer, eine qualitativ hochwertige Pflege zu ge-

währleisten. Derzeit erscheint es so, als ob die drohende systematische Rationierung von Pflegeleistungen nur noch durch altruistisches Handeln der praktisch tätigen Pflegeakteure kompensiert werden kann- dies freilich nur unsystematisch und auf Kosten einer entsprechend hohen gesundheitlichen Arbeitsbelastung und bei unbezahlten Überstunden“ (Slotala & Bauer, 2009).

Die Indikatoren im Bereich Wirtschaftlichkeit müssen laut einer Studie des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung Wien „auf einem Qualitätsbegriff basieren, welcher auch das Konzept der ‚Nachhaltigkeit‘ von Alten- und Pflegeheimen umfasst“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010).

In diesem Sinne kann es nicht um kurzfristige Gewinnmaximierung gehen, sondern,

„die Kontinuität der Bereitstellung von Betreuungsleistungen ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal, das nicht zuletzt nach einer wirtschaftlichen Gebarung verlangt, welche die Lebensfähigkeit von Alten- und Pflegeheimen langfristig garantiert. Jegliche Abweichung von einer ‚gesunden‘ Gebarung wird negative Auswirkungen auf die Pflegequalität zeitigen, zum Beispiel in Form erhöhter Personalfuktuation oder eines Mangels an entsprechend ausgebildeten MitarbeiterInnen. Im schlimmsten Fall würden die Schließung eines Pflegeheims und die damit verbundene Notwendigkeit eines Umzugs der BewohnerInnen zu negativen Folgewirkungen führen“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010).

Durchaus mit Blick auf Effektivität und Effizienz und gleichwohl nicht allein auf Kostenreduktion ausgerichtet sucht diese Studie nach Indikatoren für Ergebnisqualität u. a. im Bereich der Wirtschaftlichkeit. Diese müssen dem Ziel gerecht werden, „eine bessere Nutzung der verfügbaren Ressourcen zu erzielen, indem das Verhältnis von Ergebnissen und aufgewendeten Mitteln die Kontinuität der Pflege und Betreuung langfristig sichert“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010).

Die in o. a. Studie genannten Kennzahlen lauten:

- die Gesamtkosten des Pflegeheimes je Bewohner
- die Personalkosten je Pflgetag
- die durchschnittliche Zeit für direkte Pflege pro Tag pro BewohnerIn und
- die Kapazitätsauslastung je Monat.

In der Praxis der Einrichtungen und Dienste der Altenpflege werden sehr häufig z. B. in den Leitbildern die Ziele „KundInnenzufriedenheit“, „MitarbeiterInnenzufriedenheit“ und „Wirtschaftlichkeit“ als gleichrangige strategische Ziele benannt. Dies kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass die Einrichtungen innerhalb des Spannungsfeldes in dem sie sich bewegen, versuchen, eine Ausgewogenheit herzustellen und einer einseitigen Orientierung an den Kosten entgegenzutreten.

Die Wirkzusammenhänge zwischen den Faktoren Wirtschaftlichkeit, KundInnen- und MitarbeiterInnenzufriedenheit sind wissenschaftlich jedoch noch wenig belegt. Für den Zusammenhang zwischen KundInnenzufriedenheit und MitarbeiterInnenzufriedenheit liegen Studien für verschiedene Arbeitsfelder vor. Auf der Grundlage einer Literaturrecherche weist Koop (2004) auf einen signifikanten Einfluss der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen auf die Zufriedenheit der KundInnen hin. Ein umgekehrter Zusammenhang kann hingegen nicht bestätigt werden.

Ein Effekt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit könnte sich bei hoher MitarbeiterInnenzufriedenheit durch geringere Kosten für die Personalsuche und -einarbeitung, auf der KundInnenseite durch höhere KundInnenbindung mit geringeren Kosten für Marketingmaßnahmen ergeben.

Gleichwohl die empirischen Belege für die Zusammenhänge noch fehlen, gelten in der Praxis der Einrichtungen die folgenden Annahmen mittlerweile als Standard.

Je höher die Zufriedenheit der KundInnen, umso höher ist im Regelfall die Auslastung und Nachfrage des Dienstes, da diese Zufriedenheit nach außen publik wird und zu einer vermehrten Nachfrage nach Leistungen führt. Dieser Zusammenhang wird von der überwiegenden Mehrzahl der Einrichtungsleitungen bestätigt, der Nachweis hierfür ist aber aufgrund der Vielzahl der Einflussfaktoren auf die Auslastungsquote nicht eindeutig belegbar.

So kann die positive Auslastung einer Pflegeeinrichtung auch daraus resultieren, dass zum Beispiel im ländlichen Raum Alternativangebote fehlen.

Die Ergebnisse einer Studie der Fachhochschule Münster 2011 bei der 618 AltenpflegerInnen befragt wurden zeigen, dass das höchste Problemausmaß von MitarbeiterInnen der Altenpflege bei folgenden Punkten gesehen wird:

- Gute Vereinbarkeit mit Privatleben/Work-Life-Balance
- Guter persönlicher Kontakt zu den Pflegebedürftigen/Zeit haben
- Anzahl der KollegInnen bei der Schichtbesetzung/Personaldecke/Einarbeitung (Buxel, 2011)

Die Umsetzung dieser Faktoren, die im Wesentlichen mit einer besseren Personalausstattung einhergehen, ist mit Kosten verbunden. Dem entgegengestellt werden können, bei hoher MitarbeiterInnenzufriedenheit und damit verbundenen geringeren Personalfuktuation, der dadurch eingesparte Aufwand für die Personalsuche und Einarbeitung wie bereits dargestellt.

Geht man, wie es die genannten Ergebnisse der Studien zeigen, davon aus, dass es positive Zusammenhänge zwischen MitarbeiterInnenzufriedenheit und KundInnenzufriedenheit gibt, wird deutlich, dass es in der Steuerung der Unternehmen nicht um ein „entweder oder“ geht, sondern um ein kluges „Ausbalancieren“. Als Hilfsmittel zur Messung, Dokumentation und Steuerung im Hinblick auf Vision und Strategie eines Unternehmens hat sich dafür die Balanced Score Card (BSC) bewährt (Kämmer, 2015).

30.4 Rechtliche Aspekte

Rechtliche Regelungen existieren im Sozialgesetzbuch XI und in den in den landesspezifischen Heimgesetzen. Der § 29 SGB XI formuliert das „Wirtschaftlichkeitsgebot“ wie folgt: „Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2015). Unter Wirtschaftlichkeit als grundlegender Vorgabe des Leistungsrechts wird bisher verstanden, dass von mehreren Maßnahmen mit vergleichbarem Nutzen und Wirksamkeit die kostengünstigste Alternative gewählt werden muss (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2015). § 71 SGB XI be-

stimmt, dass ein Pflegedienst oder ein Pflegeheim nur betrieben werden darf, wenn eine dafür geeignete Leitungskraft die Verantwortung übernimmt und diese die Gewähr für eine wirtschaftliche pflegerische Versorgung bietet. § 75 des SGB XI (Rahmenverträge, etc.) führt in Absatz 2 Nr. 3 aus, dass im Rahmenvertrag (nicht näher bestimmte) „Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen“ zu regeln seien.

Ein Pflegeheim darf nur betrieben werden, wenn dies wirtschaftlich möglich ist. Beispielhaft führt das Wohn- Teilhabe- und Pflegegesetz Baden-Württembergs in § 10 Abs. 3 dazu aus:

„Eine stationäre Einrichtung darf nur betrieben werden, wenn der Träger . . . die notwendige Zuverlässigkeit, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb einer stationären Einrichtung besitzt; von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist auszugehen, wenn eine Vereinbarung über die Versorgung nach dem SGB XI, dem SGB V oder eine Vereinbarung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vorliegt und vom Träger die vereinbarungsgemäß geschuldeten Leistungen erbracht werden“ (Wohn- Teilhabe- und Pflegegesetz Baden-Württemberg (WTPG)).

Die Verordnung über den personellen Anforderungen für Heime und in ähnlicher Weise die entsprechenden Verordnungen der Länder fordern unter anderem, dass die Person, die ein Heim leitet, nach Persönlichkeit, Ausbildung und beruflichem Werdegang die Gewähr dafür bietet, dass das jeweilige Heim entsprechend der Interessen und Bedürfnisse seiner BewohnerInnen sachgerecht und wirtschaftlich geleitet wird (Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV)).

Die Heimgesetze der Länder legen Eckpunkte der zu erbringenden Leistung fest. So fordert beispielsweise das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz Baden-Württemberg vom 20. Mai 2014 http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/4r8/page/bsbawueprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=e&eventSubmit_d_oNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-WohnteilhGBWpP10&doc.part=S&toc.poskey=-_XY_d577664e811_text in § 10 u. a. eine qualifizierte Leitung, eine Leistungserbringung nach den allgemein anerkannten fachlichen Standard, die Beachtung der Privatheit, eine angemessene Betreuungs- und Wohnqualität sowie eine aktivierende und humane Pflege (Wohn- Teilhabe- und Pflegegesetz Baden-Württemberg (WTPG)).

Diese Vorgaben sind nur mit einer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einer Einrichtung umsetzbar. Die Erfüllung dieser gesetzlichen Vorgaben erfordert den Einsatz von qualifiziertem Personal und Sachmittel, die Kosten beim Träger verursachen und damit unmittelbar die Wirtschaftlichkeit des Trägers beeinflussen.

30.5 Gibt es Mindeststandards?

Die Mindeststandards beschränken sich auf rechtliche Vorgaben zum Betrieb eines Pflegeheimes bzw. eines ambulanten Dienstes sowie auf die Anforderungen der wirtschaftlichen Kompetenz der Leitung dieser Einrichtungen. Darüber hinaus existieren keine verbindlichen Standards zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Diensten und Einrichtungen der Altenpflege.

30.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die Mindestanforderungen beschränken sich auf die Rechtsgrundlagen im SGB XI sowie den landes-spezifischen Heimgesetzen.

30.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

In der Literatur werden folgende genannten Kennzahlen vorgeschlagen:

- die Gesamtkosten des Pflegeheimes je BewohnerIn
 - Messthema: wirtschaftliche Nachhaltigkeit
 - Diese Kennzahl berücksichtigt klassische betriebswirtschaftliche Prinzipien, indem die kostengünstigere Variante, mit der ein Ziel erreicht werden kann, zu einem besseren Ergebnis führt.
- die Personalkosten je Pflegeetag
 - Messthema: wirtschaftliche Nachhaltigkeit
 - Für die Einordnung dieser Kennzahl ist der Grad der Pflegebedürftigkeit der zu versorgenden BewohnerInnen mit einzubeziehen.
- die durchschnittliche Zeit für direkte Pflege pro Tag pro BewohnerIn
 - Messthema: Pflegeprozess
 - Ziel ist die Erfassung der direkten Pflegezeit. Diese Zeit ist ins Verhältnis zu setzen mit einem noch zu definierenden wünschenswerten Ausmaß an direkter Pflegezeit.
- die Kapazitätsauslastung je Monat.
 - Messthema: wirtschaftliche Nachhaltigkeit
 - Über diese Kennzahl können evtl. ungenutzte Kapazität aufgedeckt werden (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010).

Deutlich wird, dass erst in der Zusammenschau der Kennzahlen ein aussagekräftiges Ergebnis im Hinblick auf eine Wirtschaftlichkeit, die Kosten und Nutzen im Blick hat, abgeleitet werden kann.

30.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Das Kennzeichen „Wirtschaftlichkeit“ steht in Beziehung zu den folgenden Kennzeichen:

Personalentwicklung, Arbeitsbedingungen, Pflegeprozess, Verantwortliche Pflegefachkraft, Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft, Umgebungsgestaltung/Hilfsmittel incl. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

30.9 Literaturverzeichnis

- Augurzky, B., Mennicken, R., Röhrig, B., & Weibler-Villalobos, U. (2010). Bietet ein teureres Pflegeheim auch eine bessere Qualität? Evidenz aus Rheinland-Pfalz. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 15(06), 292–298.
- Bachinger, R., & Vormayr, E. (2006). Qualität und Werte im Spannungsfeld der Ökonomie: Österreichische Pflege-Zeitschrift. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 59(10).
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, & Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Eds.) (2003). *BGW-DAK-Gesundheitsreport Altenpflege : Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. Hamburg.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2015). *Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch: Pflegeversicherung*, from www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html.
- Bundesregierung (2016). *Pflegestärkungsgesetz*, from http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2424.pdf.
- Buxel, H. (2011). *Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen*. Münster. Retrieved March 15, 2016, from https://www.fh-muenster.de/oecotrophologie-facility-management/downloads/buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal.pdf.
- Deutscher Ethikrat (2011). *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung: Stellungnahme*. Retrieved March 03, 2016, from <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf>.
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Ed.) (2010). *Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime „Handbuch aus dem EU-Projekt Progress: Quality Management by Result-oriented Indicators - Towards Benchmarking in Residential Care for Older People“*. Wien.
- Friesacher, H. (2009). Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung: *Pflege & Gesellschaft*. *Nova*, 14(1), 5–23.
- Görres, Stefan et al. (2008). *Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichte im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V.* Retrieved March, 15, 2016, from www.hpg-ev/download/hpg-Gutachten_14_02_2008_1.pdf.
- Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft, & Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Eds.) (2015). *Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft: Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie*. Berlin, Essen.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Ed.) (2006). *Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung: Eine systematische Übersicht*. Retrieved March 03, 2016, from https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf.
- Kämmer, K. (Ed.) (2015). *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen* (6th ed.): Schlütersche.
- Koop, B. (2004). *Zufriedenheit und Bindung von Mitarbeitern und Kunden: integrierte Analyse und Steuerung in Unternehmen: Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Betriebswirtschaftslehre (Dr. rer. pol.) der Universität Mannheim*. Darmstadt.

- Kühn, H. (2004). Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In G. Elsner, T. Gerlinger, & K. Stegmüller (Eds.), *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*. Hamburg: VSA-Verl.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2016). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Retrieved March 03, 2016, from www.svr-gesundheit.de/index.php?d=18.
- Slotala, L., & Bauer, U. (2009): „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen.“ Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards. In *Pflege und Gesellschaft* (pp. 54–66).
- Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV)* (June 22, 1998). Retrieved March 03, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/heimpersv/>.
- Wohn- Teilhabe- und Pflegegesetz Baden-Württemberg (WTPG)* (May 20, 2014). Retrieved March 03, 2016, from <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=WohnteilhG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true>.

31 Erläuterungen zum Kennzeichen „Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft“

31.1 Rechercheleitende Fragen

Folgende Fragen leiteten die Literaturrecherche:

- Wie wird das Kennzeichen „Hauswirtschaftliche Versorgung/Unterkunft“ in der Pflege (ambulant/stationär) definiert?
- Welche Standards oder Richtlinien existieren im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung und Unterkunft?
- Welche Herausforderungen existieren im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung und Unterkunft?
- Inwieweit können aus dem Kennzeichen „Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft“ Indikatoren für die Qualitätsmessung abgeleitet werden?

31.2 Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung

Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft ist ein wichtiger Teil der ambulanten und stationären Pflege. Pflegebedürftige Menschen sind je nach fortgeschrittenem Alter oder Erkrankung kaum mehr in der Lage einen eigenen Haushalt zu führen oder sich selbst zu versorgen, weshalb hauswirtschaftliche Dienstleistungen in ihren Angeboten und Leistungen unverzichtbar sind. Insbesondere in der stationären Pflege existieren unterschiedliche hauswirtschaftliche Konzepte, die helfen sollen, die Qualität in der Pflege zu sichern. Die Aufrechterhaltung von haushaltsnahen Dienstleistungen schafft nicht nur Raum für Entlastung, Selbstbestimmung und Lebensqualität, sondern kann auch als Prävention zum Vermeiden von Pflegebedürftigkeit dienen.

31.3 Stand der Literatur

Das Hauswirtschaftskonzept in der Pflege

Die Hauswirtschaft erbringt „Leistungen der Versorgung, Unterstützung und Förderung im Sinne des Pflege- und Betreuungsangebotes“ (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Caritasverband e. V., 2007). Ihre Angebote und Dienstleistungen unterliegen gerade in der stationären Pflege strengen Qualitätsauflagen und Kontrollen.

Das jeweilige Hauswirtschaftskonzept sollte nicht nur in den konzeptionellen Hintergrund eingefügt werden und das Leitbild der Pflegeeinrichtung (christlich, caritativ, humanistisch geprägt etc.) widerspiegeln, sondern es sollte auch in einem deutlichen Handlungskonzept zum Ausdruck kommen, das für alle Beteiligten verbindlich ist (Diakonisches Werk der Evan-

gelischen Kirchen in Deutschland e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Caritasverband e. V., 2007). Die Inhalte des Hauswirtschaftskonzeptes sind abhängig von Leitbild der Einrichtung und davon ausgehend in seinen Leitzielen und Leistungsangeboten definiert. Fokussiert das Leitbild zum Beispiel in besonderer Weise die Achtung der Menschenwürde, orientieren sich die Leitziele des hauswirtschaftlichen Konzeptes an diesem Leitbild: Daraus resultierend wären die Ziele z. B. die Achtung der Privatsphäre, Selbstbestimmung und Biografieorientierung. Diese Ziele in die Praxis umzusetzen, würde sich z. B. darin äußern, dass die Pflegebedürftigen die Möglichkeit haben ihre Speisen im Zimmer oder in der Wohngruppe einzunehmen oder das individuelle Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl der Speisen bestehen (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Caritasverband e. V., 2007).

Die hauswirtschaftlichen Dienstleistungen lassen sich dabei konkret in folgende Bereiche aufteilen: Verpflegung (Produktion, Bereitstellung und Mahlzeitservice), Hausreinigung, Wäscheversorgung, Hausgestaltung und Haustechnik. Um die richtige Ausführung dieser Angebote zu garantieren, gelten folgende Orientierungspunkte:

1. Verpflegung: bedarfsgerecht, abwechslungsreich, vielseitig, Beratung, Hilfe, Unterstützung und bei Bedarf auch Diätangebot
2. Hausreinigung: vereinbarte Regelungen zur Raumreinigung, unverzügliche Beseitigung von Verunreinigungen, Berücksichtigung des Tagesablaufs, Weitergabe von Informationen an die Bewohner
3. Wäscheversorgung: Abstimmung von Art, Umfang und Häufigkeit, sowie nach notwendigem Bedarf
4. Hausgestaltung: Beachtung der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nach räumlicher Orientierung, Wohnlichkeit und der jahreszeitlichen Orientierung
5. Haustechnik: Sicherheit im Wohnumfeld, Erreichbarkeit, Wartung der Technik, Berücksichtigung der Tagesgewohnheiten bei Wartung und Ausführung von Aufträgen (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Caritasverband e. V., 2007).

Weitere Bereiche an denen die Hauswirtschaft beteiligt ist, sind u. a. Beschäftigungen und Aktivitäten, wie z. B. das Organisieren von Festen oder Feierlichkeiten, die spezielle Pflege von Menschen mit Demenz und anderen Erkrankungen, die einen angepassten Versorgungsplan erfordern und Tätigkeiten im Bereich des Sterbens und der palliativen Versorgung.

Hauswirtschaftliche Versorgung und Unterkunft in der stationären Pflege und in alternativen Wohnformen

In stationären Pflegeeinrichtungen haben sich drei unterschiedliche Konzepte im Bereich der Hauswirtschaft und Pflege herauskristallisiert: Das Versorgungskonzept, das Hausgemeinschaftskonzept und das Wohngruppenkonzept ("Kooperation von Hauswirtschaft und Pflege in stationären Einrichtungen der Altenhilfe", 2000). Das Versorgungskonzept zeichnet sich durch seinen stark zentralisierten Fokus hinsichtlich der Hauswirtschaft aus, während die Pflege als Bereichs- oder Gruppenpflege organisiert wird. Im Vergleich dazu bietet das Konzept der Hausgemeinschaft eine an familiären Strukturen orientierte Wohnsituation. Hier ist eine feste Bezugsperson für die Gestaltung von Alltag und Aktivitäten zuständig. Dabei kann

es sich um eine Pflegefachkraft oder eine hauswirtschaftliche Fachkraft handeln. Das Konzept löst damit eine strenge Abgrenzung von Pflege und Hauswirtschaft ab, was sich auch in der baulichen Komponente der Einrichtung widerspiegelt: Zum Beispiel sind Aufenthaltsräume mit einer integrierten Küche Voraussetzung. Das Wohngruppenkonzept hingegen orientiert sich wiederum stark an der traditionellen Arbeitssteilung von Hauswirtschaft und Pflege. Jedoch wird in diesem Konzept eine bewohnernahe Versorgung in der Hauswirtschaft angestrebt, d. h. der Tätigkeitsbereich der Hauswirtschaft bleibt auch hier idealerweise dezentral organisiert ("Kooperation von Hauswirtschaft und Pflege in stationären Einrichtungen der Altenhilfe", 2000). Je nachdem welche Konzeption gewählt wird, müssen unterschiedliche Entscheidungen getroffen werden, u. a. auch was die Personalausstattung betrifft. So muss im Hausgemeinschaftskonzept die Bezugsperson ausgeprägte fachliche und persönliche Komponenten mitbringen, um den Qualitätsanforderungen gerecht zu werden. Wohn- oder Hausgemeinschaften können in stationäre Einrichtungen integriert oder selbstorganisiert sein (Crößmann & Börner, 2005).

Die Dimensionen, die einen konzeptionellen Rahmen vorgeben, liegen dabei in wechselseitiger Verantwortung von Pflege und Hauswirtschaft. Aspekte, wie die soziale Betreuung und Aktivitäten, die Seelsorge und Beratung, Therapie und Rehabilitation, die ärztliche Betreuung, Pflege, die Speiserversorgung, die Wäsche und Reinigung und das Wohnen und die Verwaltung sollten sich stets an den Bedürfnissen und Interessen der Heimbewohner orientieren ("Kooperation von Hauswirtschaft und Pflege in stationären Einrichtungen der Altenhilfe", 2000). Bei Tätigkeiten, die sich im Schnittstellenbereich befinden, handelt es sich oftmals um situationsabhängige Handlungsfragen in den Bereichen von Speiserversorgung, Reinigung und Wäscheversorgung.

Ein wichtiger Punkt der hauswirtschaftlichen Versorgung in der stationären Pflege ist das Ernährungsmanagement. Unbestritten sind die negativen Folgen einer Mangelernährung. Die Hauswirtschaft in Pflegeeinrichtungen sieht sich der Aufgabe gegenüber wie sich die Ernährungssituation für die BewohnerInnen am besten gestalten lassen kann. Grundlegende Themen sind hierbei die Darreichungsform des Essens, die Gestaltung der Mahlzeiten im Hinblick einer familiären Atmosphäre und die Frage nach der Teilnahme von PflegemitarbeiterInnen (Hennings, 2011). Die Verpflegung ist nicht nur ein „wichtiger Bestandteil im Tagesablauf“ (ebd.) der BewohnerInnen, sondern bildet auch einen Ankerpunkt für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Durch die Teilnahme von MitarbeiterInnen am Alltagsgeschehen werden Strukturen geschaffen, die einen familiären Hintergrund haben und sowohl die Kommunikation wie auch den Erhalt aktiver Leistungen fördern können. Um dies zu erreichen, ist jedoch ein entsprechender zeitlicher Aufwand einzusetzen und es muss ein Bewusstsein für den biografischen Hintergrund der BewohnerInnen vorhanden sein.

Um Konflikte an den Schnittstellen zu vermeiden sind Hauswirtschaft und Pflege angehalten beispielsweise hinsichtlich eines individuellen Ernährungsplans gemeinsam zu agieren (ebd.).

Hauswirtschaftliche Versorgung in der ambulanten Pflege

Hauswirtschaftliche Dienstleistungen im privaten Sektor „haben eine wichtige Relevanz für die Selbstständigkeit, Lebensqualität und Versorgungssicherheit älterer Menschen, wenn sie oder ihr familiales und soziales Umfeld nicht mehr in der Lage sind, die Tätigkeiten selbst zu

erledigen“ (Pfannes, 2016). Dabei lassen sich die haushaltsbezogenen Leistungen auf zwei Dimensionen eingrenzen:

1. Personenbezogene Leistungen: Hier ist die Anwesenheit der Betroffenen Voraussetzung und beinhaltet eine Alltagsbegleitung, die Unterstützung bei Mahlzeiten und die hauswirtschaftliche Betreuung und Assistenz.
2. Sachbezogene Leistungen: Hier ist die Anwesenheit nicht zwingend erforderlich, da es sich hauptsächlich um Tätigkeiten wie Reinigungs- oder Wäschedienstleistungen handelt (ebd.).

Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf erfordert neben pflegerelevante Leistungen auch zu einem großen Teil hauswirtschaftliche Komponenten: Das heißt „der Bereich zusätzlicher Hilfebedarfe umfasst . . . primär die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, aber teilweise auch die alltäglichen Verrichtungen des Lebens“ (Neuhaus, A., Isfort, M., Weidner, F., 2009). Eine optimierte Versorgung in der häuslichen Pflege wird durch die Abgrenzungsprobleme im SGB V und SGB XI und der damit einhergehenden wirklichkeitsfremden Arbeitseinteilung von Pflege und Hauswirtschaft erschwert (Neuhaus, A., Isfort, M., Weidner, F., 2009).

Die ambulante Versorgung hat gesetzlich betrachtet den Vorzug gegenüber der stationären Pflege. Die pflegenden Angehörigen, Familienmitglieder und Bezugspersonen, deren eigene Verpflichtungen im Alltags- und Berufsleben es kaum ermöglichen - eine 24-Stunden Pflege zu leisten, sind oft stark belastet. Legale Anbieter im hauswirtschaftlichen Bereich lassen sich in Reinigungsunternehmen, private Anbieter von Hauswirtschaftsleistungen und ambulante Pflegedienste, die auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten anbieten, unterteilen (Pfannes, 2016). Professionelle Anbieter aus diesem Dienstleistungsbereich können dabei kaum eine „bezahlbare Form der Rund-um-die-Uhr-Pflege leisten“ (Lauxen, 2010). Aber auch das verstärkte Auftreten von demenziellen Erkrankungen und die damit verbundene spezielle und zeitaufwändige Fürsorge hat zu einem gesellschaftlichen Phänomen geführt: Die Suche nach einem kostengünstigen Pflegearrangement endet in der Inanspruchnahme von HelferInnen aus Osteuropa.

Die Gründe, warum beide Seiten sich für den gesetzlich „diffusen“ Weg entscheiden, liegt einerseits auf Seiten der Pflegebedürftigen und deren familiären Bezugskreis in der Kostenersparnis und auf Seiten der osteuropäischen PflegerInnen in den erhöhten Verdienstmöglichkeiten, wie es sie im Vergleich in den osteuropäischen Ländern nicht gibt. Die meisten HelferInnen planen keine längerfristige Migration in Deutschland, sondern wollen als PendelmigrantInnen nur aktuell bestehende ökonomische Probleme lösen.

Die PendelmigrantInnen leben meist im Haushalt der pflegebedürftigen Person mit. Die Vorteile sind hierbei die kostenfreie Unterkunft und Verpflegung. Die Nachteile jedoch sind die damit entstehende Verpflichtung zur 24-Stunden-Pflege: Gerade demenziell erkrankte Menschen leiden unter einem destrukturierten Tagesablauf, was eine Nachtruhe für beide Parteien fast unmöglich macht. Fehlende Edukation im pflegerischen Umgang mit herausforderndem Verhalten, kulturelle Unterschiede und die zeitliche Komponente können zu Konflikten führen, die für beide Seiten eine schwierige Alltagssituation erzeugen können.

Im Bereich der ambulanten Pflege vermischen sich die Aufgabenbereiche von Pflege und Hauswirtschaft – zwar werden die HelferInnen primär eingestellt um sich um den Haushalt zu

kümmern, doch bleibt es nicht bei einer klaren Abgrenzung, was zu Arbeitsbelastungen und Konflikten führt. Die spezifische Situation ist für alle Beteiligten herausfordernd:

1. Pflegequalität: Die Pflegequalität ist gefährdet, sobald ungelernte Kräfte ins Spiel kommen. Die Rede ist hier von pflegfachlicher Überforderung und den daraus resultierenden Pflegefehlern. Da es keine Qualitätskontrollen in diesem Bereich gibt, kann für beide Seiten keine Sicherheit oder Gewährleistung stattfinden.
2. Migration: Der Lebensmittelpunkt der PendelmigrantInnen wird hier auf zwei verschiedene Orte verlagert, wobei Zeit und Mobilität eine große Rolle spielen. Dies kann zu Entwurzelung und zu Schuldgefühlen führen z. B. dann, wenn Kinder in der Heimat zurückgelassen werden.
3. Gender: Der Anteil migrierender Frauen übersteigt deutlich den Männeranteil. Die Nachfrage nach häuslichen Dienstleistungen – auch international betrachtet – wird immer noch als eine weibliche Tätigkeit angesehen. Haushaltsarbeit, auch Betreuungs- und Pflegearbeit sind Arbeitsfelder, die zunächst von Frauen bzw. MigrantInnen geleistet wird. Die Arbeit in den privaten Haushalten ist oftmals mit großen physischen und psychischen Anforderungen verbunden.
4. Schattenwirtschaft: In Deutschland nimmt die Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen zu – und damit auch der Anteil derjenigen, die im häuslichen Dienstleistungssektor informellen Tätigkeiten nachgehen: „Der Privathaushalt ist dabei insgesamt der Beschäftigungssektor mit dem höchsten Anteil ungeschützter, illegaler Beschäftigung und ist weltweit zu einem der größten Arbeitgeber für MigrantInnen geworden“ (Neuhaus, A., Isfort, M., Weidner, F., 2009).

Allgemein werden Kommunikation und Interaktion als wichtige Aspekte angesehen, welche die Beziehung zwischen Haushaltskraft und Pflegebedürftigem gestalten. Hier ist nicht nur eine gewisse sprachliche Kompetenz von Nöten, auch emotionale Komponenten spielen neben den fachlichen eine wichtige Rolle. Kompetenzen wie Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit werden als Attribute innerhalb der häuslichen Beziehungswelt betrachtet (Pfannes, 2016). Damit liegen die Vorteile des Einsatzes von regulären oder irregulären Pflegearrangements primär in der Stabilisierung der familiären Strukturen und der Tatsache, dass die pflegebedürftige Person in ihrem Zuhause bleiben kann (Neuhaus, A., Isfort, M., Weidner, F., 2009).

Im Vergleich zu skandinavischen Ländern wie Finnland zeigt Deutschland einen „Nachholbedarf bei der Ausdifferenzierung der pflegerischen Versorgung“ (Hämel, 2015). Denn während Deutschland noch auf eine traditionelle Versorgung im Sinne der Angehörigenpflege setzt, liegt der Fokus in Finnland auf einer Dienstleistungsorientierung. Hier sind die Kommunen und regionalen Verbände für die Organisation und Erbringung der haushaltsnahen Pflege und Versorgung zuständig. Die hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen wird in alle Bereiche der Pflege integriert, um Schnittstellenproblematiken zu vermeiden. Ausgerichtet am Konzept des Primary Nursing soll eine kontinuierliche pflegerische Versorgung gewährleistet werden ohne dabei den Blick für die individuellen Problemlagen zu verlieren. Gleichzeitig wird durch den Einsatz an Fachkräften, den Einbezug von weiteren sozialen Dienstleitern – falls diese denn benötigt werden – und die externe Kontrolle durch die Kommunen der Qualitätsstandard der ambulanten Pflege hoch gehalten.

31.4 Rechtliche Aspekte

Das zum 01. Januar 2016 in Kraft getretene 2. Pflegestärkungsgesetz setzt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff um. § 14 SGB XI definiert den Begriff der Pflegebedürftigkeit. Maßgeblich sind die in Absatz 2 genannten Kriterien Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. In Bezug auf die hauswirtschaftliche Dimension gilt: „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt“ (§ 14 Abs. 3, SGB XI).

Mit dieser Regelung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass sich in inhaltlicher Hinsicht Kriterien wie Mobilität und Selbstversorgung mit der Fähigkeit zur Haushaltsführung verschränken.

Die Selbstbestimmtheit und Eigenständigkeit des Einzelnen ist als beeinträchtigt zu betrachten, wenn keine selbstständige hauswirtschaftliche Versorgung mehr stattfinden kann. Die in § 45b SGB XI festgehaltenen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen beschreiben die Pflegeleistungen „als komplementäre Dienstleistungen zu haushaltsbezogenen Dienstleistungen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuschieben“ (Pfannes, 2016).

Das Pflegeverstärkungsgesetz I erlaubt weitere niedrigschwellige Entlastungsangebote in Bezug auf haushaltsbezogene Dienstleistungen und das ab dem 1. Januar 2016 in Kraft getretene Zweite Pflegeverstärkungsgesetz rückt die pflegerische und haushaltsnahe Versorgung des Einzelnen noch mehr in den Fokus.

Weiterhin werden nach § 125 SGB XI aktuell Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch professionelle Betreuungsdienste durchgeführt. Ziel der Modellvorhaben ist die umfassende Bewertung der Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung, um so festzustellen, welche Bestandteile in die Regelversorgung übernommen werden können“ (GKV-Spitzenverband, 2015).

Die Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Abschluss „Geprüfte Fachhauswirtschaftlerin/Geprüfter Fachhauswirtschaftler“ berücksichtigt in besonderer Weise den Erwerb von Qualifikationen im Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen.

„§ 4 Bereich Hauswirtschaftliche Leistungen

Im Bereich ‚Hauswirtschaftliche Leistungen‘ soll der Prüfungsteilnehmer nachweisen, daß er in der Lage ist, zu betreuende Personen, insbesondere ältere Menschen, bei der Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgungsleistungen zu unterstützen und sie dabei aktivierend einzubeziehen sowie bei Bedarf die Versorgungsleistungen in eigener Verantwortung zu übernehmen. Dazu gehören die Analyse der persönlichen und sozialen Bedürfnisse sowie die Planung, Durchführung und Kontrolle der hauswirtschaftlichen Versorgungsleistungen in den Bereichen Ernährung, Kleidung/Textilien und Wohnen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes, der Ansprüche, Gewohnheiten, Erfahrungen und Entscheidungen der zu betreuenden Personen. In diesem Rahmen können geprüft werden:

1. Analysieren der Haushaltssituation unter Berücksichtigung des Leistungsvermögens der zu betreuenden Personen, der verfügbaren Mittel und Dienstleistungsangebote;

2. Planen, Gestalten und Erfassen der Versorgungsleistungen unter Einbeziehung der Wohnheiten der zu betreuenden Personen und Einsatz spezieller Hilfsmittel;
3. Unterstützen der zu betreuenden Personen bei der Erfassung und Bewertung des Haushaltsbudgets, bei der Prüfung von Einsparungs- und zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten sowie beim Aufstellen eines Haushaltsvoranschlages;
4. Planen und Unterstützen bei Verpflegung und Nahrungsaufnahme unter Berücksichtigung alters- und krankheitsbedingter Kostformen, spezifischer Probleme bei Ernährung, Nahrungsaufnahme und des Flüssigkeitshaushaltes, von Darreichungsformen und des Einsatzes von Hilfsmitteln;
5. Versorgen mit bedarfsgerechter Kleidung und situationsgerechter Haushaltswäsche unter besonderer Beachtung hygienischer Anforderungen bei Wäsche und Reinigung;
6. Analysieren der Wohnsituation, Gestalten und Pflegen einer bedarfsgerechten Wohnung unter Vermeidung von Unfallgefahren“ ("FachHwirtPrV").

Weitere rechtliche Grundlagen betreffen die Einhaltung von Hygienerichtlinien entsprechend § 36 des Infektionsschutzgesetzes ("Infektionsschutzgesetz").

Seit der Föderalismusreform 2007 liegt die ordnungsrechtliche Verantwortung der Heimgesetzgebung bei den Ländern. Dazu gehören Fragen der Genehmigung des Betriebs von Heimen oder anderen Wohnformen für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen, die personelle oder bauliche Ausstattung der Einrichtung oder Sanktionen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorschriften. Diese Gesetze tragen in jedem Bundesland unterschiedliche Namen je nach Ziel und Herangehensweise an das Gesetz. Insofern die Länder noch keine Durchführungsverordnungen erlassen haben, gelten weiterhin die alten bundeseinheitlichen Verordnungen. Für die Gestaltung der Unterkunft ist dies ggf. die Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) von 2003. Diese regelt u. a. die Erreichbarkeit von Wohn- und Pflegeplätzen, die Ausgestaltung von Fluren, Fußböden und Beleuchtung, das Vorhandensein von Rufanlagen, Fernsprechern und die Gestaltung von sanitären Anlagen.

31.5 Gibt es Mindeststandards?

Die Mindeststandards ergeben sich aus den rechtlichen Vorgaben.

31.6 Gibt es Mindestanforderungen?

Die Anforderungen an die Hauswirtschaft sind nicht nur im Sinne eines qualitativen Standards formuliert, sondern sind auch an die berufsspezifischen Voraussetzungen gebunden.

1. Strukturqualität: Zu einer erfolgreichen Umsetzung der Strukturqualität gehören die Umsetzung des Leitbildes für den Bereich der Hauswirtschaft, der Erhalt der Organisationsstruktur, u. a. durch geeignete Fachkräfte, die Wahl geeigneter Funktionsräume sowie einer geeigneten Einrichtung und die Gewährleistung der Sicherheit der fachlichen Qualität durch Leistungsbeschreibungen und Hygienestandards.
2. Prozessqualität: Die Prozessqualität beinhaltet Abstimmungsregelungen von Hauswirtschaft, Pflege und Betreuung, Arbeitsplangestaltungen und jegliche Formen von Koordinations- und Informationsaustauschsystemen (Diakonisches Werk der Evange-

lischen Kirchen in Deutschland e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Caritasverband e. V., 2007).

Für den Schutz des einzelnen Verbrauchers von hauswirtschaftlichen Dienstleistungen im ambulanten Bereich sind Anforderungen formuliert, die sowohl die vermittelnde Organisation betreffen, wie die preisliche Regelung und die vertraglichen Komponenten, sowie u. a. auch die Qualitätsbegleitung (Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, 2016).

Die Verbraucherzentrale formuliert als Mindestanforderungen an haushaltsnahe Dienstleistungen u. a.

- Anforderungen an die Organisation der Dienstleistung
 - Kostenloses und unverbindliches Erstgespräch
 - Besonderheiten bei der Erledigung müssen bekannt sein und soweit möglich berücksichtigt werden
 - Bei regelmäßigen Einsätzen werden auf Wunsch der KundInnen dieselben Personen eingesetzt
 - Terminzusagen werden eingehalten
 - Feste AnsprechpartnerInnen beim Dienstleister sind zu üblichen Geschäftszeiten erreichbar
 - Falls von den KundInnen gewünscht, erfolgt die Schlüsselaufbewahrung beim Dienstleister
 - Preise und Kontaktdaten des Dienstleister werden der Öffentlichkeit zugänglich gemacht
- Anforderungen an die Personen, die Kontakt zu den KundInnen haben (und vom Dienstleister zu gewährleisten sind)
 - Ausreichende Qualifikation für die sachgerechte Durchführung der vereinbarten Leistungen
 - Ausreichend geschult ist im Hinblick auf Umgangsformen und die Bedürfnisse der Zielgruppe
 - Flexibilität, um vor Ort auf Kundenwünsche eingehen zu können.
- Anforderungen an die Preise / Rechnungsstellung
 - Vor der Dienstleistungserbringung wird ein Kostenvoranschlag erstellt
 - Die Preise sind übersichtlich zusammengestellt und transparent
 - Rechnungserstellung erfolgt monatlich, es werden keine Vorauszahlungen verlangt
- Anforderungen an den Vertrag
 - Es wird ein schriftlicher Vertrag geschlossen, der die vereinbarte Dienstleistung genau beschreibt
 - Er weist Ansprechpartner für Beschwerden aus

- Er hat eine Grundlaufzeit von max. zwei Monaten
- Qualitätsbegleitung
 - Nach dem ersten Einsatz erfolgt eine Rückfrage durch den Dienstleister hinsichtlich der Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung (Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, 2016)

31.7 Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?

Das Kennzeichen hauswirtschaftliche Leistungen und Unterkunft ist sehr komplex. Für die Qualitätsmessung eingesetzt wird die Einhaltung rechtlicher Standards (z. B. das Vorhandensein von Hygieneplänen). Wie aus den obigen Ausführungen ersichtlich, ist damit aber nur ein Bruchteil dieses Kennzeichens abgebildet. Aus den von der Verbraucherzentrale (s. Abschnitt 31.6) identifizierten Mindestanforderungen könnten Messkriterien für die Nutzung von hauswirtschaftlichen Dienstleistungen im ambulanten Setting abgeleitet werden.

31.8 Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?

Folgende Kennzeichen pflegerischer Versorgung stehen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung und Unterkunft:

Expertenstandard Sturzprophylaxe und Ernährungsmanagement, Umsetzung Pflegeprozess, Selbstbestimmung, Förderung sozialer Kontakte, Selbstständigkeit, Förderung eigenständiger Lebensführung, Pflegeplan, Kommunikation, Prävention, Beziehungsgestaltung, Betreuungsleistungen, Unterstützung Tagesstrukturierung, Umgebungsgestaltung, Biographiearbeit, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Entwicklung, Dokumentation, Personalentwicklung, Hygiene, Arbeitsbedingungen, Menschenwürde, Sterbebegleitung, Privatsphäre, Wertschätzung und Kultursensibilität.

31.9 Literaturverzeichnis

- Crößmann, G., & Börner, K. (2005). *Neue Wohn- und Betreuungsformen im heimrechtlichen Kontext.: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Berlin.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Caritasverband e. V. (2007). *Hauswirtschaft - Gesicherte Qualität in der stationären Pflege: Entwicklung eines Hauswirtschaftskonzepts - Unterstützung bei Qualitätsprüfungen des MDK*. Retrieved March 17, 2016, from <http://www.diakonie.de/media/Texte-2007-22-Hauswirtschaft.pdf>.
- FachHwirtPrV: *Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Abschluß Geprüfte Fachhauswirtschaftlerin/Geprüfter Fachhauswirtschaftler (December 9, 1996)*. Retrieved March 17, 2016, from <http://www.gesetze-im-internet.de/fachwirtprv/>.
- GKV-Spitzenverband (2015). *Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI*. Retrieved March 17, 2016, from

[www.gkv-spitzenverband.de/
pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_125/pflege_modellprojekte_125.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_125/pflege_modellprojekte_125.jsp).

- Hämel, K. (2015). Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Anregungen aus Finnland. *Pflege & Gesellschaft : Zeitschrift für Pflegewissenschaft*, 20(1), 53–66.
- Hennings, D. (2011). „Kirschtorte ist manchmal besser als Rührkuchen“. Ein starkes Team: Pflegende und Hauswirtschaft kämpfen gemeinsam gegen Mangelernährung bei Altenheimbewohnern. *Pflege Zeitschrift*, 64(12), 734.
- Infektionsschutzgesetz: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (December 10, 2015)*. Retrieved March 17, 2016, from <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/>.
- Kooperation von Hauswirtschaft und Pflege in stationären Einrichtungen der Altenhilfe: Ein Leitfaden zur Schnittstellengestaltung (2000)*. München, München: Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit; Arbeiterwohlfahrt Bezirksverb. Oberbayern.
- Lauxen, O. (2010). Warum arbeiten osteuropäische Pendelmigrantinnen in der häuslichen Pflege in Deutschland. *Pflegen*, -(4), 33.
- Neuhaus, A., Isfort, M., Weidner, F. (2009). *Projektbericht: „Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen“*, from Deutscher Caritasverband e. V.
- Pfannes, U. (2016). Haushaltsnahe Dienstleistungen gefragt: Die Hilfen bei der eigenständigen Lebensführung sollen ausgebaut werden. *Blätter der Wohlfahrtspflege : deutsche Zeitschrift für soziale Arbeit*, 163(1), 19–22.
- SGB XI (December 21, 2015)*. Retrieved March 17, 2016, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/.
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2016). *Mindestanforderungen an „Haushaltsnahe Dienstleistungen für Menschen in NRW“*. Retrieved March 17, 2016, from Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW: <https://www.verbraucherzentrale.nrw/mediabig/54981A.pdf>.

Teil 4

Lebensqualität in der stationären
pflegerischen Versorgung

Rahmenmodell und Merkmale

Prof. Dr. Manuela Weidekamp-Maicher

Fachhochschule Düsseldorf

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften

Universitätsstraße 1

40225 Düsseldorf

Tel.: 0211-81-14608

E-Mail: manuela.weidekamp-maicher@fh-duesseldorf.de

Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung: Rahmenmodell und Merkmale

Stand: 30.04.2015

Inhaltsverzeichnis

1	Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung - ein Rahmenmodell	5
1.1	Einführung	5
1.2	Darstellung der Recherchestrategie	6
1.3	Theoretische Ansätze und Definitionen der Lebensqualität in der stationären Pflege aus Sicht der aktuellen Forschung	8
1.3.1	Modelle der Lebensqualität in der stationären Pflege.....	8
1.3.2	Anforderungen an ein Modell der Lebensqualität in der stationären Pflege	9
1.3.3	Spezifität bzw. Fokussierung auf stationäre Pflege.....	10
1.3.4	Multidimensionalität	12
1.3.5	Subjektiver Begriff der Lebensqualität	16
1.3.6	Normativer Charakter.....	17
1.3.7	Dynamischer Charakter von Lebensqualität	18
1.3.8	Lebensqualität versus gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	19
1.4	Entwicklung eines Rahmenmodells der Lebensqualität in der stationären Pflege	20
1.4.1	Kriterien und Indikatoren – aktueller Stand.....	26
2	Selbstbestimmung als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung.	27
2.1	Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung.....	27
2.2	Literaturlage zur Selbstbestimmung	27
2.3	Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?	30
2.4	Beispiele aus der Forschung	31
2.5	Kriterien und Indikatoren der Selbstbestimmung als Kennzeichen der Lebensqualität	33
2.5.1	Kriterien der Selbstbestimmung als Kennzeichen der Lebensqualität.....	33
2.5.2	Indikatoren der Selbstbestimmung als Kennzeichen der Lebensqualität	41
3	Würde als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung	45
3.1	Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung.....	45
3.2	Literaturlage zur Würde	46
3.3	Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?	52
3.4	Beispiele aus der Forschung	53
3.5	Kriterien und Indikatoren der Würde als Kennzeichen der Lebensqualität.....	55
3.5.1	Kriterien der Würde als Kennzeichen der Lebensqualität.....	55
3.5.2	Indikatoren der Würde als Kennzeichen der Lebensqualität	60
4	Soziale Teilhabe als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung.	63
4.1	Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung.....	63

4.2	Literaturlage zur sozialen Teilhabe.....	64
4.3	Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?	71
4.4	Beispiele aus der Forschung	72
4.5	Kriterien und Indikatoren der sozialen Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität	76
4.5.1	Kriterien der sozialen Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität	76
4.5.2	Indikatoren der sozialen Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität	81
5	Sicherheit als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung.....	83
5.1	Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung.....	83
5.2	Literaturlage zur Sicherheit	84
5.3	Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?	87
5.4	Beispiele aus der Forschung	88
5.5	Kriterien und Indikatoren der Sicherheit als Kennzeichen der Lebensqualität.....	90
5.5.1	Kriterien der Sicherheit Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität.....	90
5.5.2	Indikatoren der Sicherheit als Kennzeichen der Lebensqualität.....	95
6	Wohlbefinden als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung....	98
6.1	Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung.....	98
6.2	Literaturlage zum Wohlbefinden	99
6.3	Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?	103
6.4	Beispiele aus der Forschung	104
6.5	Kriterien und Indikatoren des Wohlbefindens als Kennzeichen der Lebensqualität	106
6.5.1	Kriterien des Wohlbefindens als Kennzeichen der Lebensqualität.....	106
6.5.2	Indikatoren des Wohlbefindens als Kennzeichen der Lebensqualität	109
7	Zufriedenheit als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung ...	111
7.1	Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung.....	111
7.2	Literaturlage zur Zufriedenheit	112
7.3	Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?	116
7.4	Beispiele aus der Forschung	120
7.5	Kriterien und Indikatoren der Zufriedenheit als Kennzeichen der Lebensqualität	123
7.5.1	Kriterien der Zufriedenheit als Kennzeichen der Lebensqualität.....	123
7.5.2	Indikatoren der Zufriedenheit als Kennzeichen der Lebensqualität	129
8	Literatur	131
8.1	Definition und Merkmale der Lebensqualität	131
8.2	Kriterien und Indikatoren	152

1 Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung - ein Rahmenmodell

1.1 Einführung

Der Begriff der Lebensqualität – sei es im allgemeinen oder speziell auf die stationäre Pflege bezogenen Sinne – ist durch eine große inhaltliche Vielfalt gekennzeichnet. Betrachtet man die wissenschaftliche Debatte um eine für die Pflege geeignete Definition von Lebensqualität, so kann diese keinesfalls als abgeschlossen gelten. Aus den Vorarbeiten der vergangenen Jahre lassen sich allerdings bestimmte Anforderungen ableiten, die als Annäherung an einen für die stationäre Pflege passenden Begriff der Lebensqualität verstanden werden können. So weisen die meisten Publikationen grundsätzlich darauf hin, dass Lebensqualität einen möglichst hohen Grad der *Spezifität* aufweisen soll, d.h. bezüglich der theoretischen Konzeption als auch hinsichtlich der zentralen Merkmale einer eindeutigen Fokussierung auf das stationäre Setting bedarf. Eine zweite relevante Anforderung besteht darin, Lebensqualität in der stationären Pflege als ein *multidimensionales Konzept* zu fassen. Auch wenn es bisher an einer Eindeutigkeit darüber fehlt, welche Dimensionen von besonderer Relevanz sind, lassen sich in vorliegenden Publikationen gewisse Gemeinsamkeiten bezüglich wichtiger Bereiche finden. Ein Konsens zeichnet sich ebenfalls darüber ab, Lebensqualität als eine subjektive Kategorie zu definieren, verbunden mit der Voraussetzung, in erster Linie die Bewohner¹ selbst zu ihrer Lebensqualität zu befragen. Mit der Forderung nach einem subjektiven Begriff der Lebensqualität entsteht zunächst der Anspruch, diesen anhand wichtiger Kriterien der Betroffenen zu definieren. Viele Forschende weisen jedoch darauf hin, dass es bei Bewertungskriterien der Lebensqualität der Berücksichtigung sowohl individueller als auch normativer, insbesondere gesamtgesellschaftlicher und professionsbezogener Wertmaßstäbe bedarf. Da Lebensqualität grundsätzlich einen *dynamischen Charakter* hat, d.h. mit dem Risiko der Anpassung an widrige Lebensumstände einhergehen kann, sollten individuelle Kriterien immer in Bezug zu einem *externen normativen Referenzrahmen* gestellt werden. Abschließend kann darauf hingewiesen werden, dass Lebensqualität aus Sicht der Pflege(-wissenschaft) grundsätzlich nicht an Konzepten der sog. gesundheitsbezogener Lebensqualität ausgerichtet werden soll.

Widmet man sich den Ergebnissen aktueller Forschung, so kann trotz vieler Gemeinsamkeiten keine eindeutige Empfehlung für ein konkretes Modell der Lebensqualität gegeben werden. Als nachteilig gilt vor allem, dass die bisher erprobten Konzepte und Messinstrumente in anderen Ländern entwickelt wurden, was eine Übertragbarkeit aufgrund eines anderen wohlfahrtsstaatlichen Verständnisses von Pflege erschwert. Als geeignet kann folglich die Entwicklung eines eigenen Modells betrachtet werden, das auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Diskussion die für stationäre Pflege zentralen Merkmale der Lebensqualität erfasst und definiert. Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit bestand darin, diese Grundlage zu schaffen. Angesichts dieser Aufgabe wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die der Beschreibung eines Gesamtkonzeptes sowie seiner zentralen Merkmale diene. Auf der Basis recherchierter Kennzeichen der Lebensqualität in der stationären Pflege entstand eine Synopse, die systematisch in ein analytisches Rahmenmodell umgewandelt wurde. Dieses sollte so beschaffen sein, dass es alle zentralen Merkmale der

¹ Zwecks besserer Lesbarkeit wird im Rahmen dieser Arbeit durchgehend die männliche Form (z.B. Bewohner) verwendet. Wenn nicht anders dargestellt, ist damit grundsätzlich auch immer die weibliche Form (z.B. Bewohnerinnen und Bewohner) gemeint.

Lebensqualität in der stationären Pflege möglichst vollständig erfasst, eine Einordnung und Analyse bestehender Kennzeichen der Lebensqualität ermöglicht und den Stand aktueller Forschung wiedergibt. Dieses liegt nun vor und stellt – zusammen mit der Beschreibung von sechs zentralen Merkmalen der Lebensqualität – eine informationelle Grundlage dar, auf deren Basis weitere Modelle und Messinstrumente entwickelt werden können.

1.2 Darstellung der Recherchestrategie

Das *übergreifende Ziel* der Recherche bestand darin, **Merkmale bzw. Kennzeichen der Lebensqualität in der stationären Pflege** auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Forschung zu finden. Zu diesem Zweck wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Die *Teilziele* der Suche bestanden darin, Publikationen mit folgenden Inhalten zu finden:

- a) theoretische Modelle bzw. Ansätze der Lebensqualität in der stationären Pflege, aus denen Aussagen über ein Gesamtkonzept der Lebensqualität als auch Definitionen einzelner Merkmale entnommen werden konnten,
- b) theoretische Modelle bzw. Ansätze verschiedener Merkmale der Lebensqualität in der stationären Pflege, insbesondere Selbstbestimmung, Würde, soziale Teilhabe, Sicherheit, Zufriedenheit und Wohlbefindens,
- c) Entwicklungen von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität, Zufriedenheit oder Wohlbefinden in der stationären Pflege,
- d) Diskussionen zur methodischen Aspekten der Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege bzw. im hohen Alter
- e) Studien über relevante Aspekte / Bereiche der Lebensqualität in der stationären Pflege aus Sicht von Bewohnern,
- f) Reviews, Meta- und Konzeptanalysen zur Lebensqualität sowie den o.g. Merkmalen der Lebensqualität in der stationären Pflege.

Um den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur zu den o.g. Teilzielen zu erfassen, fand im ersten Schritt eine systematische Suche in Fachdatenbanken statt. Erfasst wurden die Datenbanken: Medline, EMBASE, Ovid, Cochrane, Sowiport, Social Sciences über EBSCO, SocINDEX, WISE, EBL, PROQOLID, PubPsych, Psynindex, PsycInfo. Für die Datenbanksuche wurden die Begriffe: „Lebensqualität“ („Quality of Life“) *oder* „Wohlbefinden“ („Well-Being“) in Kombination mit den Begriffen „Pflege“ („Care“), „Langzeitpflege“ („Long-term care“), „stationäre Pflege“ („Residential care“) oder „Pflegeheim“ („Nursing Home“) als Bestandteile des Titels oder der Schlagworte verwendet. Für die Eingrenzung der Suche wurde als wichtig erachtet, dass die Begriffe „Lebensqualität“ oder „Wohlbefinden“ immer im Titel vorkamen, während die Begriffe, die das Setting kennzeichneten, in abgestufter Form in die Suche eingeführt wurden. Zu Beginn wurden sie in Kombination mit den anderen Begriffen im Titel und unter den Schlagwörtern gesucht. Führte diese Strategie zu sehr wenigen oder keinen Treffern, erfolgte eine Ausweitung der das Setting kennzeichnenden Begriffe auf den Text der Abstracts. Bei sehr großen Treffermengen fand eine zusätzliche Eingrenzung mithilfe des Begriffes „Messung“ oder „Messinstrumente“ („Measuring“ oder „Measures“) statt. Bei der systematischen Recherche sollten vor allem aktuelle

Veröffentlichungen berücksichtigt werden, so dass hierfür der Publikationszeitraum ab dem Jahr 2000 gewählt wurde.

Um die Suche zu vervollständigen, wurden die Inhaltsverzeichnisse ausgewählter Zeitschriften gesondert geprüft. Hierzu gehörten relevante gerontologische Zeitschriften, zentrale bzw. führende Zeitschriften der Lebensqualitätsforschung sowie Zeitschriften mit pflegewissenschaftlichem Fokus. Diese Recherche diente vor allem dem Zweck, Publikationen zu erfassen, die Definitionen zentraler Merkmale der Lebensqualität, wie z.B. Selbstbestimmung, soziale Teilhabe usw. aufgreifen und sie detaillierter bearbeiten. Da es als wichtig erachtet wurde, Definitionen der Lebensqualität prioritär aus Sicht der Pflege zu berücksichtigen, wurde der Schwerpunkt der Suche auf Zeitschriften im Feld der Pflegewissenschaften gelegt. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über Zeitschriften, deren Inhaltsverzeichnisse systematisch geprüft wurden. Eine Recherche nach weiteren relevanten Quellen erfolgte durch die Sichtung der Literaturverzeichnisse der beschafften Publikationen.

Themen- bzw. Forschungsgebiete	Titel der Zeitschrift
Gerontologie	Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie The Gerontologist Journals of Gerontology Clinical Gerontologist
Lebensqualität	Social Indicators Research Quality of Life Research Applied Research in Quality of Life
Pflege, pflegerische und medizinische Versorgung	Journal of the American Medical Directors Association Advances in Nursing Science American Journal of Nursing American Journal of Nursing Science Applied Nursing Research British Journal of Nursing Clinical Effectiveness in Nursing Evidence-Based Nursing Geriatric Nursing Research in Gerontological Nursing Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness International Journal of Older People Nursing Worldviews on Evidence-Based Nursing Journal of Gerontological Nursing Research and Theory for Nursing Practice Journal of Nursing Measurement BMC Nursing Journal of Nursing Research Nursing Older People Nursing Management International Nursing Review Outcomes Management Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging Journal of Research in Nursing British Journal of Community Nursing International Journal of Nursing Practice Nursing Outlook Nursing Ethics

	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Nurse Researcher Nursing Care Quality Nursing Science Quarterly Journal of Professional Nursing International Journal of Nursing Studies Nursing Nursing Forum Nursing Homes: Long Term Care Management Pflege Zeitschrift für Pflegeforschung
--	---

Tabelle1: Fachzeitschriften mit geprüften Inhaltsverzeichnissen – Überblick.

Nach der Sichtung der Abstracts wurde die notwendige Literatur beschafft. Ausgeschlossen wurden folgende Publikationen:

- *Publikationssprache*: Veröffentlichungen, die in einer anderen als der deutschen oder englischen Sprache publiziert wurden.
- *Theoretischer Bezug zur Lebensqualität*: Publikationen, die den Begriff „Lebensqualität“ oder „Wohlbefinden“ im Titel oder unter den Schlagwörtern führten, nach näherer Sichtung jedoch keinem theoretischen Modell folgten.
- *Zielgruppe*: Publikationen, die sich auf eine eng definierte Gruppe von Pflegeheimbewohnern bezogen (z.B. Sterbende, Menschen mit Krebserkrankungen, Menschen mit Parkinson). Eine andere Vorgehensweise wurde bei Publikationen gewählt, in denen Menschen mit Demenz im Fokus standen. Ausgeschlossen wurden hier z.B. Entwicklungen von Lebensqualitätsinstrumenten, die ausschließlich für Menschen mit Demenz konzipiert wurden. Publikationen, deren Ergebnisse verallgemeinerbar waren bzw. Geltung auch für andere Bewohnergruppen beanspruchen konnten, wurden dagegen in die Analyse aufgenommen.
- *Kultur*: Instrumentenentwicklungen in Ländern bzw. Kulturen, die eine Übertragung der Ergebnisse auf Deutschland fraglich erscheinen lassen (z.B. Korea, Indien, Pakistan).
- *Pflegekontext*: Veröffentlichungen, die ausschließlich dem Kontext der ambulanten bzw. häuslichen Pflege gewidmet waren; Publikationen, die den stationären als auch den ambulanten zusammen Bereich fokussierten, wurden dagegen in die Analyse aufgenommen.

1.3 Theoretische Ansätze und Definitionen der Lebensqualität in der stationären Pflege aus Sicht der aktuellen Forschung

1.3.1 Modelle der Lebensqualität in der stationären Pflege

Der Begriff der Lebensqualität ist generell durch eine große inhaltliche bzw. semantische Bedeutungsvielfalt gekennzeichnet. Als ursächlich dafür kann vor allem die multidisziplinäre Verankerung des Begriffes (Psychologie, Soziologie, Sozialpolitik, Medizin, Pflege usw.) gelten. Durch das Interesse Lebensqualität zielgruppenabhängig zu erfassen, entstand in der Vergangenheit – insbesondere im Bereich der sog. gesundheitsbezogenen Lebensqualität – eine Vielzahl an

Instrumenten, wobei das Tempo der (Neu-)Entwicklung und Pluralisierung dazu führte, dass sie heute kaum überblickt werden können.²

Widmet man sich der wissenschaftlichen Diskussion um die *Definition* der Lebensqualität in der (stationären) Pflege, so kann die aktuelle Debatte als nicht abgeschlossen gelten. In den vergangenen 15 Jahren entstanden verschiedene Modelle der Lebensqualität, die über ein unterschiedliches theoretisches Fundament verfügen und hinsichtlich des Einsatzes in der Praxis als unterschiedlich fundiert gelten können. Besonders hervorgehoben werden kann an dieser Stelle die theoretische Vorarbeit, die im Rahmen des EU-Projektes „Care Keyes“ (= Keys for Quality Performance, Management of the Care of Older Persons in Europe) erfolgte. So fand hier eine systematische Analyse theoretischer Lebensqualitätsansätze und ihre Verknüpfung zu einem Modell der sog. pflegebezogenen Lebensqualität (= *care related quality of life*; Vaarama et al. 2008, Gerritsen et al. 2004) statt. Dieser in der Lebensqualitätsforschung inzwischen als institutionalisiert betrachtete Begriff (Vaarama & Pieper 2014) kann jedoch aufgrund der in Deutschland andauernden Debatte um Aufgaben und Zuständigkeiten in der Pflege für ein Modell der Lebensqualität im stationären Kontext kaum direkt übernommen werden. Eines der Hindernisse liegt darin begründet, dass die für die Operationalisierung von Lebensqualität verwendeten Instrumente auf globalen Ansätzen der Lebensqualität für das hohe Alter sowie Ansätzen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fußen. Trotz reichhaltiger empirischer Ergebnisse weist das im Rahmen des Projektes entwickelte operationale Modell somit nur unspezifische Bezüge zur stationären Pflege auf. Da sich der Begriff der *care-related quality of life* für alle Kontexte der Pflege, d.h. sowohl die häusliche als auch stationäre Pflege, eignen sollte, erscheint die Hinwendung zu den verwendeten Instrumenten nachvollziehbar. Trotz der genannten Schwierigkeiten lassen sich aus diesem Projekt erste zentrale Anforderungen an eine Definition von Lebensqualität in der stationären Pflege ableiten. Aufschlussreicher ist jedoch ein zusätzlicher Vergleich mit anderen Instrumenten, der deutlich macht, dass Lebensqualität in der stationären Pflege der Berücksichtigung besonderer Merkmale, wie z.B. Selbstbestimmung und Würde, bedarf. Aufgrund vieler Vorarbeiten entstanden in den vergangenen Jahren einige Instrumente zur Messung der Lebensqualität im stationären Pflegekontext (z.B. in den USA, Niederlanden, Großbritannien, Irland). Deren Übertragbarkeit wäre jedoch mit dem Problem behaftet, dass sie vor dem Hintergrund eines anderen gesamtgesellschaftlichen bzw. wohlfahrtsstaatlichen Verständnisses von Pflege, anderer gesetzlicher Grundlagen als auch anderer Versorgungssystemen entstanden sind. Angesichts dieser Situation erscheint es sinnvoll, auf der Grundlage eines Abgleichs zentraler Merkmale der Lebensqualität ein Rahmenmodell zu schaffen, das ggf. als Basis für die Entwicklung eines eigenständigen Instrumentes oder einer Indikatorsammlung dienen kann.

1.3.2 Anforderungen an ein Modell der Lebensqualität in der stationären Pflege

Aus der aktuellen Literatur lassen sich einige zentrale Anforderungen an ein Modell der Lebensqualität in der stationären Pflege ableiten. Basierend auf den Ergebnissen einer Konzeptanalyse schlug Haas im Jahr 1999 (Haas 1999a) fünf zentrale Attribute einer Definition der Lebensqualität in der Pflege vor: a) Lebensqualität beinhaltet eine Evaluation der aktuellen Lebenssituation einer Person, b) sie ist mehrdimensional, c) stellt ein werte-orientiertes Konzept dar und ist dynamisch, d) beinhaltet subjektive und/oder objektive Indikatoren und e) wird

² So umfasst die Datenbank PROQOLID, eine auf Maße der gesundheitsbezogenen Lebensqualität spezialisierte Sammlung, aktuell über 900 Beschreibungen von Instrumenten, ca. 700 Originalversionen sowie ca. 1.350 Übersetzungen vorhandener Instrumente (www.proqolid.org, Stand 27.04.2015).

zuverlässigsten dann gemessen, wenn sie anhand subjektiver (Selbst-)Evaluation von Menschen erfasst wird, die in der Lage sind, diese Urteile zu treffen (ebenda S. 733). Seit der genannten Publikation entstand eine Reihe neuer Instrumente zur Messung von Lebensqualität in der Pflege. Daher sollten – in Anlehnung an die von Haas vorgeschlagenen Kriterien – zentrale Anforderungen an einen Begriff der Lebensqualität in der stationären Pflege auf der Grundlage aktueller Forschung dargestellt und diskutiert werden.

1.3.3 Spezifität bzw. Fokussierung auf stationäre Pflege

Die aktuelle Diskussion in der Pflegeforschung über das für die Pflege geeignete Modell der Lebensqualität weist darauf hin, dass es sowohl bei der Definition von Lebensqualität als auch der Wahl zentraler Dimensionen einer eindeutigen Fokussierung auf das jeweilige Pflegesetting bedarf (Plummer & Molzahn 2009, S. 139). Nach Farquhar (1995b) stellen sog. fokussierte Definitionen der Lebensqualität eine von vier grundlegenden Typen wissenschaftlicher Definitionen der Lebensqualität dar. Ausgehend von seiner Taxonomie können folgende Definitionsarten genannt werden:

- a) **Globale Definitionen der Lebensqualität:** Sie betrachten Lebensqualität als eine Entität, die einen übergeordneten Charakter hat und als Einheit definiert werden muss.
- b) **Aus mehreren Komponenten bestehende Definitionen der Lebensqualität:** Sie betrachten Lebensqualität als eine Komposition verschiedener inhaltlicher Bereiche, die erst in ihrer Zusammenstellung ein vollständiges Bild der Lebensqualität ergeben.
- c) **Fokussierte Definitionen der Lebensqualität:** Sie beziehen sich i.d.R. auf eine kleinere Auswahl von Komponenten, die einer bestimmten Zielgruppe und/oder einem bestimmten Kontext gerecht werden sollen. Sie erheben nicht den Anspruch, Lebensqualität vollständig zu erheben, sondern erfassen Facetten, die in einem bestimmten Zusammenhang relevant sind.
- d) **Kombinierte Definitionen der Lebensqualität:** Dahinter verbergen sich Definitionen, die Lebensqualität zwar als globale Entität betrachten, sie jedoch anhand unterschiedlicher Komponenten definieren und erfassen.

Ausgehend von der von Farquhar (1995b) vorgeschlagenen Taxonomie sollte ein Modell der Lebensqualität für die stationäre Pflege dem Typus der fokussierten Definitionen entsprechen. Einer expliziten Berücksichtigung bedürfen dabei jene Dimensionen, die das Leben der Bewohner in einem Pflege- bzw. Altenheim tatsächlich beeinflussen. Eine fokussierte Definition der Lebensqualität macht es folglich erforderlich, Bereiche zu benennen, die für die Lebensqualität in der stationären Pflege relevant sind. Aus Sicht der aktuellen Forschung gehören dazu Lebensbereiche der Bewohner, die von der Pflegeeinrichtung in besonderer Weise tangiert werden (können). Darüber hinaus sollten Bewertungen der Serviceleistungen aus Sicht der Nutzer, d.h. die wahrgenommene Qualität der Serviceleistungen, in ein Modell der Lebensqualität aufgenommen werden. So zeigte sich im Projekt „Care Keyes“, dass in Abhängigkeit von dem verwendeten Instrument der Lebensqualität, die Zufriedenheit mit der Pflege 18% bis 13% Varianz und die individuelle Weiterempfehlung der Einrichtung gar zwischen 26% und 13% der Varianz in den Maßen der Lebensqualität erklärte (Saks et al. 2008). Wahrgenommene Pflegequalität kann somit grundsätzlich ein starker (im Projekt „Care Keyes“ der stärkste) Prädiktor der Lebensqualität in der Pflege sein (Vaarama & Pieper 2014).

Auf den starken Zusammenhang zwischen Lebensqualität und wahrgenommener Pflegequalität, wobei darunter die Qualität aller Leistungen einer Einrichtung verstanden wird, weisen ebenfalls Zimmerman und Bowers (2001) hin. Sie betonen, dass die Lebensqualität von Bewohnern stationärer

Pflegeeinrichtungen von der Einrichtung im ganzheitlichen Sinne tangiert ist. Während der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Pflegequalität und der Lebensqualität in der allgemeinen Bevölkerung nur dann gegeben sein dürfte, wenn die betrachteten Personen auf Pflege angewiesen sind, dürfte sich der Einfluss in der häuslichen Pflege bereits deutlich erhöhen. Je stärker Menschen auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind und je verwobener das Leben der Betroffenen mit den Leistungen einer Einrichtung, umso stärker verschwimmen die Grenzen zwischen Lebens- und Pflegequalität (vgl. Abbildung 2).³ Darüber hinaus merken Zimmerman und Bowers (2001) an, dass die Erfahrungen, die Menschen in Pflegeeinrichtungen machen, nicht nur zur Entwicklung neuer Kategorien der Lebensqualität führen, sondern auch eine Anpassung individueller Kriterien bewirken. Vor diesem Hintergrund sollten Modelle der Lebensqualität in der stationären Pflege so umfassend wie notwendig und so knapp wie möglich sein.

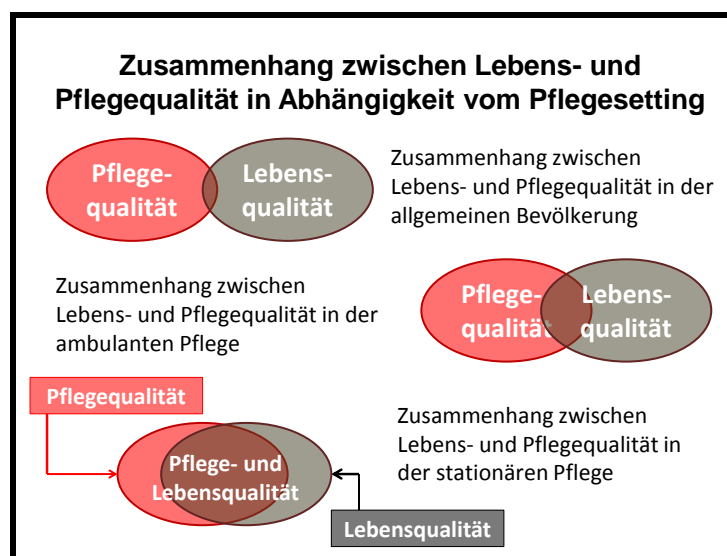


Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Lebens- und Pflegequalität in Abhängigkeit vom Pflegesetting.

Als Beispiel für eine fokussierte Definition der Lebensqualität kann das mehrdimensionale Modell dienen, das für das Instrument SLQA (= Subjektive Lebensqualität in Alters- und Pflegeheimen) (Estermann & Kneubühler 2008) verwendetet wurde. Das in der Schweiz entwickelte Instrument besteht aus fünf sog. Qualitätsfaktoren, zu denen Empathie, Autonomie, Privatheit, Sicherheit und Akzeptanz gehören. Gleichzeitig unterscheiden die Autoren zwei grob zusammengefasste Leistungsbereiche: 1) Hilfe und Betreuung sowie 2) Umgebung und Essen. Aus der Kombination der fünf Qualitätsfaktoren und der zwei Leistungsbereiche ergibt sich eine Matrix mit zehn Feldern, für die Fragebogenitems konzipiert wurden.

Nach Kane (2003, S. 28) besteht eine der zentralen Anforderungen an ein Lebensqualitätsmodell in der stationären Pflege darin, ein theoretisch fundiertes Konzept zu entwickeln, das den **Einfluss der Einrichtung** auf Lebensqualität erfasst und nicht etwa das Ergebnis individueller Merkmale der

³ K Zum Verhältnis zwischen Pflege- und Lebensqualität

Nach Zimmerman & Bowers (2001, S. 231) stellen Pflegequalität und Lebensqualität nicht zwei voneinander unabhängige bzw. distinkte, sondern zwei miteinander verwobene Dimensionen dar. Demnach stehen sie nicht in Konkurrenz zueinander, sondern beeinflussen sich gegenseitig. Angesichts dessen schlagen sie vor, eine integrierte Sicht auf beide Konzepte zu entwickeln.

Bewohner, wie z.B. körperliche und mentale Gesundheit, soziale Unterstützung oder Persönlichkeit ist. Nach Kane (2003) können Pflegeeinrichtungen die Lebensqualität ihrer Bewohner in zweifacher Weise beeinflussen: zum einen in **direkter Weise**, z.B. durch die Qualität ihrer Angebote, durch Struktur- (z.B. Wohngestaltung) sowie Prozessmerkmale (z.B. Organisation); zum anderen in **indirekter Weise**, z.B. durch Verbesserungen der Gesundheit, durch Förderung der Selbstbestimmung, durch Verbesserung sozialer Kontakte usw. Für Einrichtungen gilt es, beide Foki zu betrachten, was bereits darauf hinweist, dass Lebensqualität ein mehrdimensionales Konstrukt sein muss. Gleichzeitig gilt es darauf hinzuweisen, dass Lebensqualität sowohl **positive und negative Aspekte** erfassen sollte. Anstatt einer Akzentuierung positiver oder negativer Erfahrungen, kommt es darauf an, eine ausgewogene Zusammenstellung positiver und negativer Kriterien zu finden (Kane 2003).

1.3.4 Multidimensionalität

In der gerontologischen als auch pflegewissenschaftlichen Forschung besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass Lebensqualität in der stationären Pflege einer **multidimensionalen Konzeption bedarf**, d.h. anhand mehrerer Bereiche definiert werden sollte (Kane 2003, Lawton 1991, Cohn & Sugar 1991, Haas 1999a). Es fehlt jedoch bisher an einer Eindeutigkeit darüber, welche Dimensionen konkret relevant sind bzw. wie viele Dimensionen erfasst werden sollten. Im Rahmen einer frühen Konzeption schlugen Stewart und King (1994) insgesamt 14 Dimensionen der Lebensqualität vor, u.a. körperliche, soziale, kognitive, sexuelle Funktionsfähigkeit, psychologisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit, Aktivitäten, Schmerzen usw. In einem weiteren, etwa zeitgleich veröffentlichten Beitrag, geht Atchley (1991) davon aus, dass Lebensqualität in der Langzeitpflege die Bereiche: Wahlfreiheit, Kontrollerleben und Integration in Entscheidungen, Individualität, Privatheit und Würde, Kontinuität sozialer Identität und Aufrechterhaltung sozialer Rollen, anregende Wohnumwelt, altersangemessene Aktivitäten, Gefühl der Verbundenheit mit der Einrichtung, Nachbarschaft und dem Wohnort sowie Möglichkeiten für positive Erlebnisse, wie Freude, Genuss, Humor und Kreativität enthalten sollte. Im Rahmen einer Konzeptanalyse kommt Haas (1999a, S. 738) zu dem Ergebnis, dass ein Konzept der Lebensqualität verschiedene Dimensionen, mindestens aber die physische, psychologische, soziale und spirituelle Dimension enthalten sollte. Kane (2001) schlug wiederum elf Dimensionen vor: Autonomie, Würde, Privatheit, Individualität, Sicherheit, Komfort, soziale Beziehungen, sinnvolle Aktivitäten, emotionales Wohlbefinden, funktionale Kompetenz, subjektive Gesundheit und Lebenszufriedenheit.

Neben Modellen der Lebensqualität, die eine Zusammenstellung relevanter Dimensionen auf der Basis theoretischer Vorarbeiten vornehmen, gibt es Bemühungen, eine Antwort darauf **auf der Grundlage bereits bestehender Instrumente** zu finden. Als Beispiel dafür kann die Analyse von Halvorsrud und Kalfoss (2007) gelten. Im Rahmen eines Reviews wurden alle zwischen 1994 und 2006 entwickelten Konzepte und Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität im Alter (insgesamt 40 Instrumente) gesichtet und analysiert. Im Hinblick auf die inhaltlichen Bereiche der Lebensqualität zeigte sich, dass sich in den Modellen neben einer Vielzahl ähnlicher Lebensqualitätsbereiche, wie physiologische Merkmale, physischer Status, emotional-psychologische Merkmale, kognitiver Status, Merkmale des funktionellen Status (körperlich, soziale, rollenbezogen, psychologisch) auch globale Dimensionen der Lebensqualität (z.B. Lebenszufriedenheit) sowie sehr spezifische Bereiche (z.B. Autonomie, Spiritualität, finanzielle Zufriedenheit usw.) finden.

Während Halvorsrud und Kalfoss (2007) ihren Blick u.a. auf psychometrische Eigenschaften der Instrumente, u.a. Reliabilität und Konstruktvalidität, richteten, verfolgte ein weiteres Review (Kelley-

Gillespie 2009) das Ziel, auf der Basis der bestehenden Literatur ein integratives Rahmenmodell für Lebensqualität alter Menschen zu entwickeln. In die Analyse wurden insgesamt 33 bestehende Konzepte der Lebensqualität älterer Menschen, u.a. auch Ansätze für die stationäre Pflege, aufgenommen. Nach einer inhaltlichen Analyse einzelner Instrumente bzw. der ihnen zugrundeliegenden Dimensionen, entwickelte die Autorin ein aus insgesamt sechs Bereichen bestehendes Modell der Lebensqualität im (hohen) Alter. Zu den extrahierten bzw. gebündelten Dimensionen gehören: a) soziales Wohlbefinden, b) physisches Wohlbefinden, c) psychologisches Wohlbefinden, d) kognitives Wohlbefinden, e) spirituelles Wohlbefinden und f) (wohn-)umweltbezogenes Wohlbefinden. Eine exemplarische Validierung des Modells unter Nutzung exemplarischer Items aus bestehenden Fragebögen im Rahmen der stationären Pflege und betreutem Wohnen führte zu einer (vorübergehenden) Bestätigung des Modells (Kelley-Gillespie 2012). Die Autorin kommt aufgrund ihrer Untersuchung, dass das Modell von sechs auf vier zentrale Dimensionen reduziert werden könnte. Zu diesen Dimensionen gehören: a) Physisches Wohlbefinden (Körperliche Gesundheit und Funktionsstatus), b) Soziales Wohlbefinden (Zufriedenheit mit Aktivitäten und sozialen Beziehungen, Relevanz der Merkmale des Personals, der Pflege und Betreuung sowie Zufriedenheit mit dem Personal und der Pflege), c) Umweltbezogenes Wohlbefinden (Relevanz der Wohnumwelt, Zufriedenheit mit der Wohnumwelt sowie Zufriedenheit mit der Einrichtung), d) Psychologisches Wohlbefinden (emotionales Wohlbefinden, Medikation, Lebenszufriedenheit, Relevanz von Wahlmöglichkeiten und Zufriedenheit mit Wahlmöglichkeiten).

Während einige Autoren zentrale Dimensionen der Lebensqualität auf der Basis bestehender Instrumente generieren, greifen **qualitative Studien** auf Aussagen der Bewohner zurück und generieren wichtige Bereiche der Lebensqualität aus offenen Fragen. Ein Instrument, das auf qualitativen Befragungen von Pflegeheimbewohnern basiert, ist das Instrument QUISTA (= Messung von subjektiver Lebensqualität in der stationären Pflege) (Schenk et al. 2013). Entstanden auf der Basis qualitativer Interviews, wurden insgesamt zehn Dimensionen der Lebensqualität extrahiert: 1) etwas Sinnvolles bzw. Freude stiftendes tun, 2) sich mit anderen austauschen, 3) Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, 4) Intimsphäre, 5) Ruhe und Privatsphäre, 6) Abwechslung, Beschäftigung und Aktivität, 7) sich heimisch fühlen, 8) sich sicher und behütet fühlen, 9) Gesundheit, 10) im Dialog stehen und Informationen erhalten. Die vorgeschlagenen Dimensionen sind zwar nicht trennscharf, zeigen jedoch exemplarisch, dass Pflegeheimbewohner ihre Lebensqualität unterschiedlich definieren: zum einen anhand von Merkmalen bzw. Werten (z.B. Selbstbestimmung, Sicherheit, Sinnerleben), zum anderen anhand von Lebensbereichen (z.B. Gesundheit, Aktivitäten, soziale Kontakte), die für sie von besonderer Relevanz sind.

Ein weiteres Modell, das ebenfalls auf qualitativen Befragungen basiert, in das von Bowers et al. (2009, S. 36ff) entwickelte Rahmenmodell der Lebensqualität in der Langzeitpflege. Angereichert durch Literaturanalysen, unterscheiden die Autoren insgesamt sechs Schlüsselthemen:

- a) Personale Identität und Selbstwert
- b) Als sinnstiftend erlebte soziale Beziehungen
- c) Personale Kontrolle und Autonomie
- d) Wohnen und persönliche Wohnumgebung
- e) Sinnvolle Alltags- und Gemeinschaftsaktivitäten
- f) Personalisierte Unterstützung und Pflege.

Tester et al. (2004) befragten Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mit starken körperlichen und/oder mentalen Einbußen nach den Dimensionen ihrer eigenen Lebensqualität. Im Rahmen von

qualitativen Interviews sowie Beobachtungen kamen sie zu insgesamt vier zentralen Dimensionen der Lebensqualität:

- a) Ein Gefühl bzw. (positive) Wahrnehmung der eigenen Person (Aussehen, persönliche Gegenstände, privater Bereich, Stärken und Schwächen)
- b) Pflegeumwelt (Autonomie, Kontrolle, Wahlmöglichkeiten, Unabhängigkeit, Beziehungen zum Personal)
- c) Beziehungen (Interaktion, Beziehungen zu anderen Bewohnern und zu Familie)
- d) Aktivitäten (sinnvolle Aktivitäten, organisierte Aktivitäten, religiöse Aktivitäten).

Im Rahmen einer Befragung von Professionellen und Pflegeheimbewohnern zu den Aspekten ihrer Lebensqualität kommen auch Murphy et al. (2006, S. 2014) zu vier Bereichen, die für die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner besonders wichtig sind:

- a) Pflegeumwelt und Pflegeethos (Autonomie, Unabhängigkeit, körperliche Ressourcen, (Pflege-)Philosophie der Einrichtung und die Unterstützung durch das Personal)
- b) Personale Identität (Selbstdarstellung bzw. -ausdruck, Individualität, Privatheit und Selbstrespekt)
- c) Verbundenheit mit Familie und Gemeinschaft (Verbundenheit mit anderen Bewohnern, mit dem Personal, mit Familienangehörigen und der Gemeinschaft)
- d) Aktivitäten und (therapeutische) Angebote (Aktivitäten wahrnehmen zu können, die sinnvoll sind, therapeutische Angebote, Aktivitäten außerhalb der Einrichtung und Aktivitäten selber durchführen zu können).

Ein ähnliches Ergebnis, auch wenn mit unterschiedlicher Zusammenstellung einzelner Aspekte, zeigt sich in der Literaturanalyse von Lee et al. (2009) und Josat et al. (2006). Im Rahmen der erstgenannten Analyse kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass Unabhängigkeit, Autonomie und Individualität zentrale Kennzeichen der Lebensqualität aus Sicht von Pflegeheimbewohnern sind. In der zweitgenannten zeigen die Autoren, dass autonome Lebensführung, soziale Kontakte, Versorgung, das Personal sowie die Lage und Ausstattung der Einrichtung wichtige Bereiche der Lebensqualität aus Bewohnersicht darstellen. Mit zentralen Dimensionen der Lebensqualität aus Sicht von Menschen mit Demenz befassten sich dagegen Dröes et al. (2006). Nach einer Analyse vorhandener Literatur sowie einer Befragung von Demenzkranken in stationären Pflegeeinrichtungen und der Tagespflege unterscheiden sie insgesamt zwölf wichtige Dimensionen: Affekt, Selbstbild und Selbstwertgefühl, Bildung, soziale Kontakte, angenehme Aktivitäten, Ästhetik, körperliche und geistige Gesundheit, finanzielle Situation, Sicherheit und Privatheit, Freiheit und Selbstbestimmung, sich nützliche Fühlen und Lebenssinn sowie Spiritualität.

Es besteht aktuell ein weitgehender Konsens darüber, dass Hinsichtlich der Lebensqualität in erster Linie Betroffene selbst befragt werden sollten (Kane 2003, Mittal et al. 2007, Josat et al. 2006). Dies betrifft nicht nur die Auskünfte zur Bewertung von Lebensqualität, sondern auch jene zur Benennung zentraler Bereiche der Lebensqualität. Kane (2003) plädiert dafür, in Notfällen auf die Auskünfte von Angehörigen zurückzugreifen anstatt auf Angaben von Pflegekräften. Im Rahmen ihrer eigenen Analysen zeigte sich eine schwache, aber signifikante Korrelation zwischen den Bewertungen der Lebensqualität aus Sicht der Bewohner und den Angaben von Angehörigen. Kein signifikanter Zusammenhang bestand dagegen zwischen den Einschätzungen der Bewohner und Einschätzungen des Einrichtungspersonals. Zu den größten Differenzen kam es dann, wenn verschiedene Professionelle die Lebensqualität des gleichen Bewohners bewerten sollten (Kane et al. 2000, in Kane 2003, S. 32).

Auf Differenzen in Definitionen der Lebensqualität zwischen verschiedenen Referenzgruppen wiesen bereits Cohn und Sugar (1991) hin. Im Rahmen ihrer Untersuchung, in der Bewohner, das Einrichtungspersonal sowie Angehörige befragt wurden, ließen sich aus den Aussagen aller Befragten insgesamt sechs inhaltliche Bereiche der Lebensqualität ableiten: a) Pflege und Versorgung (u.a. professionelle Pflege, Aktivitätsangebote, Mahlzeitservice, Wäscheversorgung, Atmosphäre; b) Merkmale der materiellen Wohnumwelt; c) Zugehörigkeit und sozio-emotionales Wohlbefinden; d) körperliche und mentale Funktionsfähigkeit bzw. Kompetenz; e) Autonomie, Partizipation und Unabhängigkeit sowie g) Gesamtbewertung der Einrichtung und Lebenszufriedenheit. Wesentliche Differenzen zwischen den verschiedenen Befragtengruppen bestanden nicht im Hinblick darauf, welche Bereiche für die Lebensqualität relevant sind, sondern darin, wie wichtig diese für Lebensqualität sind. Auffällig war der große Unterschied zwischen den Angaben der Bewohner und den Angaben der anderen Referenzgruppen. Während für Bewohner emotional geprägte Gesamtbewertungen der Einrichtung im Vordergrund standen und die zweitwichtigste Bedeutung den sozio-emotionalen Aspekten der Lebensqualität zukam, war für die anderen Befragtengruppen die professionelle Pflege mit großem Abstand der allerwichtigste Faktor; allen anderen Aspekten kam eine untergeordnete Rolle zu.

Auf Differenzen in der Bedeutung verschiedener Bereiche für Lebensqualität zwischen Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen und dem Personal weisen auch Berglund und Ericsson (2003) hin. Im Rahmen einer Befragung betrachteten Pflegekräfte die Gesundheit und das soziale Netzwerk der Bewohner als besonders relevant, während sie bspw. Wohlbefinden als den drittwichtigsten Bereich sahen. Bewohner bewerteten ihr eigenes emotionales Wohlbefinden verbunden mit Lebenszufriedenheit, der Möglichkeit, das Leben genießen zu können, sowie Vertrauen, Glauben und Humor als wichtigste Aspekte der Lebensqualität, während sie Gesundheit und das soziale Netzwerk zwar als wichtig, aber als deutlich weniger relevant einschätzten als die Pflegekräfte. Bezeichnend dagegen war, dass für beide Befragtengruppen die Aspekte des gegenseitigen Umgangs miteinander gleich wichtig waren.

Wird die Frage nach wichtigen Dimensionen der Lebensqualität gestellt, gerät die Frage nach dem Ausmaß des individuellen Charakters der betrachteten Bereiche in den Vordergrund der Betrachtung. Je individueller die in meist kleinen Stichproben gewonnenen Ergebnisse, umso höher die Validität bezüglich der für Lebensqualität wichtigen Dimensionen. Je persönlicher und biographisch gebunden die Ergebnisse, umso schwieriger der Bezug zur Gesamtheit der Bewohner. Angesichts der Anforderung an Validität auf der einen sowie Repräsentativität auf der anderen Seite entstanden in den vergangenen Jahren Instrumente, die dem individuell-subjektiven Charakter der Lebensqualität in besonderer Weise gerecht werden wollen. Sie begegnen der Erfassung von Lebensqualität anhand persönlich wichtiger Themen eines jeden Bewohners. Ein solches Verständnis von Lebensqualität basiert auf einem sog. idiographischen Modell der Lebensqualität⁴, das davon ausgeht, dass

⁴ Was den individuellen Charakter von zentralen Bereichen bzw. Merkmalen der Lebensqualität anbetrifft, lassen sich zwei verschiedene Verständnisse von Lebensqualität unterscheiden. Theoretische Modelle und Instrumente, die sich dem sog. idiographischen Modell verpflichtet fühlen, gehen grundsätzlich davon aus, dass Merkmale der Lebensqualität immer einen individuellen Charakter haben und auch individuell erhoben werden müssten. Ein Instrument für die stationäre Pflege, das auf diesem Modell beruht, ist der LQ-Index (Herold-Majumdar & Behrens 2012). Von ihrer Konzeption her orientieren sich alle diese Instrumente an dem von McGee et al. (1991) entwickelten Instrument SEIQoL (= The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) (O'Boyle et al. 1993, Browne et al. 1994). Das entgegengesetzte Modell bilden sog. nomothetische Modelle der Lebensqualität. Diese leiten zentrale Merkmale der Lebensqualität aus theoretischen Ansätzen oder Befragungen von Bewohnern, Pflegekräften, Angehörigen und/oder Experten ab. Im Rahmen der

Menschen einmalige und untereinander zum Teil nicht vergleichbare Aspekte der Lebensqualität als relevant erachten. Das Ergebnis solcher Erhebung sind Zusammenstellungen von Kennzeichen der Lebensqualität, die für einzelne Bewohner relevant sind und im Kontext einer einzelnen Einrichtung als wichtige Rückmeldung zur strukturellen Aspekten oder Prozessgestaltung betrachtet werden können. Die auf diesem Wege gewonnen Ergebnisse werden allerdings erst dann miteinander vergleichbar, wenn sie auf übergeordnete Bereiche bzw. Themen der Lebensqualität bezogen werden. Im Kontext der Entwicklung standardisierter Befragungsinstrumente können sie als eine zentrale Ergänzung betrachtet werden, die ein direktes Feedback für kleinste Organisationseinheiten geben kann. In vergleichenden Untersuchungen mit größeren Stichproben führen sie allerdings zum erhöhten Auswertungsaufwand.

1.3.5 Subjektiver Begriff der Lebensqualität

In der Debatte um den geeigneten Begriff der Lebensqualität wird immer wieder die Frage aufgeworfen, ob Lebensqualität objektiv und/oder subjektiv gemessen werden soll. Während in der Soziologie die Vorstellung existiert, dass Lebensqualität sowohl mithilfe objektiver als auch subjektiver Indikatoren bzw. Instrumente erfasst werden soll (Glatzer & Zapf 1984), stellt Lebensqualität in der Psychologie und der Gesundheitsforschung eine subjektive Konstruktion dar. In der Pflegewissenschaft lassen sich beide Modi beobachten, wie z.B. Haas (1999a) im Rahmen einer Konzeptanalyse feststellt. Auch neuere Publikationen fordern – neben subjektiven - auch objektive Aspekte zu erfassen. Murphy et al. (2006) plädieren bspw. dafür, ausgewählte Aspekte der physischen und mentalen Gesundheit, des funktionalen Status, der Pflegeumgebung sowie der sozioökonomischen Situation anhand objektiver Kriterien zu erfassen, während psychologisches Wohlbefinden, Autonomie und Unabhängigkeit, Aktivitäten, soziale Beziehungen, Spiritualität und Identität aus der subjektiven Sicht der Bewohner gemessen werden sollten. Auch Haas (1999b) plädiert dafür, z.B. den Funktionsstatus als objektive Komponente der Lebensqualität zu erheben. Widmet man sich wiederum den Debatten der letzten Jahre, insbesondere jenen, die den stationären Pflegekontext besonders ansprechen, zeigt sich, dass die meisten Forscher Lebensqualität als eine ausschließlich subjektive Kategorie betrachten (Haas 1999a, Kane et al. 2004, Moons et al. 2006, Schmid-Büchi et al. 2008).⁵

Um dem Verständnis von Lebensqualität in der Pflege nachzugehen, führten Plummer und Molzahn (2009) eine Konzeptanalyse aktueller pflegewissenschaftlicher Theorien durch. Die Forscherinnen kamen zu dem Ergebnis, dass Lebensqualität in allen modernen Ansätzen als subjektives Konzept betrachtet wird, auch wenn sie von subjektiver Gesundheit nicht immer klar unterscheidbar ist (ebenda, S. 139). Angesichts dieser Ergebnisse plädieren sie dafür, Lebensqualität im Kontext der Pflege ausschließlich als subjektive Kategorie zu betrachten. Zu einem subjektiven Begriff bekennen sich ebenfalls Forschende, die sich Fragen der Ethik in der gesundheitlichen, d.h. auch pflegerischen, Versorgung widmen. So argumentiert Woopen (2014), dass einem umfassenden und subjektivistischen Konzept von Lebensqualität aus Gründen der Patientenorientierung und der Selbstbestimmung des Patienten eine hohe ethische Bedeutung zukommt. Unter „subjektivistisch“ versteht die Autorin die Vorstellung, nach der Betroffene nicht nur dazu befragt werden sollten, wie

Instrumentenentwicklung kommt es dann zu einer standardisierten Dimensionsbildung. Auf dieser Basis sind Vergleiche zwischen einzelnen Personen und Einrichtungen möglich.

⁵ Dies bedeutet keinesfalls, dass man bei der Messung von Lebensqualität auf die Erfassung objektiver Daten gänzlich verzichten sollte; in der Diskussion wird dafür plädiert, objektive Kriterien lediglich nicht unter den Begriff der Lebensqualität zu subsumieren.

sie die Ergebnisse der Leistungen einer Einrichtung bewerten (im Sinne der patient-reported outcomes); sie sollten darüber hinaus (mit-)entscheiden, *welche* Ergebnisse überhaupt erhoben werden (im Sinne der patient-defined outcomes) (ebenda, S. 143). Vor diesem Hintergrund ist immer zu prüfen, ob die für Bewohner relevanten Bereiche der Lebensqualität eine ausreichende Berücksichtigung in Befragungen gefunden haben (vgl. Unterkapitel „Multidimensionalität“).

Ein gravierendes Problem in der stationären Pflege stellt die Situation dar, dass ausgewählte Bewohnergruppen aufgrund kognitiver Einschränkungen und/oder schwerer Erkrankungen nicht befragt werden können. In solchen Situationen stellt sich die Frage, inwiefern Fremdeinschätzungen die Aussagen des Bewohners kompensatorisch ersetzen bzw. treffend wiedergeben können. Ergebnisse bisheriger Forschung machen deutlich, dass andere Personen, sei es Angehörige oder Pflegekräfte, nicht nur die für Lebensqualität relevanter Bereiche, sondern auch die Einschätzungen der Lebensqualität von Bewohnern nicht vergleichbar wiedergeben können. So schätzen Pflegekräfte die Lebensqualität von Bewohnern im Vergleich zu Bewohnern selbst systematisch und signifikant niedriger ein (Mittal et al. 2007). Zentrale Einflussfaktoren auf die Differenz zwischen der Einschätzung aus Sicht der Bewohner und aus Sicht der Pflegekräfte war die Zufriedenheit der Professionellen mit ihrer eigenen Arbeit, mit der Bezahlung sowie der Beförderung. Schätzten Professionelle die eigene berufsspezifische Zufriedenheit als hoch ein, verringert sich die Differenz zu den Lebensqualitätsbewertungen der Bewohner. Ähnliche Ergebnisse berichten Kane et al. (2005). Stellvertretende Bewertungen von Lebensqualität, insbesondere aus Sicht der Pflegekräfte, sind somit kein adäquater Ersatz für Bewohnerbefragungen.

1.3.6 Normativer Charakter

Neben dem Bezug zum subjektiven Urteil, d.h. dass Befragte eine Entscheidung treffen, *ob* (und in welchem Ausmaß) bestimmte Kriterien erfüllt sind, muss im Rahmen von Lebensqualitätsbewertungen ebenfalls geklärt werden, *welche* Kriterien als wichtig gelten. Mit der Forderung nach einem individuell-subjektiven Begriff der Lebensqualität entsteht zunächst der Anspruch, den Begriff anhand wichtiger Aspekte aus Sicht von Betroffenen zu definieren. Nach Lawton (1991) kann Lebensqualität von ihrem grundlegenden Verständnis her jedoch nicht als gänzlich „neutral“ betrachtet werden. Da Urteile bzw. Einschätzungen der Lebensqualität grundsätzlich (be-)wertend sind, d.h. eine Evaluation enthalten, die zwischen „erwünschten“ und „unerwünschten“ Aspekten des Lebens trennt, bedürfen Modelle der Lebensqualität immer eines normativen Bezugsrahmens. Auf diesen Aspekt weist auch Haas (1999a) im Rahmen ihrer Konzeptanalyse hin. Sie verdeutlicht, dass Ansätze der Lebensqualität in der Pflege immer eine Art Beurteilung enthalten, die auf bestimmten Wertvorstellungen, z.B. dem normativen Handlungsrahmen einer Profession und/oder gesellschaftlichen Konsensvorstellungen, basiert. Nach Wahl und Schneekloth (2009, S. 31) sollten bei Maßstäben bzw. Bewertungskriterien der Lebensqualität sowohl *individuelle* als auch *normative* Maßstäbe berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass es nicht nur darum gehen kann, die subjektive Sichtweise der Betroffenen zu erfassen, sondern sie immer in Relation zu gesamtgesellschaftlichen und professionsbezogenen Wertmaßstäben und Erfordernissen zu betrachten.⁶

⁶ Dies bedeutet wiederum nicht, dass subjektive Kriterien gänzlich frei von kulturellen oder gesellschaftlichen Wertvorstellungen sind. Ganz im Gegenteil: Gesellschaftliche und individuelle Kriterien eines guten Lebens beeinflussen einander, sie können aber auch unabhängig voneinander sein. Deshalb ist es relevant, zwischen einem normativ „vorgegebenen“ und einem individuell „gewählten“ Kriterium zu unterscheiden.

Widmet man sich der Diskussion um die Beschaffenheit des normativen Rahmens, der für die Definition von Lebensqualität in der Pflege entscheidend sein soll, lassen sich unterschiedliche Vorschläge finden (Vaarama & Pieper 2014). Während Lawton (1991) wissenschaftliche Erkenntnisse über die Entwicklung im hohen bzw. sehr hohen Alter als geeignet für die Ableitung von Maßstäben für Lebensqualität betrachtet, plädieren Vaarama und Pieper (2014) dafür, die normative Fundierung der Lebensqualität an die gesellschaftliche Bedeutung und die Aufgaben der Pflege anzulehnen. Zu diesen zählen sie:

- a) **Emotionale Unterstützung bzw. Wohlbefinden:** Unter dieser zentralen Aufgabe von Pflege verstehen die Autoren die Sorge um Vermeidung negativer körperliche Zustände, wie z.B. Schmerzen, sowie die Sorge um körperliches Wohlbefinden. Darüber hinaus gehört dazu die Schaffung von Möglichkeiten für positive Erlebnisse, wie z.B. Freude.
- b) **Unterstützung durch Servicequalität:** Die Autoren gehen davon aus, dass mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von fremder Hilfe die Qualität der Leistungen einer Einrichtung zu einem zentralen Faktor der Lebensqualität der Bewohner wird. Die Qualität der Angebote aus Nutzersicht wird folglich zum wichtigen Definitionsbestandteil der Lebensqualität (vgl. dazu auch Lawton 1991).
- c) **Förderung von Autonomie:** Unter dieser Aufgabe verstehen die Autoren alle Bemühungen, die Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Kontrolle der Bewohner in allen für sie wichtigen Belangen zu stärken.
- d) **Soziale Unterstützung:** Da Pflege immer in eine soziale Interaktion eingebettet ist, sollte diese von professionellen Wertmaßstäben, kulturellen Vorstellungen von Freundschaft und Gemeinschaft sowie universellen Normen der Menschenwürde geprägt sein. Pflege als soziale Unterstützung besteht grundsätzlich darin, die Würde und Integrität der pflegebedürftigen Person zu schützen bzw. zu stärken.

Um die „subjektivistische“ Position zu wahren, ist es wichtig, Bewohner an der Bestimmung relevanter Dimensionen der Lebensqualität zu beteiligen. Dennoch ist der gänzliche Verzicht auf einen – wenn auch extern „validierten“ normativen und mit Anforderungen an Professionalität im Kontext der stationären Pflege abgestimmten ethischen Rahmen - nicht gänzlich vermeidbar. Ein normativer Rahmen ist sogar dringend notwendig, da es für pflegebedürftige Menschen vor dem Hintergrund von Anpassungsprozessen an widrige Umstände – gepaart mit Vulnerabilität und Abhängigkeit – äußerst schwer sein kann, die eigene Integrität zu wahren (vgl. Dynamischer Charakter von Lebensqualität).

1.3.7 Dynamischer Charakter von Lebensqualität

Das aus der Forschung bereits bekannte Phänomen der anspruchsbereinigten Anpassung an widrige Lebensumstände (=Paradox der Zufriedenheit) verdeutlicht, dass Lebensqualität einen dynamischen Charakter hat. Individuelle Bewertungskriterien sind grundsätzlich nicht stabil. Sie ändern sich auch bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen (Zimmerman & Bowers 2001) und sind von einer Reihe weiterer Faktoren, wie Resilienz und persönliche Bewältigung, abhängig (Bullinger 2014). Dies bedeutet, dass Schwererkrankte nicht unbedingt eine schlechtere Lebensqualität berichten als Menschen, die kaum beeinträchtigt sind (Bullinger 2014). Nach Lawton (1991) sind Bewertungen von Lebensqualität grundsätzlich in Relation zum vergangenen, aktuellen und zukünftigen Leben zu sehen. Dies bedeutet bspw., dass aktuelle als auch künftige Lebensqualität anhand eines Referenzrahmens aus der Vergangenheit bewertet werden kann. Auch Erwartungen an die Zukunft spielen eine wichtige Rolle und können der Bewertung aktueller Lebensqualität dienen. Die Dynamik

der Lebensqualität resultiert demnach aus temporalen Bezügen bzw. Vergleichen (Lawton 1991). Auch Haas (1999a) betrachtet Lebensqualität als ein dynamisches Konzept, wobei sie die Veränderbarkeit von Lebensqualitätsurteilen grundsätzlich in Abhängigkeit vom Kontext und den (kulturellen) Wertvorstellungen einer Person in ihrer aktuellen Situation betrachtet. Der dynamische Charakter von Lebensqualitätsurteilen kann somit als Begründung für die Relevanz eines „externen“ normativen Referenzrahmens betrachtet werden, der notwendig ist, um Anspruchsreduktionsprozesse nicht mit individuellen Wertvorstellungen bzw. individueller Freiheit zu verwechseln.

1.3.8 Lebensqualität versus gesundheitsbezogene Lebensqualität

In der gesundheitlichen bzw. medizinischen Versorgung dominiert der Begriff der sog. *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* (Bullinger 2014). Auch in der Pflegewissenschaft lässt sich eine Diskussion um die Relevanz eines solchen Begriffes für die Pflege beobachten. Zusammenfassend betrachtet ist jedoch ein Konsens darüber erkennbar, den Begriff nicht als Grundlage für Definitionen von Lebensqualität in der (stationären) Pflege zu verwenden. Instrumente zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität verfügen zwar über sehr gute psychometrische Eigenschaften, sie fokussieren allerdings zu stark auf Gesundheit bzw. Funktionsfähigkeit und überschätzen diese möglicherweise in ihrem Einfluss auf die Lebensqualität von Heimbewohnern. Dies betonen u.a. Lee et al. (2009, S. 124), die im Rahmen einer Literaturstudie, in der u.a. eine Analyse der Einflussfaktoren auf Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern durchgeführt wurde, zeigen konnten, dass Definitionen gesundheitsbezogener Lebensqualität andere Bereiche der Lebensqualität erfassen als jene, die Pflegeheimbewohnern wichtig sind.⁷

Nach Kane et al. (2004a) ist der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu wenig auf Erfordernisse der stationären Langzeitpflege sowie die Lebenssituation hochaltriger multimorbider Menschen im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung ausgerichtet. Insbesondere generische Index-Instrumente, d.h. solche, die den Einfluss einer Krankheit oder Beeinträchtigung auf Lebensqualität mithilfe eines Summenwertes messen, bieten keine geeignete Basis dafür, Anregungen für Qualitätsverbesserungen abzuleiten (vgl. auch Kane et al. 2004 a).⁸ Da die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern durch die Einrichtung im ganzheitliche Sinne tangiert ist, bedarf es einer breiteren Konzeption als jener, die den Effekt der Gesundheit (oder Pflegebedürftigkeit) auf Lebensqualität betont (Kane 2003). Auch Vaarama und Pieper (2014) plädieren dafür, Lebensqualität in der stationären Pflege von Definitionen gesundheitsbezogener Lebensqualität abzugrenzen. Während Operationalisierungen gesundheitsbezogener Lebensqualität bei der Messung von Effekten medizinischer Interventionen angebracht sind, lassen sie sich nicht ohne weiteres auf Pflege übertragen. Da pflegerische Interventionen einen spezifischen Charakter haben und im Vergleich zu medizinischen Interventionen nicht auf eine (= Gesundheit), sondern auf mehrere Dimensionen (vgl.

⁷ Bewertungen von Lebensqualität sowie die Wichtigkeit bestimmter (Lebens-)Bereiche stehen im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation und ihren Änderungen. So kann bspw. Gesundheit als Kennzeichen der Lebensqualität an Relevanz gewinnen, wenn Menschen schwer erkranken. Die Zusammenhänge zwischen Änderungen in bestimmten (Lebens-)Bereichen und Lebensqualitätsurteilen sind aber nicht immer gleichartig gestaltet. So weisen bspw. Zimmerman und Bowers (2001) darauf hin, dass bei Pflegeheimbewohnern mit mehrfachen Beeinträchtigungen nicht die Gesundheit, sondern soziale Kontakte an Relevanz gewinnen (vgl. auch Carstensen 2006).

⁸ Um die von vielen Forschern kritisierte Einseitigkeit der Modelle zu überwinden, schlagen Zubritsky et al. (2013) ein erweitertes theoretisches Modell gesundheitsbezogener Lebensqualität vor, das um die für die stationäre Pflege relevanten Dimensionen ergänzt werden kann.

Multidimensionalität) fokussieren, lassen sie sich kaum in patientenorientierte Modelle übertragen. Auch Poradzisz und Florczak (2013) sprechen sich nach einer Konzeptanalyse von Ansätzen gesundheitsbezogener Lebensqualität dafür aus, diese nicht in der Pflege zu verwenden bzw. sie nicht als Ergebnis von Pflege zu betrachten. Gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt aus ihrer Sicht keinen geeigneten Ergebnisindikator der Pflege dar; vielmehr regen sie an, das Konstrukt als Einflussfaktor der Outcomes guter Pflege zu betrachten.

1.4 Entwicklung eines Rahmenmodells der Lebensqualität in der stationären Pflege

Die Zielsetzung des Gesamtkonzeptes bestand darin, ein Rahmenmodell zu entwickeln, das alle zentralen Merkmale der Lebensqualität in der stationären Pflege möglichst vollständig erfasst, eine Einordnung und Analyse bestehender Kennzeichen der Lebensqualität ermöglicht und den Stand aktueller Forschung wiedergibt. Die Entwicklung eines solchen Modells ist notwendig, da es bisher keinen endgültigen Konsens bezüglich eines für die Pflege geeigneten Lebensqualitätsbegriffes gibt. Darüber hinaus können die in anderen Ländern entwickelten Modelle nicht direkt adaptiert werden, da sie in der Regel von einem anderen Verständnis von Pflege ausgehen. Vor diesem Hintergrund wurde ein Vorgehen gewählt, das von bestehenden operationalen Definitionen der Lebensqualität ausgeht und über die Sammlung verfügbarer Kriterien zu übergeordneten Dimensionen bzw. Merkmalen der Lebensqualität gelangt. Für die Entwicklung eines solchen analytischen Rahmenmodells können verschiedene theoretische Modelle bzw. Ansätze der Lebensqualität herangezogen werden, die speziell für den Bereich der stationären Pflege entwickelt wurden. Darüber hinaus stellen Entwicklungen von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität, Zufriedenheit und/oder Wohlbefinden in der stationären Pflege (ggf. auch ihre Validierung) als auch Studien, die sich subjektiven Definitionen der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern gewidmet haben, geeignete Grundalgen für die Ableitung eines Gesamtmodells dar.

Betrachtet man den Stand aktueller Forschung zur Thematik der Lebensqualität in der Pflege, so fällt auf, dass sich ein großer Teil der Arbeiten auf die Definition und Messung von Lebensqualität im *stationären Bereich* beschränkt (z.B. Kane et al. 2004, Oswald et al. 2014). Spezifische Entwicklungen z.B. von Instrumenten für die *ambulante Pflege*, sind selten. Einige der Instrumente wurden in einem zweiten Schritt auf die besonderen Anforderungen der ambulanten Pflege angepasst, validiert oder erweitert. Einige mit der Entwicklung von Konzepten und Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität in der Pflege befassten Vorhaben orientieren sich an Modellen der Lebensqualität, die in beiden Pflegesettings (ambulant und stationär) zur Anwendung kommen können bzw. sollen. Dies geschieht entweder durch die Auswahl und Festlegung gemeinsamer Lebensqualitätsbereiche, in denen die einzelnen Items in Abhängigkeit vom betrachteten Pflegesetting – zum Teil – variieren (z.B. der in den Niederlanden entwickelte CQ-Index® Long-Term Care), oder durch eine Verallgemeinerung der Inhalte in der Weise, dass identische Items in beiden Settings angewandt werden können (z.B. das in Großbritannien entwickelte ASCOT).

Um ein möglichst umfassendes Rahmenmodell zu entwickeln, sollten im ersten Schritt Kriterien der Lebensqualität in der stationären Pflege gesammelt werden. Da zu diesem Forschungszweig eine Vielzahl an Publikationen vorliegt, wurde die Auswahl geeigneter Instrumente von ihrer Anwendung im Feld abhängig gemacht. Es wurden nur jene Messinstrumente herangezogen, die sich auf Lebensqualität beziehen und als mehr oder weniger bewährt gelten können. Bei der Auswahl der Instrumente wurden folgende Einschlusskriterien beachtet:

- Konzept oder Instrument repräsentiert ein theoretisch fundiertes, mehrdimensionales Modell der Lebensqualität.

- Konzept oder Instrument wurde spezifisch für die stationäre Pflege entwickelt

- Konzept oder Instrument basiert nicht nur auf theoretischen Annahmen, sondern ebenfalls auf Befragungen zentraler Akteure in der stationären Pflege. Von hoher Relevanz war zudem, dass bei der Entwicklung von Instrumenten wichtige Bereiche der aus Bewohnersicht berücksichtigt wurden.

Folgende Konzepte bzw. Instrumente wurden schließlich zur Extraktion von Kriterien aufgenommen:

- A) Projekt Care Keyes („Keys for Quality Performance, Management of the Care of Older Persons in Europe“), EU-Projekt mit deutscher Beteiligung → In die Auswertung wurde der Fragebogen CLINT stationär aufgenommen (Vaarama et al. 2008).
- B) Projekt „Measures, Indicators and Improvement of Quality of Life in Nursing Homes“ (Minnesota, USA), Studie im Auftrag des Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) (Kane et al. 2004a) → Verwendung fand hier der Fragebogen (in aktualisierter Version): Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview Form 2012 (http://www.vitalresearch.com/MNSurvey2012/Resident_Satisfaction_Interview_Form.pdf).
- C) Projekt „Measuring Outcomes for Public Service Users“ (Großbritannien) → Hier wurde der Fragebogen ASCOT (= Adult Social Care Outcomes Toolkit, Version v2.1) verwendet (Netten et al. 2011, Netten et al. 2010, Forder et al. 2007, weitere Informationen unter: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/>)
- D) Das Rahmenmodell „Quality Framework Responsible Care“ (Niederlande) → Zur Auswertung wurde das Instrument bzw. der Kriterien- und Indikatorenkatalog Consumer Quality Index (CQ-index®) Long-Term Care herangezogen (ActiZ et al. 2007).
- E) Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ inkl. Indikatoren-Sammlung, Projekt durchgeführt im Auftrag des BMG & BMFSFJ → Zwecks Auswertung wurden die empfohlenen Indikatoren der Lebensqualität herangezogen; ebenfalls berücksichtigt wurden jene Indikatoren, die aus Sicht der Lebensqualitätsforschung als Kennzeichen der Lebensqualität gelten (Wingenfeld et al. 2011).
- F) Projekt und Instrument INSEL (= Instrument zur Praxisnahen Erfassung von Lebensqualität), Projekt durchgeführt im Auftrag von der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung (Oswald et al. 2014). Da das Instrument ein mehrdimensionales Modell der Lebensqualität repräsentiert, wurden alle Items für die Analyse verwendet.
- G) Ausgewählte Fragebögen zur Erfassung der Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Bewohner (Voraussetzungen: aktueller Stand, Angaben zu psychometrischen Kriterien vorhanden, Mehrdimensionalität gegeben): Fragebogen zur Messung Zufriedenheit mit der Pflegeeinrichtung von Ryden et al. (2000).
- H) Fragebogen zur Messung Zufriedenheit mit der Pflegeeinrichtung von Straker et al. (2007).

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse folgender Instrumentenentwicklungen, Reviews bzw. Metaanalysen und Indikatorenansammlungen besonders berücksichtigt:

- I) Inhaltsanalyse von 31 qualitativen Studien zur Erfassung von Definitionen, Faktoren bzw. Dimensionen eines „guten Lebens“ (living well) in stationären Pflegeeinrichtungen aus der Sicht von Bewohnern (Bradshaw et al. 2012).

- J) Narratives Review von Instrumenten zur Messung der Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Bewohner (Jeon et al. 2012).
- K) Das Instrument QUISTA (= Messung von subjektiver Lebensqualität in der stationären Pflege), das auf Basis qualitativer Interviews mit Pflegeheimbewohnern ein mehrdimensionales Modell der Lebensqualität im stationären Kontext vorschlägt (Schenk et al. 2013).
- L) Eine im Auftrag der Health Information and Quality Authority (HIQA) in Irland entwickelte Sammlung von Standards für den stationären (Alten-)Pflegebereich (The National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People) → Für die Zusammenstellung der Kennzeichen wurden die Standards aus dem Themenbereich „Lebensqualität“ (Quality of Life) entnommen (HIQA 2008).⁹
- M) Eine in der EU-Förderlinie PROGRESS erarbeitete Sammlung von Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime → Für die Analyse wurden Indikatoren aus dem Bereich 2 / Lebensqualität verwendet (Hoffmann et al. 2010).
- N) Eine von Magee et al. (2008) im Auftrag von Help the Aged durchgeführte Literaturanalyse zur Kriterien und Indikatoren der Würde und anderer Kennzeichen der Lebensqualität in der stationären Pflege; sie fand Anwendung bei der Zusammenstellung von Kriterien für die Merkmale Würde und Selbstbestimmung.
- O) Die von Gerritsen et al. (2010) entwickelte und in der stationären Pflege erprobte SWON-Skala; sie fand vor allem Anwendung bei der Zusammenstellung von Kriterien für soziale Teilhabe.

Ausgehend von den o.g. Instrumenten und Publikationen wurde eine Synopse mit 61 Kennzeichen für die stationäre Pflege sowie 44 Kennzeichen, die Setting-übergreifenden waren, erstellt. Die aufgenommenen Einzelkriterien dienten der Ableitung von übergeordneten Bereichen bzw. Merkmalen der Lebensqualität. Um die Kennzeichen aus den o.g. Instrumenten zu sammeln und ggf. thematisch übersichtlich zu sortieren, wurde eine Matrix konzipiert, die eine Zuordnung des jeweiligen Kennzeichens in Abhängigkeit von zwei übergeordneten inhaltlichen Ansätzen gestattete. So wurden zwei Achsen angelegt, von denen die erste eine Zuordnung des jeweiligen Kennzeichens zu einer Kategorie aus der Perspektive klientenorientierter Forschung (d.h. Blick der Bewohner auf wichtige Aspekte der Lebensqualität in der Pflege) ermöglichte, während die zweite Achse eine Zuordnung zu einer bestimmten Dimension der Lebensqualität gestattete. Ausgehend von den Erfahrungen des Projektes „Care Keyes“ wurde für die erste Achse die von Bowers et al. (2001) vorgeschlagene Kategorisierung nach Aspekten der Lebensqualität in Abhängigkeit von den Aufgaben der Pflege aufgegriffen:

- I) Pflege als Erhaltung funktionaler Kompetenz und Autonomie
- II) Pflege als Unterstützung soz. Identität, sozialer Beziehungen und Partizipation
- III) Pflege als Förderung des emotionalen und existenziellen Wohlbefindens
- IV) Pflege als Service.

Die vier Kategorien, die zentrale Aufgaben der Pflege aus theoretischer Sicht und der Perspektive von Klienten abbilden, dienten der (Selbst-)Überprüfung, ob es sich bei den ausgewählten Kennzeichen um solche handelt, die dem Kontext der Langzeitpflege entsprechen. Die Kategorisierung auf der zweiten Achse erfolgte dagegen anhand der vier Dimensionen des Lebensqualitätsmodells der Weltgesundheitsorganisation:

⁹ Hier liegt inzwischen eine aktualisierte Version der Standards vor, die jedoch keine wesentlichen Unterschiede zu der in der Zusammenstellung genutzten Version enthält [weitere Informationen unter www.higa.ie].

- I) Physische Dimension der Lebensqualität
- II) Soziale Dimension der Lebensqualität
- III) Umweltbezogene Dimension der Lebensqualität
- IV) Psychologische Dimension der Lebensqualität.

In einem zweiten Schritt wurde die Synopse nach inhaltlichen Merkmalen bzw. dem zugrundeliegenden Verständnis von Lebensqualität sukzessive umstrukturiert. Es entstand schließlich eine Matrix, deren Felder sich an inhaltlichen Merkmalen bzw. dem zugrundeliegenden Verständnis von Lebensqualität orientieren. Die Abbildung 1 zeigt das endgültige Rahmenmodell der Lebensqualität in der stationären Pflege.

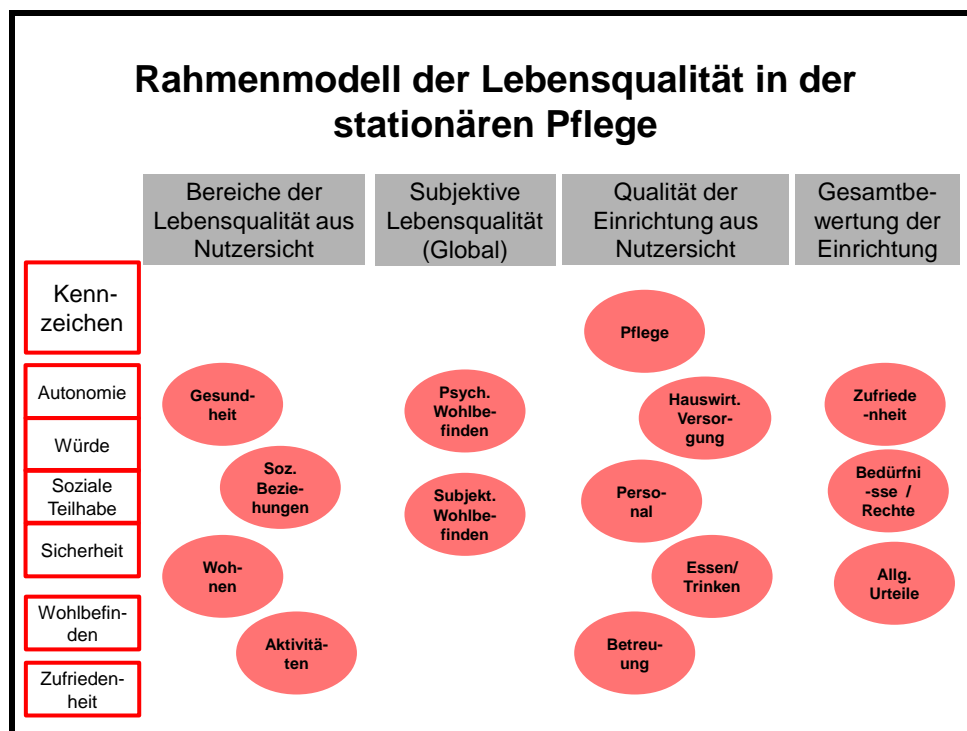


Abbildung 1: Matrix mit verschiedenen Bereichen bzw. Dimensionen der Lebensqualität als Rahmenmodell der Lebensqualität in der stationären Pflege (eigene Darstellung).

Nach der Logik des Modells können Kennzeichen der Lebensqualität verschiedenen Dimensionen (Kategorien) zugeordnet werden, die einem jeweils anderen Verständnis von Lebensqualität folgen:

a) **(Lebens-)Bereiche der Lebensqualität aus Nutzersicht:** Lebensbereiche sind typische Felder der Lebensgestaltung, die Menschen in Abhängigkeit von ihren Bedürfnissen, Wünschen und (Lebens)Zielen formen und gestalten. Aus der Perspektive der Lebensqualitätsforschung wird davon ausgegangen, dass übergeordnete Lebensbereiche einen stärker universellen Charakter haben, d.h. für alle Menschen – unabhängig von ihrem Pflegebedarf – bedeutsam sind. Die individuelle Relevanz verschiedener Lebensbereiche ist jedoch nicht stabil, sondern variiert in Abhängigkeit von kritischen Lebensereignissen, Merkmalen der Lebenslage und anderen Variablen. Lebensqualität kann hier anhand objektiver Grade der Bedürfniserfüllung und anhand subjektiver Indikatoren gemessen werden, wobei bei der subjektiven Messung die individuellen Bewertungskriterien der Befragten im

Vordergrund stehen. Als Lebensbereiche, die für den Kontext der stationärer Pflege besonders relevant sind, lassen sich nennen:

- i. **Gesundheit:** z.B. physische, psychische / mentale, funktionelle Gesundheit
- ii. **Soziale Beziehungen:** soziale Kontakte, Beziehungen, Aktivitäten und Austausch
- iii. **Wohnen:** Wohnräume (privat und öffentlich), Wohnumgebung
- iv. **Aktivitäten:** Freizeitaktivitäten, Hobbies, Beschäftigung, Tagesgestaltung

Die genannten Lebensbereiche sind für Pflegeheimbewohner wichtig (Zielgruppenbezug) (u.a. Hall et al. 2011). Sie haben darüber hinaus eine hohe Relevanz für den stationären Pflegekontext (Kontextabhängigkeit) und sind abstrakt genug, um verschiedene Facetten der Lebensqualität erfassen zu können. Darüber hinaus finden sie sich (unterschiedlich verankert) in allen allgemeinen mehrdimensionalen Modellen der Lebensqualität wieder, haben einen besonderen Stellenwert in Ansätzen der Lebensqualität im Alter, werden im Rahmen qualitativer Untersuchungen zur Erfassung wichtiger Lebensbereiche aus Sicht älterer Menschen sehr häufig genannt und sind Bestandteile von Ansätzen und Instrumenten in der stationären Pflege.

b) **Subjektive Lebensqualität global:** Kennzeichen, die sich diesem Bereich zuordnen lassen, umfassen z.B. Lebenszufriedenheit und emotionale Befindlichkeit. Sie zählen zu sog. globalen Kennzeichen subjektiver Lebensqualität, da sie Lebensqualität nicht auf konkrete Bereiche der Lebensgestaltung oder Merkmale der Pflegeeinrichtung, sondern auf übergeordnete Konstrukte, wie das Leben insgesamt, beziehen. Globalen Kennzeichen fehlt in der Regel die Spezifität, so dass sie über alle Kontexte hinweg vergleichend eingesetzt werden können. Dadurch bleiben sie aber abstrakt und bieten für Pflegeeinrichtungen kaum eine Basis, Qualitätsverbesserungen einzuleiten. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Lebenszufriedenheit und globale emotionale Befindlichkeit das Ergebnis der Zufriedenheit mit den Leistungen der Einrichtung und der Zufriedenheit in wichtigen Lebensbereichen, wie Gesundheit, zustande kommen. Vor diesem Hintergrund wurde auf die differenzierte Erfassung von Kennzeichen globaler subjektiver Lebensqualität verzichtet.

c) **Qualität der Pflege(-einrichtung) aus Nutzersicht:** Hinter den Kennzeichen, die diesem Bereich zugeordnet wurden, verbergen sich subjektive Bewertungen bestimmter Qualitätsmerkmale der Einrichtung aus Sicht der Bewohner bzw. deren (Un-)Zufriedenheit mit diesen Merkmalen. Die Qualität der Dienstleistungen aus Nutzersicht spiegelt den Anspruch der Einrichtung an eine gute Service-Qualität wieder. Damit Pflegeeinrichtungen die Qualität ihrer Leistungen verbessern können, bedarf es im Rahmen von Instrumenten einer klaren, dennoch ausreichend differenzierten Struktur, die eine Zuordnung der Bewertungen der Bewohner zu den einzelnen Leistungsbereichen ermöglicht. Die im Rahmen der Instrumentenanalyse gefundenen Kennzeichen konnten den folgenden Bereichen zugeordnet werden:

- i. **Pflege:** medizinische Pflege, Grund- und Behandlungspflege
- ii. **Hauswirtschaftliche Versorgung:** Reinigung, Wäscheversorgung
- iii. **Personal:** Kompetenzen, Kommunikation, Professionalität, Zuverlässigkeit usw.
- iv. **Essen/Trinken:** Qualität und Quantität der Mahlzeiten, Kennzeichen der Mahlzeiteinnahme usw.

v. **Freizeitangebote/Psycho-Soziale Betreuung:** therapeutische, kulturelle, spirituelle usw. Angebote sowie Angebote der psychosozialen Betreuung.

Lebensqualität von Bewohnern stationärer Einrichtungen wird durch die Serviceleistungen der Einrichtung stark tangiert. Die verschiedenen Servicebereiche erfüllen bestimmte Funktionen und beeinflussen dadurch nicht nur die Lebensqualität in individuell wichtigen Lebensbereichen, sondern können in Ihrer „Servicequalität“ als ein abstrakter, aus Bewohnersicht relevanter Lebensbereich an sich betrachtet werden. Die subjektive Bewertung einzelner Servicebereiche aus Sicht der Nutzer – ob anhand explizit vorgegebener oder individueller Kriterien – ist folglich ein wichtiger übergeordneter Bereich der Lebensqualität (Josat et al. 2006, Castle 2007, Saks et al. 2008). Die fünf vorgeschlagenen Servicebereiche bzw. Kennzeichen sind nicht nur für Pflegeheimbewohner und ihre Angehörigen relevant, sondern bilden zentrale Einflussfaktoren auf die Lebensqualität der Bewohner selbst (u.a. Projekt Care Keyes) und sind durch die Pflegeeinrichtung direkt beeinflussbar. Ihren besonderen Stellenwert erhalten sie alleine durch Möglichkeit, auf der Basis eines begleitenden Monitorings die Qualität nachhaltig zu verbessern.

d) **Gesamtbewertung der Einrichtung:** Dieser Kategorie der Lebensqualität können allgemeine Bewertungen der Pflegeeinrichtung zugeordnet werden. Darunter fallen summarische Bewertungen der Qualität aller Serviceleistungen aus Sicht der Nutzer, z.B. ob Bewohner mit dem Pflegeheim insgesamt zufrieden sind, ob sie die Einrichtung ihren Freunden empfehlen würden oder ob das Pflegeheim ihre Selbstbestimmung, Sicherheit, Würde usw. insgesamt achtet bzw. fördert. Gesamtbewertungen können zum einen als Summe aller Einzelbewertungen betrachtet werden; sie können aber auch Ausdruck von Kriterien sein, die mithilfe spezifisch formulierter Items nicht erfasst werden können.¹⁰

e) **Bedürfnisse, grundlegende Bestrebungen, Werte und Rechte:** Bedürfnisse bzw. grundlegende Motive menschlichen Handelns („personal strivings“, Emmons 2000) gehören zu universellen Bestrebungen von Menschen. Aus der Perspektive der Lebensqualität in der Pflege gilt die Erfüllung bestimmter Bedürfnisse, wie z.B. des Bedürfnisses nach Autonomie, als besonders bedroht, da Betroffene häufig nicht (mehr) in der Lage sind, ihrer Erfüllung autark nachzugehen. Chancen zur Realisierung grundlegender Bedürfnisse, z.B. nach Teilhabe oder Würde, sind nicht nur individuell relevant, sondern bedürfen aufgrund eines gesamtgesellschaftlichen Konsensus eines besonderen Schutzes. Vor diesem Hintergrund haben sie den Status von (Menschen-)Rechten inne. Darüber hinaus bilden sie Bestandteile eines werteorientierten professionellen Selbstverständnisses der Pflege, das wiederum Bestandteil eines normativen Referenzrahmens zur Bewertung von Lebensqualität sein sollte (Vaarama & Pieper 2014). Die Realisierung von Handlungsbestrebungen geschieht immer innerhalb konkreter Lebensbereiche, wie Wohnen, Aktivitäten oder soziale Kontakte. Dargestellt am Autonomieerleben bedeutet dies, dass Wohnbedingungen dann einen Beitrag zur Lebensqualität leisten, wenn sie die (objektive und/oder subjektive) Autonomie des Einzelnen erhöhen. Als zentrale Bedürfnisse, Bestrebungen bzw. Werte im Kontext der Pflege können die folgenden genannt werden:

i. **Autonomie:** Autonomie, Selbstbestimmung, Kontrolle über das alltägliche Leben, Wahlmöglichkeiten und Wahlfreiheit

¹⁰ Dies ist dann wahrscheinlich, wenn Pflegebedürftige zur Bewertung ihrer Lebensqualität sehr persönliche, z.B. biographisch bedingte Kriterien heranziehen, die im Rahmen „üblicher“ Befragungen nicht berücksichtigt werden können.

- ii. **Würde:** Würde, Privatheit, Intimität, Individualität, Kontinuität, Wertschätzung, Achtung
- iii. **Soziale Teilhabe:** Soziale Partizipation, Integration, soziale Identität, Verbundenheit, Anerkennung, Zugehörigkeit
- iv. **Sicherheit:** Schutz, Sicherheit, Unversehrtheit, Zuverlässigkeit, Zugänglichkeit
- v. **Wohlbefinden:** Positive und negative Erlebnisse und Erfahrungen, emotionale Belastung und Stimmung
- vi. **Zufriedenheit:** Zufriedenheit mit Lebensbereichen anhand individueller Kriterien, Adäquatheit der Erfüllung individueller Bedürfnisse aus Nutzersicht.¹¹

Während die vier erstgenannten Merkmale der Lebensqualität nicht nur aus der Sicht von Bewohnern relevant sind (u.a. Lee et al. 2009, Robichaud et al. 2006), sondern auch rechtlich verankerte, theoretisch begründete und professionsbezogene Werte darstellen (vgl. Pflege-Charta, BMFSFJ 2014, Grundgesetz, Grewal & Lewis 2006, Nussbaum & Sen 1993), repräsentieren Wohlbefinden und Zufriedenheit Merkmale der Lebensqualität, in denen *individuelle* Kriterien und Präferenzen eine übergeordnete Rolle spielen. Letztere können folglich nur subjektiv erfasst werden, indem die befragte Person ihre eigenen Kriterien für Lebensqualität nennt.

1.4.1 Kriterien und Indikatoren – aktueller Stand

Auf der Grundlage aktueller Erkenntnisse kann bisher keine abschließende Empfehlung für besonders geeignete Kriterien und/oder Indikatoren in den einzelnen Merkmalsbereichen der Lebensqualität ausgesprochen werden. Dies liegt zum einen darin begründet, dass aktuelle, operationalisierte Modelle der Lebensqualität in der Pflege noch nicht lang genug eingesetzt wurden, um gesicherte Aussagen über Validität und Reliabilität einzelner Kriterien und/oder Indikatoren machen zu können. Dies betrifft z.B. das in Großbritannien entwickelte Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) (www.pssru.ac.uk/ascot/) (Netten et al. 2011, 2010, Forder et al. 2007, Department of Health 2012) sowie den in den Niederlanden entwickelten Quality-Care-Indexes® Long-Term Care and/or Complex Care (ActiZ et al. 2007). Instrumente, die dagegen als sehr gut erprobt gelten können, u.a. weil sie seit längerer Zeit – auch an sehr großen Stichproben – getestet wurden (z.B. Kane et al. 2004), lassen sich wiederum nicht in Gänze auf die stationäre Versorgung in Deutschland übertragen. Die meisten betrachteten Kriterien und Indikatoren müssen zudem im Zusammenhang mit den Merkmalen nationaler Pflegeversicherungssysteme sowie der jeweiligen auf nationaler Ebene geführten Diskussionen betrachtet werden. Dies trifft auf die dargestellten Indikatoren in viel höherem Maße als auf die dargestellten Kriterien zu. Vorhandene Indikatoren befinden sich entweder im Stadium der Überprüfung bzw. Erprobung oder lassen die formale Form, die einem Indikator entspricht, missen. Nichts desto trotz bieten insbesondere die vorhandenen Kriterien eine gute Grundlage für die Entwicklung neuer Instrumente. Zum gewissen Grade weisen sie Gemeinsamkeiten auf, die darin begründet sein dürften, dass sich die Entwickler der Instrumente an bestehenden Ansätzen orientiert haben. Als ein vielfältig zitiertes Beispiel gilt das von Kane et al. (2004) entwickelte Instrument, das allerdings bis heute mehrmals modifiziert wurde. Bezüglich der *theoretischen Basis* kann konstatiert werden, dass die Merkmale „Selbstbestimmung“, „Würde“, „soziale Teilhabe“ und „Wohlbefinden“ als gut entwickelt gelten können. Die Merkmale „Zufriedenheit“ und „Sicherheit“ weisen gewisse Lücken auf. Während es bei dem Merkmal „Zufriedenheit“ bisher unklar geblieben ist, was unter der

¹¹ Die Bezeichnungen sind nicht absolut zu betrachten, sondern stellen Schlagworte dar, die immer einer Erläuterung bzw. Unterteilung in verschiedene Unterkategorien bedürfen.

dem Begriff der Bewohnerzufriedenheit zu verstehen ist, bestehen bei dem Merkmal „Sicherheit“ Probleme dahingehend, dass es an einer theoretischen Basis – speziell für die stationäre Pflege – fehlt.

2 Selbstbestimmung als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung

2.1 Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung

Selbstbestimmung als Kennzeichen der Lebensqualität in der stationären Pflege ist mehrdimensional (d.h. besteht aus mehreren Facetten), abhängig vom Kontext (d.h. dass einzelne Facetten ihre Relevanz für Lebensqualität erst in Bezug zum Leben im Heim gewinnen) und beinhaltet Aspekte der Freiwilligkeit, der Selbststeuerung und der Individualität. Selbstbestimmung eines Pflegeheimbewohners ist von der Patientenselbstbestimmung¹² abzugrenzen, da Pflegeheimbewohner den Lebenskontext Heim in der Regel nicht mehr verlassen. Zudem lassen sich Pflegekontexte durch eine besondere Art der Machtungleichheit beschreiben, die zusammen mit einer starren Organisation die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen stark tangieren kann. Aus der Perspektive der Lebensqualitätsforschung sowie der Pflegeethik gilt Selbstbestimmung vor allem als eine mit dem Konzept der **Autonomie** stark verwandte Kategorie, wobei letztere mithilfe weiterer Begriffe, wie Unabhängigkeit, Selbstverwaltung, Entscheidungs-, Wahl- und Handlungsfreiheit umschrieben wird. Nach Collopy (1988) weist der Begriff der (individuellen, personalen) Autonomie eine Reihe verschiedener Konnotationen auf, wobei er sich in seiner häufigsten Deutung auf frei von äußerer Einflussnahme ausgeübte individuelle Kontrolle über die Entscheidungsfindung und -ausübung einer Person bezieht (ebenda. S. 10). Bei der Messung von Selbstbestimmung stellen die bisher entwickelten Instrumente i.d.R. den subjektiv wahrgenommenen individuellen Handlungsspielraum in den Mittelpunkt der Betrachtung. Dabei geht es vor allem um die Frage, wie viel Selbstbestimmung Pflegeheimbewohner bei der Gestaltung ihrer Alltagsaktivitäten und – verrichtungen haben.

2.2 Literaturlage zur Selbstbestimmung

Nach Collopy (1988)¹³ lässt sich Autonomie in der stationären Pflege anhand sechs inhaltlicher Dimensionen beschreiben. Sie enthalten unterschiedliche Verständnisse von Selbstbestimmung, die in Form von Gegensätzen zu besonderen ethischen Herausforderungen in der Pflege führen und gleichzeitig die Lebensqualität der Bewohner tangieren. Als erster Gegensatz gilt die Unterscheidung zwischen der sog. **Entscheidungs- und exekutiven Autonomie** bzw. zwischen der Pflege im Sinne von „Autonomie“ und der Pflege im Sinne von „Autarkie“. Während es im ersten Fall darum geht, *selbst* bestimmen zu können, wie man gepflegt wird (z.B. durch die Bildung und Äußerung eigener Präferenzen), steht im zweiten Fall die *Selbstpflege* (z.B. selbständiges Umsetzen eigener

¹² Eine Abgrenzung sollte z.B. zu sog. „patient reported outcomes“ vorgenommen werden (vgl. Koller et al. 2009, Robert et al. 2011, www.netzwerk-versorgungsforschung.de).

¹³ Der Aufsatz gilt als ein wichtiger Beitrag zur Fundierung der ethischen Sicht auf Autonomie im Kontext der stationären Pflege, aus dem viele Implikationen für Lebensqualität abgeleitet wurden (u.a. Kane 1991, Randers und Mattiasson 2004, Welford et al. 2010). Der Beitrag entstand im Zusammenhang mit einem Aufruf der Retirement Research Foundation im Jahr 1986, dessen Zielsetzung in der grundlegenden Aufarbeitung des Autonomiebegriffes für die stationäre Pflege bestand.

Präferenzen) im Vordergrund (ebenda, S. 11f). Nach Behrens und Zimmermann (2006) darf Selbstbestimmung nicht mit Autarkie gleichgesetzt werden, denn Selbständigkeit ist nur *ein* Mittel unter vielen, Selbstbestimmung zu erlangen. Aus Sicht der Lebensqualitätsforschung besteht – insbesondere im Fall nachlassender Selbstpflegefähigkeit - die Aufgabe der Pflege darin, Verluste der Autarkie zu kompensieren und Betroffene bei der Realisierung ihrer individuellen Präferenzen zu unterstützen – insbesondere durch Förderung von Entscheidungsautonomie und -kompetenz (Behrens & Zimmermann 2006, Boyle 2008, Collopy 1988). Obwohl bisherige Forschungsergebnisse einen robusten Zusammenhang zwischen Selbständigkeit (z.B. der funktionalen Kompetenz im Sinne der ADL) und Lebensqualität aufzeigen (u.a. Degenholtz et al. 2006, Shippee et al. 2013), wird vielmehr die individuelle Entscheidungsautonomie als Kern personaler Selbstbestimmung gesehen, die für Betroffene gerade dann an Bedeutung gewinnt, wenn Kompetenzen der selbständigen Lebensführung zurückgehen.

In seiner Analyse unterscheidet Collopy (1988) ebenfalls zwischen der **direkten und delegierten Autonomie**, d.h. zwischen der *personellen* und der an andere Personen *entsendeten* Selbstbestimmung. Aktuelle Forschung zur Patientenintegration in medizinische Therapieentscheidungen zeigt, dass eine Entscheidungsdelegation umso geeigneter zu sein scheint, je komplexer der Entscheidungsprozess, je mehr Fachwissen erforderlich und je unklarer die Erfolgsevidenz einer Maßnahme gegenüber Alternativmaßnahmen ist (Epstein & Peters 2009, Katz & Hawley 2013). Selbstbestimmung bleibt trotz der Delegation individueller Interessen dann gewahrt, wenn sich die betroffene Person *bewusst und auf eigenen Wunsch* hin für eine Fremdvertretung eigener Anliegen entscheidet (Collopy 1988). Nach Boyle (2008, 2005) besteht das Bedürfnis nach personeller Autonomie allerdings auch dann fort, wenn Pflegebedürftige nicht mehr in der Lage sind, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Die Autorin schlägt daher vor, zwischen Entscheidungen unterschiedlicher Reichweite zu trennen: Während es für die Aufrechterhaltung und / oder Verbesserung der Lebensqualität sinnvoll sein kann, z.B. die Entscheidung bezüglich eines operativen Eingriffs an Professionelle und/oder Angehörige zu delegieren, sollten **Dinge der alltäglichen Lebensführung** von den Pflegebedürftigen selbst bestimmt werden. Zu den Aufgaben der Pflege gehört es somit, Menschen je nach Situation und/oder Kontext autonome Entscheidungen abzuverlangen und sie in ihrer Autonomie auch dann zu fördern, wenn sie an Demenz erkrankt sind (ebenda). Im Fall eines vollständigen Verlusts entscheidungsbezogener Kompetenzen sollten Pflegekräfte die Selbstbestimmung Betroffener anhand deren Werte und Normen durchsetzen. Da Stellvertreter-Entscheidungen grundsätzlich jedoch mit dem Risiko der Fehlinterpretation von Werten Betroffener verbunden sind, schlägt Collopy (1988, S. 11) vor, in der stationären Pflege Leitlinien für die Delegation von Bewohnerentscheidungen zu vereinbaren, in denen die Entscheidungsbereiche und der Prozess der Zuständigkeitsübernahme (wer bestimmt über was, für wen, nach welchen Normen) festgehalten und überprüft werden.

Nach Kane (1991), Collopy (1988) sowie Randers und Mattiasson (2004) trägt jedoch nicht jede frei getroffene Entscheidung zur Lebensqualität bei. So kann Selbstbestimmung nur dann einen positiven Einfluss auf Wohlbefinden haben, wenn sie im Sinne einer „kompetenten“ sowie „authentischen“ Autonomie ausgeübt bzw. realisiert wird. Nach Collopy (1988, S. 13f) umfasst **kompetente Autonomie**¹⁴ jene Entscheidungen und/oder Handlungen, die kohärent zu den langfristigen Lebenszielen der pflegebedürftigen Person sind. Neben der *Mittel-Ziel-Kohärenz*, eines eher

¹⁴ Ein ähnliches Verhältnis besteht zwischen der gegenwärtigen bzw. augenblicklich ausgeübten und der langfristigen Selbstbestimmung (Collopy 1988).

rationalen Attributes, spielt der Bezug zur eigenen Biografie eine wichtige Rolle. Selbstbestimmung kann nur dann als Kennzeichen von Lebensqualität betrachtet werden, wenn sie Ausdruck menschlicher Identität und Individualität, personaler Integrität und biografischer Geschichte ist. Während **authentische Autonomie** im Einklang mit dem vergangenen und dem aktuellen Selbst steht, zeichnet sich nicht-authentische Autonomie durch starke Diskontinuität zu biographisch gewachsenen sowie aktuellen Wertvorstellungen aus (ebenda, S. 14f). Behrens und Zimmermann sprechen in diesem Zusammenhang von der Sorge um die „Rückgewinnung von biographisch gewünschter Selbstbestimmung (Autonomie)“, die sie als Aufgabe der Pflege in der Herstellung von Partizipation des Pflegebedürftigen an Versorgungsentscheidungen sehen (2006, S. 166). Ähnlich fassen es Gillon (1995) und Atkins (2006): Sie betonen, dass ein Verständnis von Autonomie, das *alleine* auf freier Willensäußerung beruht, für die Pflege inadäquat ist. Da repressive Formen der Sozialisation individuelle Willensfreiheit einschränken können, fordert Atkins einen Begriff von Autonomie, der mit einer Reihe von Kompetenzen (z.B. Selbstfindung, Selbstdefinition, Selbststeuerung) verbunden ist. Eine vergleichbare Argumentation entwickelt Meyers (1989), indem sie zwischen sog. „subjektiver“ und „objektiver Autonomie“ unterscheidet. Während „objektive Autonomie“ lediglich die Freiheit meint, Entscheidungen eigenständig treffen zu können, ist unter „subjektiver Autonomie“ eine *reflektierte Selbstbestimmung* zu verstehen, welche zu Entscheidungen führt, die sinnvoll für das Individuum und seine Lebensqualität sind. Ähnlich argumentieren Doyal und Gough (1991, zit. in Boyle 2008, S. 301ff). Sie unterscheiden drei Einflussfaktoren der Selbstbestimmung: das individuelle Selbstverständnis inklusive kulturspezifischer Erwartungen, die psychische Kapazität zur Entscheidungsbildung sowie das Vorhandensein objektiver Wahlmöglichkeiten und fordern, ähnlich wie Kane (1991), Collopy (1988) und Boyle (2008), das Augenmerk auf eine professionelle Haltung zu legen, die sich darin äußert, Selbstbestimmungskompetenzen Pflegebedürftiger zu stärken und kompetente als auch authentische Entscheidungen zu respektieren, ohne diesen jedoch „blind“ zu folgen. Nach Randers und Mattiasson (2004) stellt die Authentizität gar das zentralste und somit im Kontext stationärer Pflege leitende Kriterium für Selbstbestimmung dar. Die Autorinnen begründen ihre Entscheidung anhand theoretischer Analysen sowie ausgewählter Fallstudien. Am Beispiel konkreter Situationen aus dem Pflegealltag zeigen sie, dass nur die durch Authentizität gekennzeichnete Selbstbestimmung – zusammen mit Integrität – die Würde des Pflegebedürftigen unterstützen (ähnlich Welford et al. 2012).

Nach Abeles (1991, S. 308f, in Anlehnung an Lawton 1991) kann Selbstbestimmung als Grad wahrgenommener Kontrolle definiert werden. Als Kennzeichen der Lebensqualität in der stationären Pflege gilt für ihn die **situationsspezifische Kontrollüberzeugung** (im Gegensatz zu einer generalisierten Kontrollüberzeugung), d.h. das Gefühl der persönlichen Kontrolle bzw. Entscheidungsmacht über wichtige Aspekte des Alltags und des eigenen Lebens insgesamt (ebenda, S. 310). Collopy (1988, S. 12) geht davon aus, dass der **Verlust des Kontrollerlebens** die (negative) Folge eingeschränkter oder verlorengangener Entscheidungsautonomie ist. Nach Kane (1991, S. 329ff) kann Selbstbestimmung bzw. Autonomie in der stationären Pflege als **wahrgenommener Handlungsspielraum** definiert werden. Da aufgrund der Machtasymmetrie zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften, die durch eine „pflegende Organisation“ zusätzlich verschärft werden kann – Behrends & Zimmermann sprechen in diesem Zusammenhang von der „Latenz der strukturellen Fremdbestimmung in Pflegeverhältnissen“ (2006, S. 169; ähnlich Brown et al. 2006, Davis et al. 2000) – plädiert Kane (1991) dafür, vor allem **Alltagsaktivitäten und –verrichtungen in den Mittelpunkt des wahrgenommenen Handlungsspielraums** zu stellen. Als Beispiele für konkrete

Operationalisierungen führt sie zwei Instrumente an: „The Locus of Desired Control Scale“ (Reid et al. 1977, in Kane 1991, S. 329) sowie das „The Latitude of Choice Measure“ (Morganti et al. 1990). Beide Instrumente erheben den Grad der Selbstbestimmung anhand einer Reihe konkreter Situationen aus dem Heimalltag (7 Items, 37 Items), die kombiniert mit einer Gewichtung nach subjektiver Relevanz oder der Erhebung der Differenz zwischen dem realisierten und dem gewünschten Grad der Selbstbestimmung im signifikanten positiven Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit stehen (Reid et al. 1977).

Im Rahmen einer inhaltlichen Konzeptanalyse befassen sich Welford et al. (2010) mit dem Vergleich der aktuellen Ansätze der Autonomie in der stationären Pflege. Die Ergebnisse zeigen, dass Selbstbestimmung nicht einheitlich definiert wird, sondern aus unterschiedlichen Facetten besteht. Das zentrale Ergebnis ihrer Analyse bildet ein **Rahmenmodell der Bewohnerautonomie**, in dem verschiedene Aspekte der Selbstbestimmung den Kategorien: Voraussetzungen, Merkmale, Konsequenzen und empirische Referenzen zuordnet werden. Demnach lassen sich Einrichtungen mit hoher Selbstbestimmung der Bewohner anhand folgender **Merkmale** beschreiben (Welford et al. 2010, S. 1232):

- Die Kapazität der Bewohner zur Bildung autonomer Entscheidungen wird gefördert, gestärkt und aufrechterhalten
- Bewohner delegieren Pflegebedürfnisse ausgehend von ihrem Recht auf Selbstbestimmung
- Pflegepläne werden mit Bewohnern ausgehandelt und begleitet durch offene und respektvolle Kommunikation
- Sind Bewohner aufgrund kognitiver Einschränkungen zur Selbstbestimmung nicht (mehr) fähig, werden Angehörige oder nahe stehende Personen in die Pflegeplanung integriert
- In der Einrichtung herrscht eine Kultur der Flexibilität, geleitet vom Ethos der Menschenwürde
- Bewohner werden in Entscheidungen einbezogen.

Im Rahmen eines Reviews zeigen Rodgers et al. (2012), dass Autonomie, Wahlmöglichkeiten und erlebte Kontrolle zentrale Elemente der Lebensqualität von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen sind (S. 75f). Als wichtigste Einflussfaktoren auf Selbstbestimmung lassen sich die folgenden Aspekte nennen:

- flexible und an dem Leitbild der bestmöglichen Pflege orientierte Pflegeorganisation
- Ansatz der Person-zentrierten Pflege
- Dokumentation und Integration biografischer Elemente in die Pflege, die es bei eingeschränkter Entscheidungskapazität des Bewohners möglich machen, sinnvolle und bedeutsame „Stellvertreter-Entscheidungen“ zu unterstützen (Orientierung an sog. „life plans“).

2.3 Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?

Selbstbestimmung im Sinne der Autonomie bildet eine wichtige Kategorie aller für diese Analyse einbezogenen Instrumente zur Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege. Nach Kane (1991) ist Autonomie jedoch nicht *direkt* messbar, so dass der Grad der Gewährleistung von Selbstbestimmung immer auf *konkrete Lebensbereiche der Bewohner* (z.B. Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung, Soziale Beziehungen, Wohnen, Aktivitäten) und/oder auf *zentrale*

Organisationseinheiten bzw. Merkmale der Einrichtung (Pflege, hauswirtschaftlicher Versorgung, Personal, Mahlzeiten, psycho-soziale Betreuung bzw. Angebote) bezogen wird. Die unten dargestellten Tabellen geben einen Überblick über bisher verfügbare Kennzeichen der Selbstbestimmung (Kriterien und Indikatoren). Darüber hinaus zeigen Erfahrungen aus vorliegenden Studien, dass bei der Formulierung konkreter Items abstrakte Begriffe wie etwa Selbstbestimmung oder Autonomie vermieden werden sollten, da sie von Bewohnern sehr unterschiedlich verstanden werden und es auf diesen Wegen zur Problemen der Validität kommen kann (u.a. Soberman et al. 2001). Vielmehr beziehen sich die bisher verwendeten Fragen auf konkrete Gegenstandsbereiche. Eine solche Art der Erfassung hat zudem den Vorteil, dass die Einrichtung eine detailliertere Rückmeldung über den wahrgenommenen Grad der Autonomie bzw. Kontrolle der Bewohner erhält. Werden Fragen zur Autonomie zu allgemein gestellt, indem z.B. nach den Möglichkeiten der Entscheidung insgesamt gefragt wird, ist die Zurückführung auf einzelne Bereiche (z.B. Pflege, Mahlzeitengestaltung, usw.) nicht möglich (Zuidgeest et al. 2012).

Die meisten vorliegenden Instrumente sind Befragungsinstrumente, die im Rahmen eines Face-to-Face-Interviews mit dem Bewohner durchgeführt werden. Kann der Bewohner nicht mehr befragt werden, liegen in einigen Fällen spezifische Versionen für Angehörige vor (ActiZ et al. 2007, Oswald et al. 2014). In der Forschung zur Lebensqualität bei Demenz besteht jedoch heute weitgehender Konsens, dass Betroffene hinsichtlich ihrer Lebensqualität so lange wie möglich persönlich befragt werden sollten und auf Auskünfte von Angehörigen frühestens ab dem mittleren Stadium der Erkrankung zurückzugeworfen werden sollte (u.a. Trigg et al. 2007, Brod et al. 1999).

2.4 Beispiele aus der Forschung

Selbstbestimmung bzw. autonome Lebensführung stellen aus der Perspektive der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen eine zentrale Kategorie ihrer Lebensqualität dar. Darauf weist eine Reihe von Studien hin (u.a. Kane 2001, Soberman et al. 2001, Edwards et al. 2003, Bartholomeyczik & Schrems 2004, Murphy et al. 2007, Josat et al. 2006). Fehlende Autonomie mindert dagegen subjektives Wohlbefinden und kann gar zur Depressivität führen (Boyle 2005). Im Rahmen einer Literaturanalyse zu den Merkmalen und Einflussfaktoren der Lebensqualität älterer Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen zeigen Lee et al. (2009), dass wahrgenommene Unabhängigkeit und Autonomie zu den zentralsten Aspekten der Lebensqualität der Bewohner zählen. Auf der Basis der analysierten Studien wird zudem ersichtlich, dass die Förderung von Autonomie nicht ausschließlich durch einen einzigen Versorgungsbereich bzw. eine einzige Intervention gelingen kann, sondern **multimodal** implementiert werden muss. Selbstbestimmung als Beitrag zur Lebensqualität kann nur dann wirkungsvoll sein, wenn Autonomie sowohl durch die Gestaltung der materiellen Wohnbedingungen, die Organisation der Pflege, die Informationspolitik der Einrichtung, die Möglichkeit zur autonomen Gestaltung sozialer Beziehungen und die Beteiligung an alltagsrelevanten Entscheidungen gefördert wird (vgl. exemplarisch Meyer et al. 2006).

Nach Murphy et al. (2006) stellt das Verständnis von Pflege in einer Einrichtung einen stärksten Einflussfaktor auf die Lebensqualität der Bewohner dar. Unter dem Pflegeverständnis verstehen die Autoren die Konzeption der Einrichtung, die Identifikation des Personals mit dieser und darin vor allem den Stellenwert der Bewohnerautonomie. Wird Bewohnerselbstbestimmung in allen Servicebereichen der Einrichtung realisiert, fühlen sich Bewohner ermächtigt und engagiert, während sich Bewohner in Einrichtungen, die den Organisationsroutinen den Vorrang geben, ohnmächtig und

unter ständigen Zwang gesetzt fühlen. Einrichtungen lassen sich voneinander unterscheiden im dem Maße, in dem sie dem Ansatz der Person-zentrierten Pflege folgen (ebenda) und ihre Angebote an ihren Prinzipien ausrichten

Einen starken Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung und Lebensqualität zeigen bereits Ergebnisse erster Studien aus den USA, deren Zielsetzung u.a. darin bestand, jene Aspekte des Alltagslebens zu bestimmen, die für ältere Heimbewohner von besonderer Relevanz waren. So zeigen u.a. Kane et al. (1990), dass die Möglichkeit die Einrichtung für kürzere Zeit zu verlassen, die selbstständige Führung telefonischer Gespräche, die Auswahl von Zimmermitbewohnern (bei Doppelzimmern), die Beteiligung an der Zusammenstellung von Aktivitätsangeboten, Selbstbestimmung bei Mahlzeiten und der Pflege, die Entscheidung über eigene Ausgaben sowie Bestimmung der Zeitpunkte des Aufstehens und zu Bett-Gehens zentrale Aspekte der alltagsbezogener Autonomie waren. Nach Kane (2001) lassen sich Einrichtungen im Hinblick darauf unterscheiden, wie stark sie Autonomie und individuelle Pflege praktizieren. Am Beispiel von Aktivierungsangeboten zeigen wiederum Jenull-Schiefer und Janig (2004), dass Bewohner von Pflegeeinrichtungen (Gruppen-)Angebote nur dann wahrnehmen, wenn diese an ihren individuellen Wünschen und Erwartungen ausgerichtet sind. Werden Angebote seitens der Einrichtungen wiederum nach den individuellen Erwartungen der Bewohner gestaltet, hat dies einen starken Einfluss auf deren Zufriedenheit.

Darüber hinaus wird erkennbar, dass Angehörige und Pflegekräfte bei der Nennung von Aspekten der Selbstbestimmung regelmäßig zu anderen Gewichtungen gelangen als Pflegeheimbewohner (u.a. Kane et al. 1990). Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung deuten jedoch darauf hin, dass die Frage nach der Integration von Pflegebedürftigen in Entscheidungsprozesse differenziert betrachtet werden muss. Dies betrifft insbesondere die Integration in Pflege- und Therapieentscheidungen. Hier zeigte eine Untersuchung mit ca. 2.350 Befragten aus der Schweiz, dass der Wunsch nach Selbstbestimmung im Zusammenhang mit Therapieentscheidungen unterschiedlich ausgeprägt ist, und zwar u.a. in Abhängigkeit vom Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und der gesundheitlichen Lebenssituation. Das Streben nach Selbstbestimmung kann folglich nicht auf alle Bereiche gleichermaßen übertragen werden; im Falle von Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit war er bspw. umso höher, je besser der allgemeine Gesundheitszustand der Befragten war (Cullati et al. 2011).

Eine hohe Relevanz im Kontext der Pflege kommt jedoch auch der Förderung von Selbständigkeit zu. Autarkie und wahrgenommene Kompetenz zur Selbstpflege, insbesondere bei Toilettengängen, bilden für Bewohner stationärer Einrichtungen einen wichtigen Bestandteil ihrer subjektiv erlebten Autonomie und wirken sich ebenfalls auf das Selbstbild aus. Dies bestätigen sowohl quantitative Erhebungen, die einen starken Zusammenhang zwischen den vorhandenen Ressourcen für Selbstpflege (z.B. erfasst mithilfe der Aktivitäten des Täglichen Lebens, vgl. Shippee et al. 2013, Degenholtz et al. 2006) und Lebensqualität aufzeigen, als auch qualitative Studien, die u.a. die Hindernisse der räumlichen Gestaltung bei der Realisierung der Selbstpflege hinweisen (Sacco-Peterson & Borell 2004).¹⁵

¹⁵ Vgl. hierzu auch das Zürcher Pflege-Qualitätsmodell, in dem angemessene Selbstpflegefähigkeit als eine von sechs pflegesensitiven Outcome-Kategorien empfohlen wird (Schmid-Büchi et al. 2008, S. 311 ff).

2.5 Kriterien und Indikatoren der Selbstbestimmung als Kennzeichen der Lebensqualität

2.5.1 Kriterien der Selbstbestimmung als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Kriterien	Art der Messung ¹⁶	Quelle(n) ¹⁷
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	Bewohner werden in ihrer funktionalen Gesundheit gefördert	*	Projekt „Care Keyes“, Pieper et al. 2008, S. 289
	Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) als Outcome	*	Projekt „Care Keyes“, Pieper et al. 2008, S. 289
	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) als Outcome	*	Projekt „Care Keyes“, Pieper et al. 2008, S. 289
	Kognitiver Status als Outcome (MMSE)	*****	Projekt „Care Keyes“, Pieper et al. 2008, S. 289
	Subjektive Einschätzung eigener Fortbewegungsmöglichkeit (bzw. Mobilität)	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 96
	Bewohner haben Kontrolle über ihre Symptome	Unklar	Magee et al. 2008, S. 84
	Bewohner können so (ordentlich) gekleidet sein, wie sie möchten	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 44 / Straker et al. 2007, S. 94
Soziale Beziehungen	Bewohner erhalten Unterstützung (durch Pflegekräfte, Ehrenamtliche oder Familienangehörige), wenn sie die Einrichtung verlassen wollen (z.B. nach Draußen, zum Besuch, zum Ausflug usw.)	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 57, Indikator 6.1, Frage

¹⁶ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

¹⁷ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

			73
	Bewohner können privaten Besuch empfangen. Bewohner entscheiden, wen sie sehen und wen sie nicht sehen oder empfangen möchten.	Unklar	HIQA 2008, S. 28 (Kriterium 20.3)
	Verantwortliches Fachpersonal sorgt dafür, dass Bewohner keine Restriktionen bei der selbstbestimmten Gestaltung von Besuchen erfahren (z.B. keine Einschränkungen von Besuchszeiten usw.)	Unklar	HIQA 2008, S. 28 (Kriterium 20.4)
	Soziale Kontakte und Beziehungen: Bewohner können den Kontakt zu Familie, Freunden oder anderen Bewohnern so pflegen, wie sie es möchten oder nicht, z.B. jederzeit Besuche machen zu können oder zu empfangen Kommentar: Das Kriterium wurde einer offene Frage entnommen, die sich zum einen auf die Selbstbestimmung bei der Gestaltung sozialer Beziehungen bezieht, zum anderen auf die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben; der hier aufgenommene inhaltliche Teil fokussiert auf Selbstbestimmung in der Ausübung sozialer Aktivitäten	**(***)	Oswald et al. 2014, S. 134, Fragebogen INSEL, Frage 6
Wohnen	Erreichbarkeit von Balkon / Terrasse / Garten ist gegeben	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 7
	Bewohner können sich überall in der Einrichtung aufhalten, wo sie möchten	*	ActiZ et al. 2007, S. 58, Indikator 6.2, Frage 62
	Bewohner können überall außerhalb der Einrichtung gehen	*	ActiZ et al. 2007, S. 58, Indikator 6.2, Frage 63
	Bewohner können sich innerhalb des eigenen Zimmers bewegen	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Bewohner können entscheiden, ob sie eigene Gegenstände in ihr Zimmer mitbringen wollen	*	Straker et al. 2007, S. 94 / Magee et al. 2008, S. 84
	Ausstattung, die die Selbstbestimmung der Bewohner unterstützt, ist vorhanden	Unklar	Magee et al. 2008, S. 84
	Bewohner können selbst entscheiden, wie der persönliche Wohnbereich möbliert ist (z.B. mit eigenen Möbeln bzw. Gegenständen)	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 56, Indikator 5.3, Frage

			57
	Bewohner haben Kontrolle über ihren persönlichen Wohnraum	Unklar	Magee et al. 2008, S. 84
	Bewohner haben das Recht, eigene persönliche Gegenstände in die Einrichtung mitzubringen	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.9)
Aktivitäten / Tagesgestaltung	Bewohner können selbst bestimmen, wann sie aufstehen bzw. die Zeiten des Aufstehens an ihren Gewohnheiten ausrichten	*	Wingenfeld et al. 2011 / Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 45 / Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Pflegekräfte entscheiden nicht, wann Bewohner aufstehen	*	Straker et al. 2007, S. 94
	Bewohner können selbst entscheiden, wann sie zu Bett gehen bzw. die Zeiten des Zubettgehens an ihren Gewohnheiten ausrichten	*	Wingenfeld et al. 2011 / Straker et al. 2007, S. 94 / Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Bewohner können ins Bett gehen und aufstehen, wann sie möchten	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 58, Indikator 6.2, Frage 12
	Bewohner können selber entscheiden, wie sie ihren Tag verbringen	*	ActiZ et al. 2007, S. 58, Indikator 6.2, Frage 61
	Bewohner können ihren Glauben ausleben (z.B. zum Gottesdienst gehen, persönlichen Werten Ausdruck verleihen, Dinge tun können, die einem persönlich sinnvoll erscheinen)	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 137, Fragebogen INSEL, Frage 9
	Bewohner können den Tag selbst planen	*	Projekt

			„Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 9
	Bewohner können über die Dinge im täglichen Leben selbst entscheiden, selbst bestimmen kann, was man tut oder lassen will, z.B. selbst zu bestimmen, wann man aufsteht und zu Bett geht, was man anzieht, welche Aktivitäten man unternimmt, wie man sein Zimmer gestaltet	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 138, Fragebogen INSEL, Frage 10
	Bewohner kommen so häufig hinaus, wie sie es wünschen	**	Wingenfeld et al. 2011
	Bewohner können wählen, was und wann sie machen bzw. unternehmen möchten, haben Kontrolle über ihr Alltagsleben und ihre Aktivitäten	*	Netten et al. 2010
	Bewohner haben die Möglichkeit, so viel für sich zu tun, wie sie möchten	*	Straker et al. 2007, S. 94
	Die Aktivitäten und die Tagesgestaltung sind flexibel und orientieren sich an den Erwartungen, Präferenzen, früheren Interessen und Kompetenzen der Bewohner (sind in einem Pflegeplan erfasst und jede drei Monate im Austausch mit dem Bewohner evaluiert)	Unklar	HIQA 2008, S. 26 (Kriterium 18.1)
Pflege	Bewohner können so (ordentlich) gepflegt sein, wie sie möchten	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 43
	Pflegekräfte machen das, was Bewohner möchten	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 56
	Bewohner erhalten Pflege dann, wenn sie sie erhalten möchten / Häufigkeit der Bestimmung der Zeiten und Tage, an denen Pflege erbracht wird	*	Jeon et al. 2012
	Bewohner haben Mitspracherecht bei der Bestimmung der Art der Pflege und/oder Behandlung, die sie erhalten	*	ActiZ et al. 2007, S. 30, Indikator 1.2, Frage 29
	Bewohner erhalten die Pflege in diesem Moment, wenn sie das möchten	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 34, Indikator 3.1, Frage 10
	Die durch Bewohner erhaltene Pflege entspricht dem, was Bewohner möchten	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 34, Indikator 3.1, Frage 11
	Bewohner haben Mitspracherecht bei der Bestimmung der Zeitpunkte der Pflege und/oder Behandlung	*	ActiZ et al. 2007, S. 30, Indikator

			1.2, Frage 30
	Einrichtung ist offen gegenüber den Wünschen des Bewohners / der Angehörigen	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 30, Indikator 1.2, Frage 39
	Pflegekräfte diskutieren häufig mit dem Bewohner darüber, was gemacht werden soll	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 30, Indikator 1.2, Frage 43
	Pflegekräfte beachten während der Pflege, ob der Bewohner ausgewählte Aktivitäten selber durchführen kann	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 23
	Bewohner erhalten im Alltag die Hilfe, die sie brauchen und haben möchten, z.B. bei der Körperpflege, bei Aufstehen und zu Bett gehen, beim Essen, beim Toilettengang oder bei der Handhabung von Hörgerät und Gehhilfe	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 131, Fragebogen INSEL, Frage 3
	Bewohner und/oder Angehörige werden in Pflegeentscheidungen eingebunden	*	Jeon et al. 2012
	Bewohner und/oder Angehörige werden in die Pflegeplanung eingebunden	*	Jeon et al. 2012
	Bewohner können entscheiden über den Grad der eigenen Unabhängigkeit	*	Jeon et al. 2012
	Pflegekräfte schreiben dem Bewohner nicht vor, wann er die Tür zu seinem Zimmer offen und wann er sie geschlossen halten soll	*	Straker et al. 2007, S. 94
	Bewohnern werden Gelegenheiten geboten, über ihre Wünsche an Pflege zu sprechen sowie einmal getroffene Absprachen in der Pflege, insbesondere Pflege am Lebensende, zu sprechen	Unklar	Magee et al. 2008, S. 84
	Pflegepraktiken spiegeln den Ansatz einer person(en)-zentrierten Pflege, fördern Individualität sowie Selbstpflegepotenziale integrieren den Bewohner als gleichwertigen Partner in die Pflege	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.1)
	Verantwortliche für das Pflegemanagement organisieren die Pflege in einer Weise, die die Kompetenzen der Bewohner zur Wahrnehmung personaler Autonomie und Wahlentscheidungen fördert. Fälle von Autonomieeinschränkungen werden dokumentiert und begleitet durch Suche nach Lösungsmöglichkeiten.	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.3)
Hauswirtschaftliche Versorgung	Das Zimmer des Bewohners und die Einrichtung sind so sauber, wie der Bewohner es möchte	*	Netten et al. 2010
Personal	Das Personal (betrifft alle Berufsgruppen) weiß, was Bewohner mögen oder was sie nicht mögen	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)

	Die Personalverantwortlichen organisieren die Pflege und Pflegeplanung so, dass Bewohner einen möglichst hohen Grad der Autonomie und Selbständigkeit haben. Bestehen Gründe, Selbstbestimmung und Selbständigkeit einzuschränken, werden diese in der Dokumentation vermerkt und erläutert.	*****	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.3)
	Individuelle Wünsche der Bewohner bezüglich der Art und Weise der persönlichen Ansprache werden respektiert	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.6)
	Alle Aktivitäten mit dem Bewohner sind am Schutz und Förderung von Selbstbestimmung ausgerichtet. Das Personal fördert aktiv individuelle Möglichkeiten zur Äußerung von Wünschen durch den Bewohner	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.7)
Essen & Trinken	Bewohner können ihre Mahlzeiten (Frühstück, Abendessen) zu Zeiten einnehmen, die ihren Gewohnheiten entsprechen / Bewohner bestimmen den Zeitpunkt der Mahlzeiteinnahme	*	Wingenfeld et al. 2011 / Netten et al. 2010
	Bewohner haben Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Mahlzeiten	*	ActiZ et al. 2007, S. 35, Indikator 3.2, Frage 76
	Bewohner können Gerichte erhalten, die sie gerne mögen	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 33
	Bewohner erhalten ausreichend Mahlzeiten	*	Netten et al. 2010
	Bewohner haben genügend Variation bzw. Abwechslung bei Mahlzeiten	*	Netten et al. 2010 (99)
	Bewohner erhalten bestimmte Mahlzeiten, die ihren kulturellen / religiösen Bedürfnissen entsprechen	*	Netten et al. 2010
	Bewohner können wählen, wann sie Mahlzeiten einnehmen	*	ActiZ et al. 2007, S. 35, Indikator 3.2, Frage 77
	Bewohner können entscheiden, wo sie ihr Essen einnehmen	*	ActiZ et al. 2007, S. 35, Indikator 3.2, Frage 78
	Bewohner können zur Mittagszeit zwischen verschiedenen Gerichten wählen	*	Wingenfeld et al. 2011
	Bewohner können entscheiden, ob sie essen können, was sie möchten, wann sie es möchten, ob sie in Gesellschaft oder allein essen, ob sie das bekommen, was sie gerne essen und trinken	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 132, Fragebogen INSEL, Frage 4
	Bei der Zusammenstellung der Mahlzeiten werden individuelle Wünsche (z.B. Diät) berücksichtigt	*	(99) (Magee et al. 2008, S. 83)
	Mahlzeiten werden nach individuellen Präferenzen der Bewohner gestaltet	*	Jeon et al. 2012
Bewohner werden mit Mahlzeiten versorgt, die den individuellen diätetischen Bedürfnissen und Präferenzen entsprechen	Unklar	HIQA 2008, S. 27	

			(Kriterium 19.1)
	Das Menü ermöglicht eine Auswahl zwischen verschiedenen Speisen zu jeder Mahlzeit. Auswahl besteht auch für Bewohner mit spezifischen diätetischen Bedürfnissen.	Unklar	HIQA 2008, S. 27 (Kriterium 19.2)
	Die religiösen und/oder kulturellen Präferenzen der Bewohner bezüglich der Mahlzeiten werden berücksichtigt; es werden bestimmte Mahlzeiten zu bestimmten Anlässen (Feiertage) angeboten.	Unklar	HIQA 2008, S. 27 (Kriterium 19.6)
	Die Zusammenstellung der Gerichte (Menü) wird in einer angemessenen Form und einem von allen Bewohnern und Besuchern erreichbaren Ort zur Verfügung gestellt, so dass sowohl Bewohner als auch Besucher wissen, welches Essensangebot an den jeweiligen Tagen gegeben ist.	Unklar	HIQA 2008, S. 28, Kriterium 19.7
	Eine unabhängige Einnahme von Speisen wird gefördert. Es wird während der Mahlzeiten genügend Personal zur Verfügung gestellt, um eine individuelle, zugewandte und den individuellen Wünschen entsprechende Unterstützung während der Mahlzeiteinnahme zu gewährleisten.	Unklar	HIQA 2008, S. 27 (Kriterium 19.8)
	Bewohner erhalten ihre Mahlzeiten, wenn es ihnen angenehm ist	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 39
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	Bewohner haben ausreichend Möglichkeiten (Wahl) zu Freizeitaktivitäten	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 95
	Bewohner hat nicht erfüllte Wünsche bezüglich spezifischer Angebote (Liste mit konkreten Vorschlägen)	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 103
	Bewohner können der Befriedigung ihrer religiösen Bedürfnisse nachgehen	*	Jeon et al. 2012
	Pflegekräfte lassen Bewohner in Ruhe, wenn sie sich an Angeboten nicht beteiligen wollen	*	(Straker et al. 2007, S. 94)
	Bewohner sind gut informiert über soziale Aktivitäten in ihrer Einrichtung	*	ActiZ et al. 2007, S. 57, Indikator 6.1, Frage 69
	Die Einrichtung bietet den Bewohnern die (Wahl-)Möglichkeit zur Beteiligung an gemeinschaftlichen und/oder individuellen Freizeitaktivitäten	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.5)
	Der Bewohner erhält Möglichkeiten zur sinnvollen Beschäftigung, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung, die den	Unklar	HIQA 2008, S. 26

	Bedürfnissen, Präferenzen und Kapazitäten des Bewohners entsprechen. Ein besonderer Wert ist auf Aktivitäten für Menschen mit Demenz zu legen.		(Kriterium 18.2)
	Die Einrichtung bietet den Bewohnern regelmäßige und aktualisierte Informationen über angebotene Freizeitaktivitäten an	Unklar	HIQA 2008, S. 26 (Kriterium 18.6)
Selbstbestimmung: übergreifende Fragen	Bewohner sind der Überzeugung, dass sie mit den Anforderungen des täglichen Lebens gut zurecht kommen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT Stationär, Frage 108
	Bewohner finden, dass sie die Dinge, die in ihrem Leben passieren, weitgehend selbst beeinflussen können	*	Projekt „Care Keyes“, Fragebogen CLINT Stationär, Frage 109
	Bewohner können in der Einrichtung Dinge verändern, die ihnen nicht gefallen (Beispiele: Badezeiten, Essen, Das Zimmer)	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Bewohner werden unterstützt, um ihre eigenen Entscheidungen treffen zu können / Bewohner erhalten Hilfe bei der Kontrolle über ihr eigenes Leben und um eine Wahl treffen zu können	Unklar	Magee et al. 2008, S. 84
	Bewohner haben Kontrolle über ihr Leben	Unklar	Magee et al. 2008, S. 84
	Die Einrichtung verfolgt einen Ansatz, der einen Wert auf Förderung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der Unabhängigkeit der Bewohner legt	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.2)
	Einrichtung bietet klare Wege der Kommunikation und Informationsvermittlung um Wahlentscheidungen der Bewohner zu unterstützen	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.4)
	Bewohner regeln ihre finanziellen Angelegenheiten so lange wie möglich selbst	Unklar	HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.8)
	Bewohner haben die Möglichkeit, ihr Leben nach gewohnten Regeln zu gestalten. Dies bezieht sich auf alle Versorgungsbereiche, z.B. die Morgen- und Abendpflege, Mahlzeiten usw.	Unklar	HIQA 2008, S. 26 (Kriterium 18.3)
	Die individuellen religiösen, sozialen und kulturellen Werte der Bewohner werden respektiert und in allen Bereichen der Einrichtung berücksichtigt	Unklar	HIQA 2008, S. 26 (Kriterium 18.4)

2.5.2 Indikatoren der Selbstbestimmung als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Indikatoren	Art der Messung ¹⁸	Quelle(n) ¹⁹
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	Erhalt oder Verbesserung der Mobilität²⁰		
	Indikator 1: Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen Beschreibung: Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Der Grad der Mobilität wird anhand des „Neuen Begutachtungsassessments“ (NBA) mit einer fünfstufigen Bewertungsskala dargestellt.	***** Geschultes Personal	Wingenfeld & Engels 2011, S. 45 + 77ff
	Indikator 2: Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen Beschreibung: Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Der Grad der Mobilität wird anhand des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Bewertungsskala dargestellt.	***** Geschultes Personal	Wingenfeld & Engels 2011, S. 46 + 77ff
	Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen		
	Indikator 1: Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder geringe kognitive Einbußen aufweisen Beschreibung: Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat. Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen („Selbstversorgung“) wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet.	***** Geschultes Personal	Wingenfeld & Engels 2011, S. 47 + 87ff
Indikator 2: Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen Beschreibung: Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat. Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet	***** Geschultes Personal	Wingenfeld & Engels 2011, S. 48 + 87ff	
Soziale Beziehungen	---		
Wohnen	---		
Aktivitäten / Tagesgestaltung	Indikator²¹: Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	***** Geschult	Wingenfeld & Engels

¹⁸ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

¹⁹ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

²⁰ Es sei darauf hingewiesen, dass sich dieser Indikator nur auf einen Ausschnitt der Selbstbestimmung, die Selbständigkeit, richtet.

g	<p>Beschreibung: Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit in diesem Bereich innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat. Die Selbständigkeit wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet (NBA Modul 6).</p>	es Personal	2011, S. 49 + 97ff
	<p>Indikator: Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht: Beurteilung der Tagesstrukturierung (=Gestaltung der Zeiten des Aufstehens und Zubettgehens, d.A.) als bedürfnisgerecht (Bewohnersicht) Beschreibung: Grad der Bedürfnisdeckung individuell positiver bewerteter Zeiten in den Bereichen Essenszeiten, Aufstehzeiten und Schlafenszeiten. Anteil der Antworten, die eine Bedürfnisdeckung angeben, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht. Kommentar: Innerhalb des Instrumentes für diesen Indikator beziehen sich zwei von vier Fragen auf die bedürfnisgerechte zeitbezogene Einnahmemöglichkeit des Frühstücks und des Abendessens (Fragen 3 und 4). Aus diesem Grund wird dieser Indikator ebenfalls in dem Bereich „Essen / Trinken“ vermerkt.</p>	*	Wingenfeld & Engels 2011, S. 64 + 184ff (Indikator 5.1)
	<p>Indikator: Bedürfnisgerechte Beschäftigung (Bewohner- und Angehörigensicht) Beschreibung: Grad der Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung (Ermöglichung von Spaziergängen). Anteil positiver Antworten an allen gültigen Antworten aus Sicht der Bewohner und der Angehörigen. Kommentar: Innerhalb des Instrumentes für diesen Indikator bezieht sich eine von zwei Fragen auf die Möglichkeit, hinauszukommen, d.h. das Gebäude zu verlassen, wenn der Bewohner es möchte (Frage 2). Aus diesem Grund wird dieser Indikator ebenfalls in dem Bereich „Zufriedenheit / Adäquatheit“ vermerkt.</p>	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 65 + 186ff (Indikator 5.2)
	<p>Indikator: Ausmaß, in dem Bewohner (und Angehörige) eine adäquate Unabhängigkeit / Autonomie wahrnehmen Beschreibung: Indikator basiert auf einem Index, der aus 4 Items besteht; Gesamtscore der 4 Items in Relation zu dem durchschnittlichen Score aller Einrichtungen Kommentar: Inhaltlich beziehen sich alle Fragen auf Selbstbestimmung bei der Tagesgestaltung und den Aktivitäten</p>	*	ActiZ et al. 2007, S. 58, Indikator 6.2
Pflege	<p>Indikator: Einsatz von Gurtfixierungen Beschreibung: Anteil der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden. Die kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen werden mit Hilfe der Module „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ aus dem „Neuen Begutachtungsassessments“ eingeschätzt.</p>	***** Angaben der Einrichtung (=Dokumentation) / Geschultes Personal	Wingenfeld & Engels 2011, S. 57 + 139ff
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass sie vom Personal ermutigt werden, sich selbst zu helfen Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie „gewöhnlich“ oder „immer“ vom Personal ermutigt werden, sich selbst zu helfen Nenner: Gesamtzahl der untersuchten BewohnerInnen</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch

²¹ Zu diesem Indikator muss angemerkt werden, dass er sich sowohl auf den Bereich der Lebensqualität „Aktivitäten / Tagesgestaltung“ als auch den Bereich „Soziale Beziehungen“ bezieht. In dem verwendeten Instrument beziehen sich vier von sechs Items auf die Erfassung der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und zwei von sechs Items auf die Erfassung der Selbständigkeit bei der Gestaltung sozialer Kontakte. Vor diesem Hintergrund wurde er dem Lebensbereiche „Aktivitäten“ zugeordnet.

	(Indikator der Lebensqualität Nr. 51) Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf Förderung der Selbständigkeit in der Pflege durch Selbstpflege		2010, S. 74 (angelehnt an Faulkner et al. 2006, MDS 2009)
	Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass das Personal ihnen Zeit lässt, um Aktivitäten selbständig durchzuführen Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass das Personal ihnen "gewöhnlich" oder "immer" Zeit lässt, Aktivitäten selbständig durchzuführen Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 52) Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf Förderung der Selbständigkeit in der Pflege durch Selbstpflege	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 75 (angelehnt an Faulkner et al. 2006)
	Indikator: Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, bei Entscheidungen über die Pflege und Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin beteiligt zu werden Beschreibung: Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" in Entscheidungen eingebunden zu sein Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde (Indikator der Lebensqualität Nr. 58) Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf Einbeziehung von Angehörigen/Freunden in die Pflege und Betreuung	***	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 81 (angelehnt an Faulkner et al. 2006, CARE Profiles: Item 2)
	Indikator: Ausmaß, in dem Bewohner (und Angehörige) eine Beteiligung an Pflegeentscheidungen sowie eine gute Beratung wahrnehmen Beschreibung: Indikator basiert auf einem Index, der aus 5 Items besteht; Gesamtscore der 5 Items in Relation zu dem durchschnittlichen Gesamtscore aller Einrichtungen Kommentar: Inhaltlich beziehen sich alle Fragen auf Selbstbestimmung in der Pflege und der Pflegeorganisation	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 30, Indikator 1.2
	Indikator: Ausmaß, in dem Angehörige (Betreuer) der Bewohner einen angemessenen Respekt gegenüber der Rechte der Bewohner im Hinblick auf Einschränkungen der Freiheit wahrnehmen Beschreibung: Indikator basiert auf zwei Items, die sich beide an Angehörige richten. Während sich die erste Frage darauf bezieht, ob Angehörige (Vertreter der Bewohner) über einen potenziellen Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen informiert wurden, geht die zweite Frage darauf ein, ob die Einstimmung des Angehörigen zum Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen vorgenommen wurde.	***	ActiZ et al. 2007, S. 53, Indikator 4.12
Hauswirtschaftliche Versorgung	---		
Personal	---		
Essen & Trinken	Indikator: Beurteilung der Qualität des Mahlzeiten- und Getränkeangebots (Bewohner-/Angehörigensicht) Beschreibung: Bewertung des Mahlzeiten- und Getränkeangebotes in Hinblick auf Geschmack von Speisen und Getränken, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur der Speisen. Zähler: Anzahl positiver Antworten, Nenner: Anzahl aller gültigen Antworten. Kommentar: Innerhalb des Instrumentes für diesen Indikator bezieht	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 63 + 174ff (Indikator 4.4)

	sich eine von vier Fragen auf die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Gerichten während der Mittagszeit (Frage 2). Die anderen drei Fragen können eher dem Merkmal „Zufriedenheit / Adäquatheit“ zugeordnet werden.		
	<p>Indikator: Beurteilung der Tagesstrukturierung (=Gestaltung der Zeiten für Frühstück und Abendessen, d.A.) als bedürfnisgerecht (Bewohnersicht)</p> <p>Beschreibung: Grad der Bedürfnisdeckung individuell positiver bewerteter Zeiten in den Bereichen Essenszeiten, Aufstehzeiten und Schlafenszeiten. Anteil der Antworten, die eine Bedürfnisdeckung angeben, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.</p> <p>Kommentar: Innerhalb des Instrumentes für diesen Indikator beziehen sich zwei von vier Fragen auf die bedürfnisgerechte zeitbezogene Einnahmemöglichkeit des Frühstücks und des Abendessens (Fragen 1 und 2). Aus diesem Grund wird dieser Indikator ebenfalls in dem Bereich „Aktivitäten“ vermerkt.</p>	*	Wingenfeld & Engels 2011, S. 64 + 184ff
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	---		
Selbstbestimmung: Übergreifende Fragen	<p>Indikator: Anteil der Vorschläge und Anregungen des Bewohnerbeirats, die von der Heimleitung umgesetzt wurden</p> <p>Beschreibung: Dieser Indikator beruht auf einer Sichtung und Analyse von Dokumenten des Bewohnerbeirats und einer Dokumentation von entsprechenden Entscheidungen der Heimleitung. Zähler: Zahl der Vorschläge des Bewohnerbeirats, die umgesetzt wurden. Nenner: Gesamtzahl der Änderungs- bzw. Verbesserungsvorschläge des Bewohnerbeirats (Indikator der Lebensqualität Nr. 33)</p>	**** (Erhebungsgart unklar)	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 56
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die den Eindruck haben, dass ihre eigenen Rechte anerkannt werden und man sich danach richtet: Anteil der BewohnerInnen, die den Eindruck haben, dass ihre eigenen Rechte anerkannt werden und man sich danach richtet</p> <p>Beschreibung: Zähler: Anteil der BewohnerInnen, die „gewöhnlich“ oder „immer“ den Eindruck haben, dass ihre Rechte anerkannt werden. Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 34)</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 34, S. 57 (angelehnt an NCHR & D Forum 2007)
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, deren kulturelle Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt werden</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, deren kulturelle Präferenzen „gewöhnlich“ oder „immer“ berücksichtigt werden; Nenner: Zahl der BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 67)</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator wurde zu den übergreifenden Aspekten gezählt, da er sich auf sämtliche Bereiche (religiöse, spirituelle, diätetische Bedürfnisse) bezieht</p>	*/***** (Mitarbeiter)	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 89
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen mit einem aktualisierten und mit ihren Präferenzen abgestimmten Pflegeplan für das Lebensende</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit einem aktualisierten und abgestimmten Pflegeplan für das Lebensende; Nenner: Zahl der BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 68)</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 90
	Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, ausreichend	*	Hoffmann

	<p>Kontrolle über ihren Alltag zu haben Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" ausreichend Kontrolle zu haben; Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 70) Kommentar: Dieser Indikator wurde zu den übergreifenden Aspekten gezählt, da es sich auf eine Vielzahl von Bereichen bezieht (z.B. Wach- und Schlafzyklen, Essen (Zeit und Ort), Körperpflege (Frequenz) und viele weitere Aspekte der Alltagsgestaltung.)</p>		<p>et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 91</p>
	<p>Indikator: Anteil der Nutzer von Einrichtungen / Diensten mit Kontrolle über das alltägliche Leben Beschreibung: Zähler: Zahl der Personen, die angeben, so viel Kontrolle über ihr Leben zu haben, wie sie möchten bzw. ein adäquates Ausmaß der Kontrolle über ihr Leben zu haben, Nenner: Gesamtzahl der Befragten BewohnerInnen Kommentar: Dieser Indikator wurde primär für Interessen nationaler Politik in Großbritannien entwickelt und wird auf nationaler und regionaler Ebene gebildet</p>	<p>*</p>	<p>Department of Health (2012), S. 11f</p>
	<p>Indikator: Ausmaß, in dem Bewohner (und Angehörige) eine gute Versorgung mit Informationen wahrnehmen Beschreibung: Indikator basiert auf einem Index, der aus 6 Items besteht; Gesamtscore der 6 Items in Relation zu dem durchschnittlichen Gesamtscore aller Einrichtungen Kommentar: Inhaltlich beziehen sich alle Fragen auf Versorgung mit Informationen zur Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung oder der Schaffung von Möglichkeiten, Beschwerden zu äußern</p>	<p>*</p>	<p>(ActiZ et al. 2007, S. 32, Indikator 2.2</p>
	<p>Indikator: Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht Beschreibung: Zähler: Anzahl der Beschwerden aus Sicht der Angehörigen, die als ausreichend bearbeitet eingestuft werden, Nenner: Anzahl aller gültigen Antworten zur Bewertung des letzten Beschwerdefalls. Kommentar: Der Indikator basiert auf einem einzigen Item bzw. einer Filterfrage, in der es um die Mitteilung der Angehörigen geht, ob Beschwerden an Mitarbeiter der Einrichtung weitergeleitet wurden, und falls ja, ob diese angemessen bearbeitet wurden. Dieser Indikator wurde dem Merkmal „Selbstbestimmung“ zugeordnet, da Beschwerden eine Möglichkeit bieten, individuelle Kriterien der Güte von Leistungen einer Einrichtung in Prozesse einfließen zu lassen. Als zunächst offen gelten kann, in welchem Ausmaß Kriterien der Angehörigen den Kriterien der Bewohner entsprechen. Zu überprüfen wäre darüber hinaus, in welchem Zusammenhang die Beschwerden, die an Mitarbeiter weitergeleitet werden, mit dem Beschwerdemanagement der Einrichtung zusammenhängen.</p>	<p>***</p>	<p>Wingenfeld & Engels 2011, S. 71 + 209ff (Indikator 5.8)</p>

3 Würde als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung

3.1 Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung

Das Konzept der Würde weist innerhalb der Diskussion um gute Pflege sowie pflegebezogene Lebensqualität eine lange Tradition auf. Trotz seiner Beliebtheit wird der Begriff jedoch auch

kontrovers diskutiert, sei es aufgrund seiner als vage bezeichneten inhaltlichen Bedeutung bzw. fehlenden Präzisierung (u.a. Agich 2007), oder seiner starken Konfundierung mit anderen Konzepten, insbesondere dem der Selbstbestimmung bzw. Autonomie (Macklin 2003).²² Widmet man sich der aktuellen theoretischen Diskussion um die Definition von Würde im Allgemeinen sowie im Kontext der Pflege, wird eine Begriffsvielfalt erkennbar, die gar noch zunimmt, wenn Ergebnisse empirischer Forschung einbezogen werden (u.a. Magee et al. 2008). Betrachtet man theoretische Ansätze zur Würde, so zeigt sich, dass Würde im Allgemeinen als Prädisposition (Ursache, Einflussfaktor), als Konsequenz (Folge, Ergebnis), als Wert bzw. moralisches Prinzip, als Merkmal des Verhaltens oder als subjektive Erfahrung definiert wird (Mattson & Clark 2011). In Abhängigkeit davon, in welchem disziplinspezifischen Zusammenhang Würde betrachtet wird, erfährt sie eine andere Akzentuierung. Während sie in der Pflegewissenschaft in der Vergangenheit als ein enges, häufig eindimensionales Konzept betrachtet wurde²³, sprechen Ergebnisse theoretischer Analysen und empirischer Forschung aktuell dafür, Würde als ein Kennzeichen mit mehreren Facetten bzw. Dimensionen zu deuten (u.a. Jacelon et al. 2004). Für ein Verständnis von Lebensqualität in der Pflege bedeutet dies, dass Würde durch mehrere Kriterien abgebildet werden muss.

Trotz der genannten theoretischen Schwächen hat Würde eine zentrale Bedeutung für pflegebedürftige Menschen. Sie bildet zudem eine wichtige Dimension in Modellen pflegebezogener Lebensqualität. In diesem Kontext wird sie am häufigsten als subjektive Erfahrung definiert. Eine intakte Würde Pflegebedürftiger spiegelt sich im Selbstwert und der Selbstachtung wieder. Dabei entsteht subjektive Würde aus einem dialektischen Verhältnis zwischen der auf das Selbst bezogenen Würde, die u.a. als Teil der personalen Identität verstanden werden kann, und der auf andere Menschen bezogenen Würde, in der sich das Verhalten der sozialen Umwelt spiegelt. In pflegewissenschaftlichen Diskursen wird Würde am häufigsten als Teil des Verhaltens definiert und anhand des Verhaltens der Pflegekräfte operationalisiert. In den aktuellen Instrumenten zur Messung von Lebensqualität gilt Würde in der Regel als Merkmal der sozialen Interaktion zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen, aber ebenso häufig als Merkmal der materiellen Wohnumwelt, wobei sie um weitere Facetten wie Privatheit und Individualität ergänzt wird. In der empirischen Forschung im Kontext der Pflege steht Würde am häufigsten in Verbindung mit Respekt, Privatheit, Selbstwert, Identität, Sinn für das Selbst, Freiheit von unnötigen Schmerzen, Autonomie sowie Selbstwertschätzung und –achtung.

3.2 Literaturlage zur Würde

Das Konzept der Würde stellt ein relevantes Merkmal der Lebensqualität im Kontext der (stationären) Pflege dar. Aus Sicht von George (1998) ist Würde keine „luxuriöse“, sondern eine **notwendige Voraussetzung von Lebensqualität** und unterscheidet die Qualität des Lebens von reiner Existenzsicherung bzw. Verwahrpflege. Nach Mattson und Clark (2011) lässt sich **subjektive**

²² Neben Macklin (2003) definiert auch Schalock (2004) Würde als ein Recht bzw. Anspruch zur Verwirklichung eigener Entscheidungen bzw. das Recht auf Selbstbestimmung. Ähnlich argumentiert das Grundgesetz, in dem Würde „als Sicherung der Autonomie des handelnden Subjektes“ verstanden wird (Klie 2005, S. 270) und weist somit – ähnlich wie im SGB XI – eine entscheidende Nähe zum Konzept der Autonomie bzw. Selbstbestimmung auf (vgl. hierzu auch die Kritik von Klie 2005 sowie die Diskussion um Autonomie und Würde bei Kruse (2005)).

²³ Als Beispiele lassen sich die Arbeiten von Haddock (1996) sowie Mairis (1994) nennen, in denen ein Verständnis von Würde als Verfügbarkeit über bestimmte Potenziale („capabilities“) vorherrscht, die wiederum eine starke Nähe zur Autonomie aufweisen (z.B. Kontrolle über das eigene Verhalten und die soziale und materielle Umwelt).

Würde generell als integrativer Teil des subjektiven Wohlbefindens betrachten; zentrale Outcomes sind dagegen **Selbstwert bzw. Selbstachtung**. Anderberg et al. (2007, S. 640) weisen auf der Basis einer Literatur- und Konzeptanalyse auf die Bedeutung des **Selbstrespekts** als Ergebnis der Wahrung von Würde hin, während Griffin-Heslin (2005, S. 255) die genannten Outcomes um das Gefühl des Empowerments, ein positives Selbstbild, wahrgenommene Wertigkeit der eigenen Person sowie Respekt gegenüber anderen Menschen ergänzt.

Ausgehend von dem Modell der „four qualities of life“ (= vier Arten der Lebensqualität, Veenhoven 2000) und der Diskussion um Würde im Kontext der Pflege, lassen sich mindestens vier Arten von Würde unterscheiden: a) Würde im Sinne „menschenswürdiger“ Lebensbedingungen, b) Würde im absoluten Sinne als übergeordneter Wert, c) Würde als inneres Merkmal bzw. Eigenschaft von Personen und d) Würde als subjektive Erfahrung des Einzelnen, sich „gewürdigt“ zu fühlen. Diese Begriffe finden sich auch im Diskurs zur Bedeutung von Würde in der pflegerischen Versorgung wieder. Dabei lässt sich hier zunächst zwischen **einem breiten und einem engen Begriff der Würde** unterscheiden. Während der weit gefasste Begriff den Anspruch erhebt, generalisierbar, d.h. kontext- und ggf. auch kulturübergreifend, zu sein, nehmen eng gefasste Begriffe i.d.R. Bezug zu einem bestimmten Kontext, z.B. dem der Pflege. Jacobson (2007) setzt den ersten Begriff mit **Menschenwürde** (= eine inhärente, dem Menschen innewohnende Qualität) gleich, während sie den zweiten als **soziale**, weil von sozialen Kriterien abhängige **Würde** bezeichnet. Eine ähnliche Trennung nimmt Nordenfelt (2004) vor: Er unterscheidet zwischen der **Würde als einem unabhängigen und einem abhängigen Wert**. Während sich der erste Begriff mit dem Verständnis von Menschenwürde gleichsetzen lässt, kann der zweite Begriff in zusätzliche Kategorien unterteilt werden. Da Menschenwürde als unantastbar gilt, wird sie häufig als **absoluter Wert** betrachtet bzw. als einer, der über anderen Werten steht. Für Lebensqualität in der Pflege sind beide Kategorien relevant. Dabei entspricht der absolute Würdebegriff der zweiten Kategorie der Lebensqualität nach Veenhoven (2000), während Würde als abhängiger Wert die drei anderen Kategorien umfasst.

Im Rahmen einer Konzeptanalyse mit dem Ziel, Gemeinsamkeiten in vorhandenen Ansätzen der Würde zu finden, unterscheiden Mattson und Clark (2011) vier verschiedene Würde-Begriffe. So lässt sich **Würde** zum einen **als metaphysische Begründung für Menschenrechte** nennen. Theoretische Ansätze, die mit diesem Begriff operieren, weisen eine lange Tradition auf und betrachten Würde als inneren Wert, über den Menschen alleine aufgrund ihrer Menschlichkeit verfügen. Das Verständnis von Menschenwürde dient zur Begründung einer grundlegenden Ethik gegenüber Pflegebedürftigen und dem Schutz ihrer Würde. In der (stationären) Pflege kann es somit nicht darum gehen, mehr oder weniger Würde „herzustellen“, sondern die Würde in ihrer Unantastbarkeit und Gänze zu wahren. In der wissenschaftlichen Literatur zur Lebensqualität in der Pflege findet sich jedoch bisher kein Ansatz zur Operationalisierung des Begriffes, so dass Menschenwürde allgemein betrachtet als Gebot der Nicht-Unterschreitung von Mindeststandards in zentralen Lebensbereichen der pflegebedürftigen Person betrachtet werden kann.

Neben dem Verständnis von Würde als Menschenrecht unterscheiden Mattson und Clark (2011) einen zweiten Begriff der **Würde**, der **als moralische Komponente des Verhaltens** bezeichnet wird. In diesem Verständnis kann Würde anderen Personen entgegengebracht werden in Formen, die sozial bedeutsam sind. Würdevolles Verhalten gilt demnach als soziale Konstruktion, die ein individuelles Selbst spiegelt, gleichzeitig aber auf reziproke Reaktionen eines Gegenübers angewiesen ist. Der an das Verhalten erwachsende moralische Anspruch speist sich aus kulturellen Verhaltensnormen sowie individuellen Ansprüchen an eine würdevolle Behandlung. Nach Jacelon et

al. (2004) lassen sich die meisten in der Pflegewissenschaft vorhandenen Würde-Begriffe diesem Verständnis von Würde zuordnen.

In der von Mattson und Clark (2011) vorgelegten Konzeptanalyse finden sich zwei weitere Begriffe von Würde, die Gemeinsamkeiten mit den o.g. Konzeptionen aufweisen, vor dem Hintergrund ihrer Relevanz für Lebensqualität jedoch einer gesonderten Betrachtung bedürfen. Einer der Begriffe bezieht sich auf **Würde als Perspektive des Gegenübers**. In diesem Verständnis gilt Würde als Merkmal von Personen, z.B. als Persönlichkeitseigenschaft oder Einstellung, die zum Respekt gegenüber anderen Menschen führt. Sie ist universalistisch und altruistisch zugleich und richtet sich gegen Ausgrenzung oder Diskriminierung. Aus dieser Perspektive ist Würde ein menschliches Potenzial und kann als Voraussetzung für Umsetzung von Menschenwürde gelten (Chochinov 2004). Aus der Perspektive des Modells der Lebensqualität nach Veenhoven (2000) spiegelt sich hier die dritte Kategorie der Lebensqualität wieder. Für die professionelle Pflege stellt sich die Frage, inwiefern diese Art der Würde erlernt werden kann bzw. ob sie als wichtige Kompetenz von Fachkräften in der Pflege betrachtet werden sollte. George (1998) weist in diesem Zusammenhang allerdings auf das schwierige Verhältnis zwischen der Würde als innerem Gefühl, Lebensqualität und Kontrolle hin. So leistet würdevolles Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen dann einen Beitrag zur Lebensqualität, wenn es auf freiwilliger Basis geschieht und von professionellen Pflegekräften als selbstverständliches Element der Pflegebeziehung aufgefasst wird. Das innere Würdegefühl der Pflegekräfte kann somit nicht „verordnet“ werden; als Beitrag zur Lebensqualität wird es besonders dort wirkungsvoll sein, wo es ein selbstverständlicher Teil der Pflegekultur einer Einrichtung ist. Dabei gilt zu beachten, dass hilfs- und pflegebedürftige Menschen sowohl gegenüber der Förderung als auch der Verletzung von Würde besonders empfänglich sind (Lawton 1982, zit. in George 1982, S. 50).

Als vierten Begriff nennen Mattson und Clark (2011, S. 309f) schließlich **Würde als subjektive Erfahrung**. Sie speist sich aus dem Erleben einer Person auf Grundlage der Integration verschiedener Facetten des menschlichen Daseins in ein physisches, soziales und psychologisches Selbst inklusive einer emotionalen und kognitiven Bewertung (Honneth 1992). Da Würde in diesem Verständnis allerdings immer das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen individueller Wahrnehmung und dem entgegengebrachten Verhalten ist, lässt sie sich von den o.g. Begriffen allenfalls analytisch trennen. Im Alltag ist sie mit diesen jedoch – alleine aufgrund kollektiv geteilter Werte – untrennbar verbunden. Diese Art der Würde entspricht dem Begriff der subjektiv erfahrenen Lebensqualität (vierte Kategorie nach Veenhoven 2000) und kann anhand der Befragung von Pflegebedürftigen ermittelt werden.

Die von Mattson und Clark (2011) vorgelegte Unterteilung in die vier Würde-Begriffe findet sich in ähnlicher Form bereits bei Jacelon et al. (2004) wieder, die mithilfe einer theoretischen Konzeptanalyse pflegewissenschaftlicher Ansätze sowie mithilfe von Fokusgruppen (mit Personen im Alter von 65 Jahren und älter) der Definition von Würde im Kontext der Pflege nachgehen. Die Ergebnisse der Analyse weisen auf eine besondere Verortung und/oder Akzentuierung der verschiedenen Verständnisse von Würde in der Pflege hin. Bedienen sich pflegewissenschaftliche Ansätze bspw. des **philosophischen Verständnisses von Menschenwürde**, so verorten sie es häufig im Zusammenhang mit der Pflege Sterbender bzw. der Pflege von Menschen mit Demenz (Jacobs 2001, Tranvag et al. 2013). Auch der Begriff der **Würde als Attribut des Selbst** ist in pflegewissenschaftlichen Ansätzen verankert. Pflegebedürftige nehmen ihn als Selbstrespekt wahr, erleben ihn aber auch als Element des Selbst-Konzeptes bzw. als normative Seite der Individualität.

Nach Chochinov et al. (2002) weist dieses Würde-Verständnis Überschneidungen mit Begriffen der Selbstwertschätzung, Hoffnung und Lebensqualität auf, unterscheidet sich von diesen jedoch darin, dass es eine externe, auf Verhalten anderer bezogene Komponente enthält. Dieses Verständnis von Würde, d.h. als (moralisches) **Element des Verhaltens**, ist in pflegewissenschaftlichen Diskursen am häufigsten vorhanden (Jacelon et al. 2004). Grundsätzlich umfasst diese Art der Würde jedoch immer die Verhaltensweisen zweier Akteure: des Pflegebedürftigen und des professionellen Gegenübers. Die auf das Selbst bezogene Würde, z.B. Selbstrespekt, kann nur in der Relation zum „würdevollen“ Verhalten des Gegenübers gedacht und konzipiert werden, muss aber gleichzeitig auch aktiv hergestellt werden. Hier schlägt Mairis (1994) vier Aspekte vor, für die Menschen, d.h. auch Pflegebedürftige, bei der Aufrechterhaltung ihrer eigenen Würde zum gewissen Grad selbst verantwortlich sind: a) Aufrechterhaltung des Selbst-Respekts, b) Aufrechterhaltung des Selbstwertes bzw. der Selbstwertschätzung und c) Festhalten bzw. Orientierung an individuellen Standards. Im Rahmen einer weiteren Konzeptanalyse pflegewissenschaftlicher Ansätze ergänzt Griffin-Heslin (2005) die drei Kategorien um Kennzeichen, die geeignet sind, das Vorhandensein von Würde durch Selbstauskunft zu erheben. Hierzu gehören: Respekt, Autonomie, Empowerment und Kommunikation.

Dem Begriff der Würde im Kontext der Pflege widmeten sich in den letzten Jahren ebenfalls mehrere umfangreiche Literaturanalysen.²⁴ Eine der Analysen wurde im Rahmen des EU-Projektes „Dignity and Older Europeans“ (DOE)²⁵ durchgeführt. Hier entstand auch ein Modell der Würde, das gewisse Unterschiede zu den o.g. Kategorisierungen aufweist (Nordenfelt 2004)²⁶. Würde kann demnach in vier Kategorien unterteilt werden: Menschenwürde, Würde als Leistung oder Verdienst, Würde als moralische Gestalt und Würde als personale Identität. Während Menschenwürde nach Nordenfelt (2004) ein intrinsischer und unabhängiger Wert ist, gelten die drei anderen Kategorien als abhängige Werte. **Würde als Leistung** ist mit einer formellen (statusabhängigen) und/oder informellen Ehre (z.B. Weisheit) verbunden und steht im Zusammenhang mit einem gewissen, nicht notwendigerweise klar definierten Recht auf würdevolle Behandlung (ebenda, S. 72f). **Würde als moralische Gestalt** umfasst wiederum die individuelle moralische (Teil-)Identität des Menschen, d.h. Werte und Normen, die sich im Verhalten spiegeln, durch Selbstrespekt sowie Respekt gegenüber anderen Personen zum Ausdruck gebracht werden und im Gegenzug von anderen (an)erkannt werden (ebenda S. 73). Im Sinne einer **personalen Identität** bezieht sich Würde dagegen auf die Integrität als Person, auf den Anspruch auf Individualität und Autonomie, begründet durch eine einmalige Vergangenheit und Zukunft. Sie stützt sich nicht notwendigerweise auf moralische Prinzipien, sondern basiert auf einer subjektiv wahrgenommenen Wertigkeit als Person und kann erschüttert werden, z.B. durch physische und psychische Gewalt, verbunden mit negativen Folgen für die psychische Gesundheit (vgl. auch Haslam 2006 und Lloyd et al. 2014).

Eine weitere, von Gallagher et al. (2008) durchgeführte Literatanalyse, ist einer kritischen Betrachtung vorhandener Konzepte und empirischer Untersuchungen gewidmet u.a. mit dem Ziel einer Annäherung an Operationalisierungen des Konstruktes für die Pflege. Die Autoren tragen eine

²⁴ Zur Betrachtung von Würde im Kontext der Pflege liegen weitere Literaturanalysen vor. Eine Arbeit, die in diesem Zusammenhang erwähnt werden sollte, ist die von Magee et al. (2008) im Auftrag der Organisation Help The Aged durchgeführte Literatanalyse. Die Autoren tragen hier eine Vielzahl von Ergebnissen zusammen (auch Kriterien der Würde), orientieren sich aber an einem sehr breiten Verständnis von Würde, das andere Merkmale von Qualität der Pflege und Lebensqualität, u.a. Autonomie, inkludiert.

²⁵ Weitere Informationen unter www.cardiff.ac.uk/socsci/dignity/europe/ [31.12.2014].

²⁶ Vgl. dazu auch den kritischen Aufsatz von Wainwright & Gallagher (2008).

Reihe verschiedener Befunde zusammen und zeigen auf, dass Würde im heutigen Verständnis weniger als moralisches Prinzip, sondern als **moralische Erfahrung** verstanden wird, die mit einem dialektischen Verhältnis zwischen der zum Ausdruck gebrachten und der empfangenen Würde zusammenhängt (vgl. auch Seedhouse & Gallagher 2002). Zwecks Operationalisierung von Würde schlagen die Autoren vor, den Begriff der **subjektiven Würde** (im Gegensatz zur sog. objektiven Würde als Menschenrecht) in den Mittelpunkt zu stellen, auch wenn der erstgenannte Begriff nicht gänzlich ausgeschlossen werden sollte (Gallagher 2004).

Von diesem Vorschlag ausgehend, entwickelt Clark (2010) ein mehrdimensionales Modell, das den Bedürfnissen der Pflegepraxis im besonderen Maße entspricht.²⁷ Die Autorin schlägt vor, Würde zum einen als (objektives) Recht, zum anderen als subjektive Kategorie vorzusehen (vgl. Gallagher 2004, Schallock 2004). Das **Recht auf Würde** erhält dann eine besondere Bedeutung, wenn Menschen über Kompetenzen zur subjektiven Wahrnehmung der Würde nicht (mehr) verfügen. In diesem Fall wird die Wahrung der Würde zur alleinigen Aufgabe der Pflege, wobei Pflegekräfte sich dabei an kollektiven, intersubjektiven Normen orientieren sollten, vor allem dann, wenn subjektive Kriterien nicht bekannt sind (ähnlich auch Pullmann 1999 und Volicer 1997). **Subjektive Würde** bezieht sich dagegen auf individuelle Erfahrung und kann grundsätzlich in zwei Dimensionen: die **auf das Selbst bezogene Würde** (= wie eine Person ihre eigene Würde, auch durch Behandlung durch andere Menschen, wahrnimmt) und die **auf andere Menschen bezogene Würde** (= wie andere Menschen die Würde des Betrachters fördern oder einschränken), unterteilt werden. Die **auf das Selbst bezogene Würde** umfasst dabei neun Facetten: a) sich als Person (nicht Objekt) fühlen, b) sich als *ganze* Person fühlen, c) sich als Individuum fühlen, d) ein Gefühl der Gleichheit (= Gleichwertigkeit) haben, e) sich zugehörig fühlen, f) ein Gefühl der Autonomie und Kontrolle haben, g) sich kompetent fühlen und von anderen Menschen so gesehen werden, h) sich nicht als dumm, in Verlegenheit gebracht oder herabgesetzt fühlen, i) einen angemessenen physischen, emotionalen und spirituellen Komfort haben. Die **auf andere Menschen bezogene Würde** besteht aus ähnlichen Facetten, verortet diese aber im Verhalten des Gegenübers: a) von anderen als Person (nicht als Objekt) betrachtet werden, b) von anderen als *ganze* Person gesehen werden, c) von anderen als Individuum betrachtet werden, d) von anderen als gleich(wertig) behandelt werden, e) von anderen als zugehörig betrachtet werden, f) von anderen als autonom und selbstgeleitet getrachtet werden, g) von anderen als kompetent angesehen und bestätigt werden, h) von anderen nicht als dumm angesehen, herabgesetzt oder in Verlegenheit gebracht werden, i) von anderen im Zustand eines angemessenen physischen, emotionalen und spirituellen Komforts unterstützt werden. Neben den beiden Dimensionen lassen sich nach Clark (2010) **subjektive und intersubjektive Bewertungskriterien der Würde** unterscheiden. Während sich subjektive Kriterien i.d.R. auf individuelle Präferenzen stützen und bei der auf das Selbst bezogenen Würde wirksam werden, greifen intersubjektive Kriterien (z.B. soziale und kulturelle Normen) eher dann, wenn es um die Rolle anderer Menschen als Unterstützer der Würde (auch Menschenwürde) geht.

Zusätzlich zu ihrem Modell führt die Autorin verschiedene **Niveaus der Aufrechterhaltung bzw. des Verlustes von Würde** ein. Dabei orientiert sie sich an einem von Shotton und Seedhouse (1998) vorgeschlagenen Ansatz, in dem sich auf einem Kontinuum zwischen Würdeerhalt und Würdeverlust insgesamt vier Stufen abbilden lassen: das Niveau der intakten Würde, das Niveau der geringfügig

²⁷ Clark (2010) übt dabei besondere Kritik an den bisherigen Modellen, die ihre empirische Fundierung und/oder Ableitung fast ausschließlich auf Aussagen von Menschen erfahren haben, die sich (noch) artikulieren konnten. Durch den Rückgriff auf Forschung mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen erweitert die Autorin ihr Modell um Aspekte, die bisher vernachlässigt wurden.

verletzten Würde, das Niveau der erheblich verletzten Würde sowie das Niveau der zerstörten Würde. Clark (2010) geht davon aus, dass Würde einen direkten Effekt auf emotionales Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl hat. Je höher das erreichte Niveau der Würde, umso positiver das emotionale Wohlbefinden und stärker das Selbstwertgefühl; je stärker die Würde verletzt wird, umso größer der negative Effekt auf emotionales Wohlbefinden und umso nachhaltiger der Verlust des Selbstwertgefühls.

Aktuelle Studien konnten zeigen, dass der Verlust von Würde einen starken und nachhaltig negativen Effekt auf Lebensqualität hat. Vor allem jene Verletzungen, die Würde als personale Identität tangieren (vgl. Honneth 1992, Haddock 1996, Calnan et al. 2006), haben einen direkten Effekt auf emotionales Wohlbefinden und äußern sich im Erleben von Wut, Angst, Demütigung und Scham (Franklin et al. 2006). Als besonders entwürdigend wird von pflegebedürftigen Personen vor allem fehlende bzw. unzuverlässige Unterstützung bei Inkontinenz betrachtet (Buckley et al. 2007). Verletzungen der Würde haben darüber hinaus einen direkten Einfluss auf den Selbstwert, der zwar im Zusammenhang mit emotionalem Wohlbefinden steht, mit diesem jedoch nicht gleichgesetzt werden darf (Lyubomirsky et al. 2006). Ein hoher und stabiler Selbstwert gilt als gutes Kennzeichen würdevoller Pflege, während der Verlust des Selbstwertgefühls das Ergebnis einer die Würde nicht unterstützenden bzw. missachtenden Pflege ist. Nachhaltige Verletzungen der Würde und des Selbstwertgefühls führen auf lange Sicht zur depressiven Erkrankungen (Smith & Petty 1996), tangieren somit auch die psychische Gesundheit.

Um „entwürdigende Pflege“ erfassen zu können, entstanden verschiedene Ansätze zur Operationalisierung von Würdeverletzungen. Ein Beispiel stellt die von Mann (1998) entwickelte Taxonomie für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung dar. Sie umfasst folgende Faktoren:

- a) **Nicht-Beachtung, Ignoranz** – diese Art der Verletzung entsteht dann, wenn Pflegebedürftige nicht beachtet bzw. trotz ihrer Anwesenheit ignoriert werden.
- b) **Betrachtung ausschließlich als Mitglied einer Gruppe, nicht als Individuum** – diese Verletzung entsteht dann, wenn Bewohner nur anhand von Stereotypen wahrgenommen werden und ihnen eine individuelle Persönlichkeit und Identität abgesprochen werden. In starker Ausprägung führt diese Verletzung zur ganzheitlichen Abwertung der Person.
- c) **Missachtung der Privatsphäre** – diese Art der Verletzung resultiert aus Nichtbeachtung von Nähe und Distanz oder Missachtung der Intimsphäre (vgl. dazu auch Behr et al. 2013).
- d) **Beschämung, Demütigung, Erniedrigung** – diese Arten der Verletzung können verschiedene Ursachen haben, u.a. mit o.g. Verletzungen assoziiert sein. Weitere Beispiele sind gezielte Isolation, Bloßstellung oder psychische und/oder physische Gewalt.

Betrachtet man aktuelle Operationalisierungen von Würde im Kontext der Erfassung pflegebezogener Lebensqualität, so zeigt sich, dass dieses Konzept vor allem als Merkmal der Kommunikation bzw. der Beziehung zwischen Fachpflegekräften und Pflegebedürftigen mit einem starken Akzent auf **Wertschätzung** der Person, Stärkung des **Selbstwertes**, Vermittlung von **Respekt** und Vermeidung wahrgenommener **Hilfslosigkeit und Abhängigkeit** sowie als Beitrag zur **Wahrung personalen Identität und Individualität** definiert wurde. In dem Modell der Social-Care-Related Quality of Life (SCRQoL) (Forder et al. 2007, Netten et al. 2010) stellt Würde eine von acht Dimensionen der Lebensqualität dar und bezieht sich auf den Einfluss aller Pflege- und Unterstützungsleistungen auf die persönliche Wertschätzung durch den Pflegebedürftigen. In dem in den Niederlanden entwickelten Quality-Care-Indexes[®] Long-Term Care and/or Complex Care wird

Würde hauptsächlich als Merkmal der Kommunikation bzw. des Verhaltens der Pflegekräfte den Bewohnern gegenüber definiert und umfasst Aspekte wie Respekt, Höflichkeit und Aufmerksamkeit. In der Forschergruppe um Kane et al. (Kane et al. 2003, Kane et al. 2004a und 2004b) wird Würde ebenfalls als Aspekt der Kommunikation und des Verhaltens der Pflegekräfte definiert, das entwickelte Modell der Lebensqualität umfasst aber zusätzlich **Individualität und Privatheit**. Auch George (1998) plädiert dafür, Würde im Kontext von Lebensqualität als eine **Eigenschaft der sozialen Interaktion** zu betrachten (ebenda S. 44f), und zwar unter besonderer Beachtung der Dialektik sozialer Beziehungen. Individuell-subjektiv ist sie als Wertschätzung erfahrbar; gleichzeitig erfordert sie auf beiden Seiten ein inneres Würdegefühl, eine Art Selbst-Würde, die einen fundamentalen Aspekt der Lebensqualität bildet. Aus Sicht der Lebensqualität hat Würde somit ebenfalls zwei Seiten hat: eine selbstbezogene, die als Selbst-Würde bezeichnet werden kann, und eine fremdbezogene, die als von außen gewährte bzw. verliehene Würde umschrieben werden kann.

Im Rahmen ihrer theoretischen Ausführungen zur Würde und Lebensqualität weist George (1998) auf einen besonderen Aspekt hin, der als Voraussetzung eines positiven Erlebens von Würde im Kontext der stationären Pflege gilt: die Notwendigkeit der **Akzeptanz eigener Pflegebedürftigkeit** durch den Bewohner. Selbst- und Fremd-Würde können nur realisiert werden, wenn Pflegebedürftige trotz ihrer „unvollständigen Autonomie“ einen akzeptierenden Umgang mit ihrer Situation finden. Die Verweigerung dieser Akzeptanz wäre ein Hindernis für die Realisierung der dialektischen Würde in der Beziehung zu Pflegekräften. Empirische Forschung konnte diese Voraussetzung von Lebensqualität bestätigen. Im Rahmen einer Metaanalyse von 31 qualitativen Studien zu Aspekten der Lebensqualität in stationären Einrichtungen bildete die Akzeptanz und Anpassung an die aktuelle Situation eine von insgesamt vier zentralen Kategorien, die von Bewohnern genannt wurden (Bradshaw et al. 2012). Eine weitere Bestätigung für die Relevanz dieses Aspektes zeigt sich in den von Calnan et al. (2006) durchgeführten Fokusgruppen.²⁸

3.3 Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?

Die Ergebnisse empirischer Untersuchungen unterstreichen die Erkenntnis, dass es bei der Messung von Würde als Merkmal der Lebensqualität eines breiteren, mehrdimensionalen Begriffes bedarf. Dies unterstreicht im besonderen Maße die Literaturanalyse von Franklin et al. (2006), die jene Studienergebnisse zusammenstellt, in denen Facetten der Würde aus Sicht älterer Pflegeheimbewohner erfasst wurden. So konnte keiner der bisherigen theoretischen Einzelmodelle die zusammengetragenen Facetten der Würde vollständig abbilden. Auch Jacelon et al. (2004) empfehlen, Würde im Kontext der Pflege für ältere Menschen nicht nur unter einem, sondern unter allen o.g. Verständnissen zu definieren, d.h. als Menschenwürde, als Attribut des Selbst und als Element des Verhaltens. In offenen Befragungen älterer Menschen steht jedoch der behaviorale Aspekt von Würde am häufigsten im Vordergrund, insbesondere dann, wenn es um die Beschreibung des Verhaltens der Pflegekräfte geht. Da verhaltensbezogene Aspekte gut operationalisierbar sind, wäre es bei der Erhebung von Würde wichtig, diese keinesfalls zu ignorieren.

²⁸ Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen Analysen, die sich den Merkmalen der *(Be-)Wahrung von Würde* im Kontext der stationären Pflege befassen. Nach Anderberg et al. (2007, S. 639f) lässt sich die Wahrung der Würde anhand der Merkmale: individuelle Pflege, Kontrollerhalt durch Akzeptanz veränderter Kompetenzen, Respekt, Pflegenden als Anwälte der Pflegebedürftigen und einfühlsame Kommunikation.

Ausgehend von dem von Shotton und Seedhouse (1998) entwickelte Ansatz der Würdeniveaus, kann Würde nicht über ein bestimmtes Niveau, jenes der intakten Würde, gehoben werden.²⁹ Aus diesem Grund waren für die Erhebungen der Lebensqualität im Pflegekontext bisher jene Faktoren relevant, die Würde verletzen können. Dies bestätigen Erhebungen mit Pflegebedürftigen: nach ihrer Würde gefragt, fällt es Befragten einfacher, Faktoren zu benennen, die ihre Würde beeinträchtigen, als solche, die Würde gezielt fördern. Diese Betrachtung bezieht sich allerdings größtenteils nur auf Menschenwürde, d.h. auf absolute Würde. Es wäre somit zu prüfen, inwiefern andere Begriffe der Würde ähnlich zu fassen sind.

3.4 Beispiele aus der Forschung

Würde stellt aus Sicht älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen ein wichtiges Kennzeichen der Lebensqualität dar und hat eine besondere Bedeutung für den individuellen Selbstwert und subjektives Wohlbefinden. Dabei nehmen ältere Befragte häufig eine Trennung zwischen der **Würde im Alter** und der **Würde im Kontext von Pflege** wahr. Ergebnisse aus Fokusgruppen, die aus dem Projekt „Dignity and Older Europeans“ stammen, weisen auf **Respekt und Anerkennung** (als auf das Selbst bezogene und auf andere bezogene Würde) sowie **Partizipation und Teilhabe** (z.B. verbunden mit Aspekten wie Autonomie, Gleichberechtigung, Wahl und Kontrolle) als zentrale Facetten von **Würde im Alter** hin (vgl. auch Magee et al. 2008). **Würde in der Pflege** wurde von den (pflegebedürftigen als auch nicht pflegebedürftigen) Befragten u.a. mit der Vermeidung unnötiger Abhängigkeit, einem Zugang zu Informationen, positiven Einstellungen der Pflegekräfte gegenüber Älteren (z.B. keine Vorurteile), Wahrung von Würde im Sterben sowie dem Nicht-Ausgeliefert-Sein gegenüber patronisierenden Interaktions- und Kommunikationsstilen, Demütigungen und Verletzungen der Privatheit assoziiert (Bayer et al. 2005, Tadd 2004). In einer Untersuchung von Murphy et al. (2006) zeigte sich, dass Bewohner von Altenheimen Würde stärker unter psychologischen und sozialen Aspekten betrachten (z.B. Privatsphäre für sozialen Kontakte, Klopfen an der Tür, bevor der Zimmer betreten wird), während Pflegekräfte unter Privatheit eher die körperliche Seite des Konstruktes wahrgenommen haben. **Risiken bzw. Schutzfaktoren für die Wahrung der Würde** werden von vielen Menschen bereits im Prozess des Alterns selbst, aber auch in der eigenen Person, gesehen. Im Rahmen einer in Schweden durchgeführten Studie nannten Bewohner von Pflegeeinrichtungen drei Aspekte, die sie mit Würde assoziierten: a) der unsichtbare Körper, b) Gebrechlichkeit und Abhängigkeit sowie c) innere Stärke und Gefühl der Kohärenz (Franklin et al. 2006).

Widmet man sich den Definitionen von Würde aus Sicht pflegebedürftiger Menschen und/oder Bewohner von Pflegeeinrichtungen, wird – ähnlich, wie in der theoretischen Diskussion – eine Vielfalt verschiedener Verständnisse von Würde sichtbar. In den von Jacelon et al. (2004) durchgeführten Fokusgruppen waren z.B. alle der o.g. Begriffe von Würde präsent, im Vordergrund stand jedoch die **verhaltensbezogene Würde**, neben der **Wahrung persönlicher Identität und Individualität**, z.B. durch Vermeidung stereotyper Verhaltens- und Interaktionsstile (u.a. Lee et al. 2009). Sowohl die Ergebnisse des o.g. EU-Projektes als auch Untersuchungen von Seedhouse und Gallagher (Seedhouse & Gallagher 2002, Gallagher & Seedhouse 2002) weisen auf die zentrale Bedeutung des Verhaltens und der Einstellungen des Personals, aber auch die Pflegekultur und die Beschaffenheit der

²⁹ Nach diesem Verständnis besteht zwischen Würde und Lebensqualität ein ähnliches Verhältnis wie zwischen Gesundheit und Lebensqualität: Eine überragende Gesundheit führt nicht zu mehr Lebensqualität, während Gesundheitseinbußen die Lebensqualität stark mindern können.

materiellen Umwelt der Einrichtung hin. Beide o.g. Würdebegriffe, d.h. Würde als Bestandteil des Verhaltens und Würde als Wahrung personaler Identität, stechen auch in der von Bradshaw et al. (2012) durchgeführten Meta-Analyse qualitativer Studien hervor. So machen Pflegeheimbewohner Würde vor allem an den „Pflegethemen“ fest, u.a. einer adäquaten Unterstützung ohne Zeitdruck und Hektik, der Vermeidung des Gefühls von Abhängigkeit und Hilfslosigkeit, Vermittlung persönlicher Wertschätzung sowie Förderung des Selbstwerts und der (biografisch bedingten) Identität bzw. Individualität (ebenda, S. 436). Würde als persönliche Identität steht auch im Vordergrund der von Calnan et al. (2006) durchgeführten Fokusgruppen mit Menschen im Alter von 50 bis 90 Jahren in Großbritannien, in denen es um die subjektive Konstruktion von Würde ging. Zu den besonders hervorzuhebenden Aspekten der Würde im Kontext der Pflege zählen:

- **Würde als personale Identität und Integrität:** Selbst-Respekt, der dann zu einer Herausforderung wird, wenn Menschen äußerlich ungepflegt sind, respektlos behandelt und in ihrer Privatheit verletzt werden. Aber auch unnötiger Leid, mangelnde Kontrolle über Schmerzen und das Alleinsein im Sterbeprozess werden als entwürdigend erlebt.
- **Würde als Menschenrecht:** Gleiche Behandlung trotz Alter und/oder Pflegebedürftigkeit erfahren, über den Zeitpunkt des Sterbens selbst entscheiden können.

Bezüglich der stationären Pflege empfanden es viele Befragte als entwürdigend, wenn sie die Entscheidung hinsichtlich des Umzugs in ein Heim nicht selbst treffen konnten. Hier zeigte sich eine relevante **Beziehung zwischen Autonomie und Würde**.

Ein besonderer Blick auf Faktoren zur Förderung bzw. Wahrung der Würde bietet sich bei der Analyse der in Großbritannien durchgeführten Kampagne zum Thema Würde in der Pflege an (Department of Health 2009).³⁰ Die Ergebnisse eines durch das Department of Health im Jahr 2006 initiierten Surveys /Department of Health 2006 a, 2006 b)³¹ sowie die Erkenntnisse anderer Studien zusammenfassend, nennen Gallagher et al. (2008, S. 8ff) vier Bereiche, die mit Würde im Kontext von Pflege besonders stark assoziiert sind: die Pflegeumgebung bzw. Pflegeumwelt, Einstellungen und das Verhalten des Personals, die Pflegekultur der Einrichtung sowie spezifische Pflegeaktivitäten. Die **Pflegeumwelt** umfasst die physische Wohnumwelt bzw. räumliche Gestalt. Viele damit verbundene Aspekte beziehen sich auf die Privatsphäre, den Zugang zu sanitären Einrichtungen sowie Anregung und Lebenssinn (vermittelt u.a. aber auch durch Angebote der psychosozialen Betreuung, vgl. u.a. Murphy et al. 2006, S. 221). **Einstellungen und Verhalten des Personals** fokussieren auf Respekt, Toleranz, Geduld und (An-)Sprache. Diese Aspekte werden direkt in der Kommunikation bzw. Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und dem Personal wirksam. Als Merkmale des Personals gelten zudem Freundlichkeit, Empathie und die Behandlung als Individuum. Unter **Pflegekultur** verstehen die Autoren ein gemeinsames Werteverständnis, das in der Organisation, der Atmosphäre, der Berücksichtigung der Interessen(-vertretung) von Bewohnern und einer an therapeutischen Zielen und dem Wohlbefinden des Klienten ausgerichtet Pflege sichtbar ist. Der Bereich **spezifischer Pflegeaktivitäten** umfasst jene Aspekte der Würde, die sich einzelnen Pflegehandlungen, z.B.

³⁰ Vgl. dazu: <http://www.dignityincare.org.uk/> [10.01.2015]

³¹ Zu den 10 am häufigsten genannten Aspekten in einem offenen Survey zählten: 1) Klärung der Definition von Würde und Festlegung von Mindeststandards, 2) Schaffung von Beschwerdemöglichkeiten, 3) Behandlung als Individuum, 4) Achtung der Privatsphäre unter besonderer Beachtung räumlicher Gestaltung und des Schutzes privater Informationen, 5) Unterstützung bei der Essenseinnahme, 6) Erreichbarkeit sanitärer Einrichtungen, 7) Respektvolle Ansprache durch das Personal, 8) Respektvolles Erscheinungsbild (gepflegt sein, Sauberkeit des Zimmers und der Kleidung), 9) Anregung und Lebenssinn anstatt Isolation, Einsamkeit oder „erzwungene“ Aktivitäten, 10) Respektierte Vertretung der Interessen von Bewohnern.

Unterstützung beim Toilettengang, der Mahlzeiteinnahme oder Baden bzw. Duschen zuordnen lassen. Werden solche Aspekte genannt, beziehen sie sich auf konkrete Verletzungen der Würde, u.a. durch Verletzung von Privatheit und Intimität oder der Identität. Neben den o.g. Aspekten lassen sich auch inhaltliche Facetten von Würde nennen, die weniger häufig genannt wurden, die für die Pflegepraxis jedoch eine hohe Bedeutung haben können. So nannten die in den von Jacelon et al. (2004) durchgeführten Fokusgruppen Befragten die Anerkennung des Aktes des Gebens durch andere, so dass Menschen mit Pflegebedarf nicht nur als Nehmende, sondern auch als Gebende betrachtet wurden. Als Fazit können die zusammengefassten Ergebnisse des Social Care Institute for Excellence genannt werden. Demnach sind die zentralsten Elemente von Würde der Respekt durch andere, Privatheit, Selbstwert, Identität, Sinn für das Selbst und Selbstwertschätzung bzw. –achtung, Freiheit von unnötigen Schmerzen und Autonomie (www.scie.org.uk).³²

3.5 Kriterien und Indikatoren der Würde als Kennzeichen der Lebensqualität

3.5.1 Kriterien der Würde als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Kriterien	Art der Messung ³³	Quelle(n) ³⁴
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	Bewohner haben das Gefühl einer nachhaltigen Sauberkeit und eines erwünschten präsentablen Erscheinungsbildes	*	Netten et al. 2010
Soziale Beziehungen	Mitbewohner kennen den Bewohner als Person (Sie verstehen / würdigen die Besonderheit des Bewohners)	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) (Frage 30)
	Bewohner erfahren genügend Privatheit / Rückzugsmöglichkeiten, wenn sie Besuch haben	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern	**	Wingenfeld et al. 2011
	Bewohner werden von anderen nicht gestört, wenn sie ihre Ruhe haben	** (****)	Oswald et

³² Vollständige Quelle:

[www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/selectedresearch/whatdignitymeans.asp]; Vgl. dazu auch den Guide des SCIE: www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/index.asp [10.01.2015].

³³ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

³⁴ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

	wollen		al. 2014, S. 136, Fragebogen INSEL, Frage 8
Wohnen	Bewohner kann in der Wohnumgebung seine eigene Privatsphäre behalten, die von anderen Personen respektiert wird; Bewohner kann sich jederzeit zurückziehen; er hat genug Platz für seine persönlichen Dinge;	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 136, Fragebogen INSEL, Frage 8
	Bewohner finden immer einen Platz, wo sie alleine sein können, wenn sie es möchten	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Bewohner können privat (= alleine, geschützt) telefonieren	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Bewohner hat genügend Privatheit während der Toilettengänge	*	ActiZ et al. 2007, S. 56, Indikator 5.3, Frage 15
	Bewohner hat genug Platz zum Leben	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 56, Indikator 5.3, Frage 56
	Bewohner können sich an einen ruhigen Ort zurückziehen, wenn sie Besuch haben	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 56, Indikator 5.3, Frage 58
	Bewohner finden einen ruhigen Platz, wenn sie mit ihren Besuchern privat sprechen möchten	*	Straker et al. 2007, S. 96, Frage 39
Aktivitäten / Tagesgestaltung	Bewohner haben genug Zeit, um für sich selbst / allein zu sein	*	ActiZ et al. 2007, S. 56, Indikator 5.3, Frage 59
Pflege	Die Intimsphäre wird (seitens des Personals) beachtet	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 135, Fragebogen

			INSEL, Frage 7
	Pflegepersonal orientiert sich an individueller Pflege	*	Jeon et al. 2012
	Das (Pflege-)Personal geht mit Bewohnern während der Pflege behutsam um	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Pflegehelfer/-innen gehen während der (pflegerischen) Versorgung behutsam mit Bewohnern um	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 23
	Pflegehelfer/-innen behandeln Bewohner mit Respekt	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 24
	Pflegehelfer/-innen behandeln Bewohner als Personen	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 25
	Pflegekräfte sind freundlich zu den Bewohnern	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 53
Hauswirtschaftliche Versorgung	---		
Personal	Personal ist interessiert an Dingen, die Bewohner in ihrem Leben erreicht haben	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) (Frage 28)
	Personal kennt den Bewohner als Person (Personal versteht / würdigt die Besonderheit des Bewohners)	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) (Frage 29)
	Bewohner wird respektiert und als Person mit eigenen Bedürfnissen wahrgenommen; der Bewohner wird höflich und freundlich behandelt; Die Wünsche des Bewohners werden nicht übergangen	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 135, Fragebogen INSEL, Frage 7
	Personal lässt den Bewohner alleine, wenn er das möchte	*	ActiZ et al.

			2007, S. 56, Indikator 5.3, Frage 60
	Mitarbeiter klopfen an, bevor sie das Zimmer der Bewohner betreten;	**	Wingenfeld et al. 2011 / Magee et al. 2008, S. 83
	Mitarbeiter sorgen dafür, dass beim Waschen oder dem Toilettengang niemand zusehen kann	**	Wingenfeld et al. 2011
	Personal ist höflich und freundlich gegenüber Bewohnern	*	Jeon et al. 2012
	Personal behandelt Bewohner mit Respekt und Würde	*	Ryden et al. 2002, S. 240, Frage 3
	Personal spricht nicht in Anwesenheit der Bewohner in einer Weise, als ob Bewohner nicht anwesend wären	*	Ryden et al. 2002, S. 240, Frage 8
	Wenn Bewohner nach ihrer eigenen Gesundheit fragen, erhalten sie (angemessene) Antworten, die sie verstehen	*	Ryden et al. 2002, S. 240, Frage 13
	Personal, das für die Durchführung von Aktivitäten verantwortlich ist, behandelt Bewohner mit Respekt	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 8
	Personal, das für die Durchführung von Aktivitäten zuständig ist, behandelt Bewohner als Personen	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 9
	Leitendes (Verwaltungs-)Personal behandelt Bewohner mit Respekt	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 28
	Leitendes (Verwaltungs-)Personal behandelt Bewohner als Person	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 29
	Respektvoller Umgang mit Bewohnern (Bewohner-/Angehörigensicht): Ausmaß respektvoller Behandlung anhand der Kriterien (a) angemessene Anrede, (b) respektvolle Behandlung durch die Mitarbeiter, (c) Mitarbeiter hören zu, (d) keine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter	**	Wingenfeld et al. 2011
	Personal geht höflich mit Bewohnern um; Bewohner werden in der Einrichtung mit Respekt behandelt;	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Personal der Einrichtung respektiert den persönlichen Anstand der Bewohner: Personal beschränkt die Exposition des Körpers auf das Notwendigste	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Das Management /Angehörige des Managements reagieren angemessen bzw. korrekt auf Anfragen der Bewohner	*	ActiZ et al. 2007, S. 30,

			Indikator 1.2, Frage 40
	Bewohner werden vom Pflegepersonal höflich behandelt	**	ActiZ et al. 2007, S. 31, Indikator 2.1, Frage 41
	Pflegepersonal hört Bewohnern aufmerksam zu	*	ActiZ et al. 2007, S. 31, Indikator 2.1, Frage 45
	Pflegepersonal beantwortet Fragen der Bewohner gut / angemessen	*	ActiZ et al. 2007, S. 31, Indikator 2.1, Frage 46
	Personal hört dem zu, was Bewohner (zu) sagen (haben): Personal gibt Antworten, schaut den Bewohner an, während er spricht, folgt dem, was Bewohner möchte	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Personal erklärt dem Bewohner, was während der täglichen Pflege gemacht wird (z.B. Hilfe beim Bad, beim Kleiden und Entkleiden usw.)	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Personal der Einrichtung wartet auf Aufforderung, das Zimmer des Bewohners betreten zu können	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Personal zeigt Respekt dem Bewohner gegenüber und signalisiert Interesse, Verständnis und Aufrichtigkeit in der Kommunikation	*	Jeon et al. 2012
Essen & Trinken	Bewohner müssen auf ihr Essen / ihre Mahlzeiten nicht allzu lange warten	*	Jeon et al. 2012
	Bewohner werden während der Mahlzeiteinnahme höflich bedient	*	Jeon et al. 2012
	Es gibt keine Momente, während der Bewohner nicht genug zum Essen haben	*	Straker et al. 2007, S- 95, Frage 34
	Bewohnern wird genug Zeit zum Essen eingeräumt	Unklar	Magee et al. 2008, S. 83
	Bewohner haben genug Zeit für ihre Mahlzeiten	*	Projekt „Care

			Keyes“, CLINT stationär, Frage 41
	Bewohner werden diskret und einfühlsam beim Essen unterstützt	Unklar	Magee et al. 2008, S. 83
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	---		
Würde: Übergreifende Kriterien	Bewohner verfügen über genügend Privatheit	*	Ryden et al. 2002, S. 240, Frage 9
	Die Einrichtung nutzt Schilder mit der Aufforderung „Bitte nicht stören“	Unklar	Magee et al. 2008, S. 83

3.5.2 Indikatoren der Würde als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisationseinheiten	Indikatoren	Art der Messung ³⁵	Quelle(n) ³⁶
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	---		
Soziale Beziehungen	<p>Indikator: Privatheit (Bewohner-/Angehörigensicht) Beschreibung: Ausmaß der Möglichkeiten zur Wahrung der Privatheit anhand der Kriterien (a) Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen, (b) Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten, (c) Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern, (d) unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglichkeit. Anteil positiver Antworten zu den Möglichkeiten der Wahrung von Privatheit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht und aus Angehörigensicht. Kommentar: Innerhalb des Indexes für die Erstellung des Indikators bezieht sich eine von vier Fragen auf die Möglichkeit zur privaten Pflege sozialer Beziehungen (Frage 3). Aus diesem Grund wird dieser Indikator ebenfalls anderen Lebensqualitätsbereichen („Wohnen“ und „Personal“) zugeordnet. Einige Aspekte lassen sich zudem dem Merkmale „Sicherheit“ zuordnen.</p>	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 70 + 205ff
	Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass ihre Privatsphäre angemessen geschützt wird	*	Hoffmann et al. 2010,

³⁵ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

³⁶ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

	<p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass ihre Privatsphäre "gewöhnlich" oder "immer" geschützt wird; Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 63)</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf die erlebte Kontrolle über die Gestaltung sozialer Kontakte.</p>		Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 85
Wohnen	---		
Aktivitäten / Tagesgestaltung	---		
Pflege	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen (und ihrer Angehörigen) mit einer zugeordneten Hauptpflegekraft</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit einer zugeordneten Hauptpflegekraft Nenner: Zahl der BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 65)</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf die Umsetzung der Bezugspflege zwecks Förderung der Individualität</p>	*/*****	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 87 (angelehnt an Magee et al. 2008, Lind 2000)
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die im letzten Jahr professionelle Palliativpflege erhalten haben</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die professionelle Palliativpflege erhalten haben; Nenner: Zahl der BewohnerInnen Alternativ kann im Nenner auch die "Zahl der BewohnerInnen mit Bedarf an Palliativpflege" berechnet werden. (Indikator der Lebensqualität Nr. 66)</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt Hoffmann et al. 2010, PROGRESS, Handbuch 2010, S. 88
Hauswirtschaftliche Versorgung	---		
Personal	<p>Indikator: Respektvoller Umgang mit Bewohnern (Bewohner-/Angehörigensicht)</p> <p>Beschreibung: Ausmaß respektvoller Behandlung anhand der Kriterien (a) angemessene Anrede, (b) respektvolle Behandlung durch die Mitarbeiter, (c) Mitarbeiter hören zu, (d) keine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien respektvoller Behandlung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht und Angehörigensicht.</p>	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 69 + 200ff
	<p>Indikator: Privatheit (Bewohner-/Angehörigensicht)</p> <p>Beschreibung: Ausmaß der Möglichkeiten zur Wahrung der Privatheit anhand der Kriterien (a) Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen, (b) Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten, (c) Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern, (d) unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglichkeit. Anteil positiver Antworten zu den Möglichkeiten der Wahrung von Privatheit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht und aus Angehörigensicht.</p> <p>Kommentar: Innerhalb des Indexes zur Bildung des Indikators beziehen sich zwei von vier Fragen auf das Verhalten des Personals (Fragen 2 und 4). Aus diesem Grund wird dieser Indikator ebenfalls anderen Lebensqualitätsbereichen („Wohnen“ und „Soziale Beziehungen“)</p>	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 70 + 205ff

	zugeordnet.		
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass die sie betreuenden MitarbeiterInnen ihre Lebensgeschichte kennen</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen die angeben, dass die MitarbeiterInnen "gewöhnlich" oder "immer" ihre Lebensgeschichte kennen; Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 28)</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 51 (angelehnt an NCHRDF 2007)
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass die MitarbeiterInnen freundlich zu ihnen sind</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass die MitarbeiterInnen "gewöhnlich" oder "immer" freundlich sind Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 49)</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 72 (angelehnt an Faulkner et al. 2005, CARE profiles: item 3)
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass das Personal ihr persönliches Eigentum respektiert</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass das Personal ihr Eigentum "gewöhnlich" oder "immer" respektiert Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 53)</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 76 (angelehnt an Faulkner et al. 2006, CARE profiles: item 20)
	<p>Indikator: Ausmaß, in dem Bewohner (und Angehörige) eine gute Behandlung wahrnehmen</p> <p>Beschreibung: Indikator basiert auf einem Index, der aus 4 Items besteht; Gesamtscore der 4 Items in Relation zu dem durchschnittlichen Gesamtscore aller Einrichtungen</p> <p>Kommentar: Inhaltlich beziehen sich alle Fragen auf Kommunikation des Personals mit dem Bewohner</p>	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 31, Indikator 2.1
Essen & Trinken	---		
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, auf Wunsch mit den MitarbeiterInnen über Tod und Sterben sprechen zu können</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, auf Wunsch "gewöhnlich" oder "immer" mit den MitarbeiterInnen über Tod und Sterben sprechen zu können; Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 40)</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf psychosoziale Betreuung.</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 63 (angelehnt an NCHRDF 2007)
Würde: Übergreifende	<p>Indikator: Ausmaß, in dem Bewohner (und Angehörige) einen angemessenen Grad der Privatheit wahrnehmen</p>	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 56,

Fragen	<p>Beschreibung: Indikator basiert auf einem Index, der aus 6 Items besteht; Gesamtscore der 6 Items in Relation zu dem durchschnittlichen Gesamtscore aller Einrichtungen</p> <p>Kommentar: Inhaltlich beziehen sich 5 der 6 Fragen auf verschiedene Aspekte / Kriterien Würde, z.B. Privatheit bei der Durchführung telefonischer Gespräche, Privatheit bei empfangenen Besuchen usw.; 1 Item weist eine Nähe zur Selbstbestimmung / Autonomie auf (Frage 57).</p>		Indikator 5.3
--------	--	--	------------------

4 Soziale Teilhabe als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung

4.1 Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung

Soziale Beziehungen und Partizipation, soziale Aktivitäten und Rollen sowie Anerkennung, Zugehörigkeit und Unterstützung gehören aus der Perspektive der Forschung zu zentralen und gut erforschten Aspekten der Lebensqualität. Deren Relevanz zeigt sich daran, dass alle Messinstrumente der Lebensqualität – auch jene, die speziell für die stationäre Pflege konzipiert wurden – ausgewählte Kennzeichen sozialer Teilhabe beinhalten. Soziale Teilhabe ist auch aus Sicht von Pflegeheimbewohnern sehr bedeutsam und gehört in allen Untersuchungen – sei es quantitativ oder qualitativ ausgerichtet – zu den allerwichtigsten Bereichen der Lebensqualität. Unter dem **Begriff der sozialen Teilhabe** sollen in diesem Kapitel Kriterien der Lebensqualität zusammengetragen werden, die eine Befriedigung sozialer Bedürfnisse und Erfüllung sozialer Ziele und Anliegen implizieren. Der Begriff gilt im Rahmen dieser Beschreibung als Oberkategorie für alle jene Kennzeichen, die der sozialen Dimension der Lebensqualität zugeordnet werden und sich auf Aspekte wie soziale Integration, soziale Identität, Zugehörigkeit, Verbundenheit, Intimität, Anerkennung, Unterstützung und Status beziehen.

Aktuelle Definitionen sozialer Teilhabe sind in der Regel mehrdimensional und stellen in Abhängigkeit von der angenommenen Rolle der Bewohner – sei es als Empfänger sozialer Unterstützung oder als aktiver Akteur – unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund der Betrachtung. Während für einige Autoren das soziale Engagement der Bewohner innerhalb der Einrichtung bzw. die Anpassung an die neue Situation – verbunden mit Kompetenzen, die als Voraussetzungen einer selbstbestimmten Gestaltung sozialer Aktivitäten interpretiert werden können – zentrale Elemente sozialer Teilhabe bilden, betrachten andere Autoren die erlebte Sinnhaftigkeit des eigenen sozialen Lebens, die Wahrnehmung sozialer Entwicklungspotenziale, das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, die Akzeptanz bzw. Wertschätzung anderer Menschen sowie den Beitrag zur Gesellschaft als Kernelemente betrachteten Konstruktes. Befragungen von Altenheimbewohnern zeigen wiederum, dass sinnstiftende soziale Aktivitäten, das Gefühl der Verbundenheit mit der Einrichtung und den dort lebenden und tätigen Menschen sowie gute Beziehungen zu Familie und Freunden wichtige Bestandteile subjektiver Definition von Lebensqualität sind. Nutzerorientierte Forschung unterstreicht zudem die Relevanz weiterer Kriterien sozialer Teilhabe aus Sicht von Pflegeheimbewohnern. Hierzu gehört u.a. Reziprozität, Vertrauen sowie emotionale Unterstützung. Eine Vielzahl von Studien befasst sich zudem mit negativen Auswirkungen fehlender oder ungenügender sozialer Teilhabe. Als ein zentraler Begriff in diesem Zusammenhang gilt der Begriff der Einsamkeit, der eine emotionale und eine soziale Komponente hat. Nicht zuletzt stellt das Heim

aber auch einen sozialen Lebenskontext dar, der durch alle strukturellen Merkmale und Prozesse soziale Teilhabe beeinflussen kann.

4.2 Literaturlage zur sozialen Teilhabe

Aspekte der sozialen Teilhabe, sei es unter Betrachtung der **Eingebundenheit des Menschen in ein individuelles soziales Netzwerk** oder seiner **Integration in eine Gemeinschaft bzw. Gesellschaft**, bilden relevante Bestandteile aller bestehenden Ansätze der Lebensqualität. Mindestens eine Dimension, die auf soziale Beziehungen und Kontakte fokussiert, findet sich auch in Modellen der Lebensqualität wieder, die speziell für die stationäre Pflege konzipiert wurden. In Abhängigkeit davon, welchem theoretischen Verständnis das jeweilige Modell nahe steht und welchem Aspekt der sozialen Teilhabe eine besondere Relevanz bzw. Vulnerabilität zugeschrieben wird, geraten andere inhaltliche Kriterien in den Vordergrund der Betrachtung. So lassen sich die in der Forschung vorhandenen Definitionen sozialer Teilhabe zunächst danach unterscheiden, ob sie die **soziale Integration und Partizipation innerhalb der Einrichtung** stärker betonen, oder ob sie den Akzent auf **soziale Integration und Partizipation außerhalb der Einrichtung**, z.B. die **Kontinuität bisheriger sozialer Kontakte sowie die Einbindung ins Quartier**, legen. Diese Betonung der jeweiligen Perspektive hängt davon ab, ob der Gedanke der **Kontinuität** – auch im Sinne der Kontinuität sozialer Identität – oder der Gedanke der (Neu-)**Integration** – auch im Sinne der Anpassung an eine neue Situation und der Entwicklung einer neuen sozialen Identität – als prioritäres Ziel sozialer Teilhabe betrachtet wird. Während hohe Lebensqualität im ersten Fall von der möglichst unveränderten Fortführung bestehender sozialer Beziehungen, Aktivitäten und Rollen abhängig gemacht wird, hängt hohe Lebensqualität im zweiten Fall von der Integration nach Innen ab, d.h. der Herstellung neuer Kontakte, der Gestaltung von Beziehungen zum Einrichtungspersonal und der erfolgreichen Integration in ein neues soziales Umfeld. In Abhängigkeit von der relativen Bedeutung der beiden Foki fördern Pflegeeinrichtungen die soziale Teilhabe ihrer Bewohner mit einer unterschiedlichen Akzentuierung. Zum einen unterstützen sie die Kontinuität sozialer Netzwerke durch die Einbindung von Familienangehörigen und Freunden in die Pflege und das soziale Leben der Einrichtung, zum anderen fördern sie gezielt den Aufbau neuer Kontakte durch soziale Aktivitäten und Angebote. Gestaltungsgrenzen bestehen für Pflegeeinrichtungen dort, wo es um Veränderung gewachsener sozialer Netzwerke einer Person geht.³⁷ Eine größere Einflussnahme haben sie wiederum auf die Förderung sozialer Teilhabe vor Ort, z.B. durch aktive Förderung neuer Beziehungen, gezielte Beratung bei sozialen Konflikten, Einbindung von Bewohnern in eine ggf. neue Umgebung und schließlich Unterstützung bei der Anpassung an eine neue Lebenssituation.

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung ging Dragest (2004) der Frage nach, ob Kontinuität oder eher Integration eine notwendige Voraussetzung für Lebensqualität bildet und somit von Pflegeeinrichtungen prioritär gefördert werden sollte. Die Studienergebnisse zeigen, dass es diese Eindeutigkeit nicht gibt, da Bewohner durch Kontakte zu Pflegekräften und Mitbewohnern die entstandenen Verluste in sozialen Netzwerken teilweise kompensieren können. Ob Pflegeheime den Akzent bei der Förderung sozialer Beziehungen stärker auf Kontinuität oder aber auf Neuintegration legen: Für beide Arten der Bemühungen gilt, dass die *Förderung sozialer Teilhabe durch alle strukturellen Merkmale und Prozesse* einer Einrichtung tangiert wird. Lebensqualität aus der Perspektive sozialer Teilhabe darf somit nicht ausschließlich vor dem Hintergrund der Quantität und

³⁷ Auf diese Besonderheit weist Helgeson (2003) im Rahmen ihrer Analyse zum Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Lebensqualität hin.

Qualität *spezifischer* Angebote zur Förderung sozialer Aktivitäten im Heim definiert werden, sondern bedarf einer umfassenderen Betrachtung und zugleich einer Ergänzung um weitere Kriterien wie Selbstbestimmung, Würde und Wohlbefinden.

Nach Mor et al. (1995) ist ein fortbestehendes (kontinuierliches) **soziales Engagement in der Pflegeeinrichtung** eine zentrale, weil besonders kritische Komponente der Lebensqualität. Als kritisch gilt sie deshalb, weil bereits der Umzug in eine Pflegeeinrichtung mit starken Einbrüchen in das soziale Leben der betroffenen Person verbunden ist. Änderungen in den Beziehungen zu Familienangehörigen und Freunden sind zudem dadurch bedingt, dass Pflegeheimbewohnern eine Krankenrolle zugewiesen wird, die sie von sozialen Verpflichtungen in Familie und Gemeinschaft „freisetzt“ in gleichzeitiger Erwartung einer Anpassung an das „Regime“ einer Einrichtung. Der Umzug hat folglich einen negativen Einfluss auf die Kontinuität des Engagements in der Gesellschaft. Von diesen Annahmen ausgehend, entwickelten Mor et al. (1995) einen Index des sozialen Engagements (bestehend aus sechs Items), der als eigenständiges Modul in das Resident Assessment Instrument (RAI)³⁸ integriert werden kann. Soziales Engagement soll dabei **positive Aspekte sozialer Interaktion** abbilden, im Gegenteil etwa zu störungsbezogenen Ansätzen oder Instrumenten, die das Vorhandensein von Konflikten und Problemen in der sozialen Interaktion hervorheben. Die einzelnen Items beziehen sich auf folgende Kriterien:

- Bewohner interagiert mit anderen Bewohnern der Einrichtung
- Bewohner kann an geplanten, strukturierten Aktivitäten teilnehmen
- Bewohner kann Aktivitäten selbstinitiiert durchführen
- Bewohner setzt sich eigene Ziele
- Bewohner strebt nach Beteiligung am (sozialen) Leben der Einrichtung
- Bewohner nimmt Einladungen zu den meisten Gruppenaktivitäten an (Mor et al. 1995, S. P3).

Während in der von Mor et al. (1995) vorgelegten Definition die **Anpassung der Bewohner an bzw. deren Integration in das soziale Leben der Pflegeeinrichtung** als wichtiges Kriterium der Lebensqualität gilt, stellen bedürfnisorientierte Ansätze i.d.R. Konstellationen sozialer Bedürfnisse dar, die einen universellen Charakter haben und auch für Pflegeheimbewohner Geltung beanspruchen können. Hier entstanden in den letzten Jahren theoretische Modelle des sog. **sozialen Wohlbefindens** (= social well-being), die heute entweder als *eigenständige* Theorien existieren oder als (Teil-)Dimensionen *innerhalb* von Theorien der Lebensqualität fungieren. Der Anspruch solcher Modelle besteht darin, die für Lebensqualität relevanten sozialen Bedürfnisse *vollständig* zu erfassen, verbunden mit der Annahme, dass ein hohes soziales Wohlbefinden erst nach Realisierung aller Einzelbedürfnisse erreicht werden kann.

Eines der ersten eigenständigen Modelle stammt von Larson (1993). Soziales Wohlbefinden basiert demnach auf zwei Dimensionen, die sowohl objektive als auch subjektive Aspekte der Lebensqualität umfassen:

³⁸ Das Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set liegt seit 2014 in der Version 3.0 vor (www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/MDS30RAIManual.html). Für eine Evaluation des MDS-RAI 2.0 vgl. Hutchinson et al. (2010). Für die deutsche Version des RAI (Version 2.0) vgl. Garms-Homolová & Gilgen (2000).

- a) **Soziale Anpassung**, bestehend aus der Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, den individuell erbrachten Leistungen in sozialen Rollen und der Anpassung an die soziale Umwelt;
- b) **Soziale Unterstützung**, bestehend aus der Anzahl der Kontakte innerhalb des sozialen Netzwerks und der Zufriedenheit mit diesen Kontakten (ebenda, S. 290).

Ein ebenfalls für sich stehendes theoretisches Modell des sozialen Wohlbefindens wurde von Keyes (1998, 2006) entwickelt. Ausgehend von der Überlegung, Wohlbefinden aus der Perspektive der sozialen Gesundheit zu formulieren, definiert der Autor **soziales Wohlbefinden als das Ergebnis der Wahrnehmung eigener sozialer Beziehungen sowie die Einbettung bzw. Funktionsfähigkeit des Einzelnen in der Gesellschaft**. Soziales Wohlbefinden besteht nach Keyes aus fünf Bereichen, die einen subjektiven Charakter haben:

- Der **sozialen Kohärenz**, d.h. der Überzeugung, dass das eigene soziale Leben sinnvoll und individuell kohärent, d.h. zusammenhängend, ist;
- Der **sozialen (Selbst-)Verwirklichung**, d.h. der Überzeugung, dass die Gesellschaft, in der man lebt, über soziale Wachstums- und Entwicklungspotenziale verfügt;
- Der **sozialen Integration**, d.h. dem Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft und der Überzeugung, seitens der Gemeinschaft akzeptiert zu werden;³⁹
- Der **Anerkennung anderer Menschen**, d.h. dem Gefühl, andere als Personen anzuerkennen, zu akzeptieren und wertzuschätzen;
- Dem **Beitrag zur Gemeinschaft bzw. Gesellschaft**, d.h. dem Erleben von Reziprozität, der Überzeugung, der Gesellschaft etwas Wertvolles geben zu können und für die Gemeinschaft wichtig zu sein (Keyes 1998, Keyes 2006).

Das von Keyes vorgeschlagene Modell definiert soziales Wohlbefinden nicht als Summe bzw. Güte empfangener sozialer Unterstützung, sondern als **Ergebnis der Gegenseitigkeit zwischen individuellen Leistungen und der Einbettung in eine Gemeinschaft, begleitet durch Entwicklung ausgewählter sozialer Kompetenzen**. Der Betroffene wird nicht nur als *Empfänger* einer ihm entgegen gebrachten sozialen Unterstützung betrachtet, sondern als aktiver *Gestalter und Geber* im sozialen Kontext⁴⁰. Als Kriterien guter Lebensqualität gelten demnach **Reziprozität, Akzeptanz und persönliche Entwicklung**.

Eine weitere Definition sozialen Wohlbefindens stammt von Ormel et al. (1997, 1999). Sie ist Teil einer umfassenden Theorie – der Theorie sozialer Produktionsfunktionen – und definiert Lebensqualität stärker als **Ergebnis der (individuellen und kollektiven) Wohlfahrt**. Soziales Wohlbefinden hängt demnach von der Erfüllung drei universeller sozialer Bedürfnisse ab:

- dem **Bedürfnis nach Liebe und Zuneigung** – Bedürfnis danach, Zuneigung als Person zu erfahren - unabhängig von Leistungsmerkmalen, Kompetenzen oder Besitzmerkmalen. Dieses Bedürfnis kann nur innerhalb enger intimer persönlicher Beziehungen erfüllt werden.
- dem **Bedürfnis nach Bestätigung** – Bedürfnis danach, Zugehörigkeit und Bestätigung für individuelles Verhalten zu erfahren, gebraucht zu werden bzw. Teil einer Gruppe mit gemeinsamen

³⁹ In diesem Zusammenhang ist auch die Zugehörigkeit zu religiösen Gemeinschaften zu sehen. Diese kann für hochaltrige Pflegeheimbewohner als eine wichtige Ressource des sozialen Kapitals betrachtet werden und mit positiven Effekten auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden verbunden sein (Ysseldyk et al. 2013).

⁴⁰ Eine Schwäche des Modells besteht darin, dass sich soziale Unterstützung darin nicht explizit wiederfindet.

Interessen zu sein. Dieses Bedürfnis kann nur dann befriedigt werden, wenn Menschen Teil einer größeren sozialen Gemeinschaft sind, die gemeinsame Interessen oder Anliegen teilt.

- dem **Bedürfnis nach Status** – Bedürfnis danach, Anerkennung durch Distinktion zu erfahren, d.h. Status durch besondere Merkmale, Kompetenzen oder Leistungen zu erlangen. Dieses Bedürfnis kann in verschiedenen sozialen Bezügen erfüllt werden, vor allem aber dann, wenn Menschen Teil einer Gesellschaft sind.⁴¹

Die von Ormel et al. (1997) vorgeschlagene Theorie aufgreifend, entwickelten Gerritsen et al. (2010) ein Modell des sozialen Wohlbefindens speziell für Pflegeheimbewohner. Im Gegensatz zu jenen Theorien, die starke Akzente auf die erfolgreiche Integration der Pflegebedürftigen in den sozialen Alltag der Einrichtung setzen, legen die Autoren Wert auf **soziale Aktivitäten der Bewohner** selbst sowie auf das ihnen **entgegengebrachte soziale Verhalten anderer Personen**. Neben der theoretischen Basis entstand zudem ein Messinstrument, die sog. SWON-Skala (Social Well-Being of Nursing Home Residents-Scale), die als Beobachtungsinstrument konzipiert ist und zwei Dimensionen umfasst:

a) Verhaltensweisen und Charakteristika *des Bewohners*, in denen sich eine positive Intention zur Interaktion spiegelt (= „hergestelltes“ soziales Wohlbefinden, in dem der Einzelne als Geber fungiert), sowie

b) Verhaltensweisen *signifikanter Anderer* gegenüber dem Bewohner, in denen sich positive Absichten spiegeln (= erfahrenes soziales Wohlbefinden, in dem der Einzelne als Nehmer fungiert). Das Verhalten anderer gegenüber dem Bewohner ist aus Sicht der Autoren wichtig, da Pflegebedürftige in Heimen im Hinblick auf ihr Wohlbefinden vom Verhalten anderer Menschen besonders stark abhängig sind.

Die soziale (An-)Bindung nach Außen und nach Innen findet sich in einem weiteren theoretischen Ansatz wieder, der mit dem Begriff der **Verbundenheit** umschrieben werden kann (= connectedness). Die von Register und Herman (2006, 2010) entwickelte Theorie der Verbundenheit geht über die bisherigen theoretischen Ansätze hinaus, indem Verbundenheit nicht nur auf soziale Beziehungen und Kontakte, sondern auf die Welt insgesamt bezogen wird. Aus der Sicht der Autorinnen basiert das Streben nach Verbundenheit auf dem grundlegenden Bedürfnis, Teil der Welt zu sein, und gilt als eine notwendige Voraussetzung der Lebensqualität (vgl. auch Baumeister & Leary 1995). Einen *wichtigen Bestandteil der Verbundenheit* bildet die wahrgenommene Zugehörigkeit zu anderen Menschen. Wissenschaftler um Elizabeth Register entwickelten neben dem theoretischen Modell der Verbundenheit ein Instrument zur Erfassung der Verbundenheit in der Langzeitpflege (Register & Scharer 2010, Register & Herman 2006, Register et al. 2011). Demnach besteht Verbundenheit aus insgesamt sechs Dimensionen, von denen zwei eine zentrale Bedeutung *für das soziale Wohlbefinden* von Pflegeheimbewohnern haben:

⁴¹ Steverink und Lindenberg (2006) untersuchten das Modell im Zusammenhang mit subjektiver Lebensqualität. In ihrer theoretischen und durch Ergebnisse empirischer Forschung angereicherten Analyse kommen sie bezüglich des ersten sozialen Bedürfnisses zu dem Schluss, dass nicht das „emotionale Erleben“ von Liebe und Zuneigung an sich, sondern vor allem die subjektiv wahrgenommene Sicherheit, Liebe und Zuneigung zu erfahren, einen entscheidenden Einfluss auf Lebenszufriedenheit (und nicht auf emotionale Befindlichkeit) hat. Bezüglich des Bedürfnisses nach Bestätigung weisen sie darauf hin, dass sich dieses sowohl auf emotionale Befindlichkeit als auch auf Lebenszufriedenheit auswirkt, während vor allem das Bedürfnis nach Status einen starken Einfluss auf emotionale Befindlichkeit hat. Zusammenfassend betrachtet, zeigen die Ergebnisse der Analyse, dass alle drei Bedürfnisse relevant für Lebensqualität sind.

- a) **Verbundenheit mit anderen:** Verbunden sein mit anderen Menschen, z.B. mit Familienangehörigen, Freunden als auch professionellen Helfern, z.B. Pflegekräften; diese Art der Verbundenheit bezieht sich auf die Ausgestaltung konkreter persönlicher Beziehungen.
- b) **Verbundenheit mit der Gesellschaft:** Sie umfasst das Interesse des älteren Menschen an der Gesellschaft, z.B. an den gesellschaftlichen Ereignissen - sowohl im lokalen, nationalen als auch internationalen Kontext (Register & Herman 2010).⁴²

Cooney et al. (2013) widmen sich im Rahmen einer Konzeptanalyse der Systematisierung verschiedener Einzelaspekte der Verbundenheit. Gleichzeitig tragen sie eine Reihe von Studienergebnissen zusammen, die teilweise als Bestätigung, teilweise als Erweiterung des von Register und Herman (2010) vorgeschlagenen Konzeptes verstanden werden können. Demnach zeigt sich, dass aus Sicht von Pflegeheimbewohnern das Verbunden-Sein mit Familie, Freunden und dem Personal der Einrichtung sowie Reziprozität (Gegenseitigkeit) in den sozialen Beziehungen (auch zum Pflegepersonal) als zentrale Kriterien der Verbundenheit mit anderen gelten, während Interesse an externen Ereignissen und am aktuellen gesellschaftlichen Geschehen, Verbundenheit mit anderen Bewohnern der Einrichtung und der Gemeinschaft zentrale Aspekte der Verbundenheit mit der Gesellschaft sind (Cooney et al. 2013, S. 195). Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass die Erfüllung dieser Bedürfnisse nicht voraussetzungslos ist, sondern an Kompetenzen wie Ich-Bewusstsein, Selbststeuerung bzw. Selbsterfahrung gebunden ist. Da vor allem Menschen mit Demenz über diese Kompetenzen nicht mehr verfügen, gehört es zu den Aufgaben der Pflegeeinrichtung, Bewohner bei dem Streben nach Verbundenheit zu unterstützen.

Als Beispiel für die Notwendigkeit dieser Unterstützung können Ergebnisse einer von Buckley und McCarthy (2009) in Irland durchgeführten Studie angeführt werden. Im Rahmen von Befragungen in Heimen gaben Bewohner an, keine gemeinsamen Interessen mit anderen Pflegeheimbewohnern zu haben. Die Analyse der Daten zeigt dagegen, dass fehlende Verbundenheit nicht das Ergebnis von Interessendifferenzen war, sondern vielmehr durch *Probleme der Herstellung von Verbundenheit* zwischen kognitiv beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Bewohnern zustande gekommen ist (ebenda, S. 392). Auf die Bedeutung der physischen und psychischen Funktionsfähigkeit für soziale Teilhabe haben bereits Mor et al. (1995) hingewiesen. Ergebnisse der Pilotierung des von den Autoren entwickelten Instrumentes zur Messung des sozialen Engagements mit ca. 1.850 Bewohnern aus 268 Alten- und Pflegeheimen zeigen, dass das Instrument zwischen drei Bewohnergruppen mit unterschiedlichen Kompetenzgraden diskriminiert: Personen mit hoher ADL- und hoher kognitiver Kompetenz (MMST), Personen mit geringer ADL-Kompetenz und hoher kognitiver Kompetenz sowie Personen mit geringer ADL- und geringer kognitiver Kompetenz. Darüber hinaus bestand eine hohe Korrelation zwischen sozialem Engagement und Autonomie – ein Ergebnis, das darauf hinweist, dass es Bewohnern mit eingeschränkten Kompetenzen schwer fiel, der Ausübung des sozialen Engagements selbstbestimmt nachzugehen. Von hoher Relevanz war zudem der Zusammenhang zwischen Verhaltensproblemen, Stimmung und sozialen Problemen bzw. Konflikten. Die Ergebnisse

⁴² Die beiden Dimensionen sind auch Teil des von Bowling (2005) entwickelten Modells der Lebensqualität älterer Menschen, wobei die Autorin sie stärker aus der Perspektive der Voraussetzungen betrachtet. Demnach kann Verbundenheit mit anderen Menschen nur dann gelingen, wenn ein soziales Netzwerk, bestehend aus Familienangehörigen und Freunden, zur Verfügung steht. Die Verbundenheit mit der Gesellschaft wird wiederum erst dann möglich, wenn gesellschaftliche Teilhabe hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen als wichtiges gesellschaftliches Gut betrachtet wird. Die Autorin fasst die „Qualitätsmerkmale“ einer Gesellschaft, die als Voraussetzungen für Verbundenheit gelten, unter dem Begriff der sozialen Kohäsion zusammen. Hierzu gehört z.B. Solidarität zwischen Generationen, gemeinsame Werte und Normen, Vertrauen, Reziprozität und Unterstützung.

deuten darauf hin, dass soziale Konflikte nicht nur als Ergebnis der Stimmung, sondern als Ursache von Verhaltensproblemen bei Menschen mit Demenz interpretiert werden können. Resümierend weisen die Autoren darauf hin, dass große Anteile der Bewohner mit hohem Kompetenzniveau aber niedrigen Graden des sozialen Engagements als Hinweis auf Qualitätsprobleme der Einrichtung interpretiert werden können - ein Zusammenhang, der jedoch durch Längsschnittstudien erhärtet werden müsste.

Sowohl Verbundenheit als auch Zugehörigkeit dürfen in der stationären Pflege nicht alleine als Effekt der Gestaltung sozialer Beziehungen und Aktivitäten betrachtet werden. Soziales Wohlbefinden hat viele Einflussfaktoren und ist u.a. auch das Ergebnis einer förderlichen (Wohn-)Umwelt, in der soziale Begegnungen möglich sind, in der die alltägliche Kommunikation zwischen Bewohnern und dem Personal vorgesehen ist, in der eine gute soziale Atmosphäre, z.B. während der Mahlzeiten, herrscht und in der die Möglichkeit besteht, als sinnvoll erlebte soziale Aktivitäten wahrzunehmen und selbstbestimmt zu gestalten. In Ihrer Konzeptanalyse weisen Cooney et al. (2013, S. 196) ausdrücklich auf die Bedeutung **sinnstiftender Aktivitäten** hin. Verbundenheit mit anderen Menschen und der Gesellschaft kann vor allem durch Aktivitäten gefördert werden, die *individuelles* Engagement ermöglichen. Knight und Mellor (2007) machen darauf aufmerksam, dass das Vorhandensein aktivierender (Freizeit-)Angebote als auch die tatsächliche Teilnahme der Bewohner an diesen Angeboten kein Garant für hohe Lebensqualität sind. Dies zeigen Befragungen, in denen auch jene Personen, die regelmäßig an derartigen Angeboten teilnahmen, unter Einsamkeit litten. Relevant für Lebensqualität der Bewohner ist vielmehr das **Gefühl, mit der Einrichtung und den dort lebenden und tätigen Menschen verbunden zu sein**. Die Autoren folgern aus ihrer Studie, dass Aktivitätsangebote so gestaltet sein müssen, dass sie an den *individuellen Interessen einzelner Bewohner* und nicht an *vermeintlich gemeinsamen Interessen von Bewohnergruppen* anknüpfen.⁴³

Zusammenfassend betrachtet, kann konstatiert werden, dass Ansätze des sozialen Wohlbefindens Lebensqualität von zwei Arten sozialer Bedürfnisse abhängig machen: dem **übergeordneten Bedürfnis, Teil eines individuellen sozialen Netzwerkes zu sein**, sowie dem **Bedürfnis, Teil einer Gemeinschaft zu sein**. Dieser Zusammenhang ist auch Teil der von Brown und Brown (2003) entwickelten Theorie der Lebensqualität, die für die Definition des Begriffes der pflegebezogenen Lebensqualität (= care related quality of life) im Projekt „Care Keyes“ (=Keys for Quality Performance, Management of the Care of Older Persons in Europe; Pieper & Vaarama 2008, S. 85) prägend war. Operationalisierungen sozialer Teilhabe sollten demnach Kriterien enthalten, die beiden Arten der sozialen Bedürfnisse gerecht werden.

Während die bisher geschilderten Definitionen soziale Teilhabe eher positiv definieren, fokussieren andere Modelle auf **negative Effekte sozialer Beziehungen** bzw. auf **negative Auswirkungen defizitärer sozialer Unterstützung**. In Studien zur Lebensqualität sind negative Aspekte sozialer Interaktion häufig stärkere Prädiktoren der Lebensqualität als positive Aspekte sozialer Interaktion (Helgeson 2003). Als ein zentraler Begriff in diesem Zusammenhang gilt der Begriff der **Einsamkeit**. Generell betrachtet, wird unter Einsamkeit eine negativ erlebte, subjektive Erfahrung verstanden, die darauf zurückzuführen ist, dass das eigene soziale Netzwerk in mindestens einem wichtigen Bereich als defizitär wahrgenommen wird. Einsamkeit wird auch als Diskrepanz zwischen der Quantität und/oder Qualität vorhandener sozialer Beziehungen in Relation zum erwünschten Zustand verstanden (Perlman & Peplau 1982). Da Einsamkeit eine subjektive Erfahrung darstellt, wird sie

⁴³ Für praktische Empfehlungen bezüglich der Gestaltung solcher Angebote vgl. Davis und Brown-Wilson (2007) sowie Evans & Valletly (2007).

bspw. von sozialer Isolation abgegrenzt, die auch objektiv gemessen werden kann (Weiss 1973, Victor et al. 2009).⁴⁴ Die Beschäftigung mit Einsamkeit hat eine lange Tradition in der Lebensqualitätsforschung, so dass das Konstrukt einen festen Bestandteil fast aller Instrumente zur Messung von Lebensqualität im (hohen) Alter – auch in der stationären Pflege – bildet. Aus der Perspektive der Lebensqualität gilt sie als ein zuverlässiges Kriterium eines niedrigen subjektiven Wohlbefindens (de Jong Gierveld & van Tilberg 2006).

Nach Weiss (1973) lassen sich zwei Arten von Einsamkeit unterscheiden:

- **Emotionale Einsamkeit** – sie wird erlebt, wenn Menschen enge und durch Intimität gekennzeichnete, emotional bedeutsame Beziehungen zu Vertrauenspersonen vermissen; sie wird begleitet von Gefühlen der Trostlosigkeit und Unsicherheit.
- **Soziale Einsamkeit** – sie wird erlebt, wenn Menschen die Anbindung an einen Freundeskreis oder eine Gemeinschaft vermissen; sie wird begleitet von Gefühlen der fehlenden Anregung, fehlenden sozialen Anerkennung und Wertbestätigung (de Jong Gierveld & van Tilberg 2006).

Aus der Sicht der Forschung lassen sich drei zentrale Ursachengruppen von Einsamkeit unterscheiden:

- Merkmale des sozialen Netzwerks wie Quantität und Qualität sozialer Beziehungen, soziale Unterstützung und soziale Aktivitäten,
- Persönliche „Standards“ wie Präferenzen, Erwartungen und Wünsche an soziale Netzwerkpartner und soziale Beziehungen,
- Bestimmte Lebensumstände, z.B. gesundheitliche Einschränkungen oder niedriges Selbstwertgefühl – aber auch das Leben in einem Pflegeheim.

Auf die Wichtigkeit der letztgenannten Ursache weisen Zimmerman und Bowers (2001, S. 239) hin. Auf der Basis ihrer (meist qualitativen) Forschung machen sie darauf aufmerksam, dass gerade in der stationären Pflege bestimmte Personengruppen dem Risiko der Einsamkeit in besonderer Weise unterliegen. Zu den vulnerablen Gruppen gehören Menschen mit Demenz sowie Menschen mit multiplen sensorischen Einschränkungen. Eine unzureichende Kompensation kognitiver und sensorischer Einschränkungen kann sich massiv auf Lebensqualität auswirken, indem soziale Isolation zu Ausgrenzung und schließlich zu Einsamkeit führt. Einsamkeit resultiert jedoch nicht nur daraus, dass soziale Kontakte in einem nicht ausreichenden Maße vorhanden sind, sondern ebenfalls daraus, dass bestimmte Erwartungen an soziale Beziehungen nicht erfüllt sind. Zu den im Rahmen qualitativer Interviews häufig genannten Aspekten gehört der **Wunsch nach Reziprozität** (Zimmerman und Bowers 2001, S. 239f). Lebensqualität in sozialen Beziehungen besteht aus Sicht von Pflegeheimbewohnern nicht nur darin, soziale Unterstützung in ausreichendem Maße zu erhalten, sondern ebenfalls darin, anderen Menschen etwas geben zu können. Auch Schwerstpflegebedürftige wollen das Gefühl haben, gebraucht zu werden, d.h. Generativität zu erleben. Als positiv erlebte soziale Beziehungen gelten folglich reziproke Beziehungen. Soziale Teilhabe als Merkmal der Lebensqualität sollte diesen Aspekt berücksichtigen; darüber hinaus gilt es, Reziprozität nicht nur als Merkmal der Beziehungen zu anderen Bewohnern der Einrichtung zu sehen, sondern ebenfalls als Merkmal der Beziehung zwischen Bewohnern und dem (Pflege-)Personal.

⁴⁴ Für ein integriertes Modell vgl. de Jong Gierveld & Tesch-Römer (2012).

4.3 Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?

Aktuelle Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität in der stationären Pflege zeigen, dass soziale Aspekte der Lebensqualität unterschiedlich gemessen werden. Vorhandene Kriterien lassen sich danach differenzieren, ob soziale Teilhabe objektiv (z.B. anhand der Größe des sozialen Netzwerkes, der Anzahl von Unterstützungspersonen, der Häufigkeit von Besuchen) oder subjektiv (z.B. anhand der Freude an sozialen Aktivitäten, der wahrgenommenen Möglichkeit zur Schließung von Freundschaften) erfasst wird. Darüber hinaus können Kriterien sozialer Teilhabe nach inhaltlichen Gesichtspunkten unterschieden werden, bspw. danach, ob sie die Integration innerhalb der Einrichtung oder die Kontinuität bisheriger sozialer Netzwerke fördern. Betrachtet man die o.g. Definitionen sozialer Teilhabe, so kann konstatiert werden, dass beide Foki relevant sind und soziale Aspekte der Lebensqualität nicht einseitig auf einem der Teilhabeziele beruhen dürfen. Bei der Messung sozialer Teilhabe bedarf es folglich einer multidimensionalen Konzeption, die verschiedene relevante Aspekte des sozialen Wohlbefindens berücksichtigt. Gleichwohl kann festgehalten werden, dass strukturelle, objektiv messbare Kriterien sozialer Teilhabe für die Erfassung von Lebensqualität wenig geeignet zu sein scheinen, nicht zuletzt deshalb, weil sie subjektive Kriterien nicht ersetzen können (vgl. Degenholtz et al. 2006).

Aspekte sozialer Teilhabe werden nicht nur im Rahmen jener Instrumente erfasst, die den stationären Pflegekontext im Blick haben, sondern sie bilden auch Bestandteile von Instrumenten, die generell zur Messung von Lebensqualität hochaltriger Menschen entwickelt wurden. Als Beispiel für die zweite Art der Instrumente kann die von Lawton (1975) entwickelte PGCMS (= Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) genannt werden, ein Instrument, das u.a. zur Messung von Lebensqualität im Rahmen des Projektes „Care Keyes“ eingesetzt wurde (Vaarama et al. 2008). Auf der Basis durchgeführter Untersuchungen wurden dort Empfehlungen für geeignete Items u.a. für die Erfassung von Lebensqualität in der stationären Pflege getroffen. Unter den empfohlenen 10 Items befinden sich auch zwei Fragen zur sozialen Teilhabe: Eine Frage nach dem **Erleben von Einsamkeit** und eine weitere Frage nach der **Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung im Rahmen von Freundschaftsbeziehungen** (Saks et al. 2008, S. 209). Als Kennzeichen sozialer Teilhabe galt der Grad objektiver Bedürfnisbefriedigung, der anhand des **Vorhandenseins sozialer Kontakte innerhalb und außerhalb der Einrichtung** erfasst wurde (objektive Messung), sowie die **Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen** und das **Einsamkeitserleben** (Pieper et al. 2008, S. 289).

Kriterien sozialer Teilhabe finden sich auch in allen Lebensqualitätsinstrumenten wieder, die spezifisch für die stationäre Pflege konzipiert wurden. Hierzu gehört u.a. das in der Forschungsgruppe um Rosalie und Robert Kane entwickelte Instrument (Kane et al. 2004), das inzwischen in einer revidierten Version vorliegt (Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview). Von den elf Subskalen des Instrumentes bezieht sich eine auf die Erfassung sozialer Beziehungen. Sie besteht aus fünf Fragen, die folgende Kriterien enthalten:

- Bewohner haben die Möglichkeit, Freundschaften in der Pflegeeinrichtung zu schließen
- Andere Bewohner werden als enge Freunde bezeichnet
- Das Personal initiiert Gespräche mit Bewohnern, die dem Zweck des Austausches dienen
- Es gibt in der Einrichtung Beschäftigte, die von Bewohnern als Freund/-in bezeichnet werden
- Die Einrichtung bemüht sich um Öffnung gegenüber externen Besuchern (Freunde, Familie).

Während in der von Kane et al. (2004) entwickelten Vorstellung sozialer Teilhabe die Integration der Bewohner in das soziale Leben der Einrichtung stark betont wird, steht in einem weiteren

Instrument, dem in Großbritannien entwickelten Instrument ASCOT (Netten et al. 2011), die Möglichkeit zur selbstbestimmten Gestaltung sozialer Beziehungen in Relation zum Wertesystem der Befragten im Vordergrund. Auch hier findet sich eine spezifische Dimension (= „Social Participation and Involvement“), die soziale Aspekte der Lebensqualität erfasst. Aufgrund der besonderen Konzeptualisierung des Instrumentes besteht jede Subskala aus einer einführenden Frage sowie vier standardisierten Antworten, unter denen sich der Befragte für eine entscheiden soll (Netten et al. 2011). Ob das Bedürfnis nach sozialer Teilhabe erfüllt ist, wird davon abhängig gemacht, ob Bewohner **genügend soziale Kontakte zu Menschen haben, die sie mögen bzw. denen sie nahe stehen**. Das Antwortformat diskriminiert zwischen verschiedenen Graden der Erfüllung sozialer Bedürfnisse und zeigt, ob sich Bewohner ggf. isoliert fühlen.

Die Betonung **sozialer Aktivitäten** und Angebote steht wiederum im Mittelpunkt des in den Niederlanden entwickelten Instruments zur Messung von Pflege- und Lebensqualität, dem QC-Index® Long-Term Care (ActiZ et al. 2007). Der für die Messung sozialer Teilhabe vorgesehene Abschnitt fokussiert auf die subjektive Wahrnehmung der Bewohner, wobei sich hier sowohl kognitive (z.B. Information über Aktivitäten) als auch emotionale (z.B. Freude an Aktivitäten) Bewertungskriterien wiederfinden. Die einzelnen Items beziehen sich auf folgende Kennzeichen sozialer Teilhabe:

- Bewohner haben die Möglichkeiten zur Partizipation am alltäglichen (sozialen) Geschehen der Einrichtung
- Bewohner fühlen sich über die Aktivitätsangebote der Einrichtung gut informiert
- Die Einrichtung bietet aus Sicht der Bewohner genügend Aktivitätsangebote an
- Bewohner haben Freude an angebotenen, organisierten Aktivitäten
- Bewohner erfahren ausreichend Unterstützung (durch Pflegekräfte, durch Ehrenamtliche, durch informelle Helfer) bei der Realisierung eigener Unternehmungen.

Einer besonderen Betrachtung bedarf abschließend das Kriterium der **Einsamkeit**, das im o.g. Instrument nicht als Aspekt sozialer Teilhabe, sondern als Kennzeichen mentalen Wohlbefindens („Mental well-being“) fungiert. Einsamkeit wird mithilfe eines einzigen Items gemessen und gibt die Häufigkeit des Einsamkeitsgefühls wieder (ActiZ et al. 2007, S. 59). Eine ähnliche Verortung erfährt Einsamkeit im Projekt „Care Keyes“: Sie wird hier der Dimension „Psychische Lebensqualität“ anstatt der Dimension „Soziale Lebensqualität“ zugeordnet.

4.4 Beispiele aus der Forschung

Soziale Teilhabe bildet aus Sicht von Pflegeheimbewohnern einen zentralen Bereich ihrer Lebensqualität. Dies zeigen Ergebnisse qualitativer als auch quantitativer Forschung. In einer von Bowers et al. (2001) durchgeführten qualitativen Studie wurden Pflegeheimbewohner zu ihrem Verständnis von guter Pflege befragt. Unter den Antworten befanden sich fast durchgehend Aspekte der Lebensqualität, wobei sich insgesamt drei verschiedene Verständnisse guter Lebensqualität im Heim herauskristallisierten. Eines dieser Verständnisse basierte auf sozial-emotionalen Aspekten der Pflege. Heimbewohner, die dieses Verständnis hatten, definierten gute Pflege als soziale Beziehung, die **Freundschaft und Reziprozität** zulässt. Auf die Wichtigkeit sozialer Teilhabe weist ebenfalls eine systematische Analyse von 31 qualitativen Studien hin, die sich der Inhaltsanalyse von Definitionen der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern widmete (Bradshaw et al. 2012). Die in den einzelnen Studien ermittelten Definitionsbestandteile ließen sich vier wichtigen Themenbereichen zuordnen.

Dabei bildete die Verbundenheit mit anderen Menschen einen dieser Bereiche, auch wenn die Befragten teilweise unterschiedliche Aspekte der Verbundenheit betonten. Hierzu gehörte z.B. das **Vorhandensein von freundschaftlichen Beziehungen innerhalb der Einrichtung** (ähnlich auch Bergland & Kirkevold 2008). Fehlten solche Beziehungen, litten die Befragten unter Einsamkeit, Langeweile, dem Verlust von Autonomie bzw. sozialer Identität und hatten das Gefühl, für keinen mehr wichtig zu sein. Ein weiterer zentraler Aspekt war **Reziprozität** in der Interaktion mit dem Personal. Ein dritter Aspekt der Verbundenheit bezog sich auf **Veränderungen in Beziehungen zu Familienangehörigen**. Während sie für einige mit Belastungen verbunden waren, weil der Umzug ins Heim mit Kontakteinschränkungen verbunden war, gingen sie für andere mit positiven Effekten, wie Freiheit und Unabhängigkeit, einher (ebenda, S. 431).

Die besondere Relevanz sozialer Beziehungen für die Lebensqualität von Heimbewohnern betonen auch deutschsprachige Untersuchungen. In den Befragungen zur Entwicklung des Fragebogens INSEL (= Instrument zur Praxisnahen Erfassung von Lebensqualität, Oswald et al. 2014) waren soziale Kontakte und Beziehungen aus Sicht von Altenheimbewohnern die viertwichtigste Kategorie (von insgesamt zwölf Kategorien); 77% der Bewohner gaben an, dass soziale Kontakte für sie sehr wichtig sind. Im Rahmen einer Literaturanalyse mit dem Fokus auf Studien, in denen Qualitätskriterien stationärer Pflege aus Sicht der Bewohner erhoben wurden, bilden soziale Beziehungen einen von insgesamt fünf zentralen Themenbereichen (Josat et al. 2006). Dabei zählten **gute Beziehungen zur Familie, zu Mitbewohnern und dem Pflegepersonal** zu den wichtigsten Kriterien der Lebensqualität. Dies bestätigen auch internationale Untersuchungen. Wie Edwards et al. (2003) im Rahmen einer Studie mit Fokusgruppen zeigen, werden Einschränkungen in der Häufigkeit gewohnter Kontakte zu Familienangehörigen als zentraler Grund für Lebensqualitätseinbußen betrachtet. In einer von Coughlan und Ward (2007) durchgeführten Studie zur Qualität von Pflege nannten Heimbewohner fast durchgehend Aspekte der Lebensqualität. Aus deren Sicht hatten soziale Beziehungen den stärksten Einfluss auf Lebensqualität, wobei auch hier drei Arten sozialer Beziehungen als zentral betrachtet wurden: Beziehungen zu Familienangehörigen und Freunden, Beziehungen zu Mitbewohnern und Beziehungen zum Personal der Einrichtung (ähnlich auch Schenk et al. 2013).

Neben der generellen Bedeutung sozialer Beziehungen für die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern, befassen sich Studien ebenfalls mit *spezifischen Funktionen* bzw. *besonderen Qualitätsmerkmalen sozialer Beziehungen* als Kriterien sozialer Teilhabe. Nach Tester et al. (2004) besteht der Beitrag sozialer Beziehungen zur Lebensqualität in dem Ausmaß, in dem sie zur **Bewältigung von Kontinuität und Diskontinuität** als Folge des Umzugs in ein Pflegeheim beitragen. Aus den Arbeiten einer Forschergruppe um Litwin (Litwin 2000, Litwin & Shiovitz-Ezra 2006) geht wiederum hervor, dass die wahrgenommene Qualität sozialer Beziehungen und ihr unterstützender Charakter entscheidend für das Wohlbefinden von Pflegeheimbewohnern sind. Die Forscher befassten sich mit dem Zusammenhang zwischen Aktivitäten und Lebensqualität und stellten fest, dass nicht die Häufigkeit der Teilnahme an **Aktivitäten**, sondern deren **subjektive Qualität** entscheidend für Lebensqualität ist. Daraus folgern sie, dass Lebensqualität im hohen Alter weniger davon abhängig ist, *was* Menschen tun, sondern *mit wem* sie etwas tun und wie sie *die Beziehung* zu ihren Partnern bewerten (Litwin & Shiovitz-Ezra 2006, S. 237). Nach Warr et al. (2004) lässt sich dieser Zusammenhang auch bei organisierten sozialen Aktivitäten beobachten. Demnach haben Aktivitäten in formellen Kontexten dann einen starken Einfluss auf Lebensqualität, wenn sie eine **Verbindung zur Gemeinde, zum Stadtteil oder zur Stadt** herstellen, d.h. Verbundenheit mit der Gesellschaft bzw. Gemeinschaft unterstützen (Warr et al. 2004). In einer Untersuchung von

Robichaud et al. (2006) zeigte sich, dass Heimbewohner und ihre Angehörigen das Ausmaß emotionaler Unterstützung, die Ausübung einer sozialen Rolle in der Kommune oder Gemeinschaft und die als befriedigend erlebte gemeinsame Zeit mit Familie, Freunden und professionellen Helfern als wichtige Aspekte der Lebensqualität betrachteten.

Neben der Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebensqualität befasst sich eine Reihe von Studien mit der präventiven Funktion sozialer Kontakte gegenüber Depressivität und Einsamkeit bzw. fragt nach deren Ursachen. So beobachteten bspw. Fessman und Lester (2000), dass freundschaftliche Beziehungen zu Mitbewohnern stärkere Prädiktoren für Einsamkeit und Depressivität waren als die Häufigkeit der Kontakte zur Familie bzw. Freunden außerhalb der Einrichtung. Entscheidend für die schützende Funktion interner Freundschaften war jedoch, ob die befragten Bewohner ihre befreundeten **Mitbewohner als Vertrauenspersonen** betrachteten. Die Autoren folgern daraus, dass soziale Netzwerke innerhalb von Einrichtungen wichtige Schutzfaktoren vor Einsamkeit und depressiver Symptomatik darstellen und dass es zu den Aufgaben der Einrichtungen gehört, neue Bewohner beim Aufbau von Vertrauensbeziehungen gezielt zu unterstützen. Auf die besondere Rolle des (Pflege-)Personals für soziale Teilhabe weisen wiederum Custers et al. (2010) hin. Im Rahmen einer in den Niederlanden durchgeführten Befragung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen war die **subjektiv wahrgenommene Befriedigung individueller Bedürfnisse innerhalb der Beziehung zum Pflegepersonal** ein wichtiger protektiver Faktor gegen Depressivität sowie ein positiver Einflussfaktor der Lebenszufriedenheit (ebenda, S. 735).

Mit den **Ursachen unter Einsamkeit bei Pflegeheimbewohnern** unter besonderer Beachtung funktionaler Kompetenz befasste sich u.a. Dragest (2004). Ausgehend von der Definition der Einsamkeit nach Weiss (1973)⁴⁵ machen die Ergebnisse der Forscherin darauf aufmerksam, dass der ADL-Status zwar im Zusammenhang mit sozialer Einsamkeit steht, er aber nicht immer zur emotionalen Einsamkeit führt. Ob eingeschränkter ADL-Status zur emotionalen Einsamkeit führte, war vielmehr von der Beziehung zum Pflegepersonal abhängig. Bewohner, die im Rahmen der Grundpflege ein hohes Maß an Unterstützung benötigten, hatten gleichzeitig einen häufigeren Kontakt zu Pflegekräften. Aufgrund dessen profitierten sie von dem im Rahmen der Pflege stattgefundenen Austausch im Sinne eines Puffers gegenüber emotionaler Einsamkeit. Eindeutig war im Rahmen der gleichen Studie der Zusammenhang zwischen Kontakten zu Freunden und sozialer Einsamkeit. Je seltener die Befragten diese Art der Kontakte hatten, umso sozial einsamer fühlten sie sich. Der Kontakt zu Menschen gleichen Alters, die ähnliche Interessen teilen, scheint ein relevanter protektiver Faktor gegenüber sozialer Einsamkeit zu sein. Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft – sei es durch den Kontakt zu Freunden oder Mitbewohnern – scheint folglich ein wichtiges Element sozialer Teilhabe zu sein.

Dass Freundschaften zu Mitbewohnern nicht nur einen Schutz gegenüber Depressivität bilden, sondern Lebensqualität generell positiv beeinflussen können, zeigen Street et al. (2007). In einer im betreuten Wohnen durchgeführten Untersuchung beobachteten sie, dass vertrauensvolle freundschaftliche Beziehungen zu anderen Bewohnern – neben der positiv gestimmten Interaktion mit dem Personal – stärkste Prädiktoren des Wohlbefindens waren. Auf die Relevanz der Verbundenheit mit anderen Menschen weisen auch Wilkinson et al. (2012) hin. Sie zeigen in einer Befragung mit ca. 600 Altenheimbewohnern, dass das **Vorhandensein einer engen**

⁴⁵ Einsamkeit wurde mithilfe der Revised Social Provision Scale (SPS) (Cutrona & Russel 1987, zit. in Dragest 2004, S. 67) gemessen, einem Instrument, das auf dem Modell der Einsamkeit von Weiss (1973) basiert.

Vertrauensperson, die emotionale Unterstützung leistet, neben der Anzahl der Kontakte zu Familienangehörigen, ein zentraler Einflussfaktor der Lebenszufriedenheit ist. Resümierend weisen die Autoren auf die hohe **Relevanz emotionaler Unterstützung** hin, für die das Vorhandensein mindestens einer nahen Person entscheidend ist.⁴⁶ Soziale Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität ist folglich weniger abhängig von strukturellen und objektiv messbaren Aspekten, wie etwa der Größe des sozialen Netzwerkes, der Wohnentfernung zu Verwandten oder dem Ausmaß instrumenteller Unterstützung, sondern von der subjektiv wahrgenommenen Nähe zu Vertrauenspersonen, von den aktiv „gelebten“ Kontakten und der Befriedigung der Bedürfnisse nach Reziprozität und Verbundenheit. Dies bestätigen ebenfalls Erfahrungen aus der Studie zur Validierung eines Instrumentes zur Messung Sozialer Unterstützung für Erwachsene: einer Kurzversion des Duke Social Support Index (DSSI). Hier untersuchten Wardian et al. (2013) die Zusammenhänge zwischen zwei Dimensionen des Instrumentes („soziale Interaktion“ und „soziale Zufriedenheit“) sowie Lebensqualität und Einsamkeit. Der DSSI erfasst verschiedene Aspekte sozialer Unterstützung, u.a. strukturelle und funktionale Merkmale. Bei der Auswahl von Items kam es zu einer sukzessiven Reduktion des ursprünglichen aus 35 Fragen bestehenden Instrumentes (Koenig et al. 1993) auf zehn Items. Die verbliebenen Fragen, da im starken Zusammenhang mit Lebensqualität und Einsamkeit standen, umfassten keine strukturellen und funktionalen Aspekte, sondern bezogen sich allesamt auf die Frage, ob sich Befragte von ihren sozialen Partnern verstanden fühlten, eine soziale Rolle hatten und sich als nützlich und eingebunden in das soziale Geschehen betrachteten.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass soziale Teilhabe als Merkmal der Lebensqualität nicht ausschließlich aus der Perspektive sozialer Beziehungen und ihrer Qualität, sondern im Kontext der gesamten Einrichtung betrachtet werden muss. Auch wenn die Verbundenheit mit anderen Menschen und der Gemeinschaft die Einflüsse verschiedener Wirkfaktoren inkludiert, deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass auch die materielle Wohnausstattung, die Organisation einer Einrichtung, ihre „Alltagskultur“ und viele weiteren Merkmale einen Einfluss auf soziale Teilhabe haben. Exemplarisch kann an dieser Stelle auf den Einfluss materieller Umwelt hingewiesen werden. Nach Brawley (2001, S. 77) hat die bauliche bzw. architektonische Gestaltung einer Einrichtung einen direkten und einen indirekten Einfluss auf die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern. Während der direkte Effekt die Lebensqualität unmittelbar tangiert, ergibt sich der indirekte Effekt aus den Auswirkungen räumlicher Gegebenheiten auf die Gestaltung sozialer Teilhabe. So kann die räumliche Struktur der privaten, teilöffentlichen und öffentlichen Bereiche soziale Beziehungen unter Bewohnern sowie Kontakte zu Angehörigen fördern oder behindern – in Abhängigkeit davon, ob sie Privatheit zulässt, Möglichkeiten zur Kontrolle sozialer Begegnungen schafft (z.B. indem als soziale Stressoren vermieden werden können) oder Kommunikation während der Aktivitäten, z.B. der Mahlzeiten, unterstützt (Parker et al. 2004). Entscheidend ist ebenfalls, ob die Gestalt privater und öffentlicher Bereiche Kontakte zu Familienangehörigen und Freunden unterstützt (bspw. durch Aufenthaltsmöglichkeiten für Besucher, Räume für Familienfeste oder Bereiche, wo sich Bewohner und Besucher ungestört austauschen können). Im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie

⁴⁶ Die Ergebnisse des Literaturreviews von Helgeson (2003) verdeutlichen, dass emotionale Unterstützung generell unter allen Formen der Unterstützung den stärksten Einfluss auf Lebensqualität hat. Für Altenheimbewohner scheint emotionale Unterstützung eine besondere Bedeutung zu haben. Dies kann damit begründet werden, dass emotionale Ziele bei der Gestaltung sozialer Beziehungen im hohen Alter an Bedeutung gewinnen (Carstensen & Lang 2007) und emotionale Unterstützung häufig die einzige Form der Unterstützung darstellt, die pflegebedürftige und in ihrer funktionellen Kapazität beeinträchtigte Personen im Sinne der Reziprozität leisten können.

zeigten Knight et al. (2010), dass vor allem die Beteiligung von Pflegeheimbewohnern an der Gestaltung der privaten und öffentlichen Räume nicht nur die Identifikation mit dem Personal und Mitbewohnern, sondern auch die Lebenszufriedenheit positiv beeinflussen kann.

4.5 Kriterien und Indikatoren der sozialen Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität

4.5.1 Kriterien der sozialen Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Kriterien	Art der Messung ⁴⁷	Quelle(n) ⁴⁸
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	---		
Soziale Beziehungen	Bewohner kann den Kontakt zur Familie, Freunden oder anderen Bewohnern so pflegen, wie er möchte oder nicht. Er kann z.B. jederzeit Besuche machen oder empfangen sowie am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 134, Fragebogen INSEL, Frage 6
	Bewohner gehen miteinander freundlich und gesellig um	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 55, Indikator 5.2, Frage 54
	Die Einrichtung bietet genügend Gelegenheiten für Kontakte zu Mitbewohnern, Einheimischen usw.	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 55, Indikator 5.2, Frage 72
	Bewohner fühlen sich nicht einsam	*	ActiZ et al. 2007, Indikator 7.1, Nr. 49, S. 59
	Bewohner helfen anderen Menschen	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) (Frage 18)
	Bewohner betrachten (zumindest ausgewähltes) Personal als einen	*	Minnesota

⁴⁷ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

⁴⁸ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

	Freund/ eine Freundin		Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) (Frage 35)
	Bewohner erhalten Hilfe bzw. Unterstützung, wenn sie sie benötigen	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) (Frage 36)
	Bewohner haben so viel Kontakt zu anderen Menschen, die sie mögen, wie sie möchten	*	Netten et al. 2010
	Alles in allem, die Mitarbeiter der Einrichtung und die Bewohner helfen einander und kommen alles in allem miteinander gut aus	*	Straker et al. 2007, S. 96, Frage 45
	Familienangehörige können Bewohner besuchen so häufig wie sie möchten	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 25
	Die Kontakte der Bewohner zu Familie und Freunden werden aktiv unterstützt und gefördert	Unklar	HIQA 2008, S. 28 (Kriterium 20.1)
	Beziehungen und das Engagement lokaler Gruppen bzw. Vereinigungen sowie von Ehrenamtlichen in der Einrichtung werden gefördert mit dem Einvernehmen der Bewohnerpräferenzen	Unklar	HIQA 2008, S. 28 (Kriterium 20.2)
	Bewohner zeigen Wertschätzung und Zuneigung den Pflegekräften gegenüber	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage 1
	Bewohner beziehen gewöhnlich andere Personen in ihre Betrachtung ein (bezieht sich auf Rücksicht gegenüber anderen Personen)	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage 4
	Bewohner sind verständnisvoll gegenüber anderen Menschen	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage 5
	Bewohner hält sich in der Regel an die einmal getroffenen Vereinbarungen	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage 6
	Bewohner werden in ihrem Wohnbereich (z.B. Station, Etage) positiv wahrgenommen	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage 7
	Bewohner ist beliebt unter den Mitbewohnern	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage

			8
	Der Bewohner verfügt über Personen, die ihm nahe stehen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 19
	Bewohner hatte in den vergangenen zwei Wochen Besuch von ihm nahe stehenden Personen oder war anderweitig in Kontakt mit einer ihm nahe stehenden Person	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Fragen 20 +21
	Bewohner versteht sich gut mit anderen Bewohnern der Einrichtung	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 22
	Bewohner versteht sich gut mit den Pflegekräften der Einrichtung	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 23
	Bewohner kann sich vorstellen, andere Bewohner der Einrichtung als Freund/ Freundin zu betrachten	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Zufriedenheit, Item 39
Wohnen	---		
Aktivitäten / Tagesgestaltung	Bewohner haben genug Möglichkeiten für die Partizipation an Aktivitäten und am täglichen Geschehen	**	ActiZ et al. 2007, Indikator 6.1, Nr. 68, S. 57
	Bewohner haben Zugang zu Informationsmedien, z.B. Radio, Fernsehen, Tageszeitungen, Zeitschriften, Zugang zum Computer (Internetzugang und E-mails) und Informationen über die Ereignisse in der Einrichtung und der Umgebung	Unklar	HIQA 2008, S. 28 (Kriterium 20.5)
	Bewohner sehen Fern, lesen Zeitung, hören Radio	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 11
	Bewohner surfen im Internet und nutzen den Computer	*	Projekt

			„Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 13
	Bewohner engagieren sich ehrenamtlich oder unterstützen andere Personen auf andere Weise	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 14
	Bewohner besuchen kulturelle oder andere Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 17
Pflege	Familienangehörige werden seitens des Personals in die Pflege eingebunden	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 24
	Verantwortliche Fachkräfte sorgen dafür, dass das Personal der Einrichtung eine effektive Kommunikation mit den Bewohnern pflegt, die durch das Pflegesetting angemessen unterstützt wird	Unklar	HIQA 2008, S. 26 (Kriterium 18.5)
Hauswirtschaftliche Versorgung	---		
Personal	Mitarbeiter der Einrichtung bleiben gelegentlich stehen, um sich mit dem Bewohner zu unterhalten	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) (Frage 34)
	Das Personal heißt Familienangehörige in der Einrichtung jede Zeit willkommen	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 23
	Pflegekräfte und das Personal umarmen Bewohner	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage 2
	Der Kontakt zwischen Pflegekräften bzw. dem Personal und den Bewohnern enthält Humor	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage 3
	Bewohner ist beliebt beim Personal	***** (Beobachtung)	Gerritsen et al. 2010, S. 1251, Frage 9
	Pfleger/innen kümmern sich, dass der Bewohner den Kontakt mit	*	Projekt

	anderen halten kann		„Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 37
	Pfleger/innen kümmern sich, dass der Bewohner an Freizeitaktivitäten teilnehmen kann	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 38
	Pflegekräfte haben ein offenes Ohr für Bewohner, wenn diese ein Anliegen haben	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 57
	Mahlzeiten sind ruhige Gelegenheiten für sozialen Kontakt; das Personal nimmt an den Mahlzeiten teil und betrachtet sie als Gelegenheit zur Kommunikation, zum Engagement und zur Interaktion mit den Bewohnern	Unklar	HIQA 2008, S. 27 (Kriterium 19.9)
	Die Einrichtung bietet Gelegenheiten für Familienangehörige und Freunde an, mit Bewohnern zu bestimmten Anlässen Mahlzeiten einnehmen zu können	Unklar	HIQA 2008, S. 27 (Kriterium 19.10)
	Familienangehörige und Freunde haben die Möglichkeit, Bewohner beim Essen zu unterstützen, unter Beachtung der Privatheit anderer Bewohner	Unklar	HIQA 2008, S. 27 (Kriterium 19.11)
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	Bewohner nehmen an Gruppentreffen, Beschäftigungsangeboten oder Gemeinschaftsaktivitäten in der Einrichtung teil	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 15
	Bewohner nehmen an geistlichen oder religiösen Veranstaltungen in der Einrichtung teil	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 16
Soziale Teilhabe: Übergreifende Fragen	Bewohner empfinden die Besuchszeiten für Besucher als angenehm	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 8

4.5.2 Indikatoren der sozialen Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Indikatoren	Art der Messung ⁴⁹	Quelle(n) ⁵⁰
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	---		
Soziale Beziehungen	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, bei der Bewältigung von Verlustgefühlen emotional unterstützt zu werden</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie „gewöhnlich“ oder „immer“ emotional unterstützt werden; Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 25)</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf die wahrgenommene emotionale Unterstützung</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 49
	<p>Indikator: Anteil der Angehörigen / Freunde, die angeben, dass die MitarbeiterInnen sie kennen</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der Angehörigen / Freunde, die angeben, dass die MitarbeiterInnen sie „gewöhnlich“ oder „immer“ kennen, Nenner: Gesamtzahl der Befragten Angehörigen / Freunde (Indikator der Lebensqualität Nr. 29)</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf das erlebte Gemeinschaftsgefühl der Angehörigen / Freunde</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 52 (angelehnt an NCHRDF 2007)
	<p>Indikator: Anteil der Angehörigen / Freunde, die sich im Alten- und Pflegeheim willkommen fühlen</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der Angehörigen / Freunde, die sich „gewöhnlich“ oder „immer“ willkommen im Pflegeheim fühlen, Nenner: Gesamtzahl der Befragten Angehörigen / Freunde (Indikator der Lebensqualität Nr. 31)</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf das erlebte Gemeinschaftsgefühl der Angehörigen / Freunde</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 54 (angelehnt an NCHRDF 2007)
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, Angehörigen/Freunde und MitarbeiterInnen, die das Pflegeheim als Teil ihrer lokalen Gemeinschaft betrachten</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen usw., die sich „gewöhnlich“ oder „immer“ als Teil der lokalen Gemeinschaft betrachten (Indikator der Lebensqualität Nr. 32)</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf Zugehörigkeit</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 55 (entnommen aus NCHRDF 2007)
	<p>Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass sie jederzeit Besuch empfangen können</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie jederzeit Besuch empfangen können, Nenner: Gesamtzahl der</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS,

⁴⁹ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung, + Angabe durch Pflegekräfte / auf der Basis der Dokumentation.

⁵⁰ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

	befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 50) Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich u.a. auf Kontinuität und Zugehörigkeit		Handbuch 2010, S. 73 (Faulkner et al. 2006)
	Indikator: Anteil der BewohnerInnen, die im Pflegeheim eine positive Atmosphäre wahrnehmen Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die im Pflegeheim „gewöhnlich“ oder „immer“ eine positive Atmosphäre wahrnehmen, Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 46) Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf das Gesamtergebnis aller organisatorischen und sozialen Geschehnisse in der Einrichtung	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 69 (entnommen aus NCHRDF 2007)
	Indikator: Anteil der Angehörigen / Freunde, die angeben, dass das Personal ihren Beitrag zur Betreuung des Bewohners/ der Bewohnerin schätzt Beschreibung: Zähler: Zahl der Angehörigen / Freunde, die angeben, dass das Personal ihren Beitrag „gewöhnlich“ oder „immer“ schätzt, Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen / Freunde (Indikator der Lebensqualität Nr. 59) Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich u.a. auch die Beteiligung bzw. Integration von Angehörigen und Freunden in die Einrichtung	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 82 (angelehnt an Faulkner et al. 2006)
Wohnen	---		
Aktivitäten / Tagesgestaltung	Indikator: Zahl der Initiativen zur Förderung von Begegnung und Austausch zwischen BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen und dem sozialen Umfeld Beschreibung: Zahl der gemeinsamen Initiativen im letzten Jahr (Indikator der Lebensqualität Nr. 61) Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf die Integration in die Gemeinschaft und Sinnstiftung	+	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 83
	Indikator: Durchschnittliche Anzahl der Bewohner, die freiwillig an organisierten sozialen Aktivitäten teilnehmen Beschreibung: Zähler: Zahl der TeilnehmerInnen an sozialen Aktivitäten, Nenner: Gesamtzahl der angebotenen / organisierten Aktivitäten (Indikator der Lebensqualität Nr. 62) Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf den Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen zu Mitbewohnern	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, S. 84
Pflege	Indikator: Anteil der Angehörigen / Freunde, die angeben, bei Entscheidungen über die Pflege und Betreuung des Bewohners beteiligt zu werden Beschreibung: Zähler: Anzahl der Angehörigen / Freunde, die angeben, „gewöhnlich“ oder „immer“ in Entscheidungen eingebunden zu sein; Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen / Freunde Kommentar: Dieser Indikator kann in Konflikt zur Selbstbestimmung des Bewohners geraten, insbesondere dann, wenn Angehörige und Freunde in Pflegeentscheidungen eingebunden werden anstatt der Einbindung des Bewohners selbst. Die Förderung sozialer Teilhabe kann somit in Konflikt zur Selbstbestimmung und Autonomie geraten.	***	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 58, S. 81 (entnommen aus Faulkner et al. 2006, Care profiles, Item 2)

Hauswirtschaftliche Versorgung	---		
Personal	<p>Indikator: Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht</p> <p>Beschreibung: Durch diesen Indikator soll ermittelt werden, ob das Bedürfnis der Bewohner gedeckt ist, dass ihnen genügend Zeit der Mitarbeiter zur Verfügung steht. Im Vordergrund steht die Erfüllung des Bedürfnisses nach sozialen Kontakten. Der Indikator bezieht sich auf den Anteil positiver Antworten zur Bedürfnisdeckung an allen gültigen Antworten der Bewohnerschaft und der Angehörigen. Nenner: Anzahl der positiven Antworten auf die Frage „Haben die Mitarbeiter genügend Zeit für Sie?“ (entsprechend angepasst für den Angehörigen), Nenner: Alle gültigen Antworten der Bewohner und/oder der Angehörigen</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich nicht ganz explizit auf die Förderung der sozialen Teilhabe, auch wenn die Autoren die Kommunikation zwischen dem Bewohner und dem Personal hier als das wichtigste Element erachten. Vor diesem Hintergrund wurde dieser Indikator in die Merkmalsbeschreibung soziale Teilhabe aufgenommen</p>	*/**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 212ff
Essen & Trinken	---		
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	<p>Indikator: Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug</p> <p>Beschreibung: Anteil der Bewohner, bei denen innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt und ausgewertet wurde. Integrationsgespräche sind definiert als Gespräche, die mit dem Zweck geführt werden, dass Bewohner sich schnell im Heim einleben. Nenner: Bewohner mit durchgeführtem und ausgewerteten Integrationsgespräch; Zähler: Gesamtzahl der befragten Bewohner.</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich nicht ausdrücklich auf die soziale Teilhabe, sondern ebenfalls auf die Erhebung besonderer Pflegebedarfe und -wünsche. Trotz dessen wurde er in diese Merkmalsbeschreibung aufgenommen, da soziale Integration des Bewohners einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität und des sozialen Wohlbefindens darstellt.</p>	+	Wingenfeld & Engels 2011, S. 133ff
Soziale Teilhabe: Übergreifende Fragen	---		

5 Sicherheit als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung

5.1 Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung

Schutz und Sicherheit bilden zentrale Konzepte der Lebensqualität, die in der allgemeinen Lebensqualitätsforschung als auch der Diskussion um Lebensqualität in der stationären Pflege einen wichtigen Platz einnehmen. Sicherheit – repräsentiert durch eine Vielzahl verschiedener Aspekte – findet sich auch in theoriebasierten Modellen der Lebensqualität für die stationäre Pflege wieder und stellt einen wichtigen Bestandteil der Lebensqualität aus Sicht von Pflegeheimbewohnern dar. In der

Literatur wird Sicherheit allerdings auch kritisch betrachtet – sei es aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, indem Sicherheit als wichtiger Wert einer inzwischen „vergangenen“ Gesellschaftsform diskutiert wird, sei es aus pflegerischer Perspektive, indem Sicherheit als die „technische“ und an medizinisch-pflegerischen Standards definierten Pflegequalität den Vorstellungen von individueller Lebensqualität entgegengesetzt wird.

Während frühere Ansätze Sicherheit im stationären Setting mit der Beschaffenheit der Wohn- und Pflegeumwelt, mit materieller Absicherung und generell der Versorgung mit Ressourcen assoziierten, unterscheiden aktuelle Ansätze zwischen einer stärker psychologisch orientierten sowie einer stärker physiologisch orientierten Dimension von Sicherheit. Während die psychologische Dimension das subjektive Gefühl der Sicherheit und des Schutzes, die Gewissheit über die Gültigkeit bestimmter Regeln, das Erleben von Verlässlichkeit, Kontinuität und Schutz vor Willkür sowie Vertrauen in die professionellen und personalen Kompetenz der Pflegekräfte umfasst, bezieht sich die physische Dimension der Sicherheit auf das Gefühl des körperlichen Wohlbefindens, das sich durch Freisein von Schmerzen, eine angemessene körperliche Position sowie Ungestörtheit durch unangenehme Umwelteinflüsse beschreiben lässt. Darüber hinaus lassen sich weitere Aspekte der Sicherheit nennen, wie z.B. Sicherheit durch Informiertheit, über Schutz des privaten (Wohn-)Bereiches sowie eine Passung zwischen der materiellen Wohnumwelt und den Kompetenzen der Bewohner – ein Aspekt, der für Menschen mit Demenz eine besondere Bedeutung hat.

5.2 Literaturlage zur Sicherheit

Schutz und Sicherheit stellen zentrale Ziele wohlfahrtsstaatlicher Versorgung und wichtige Elemente der Lebensqualität der Bürger dar. Nach Bulmahn (2000) gehören dazu u.a. die öffentliche und soziale Sicherheit sowie Schutz des privaten Eigentums. Aus der Diskussion um Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen weist wiederum Seifert (2006) auf die zentrale Bedeutung persönlicher Sicherheit als einem wichtigen Aspekt des körperlichen Wohlbefindens hin. Aus bedürfnistheoretischer Sicht gilt Sicherheit als ein Grundbedürfnis, dessen Erfüllung die Voraussetzung für die Realisierung höherer Bedürfnisse, z.B. nach persönlicher Entwicklung, darstellt. Hinter der Vorstellung von Sicherheit verbirgt sich eine Reihe von Einzelaspekten, wie z.B. der **Wunsch nach Stabilität und Zuverlässigkeit, nach (einklagbaren) Regeln bzw. einer die eigenen Rechte schützenden Ordnung, nach Gesetzen und Grenzen, nach Freiheit von Angst und Bedrohung sowie nach Schutz des persönlichen Eigentums, der Gesundheit und der Existenz.** Aus den Ansätzen der Lebensqualität in der stationären Pflege lässt sich keine einheitliche Vorstellung von Sicherheit entnehmen. Dennoch bieten erprobte Lebensqualitätsinstrumente als auch Ergebnisse empirischer Forschung einige Ansatzpunkte, die für die Definition von Sicherheit als Merkmal der Lebensqualität in der stationären Pflege abgeleitet werden können.

Ausgehend vom theoretischen Verständnis menschlicher Bedürfnisse nach A. Maslow, entwickelte Faulk (1988) ein Modell der Lebensqualität für den stationären Kontext, das sich am Ansatz der Lebensqualität für Menschen mit geistiger Behinderung (Tyne 1985) orientierte und Sicherheits- und Schutzbedürfnisse als eine von zwei Dimensionen, die an der Versorgung mit materiellen Ressourcen beruhen, berücksichtigte. Nach dieser Konzeption generiert die Realisierung höherer Bedürfnisse grundsätzlich mehr Lebensqualität als die Erfüllung grundlegender Bedürfnisse, zu denen das Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit zählt. Aus der Sicht von Faulk (1988) bezieht sich Sicherheit als Aspekt der Lebensqualität in der stationären Pflege überwiegend auf die **Versorgung mit materiellen Ressourcen bzw. auf die Beschaffenheit der Pflegeumgebung.** Hierzu gehören z.B. die konkreten

Lebens- und Wohnbedingungen in der Einrichtung, die Einrichtungsgröße, Kosten, Fairness im Umgang mit Pflegekräften, eine ausreichende materielle Absicherung sowie Privatheit.

Im Vergleich zu dem von Faulk (1988) entwickelten Modell unterscheiden sich neuere Ansätze der Lebensqualität darin, wie sie Sicherheit definieren. So lässt sich im Rahmen des von Kane entwickelten Konzeptes der Lebensqualität (Kane 2001) eine stärker psychologisch orientierte von einer stärker physiologisch orientierten Dimension der Sicherheit in der stationären Pflege abgrenzen. Die **psychologisch orientierte Dimension der Sicherheit** umfasst aus der Perspektive der Lebensqualität mehrere zentrale Bereiche: ein **subjektives Gefühl der Sicherheit** und des **Schutzes** (im Sinne des Sich-Geschützt-Fühlens) sowie die Gewissheit über die Gültigkeit einer bestimmten **Ordnung, verbunden mit Regeln**, die **Verlässlichkeit** und **Schutz vor Willkür** garantieren.⁵¹ Das subjektive Sicherheitsgefühl beruht u.a. auf dem Vertrauen in die (Lebens-)Umwelt, in der akzeptierte Regeln eines gegenseitigen Umgangs miteinander herrschen, die den Bewohnern vertraut und für sie verständlich sind. Das Gegenteil wäre eine Lebenswelt, in der Regellosigkeit, Unvorhersagbarkeit von Ereignissen sowie Gefühle latenter Bedrohung vordergründig wären. Die stärker **physiologisch ausgerichtete Dimension der Lebensqualität** umfasst ebenfalls eine Reihe von Einzelaspekten und gilt als grundlegende Voraussetzung der Lebensqualität. Nach Kane (2001) zählen dazu **physischer Komfort bzw. körperliches Wohlbefinden**, die sich u.a. durch Freisein von Schmerzen, eine angenehm temperierte Umgebung, eine angemessene körperliche Position sowie Ungestörtheit durch unangenehme Gerüche beschreiben lassen. Die körperliche Dimension der Sicherheit umfasst darüber hinaus die **Gewissheit, dass Notfälle, wie Schmerzen oder körperliches Unbehagen, seitens der Pflegekräfte wahrgenommen und rechtzeitig behoben werden**. Auf die besondere Bedeutung des körperlichen Wohlbefindens weisen auch Zimmermann und Bowers (2001, S. 240) hin. So gehen sie davon aus, dass ein starkes körperliches Unwohlsein, insbesondere im Falle starker Schmerzen, derart ausgeprägt sein kann, dass diese Dimension die individuelle Lebensqualität vollständig dominiert. Dies darf allerdings nicht in der Weise gedeutet werden, dass körperliches Wohlbefinden den wichtigsten Bereich der Lebensqualität darstellt, sondern zeigt vielmehr, wie stark die Verflechtung zwischen Pflegequalität und Lebensqualität bei fortschreitender Pflegebedürftigkeit ist.⁵²

Damit verbunden ist ein weiterer Aspekt, welcher der psychologischen Dimension von Sicherheit zugeordnet werden kann, sich jedoch auf **wahrgenommene Merkmale des Personals** bezieht, und **Verlässlichkeit** sowie **Vertrauen in die professionelle und personale Kompetenz der Pflegekräfte** umfasst (Kane 2001). Diesen Aspekt der Sicherheit betonen auch Estermann und Kneubühler (2008), aus deren Sicht Sicherheit einen wichtigen Faktor bzw. Bereich der Lebensqualität in Alters- und Pflegeheimen darstellt. Im Rahmen ihres eigens entwickelten Instrumentes zur Messung subjektiver Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen beziehen sie Sicherheit auf die verschiedenen

⁵¹ Auf die Bedeutung von Rechten, sowohl Menschenrechten als auch gesetzlich garantierten Rechten, als einem eigenen Bereich der Lebensqualität, weisen Wang et al. (2010) bei der Suche nach einem geeigneten Modell der Lebensqualität für Menschen mit geistiger Behinderung hin. Während Menschenrechte bereits in den Merkmalen „Selbstbestimmung“ und „Würde“ impliziert sind, beinhaltet Sicherheit aus Sicht der Lebensqualitätsforschung etwas anderes als das Recht z.B. auf körperliche Unversehrtheit. Es geht vielmehr darum, dass Bewohner ein Gefühl der Sicherheit und Verlässlichkeit aufgrund „gelebter“ Rechte entwickeln können.

⁵² An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass körperliches bzw. physisches Wohlbefinden seitens einiger Autoren unter dem Merkmal des „Wohlbefindens“ gefasst wird (z.B. Oswald et al. 2014). In dieser Beschreibung wird jedoch davon ausgegangen, dass körperliches Wohlbefinden ein Teilkriterium des Merkmals „Sicherheit“ ist.

Leistungsbereiche der Einrichtung, die sie in zwei Gruppen: „Hilfe und Betreuung“ sowie „Umgebung und Essen“ bündeln. Im o.g. Fragebogen werden pro Unterstützungs- bzw. Leistungsbereich drei Fragen gestellt, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden müssen. Im Leistungsbereich „Hilfe und Betreuung“ wird Sicherheit bspw. daran festgemacht, ob Bewohner auf Hilfe warten müssen, ob das Personal oft wechselt und ob sich zu viele Pflegenden um einen Bewohner kümmern. Sicherheit bezieht sich demnach auf die subjektive Wahrnehmung einer **rechtzeitigen, zuverlässigen und kontinuierlichen Pflege und Betreuung aus Sicht des Bewohners**. Bezogen auf den Leistungsbereich „Umgebung und Essen“ wird Sicherheit daran festgemacht, ob Bewohner über das Essensangebot informiert sind, ob sie Angst im Heim haben und ob sie ihr eigenes Zimmer abschließen können. Im Vordergrund steht hier die **Sicherheit durch Informiertheit**, durch den **Schutz des privaten (Wohn-)Bereiches** sowie durch das **nicht Vorhandensein von Angst**. Die Wichtigkeit des **Vertrauens in das Personal** betonen ebenfalls Zimmerman und Bowers (2001, S. 238f), das sie als positives Ergebnis einer guten Versorgung sehen. Vertrauen gründet auf dem Glauben, gut versorgt zu sein und sich auf das Personal verlassen zu können. Das Gegenteil wäre Furcht vor Unberechenbarkeit, gar **Angst vor Viktimisierung**, d.h. die Sorge, Opfer verbaler und/oder physischer Gewalt zu werden. Sie stellt – im Gegensatz zu positiven Outcomes – ein negatives Kennzeichen der Lebensqualität dar, allerdings eines, dessen Bedeutung im Rahmen qualitativer Interviews häufig betont wurde, aktuell allerdings als zu wenig erforscht gelten kann (Zimmerman & Bowers 2001).

Eine besondere Relevanz kommt der Sicherheit als Merkmal der Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu. Ausgehend von dem Ansatz der Lebensqualität nach Lawton (1991) werden Aspekte der Sicherheit den **objektiven Merkmalen der räumlichen bzw. materiellen Umwelt** zugeschrieben. Diese Definition von Sicherheit zeigt sich beispielhaft im Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.). Im Rahmen der Erhebung werden allgemeine und öffentliche Räumlichkeiten des Wohnbereichs u.a. unter den Aspekten "Sicherheit und Orientierung" (insgesamt acht Aspekte) bewertet. Auch die individuelle Wohnumwelt, d.h. das Zimmer und das Bad des Bewohners, werden anhand der Kriterien "Sicherheit und Orientierung des Bewohnerzimmers" (sechs Aspekte) sowie "Sicherheit des Bewohnerbades" (fünf Aspekte) beurteilt (Becker et al. 2011). Sicherheit wird somit als **Passung zwischen den (noch vorhandenen) Kompetenzen des Bewohners und den Anforderungen der objektiven physischen Umwelt** verstanden.

Die Darstellung der zentralen inhaltlichen Bereiche der Sicherheit als Merkmal der Lebensqualität in der stationären Pflege weist auf inhaltliche Nähe bzw. **Überschneidungen mit den Merkmalen Selbstbestimmung** sowie **Wohlbefinden** hin. Ein Aspekt der Sicherheit, der besondere Bezüge zur Selbstbestimmung aufweist, ist der **Grad der Informiertheit**, der dort als Kennzeichen informationaler Selbstbestimmung betrachtet wird. Eine inhaltliche Nähe zum Wohlbefinden haben wiederum **Ängste, Sorgen und Befürchtungen**, die generell in Definitionen des emotionalen Wohlbefindens zu finden sind. Während das Erleben von Gefühlszuständen in den Modellen emotionalen Wohlbefindens jedoch eher allgemein betrachtet und selten auf konkrete Leistungsbereiche der Einrichtung bezogen wird, stellt z.B. die Angst vor der Willkür in der Pflege eine spezifische Angst dar, die sich ggf. auf bereits Erlebtes stützt und auf konkrete Gegebenheiten in der Einrichtung bezogen werden kann.

Aspekte der Sicherheit, insbesondere der **Sicherheit** im Sinne der an medizinischen Standards orientierten Pflege, werden in der wissenschaftlichen Literatur teilweise **als Konkurrenz zur Lebensqualität** betrachtet. So kritisiert bspw. Kane (2001) eine zu stark an Sicherheitsaspekten

orientierte Diskussion um Pflege(-qualität) und plädiert dafür, Lebensqualität als mindestens gleichwertig zu betrachten. Aus der Sicht von Murphy et al. (2006, S. 227) besteht in der stationären Pflege ein grundsätzliches Dilemma zwischen der Förderung von **Sicherheit im Sinne körperlicher Unversehrtheit** einerseits und der Förderung von Selbstbestimmung andererseits. Im Mittelpunkt des Dilemmas steht die Frage nach dem Ausmaß des akzeptablen Risikos, das u.a. sturzgefährdete Bewohner eingehen, wenn sie nach Mobilität und Bewegung streben. Die Autoren plädieren dafür, dass Bewohner selbst bestimmen sollten, welche Risiken sie eingehen und dass Selbstbestimmung nicht auf Kosten der Sicherheit eingeschränkt werden darf.⁵³ Als verantwortlich für die Konkurrenz zwischen Sicherheit und Lebensqualität betrachtet Kane (2001) politische Bemühungen, Verbesserungen in der Pflege ausschließlich durch Verbesserungen der Pflegequalität – gemessen an medizinisch-pflegerischen Qualitätsstandards – zu unterstützen. Dazu gehört es auch, Aspekte der Lebensqualität, wie Selbstbestimmung, Würde und Wohlbefinden zu vernachlässigen bzw. sie nur dann als erstrebenswert zu betrachten, wenn Standards einer hochwertigen körperlich-medizinischen Pflege realisiert wurden. Nach Kane sollte die Verbesserung von Lebensqualität Vorrang vor Gesundheit und Sicherheit haben, d.h. Einrichtungen sollten ein höchstmögliches Ausmaß an Lebensqualität anstreben, das konsistent mit Aspekten körperlicher Unversehrtheit und Sicherheit ist.

Eine Polarisierung zwischen Sicherheit und Lebensqualität findet sich auch in der Diskussion um die Rolle des Wohlfahrtsstaates sowie in der damit verbundenen Debatte um den gesellschaftlichen Wandel wieder. So grenzt z.B. Inglehart (1989) Sicherheit von Lebensqualität ab und schreibt die erstere materialistischen Werten zu, die in der aktuellen, da postmaterialistischen und nach individueller Lebensqualität strebenden Gesellschaft in den Hintergrund getreten sind. Anstatt der als physisch und somit existenziell definierten Sicherheit tritt das Streben nach Selbstverwirklichung in den Vordergrund. Dies bedeutet keinesfalls, dass Sicherheit gänzlich an Bedeutung verloren hätte – sie wird nach wie vor positiv bewertet - ihre Bedeutung ist aber in Relation zu anderen Werten geringer als früher. Auch Sass (1990) macht darauf aufmerksam, dass ein versorgender Wohlfahrtsstaat, der Unterstützungsbedarfe seiner Bürger – insbesondere im Hinblick auf die Schaffung von mehr Sicherheit – selber definiert, der rechtsstaatlich garantierten „individuelle(n, d.A.) Selbstbestimmung über Lebensqualität und Lebensziele“ im Wege stehen kann.

Während die o.g. Autoren eine Konkurrenz zwischen Sicherheit und Lebensqualität in der wohlfahrtsstaatlichen Versorgung im Allgemeinen und der Pflege im Speziellen sehen, lösen Zimmerman und Bowers (2001) den Konflikt auf, indem sie Pflege- und Lebensqualität als stark miteinander verwobene und sich gegenseitig beeinflussende Bereiche betrachten, die isoliert nicht realisierbar sind. Der auf Polarisierung gerichtete Blick verdeckt vielmehr die gegenseitige Abhängigkeit guter Pflege und guter Lebensqualität und er übersieht, dass Selbstbestimmung, Würde, Zufriedenheit und Wohlbefinden erst dann möglich sind, wenn Sicherheit – sei es auf der physischen als auch der psychischen Ebene und insbesondere in der Zukunft – garantiert werden kann.

5.3 Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?

Werden Kennzeichen der Lebensqualität als Outcomes zur Bewertung von Interventionseffekten eingesetzt, stellt sich die Frage, von welchen „interventionsfremden“ und ggf. stabilen Faktoren

⁵³ Für eine weiterführende Diskussion vgl. z.B. das Projekt ReduFix (www.redufix.de).

subjektive Einschätzungen der Lebensqualität beeinflusst werden (können). Studien zur Lebensqualität konnten zeigen, dass Persönlichkeitsmerkmale unter Umständen einen Einfluss auf Angaben zur Lebensqualität haben können. Wissenschaftliche Literatur zeigt, dass je globaler und lebensbereichsübergreifender erfragte Kennzeichen der Lebensqualität sind (wie z.B. im Fall von Lebenszufriedenheit), umso größer die Gefahr, dass Merkmale der Persönlichkeit Lebensqualitätsurteile beeinflussen.⁵⁴ Im Zusammenhang mit etablierten Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität in der stationären Pflege machen nur Kane et al. (2004) Angaben zum Einfluss der Persönlichkeit auf einzelne Dimensionen der Lebensqualität. Die Autoren zeigen, dass neben der Dimension des spirituellen Wohlbefindens und der Dimension der Individualität auch die Dimension Sicherheit durch Persönlichkeitseigenschaften teilweise beeinflusst wurde. Da neuere Forschungsergebnisse zu diesem Zusammenhang nicht vorliegen, wäre bei der Entwicklung künftiger Instrumente, die Aspekte der Sicherheit erfassen, zu überprüfen, welche dieser Aspekte durch bestimmte Merkmale der Persönlichkeit beeinflusst werden, um sie ggf. aus Befragungen auszuschließen.

5.4 Beispiele aus der Forschung

Aus Sicht der nutzerorientierten Forschung zeigt sich, dass Sicherheit einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität aus Sicht von Pflegeheimbewohnern bildet. Dies zeigen u.a. Ergebnisse der Literaturanalyse von Josat et al. (2006, S. 82). Auch in einer von Curry und Stark (2000) durchgeführten Befragung in Altenheimen wurde deutlich, dass Sicherheit für Bewohner eine hohe Relevanz hatte und mit 53% fast genauso wichtig war wie Empathie (50% der Bewohner fanden sie relevant). Sicherheitsbezogene Aspekte fanden sich zudem innerhalb weiterer Kategorien wieder, z.B. bei Beschreibungen wichtiger Eigenschaften des Personals, wobei für 37% der Befragten Verlässlichkeit als besonders relevant galt (ebenda). Als deutlich unterlegen im Vergleich zu anderen Merkmalen der Lebensqualität erwies sich Sicherheit im Rahmen einer Studie von Berglund und Ericsson (2003). Vor allem im Rahmen offener Befragungen war offensichtlich, dass für Pflegeheimbewohner andere Aspekte der Lebensqualität relevanter waren. Nach einer Kategorisierung und Quantifizierung der offenen Antworten erwies sich Sicherheit als neuntwichtigste Kategorie (von insgesamt zwölf als relevant bezeichneten Kategorien) für Bewohner, während sie für Pflegekräfte auf dem fünften Platz der Rangliste stand. In den zur Entwicklung des Instrumentes INSEL (= Instrument zur Praxisnahen Erfassung von Lebensqualität) (Oswald et al. 2014) durchgeführten Befragungen von Pflegeheimbewohnern und Personal standen Aspekte der Sicherheit auf dem fünftwichtigsten Platz – sowohl aus Sicht der Bewohner als auch des befragten Personals (ebenda, S. 56). Für ca. 79% der Bewohner und ca. 84% der befragten Kräfte war Sicherheit sogar sehr wichtig (ebenda, S. 59).

Dabei wird Sicherheit seitens der Bewohner mit verschiedenen Aspekten der Lebensqualität assoziiert. In einer Befragung von Pflegeheimbewohnern zeigte sich, dass sie Sicherheit zum Teil mit Wohlbefinden assoziierten, zum Teil aber auch als eine Eigenschaft des Personals betrachteten, wobei sie diese im zweiten Fall anhand von Attributen wie Professionalität und Verlässlichkeit festmachten (Curry & Stark 2000). Die im Vorfeld der Entwicklung des Instrumentes INSEL (Oswald et al. 2014) stattgefundenen qualitativen Befragungen konnten einen Einblick in die Subdimensionen des dort eingeführten übergeordneten Bereiches „Sicherheit“ als Merkmal der Lebensqualität geben.

⁵⁴ Zur allgemeinen Diskussion über den Einfluss der Persönlichkeit auf Lebensqualität vgl. z.B. Diener (1996) und Veenhoven (1998).

Die Bewohner nannten hier das Gefühl allgemeiner Unsicherheit, die finanzielle Sicherheit, den Schutz eigener Gegenstände, z.B. gegen Diebstahl, körperliche Sicherheit sowie die (Un-)Sicherheit vermittelt durch das Personal oder Angehörige (ebenda, S. 65). Im Rahmen der Arbeiten zur Entwicklung des Fragebogens QUISTA (= Messung von subjektiver Lebensqualität in der stationären Pflege) extrahieren die Autoren (Schenk et al. 2013) insgesamt 10 Dimensionen der Lebensqualität, u.a. eine Dimension, die auf Sicherheit fokussiert. Dabei zeigen die Analysen, dass unter dem Aspekt der Sicherheit zwei Unterdimensionen bzw. bedeutsame Teilaspekte vorhanden waren. So war es den Befragten einerseits wichtig, finanziell abgesichert und unabhängig zu sein (finanzielle Sicherheit); andererseits empfanden sie es als relevant, sicher und geschützt zu sein bzw. sich dementsprechend zu fühlen. Das Gefühl des Geschützt-Seins und der Sicherheit verbanden sie wiederum mit „gesundheitsbezogener bzw. körperlicher Sicherheit“, die dadurch zum Ausdruck kam, dass sie sich um die eigene Versorgung keine Sorgen machen mussten, sie in Notfällen die Gewissheit hatten, jemanden, der sich sorgt, in unmittelbarer Nähe zu haben, und dass sie sich geschützt und behütet fühlten (Schenk et al. 2013, S. 2935). Die von Schenk et al. (2013) ermittelten Aspekte spielen auch für Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle, wenn es um deren eigene Lebensqualität geht. So zeigen Dröes et al. (2006) in einer Befragung demenzkranker Menschen, dass sie Sicherheit im Sinne einer verlässlichen und guten Versorgung für sehr relevant erachten, insbesondere Anbetracht des Voranschreitens der Erkrankung. Sich auf Pflegende verlassen zu können, den eigenen Körper, persönliche Gegenstände und das eigene Leben in „guten“ Händen zu wissen sowie geschützt und sicher zu sein, sind Aspekte der Lebensqualität, die für die Befragten die höchste Relevanz haben.

Betrachtet man operationale Definitionen der Sicherheit, die als Grundlage der aktuellen Messinstrumente der Lebensqualität und/oder Zufriedenheit in der stationären Pflege verwendet werden, zeigt sich, dass Sicherheit unterschiedlichen Vorstellungen des Konstruktes folgt. In dem in Großbritannien entwickelten Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT), einem Befragungsinstrument zur Messung der Lebensqualität Erwachsener im stationären Setting, bezieht sich Sicherheit (als eine von neun Dimensionen) auf das Sicherheitsempfinden innerhalb und außerhalb der Einrichtung, wobei darunter die Freiheit von Angst vor anderen Menschen, Stürzen und Verletzungen verstanden wird (Netten et al. 2011). In dem von Kane et al. (2004) maßgeblich beeinflussten Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview, dem ein Fokus auf Lebensqualität zugrunde liegt, bezieht sich eine von insgesamt 11 Dimensionen explizit auf Sicherheit. Sie wird verstanden als ein allgemeines Sicherheitsgefühl innerhalb der Einrichtung sowie der Schutz persönlicher Gegenstände und der Kleidung. Widmet man sich den Befragungen zur Patienten-, Konsumenten- oder Bewohnerzufriedenheit, so zeigen Jeon et al. (2012) im Rahmen ihrer Inhaltsanalyse von Zufriedenheitsinstrumenten, dass Sicherheit dort als ein wichtiges Merkmal der Zufriedenheit betrachtet wird. Dabei fällt auf, dass acht der insgesamt zehnt analysierten Instrumente Sicherheit im Zusammenhang mit dem Wohnbereich betrachten, wobei zwei Aspekte besonders betont wurden: die Sicherheit in der Wohnumgebung sowie der Schutz persönlicher Gegenstände. In Deutschland gibt es bisher keine repräsentativen Untersuchungen zu der tatsächlich wahrgenommenen Sicherheit von Pflegeheimbewohnern. Laut einer von Bartholomeyczik und Schrems (2004) in Frankfurter Altenheimen durchgeführten Befragung wurde ein sehr hohes Gefühl der Sicherheit berichtet. So gaben 83% bis 91% der Bewohner an, sich in dem Heim, in dem sie lebten, sicher zu fühlen.

5.5 Kriterien und Indikatoren der Sicherheit als Kennzeichen der Lebensqualität

5.5.1 Kriterien der Sicherheit Teilhabe als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Kriterien	Art der Messung ⁵⁵	Quelle(n) ⁵⁶
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	Körperliches und psychisches Wohlbefinden: Bewohnern geht es körperlich und seelisch gut; sie haben keine Schmerzen, frieren und schwitzen nicht und sind so angezogen, wie sie es gerne haben. Kommentar: Diese Kriterien entstammen einer offenen Frage, die sich sowohl auf körperliches als auch psychisches Wohlbefinden bezieht. Sie wurde in die Sammlung von Kriterien der Sicherheit aufgenommen auf der Grundlage der Erfassung des körperlichen Wohlbefindens und seiner Auswirkungen auf psychisches Wohlergehen.	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 129, INSEL, Frage 1
	Sicherheit: Bewohner ist der Meinung, dass für seine körperliche Sicherheit gesorgt wird, dass er bei Bedarf schnell Hilfe bekommt. Kommentar: Dieses Kriterium entstammt einer offenen Frage, die sich auf verschiedene Aspekte der Sicherheit bezieht. Das hier dargestellte Kriterium bezieht sich konkret auf Sicherheit in Bezug auf erwartete Zuverlässigkeit von Hilfe und Vertrauen in körperliche Unversehrtheit.	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 130, Fragebogen INSEL, Frage 2
	Bewohner müssen nicht frieren. Bewohner müssen keine unnötigen Schmerzen aushalten. Bewohner müssen keine Schmerzen erleiden aufgrund eines zu langen Verbleibs in einer Position. Bewohner müssen sich nicht über störende Geräusche ärgern.	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Komfort, Items 1, 2, 3 und 4
	Das Zimmer des Bewohners ist gut/angenehm temperiert	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 38
Soziale Beziehungen	---		
Wohnen	Bewohner verfügt über ausgewählte Sicherheitsvorkehrungen, wenn er sie aus subjektiver Sicht benötigt (fest installiertes Alarmsystem, mobiles Alarmsystem, andere Sicherheitstechnik oder Wohnraumanpassung)	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 1 (a bis d)
	Sicherheit: Bewohner fühlt sich in der Umgebung, in der er lebt, sicher. Kommentar: Dieses Kriterium entstammt einer offenen Frage, die sich auf verschiedene Aspekte der Sicherheit bezieht. Das hier dargestellte	** (****)	Oswald et al. 2014, S.130;

⁵⁵ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

⁵⁶ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

	Kriterium bezieht sich konkret auf Sicherheit in Bezug auf Wohnen.		INSEL, Frage 2
	Sicherheit: Bewohner ist der Meinung, dass seine persönlichen Dinge vor Verlust (Diebstahl) oder Beschädigung geschützt sind. Kommentar: Dieses Kriterium entstammt einer offenen Frage, die sich auf verschiedene Aspekte der Sicherheit bezieht. Das hier dargestellte Kriterium bezieht sich konkret auf Sicherheit der persönlichen Gegenstände.	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 130, INSEL, Frage 2
	Bewohner hat die Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen	**	Wingenfeld et al. 2011
	Bewohner fühlt sich in der Einrichtung sicher	*	ActiZ et al. 2007, S. 62, Indikator 8.1, Frage 64
	Bewohner macht sich Sorgen über Diebstahl	*	ActiZ et al. 2007, S. 62, Indikator 8.1, Frage 66
	Die persönlichen Gegenstände des Bewohners sind aus seiner Sicht in der Einrichtung sicher; Bewohner fühlt sich in der Einrichtung sicher	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Sicherheit, Items 31 und 33
	Persönliche Gegenstände (z.B. Kleidung, Zahnbürste, Seife) können jede Zeit erreicht werden	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
	Persönliche Gegenstände können so behütet werden, wie der Bewohner es möchte	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012)
Aktivitäten / Tagesgestaltung	---		
Pflege	Es gibt eine (haupt-)verantwortliche Person für die Pflege	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT

			stationär, Frage 48
	Pflegekräfte haben ausreichend Zeit für Bewohner	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 50
	Pflegekräfte gelten aus Sicht der Bewohner als ehrlich und vertrauenswürdig	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 52
	Pflege(fach)kräfte arbeiten aus Sicht der Bewohner professionell	*	ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 18
	Medizinische Pflege wird aus Sicht der Bewohner /der Angehörigen professionell ausgeführt	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 19
	Verschiedene Pflege(fach)kräfte kooperieren aus Sicht der Bewohner /der Angehörigen gut miteinander /sprechen sich ab	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 20
	Pflegekräfte sind über die Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Probleme der Bewohner aus Sicht der Bewohner /der Angehörigen gut informiert	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 22
	Bewohner bekommen ausreichend Informationen (Name des Medikamentes, seine Wirkungen, Nebenwirkungen) über Medikamente, die sie neu erhalten	*	ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 26
	Pflegekräfte haben genug Zeit für den Bewohner	*	ActiZ et al. 2007, S. 65, Indikator 9.1, Frage 42
	Pflegekräfte reagieren innerhalb von 5 Minuten, nachdem Bewohner sie gerufen haben	*	ActiZ et al. 2007, S. 65, Indikator 9.1, Frage 65
	Bewohner werden von ihren Pflegekräften ausreichend über ihre Pflege informiert	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 49
	Bewohner verfügen über eine unterzeichnete schriftliche Vereinbarung über die zu erhaltene Pflege	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 29,

			Indikator 1.1, Frage 27
	Bewohner erhalten gute und verständliche Beratung bzw. Informationen über pflegerische und medizinischen Versorgung	*	Jeon et al. 2012
	Angehörige wurden über die Rechte der Pflegebedürftigen unter besonderer Berücksichtigung freiheitsentziehender Maßnahmen informiert	***	ActiZ et al. 2007, S. 53, Indikator 4.13, Frage 52
	Die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen wurde mit Angehörigen abgesprochen	***	ActiZ et al. 2007, S. 53, Indikator 4.13, Frage 53
	Pflegekräfte informieren den Bewohner adäquat über seine medizinische Versorgung und Behandlung	*	Straker et al. 2007, S. 96, Frage 47
Hauswirtschaftliche Versorgung	Die Kleidungsstücke des Bewohners gehen nicht verloren während der Wünsche und werden nicht beschädigt	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Security, Item 32
Personal	Wenn Bewohner Hilfe braucht, muss er nicht zu lange warten	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 46
	Inkontinenzprodukte werden rechtzeitig gewechselt	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 34, Indikator 3.1, Frage 17
	Bewohner erhalten rechtzeitig Unterstützung bei Toilettengängen	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 65, Indikator 9.1, Frage 14
	Es ist in der Einrichtung genügend Personal vorhanden (aus Sicht der Bewohner / Angehörigen)	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 65, Indikator 9.1, Frage 21
	Bewohner erhält schnelle Hilfe im Falle von Krankheit oder Schmerzen	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 65, Indikator 9.1, Frage 14

	Pflegekräfte und weiteres Personal (Physiotherapeuten, Ärzte, usw.) nehmen die gesundheitlichen Beschwerden des Bewohners ernst	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 24
	Pflegekräfte (Personal) behandeln persönliche Sachen der Bewohner mit Sorgfalt	***	ActiZ et al. 2007, S. 63, Indikator 8.2, Frage 41
	Für Fragen des Bewohners ist in der Verwaltung immer jemand erreichbar	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 27
	Das Personal überprüft regelmäßig, ob der Bewohner sich wohl fühlt	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 17
	Unter der Woche / an Wochenenden / an Abenden und nachts ist immer jemand vorhanden, um Hilfe leisten zu können	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 18, 19 und 20
	Bewohner hatte das Gefühl, zu lange auf seine Medizin warten zu müssen	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 21
Essen & Trinken	Das Personal erhält ein Trainingsangebot, das sich einer sicheren und angemessenen Art und Weise der Versorgung mit Essen und Getränken widmet, und verfügt über die Kompetenz, Bewohner sicher mit Mahlzeiten zu versorgen	Unklar	HIQA 2008, S. 27, Kriterium 19.12
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	---		
Sicherheit: Übergreifende Kriterien	Bewohner und/oder Angehörige haben eine feste Kontakt- bzw. Ansprechperson (Plegfachkraft oder leitende Person) in der Einrichtung	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 29, Indikator 1.1, Frage 38
	Die Einrichtung hält sich an schriftliche Vereinbarungen zur Pflege und Behandlung, die mit dem Bewohner getroffen wurden	*	ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 28
	Bewohner weiß, was er im Fall eines Brandes unternehmen soll	*	ActiZ et al. 2007, S. 62, Indikator 8.1, Frage 67
	Bewohner fühlt sich innerhalb und außerhalb der Einrichtung sicher. Er hat keine Angst vor anderen Menschen, keine Angst zu stürzen und keine Angst, verletzt zu werden.	*	Netten et al. 2011, Bereich „Personal Safety“
	Bewohner haben Zugang zu den Informationen, die sie für das tägliche Leben brauchen	*	Projekt „Care

			Keyes“, CLINT stationär, Frage 94
	Bewohner erhalten hinreichende Informationen über ihre Rechte als Bewohner (z.B. das Recht zur Mitbestimmung, Recht zur Beschwerde)	*	ActiZ et al. 2007, S. 32, Indikator 2.2, Frage 33
	Bewohner erhalten hinreichende Informationen über ihre Pflichten als Bewohner (z.B. Hausordnung, Kosten, Selbstbeteiligung)	*	ActiZ et al. 2007, S. 32, Indikator 2.2, Frage 33
	Bewohner erhalten hinreichend Informationen über Angebote der Einrichtung (z.B. Wahlmöglichkeiten für Bewohner, Pflege, Aktivitäten usw.)	*	ActiZ et al. 2007, S. 32, Indikator 2.2, Frage 32
	Bewohner erhalten hinreichende Informationen über den Umgang ihrer Einrichtung mit Selbstbestimmung am Lebensende	*	ActiZ et al. 2007, S. 32, Indikator 2.2, Frage 35
	Bewohner sind sicher, dass sie im Prozess des Sterbens seitens der Einrichtung und des Personals mit Sensibilität und Fürsorge behandelt werden. Kommentar: Ausgehend von den Angaben der Autoren stellt dieses Kennzeichen einen Indikator dar; da Angaben zur formalen Struktur des Indikators fehlen (keine Beschreibung von Nenner und Zähler), wird dies als Kriterium betrachtet.	Unklar	Magee et al. 2008, S. 84
	Bewohner erhalten hinreichende Informationen über den Bewohnerbeirat (z.B. seine Aufgaben, Erreichbarkeit)	*	ActiZ et al. 2007, S. 32, Indikator 2.2, Frage 36

5.5.2 Indikatoren der Sicherheit als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Indikatoren	Art der Messung ⁵⁷	Quelle(n) ⁵⁸
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	---		

⁵⁷ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich ggf. an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

⁵⁸ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

Soziale Beziehungen	---		
Wohnen	<p>Indikator: Wahrgenommene Sicherheit in der Einrichtung, das Ausmaß, in dem Bewohner ein sicheres Lebens- bzw. Wohnumfeld wahrnehmen</p> <p>Beschreibung: Der Indikator besteht insgesamt aus drei Items und wird in dieser Form nur an Bewohner (und nicht etwa an Angehörige) gerichtet; es geht um die Erfassung des subjektiven Sicherheitsgefühls im Hinblick auf Wohnen.</p>	*	ActiZ et al. 2007, S. 62, Indikator 8.1
	<p>Indikator: Privatheit (Bewohner-/Angehörigensicht)</p> <p>Beschreibung: Ausmaß der Möglichkeiten zur Wahrung der Privatheit anhand der Kriterien (a) Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen, (b) Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten, (c) Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern, (d) unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglichkeit. Anteil positiver Antworten zu den Möglichkeiten der Wahrung von Privatheit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht und aus Angehörigensicht.</p> <p>Kommentar: Innerhalb des Indexes zur Bildung des Indikators bezieht sich eine von vier Fragen auf Aspekte der räumlichen bzw. wohnbezogenen Gestaltung (Frage 1). Aus diesem Grund wird dieser Indikator ebenfalls anderen Lebensqualitätsbereichen („Personal“ und „Soziale Beziehungen“) – im Hinblick auf das Merkmal „Würde“ zugeordnet.</p>	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 70 + 205ff
Aktivitäten / Tagesgestaltung	---		
Pflege	<p>Indikator: Anteil der Bewohner mit einer zugeordneten Hauptpflegekraft</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der Bewohner mit einer zugeordneten Hauptpflegekraft; Nenner: Anzahl aller Bewohner</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf die Umsetzung von Bezugspflege. Aus Sicht der Bewohner und seiner Lebensqualität bezieht er sich auf Kontinuität der Pflege und der Pflegebeziehung. Hier wäre u.U. eine objektive Erfassung (auf Basis der Pflegedokumentation) möglich.</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 65, S. 87 (entnommen aus Magee et al. 2008)
	<p>Indikator: Wahrgenommene Erreichbarkeit / Zuverlässigkeit des (Pflege)Personals, das Ausmaß, in dem Bewohner / Angehörige zuverlässige und hinreichende Erreichbarkeit des Personals wahrnehmen</p> <p>Beschreibung: Der Indikator besteht aus fünf Items, die sich nicht ausschließlich auf die Pflegekräfte, sondern auch auf sonstiges Personal, das für Betreuungsaufgaben zuständig ist, beziehen</p>	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 65, Indikator 9.1
Hauswirtschaftliche Versorgung	---		
Personal	<p>Indikator: Anteil der Bewohner, die angeben, dass das vorhandene Personal nicht ausreicht, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden</p> <p>Beschreibung: Zähler: Anzahl der Bewohner, die angeben, dass</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt

	<p>„gewöhnlich“ oder „immer“ das vorhandene Personal nicht ausreicht; Nenner: Gesamtzahl der befragten Bewohner</p> <p>Kommentar: Der Indikator bezieht sich inhaltlich auf den subjektiven Zugang zur Versorgung bzw. die wahrgenommene Verlässlichkeit der Versorgung aus Sicht des Bedürfnisses nach Sicherheit</p>		<p>PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 43, S. 66 (entnommen aus NCHRDF 2007)</p>
	<p>Indikator: Anteil der Angehörigen / Freunde, die angeben, dass das Personal schnell reagiert, wenn Bewohner Hilfe anfordern</p> <p>Beschreibung: Zähler: Anzahl der Angehörigen / Freunde, die angeben, dass das Personal „gewöhnlich“ oder „immer“ schnell reagiert; Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen / Freunde</p>	***	<p>Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 55, S. 78 (entnommen aus Faulkner et al. 2006, Care profiles, Item 15)</p>
	<p>Indikator: Wahrgenommene Zuverlässigkeit des Personals; Ausmaß, in dem das Personal sorgfältig mit persönlichen Gegenständen der Bewohner umgeht aus Sicht der Angehörigen (Betreuer)</p> <p>Beschreibung/Kommentar: Der Indikator besteht aus einem einzigen Item.</p>	***	<p>ActiZ et al. 2007, S. 63, Indikator 8.2, Frage 41</p>
	<p>Indikator: Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht</p> <p>Beschreibung: Erfasst wird das Ausmaß ausreichender Unterstützung von Bewohnern mit einem Unterstützungsbedarf in den Bereichen: Stuhlgang und Wasserlassen, Positionswechsel im Bett, Aufstehen aus einem Stuhl oder Sessel, Mobilität oder allgemeiner Hilfebedarf. Zähler: Anzahl der positiven Antworten, Nenner: Anzahl aller gültigen Antworten.</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich zum Teil auf Aspekte der schnellen und zuverlässigen Unterstützung (z.B. das Item: „Bekommen Sie schnell genug Hilfe, wenn Sie aufstehen möchten?“ (S. 173), erfasst gleichzeitig auch Aspekte des körperlichen Wohlbefindens (z.B. das Item: „Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie zu lange sitzen bleiben mussten?“ (ebenda)). Da es im Rahmen der Itemgestaltung jedoch stärker um eine Bewertung der Unterstützungsleistung an sich geht und die Schilderung negativer Auswirkungen einer fehlenden oder lückenhaften Unterstützung auf körperliches Wohlbefinden einen ergänzenden Charakter haben, wurde dieser Indikator dem Bereich „Personal“ zugeordnet.</p>	*	<p>Wingenfeld & Engels 2011, S. 62 + S. 171ff (Indikator 4.3)</p>
	<p>Indikator: Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht</p> <p>Beschreibung: Der Indikator basiert auf einem Item, das entweder an Bewohner oder Angehörige gerichtet wird. Zähler: Anzahl positiver Antworten auf die Frage nach Mitarbeiterzeit, Nenner: Anzahl aller gültigen Antworten.</p>	**	<p>Wingenfeld & Engels 2011, S. 62 + S. 212ff (Indikator 5.9)</p>
Essen & Trinken	---		

Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	---		
Sicherheit: Übergreifende Fragen	<p>Indikator: Anteil der Bewohner, die sich im Pflegeheim sicher, geschützt und geborgen fühlen</p> <p>Beschreibung: Zähler: Anzahl der Bewohner, die sich „gewöhnlich“ oder „immer“ sicher und geborgen fühlen</p> <p>Kommentar: Auch, wenn das Gefühl der Geborgenheit ebenfalls einen Aspekt des Wohlbefindens bildet, steht bei diesem Indikator die Sicherheit im Vordergrund</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 48, S. 71 (entnommen aus Faulkner et al. 2006, Care profiles, Item 1)

6 Wohlbefinden als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung

6.1 Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung

Der **Begriff des Wohlbefindens** gilt in der Wissenschaft als eine Oberkategorie, hinter der sich verschiedene Sachverhalte verbergen. Während in einigen Fällen darunter das **psychische Wohlbefinden** im Sinne eines stark durch Emotionen bedingten Zustandes (= **emotionale Befindlichkeit**) verstanden wird, gilt in anderen Fällen auch das **physische Wohlbefinden** als Teil dieser Kategorie. In der Gesundheitsforschung wird Wohlbefinden wiederum mit **emotionaler Rollenfunktion** oder **mentaler Gesundheit** gleichgesetzt. Trotz der Unterschiedlichkeit in der Definition von Wohlbefinden stellt dieser Begriff eine zentrale Kategorie der Lebensqualitätsforschung dar und ist darüber hinaus eine der allerwichtigsten Dimensionen der Lebensqualität aus Sicht von Pflegeheimbewohnern, deren Angehörigen und des Personals. In der Altersforschung wird Wohlbefinden zudem als Kriterium einer gelungenen Anpassung an das Alter, z.B. an das Leben im Heim, betrachtet und gehört zu den zentralen Dimensionen der Lebensqualität gebrechlicher hochaltriger Menschen sowie Menschen Demenz. Im Mittelpunkt der Diskussion um die Lebensqualität der letztgenannten Gruppe steht vor allem das emotionale Wohlbefinden, das sowohl als inhaltliches Kennzeichen der Lebensqualität als auch Medium der Messung von Lebensqualität betrachtet wird.

Aus der Perspektive der Lebensqualität gilt, dass emotionale Befindlichkeit nicht nur aus negativen, sondern auch positiven Emotionen besteht. Angesichts dessen ist es relevant, Wohlbefinden nicht ausschließlich anhand des Fehlens negativer Emotionen, z.B. Depressivität, Einsamkeit und Erlebnisarmut zu messen, sondern das Erleben positiver Emotionen, wie z.B. Glück und Freude, in die Messung zu integrieren. Von Relevanz zudem ist die Frage, welche Emotionen für die Definition und Messung des Wohlbefindens in der stationären Pflege von Bedeutung sind. Annäherungen an

eine Antwort lassen sich aus verschiedenen Instrumenten ableiten, u.a. aus jenen, die speziell für die Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege entwickelt wurden. Trotz beachtlicher Forschung zu dem Thema kann die Diskussion um emotionale Befindlichkeit als Teil der Lebensqualität bisher als nicht abgeschlossen betrachtet werden. Unterschiedlich sind bisher nicht nur die Definitionen und Operationalisierungen des emotionalen Wohlbefindens, sondern auch das Verständnis dessen als Outcome der Versorgung. So gilt emotionales Wohlbefinden in einigen Modellen der Lebensqualität als summarisches Ergebnis aller Merkmale der Einrichtung und der Gesamtlebenssituation im Heim. In anderen Fällen werden emotionale Bewertungen genutzt, um die Güte bestimmter Leistungsbereiche, z.B. Freizeitaktivitäten oder Mahlzeiten, zu erfassen. Zusammenfassend betrachtet, kann konstatiert werden, dass die Grundlagen des emotionalen Wohlbefindens gut erforscht sind, vor dem Hintergrund der spärlichen Forschungsergebnisse bisher jedoch keine abschließende Antwort auf die Frage der endgültigen Messung gegeben werden kann.

6.2 Literaturlage zum Wohlbefinden

Der **Begriff des Wohlbefindens** ist in der Wissenschaft nicht eindeutig definiert. Aus der Perspektive der Lebensqualitätsforschung gilt er jedoch als zentral und bezieht sich in der Regel auf subjektive Aspekte der Lebensqualität – in Abgrenzung zu objektiven Maßen oder Kriterien (Veenhoven 1997). In Abhängigkeit von der wissenschaftlichen Perspektive des Forschenden wird Wohlbefinden mit subjektiver Lebensqualität, Glück oder Gesundheit gleichgesetzt. In Anbetracht der Vielfalt und Unterschiedlichkeit vorhandener Wohlbefindensdefinitionen schlägt Becker (1991) eine Unterscheidung zwischen dem aktuellen und dem habituellen Wohlbefinden sowie dem psychischen und dem physischen Wohlbefinden vor. Während das **aktuelle Wohlbefinden** das momentane Erleben einer Person wiedergibt, gilt **habituelles Wohlbefinden** als ein länger andauernder Zustand bzw. als das für eine Person typische Wohlbefinden, dessen Beschaffenheit durch die Persönlichkeit, individuelle Bewältigungsstile oder stabile Lebensumstände beeinflusst wird (Diener 1996, Myers & Diener 1995, Veenhoven 1998). In einigen Fällen wird unter habituellem Wohlbefinden auch die dispositionelle Grundstimmung einer Person betrachtet, d.h. eine durch die Persönlichkeit beeinflusste Neigung, bestimmte Emotionen häufiger und/oder intensiver als andere zu erleben. **Psychisches Wohlbefinden** umfasst nach Becker (1991, S. 13) positiv getönte Gefühle bzw. Stimmungen und sollte vom **physischen Wohlbefinden**⁵⁹, das auf körperliche Empfindungen und das Fehlen von Beschwerden fokussiert, abgegrenzt werden. Emotionale Befindlichkeit spielt auch dort eine Rolle, wo Lebensqualität in einen engen Zusammenhang zur **Gesundheit** gestellt wird, d.h. bei Ansätzen und Modellen gesundheitsbezogener Lebensqualität (Cella 1994).

In der Lebensqualitätsforschung wird davon ausgegangen, dass individuelle Bewertungen der Lebensqualität entweder anhand kognitiver oder emotionaler Kriterien getroffen werden. In Abhängigkeit von der Dominanz, die einer der beiden Arten von Informationen bei der Bewertung der Güte des eigenen Lebens zukommt, können zwei Faktoren subjektiver Lebensqualität unterschieden werden: das emotionale und das kognitive Wohlbefinden. Während die kognitive Einschätzung mit dem Begriff der Zufriedenheit belegt wird, werden emotionale Aspekte subjektiver Lebensqualität als **emotionales Wohlbefinden, emotionale Befindlichkeit oder auch Glück**

⁵⁹ Das physische bzw. körperliche Wohlbefinden weist eine inhaltliche Nähe zum Merkmal Sicherheit auf und wird dort detaillierter aufgegriffen. Unter dem Merkmal Wohlbefinden wird in diesem Text das psychische bzw. mentale Wohlbefinden verstanden.

bezeichnet.⁶⁰ Sie gelten als Ergebnis einer anhand von Emotionen vorgenommenen generellen Bewertung der eigenen Lebensqualität und somit als übergeordneter Faktor, der den kumulierten Einfluss von Emotionen auf psychisches Wohlbefinden zum Ausdruck bringt (Glatzer & Zapf 1984, Schimmack 2003). Obwohl kognitive und emotionale Bewertungsprozesse einander beeinflussen (Forgas 2003, Scherer 2003), zeigen Forschungsergebnisse, dass Zufriedenheit und emotionales Wohlbefinden von jeweils unterschiedlichen Faktoren beeinflusst werden und somit als zwei voneinander getrennte Bereiche des psychischen Wohlbefindens betrachtet werden sollten (Diener & Larsen 1984, Headey & Wearing 1992). Demnach gilt emotionale Befindlichkeit als Teilbereich der Lebensqualität und darf mit dieser nicht gleichgesetzt werden. Bei der Erfassung von Lebensqualität sollte sie jedoch immer um weitere Aspekte, wie Zufriedenheit oder andere Merkmale der Lebensqualität, ergänzt werden.⁶¹

Aus der Perspektiven der Altersforschung stellt Wohlbefinden generell ein Kriterium einer gelungenen Adaptation an das Alter dar (Wozniak 2010). In Anbetracht dessen kann positives emotionales Wohlbefinden auch als Ergebnis einer gelungenen Anpassung an das Leben im Heim betrachtet werden. Nach Lawton (1991) bildet das psychologische Wohlbefinden eine von vier zentralen Dimensionen der Lebensqualität gebrechlicher hochaltriger Menschen. Auch wenn sein vierdimensionales Modell der Lebensqualität nicht explizit hierarchisch aufgebaut ist, definiert er psychologisches Wohlbefinden als Ergebnis der drei verbliebenen Dimensionen. Ein besonderer Bezug zum emotionalen Wohlbefinden wird zudem dort hergestellt, wo es um die Definition und Messung von **Lebensqualität bei Menschen mit Demenz** geht. Anhand einer Übersicht über verschiedene Instrumente zur Messung (gesundheitsbezogener) Lebensqualität Demenzkranker zeigen Gertz und Berwig (2008, S. 1026 f), dass Aspekte emotionaler Befindlichkeit in (fast) allen standardisierten mehrdimensionalen Instrumenten vorkommen.⁶² Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit bilden ebenfalls eine von acht Dimensionen der Lebensqualität im Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.), einem Instrument, das speziell für die stationäre Pflege entwickelt wurde (Becker et al. 2010, Becker et al. 2005).

Psychologische Forschung zur Messung des emotionalen Wohlbefindens hat bereits früh darauf hingewiesen, dass emotionale Befindlichkeit nicht nur aus **positiven, sondern auch negativen Emotionen** besteht (Bradburn 1969, Diener & Emmons 1985, Charles et al. 2001). Da Emotionen einen stark wertenden Charakter haben bzw. Signalgeber dafür sind, wie angenehm oder unangenehm eine Situation empfunden wird, können Menschen i.d.R. zuverlässig zwischen den beiden Arten von Emotionen unterscheiden. Die positive Psychologie weist zudem darauf hin, dass emotionales Wohlbefinden nicht nur durch das Fehlen negativer Emotionen, sondern ebenfalls durch das Erleben positiver Gefühle, wie z.B. Freude, definiert werden sollte (Schimmack 2008). Frühere Forschung macht ebenfalls darauf aufmerksam, dass positiver und negativer Affekt zwei voneinander

⁶⁰ Als Beispiel für die Integration von allgemeiner Zufriedenheit und emotionalem Wohlbefinden kann ein von Gerritsen et al. (2004) konzipiertes Konstrukt herangezogen werden. Ausgehend vom Modell der Lebensqualität im Heim von Hughes (1990) werden dort Aspekte des emotionalen Wohlbefindens einer Dimension zugeschlagen, die als „zum Ausdruck gebrachte Zufriedenheit“ bezeichnet wird.

⁶¹ Diese Definition dürfte die Auffassung der meisten Forscher wiederspiegeln, auch wenn es vereinzelt Autoren gibt, die davon ausgehen, dass Bewertungen der Lebensqualität ausschließlich emotional bedingt sind (Veenhoven 1997). Sie fordern folglich, dass die Bedeutung von Emotionen bei der Messung von Lebensqualität deutlicher hervortreten sollte (u.a. Frijda 1999).

⁶² Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass fast alle Instrumente zur Messung von Lebensqualität bei Demenz am theoretischen Modell von Lawton et al. (1996) basieren, in dem emotionale Befindlichkeit eine wichtige Rolle einnimmt.

unabhängige Dimensionen bilden (Diener, Smith & Fujita 1995, Pavot & Diener 1993). Dies bestätigten u.a. Ergebnisse der Berliner Altersstudie, in der kein signifikanter Zusammenhang zwischen positivem und negativem Affekt bestand (Smith et al. 1996). Trotz dessen finden sich in der Forschung immer wieder Definitionen, die emotionale Befindlichkeit alleine am **Fehlen negativer Emotionen** festmachen. So definieren z.B. Ferreira und Sherman (2007), Whooley et al. (1997) als auch Custers et al. (2010) emotionale Befindlichkeit anhand des Fehlens depressiver Symptomatik. Auch Robinson et al. (2010) definieren emotionales Wohlbefinden als Nicht-Vorhandensein negativer emotionaler Zustände, wie Depressivität, Einsamkeit und Erlebnisarmut (Langeweile) bzw. Sinnlosigkeit. Diese Operationalisierungen unterstellen, dass Wohlbefinden alleine durch das Fehlen leidvoller Zustände zustande kommt und positive Emotionen, wie z.B. Freude oder Genuss, entweder irrelevant sind oder sich einstellen, sobald negatives Erleben in den Hintergrund tritt.

Die Diskussion um positive und negative Emotionen führt zu der Frage, **welche Emotionen für die Definition und Messung des Wohlbefindens in der stationären Pflege von Bedeutung sind**. Eine Antwort auf diese Frage lässt sich zum einen aus Instrumenten ableiten, die für hochaltrige Menschen entwickelt und in der stationären Pflege zur Messung von Lebensqualität eingesetzt wurden; zum anderen können relevante Emotionen jenen Instrumenten entnommen werden, die explizit zur Erfassung der Lebensqualität in der stationären Pflege konzipiert wurden. Ein Instrument, das der erstgenannten Gruppe angehört, stellt die PANAS dar, eine Skala zur Messung der Häufigkeit von zehn positiven (mit der Unterskala PAS = Positive Affect Schedule) und negativen (mit der Unterskala NAS = Negative Affect Schedule) Emotionen. Dieses inzwischen bewährte Instrument (z.B. in der Berliner Altersstudie, Smith et al. 1996) führt zu Ergebnissen, die einen globalen Charakter haben und erst im Rahmen einer nachträglichen Analyse im Zusammenhang mit Erfahrungen von Pflegeheimbewohnern untersucht werden können. Zudem zeigt eine neuere Untersuchung von Gerritsen et al. (2007), dass vor allem die PAS eine schlechte Reliabilität aufweist und zu Schwierigkeiten in der Befragung von Pflegeheimbewohnern mit kognitiven Einschränkungen führt (Gerritsen et al. 2007, S. 1033). Ein weiteres, im Kontext der stationären Pflege ebenfalls erprobtes Instrument, stellt die von Lawton (1975) entwickelte PGCMS (= Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) dar, die zur Messung des psychologischen Wohlbefindens im hohen Alter konzipiert wurde.⁶³ Das Instrument hat eine dreidimensionale Struktur und besteht aus den Unterskalen 1) Agitation bzw. Erregbarkeit, 2) Einstellungen zum eigenen Altern sowie 3) Einsamkeit bzw. Unzufriedenheit. Unter den drei Subskalen bezieht sich vor allem die erste auf das Erleben von Emotionen, wobei hier negative Emotionen, wie Ärger, Sorgen, Ängstlichkeit und Wut im Vordergrund stehen. Das Instrument wurde in einer Reihe verschiedener Projekte verwendet, u.a. im EU-Projekt „Care Keyes“ (Vaarama et al. 2008), in dem es zur Operationalisierung pflegebezogener Lebensqualität (= care related quality of life) – auch für den stationären Kontext – verwendet wurde. Für Befragungen in der stationären Pflege haben sich drei Fragen aus dem Instrument besonders bewährt. Sie beziehen sich auf das Erleben von Einsamkeit, Glück (auch im Vergleich zu früheren Lebensjahren) und Ärger (Erregbarkeit) (Saks et al. 2008, S. 209).

Ein Blick in die zweitgenannte Gruppe der Instrumente, d.h. jene, die explizit für den stationären Pflegekontext entwickelt wurden, zeigt, dass sich einige der bereits oben genannten Emotionen dort wiederfinden. So verwenden z.B. Kane et al. (2007, S. 835) im Rahmen ihres Instrumentes zur Messung der Lebensqualität in Heimen eine Kombination von vier positiven und sechs negativen Emotionen. Dazu gehören: Glück, Zufriedenheit, Interesse und Zuversicht (im Sinne einer positiven

⁶³ Der Begriff „morale“ kann als Stimmung oder geistig-seelische Verfassung verstanden werden.

Einstellung zur Zukunft) sowie Einsamkeit, Langeweile, Ärger, Besorgnis, Trauer und Furcht. Die Teilnehmer einer Interventionsstudie, in der das genannte Instrument eingesetzt wurde, sollten unter Bezug auf die genannten Emotionen mitteilen, wie sie sich in der letzten Zeit gefühlt haben. Eine sehr ähnliche Kombination von Emotionen findet sich im Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interviews Form (Kane & Kane 2003; Version aus dem Jahr 2012). Auch hier wird unter der Dimension „Mood“ (= Stimmung) die Häufigkeit von drei positiven (Glück, Interesse und Gelassenheit) sowie sechs negativen Emotionen (Langeweile, Ärger, Besorgnis, Trauer, Furcht und Einsamkeit) erfasst.

Aspekte des emotionalen Wohlbefindens finden sich auch in anderen Instrumenten zur Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege wieder. Dabei fällt auf, dass Emotionen auf zwei Arten aufgegriffen werden: entweder erfolgt ihre Messung global mit der Folge, dass emotionales Wohlbefinden als summarisches Ergebnis *aller* Merkmale der Einrichtung bzw. der Gesamtsituation im Heim betrachtet wird (= **globales Wohlbefinden**), oder in der Weise, dass emotionale Bewertungen in Abhängigkeit von *konkreten Erfahrungen* der Bewohner mit bestimmten Situationen oder Leistungen erfragt werden (= **bereichsspezifisches Wohlbefinden**). So entsprechen die o.g. Beispiele der ersten Form, ebenso wie z.B. die im CQ-Index Long-Term Care untergebrachte Frage danach, ob sich Bewohner über Dinge in der Einrichtung häufig ärgern (ActiZ et al. 2007, S. 59), oder die im Projekt Care Keyes im Fragebogen CLINT gestellte Frage danach, ob Bewohner das Interesse an Dingen, die ihnen früher Freunde bereiteten, verloren haben (Projekt Care Keyes, Fragebogen CLINT Stationär, Frage 107, S. 21). Beispiele für die zweite Art der Integration emotionaler Gehalte sind Fragen, die sich auf die direkte Bewertung einer Leistung oder eines Lebensbereiches beziehen. Exemplarisch dafür gilt die Bewertung von Freizeitaktivitäten (z.B. die Frage, ob Bewohner Spaß an den organisierten Aktivitäten haben, ActiZ et al. 2007, S. 57), Mahlzeiten (z.B. die Frage, ob Bewohner Freude am Essen haben, Projekt Care Keyes, Fragebogen CLINT Stationär, Frage 42, S. 10) oder Wohnbedingungen (z.B. die Frage, ob sich Bewohner heimisch in der Einrichtung fühlen, ActiZ et al. 2007, S. 59, Indikator 7.1, Frage 55).

Verbunden mit der Unterscheidung zwischen globalem und bereichsspezifischem Wohlbefinden ist die Frage, ob bestimmte Leistungen und/oder Merkmale stationärer Pflegeeinrichtungen emotionales Wohlbefinden besonders stark beeinflussen (können). Nach Bowen und Zimmerman (2008) ist emotionales Wohlbefinden vor allem das Ergebnis einer guten psychosozialen Betreuung im Heim, verbunden mit entsprechenden Angeboten. Eine ähnliche Ansicht vertreten Green und Cooper (2000), die ein von Hughes (1990) entwickeltes achtdimensionales Modell der Lebensqualität im Heim für ihre Untersuchung nutzen. Sie betrachten emotionales Wohlbefinden vor allem als Ergebnis der Angebote zur Beschäftigung bzw. Aktivierung. Zusammenfassend betrachtet, kann jedoch vor dem Hintergrund der spärlichen Forschungsergebnisse keine abschließende Antwort auf diese Frage gegeben werden. Hier fehlt es an weiterer und vor allem längsschnittlicher Forschung.

Will man die unterschiedlichen Definitionen des Wohlbefindens kritisch bewerten, so kann aufgrund der ersten Art der Messung (= globale Messung des Wohlbefindens) ein direkter Bezug zu den einzelnen Leistungsbereichen der Einrichtung nur schwer hergestellt werden.⁶⁴ Bereichsspezifische Bewertungen erfüllen diese Eigenschaft eher, wobei sie durch ihren konkreten Charakter nur eine Auswahl potenziell wichtiger Bezüge abbilden können. Die Relevanz emotionaler Bewertung(skriterien) kann unter den Bewohnern jedoch variieren, so dass z.B. Freude am Essen individuell unterschiedlich wichtig sein kann. Grundsätzlich kann jedoch festgehalten werden, dass

⁶⁴ Dies kann nur durch statistische Analysen vorgenommen werden.

positive und negative emotionale Befindlichkeit generell als wichtige Outcome-Variable in der gesundheitlichen Versorgung gilt. Wie die von Gertz und Berwig (2008) beispielhaft dargestellte Analyse der Instrumente zur Messung von Lebensqualität bei Demenz zeigt, lassen sich die verschiedenen dort verwendeten Dimensionen – orientiert am theoretischen Modell von Jonker et al. (2004)⁶⁵ – unterschiedlichen Hierarchieebenen zuordnen. Ausgehend von der Kritik an der fehlenden Trennschärfe zwischen den einzelnen Dimensionen der Lebensqualität nach Lawton et al. (1996), plädieren die Autoren dafür, dass emotionale Befindlichkeit im Vergleich zu anderen Bereichen der Lebensqualität nur als endgültiges Ergebnis aller weiteren Wirkfaktoren betrachtet werden sollte (Gertz & Berwig 2008, S. 1030).

6.3 Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?

Zur Erfassung emotionaler Befindlichkeit existiert eine Reihe standardisierter Instrumente, die u.a. für den klinischen Bereich konzipiert wurden (z.B. der Profile of Mood States, deutsche Version für über 60-Jährige von Albani et al. 2005). Emotionales Wohlbefinden bildet darüber hinaus ein zentrales Outcome der gesundheitsbezogenen Versorgung (Pietersma et al. 2013) und spielt in annähernd allen Messinstrumenten zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität eine wichtige Rolle – sei es als emotionale Rollenfunktion oder als ein Bestandteil psychischen (Wohl-)Befindens. In einer von Renneberg und Lippke (2006) durchgeführten Inhaltsanalyse von sieben verschiedenen Instrumenten zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität bezogen sich sechs von insgesamt 40 inhaltlichen Dimensionen auf das Erleben bzw. den Umgang mit Emotionen. Hinsichtlich methodischer Aspekte kann somit auf die Diskussion im Zusammenhang mit diesen Instrumenten verwiesen werden.

Befasst man sich mit emotionalem Wohlbefinden in der stationären Pflege, so darf der besondere Bezug zur Menschen mit Demenz nicht fehlen. Wie im obigen Textabschnitt bereits angemerkt, bildet emotionale Befindlichkeit einen wichtigen Bereich der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Die Relevanz des emotionalen Erlebens wird noch deutlicher, wenn die Möglichkeiten der Messung von Lebensqualität bei Demenz – insbesondere in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung – betrachtet werden. Aufgrund eingeschränkter kognitiver Kompetenz und verbaler Kommunikationsfähigkeit besteht insbesondere bei stark beeinträchtigten Personen keine Möglichkeit (mehr), Betroffene zu befragen. Als Alternative zur Befragung von Angehörigen, die im Hinblick auf Lebensqualität häufig zu anderen Urteilen gelangen als Bewohner, kann auf Beobachtungsinstrumente verwiesen werden, die mithilfe der Mimik und des Gesichtsausdrucks auf emotionale Befindlichkeit der Betroffenen schließen (z.B. HILDE, AARS, PWB-CIP).⁶⁶ Da Demenzkranke aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage sind, sich an normativen Erwartungen der sozialen Umwelt zu orientieren, sind sie im Hinblick auf die Darstellung von Emotionen sehr authentisch, so dass geschulte Beobachter relevante Hinweise für Befindlichkeit, Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner erkennen können (Becker 2014, S. 429). Auch wenn der durch Gefühle hergestellte „Kommunikationskanal“ mit fortschreitender Demenz entscheidend für den Zugang zu Betroffenen wird, gilt es zu beachten, dass Lebensqualität mehr ist als Wohlbefinden. Instrumente zur Messung der Lebensqualität im Heim sollten folglich zumindest Module enthalten, die zur Befragung von

⁶⁵ Das von Jonker et al. (2004) vorgeschlagene Modell der Lebensqualität

⁶⁶ H.I.L.DE. (= Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (Becker et al. 2010), AARS (= Apparent Affect Rating Scale (Lawton et al. 1999a und 1999b), PWB-CIP (= Psychological Well-being in Cognitively Impaired Persons (Burgener et al. 2005)).

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen besonders geeignet sind; darüber hinaus ist eine begleitende kritische Überprüfung der durch Dritte gemachten Angaben notwendig, da die von Angehörigen genannten Kriterien an gute Lebensqualität im Heim regelmäßig von jenen der Bewohner abweichen.

6.4 Beispiele aus der Forschung

Forschung zur Lebensqualität zeigt, dass Wohlbefinden aus Sicht von Pflegeheimbewohnern eine zentrale Rolle spielt. In den Befragungen zur Entwicklung des Instrumentes INSEL (= Instrument zur Praxisnahen Erfassung von Lebensqualität; Oswald et al. 2014, S. 59) war Wohlbefinden sowohl aus Sicht der Bewohner als auch des Personals die wichtigste Dimension der Lebensqualität: Für ca. 92% der Bewohner und ca. 93% der Beschäftigten galt Wohlbefinden sogar als sehr wichtig. Nicht nur für Bewohner, sondern auch für Angehörige stellt Wohlbefinden ein zentrales Qualitätskriterium des Lebens in Einrichtungen dar. Dies zeigen Ergebnisse einer Literaturanalyse von Josat et al. (2006). Demnach wird Wohlbefinden sowohl von den Bewohnern als auch Angehörigen als wichtiges Kriterium betrachtet wird. Unterschiede zwischen den beiden Referenzgruppen werden sichtbar, wenn es um die Wichtigkeit von Wohlbefinden in Relation zur Autonomie geht. Während Selbstbestimmung für Bewohner eines der allerwichtigsten Kriterien darstellt, steht das Wohlbefinden an der ersten Stelle, wenn es um Kriterien der Angehörigen geht (Josat et al. 2006, S. 85). Die hohe Relevanz des Wohlbefindens bestätigen Ergebnisse qualitativer Forschung. Dies zeigt beispielhaft eine von Bowers et al. (2001) durchgeführte Befragung von Pflegeheimbewohnern, in der persönliche Vorstellungen von (Lebens-)Qualität im Heim erhoben wurden. Für viele der Befragten bestand Lebensqualität in der Förderung ihres emotionalen und existenziellen Wohlbefindens, z.B. durch Pflegekräfte sowie durch strukturelle und organisationale Aspekte der Versorgung. Vor diesem Hintergrund bildet die Förderung des emotionalen Wohlbefindens – neben der Erhaltung funktionaler Kompetenz und Autonomie, Unterstützung sozialer Identität und Partizipation sowie Gewährleistung relevanter Servicefunktionen – nach Bowers et al. (2001) zu den zentralen Aufgaben der Pflege.

Ausgehend von den bereits o.g. zwei Seiten des Wohlbefindens, die durch positive und negative Emotionen repräsentiert sind, wird erkennbar, dass sich das Groß der bisherigen Forschung der Häufigkeit des Erlebens negativer emotionaler Zustände gewidmet hatte. Sowohl klinische Studien als auch Untersuchungen aus dem Feld der Lebensqualitätsforschung haben vor allem auf Beeinträchtigungen des Wohlbefindens durch Depressivität hingewiesen. Nach aktuellen Erhebungen sind depressive Symptome in stationären Pflegeeinrichtungen sehr verbreitet. So zeigte sich z.B. in einer Untersuchung von Robinson et al. (2010), dass ein Drittel der Befragten in stationären Einrichtungen (Pflegeheime, Altenheime und betreutes Wohnen) Symptome einer Depression aufweist. Dabei war der Anteil derjenigen mit depressiver Symptomatik unter den Bewohnern der Pflegeheime mit 43% am höchsten, während er mit 20% am niedrigsten im betreuten Wohnen war (ebenda, S. 13). Auf ein erhöhtes Risiko für Depressionen unter Heimbewohnern weist auch eine in den Niederlanden durchgeführte Studie hin, nach deren Erhebungen der Anteil von Menschen mit depressiven Symptomen in Pflegeheimen drei bis vier Mal höher war als in der allgemeinen Bevölkerung (Jongenelis et al. 2004, zitiert in Custers et al. 2010, S. 731). Auch wenn vorhandene Prävalenzraten unterschiedlich hoch ausfallen, wird erkennbar, dass Pflegeheimbewohner häufiger unter depressiven Symptomen leiden als hochaltrige Menschen in privaten Haushalten. So fanden

Helmchen et al. (1996) in der Berliner Altersstudie, dass 23,3% der 70-Jährigen und Älteren in der Allgemeinbevölkerung Symptome einer Depression aufwiesen.

Depressive Symptome stehen im starken negativen Zusammenhang mit Lebensqualität. Dies gilt für die allgemeine Bevölkerung und für Pflegeheimbewohner, hat zudem eine besondere Relevanz für Menschen mit Demenz. Im Rahmen eines systematischen Reviews, in dem eine Analyse von Faktoren vorgenommen wurde, welche die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen beeinflussen, kommen Beerens et al. (2013) zu dem Schluss, dass Stimmung, insbesondere depressive Symptome, im starken Zusammenhang mit der Lebensqualität der Befragten steht. Zu diesem Ergebnis gelangen die Autoren nach der Auswertung von zehn Querschnitt- und drei Längsschnittstudien. Auf der Grundlage der Ergebnisse kann jedoch kein direkter Zusammenhang zu den Merkmalen der Einrichtungen hergestellt werden. So liefern die Studien keine Erkenntnisse darüber, welche konkreten Maßnahmen protektiv und welche dagegen förderlich für die Entwicklung einer Depression sind. Anhand der Ergebnisse wird jedoch deutlich, dass der Beitrag der Pflegeheime zum Wohlbefinden durch die präventive und/oder begleitende Behandlung depressiver Symptome – insbesondere bei Menschen mit Demenz – nicht nur einen äußerst wichtigen Beitrag zur psychischen Gesundheit, sondern auch zur Lebensqualität der Bewohner leisten würde.

Die starke Beeinträchtigung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern durch negative Stimmung bzw. Depressivität kann prioritätsgebend wirken, so dass Einrichtungen ihre Aufgabe hinsichtlich der Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens vor allem in der Vermeidung negativer Stimmung betrachten könnten. Dies widerspricht allerdings der Vorstellung von Lebensqualität, nach der es nicht ausreichend ist, negatives Erleben zu vermeiden, sondern es gleichzeitig wichtig ist, einen Beitrag zum positiven emotionalen Erleben zu leisten. Forschung mit Hochaltrigen (aber auch Studien zur Lebensqualität mit repräsentativen Stichproben, bspw. Street et al. 2007, Watson et al. 2000) konnte zeigen, dass positive und negative Affektivität mit jeweils unterschiedlichen Motiven bzw. Aktivitäten und/oder Veränderungen in der sozialen Lage zusammenhängt. Ergebnisse der Berliner Altersstudie zeigen, dass individuelle Unterschiede im positivem Affekt aus Unterschieden im sozialen Verhalten, wie z.B. dem Kontakt zu Freunden und zur Familie, dem Schließen neuer Bekanntschaften, der sozialen Eingebundenheit oder sozialer Aktivität, zustande kommen (Kunzmann 2008). Unterschiede im negativen Affekt ergaben sich dagegen durch den individuell wahrgenommenen Gesundheitszustand, durch gesundheitliche Beschwerden und selbst eingeschätzte physische Symptome. Der durch negative Emotionen bedingte Zuwachs an Lebensqualität entsteht folglich dadurch, dass Zustände, die als unangenehm empfunden werden, eliminiert oder verhindert werden, während der durch positive Emotionen bedingte Zuwachs an Lebensqualität durch Erfüllung von Bedürfnissen und Zielen generiert wird, die mit Belohnung und Anregung verbunden sind (Bowling et al. 2004). Auch Lawton (1991, S. 19) weist darauf hin, dass die Ursachen negativer Emotionen häufiger innerhalb der Person selbst liegen, wie z.B. gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen oder Schmerzen, während positive Emotionen ihre Ursachen häufiger außerhalb der Person haben, z.B. in sozialen Beziehungen und Aktivitäten. Eine konsequente Vermeidung des körperlichen Unwohlseins trägt folglich dazu bei, Lebensqualität durch das Ausbleiben negativer Emotionen zu verbessern. Sinnstiftende soziale Aktivitäten leisten wiederum einen entscheidenden Beitrag zur Lebensqualität, indem sie positive Emotionalität fördern (Wozniak 2010, S. 43).

Da **Menschen mit Demenz** eine der größten Gruppen unter Pflegeheimbewohnern bilden, befassen sich viele Studien mit Aspekten der emotionalen Befindlichkeit bei dieser Zielgruppe. Als anerkannt gilt, dass emotionale Befindlichkeit für Menschen mit Demenz einen relevanten, wenn nicht gar zentralen Bereich der Lebensqualität bildet. Da Demenzkranke stärker im Hier und Jetzt leben, stellen emotionales Wohlbefinden und die alltägliche intraindividuelle Fluktuation von Emotionen gute Kennzeichen der Lebensqualität dar. Mit dieser befassten sich z.B. Kolanowski et al. (2007). Im Rahmen einer 12-tägigen Beobachtung zeigte sich zum einen eine signifikante intrapersonelle Variation des emotionalen Erlebens – und zwar sowohl im Rahmen einer Befragung der Betroffenen als auch der Einschätzung durch Dritte. Dabei berichteten Menschen mit einer besseren mentalen Verfassung und einer geringer ausgeprägten körperlichen Abhängigkeit ein niedrigeres Niveau des Erlebens negativer Emotionen. Darüber hinaus war deren emotionales Wohlbefinden, ob positive oder negativ, durch größere Stabilität gekennzeichnet. Gleichzeitig fanden die Autoren lediglich geringe Grade der Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Beobachter und den Selbstauskünften der Betroffenen (eine Ausnahme bildete hier der mentale Status). Relevant für die Betrachtung des emotionalen Wohlbefindens war der Befund, dass positive Emotionen höhere Grade der Stabilität aufwiesen als negative Emotionen, die stärker fluktuierten. Je höher fortgeschritten die Erkrankung und je häufiger das Auftreten neuropsychiatrischer Symptome war, umso häufiger erlebten Menschen negative Emotionen – gleichzeitig damit verbunden, dass diese Emotionen häufiger fluktuierten. Kolanowski et al. (2007) gehen davon aus, dass Menschen mit einem stärker beeinträchtigten mentalen Status empfänglicher für negative Einflüsse der Umwelt sind, während Menschen mit einer geringeren körperlichen und mentalen Beeinträchtigung durch Eigenaktivität und Eigeninitiative positiv erlebte Situationen einfacher für sich herstellen können. Diese Untersuchung hat nicht nur messmethodische Implikationen, sondern verdeutlicht ebenfalls, dass die Herstellung von als positiv erlebten Alltagssituationen zur Aufgabe von Pflegeeinrichtungen werden sollte (Berendonk et al. 2010).

6.5 Kriterien und Indikatoren des Wohlbefindens als Kennzeichen der Lebensqualität

6.5.1 Kriterien des Wohlbefindens als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Kriterien	Art der Messung ⁶⁷	Quelle(n) ⁶⁸
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	Körperliches und psychisches Wohlbefinden : Bewohner können mit sich und der Welt zufrieden sein, gute Laune haben und nicht immer traurig sein zu müssen. Kommentar : Diese Kriterien entstammen einer offenen Frage, die sich sowohl auf körperliches als auch psychisches Wohlbefinden bezieht. Sie wurde in die Sammlung von Kriterien des Wohlbefindens aufgenommen auf der Grundlage der Erfassung des mentalen bzw. psychisch-emotionalen Wohlbefindens.	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 129, Fragebogen INSEL, Frage 1
	Bewohner haben das Interesse / Freude an Dingen verloren, die ihnen früher Freude bereitet haben	*	Projekt „Care

⁶⁷ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich ggf. an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

⁶⁸ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

			Keyes“, CLINT stationär, Frage 107
	Stimmung innerhalb der letzten zwei Wochen: a) Bewohner hat sich in den letzten zwei Woche gelangweilt, verärgert, besorgt, traurig bzw. unglücklich, ängstlich und unglücklich geführt b) Bewohner hat sich in den letzten zwei Wochen entspannt bzw. ruhig, interessiert und glücklich gefühlt	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Komfort, Items 44 bis 52
Soziale Beziehungen	---		
Wohnen	Bewohner fühlt sich heimisch in der Einrichtung	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 59, Indikator 7.1, Frage 55
	Bewohner findet die baulichen Gegebenheiten in der Einrichtung angenehm	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 3
	Bewohner empfinden die Temperatur in der Einrichtung als angenehm	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 54, Indikator 5.1, Frage 51
	Die öffentlichen Räume, wie Flure und Aufenthaltsräume, sind aus Sicht des Bewohners / der Angehörigen für den Aufenthalt angenehm	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 55, Indikator 5.2, Frage 53
	Die Wohnumgebung ist so gestaltet, dass sie dem Bewohner gefällt und sie seinen Bedürfnissen entspricht (z.B. das eigene Zimmer ist wohnlich möbliert, es ist genügend Platz vorhanden usw.)	**(***)	Oswald et al. 2014, S. 139, Fragebogen INSEL, Frage 11
Aktivitäten / Tagesgestaltung	Bewohner erhalten Anregung und sinnvolle Beschäftigung; damit ist gemeint, dass sie im Alltag Abwechslung haben und Freude erleben und das Gefühl haben, etwas Sinnvolles zu tun (z.B. eigene Hobbies pflegen, Angebote innerhalb und außerhalb der Einrichtung wahrnehmen)	**(***)	Oswald et al. 2014, S. 133, Fragebogen INSEL, Frage 5
	Bewohner haben in der Einrichtung etwas zu tun, was ihnen Spaß macht. An Wochenenden gibt es Aktivitäten, die Spaß machen.	*	Minnesota Department of Human

	Bewohner können ihren Hobbies nachgehen, die ihnen Spaß bereiten.		Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Sinnvolle Aktivitäten, Items 16,18 und 19
	Bewohner finden, dass die Tage in ihrem Leben meistens interessant verlaufen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 110
Pflege	Pflegekräfte verstehen den Bewohner und seine Bedürfnisse	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 55
	Einfluss (positiv + negativ) der Pflege bzw. des Angewiesen-Sein auf Pflege und Unterstützung auf das Selbstbild (Selbstwertschätzung)	*	Netten et al. 2010
Hauswirtschaftliche Versorgung	---		
Personal	Das Pflegepersonal achtet darauf, wie sich Bewohner fühlen	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 59, Indikator 7.1, Frage 47
	Personal ist verärgert über den Bewohner (Bewohnersicht)	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Zufriedenheit, Item 41
	Es kommt vor, dass sich Bewohner über das Personal ärgert	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 44
Essen & Trinken	Bewohner haben Freude am Essen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 42
	Während der Mahlzeiten herrscht aus Sicht der Bewohner eine	*	ActiZ et al.

	angenehme Atmosphäre		2007, S. 55, Indikator 5.2, Frage 79
	Bewohner genießen die Mahlzeiten in der Einrichtung	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Genuss bei Mahlzeiten, Item 22
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	Dem Bewohner steht ein Ansprechpartner für spirituelle Fragen zur Verfügung (z.B. Priester, Therapeut, Sozialarbeiter)	*	ActiZ et al. 2007, S. 59, Indikator 7.1, Frage 50
	Bewohner genießen / haben Spaß an den durch die Einrichtung organisierten Aktivitäten	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 57, Indikator 6.1, Frage 71
Wohlbefinden: Übergreifende Fragen	Bewohner sorgen sich (ärgern sich) häufig über Dinge (in der Einrichtung)	*	ActiZ et al. 2007, S. 59, Indikator 7.1, Frage 48
	Bewohner mögen Abwechslung in ihrem Leben	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 111
	Bewohner bezeichnet sich als Person, die Herausforderungen braucht	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 112

6.5.2 Indikatoren des Wohlbefindens als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisationseinheiten	Indikatoren	Art der Messung ⁶⁹	Quelle(n) ⁷⁰
---	-------------	-------------------------------	-------------------------

⁶⁹ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	<p>Indikator: Anteil der Bewohner mit Anzeichen einer Depression innerhalb der vergangenen drei Tage</p> <p>Beschreibung: Zähler: Anzahl der Bewohner mit einem bestimmten Score (3 Punkte und mehr) auf einer vorgegebenen Depressionsskala innerhalb des letzten Tages / innerhalb der Woche der Messung; Nenner: Anzahl der Bewohner, die an einer Depressionseinschätzung teilgenommen haben</p> <p>Kommentar: Ausgeschlossen aus der Messung werden Bewohner, die am Tag der Messung an dieser nicht teilnehmen können oder wollen, Bewohner, die eine schriftliche Vereinbarung unterzeichnet haben, dass keine Teilnahme am Depressionsscreening stattfinden wird.</p>	***** (Einschätzung der Fachkraft)	ActiZ et al. 2007, S. 60, Indikator 7.2
Soziale Beziehungen	---		
Wohnen	---		
Aktivitäten / Tagesgestaltung	---		
Pflege	---		
Hauswirtschaftliche Versorgung	---		
Personal	---		
Essen & Trinken	---		
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	<p>Indikator: Anteil der Bewohner, die angeben, auf Wunsch mit den Mitarbeitern über Tod und Sterben sprechen zu können</p> <p>Beschreibung: Zähler: Anzahl der Bewohner, die angeben, auf Wunsch „gewöhnlich“ oder „immer“ mit den Mitarbeiterin über Tod und Sterben sprechen zu können, Nenner: Gesamtzahl der befragten Bewohner</p> <p>Kommentar: Dieser Indikator bezieht sich auf psychosoziale Betreuung</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 40, S. 63 (entnommen aus NCHRDF 2007)
Wohlbefinden: Übergreifende Fragen	<p>Indikator: Anteil der Angehörigen / Freunde, die angeben, dass sich der Bewohner im Pflegeheim wohl fühlt</p> <p>Beschreibung: Zähler: Anzahl der Angehörigen / Freunde, die angeben, dass sich der Bewohner „gewöhnlich“ oder „immer“ wohl fühlt; Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen / Freunde</p>	***	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator

⁷⁰ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

			55, S. 79 (entnommen aus Faulkner et al. 2006)
	<p>Indikator: Ausmaß, in dem Bewohner ein adäquates Maß an mentaler Unterstützung erhalten</p> <p>Beschreibung: Der Indikator besteht insgesamt aus 5 Items, von denen sich zwei auf die Unterstützung seitens der Einrichtung und drei auf das subjektive emotionale Wohlbefinden beziehen. Eine der Fragen bezieht sich auf Einsamkeit und weist eine Nähe zur sozialen Teilhabe auf.</p>	*	ActiZ et al. 2007, S. 59, Indikator 7.1

7 Zufriedenheit als Merkmal der Lebensqualität in der stationären pflegerischen Versorgung

7.1 Zusammenfassende Merkmalsbeschreibung

Zufriedenheit stellt einen zentralen Begriff der Lebensqualitätsforschung dar. Generell gilt sie als eine stärker kognitiv, d.h. durch Urteile, geprägte Bewertung subjektiver Lebensqualität, und steht somit im Gegensatz zum emotionalen Wohlbefinden, in dem sich vornehmlich die affektive, d.h. an Emotionen orientierte Bewertung der Lebensqualität spiegelt. Zufriedenheitsurteile werden in Befragungen zur Lebensqualität dann aufgenommen, wenn subjektive Kriterien eines Individuums zum Tragen kommen sollen, ohne explizite Vorgaben darüber, welches normative Verständnis des zu beurteilenden Gegenstandsbereiches im Vordergrund stehen soll. Der in der stationären Pflege verwendete Zufriedenheitsbegriff wird unterschiedlichen theoretischen Konstrukten zugeordnet. In den bisher durchgeführten Befragungen wurde sowohl Lebenszufriedenheit als auch bereichsspezifische Zufriedenheit, z.B. die Zufriedenheit mit bestimmten Lebensbereichen, erfasst – beides Begriffe, die der Lebensqualitätsforschung entstammen. Häufiger basieren bisherige Definitionen auf den Begriffen der Patienten-, Kunden-, Konsumenten- und Bewohnerzufriedenheit. Während zur Patienten- und Konsumentenzufriedenheit bisher eine Vielzahl – auch neuer - theoretischer Ansätze existiert, lässt sich am Begriff der Bewohnerzufriedenheit hervorheben, dass er die besondere Situation der Pflegeheimbewohner zwar semantisch betont, es aber bisher an einer eindeutigen theoretischen Konzeption und einer einheitlichen Definition fehlt. Unschärfe bei der Definition von Zufriedenheit scheint das zentrale Problem der Zufriedenheitserhebungen in Heimen zu sein. So wird Zufriedenheit zum einen als die Rückmeldung des Konsumenten über den Grad der Erfüllung seiner Erwartungen verstanden, zum anderen aber auch als Reaktion auf hervorstechende Merkmale der Behandlung. Als kritisch ist zudem zu betrachten, dass die Begriffe „Zufriedenheit“, „Qualität der Serviceleistungen“, „Qualität der Pflege“ und sogar „Lebensqualität“ synonym verwendet werden, so dass es bei vielen Publikationen unklar bleibt, welchem Konstrukt ein entsprechendes Instrument im Einzelnen gewidmet ist.

Da Zufriedenheitsbefragungen bereits früh in stationäre Einrichtungen eingeführt wurden, besteht ein reichhaltiges Wissen über die Güte verschiedener Instrumente. Neben vielfältigen methodischen Empfehlungen, die für die Konstruktion von Fragen und Antwortvorgaben existieren, haben Zufriedenheitsbefragungen in Heimen sowohl in der Vergangenheit als auch in jüngster Zeit viel Kritik

erfahren. Mängel der bisherigen Instrumente liegen in der fehlenden theoretischen Fundierung, methodisch-methodologischen Schwächen sowie der unzureichenden Orientierung an Bedürfnissen der Bewohner. Da bisherige Instrumente keinem einheitlichen Konzept folgen, lässt sich eine große Bandbreite verschiedener Dimensionen bzw. Gegenstandsbereiche finden. Inhaltsanalysen zeigen zwar, dass es diesbezüglich große Übereinstimmungen zwischen den Dimensionen einzelner Instrumente gibt, Untersuchungen machen jedoch immer wieder darauf aufmerksam, dass die bisherigen Definitionen der Zufriedenheit nicht immer jene Aspekte erfassen, die für Bewohner relevant sind.

7.2 Literaturlage zur Zufriedenheit

Zufriedenheit stellt einen zentralen Begriff der Lebensqualitätsforschung dar. Generell gilt sie als eine stärker kognitiv, d.h. *durch Urteile*, geprägte Bewertung subjektiver Lebensqualität, und steht somit im Gegensatz zum emotionalen Wohlbefinden, in dem sich vornehmlich die *affektive*, d.h. an positiven und negativen Emotionen orientierte Bewertung der Lebensqualität spiegelt. Im allgemeinen Sprachgebrauch bezeichnet Zufriedenheit das Ergebnis eines Soll-Ist-Vergleichs, in dem es entweder zu einer Bestätigung oder Nichtbestätigung eines oder mehrerer Kriterien kommt (Neugebauer & Porst 2001). Typisch für Zufriedenheitsurteile ist, dass sie nicht nur subjektiv generiert werden, sondern dass sie ausschließlich subjektiv erfahrbar sind, was bedeutet, dass letztendlich nur die befragte Person selbst Auskunft über ihre Zufriedenheit geben kann. Aus diesem Grund werden Zufriedenheitsurteile dann in Befragungen zur Lebensqualität aufgenommen, wenn *subjektive Kriterien* eines Individuums zum Tragen kommen sollen, *ohne* explizite Vorgaben darüber, *welches* normative Verständnis des zu beurteilenden Gegenstandsbereiches (ein Lebensbereich, das Leben als Ganzes) im Vordergrund stehen soll. Menschen, die ihre Zufriedenheit mit einem zu beurteilenden Gegenstand einschätzen sollen, generieren nicht nur ein oder mehrere Bewertungskriterien, an denen sie den zu bewertenden Gegenstandsbereich beurteilen, sondern treffen auch das Urteil darüber, ob die generierten Kriterien erfüllt sind.⁷¹ Da Vergleichskriterien nicht stabil, sondern dynamisch und somit grundsätzlich änderbar sind, stellen Aussagen über Zufriedenheit immer *relative* Urteile dar, die Auskunft darüber geben, ob individuelle Standards erreicht wurden.⁷² In der stationären Pflege kann dies zu ethischen als auch messmethodischen Problemen führen, wenn Menschen ihre Erwartungen reduzieren und sie an gegebene, aus subjektiver Sicht als nicht änderbar geltende situative Gegebenheiten anpassen (Zimmerman & Bowers 2001). Da Bewohner ihre Zufriedenheit zudem anhand individueller Kriterien bewerten, führt dies dazu, dass Lebensqualitätsurteile unterschiedlich ausfallen können in Abhängigkeit von individuellen Erwartungen sowie individuellen Anpassungsstrategien an das institutionalisierte Leben in einer Einrichtung (Murphy et al. 2006).

Aus theoretischer Sicht werden Angaben zur Zufriedenheit unterschiedlichen Konstrukten zugeordnet. In Abhängigkeit davon, auf welchen Gegenstandsbereich sie sich beziehen, welche Rolle die das Urteil fällende Person einnimmt und welcher Forschungsbereich die Thematik aufgreift,

⁷¹ Dies impliziert zugleich, dass die Bewertungskriterien den Befragten verborgen bleiben können. Werden Urteile der Zufriedenheit aggregiert, bedeutet dies, dass unterschiedliche Urteile zusammengefasst und in „einen Topf“ geworfen werden.

⁷² Im Gegensatz dazu stehen sog. absolute Ansätze der Lebensqualität, wie sie z.B. durch bedürfnisorientierte Theorien abgebildet werden (Veenhoven 1991). Sie postulieren, dass universelle Bedürfnisse weitgehend unabhängig von individuellen Standards sind und grundsätzlich erfüllt sein müssen, um ein Mindestniveau der Lebensqualität erreichen zu können.

werden Zufriedenheitsangaben als Einstellung oder als kognitives Urteil definiert, wobei Emotionen bei beiden eine mehr oder weniger starke Rolle spielen (können). In der Lebensqualitätsforschung wird Zufriedenheit grundsätzlich davon unterschieden, worauf sie sich bezieht. So lässt sich **Lebenszufriedenheit** von **bereichsspezifischer Zufriedenheit** abgrenzen. Erstere umfasst die Zufriedenheit mit der Gesamtheit des Lebens und gilt – neben dem emotionalen Wohlbefinden und der (bereichsspezifischen) Zufriedenheit mit wichtigen Lebensbereichen – als ein Teilkonstrukt des **subjektiven Wohlbefindens** (Diener et al. 2003). Bereichsspezifische Zufriedenheit meint dagegen die Zufriedenheit mit einem bestimmten Lebensbereich (z.B. Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, Zufriedenheit mit der Gesundheit) und kann sich im Kontext der stationären Pflege auch auf die Zufriedenheit mit einem Servicebereich der Einrichtung, z.B. Zufriedenheit mit den Mahlzeiten, beziehen.⁷³ Bei älteren Menschen, die im Pflegeheim leben, ist die Einbettung in den Kontext der Einrichtung als ganzheitlich zu sehen, so dass alle zentralen Lebensbereiche von den Merkmalen der Einrichtung abhängig bzw. tangiert sind. Dies betrifft insbesondere jene Personen, die in allen Verrichtungen des täglichen Lebens von der Unterstützung durch andere abhängig sind. In diesem Fall dürfte der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Einrichtung bzw. ihren Leistungen und der Lebenszufriedenheit sehr stark sein; die wahrgenommene Qualität der Serviceangebote könnte somit zu einem zentralen Bereich der Lebenszufriedenheit werden.

Die Beschäftigung mit Lebenszufriedenheit hat eine lange Tradition in der gerontologischen und der **Lebensqualitätsforschung**. In der letzteren war u.a. die Frage bedeutsam, an welchen Kriterien Menschen ihre Lebenszufriedenheit definieren. Eine Theorie, welche die bisher umfassendste Antwort auf diese Frage gibt, ist die Theorie Multipler Diskrepanzen (Michalos 2003). Lebenszufriedenheit basiert demnach auf einer Vielzahl verschiedener Ist-Soll-Vergleiche mit ausgewählten Vergleichskriterien, die Menschen zum Zweck der Lebens-Evaluation heranziehen. Eine zentrale Rolle spielt dabei der Vergleich zwischen der aktuellen Situation und dem *individuellen Aspirations- bzw. Anspruchsniveau*, wobei letzteres durch andere Ist-Soll-Diskrepanzen beeinflusst wird, wie etwa durch den Abgleich zur Situation relevanter Bezugspersonen, den Vergleich mit den in der mittleren Vergangenheit entwickelten Wünschen, durch individuelle Gerechtigkeitsansprüche und durch Erwartungen an die Zukunft. In der **Altersforschung** wurde Lebenszufriedenheit als Kriterium eines guten, u.a. erfolgreichen, Alterns betrachtet. Als Beispiel für eine frühe Konzeption kann ein theoretischer Ansatz gelten, den Neugarten et al. (1961) für den Life Satisfaction Index (LSI) entwickelte, ein Instrument zur Messung des erfolgreichen Alterns. Lebenszufriedenheit wurde dabei anhand der Dimensionen: Lebensfreude vs. Apathie, Entschlossenheit und Lebensmut (vs. Resignation), Kongruenz zwischen angestrebten und erreichten Zielen, positives Selbstkonzept sowie Stimmungslage gemessen. Ein weiteres, etwas umfassenderes, da aus acht Dimensionen bestehendes Instrument zur Messung von Lebenszufriedenheit, entwickelten Conte und Salamon (1982). Die sog. Life Satisfaction in the Elderly Scale (LSES) wurde in einer vergleichenden Studie mit Altenheimbewohnern in den USA und Großbritannien überprüft (Duffy et al. 2005). In dieser Untersuchung zeigte sich ein fünfdimensionales Modell. Als wichtige Dimensionen galten: (Lebens-

⁷³ Auch wenn Lebenszufriedenheit nur einen Teil von Lebensqualität ausmacht, verwenden einige Autoren die beiden Begriffe synonym. Dies ist dann der Fall, wenn für die Konzeptionierung subjektiver Lebensqualität ein passendes Konstrukt gesucht wird. Im Rahmen einer kriteriengeleiteten Analyse, in der verschiedene Konzepte der Lebensqualität im Hinblick auf den Umgang mit methodologischen Problemen bewertet wurden, kommen Moons et al. (2006) nach der Sichtung von acht verschiedenen Ansätzen zu dem Ergebnis, dass das Konzept der Lebenszufriedenheit zur Definition von Lebensqualität am besten geeignet war. Die Autoren definieren Lebenszufriedenheit als die Zufriedenheit mit der Gesamtheit des Lebens und betrachten bereichsspezifische Zufriedenheit weniger Bestandteile, sondern als Einflussfaktoren der Lebenszufriedenheit.

)Sinn, soziale Kontakte, finanzielle Situation, gesundheitliche Situation und Lebensziele (ebenda, S. 24f). Neben Instrumenten zur Messung von Lebenszufriedenheit war auch die Frage nach der Aufrechterhaltung von Zufriedenheit ein wichtiges Thema der gerontologischen Forschung. Der sog. **Zufriedenheitsparadox** führte zur Entstehung verschiedener Theorien, die eine Anpassung älterer Menschen an widrige Lebensumstände erklären (u.a. Wozniak 2010, Schilling 2006, Staudinger 2000). Im Hinblick auf Altenheimbewohner unterscheiden z.B. Zimmerman und Bowers (2001) fünf zentrale Einflussfaktoren, die sich auf die Stabilität vs. Veränderung von Kriterien der **Zufriedenheit mit der Pflege** auf Seiten älterer Pflegeheimbewohner auswirken: das vor dem Umzug in eine stationäre Einrichtung vorhandene Wissen über ein Leben im Heim, Erwartungen an die eigene Lebensqualität (auch Gesundheit) im Alter, aktueller gesundheitlicher Zustand, Wichtigkeit bestimmter Lebensbereiche sowie Erfahrungen im Pflegeheim selbst. So können z.B. die dem Alter zugeschriebenen und somit reduzierten Erwartungen an die eigene Gesundheit eine Antwort darauf sein, warum Heimbewohner keine Verbesserung ihres gesundheitlichen Status durch Pflege erwarten und folglich einen geringen Anspruch an rehabilitative Ziele in der Pflege haben.

Neben dem Begriff der Lebens- bzw. bereichsspezifischen Zufriedenheit finden sich in der wissenschaftlichen Literatur zur stationären Pflege drei weitere Zufriedenheitsbegriffe. Einen davon stellt der Begriff der **Patientenzufriedenheit** dar. Dieser entstammt den Bewertungen des medizinischen Nutzens (§ 27 SGB V) und wird in der medizinischen Versorgung allgemein als die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung definiert. In der aktuellen Forschung wird Patientenzufriedenheit als ein zentraler Outcome der medizinischen Versorgung gesehen und gilt – neben (gesundheitsbezogener) Lebensqualität und dem wahrgenommenen Gesundheitszustand – als ein wichtiger sog. Patient Reported Outcome (PRO), wobei PRO als Oberbegriff für unterschiedliche Konzepte zur Erfassung subjektiv wahrgenommener Gesundheit steht (Brettschneider et al. 2011).⁷⁴ Patientenzufriedenheit stellt aber auch einen Bestandteil ausgewählter Instrumente zur Messung der Pflegequalität dar, so z.B. bildet sie eine von insgesamt acht Dimensionen des Zürcher Pflege-Qualitätsmodells (Schmid-Büchi et al. 2008) und wird dort als die subjektive Erfahrung der Befragten verstanden, die sich darauf bezieht, wie sie die „Qualität der Pflege erfahren und ob diese ihren Erwartungen und der Wichtigkeit, die sie ihren Erwartungen geben, entspricht“ (ebenda, S. 313). Generell lassen sich verschiedene Definitionen der Patientenzufriedenheit unterscheiden. Während einige davon Patientenzufriedenheit als das Ergebnis eines Vergleichs des Gesundheitszustandes vor der Behandlung in Relation zum Gesundheitszustand nach der Behandlung betrachten (Rentrop 1997, in Neugebauer & Porst 2001, S. 3), fokussieren andere Definitionen auf die subjektive Bewertung der Qualität einer medizinischen Leistung und/oder Betreuung (Zetkin & Schaldach 1999, in ebenda). Weitere theoretische Ansätze definieren Patientenzufriedenheit als die Reaktion des Patienten auf hervorstechende Aspekte einer medizinischen Leistung (Wüthrich-Schneider 1998, in ebenda, Pascoe 1983) oder orientieren sich an Bewertungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Blum 1998, in ebenda).

Nach Blum (1998, in ebenda, S. 4f) lassen sich unter den vorhandenen Theorien der Patientenzufriedenheit zwei grundsätzliche Erklärungsmodelle finden: im sog. **Evaluationsmodell**

⁷⁴ In der Literatur zur Patientenzufriedenheit findet sich zudem die Abkürzung PROMs, die für die spezifischen Instrumente zur Messung der Patientenzufriedenheit steht (PROMs = Patient reported outcome measures, vgl. Ousey & Cook 2011). Zur weiteren Information über PRO sei an dieser Stelle auf zentrale Institute (u.a. pcori.org), Instrumentendatenbanken (u.a. nihpromis.org oder proqolid.org), Arbeitsgruppen bei Fachgesellschaften (z.B. netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=ag-lebensqualitaet) oder ausgewählte Publikationen (Meadows 2011) hingewiesen.

wird Patientenzufriedenheit als Evaluation einer Behandlung, einer Einrichtung oder eines Leistungsanbieters durch den Patienten selbst betrachtet. Dabei wird Patientenzufriedenheit durch mehrere Faktoren beeinflusst, so dass sie grundsätzlich mehrdimensional ist. Im sog. **Diskrepanzmodell** wird Patientenzufriedenheit als Übereinstimmung zwischen Erwartungen, Ansprüchen und Werten des Patienten und der erlebten Situation im Hinblick auf verschiedene Behandlungsaspekte definiert, wobei auch behandlungsunabhängige Kriterien in die Bewertung einfließen können. Patientenzufriedenheit ist dann hoch, wenn die Behandlung den Erwartungen, Ansprüchen und Werten des Patienten entspricht. Der Begriff der Patientenzufriedenheit wurde bereits früh in die Bewertung von Pflege- und Lebensqualität im stationären Setting aufgenommen (Pascoe 1983) und ist dort bis heute präsent (Castle 2007). Nach van Campen et al. (1995) entspricht Patientenzufriedenheit der Bewertung von Pflegequalität aus Sicht des Patienten, und zwar anhand seiner individuellen Kriterien und deren persönlicher Relevanz. Unzufriedenheit mit Pflegeleistungen ist das Ergebnis der wahrgenommenen Qualität, die den Erwartungen des Patienten nicht entspricht (ebenda, S. 111). Patientenzufriedenheit stellt aus dieser Perspektive einen wichtigsten Teilbereich der Pflegequalität dar.

Neben der Patientenzufriedenheit finden sich in der Literatur die Begriffe der **Kunden- oder Konsumentenzufriedenheit** (Harris-Kojetin & Stone 2007, Jeon et al. 2012). Diese Begriffe wurden ebenfalls früh entwickelt und nahmen bereits in den 1980er Jahren Eingang in Befragungen von Pflegeheimbewohnern ein (van Campen et al. 1995). Der Grund für die Integration von Konzepten aus der Konsum- und Marketingforschung in Zufriedenheitsbefragungen von Pflegeheimbewohnern war die vergleichsweise gute theoretische und empirische Fundierung der damaligen Forschung. Die vorhandenen Definitionen basieren in der Regel auf Vorstellungen subjektiv wahrgenommener Qualität: Der Verbraucher erwartet eine bestimmte Qualität der Leistungen und bewertet deren Güte anhand subjektiver Standards. Wahrgenommene Qualität einer Leistung und Kundenzufriedenheit werden häufig synonym verwendet, da die Zufriedenheit des Konsumenten als Funktion wahrgenommener Qualität einer Leistung gilt (Kleinsorge & Koenig 1991).

Auch wenn Kundenzufriedenheitsbefragungen unter Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen verbreitet sind, stoßen sie in der wissenschaftlichen Literatur auf Kritik. So warnen Bauld et al. (2000, S. 317) vor einer unkritischen Nutzung der Ergebnisse, insbesondere dann, wenn Kundenzufriedenheit als Outcome guter Pflege betrachtet werden soll. Roth et al. (2009) kritisieren, dass der Kundenbegriff bei Zufriedenheitsbefragungen von Heimbewohnern irreführend ist, da er eine Geschäftsbeziehung impliziert, die auf Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen nicht zutrifft. So haben pflegebedürftige Menschen keine freie Wahl einzelner Dienstleistungen sowie der Zeitpunkte der Leistungserbringung. Sie unterliegen nicht nur einem grundsätzlich regulierten und gesteuerten Markt, sondern sind persönlich von den Leistungen der Altenpflegeeinrichtung abhängig. Darüber hinaus ist die Entscheidung für den Heimeinzug in der Regel ebenfalls keine freiwillige – der Großteil der Pflegeheimbewohner zieht dann in eine Einrichtung, wenn die häusliche Versorgungssituation aufgrund nachlassender Gesundheit nicht mehr gewährleistet werden kann, wobei die Entscheidung für den Einzug nicht selten von Familienangehörigen getroffen wird (Schneekloth & von Törne 2009). Fehlende Markttransparenz bzw. fehlende Information für Qualitätsvergleiche sowie Einschränkungen der Entscheidungsfreiheit treffen zudem auf eine Art sozialer Dienstleistung, die dem ökonomischen Dienstleistungsbegriff nicht entspricht. So sind Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen nicht nur im ganzheitlichen Sinne Teil der Einrichtung, sondern fragen Leistungen nach, die unter den ökonomischen Dienstleistungsbegriff nicht fallen, wie z.B. Sinnstiftung, Menschenwürde und emotionales Wohlbefinden (ähnlich Hibbard & Peters 2003,

Damman et al. 2009, Estermann & Kneubühler 2008). Harris-Kojetin und Stone (2007) sprechen in diesem Zusammenhang von der „unvollständigen Konsumentenrolle“, die auch dann unvollständig bleibt, wenn Pflegebedürftige Zugang zu Qualitätsinformationen haben, die sie vor dem Hintergrund einer hohen Komplexität kaum für sich nutzen können (u.a. Hibbard & Peters 2003, Damman et al. 2009). Nichts desto trotz zeigen Erhebungen, dass sich ein Teil der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Definition von Lebensqualität durchaus in der Kundenrolle sieht. So zeigte sich in einer qualitativen Studie von Bowers et al. (2001), dass ein Teil der Bewohner ihre eigene Lebensqualität im Heim anhand der wahrgenommenen Qualität angebotener Serviceleistungen betrachtet. Für jene Bewohner bestand die Qualität der Einrichtung in instrumentellen Aspekten der Pflege; sie bewerteten Qualität, indem sie das Verständnis guter Versorgung an Kriterien wie Effizienz und (Fach)Kompetenz des Personals festmachten. Service-Qualität als das wichtigste Kriterium der Zufriedenheit hatte jedoch nicht für alle Bewohner Bestand, so dass es nicht verallgemeinert werden darf.

Auch wenn die Begriffe der Patienten- und Kundenzufriedenheit in Erhebungen von Lebensqualität präsent sind, plädieren viele Forscher dafür, den Begriff der **Bewohnerzufriedenheit** zu nutzen. Da Heimbewohner in der Regel bis zu ihrem Lebensende in der Einrichtung verbleiben und dabei nicht nur die Rolle eines temporär Kranken einnehmen, grenzt sich der Begriff bewusst gegenüber der Rolle des Patienten ab. Zugleich wird durch diesen Begriff eine Abgrenzung zur Konsumentenrolle angestrebt, da sich nur ein Teil der betrachteten Personengruppe in dieser Rolle sieht (Estermann & Kneubühler 2008, Bowers et al. 2001, Schönberg 2006). Nach Zimmerman und Bowers (2001, S. 235) ist die Zufriedenheit der Bewohner mit der Pflege das Ergebnis eines Vergleichs zwischen den Erwartungen an gute Pflege und der Wahrnehmung der aktuellen Situation, wobei es regelmäßig zur gegenseitigen Anpassung zwischen diesen beiden Modi kommt. Die Autoren weisen vor allem darauf hin, dass die Erwartungen der Bewohner nicht stabil sind, sondern einen dynamischen Charakter haben. Der Kontext, in dem Pflege stattfindet, übt dabei einen entscheidenden Einfluss auf Bewohnererwartungen und folglich die Bewohnerzufriedenheit aus.⁷⁵ Aktuellen Recherchen zufolge existiert allerdings kein explizites theoretisches Modell der Bewohnerzufriedenheit. Vorhandene Konzeptanalysen bzw. Vorschläge für Definitionen der Bewohnerzufriedenheit basieren entweder auf Ansätzen der Akutversorgung (u.a. Eriksen et al. 1995, Ryden et al. 2000) oder grenzen sich von Konzepten der Kundenzufriedenheit nicht ausreichend ab (Jeon et al. 2012). **Inhaltliche Dimensionen der Bewohnerzufriedenheit** können lediglich den Zufriedenheitsinstrumenten entnommen werden, die für den stationären Pflegekontext entwickelt wurden, oder aus Studien abgeleitet werden, in denen Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen nach ihren Erwartungen befragt werden (vgl. Kapitel „Beispiele aus der Forschung“).

7.3 Gibt es Besonderheiten, die bei der Messung berücksichtigt werden sollen?

Sowohl die in Pflegeeinrichtungen durchgeführten Studien (u.a. Bauld et al. 2000) als auch jene aus der allgemeinen sowie gesundheitsbezogenen Lebensqualitäts- bzw. Zufriedenheitsforschung machen darauf aufmerksam, dass Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen nicht alleine für sich stehen dürfen, sondern immer im Zusammenhang mit anderen, subjektiven (z.B. Bewohnererwartungen) oder objektiven (z.B. objektiver Funktionsstatus) Maßen betrachtet werden

⁷⁵ Vor diesem Hintergrund plädieren Zimmerman und Bowers (2001) dafür, die Erwartungen der Bewohner zusammen mit ihren Urteilen zu erheben, um bestimmen zu können, wie Ergebnisse von Befragungen interpretiert werden sollen.

müssen. Erst die zusätzlich erhobenen Variablen können Aufschluss darüber geben, wie Zufriedenheit und deren Änderungen interpretiert werden können. Mit unterschiedlichen Messartefakten, die in Zufriedenheitsbefragungen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung zustande kommen können, beschäftigten sich bereits LeVois et al. (1981). Sie betonen, dass der Zusammenhang zwischen der Qualität einer Dienstleistung und der Zufriedenheitseinschätzung durch den Dienstleistungsempfänger *keinem einfachen* Kausalzusammenhang entspricht, sondern durch eine Vielzahl sozialpsychologischer Variablen moderiert wird. Auch Kupfer und Bond (2012) weisen darauf hin, dass zwischen der Qualität von Dienstleistungen und der Zufriedenheit mit ihnen eine komplexe Beziehung besteht, deren Dynamik bisher nicht vollständig erforscht wurde. Dies betrifft u.a. auch den Zusammenhang zwischen der Patientenzentrierung, wie „shared-decision-making“, sowie Patientenzufriedenheit.

Auf methodische Fallstricke sowie Besonderheiten in Zufriedenheitsbefragungen weisen ebenfalls Diener und Fujita (1995)⁷⁶ hin. Sie betonen vor allem die Tendenz zur Kompensation kognitiver Dissonanz durch den Bewohner oder die Versuche zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse, zu denen der Einzug in ein Heim ohne Zweifel gehört. Nach Pascoe (1983) besteht zwischen den Erwartungen an eine gesundheitsbezogene Dienstleistung und ihrer wahrgenommenen Qualität ein ständiger Austarierungsprozess, zu dem z.B. Angleichungs- bzw. Distanzierungsprozesse, wie Assimilation und Kontrast gehören. Sie erklären, warum nicht jede negative Bewertung einer Dienstleistung zur Unzufriedenheit führt. So lässt sich eine gewisse „Assimilationszone“ ausmachen, in der subjektive Bewertungen einer Leistung an eigene Standards angepasst werden, woraus Zufriedenheit resultiert. Außerhalb dieser „Zone“ entfernen sich Qualitätsbewertungen von subjektiven Standards, was zu Kontrasteffekten und somit zur Unzufriedenheit führen kann. Boie et al. (2002) machen darüber hinaus auf die Anpassung an eine traditionelle Patientenrolle aufmerksam, die u.a. Compliance, Unauffälligkeit und das Befolgen ärztlicher und pflegerischer Anweisungen erfordert. Aus Sicht der Autoren kann diese als Erklärung für die **im Durchschnitt sehr hohen Zufriedenheitsangaben der Befragten** verstanden werden, die in Bewohnerbefragungen bisher ermittelt wurden (u.a. Edwards et al. 2003, Bauld et al. 2000). Sie sind kein isoliertes Phänomen, sondern werden auch in der medizinischen Versorgung beobachtet, seitdem es dort Zufriedenheitsmessungen gibt. Nach Bauld et al. (2000) spiegelt sich in den Zufriedenheitsangaben älterer und auf Pflege angewiesener Menschen nicht die Qualität einer pflegerischen Dienstleistung wieder, sondern die Erfahrungen des Befragten sowie die Bedingungen, unter denen eine Dienstleistung stattfindet. Einen weiteren Einflussfaktor stellt soziale Erwünschtheit dar, die verschiedene Ursachen, wie Angst vor Abhängigkeit und Vergeltung, Angst vor einem Verlust des Leistungsanspruchs (insbesondere bei Pflegebedürftigen mit niedrigem ökonomischen Status) oder Machtungleichheit zwischen Pflegebedürftigem und Fachkräften haben kann (vgl. dazu auch Kelle et al. 2008). Aber auch der Wunsch, sich gegenüber dem Interviewer positiv zu präsentieren, kann zu überhöhten Zufriedenheitsangaben führen (Hilleras et al. 2001). Weitere Ursachen einer hohen Zufriedenheit bilden niedrige Ansprüche an gute Pflege sowie fehlendes Wissen über Alternativen und/oder den üblichen bzw. aktuellen Stand guter Versorgung (Bauld et al. 2000, Zimmerman & Bowers 2001). Nach Castle (2007) lassen sich die Ursachen sozialer Erwünschtheit auf Persönlichkeitsmerkmale zurückführen, die sich als ein ausgeprägtes Bedürfnis nach sozialer Anerkennung äußern. Sie kann aber auch die Reaktion auf die Datenerhebung selbst sein. Während

⁷⁶ Zu den methodischen Fehlern bei der Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität mithilfe schriftlicher und mündlicher Befragungen vgl. auch Halvorsrud und Kalfoss (2014).

im ersten Falle auch kohortenspezifische Einstellungen, wie z.B. Bescheidenheit, eine Rolle spielen können, bilden im zweiten Fall Konsequenzbefürchtungen eine wesentliche Ursache hoher Zufriedenheitsbewertung, die verstärkt werden, wenn Befragte kein Vertrauen zum Interviewer aufbauen können oder wenn die Anonymität gewonnener Ergebnisse als unsicher gilt. Weitere Merkmale, die Zufriedenheitsangaben beeinflussen, sind schlechte Gesundheit, Depression, kognitiver Status, Alter und Geschlecht (Bauld et al. 2000, Boie 2002). In der von Boie et al. (2002) durchgeführten Befragung beurteilten Frauen ihre Zufriedenheit auf einigen Subskalen höher als Männer; auch das Alter der Befragten hatte einen positiven Effekt auf die Einschätzung der Zufriedenheit. Von diesen Erfahrungen ausgehend, sollte Bewohnerzufriedenheit *nicht als alleiniges und endgültige Ziel von Erhebungen der Lebensqualität*, sondern als ein Outcome verstanden werden, dass eine spezielle, jedoch nicht durch alle relevanten Faktoren, wie z.B. Qualität der Pflege, beeinflusste Größe gelten.

Nach van Campen et al. (1995) kann **Zufriedenheit direkt oder indirekt erfasst** werden kann. Während eine direkte Zufriedenheitsmessung die Differenz zwischen Erwartung und dem wahrgenommenen Ergebnis in einer einzigen Frage erfasst, werden Qualitätserwartungen und die Qualitätswahrnehmung innerhalb indirekter Instrumente unabhängig voneinander erhoben. Erst die Differenz zwischen den beiden Variablen gibt eine Auskunft über das Ausmaß der (Un-)Zufriedenheit. Um Anpassungseffekte aufdecken zu können, plädieren van Campen et al. (1995) für die indirekte Messung der Zufriedenheit. Dies hilft zudem, Anpassungsprozesse an eine „resignative Zufriedenheit“ (Bruggemann 1974, S. 283f) zu vermeiden. Um soziale Erwünschtheit zu reduzieren, macht Castle (2007) auf potenzielle Fehlerquellen aufmerksam, die durch das Antwortformat zustande kommen. Vor allem Antwortformate, in denen der Grad der Zustimmung zu einer Aussage erhoben wird, scheinen besonders anfällig für soziale Erwünschtheit zu sein. Formate, die dagegen als bewährt gelten können, stellen sog. visuell-analoge Skalen dar. Auch wenn deren Qualität in der häuslichen Pflege untersucht wurde, lassen sie sich auf den stationären Kontext übertragen (Castle 2005). Nach Bauld et al. (2000) lassen sich bei der Erfassung von Zufriedenheit globale von spezifischen Zufriedenheitsfragen unterscheiden. Während **globale Fragen die Zufriedenheit** mit der gesamten Dienstleistung erfassen (z.B. die Zufriedenheit mit der Einrichtung insgesamt), beziehen sich spezifische Fragen auf die Zufriedenheit mit Einzelaspekten eines Servicebereiches. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass je globaler die Frage, umso stärker die Konzentration am positiven Pol einer Antwortskala. Angesichts der gleichen Beobachtung fordern Mostyn et al. (2000), dass Instrumente zur Messung der Zufriedenheit in der Pflege spezifisch auf diesen Kontext bezogen sein müssen. Sog. generische Instrumente lassen kaum Schlüsse für die Verbesserung der Praxis zu (ähnlich auch Ryden et al. 2000). Wird Unzufriedenheit seitens der Bewohner dennoch geäußert, so wird sie tendenziell an der „Organisation“ und/oder den „Strukturen“ festgemacht, weniger an dem für die Durchführung der Pflege verantwortlichen Personal (ebenda). Darüber hinaus merken die Autoren an, dass die ausschließliche Verwendung geschlossener Zufriedenheitsfragen – unabhängig von der Reihenfolge der Antwortkategorien – nicht ausreichend für die Befragung älterer pflegebedürftiger Menschen ist, und empfehlen geschlossene Fragen um offene Fragen zu ergänzen (Bauld et al. 2000, vgl. auch Kelle et al. 2008 und Levy-Storms et al. 2005). So zeigte sich z.B. in der Befragung von Boie et al. (2002, S. 117), dass sowohl Bewohner als auch Angehörige bereit waren, im Rahmen offener Befragungen Kritik zu äußern, so dass diese generell genutzt werden können, um negative Aspekte zu erfassen. Estermann und Kneubühler (2008) plädieren ebenfalls dafür, offene Fragen zu stellen und an den Erfahrungen der Bewohner anzuknüpfen. Gleichzeitig sollten abstrakte Kategorien, wie z.B. Autonomie, innerhalb der Frageformulierungen unterlassen werden; für

komplexe Inhalte gilt vielmehr, dass sie in die Alltagssprache der Befragten übertragen werden sollen (ebenda, S. 195f). Zu beachten ist auch die Dauer der Befragung: Sie sollte bei Pflegeheimbewohnern 20 Minuten nicht überschreiten.

Eine besondere Herausforderung stellt die Befragung von **Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen** dar (Harris-Kojetin & Stone 2007). Nach Castle (2007) ist es problematisch, dass aufgrund dessen Menschen mit Demenz – aber auch **Menschen mit einem akuten Pflegebedarf**, d.h. Personengruppen, die den höchsten Bedarf an Pflege und Betreuung aufweisen bzw. auf diesen besonders angewiesen sind – aus Befragungen ausgeschlossen werden. Es fehlt an Instrumenten, die vor allem für Menschen mit kognitiver Einschränkung geeignet sind. Vor diesem Hintergrund sind Entwickler von Fragebögen in der Regel bemüht, geeignete Instrumente zur **Befragung von Angehörigen** zu finden. Bei der Entwicklung von Angehörigenfragebögen werden zwei verschiedene Perspektiven verfolgt: Eine dieser Perspektiven folgt dem Ziel, zusammen mit der Entwicklung eines Bewohnerzufriedenheitsfragebogens ein entsprechendes Instrument für Angehörige zu entwickeln, das die Bewohnerbefragung nach Möglichkeit ohne Verzerrungen ersetzen kann. Als Beispiele können das Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP) (Boie et al. 2002) sowie der Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire – (In)Station Care (PPSQ-SC) (Ortlieb et al. 2004) genannt werden. Eine andere Variante stellt das Vorgehen dar, Fragebögen lediglich für Angehörige zu entwerfen. Beispiele dafür finden sich bei Roth et al. (2009), bei Huber (2008) sowie in Form des Angehörigen-Screening-Fragebogens ZUF-A-7 (Kriz et al. 2006). Bisherige Studien zeigen jedoch, dass Angehörige nicht immer die Meinung von Bewohnern wiedergeben. So finden sich Studien, in denen Angehörige kritischer sind und in ihren Bewertungen deutlich unter der Zufriedenheit der Bewohner liegen (u.a. Boie et al. 2002, Kane et al. 2004, Ejaz et al. 2003, Gasquet et al. 2003). Unter methodischen Gesichtspunkten weist Castle (2005, 2006) darauf hin, dass je abstrakter die Fragen, umso größer die Unterschiede zwischen Bewohnern und Proxies; je konkreter die Items, umso größer ist die Übereinstimmung. Voraussetzung ist jedoch, dass befragte Angehörige Kontakt zu Bewohnern und der Einrichtung haben (Meister & Boyle 1996). Castle (2005, 2006) weist zudem darauf hin, dass Angaben von Angehörigen davon abhängig sein können, wer als Angehöriger befragt wird. Differenzen zwischen verschiedenen Proxy-Gruppen (z.B. Angehörige, Pflegepersonal, usw.) und Bewohnern zeigen sich auch dann, wenn sie zu den Bereichen der (subjektiven) Pflegequalität befragt werden (u.a. Grau et al. 1995, Meister & Boyle 1996). Es ist bisher jedoch nicht eindeutig geklärt, aufgrund welcher Faktoren der Einschätzungsunterschied zustande kommt, so dass hier weiterer Forschungsbedarf besteht.

Abschließend sei auf die in der Literatur vorhandene **methodologisch-methodische Kritik** an Zufriedenheitsbefragungen im Kontext der Pflege hingewiesen. So haben van Campen et al. (1995) im Rahmen einer Analyse von 113 Zufriedenheitsinstrumenten eine Reihe kritischer Aspekte genannt. Hierzu gehört die Kritik an der geringen bis nicht vorhandenen theoretischen Fundierung der bestehenden Instrumente sowie Kritik an messmethodischen Gütekriterien, wie geringe Reliabilität, fehlende Angaben zur Validität sowie geringe Spezifität (ebenda, S. 112). Die Forscher untersuchten 113 Instrumente, von denen nur 41 hinsichtlich Reliabilität und Validität geprüft wurden. Auf methodische und methodologische Probleme bei der Konzeptualisierung und Messung von Zufriedenheit in der stationären Pflege machen ebenfalls Harris-Kojetin und Stone (2007), Kelle et al. (2008) sowie Hasseler und Wolf-Ostermann (2010) aufmerksam. Nach den von Castle (2007) vorgelegten Analysen scheint sich die Qualität der vorhandenen Instrumente nur zum Teil verbessert zu haben. Dargestellt am Beispiel der ambulanten Pflege über Wingenfeld und Schaeffer (2001)

Kritik, dass „die durch Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von Pflegediensten bedingten Lebensumstände die Sicht der Betroffenen auf das Leistungsgeschehen, ihre Erwartungen und Beurteilungen beeinflussen“ (ebenda, S. 140), so dass sich die Frage stellt, ob die Zufriedenheitsforschung angesichts der hohen Zufriedenheitsquoten überhaupt einen geeigneten Weg für die Qualitätsentwicklung eröffnet. Die beiden Autoren weisen vor allem darauf hin, dass angesichts des regulierten und somit wenig frei wählbaren Leistungsgeschehens sowie aufgrund einer existentiellen Verunsicherung, die durch die Pflegebedürftigkeit selbst entsteht, die Erwartungen der Leistungsnehmer keinen unabhängigen Einfluss auf Zufriedenheitsurteile haben können (ebenda, S. 142), so dass ihre Anpassung bereits vorausgesetzt werden muss.

7.4 Beispiele aus der Forschung

In der Forschung lässt sich bisher eine Vielzahl an Instrumenten zur Erfassung der Bewohner-, Patienten- oder Kundenzufriedenheit in stationären Pflegeeinrichtungen finden. Die meisten dieser Instrumente wurden allerdings stärker aus Anbieter- und weniger aus Bewohnerperspektive entwickelt. Sie befriedigen somit eher die Interessen der Leistungs- bzw. Kostenträger als Erwartungen der Bewohner an gute Lebensqualität im Heim (Jeon et al. 2012, Castle 2007, Mostyn et al. 2000, van Campen 1995). Ein Instrument, das sich der Erfassung der Zufriedenheit von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen widmet und ausschließlich auf Anliegen der Bewohner basiert, ist der in Australien entwickelte Resident Satisfaction Questionnaire (RSQ) (Chou et al. 2001). Bewohnerzufriedenheit stellt sich in dieser Studie als ein mehrdimensionales Konstrukt dar, das aus sechs Dimensionen besteht: 1) Zufriedenheit mit dem eigenen Zimmer, 2) Zufriedenheit mit dem Haus bzw. der Einrichtung, 3) Zufriedenheit mit sozialer Interaktion, 4) Zufriedenheit mit dem Mahlzeitservice, 5) Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal bzw. der Pflege sowie 6) Zufriedenheit mit der Einbeziehung in Entscheidungen. Im Rahmen einer nachfolgenden Studie (Chou et al. 2002) untersuchten die Autoren den Zusammenhang zwischen den o.g. Dimensionen und kamen u.a. zu dem Ergebnis, dass die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal und der Pflege alle anderen Bereiche der Zufriedenheit beeinflusste. Die **starke Bedeutung der Zufriedenheit mit dem Personal und der Pflege** scheint aus Sicht der Bewohner eine zentrale Rolle bei der Zufriedenheit mit dem Leben im Heim zu spielen. Eine Bestätigung dieses Ergebnisses lässt sich auch in der Untersuchung von Custers et al. (2010) finden. In dieser Studie hatte der subjektiv wahrgenommene Grad der Bedürfnisbefriedigung innerhalb der Pflegebeziehung einen signifikanten Einfluss auf Lebenszufriedenheit, wobei letztere mithilfe des Life Satisfaction Index gemessen wurde.

Im Rahmen eines weiteren Instrumentes zur Messung der Bewohnerzufriedenheit in stationären Pflegeeinrichtungen hatten Ryden et al. (2000) insgesamt sieben inhaltliche Dimensionen vorgeschlagen: 1) Respekt für Werte und Präferenzen der Bewohner, 2) Information, 3) Körperpflege, 4) Psychologische Betreuung, 5) Einbindung der Familie, 6) Zufriedenheit mit dem Personal der Einrichtung und 7) Zufriedenheit mit dem Wohnen und der Wohnumgebung (ebenda, S. 240). Als Beispiel eines Instrumentes zur Erfassung der Kundenzufriedenheit kann wiederum der von Mostyn et al. (2000) entwickelte Fragebogen gelten, bei dessen faktorenanalytischer Untersuchung insgesamt vier inhaltliche Bereiche gefunden wurden:

- 1) Komfort und Sauberkeit (Sauberkeit der Einrichtung und einzelner Räume, Raumtemperatur und Ausstattung privater Räume mit eigenen Möbeln),
- 2) Pflege (Kommunikation, Umgang des Pflegepersonals mit dem Bewohner),

3) Mahlzeiten (Temperatur des Essens, Menüalternativen),

4) Zufriedenheit mit weiteren Angeboten der Einrichtung (z.B. Zugang zu ärztlicher Versorgung, Beachtung von Präferenzen der Bewohner, Freizeitaktivitäten).

Nach der narrativen Analyse von insgesamt 10 Zufriedenheitsinstrumenten für stationäre Altenpflegeeinrichtungen kommen Jeon et al. (2012) zu dem Schluss, dass die dort verwendeten Kriterien insgesamt sieben Oberkategorien, die in weitere Unterkategorien einteilbar sind, zugeordnet werden können: 1) fachliche Qualität des Leistungsanbieters (z.B. medizinische Pflege, Kompetenzen des Personals, Professionalität, Kommunikation, Versorgung mit Fachinformationen, Relevanz der Bewohnerautonomie), 2) Qualität interpersoneller Interaktion (z.B. Kommunikation mit dem Personal, Empathie, emotionale Begleitung, Einstellungen des Personals gegenüber Bewohnern, Grad der Bewohnerorientierung), 3) Qualität der (materiellen) Wohnumwelt (z.B. Sauberkeit, Attraktivität, Ausstattung und Komfort), 4) Qualität der Mahlzeiten (z.B. positives Erleben der Mahlzeiten, Geschmack, Auswahl zwischen verschiedenen Gerichten, Logistik), 5) Aktivitäten und Möglichkeiten für sozialen Austausch (z.B. Auswahl zwischen verschiedenen Aktivitäten, Zugang zur Gemeinschaft, soziale Beziehungen mit anderen Menschen), 6) Spirituelle bzw. religiöse Angebote und 7) Organisation, Grundsätze, Leitlinien und Leitung (z.B. Beteiligung an Entscheidungen, Offenheit für Rückmeldungen und Beschwerden, Respekt).

Im Rahmen einer Untersuchung, in der Ergebnisse einer Bewohnerbefragung den Ergebnissen einer Inhaltsanalyse mit 16 Zufriedenheitsinstrumenten gegenüber gestellt wurden, nennen Robinson et al. (2004) insgesamt 34 Einzelaspekte, die Bewohner im Rahmen narrativer Interviews zur Zufriedenheit mit ihrer Einrichtung generiert haben. Die Autoren konnten diese in sechs Cluster einordnen: 1) Aktivitäten, 2) Pflege und Service, 3) Pflegepersonal, 4) Wohnbedingungen, 5) Mahlzeiten und 6) Wohlbefinden. Im Vergleich zeigte sich, dass sich die aus der Instrumentenanalyse und den Bewohnerbefragungen extrahierten übergeordneten Themencluster zwar größtenteils deckten, Unterschiede jedoch dann sichtbar wurden, wenn alle genannten Kriterien einander gegenübergestellt wurden. So ergab sich zwischen den durch Bewohner geäußerten und den aus den Instrumenten entnommenen Kriterien eine Übereinstimmung von 75%. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass sich 25% aller Nennungen der Bewohner nicht in den Befragungsinstrumenten wiederfanden.⁷⁷

Die meisten bisher entwickelten standardisierten Instrumente zur Messung der Zufriedenheit mit stationären Pflegeeinrichtungen entstammen aus den USA. Aufgrund eines anderen Verständnisses von Lebensqualität sowie anderer Versorgungsstrukturen können diese nicht direkt auf deutsche Einrichtungen übertragen werden. Der Blick in die aktuelle Forschung zeigt allerdings, dass auch deutschsprachige Zufriedenheitsinstrumente existieren. Hier lässt sich z.B. der von Ortlieb et al. (2004) entwickelte Fragebogen zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen nennen. Ausgehend vom Konzept der Patientenzufriedenheit umfasst das Instrument verschiedene thematische Bereiche, die

⁷⁷ Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass neben Zufriedenheitsinstrumenten, die einen übergreifenden Charakter haben und die Intention verfolgen, die Zufriedenheit der Bewohner mit möglichst allen relevanten Bereichen (z.B. Leistungsbereichen) zu erfassen, existieren ebenfalls Instrumente, die für die Erfassung der Zufriedenheit mit ausgewählten Servicebereichen, z.B. dem Mahlzeitemanagement, entwickelt wurden. Als Beispiel lässt sich der FoodEx-LTC nennen, ein Fragebogen mit 44 Items und 5 Dimensionen, der verschiedene Aspekte der Versorgung mit Essen und Trinken erfasst und aus Sicht von Pflegeheimbewohnern konzipiert wurde (Corgan et al. 2004, Evans & Corgan 2005). Ein weiteres Beispiel stellt die Untersuchung von West et al. (2003) dar, in der verschiedene Kriterien der Zufriedenheit mit dem Mahlzeitenangebot entwickelt und im Zusammenhang zur Autonomie untersucht wurden.

sich zum einen auf die Zufriedenheit mit bestimmten Servicebereichen (z.B. Mahlzeiten) und der Versorgung insgesamt, zum anderen auf Erfüllung ausgewählter Bedürfnisse (z.B. Sicherheit) beziehen. Die Frageformulierungen und Antwortformate fokussieren nicht auf Zufriedenheit, sondern erheben diese indirekt. Darüber hinaus werden drei Fragen gestellt, die auf Selbstbestimmung bei der Wahl der Einrichtung eingehen, d.h. ob der Bewohner die Initiative für die Einrichtungssuche ergriffen hatte, wer die Beschaffung von Informationen über verschiedene Einrichtungen unternahm und ob der Pflegebedürftige die Entscheidung für die Einrichtung persönlich getroffen hatte. Neben dem von Ortlieb et al. (2004) entwickelten Fragebogen, der sowohl über eine Bewohner- als auch eine Angehörigenversion verfügt, existiert ein weiteres standardisiertes Instrument: das Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP) (Boie et al. 2002). Das aus insgesamt 50 Items bestehende Zufriedenheitsinstrument für Bewohner, das ebenfalls über eine Version für Angehörige verfügt, gliedert sich in sieben inhaltliche Bereiche: 1) Allgemeine Fragen zur Person, 2) Allgemeinbefinden, 3) Einzug in das Heim, 4) Fragen zur Unterkunft, 5) Fragen zur Ernährung, 6) Pflegepersonal des Hauses und 7) Fragen zum Anbieter der Leistungen insgesamt.

Der Einblick in verfügbare Instrumente zeigt, dass diese bereits eine Vielfalt verschiedener Aspekte der Zufriedenheit erheben und auf der Ebene der gestellten Fragen zum Teil große Ähnlichkeiten aufweisen. Differenzen werden bei der Gestaltung der Gesamtstruktur (z.B. Anzahl und Inhalte der übergeordneten Dimensionen bzw. Cluster) sowie der Erhebungsart (direkte Fragen zur Zufriedenheit, indirekte Erhebung über wahrgenommene Qualität aus Bewohnerperspektive) sichtbar. Dies wird u.a. im Rahmen des von Castle (2007) vorgelegten Reviews deutlich, in dem 50 Instrumente zur Messung der Zufriedenheit in stationären Pflegeeinrichtungen (alle Instrumente wurden in den USA entwickelt und implementiert) gesichtet wurden. Neben einer unterschiedlichen inhaltlichen Struktur (von Instrumenten, die keine Zuordnung von Items bzw. Kriterien zu übergeordneten Bereichen vornehmen, bis hin zu solchen, die insgesamt 14 Dimensionen abdecken), über unterschiedliche Antwortformate (drei- bis siebenstufig) und Differenzen in der Anzahl der Items (drei bis 97 Items) bis hin zur Verfügbarkeit von Kurz- und/oder Proxy-Versionen – die Analyse verdeutlicht, dass die Erhebung der Bewohnerzufriedenheit zwar einen hohen Stellenwert hat, sich einer theoretischen Fundierung jedoch weitgehend entzieht.

Da bisher kein theoretisches Modell der Bewohnerzufriedenheit existiert, können die für Bewohner wichtigen Aspekte jenen Arbeiten entnommen werden, in denen Heimbewohner explizit nach ihren Erwartungen befragt werden. In der Literatur findet sich inzwischen eine Reihe solcher Studien, u.a. die von Bowers et al. (2009) durchgeführte Erhebung von Erwartungen an ein gutes Leben im Heim oder die von Levy-Storms et al. (2005) durchgeführte Befragung von Pflegeheimbewohnern. In der letztgenannten Untersuchung haben sich die Autoren sowohl auf Zufriedenheitsurteile als auch offene Fragen gestützt, in denen Bewohner motiviert wurden, konkrete, situationsspezifische Änderungswünsche an das Leben im Heim zu benennen. Die Ergebnisse zeigen, dass fehlende emotionale und instrumentelle Unterstützung bei bestimmten Aktivitäten, z.B. während der Mahlzeiten, während der Grundpflege oder während sozialer Aktivitäten, zu den am häufigsten genannten unerfüllten Erwartungen von Pflegeheimbewohnern zählen (ebenda, S. S326).

Betrachtet man das Groß der bisher verwendeten Zufriedenheitskriterien, so fällt auf, dass sich Zufriedenheit auf unterschiedliche Gegenstandsbereiche bezieht, die unterschiedliche Abstraktionsgrade aufweisen. Um die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Kriterien der Zufriedenheit zu sortieren, soll abschließend ein systematischer Überblick über die verschiedenen

Abstraktionsgrade gegeben werden. Demnach beziehen sich die bisher verwendeten Kriterien auf folgende Bereiche:

- a) Zufriedenheit mit übergeordneten Leistungsbereichen, z.B. Zufriedenheit den Mahlzeiten, wobei Zufriedenheit anhand subjektiver Kriterien bewertet werden soll (bspw. Wie zufrieden sind Sie mit dem Mahlzeitservice?)
- b) Zufriedenheit mit ausgewählten Aspekten der Leistungserbringung, wobei die Zufriedenheit anhand eines vorgegebenen Kriteriums bewertet werden soll (bspw. Wie zufrieden sind sie mit der Möglichkeit, den Zeitpunkt der Mahlzeiten selbst zu bestimmen?)
- c) Zufriedenheit mit der Struktur (z.B. Ausstattung), den Prozessen (bspw. Art und Weise, wie Pflege erbracht wird) sowie den Ergebnissen (z.B. Mobilität) der Versorgung in der Einrichtung.
- d) Zufriedenheit mit zentralen Lebensbereichen aus Sicht der Bewohner (bspw. Zufriedenheit mit dem Wohnen)
- e) Zufriedenheit mit der Einrichtung insgesamt oder mit ausgewählten Aspekten des Lebens in der Einrichtung (bspw. Wie zufrieden sind Sie mit dem Grad der Selbstbestimmung hier?)
- f) Indirekte Erhebung, z.B. Einschätzung der Güte bzw. Qualität der o.g. Aspekte, ohne dass die Frageformulierung Bezug zur Zufriedenheit nimmt (bspw. Wie stark können Sie hier bestimmen, was sie machen und was sie nicht machen?).

Es gilt zu beachten, dass die Verschiedenheit der Gegenstandsbereiche zu unterschiedlichen inhaltlichen Bereichen der Zufriedenheit führt.

7.5 Kriterien und Indikatoren der Zufriedenheit als Kennzeichen der Lebensqualität

7.5.1 Kriterien der Zufriedenheit als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Indikatoren	Art der Messung ⁷⁸	Quelle(n) ⁷⁹
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	Bewohner ist zufrieden mit dem Schlaf	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 97
	Bewohner ist zufrieden mit der Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 98
	Bewohner ist zufrieden mit den Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT

⁷⁸ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

⁷⁹ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

			stationär, Frage 104
	Im Hinblick auf die Gesundheit ist der Bewohner der Meinung, dass die Einrichtung der richtige Ort für ihn ist	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 60
Soziale Beziehungen	Bewohner ist zufrieden mit sozialen Beziehungen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 101
	Bewohner ist zufrieden mit der Unterstützung durch Freunde	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 102
Wohnen	Bewohner ist zufrieden mit den Wohnbedingungen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 103
	Bewohner ist damit zufrieden, ein Zimmer für sich zu haben oder ein Zimmer zu teilen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 2
	Bewohner ist zufrieden mit dem Geräuschpegel	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 36
	Bewohner ist der Meinung, dass es in der Einrichtung nicht zu laut ist	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 6
	Bewohner ist zufrieden mit der Attraktivität der Einrichtung	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 37
	Bewohner ist zufrieden mit der Sicherheit	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 38
	Bewohner ist zufrieden mit den Möglichkeiten, den Außenbereich (oder anderen Bereiche der Einrichtung) zu genießen	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 41
	Bewohner ist zufrieden mit dem Schutz persönlicher Sachen	*	Ryden et al.

			2000, S. 240, Frage 43
	Bewohner ist mit seinem Zimmer zufrieden	*	Straker et al. 2007, S. 96, Frage 40
	Bewohner ist zufrieden mit dem Schutz und der Sicherheit der Einrichtung	*	Straker et al. 2007, S. 96, Frage 43
Aktivitäten / Tagesgestaltung	Bewohner ist zufrieden mit seiner Arbeitsfähigkeit	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 99
	Bewohner ist zufrieden mit den Beförderungsmitteln, die ihm zur Verfügung stehen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 105
	Bewohner ist zufrieden mit den Möglichkeiten für körperliche Betätigung / Übungen	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 39
	Der Bewohner ist der Meinung, dass es für ihn in der Einrichtung genug zu tun gibt	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 10
Pflege	Bewohner ist zufrieden mit der Anzahl der Pflegekräfte für die Durchführung der Pflege	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 40
	Bewohner ist zufrieden mit der Ausstattung für die pflegerische Versorgung	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 42
	Bewohner sind mit der Qualität der Pflege, die sie erhalten, zufrieden	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 49
	Bewertung der Güte der pflegerischen Versorgung / Unterstützung (subjektiv wahrgenommene Pflegequalität aus Bewohnersicht) bei folgenden Aktivitäten: a) Waschen, Baden oder Duschen b) An- und Ausziehen c) Zahn- und Mundpflege d) Haut- und Haarpflege e) Zehennägel schneiden f) Toilette g) Medikamenteneinnahme h) Ins Bett gehen und aufstehen i) Schlaf j) (Fort-) Bewegung im Haus k) (Fort-) Bewegung außer Haus	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Fragen 26 bis 36

	Allgemeine Bewertung der Güte der pflegerischen Versorgung (Pflegerkräfte machen das, was sie tun, gut), subjektiv wahrgenommene Pflegequalität aus Bewohnersicht	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 51
	Bewohner hatten ein Evaluationsgespräch mit einer dafür zuständigen Person der Einrichtung, in der es darum ging, ob Bewohner zufrieden mit der Pflege sind	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 29, Indikator 1.1, Frage 31
	Pflegepersonal ist bereit, über Dinge zu sprechen, die aus Sicht der Bewohner /der Angehörigen nicht gut funktionieren	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 31, Indikator 2.1, Frage 44
Hauswirtschaftliche Versorgung	Bewohner ist zufrieden mit der Sauberkeit	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 34
	Bewohner ist zufrieden mit dem Geruch in der Einrichtung	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 35
	Bewohner ist der Meinung, dass die Einrichtung sauber und ordentlich ist	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 4
	Bewohner ist der Meinung, dass die Einrichtung gut belüftet ist	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 5
	Bewohner ist der Meinung, die Einrichtung könnte sauberer sein	*	Straker et al. 2007, S. 96, Frage 41
	Der persönliche Wohnbereich (Zimmer, Bad, Toilette, Dusche bzw. Badewanne) ist aus Bewohnersicht sauber	*/***	ActiZ et al. 2007, S. 54, Indikator 4.12, Frage 52
Personal	Bewohner ist zufrieden mit der Pflege bzw. den Leistungen, die er seitens verschiedener Beschäftigtengruppen (Pflegepersonal, Ärzte, Sozialarbeiter, Leiter der Freizeitangebote, Diätspezialisten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logotherapeuten) erhält	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Fragen 26 bis 33
	Bewohner ist zufrieden mit der Verwaltung (Fokus: Personal)	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 30
	Bewohner sind mit den Pflegekräften, die für die Pflege zuständig sind, zufrieden	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 26
	Die Bewohner sind mit der Freundlichkeit des Personals insgesamt	*	Straker et

	zufrieden		al. 2007, S. 95, Frage 46
Essen & Trinken	Bewohner ist zufrieden mit dem Essen	*	Ryden et al. 2000, S. 240, Frage 44
	Das Essen ist aus Sicht der Bewohner schmackhaft	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 31
	Das Essen hat aus Sicht der Bewohner die richtige Temperatur	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 32
	Bewohner ist insgesamt zufrieden mit dem Essen in der Einrichtung	*	Straker et al. 2007, S. 95, Frage 35
	Die Menge an Essen, die Bewohner erhalten, ist richtig bemessen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 40
	Mahlzeiten (inkl. Mahlzeiten, die therapeutischen und diätetischen Erfordernissen entsprechen) werden in einer attraktiven und ansprechenden Weise serviert. Dies bezieht sich auf die Konsistenz, den Geschmack und die optische Darbietung der Mahlzeiten.	unklar	HIQA 2008, S. 27, Kriterium 19.4
	Warme Mahlzeiten sind aus Sicht der Bewohner sorgfältig zubereitet	*/**	ActiZ et al. 2007, S. 35, Indikator 3.2, Frage 74
	Mahlzeiten sind aus Sicht der Bewohner schmackhaft	*	ActiZ et al. 2007, S. 35, Indikator 3.2, Frage 75
	Bewohner erhält in der Einrichtung seine favorisierten Gerichte. Bewohner mag das Essen in der Einrichtung.	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012), Dimension: Genuss beim Essen, Items 20 und 21
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	Bewohner ist zufrieden mit spirituellen Angeboten in der Einrichtung	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 7
	Bewohner ist insgesamt zufrieden mit den Aktivitäten, die in der Einrichtungen angeboten werden	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 10
	Bewohner hat genügend Betätigung in der Einrichtung	*	Straker et

			al. 2007, S. 94, Frage 5
	Angebote Aktivitäten beinhalten Dinge, die der Bewohner mag	*	Straker et al. 2007, S. 94, Frage 6
	Aus der Sicht des Bewohners gibt es genügend Aktivitäten, die durch die Einrichtung organisiert werden	*	ActiZ et al. 2007, S. 57, Indikator 6.1, Frage 70
Zufriedenheit: Übergreifende Fragen	Bewohner ist mit der Einrichtung zufrieden	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 58
	Bewohner würde die Einrichtung eigenen Familienangehörigen und Freunden empfehlen	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 59 + Straker et al. 2007, S. 95, Frage 48
	Bewohner ist zufrieden mit sich selbst	*	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 100
	Bewohner würde die Einrichtung jemanden, der auf Pflege angewiesen ist, empfehlen	*	Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) (Frage 42)
	Bewohner hat Wünsche zur Verbesserung in der Einrichtung	*/****	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 61
	Servicequalität: Der Bewohner wird als Kunde mit eigenen Ansprüchen und Wünschen ernst genommen, es wird auf seine Wünsche eingegangen, zuvorkommender Umgang usw.	** (****)	Oswald et al. 2014, S. 140, Fragebogen INSEL, Frage 12

7.5.2 Indikatoren der Zufriedenheit als Kennzeichen der Lebensqualität

Lebensbereiche / Organisations-einheiten	Indikatoren	Art der Messung ⁸⁰	Quelle(n) ⁸¹
Gesundheit / körperliche & mentale Verfassung	<p>Indikator: Anteil der Bewohner, die angeben, dass ihre Gesundheit angemessen gefördert wird</p> <p>Beschreibung: Zähler: Zahl der Bewohner, die angeben, dass ihre Gesundheit „gewöhnlich“ oder „immer“ angemessen gefördert wird, Nenner: Gesamtzahl befragter Bewohner</p> <p>Kommentar: Bei diesem Indikator handelt es sich um eine indirekte Ermittlung der Zufriedenheit bzw. die Einschätzung der Güte des Zugangschancen zur Gesundheitsförderung aus Sicht der Bewohner</p>	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 37, S. 60 (entnommen aus NCHRDF 2007)
Soziale Beziehungen	---		
Wohnen	---		
Aktivitäten / Tagesgestaltung			
Pflege			
Hauswirtschaftliche Versorgung	<p>Indikator: Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht</p> <p>Beschreibung: Der Indikator umfasst insgesamt vier Items, von denen sich drei auf die Bewertung der Sauberkeit und ein Item auf die Bewertung des Geruchs beziehen. Zähler: Anzahl positiver Antworten, Nenner: Alle gültigen Antworten.</p> <p>Kommentar: Die Einschätzung der Sauberkeit und des Geruches beziehen sich auf das Zimmers, das Bad, die Toilette und die Einrichtung insgesamt. Da sich der Indikator auf die Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität nach subjektiven Kriterien der Befragten bezieht, wird er als eine indirekte Einschätzung der Zufriedenheit gewertet (Einschätzung der Güte der Leistungen, und nicht z.B. als Beitrag zum Wohlbefinden).</p>	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 60 + S. 163ff (Indikator 4.1)
	<p>Indikator: Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht</p> <p>Beschreibung: Die Bewertung der Wäscheversorgung bezieht sich auf die Sauberkeit der Wäsche, auf die ausreichend schnelle, vollständige sowie unbeschädigte Wäscherückgabe. Der dem Indikator zugrunde gelegte Index besteht aus vier Items. Für die Bewertung wird das letzte halbe Jahr veranschlagt. Zähler: Anzahl positiver Antworten, Nenner: Anzahl aller gültigen Antworten.</p>	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 61 + S. 167ff (Indikator 4.2)

⁸⁰ Erläuterung der verwendeten Zeichen: Zeichen: * Selbsteinschätzung durch Bewohner; ** Selbsteinschätzung durch Bewohner oder Fremdeinschätzung durch Angehörige; *** Einschätzung durch Angehörige, Item richtet sich an Angehörige von Bewohnern gerontopsychiatrischer Einrichtungen / Stationen; **** Offene Frage; ***** Objektive Messung.

⁸¹ Die in dieser Spalte enthaltenen Quellenangaben befinden sich im zweiten Teil der Literaturliste (Teil b: Kriterien und Indikatoren).

	Kommentar: Da es sich bei diesem Indikator um eine Bewertung der Qualität der Wäscheversorgung aus subjektiver Sicht der Nutzer handelt, wird dieser als eine indirekte Erfassung der Zufriedenheit gewertet.		
Personal	---		
Essen & Trinken	Indikator: Anteil der Bewohner, die mit dem Geschmack und der Qualität der Mahlzeiten zufrieden sind Beschreibung: Zähler: Anzahl der Bewohner, die angeben, dass sie „gewöhnlich“ oder „immer“ mit den Mahlzeiten zufrieden sind; Nenner: Gesamtzahl der befragten Bewohner	*	Hoffmann et al. 2010, Projekt PROGRESS, Handbuch 2010, Indikator 69, S. 90 (entnommen aus NCHRDF 2007)
	Indikator: Beurteilung der Qualität des Mahlzeiten- und Getränkeangebots (Bewohner-/Angehörigensicht) Beschreibung: Bewertung des Mahlzeiten- und Getränkeangebotes in Hinblick auf Geschmack von Speisen und Getränken, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur der Speisen. Zähler: Anzahl positiver Antworten, Nenner: Alle gültigen Antworten. Kommentar: Innerhalb des Instrumentes für diesen Indikator bezieht sich eine von vier Fragen auf die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Gerichten während der Mittagszeit (Frage 2). Insofern kann der Indikator zum Teil auch dem Merkmal „Selbstbestimmung“ zugeordnet werden. Die verbleibenden drei Fragen können eher dem Merkmal „Zufriedenheit / Adäquatheit“ zugeordnet werden.	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 63 + 174ff (Indikator 4.4)
Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung	--- ⁸²		
Zufriedenheit: Übergreifende Fragen	Indikator: Weiterempfehlung aus Nutzersicht Beschreibung: Der Indikator basiert auf einem Item, mit dessen Hilfe Bewohner und Angehörige gefragt werden, ob sie die Einrichtung anderen weiterempfehlen würden. Zähler: Anzahl positiver Antworten, Nenner: Anzahl gültiger Antworten Kommentar: Im Rahmen aktueller Zufriedenheitserhebungen wird davon ausgegangen, dass eine Weiterempfehlung auf der Basis der Zufriedenheit mit der Einrichtung entsteht. Vor diesem Hintergrund wurde dieser Indikator zum Merkmal „Zufriedenheit“ zugeordnet.	**	Wingenfeld & Engels 2011, S. 73 + 215ff (Indikator 5.10)

⁸² Der mit dem Merkmal „Freizeitangebote & psychosoziale Betreuung“ inhaltlich verwandter Indikator aus der von Wingenfeld & Engels (2011, S. 191ff; Indikator 5.3) vorgeschlagenen Sammlung wurde in die Indikatoren-Sammlung nicht aufgenommen, weil der Bezug zu den Merkmalen der Lebensqualität auf Basis der gegebenen Begründung nicht nachvollzogen werden konnte. Eine Teilnahme bzw. Anwesenheit der Bewohner an einer bestimmten Anzahl von Angeboten und Aktivitäten an sich muss nicht per se mit einem Zuwachs an Lebensqualität einhergehen. Eine wiederholte und freiwillige Teilnahme an ausgewählten Angeboten kann als „Zeichen“ der Zufriedenheit mit dem Angebot betrachtet werden, ein Bezug zur Erhebung der wiederholten Teilnahme bzw. Erhebung des Freiwilligkeitsgrades wurde bei der Itemgestaltung nicht hergestellt.

8 Literatur

8.1 Definition und Merkmale der Lebensqualität

Abeles, R.P. (1991). Sense of control, quality of life, and frail older people. In: J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe & D.E. Deutchman (Hrsg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, S. 297-314. San Diego: Academic Press.

ActiZ, V & VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN (2007). *Quality framework responsible care: nursing, care and home care (long-term an/or complex care)*.

[<http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20%28english%29.pdf>. Letzter Zugriff: 23.04.2014]

Agich, G. (2004). *Dependence and Autonomy in Old Age*. Cambridge: University Press.

Agich, G. J. (2007). Reflections on the function of dignity in the context of caring for old people. *Journal of Medicine & Philosophy*, 32(5), 483–494.

Alagic, V. & Staudinger, B. (2011). Lebensqualität in deutschen Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer Befragung mittels dem EQ-5D Instrument. *Gesundheitswesen*, 73, 795-802.

Albani, C., Gunzelmann, T., Schmutzer, G., Grulke, N., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M. & Brähler, E. (2005). Die emotionale Befindlichkeit älterer Menschen – Normierung des Profile of Mood States für über 60-Jährige. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 431-440.

Anderberg, P. et al. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 59(6), 635–643.

Andrews, F. M. & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.

Atkins, K. (2006). Autonomy and autonomy competencies: a practical and relational approach. *Nursing Philosophy*, 7, 205-215.

Bartholomeyczik, S. (2013). Nutzenbewertung in der Pflegeforschung: Beispiele und offene Fragen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107 (3), 242-247.

Bartholomeyczik, S. & Schrems, B. (2004). *Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenheimen*. KDA, Thema 188, Köln.

Bauld, L., Chesterman, J. & Judge, K. (2000). Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature. *Health and Social Care in the Community*, 8 (5), 316-324.

Baumeister, R. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.

Bayer, T., Tadd, W. & Krajcik, S. (2005). The voice of older people. *Quality in Ageing – Policy, practice and research*, 6 (1), 22-29.

Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In: A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*, S. 13-49. Weinheim: Juventa.

Becker, S. (2014). Lebensqualität bei Menschen mit Demenz: Ein bedeutender Aspekt adäquater Versorgung. *ARS Medici*, 8, 428-431.

Becker, S., Kaspar, R. & Kruse, A. (2011). *H.I.L.DE. – Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen*. Bern: Hans Huber.

Becker, S., Kruse, A., Schröder, J. & Seidl, U. (2005). Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 108-121.

Beerens, H.C., Zwakhalen, S.M.G., Verbeek, H., Ruwaard, D. & Hamers, J.P.H. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1259-1270.

Behr, A., Meyer, R., Holzhausen, M., Kuhlmeier, A. & Schenk, L. (2013). Die Intimsphäre – Eine wichtige Dimension der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 639-644.

Behrens, J. & Zimmermann, M. (2006). Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit: Konzept und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (3), 165-172.

Berendonk, C. & Stanek, S. (2010). Positive Emotionen von Menschen mit Demenz fördern – Die Gestaltung individuell bedeutsamer Alltagssituationen durch Pflegefachpersonen und pflegende Angehörige. In A. Kruse (Hrsg.), *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter*, S. 157-176. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.

Bergland, A. & Kirkevold, M. (2008). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1295-1302.

Berglund, A.-L. & Ericsson, K. (2003). Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 112-119.

Boie, J., Dietsche, S., Lecher, S., Kawski, S. & Koch, U. (2002). Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP). *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 15 (3), 107-123.

Bowen, S.Y. & Zimmerman, S. (2008). Understanding and Improving Psychosocial Services in Long-Term Care. *Health Care Financing Review*, 30 (2), 1-4.

Bowers, B.J., Fibich, B. & Jacobson, N. (2001). Care-as-service, care-as-relating, care-as-comfort: understanding nursing home residents' definitions of quality. *Gerontologist*, 41, 539-545.

Bowers, H., Clark, A., Crosby, G., Easterbrook, L., Macadam, A., MacDonald, R., Macfarlane, A., Maclean, M., Patel, M., Runnicles, D., Oshinaike, T. & Smith, C. (2009). *Older people's vision for long-term care*. Joseph Rowntree Foundation, York, UK.

- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health-related quality of life. *Social Science and Medicine* 41, 1447-1462.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well: Quality of life in old age*. Berkshire: Open University Press.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J. (2004). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56, 269-306.
- Boyle, G. (2008). Autonomy in long-term care: a need, a right oder a luxury? *Disability and Society*, 23 (4), 299-3010.
- Boyle, G. (2005). The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care settings. *Ageing & Society*, 25, 731-48.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bradshaw, S.A., Playford, E.D. & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41, 429-440.
- Brawley, E.C. (2001). Environmental design for Alzheimer's disease: a quality of life issue. *Ageing and Mental Health*, 5 (1), 79-83.
- Brettschneider, Ch., Lühmann, D. & Raspe, H. (2011). Stellenwert von Patient Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA). HTA-Bericht 109, DIMDI, Köln.
- Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The dementia quality of life instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39, 25-35.
- Brown, D., McWilliam, C. & Ward-Griffin, C. (2006). Client-centred empowering partnership in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 160-168.
- Brown, J., Bowling, A. & Flynn, T.N. (2004). Models of quality of life. A taxonomy and systematic review of literature. Report Commissioned by the European Forum on Population Ageing Research. Sheffield.
- Browne, J.P., O'Boyle, C.A., McGee, H.M., Joyce, C.R.B. McDonald, O'Malley, K. & Hiltbrunner, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3 (4), 235-244.
- Bruggemann, A. (1974). Zur Unterscheidung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. *Arbeit und Leistung*, 281-284.
- Buckley, C. & McCarthy, G. (2009). An exploration of social connectedness as perceived by older adults in a long-term care setting in Ireland. *Geriatric Nursing*, 30, 390-396.
- Buckley, B., Wagg, A. & Winder, A. (2007). Emotional well-being in faecal and urinary incontinence. *Continence*, 1 (1), 66-70.
- Bulmahn, T. (2000). Das vereinte Deutschland - Eine lebenswerte Gesellschaft? Zur Bewertung von Freiheit, Sicherheit und Gerechtigkeit in Ost und West. *Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 52 (3), 405-427.

Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108 (2-3), 97-103.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. 11. Auflage, Berlin.

Burgener, S.C., Twigg, P. & Popovich, A. (2005). Measuring psychological well-being in cognitively impaired persons. *Dementia*, 4, 463-485.

Callaghan, L. (2008). Social well-being in extra care housing: A overview of the literature. PSSRU Discussion Paper 2528, March 2008. Personal Social Services Research Unit, University of Kent at Canterbury.

Calnan, M., Badcott, D. & Woolhead, G. (2006). Dignity unter threat? A study oft he experiences of older people on the United Kingdom. *International Journal of Health Services*, 36 (2), 355-375.

Carstensen, L.L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 30, 1913-1915.

Carstensen, L.L. & Lang, F.R. (2007). Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde. In: J. Brandtstädter & Lindenberger, U. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*, S. 389-412. Stuttgart: Kohlhammer.

Castle, N.G. (2007). A review of satisfaction instruments used in long-term care settings. *Journal of Aging and Social Policy*, 19 (2), 9-41.

Castle, N.G. (2006). Family members as proxies for satisfaction with nursing home care. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32 (8), 452-458.

Castle, N.G. (2005). Are familiy members suitable proxies for transitional care units residents when collecting satisfaction information? *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (4), 1 – 7.

Cella, D.F. (1994). Quality of life: Concepts and definitions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9 (3), 186-192.

Charlemagne-Badal, S.J., Lee, J.W., Butler, T.L. & Fraser, G.E. (2014). Conceptual domains included in wellbeing and life satisfaction instruments: a review. *Applied Research in Quality of Life*. doi:10.1007/s11482-014-9306-6

Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136–151.

Chou, S.-Ch., Boldy, D.P. & Lee, A.H. (2002). Resident satisfaction and ist components in residential aged care. *The Gerontologist*, 42 (2), 188-198.

Chou, S.-Ch., Boldy, D.P. & Lee, A.H. (2001). Measuring resident satisfaction in residential aged care. *The Gerontologist*, 41 (5), 623-631.

- Cohn, J. & Sugar, J.A. (1991). Determinants of quality of life in institutions: Perceptions of frail older residents, staff, and families. In J. E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe & D.E. Deutchman (Hrsg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, S. 28-49. San Diego: Academic Press.
- Chochinov, H.M. (2004). Dignity and the eye of the beholder. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (7), 1336-1340.
- Chochinov, H.M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L. & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, 54, 433-443.
- Clark, J. (2010). Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nursing Times*, 106 (20), 16-19.
- Collopy, B. J. (1988). Autonomy in long-term care: Some crucial distinctions. *The Gerontologist*, 28 Suppl., 10-17.
- Conte, V.A. & Salamon, M.J. (1982). An objective approach to the measurement and use of life satisfaction with older persons. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 15, 194-200.
- Cooney, A., Dowling, M., Gannon, M.E., Dempsey, L. & Murphy, K. (2013). Exploration of the meaning of connectedness for older people in long-term care in context of their quality of life: a review and commentary. *International Journal of Older People Nursing*, 9, 192-199.
- Coughlan, R. & Ward, L. (2007). Experiences of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: assessing quality qualitatively. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 47-57.
- Crogan, N.L., Evans, B. & Velasquez, D. (2004). Measuring nursing home resident satisfaction with food and food service: Initial testing of the FoodEx-LTC. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A (4), 370-377.
- Cullati, S., Courvoisier, D.S., Charvet-Bérard, A.I. & Perneger, T.V. (2010). Desire for autonomy in health care decisions: a general population survey. *Patient Education and Counseling*, 83 (1), 134-138.
- Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38, 303-328.
- Curry, A. & Stark, S. (2000). Quality of service in nursing homes. *Health Services Management Research*, 13 (4), 205-215.
- Custers, A.F.J., Westerhof, G.J., Kuin, Y. & Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging & Mental Health*, 14 (6), 731-739.
- Cutrona, C.E. & Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In H. Jones & D. Perlman (Hrsg.), *Advances in Personal Relationships. A Research Annual I*, S. 37-67. Greenwich, Jai Press Inc.

- Damman, O.C., Hendriks, M., Rademakers, J., Delnoij, D.M.J. & Groenewegen, P.P. (2009). How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC Public Health*, 9, 423 (doi: 10.1186/1471-2458-9-423)
- Davis, S. & Brown-Wilson, C. (2007). Creating community within care homes. In: *Help the Aged & National Care Homes Research and Development Forum (Hrsg.), My Homelife: Quality of Life in Care Homes*, S. 65-84. London.
- Davies, S., Ellis, L. & Laker, S. (2000). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 127-136.
- Degenholtz, H.B., Kane, R.A., Kane, R.L., Bershadsky, B. & Kling, K.C. (2006). Predicting nursing facility residents' quality of life using external indicators. *HSR: Health Services Research*, 41 (2), 335-356.
- de Jong Gierveld, J. & Tesch-Römer, C. (2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: theoretical perspectives. *European Journal of Ageing*, 9, 285-295.
- de Jong Gierveld, J. & van Tilberg, T.G. (2006). A 6-Item scale for overall, emotional and social loneliness. *Research on Ageing*, 28 (5), 582-598.
- Department of Health (2009). Final report on the review of the Department of Health Dignity in Care Campaign. London.
[www.dignityincare.org.uk/_library/Opinion_Leader_Final_Report_to_DH.doc.pdf, 10.01.2015]
- Department of Health (2006a). Dignity in Care. A Report on people's views. London.
[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20070905121357/dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4139552, 10.01.2015]
- Department of Health (2006b). Dignity in Care. Report of the Survey. London.
[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20070905121357/dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4139552, 10.01.2015]
- Department of Health (2012). The Adult Social Care Outcomes Framework. Handbook of Definitions. London [www.dh.gov.uk/publications]
- Diener, E. (1996). Traits can be powerful, but are not enough: lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 30, 389-399.
- Diener, E. & Emmons, R.A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Methodological pitfalls and solutions in satisfaction research. In M.J. Sirgy & A.C. Samli (Hrsg.), *New Dimensions in Marketing/Quality-of-Life Research*. Westport: Quorum Books.
- Diener, E. & Larsen, R.J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 871-883.
- Diener, E., Napa Scollon, Ch. & Lucas, R.E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.

Diener, E., Smith, H. & Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 130-141.

Dröes, R.-M., Boelens-van der Knoop, E.C.C., Bos, J., Meihuizen, L., Ettema, T.P., Gerritsen, D.L., Hoogeveen, F., De Lange, J. & Schölzel-Dorenbos, C.J.M. (2006). Quality of life in dementia in perspective. An explorative study of variations in opinions among people with dementia and their professional caregivers, and in literature. *Dementia*, 5 (4), 533-558.

Duffy, M., Duffy, J.A., Kilbourne, W. & Giarchi, G. (2005). Utility of the Salamon-Conte Life Satisfaction in the Elderly Scales (LSES) in measuring life satisfaction in Great Britain and United States nursing home residents. *Clinical Gerontologist*, 28 (4), 17-28.

Dykstra, P.A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.

Edwards, H., Courtney, M. & Spencer, L. (2003). Consumer expectations of residential aged care: reflections on the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 70-77.

Edwards, H., Courtney, M. & O`Reilly, M. (2003). Involving older people in research to examine quality of life in residential aged care. *Quality in Ageing – Policy, Practice and Research*, 4, 38-43.

Ejaz, F., Straker, J., Fox, K. & Swami, S. (2003). Developing a satisfaction survey for families of Ohio's nursing home residents. *The Gerontologist*, 43 (4), 447-458.

Elosua, P. (2011). Subjective values of quality of life dimensions in elderly people. A SEM preference model approach. *Social Indicators Research* 104, 427-437.

Epstein, R.M. & Peters, E. (2009). Beyond information: exploring patients' preferences. *JAMA*, 302 (2), 195-197.

Eriksen, L.R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3 (1), 59-76.

Estermann, J. & Kneubühler, H.-U. (2008). Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. *Swiss Journal of Sociology*, 34 (81), 187-210.

Evans, B.C. & Crogan, N.L. (2005). Using the FoodEx-LTC to assess institutional food service practices through nursing home residents': Perspectives on nutrition care. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60A (1), 125-128.

Evans, S. & Vallely, S. (2007). Best practice in promoting social well-being in extra care housing: A literature review. Joseph Rowntree Foundation, Water End, UK.

Farquhar, M. (1995a). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science and Medicine* 41, 1439-1446.

Farquhar, M. (1995b). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.

Faulk, L.E. (1988). Quality of life factors in board and care homes for the elderly: A hierarchical model. *Adult Foster Care Journal*, 2 (2), 100-117.

- Faulkner, M., Davies, S., Nolan, M. & Brown-Wilson, C. (2006). Development of the Combined Assessment of Residential Environments (CARE) Profiles. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6), 664-677.
- Ferreira, V. M. & Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain, and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 11, 89–98.
- Fessman, N. & Lester, D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *International Journal of Aging and Human Development*, 51, 137-141.
- Forder, J., Netten, A., Caiels, J., Smith, J. & Malley, J. (2007). Measuring Outcomes in Social Care: Conceptual Development and Empirical Design. Quality Measurement Framework Project PSSRU Interim Report. PSSRU Discussion 2422 [Personal Social Services Research Unit, University of Kent, London School of Economics, University of Manchester]
- Forgas, J.P. (2003). Affective influences on attitudes and judgments. In R.J. Davidson, K.R. Scherer & H.H. Goldsmith (Hrsg.), *Handbook of affective sciences*, S. 596-618. Oxford: Oxford University Press.
- Franklin, L.L., Ternstedt, B.M. & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*, 13 (2), 130-146.
- Frijda, N.H. (1999). Emotions and hedonic experience. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Hrsg.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*, S. 190-210. New York: Russell Sage Foundation.
- Galambos, C.M. (1997). Quality of life for the elder: a reality or an illusion? *Journal of Gerontological Social Work* 27, 27-44.
- Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I.R. & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing*, doi: 10.1186/1472-6955-7-11.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity- two key health professional values: implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 11 (6), 587-599.
- Gallagher, A. & Seedhouse, D. (2002). Dignity in care: the views of patients and relatives. *Nursing Times*, 98 (43), 38-40.
- Garms-Homolová, V. & Gilgen, R. (Hrsg.) (2000). RAI 2.0 Resident Assessment Instrument. System zur Beurteilung, Dokumentation und Planung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern: Huber.
- Gasquet, I., Dehe, S., Gaudebout, P. & Falissard, B. (2003). Regular visitors are not good substitutes for assessment of elderly patient satisfaction with nursing home care and services. *The Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, 1036-1041.
- Gentile, K.M. (1991). A review of the literature on interventions and quality of life in the frail elderly. In J.E. Birren, J.C. Rowe, J.E. Lubben & D.E. Deutschman (Hrsg.), *The concept and management of quality of life in the frail elderly* (S. 75-86). San Diego: Harcourt Brace Janovich.

- George, L.K. (1998). Dignity and quality of life in old age. *Journal of Gerontological Social Work*, 29, 39-52.
- Gerritsen, D.L., Steverink, N., Frijters, D.H.M., Ooms, M.E. & Ribbe, M.W. (2010). Social well-being and its measurement in the nursing home, the SWON-scale. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1243-1251.
- Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E. & Ribbe, M.W. (2004). Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Quality of Life Research*, 13, 611-624.
- Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.W., de Vet, H.C.W. & Ribbe, M.W. (2007). Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. *Quality of Life Research*, 16, 1029-1037.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.) (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt am Main: Campus.
- Görres, S., Hasseler, M. & Mittnacht, B. (2009). Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.. Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Ausgabe 02 / Sommer 2009, Universität Bremen.
- Grau, L., Chandler, B. & Saunders, C. (1995). Nursing home resident's perceptions of the quality of their care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33 (5), 34-41.
- Grewal, I. & J. Lewis, et al. (2006). Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: Preferences or capabilities? *Social Science and Medicine*, 62(8), 1891-1901.
- Griffin-Heslin, V. L. (2005). An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 251-257.
- Haas, B.K. (1999a). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21 (6), 728-742.
- Haas, B.A. (1999b). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (3), 215-220.
- Haddock, J. (1996). Towards further clarification of the concept "dignity". *Journal of Advanced Nursing*, 24, 924-931.
- Halvorsrud, L. & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing*, 4, 229-246.
- Halvorsrud, L. & Kalfoss, M. (2014). Quality of life data in older adults: self-assessment vs interview. *British Journal of Nursing*, 23 (13), 712-721.
- Harnett, P.J. & Greaney, A.-M. (2008). Operationalizing autonomy: solutions for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 2-9.
- Harris-Kojetin, L.D. & Stone, R.I. (2007). The role of consumer satisfaction in ensuring quality long-term care: opportunities and challenges. *Journal of Aging and Social Policy*, 19 (2), 43-61.

- Haslam, N. (2006). Dehumanization: an integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (3), 252-264.
- Hasseler, M. & Wolf-Ostermann, K. (2010). Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. [www.pflegenoten.de/media/dokumente/weiterentwicklung/Pflegenoten_Endbericht_Berat_u__WB_2010_07_21.pdf]
- Hautzinger, M. (2002). Depressive Störungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, S. 141-165. Berlin: Springer.
- Headey, B. & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire.
- Health Information and Quality Authority (HIQA) (2008). *National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland*. Cork / Dublin, Irland. [www.hiqa.ie/standards/social/older-people, 14.12.2014]
- Hibbard, J. & Peters, E. (2003). Supporting informed consumer health care decisions: Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual Review of Public Health*, 24, 413-433.
- Hilleras, P.K., Agüero-Torres, H. & Winblad, B. (2001). Factors influencing well-being in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 361-365.
- Hoffmann, F., Maas, F., Rodrigues, R., Bruckmüller, A., Gross, S., Kattnigg, A., Leichsenring, K., Schlüter, W., Staflinger, H., Schnabel, E., Brucker, U., Burkert, A., Braun, H., Grobe, D., Meyer, J., Minkman, M., Pel, R. & Mak, S. (2010). *Verbesserung messen: Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Bericht aus dem Projekt PROGRESS*. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien.
- Holzhausen, M. (2009). *Lebensqualität multimorbider älterer Menschen. Konstruktion eines neuen individualisierten Messverfahrens*. Bern: Huber.
- Honneth, A. (1992). Integrity and disrespect: principles of a conception of morality based on the theory of recognition. *Political Theory*, 20 (2), 187-201.
- Huber, E. (2008). OLA: Optimierung der Lebensqualität im Alter: Entwicklung eines Fragebogens zur Zufriedenheit der Angehörigen von Bewohnerinnen in Altersinstitutionen. *Pflege*, 21, 319-326.
- Hughes B. (1990). Quality of life. In: S.M. Peace SM (Hrsg.), *Researching Social Gerontology: Concepts, Methods and Issues*, S. 46-58. London: SAGE.
- Hutchinson, A.M., Milke, D.L., Maisey, S., Johnson, C., Squires, J.E., Teare, G. & Estabrooks, C.A. (2010). The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 10, 166 ff.
- Inglehart, R. (1989). *Kultureller Umbruch: Wertewandel in der westlichen Welt*. Frankfurt /Main: Campus.

- Jacelon, C.S., Connelly, T.W., Brown, R., Proulx, K. & Vo, T. (2004). A concept analysis of dignity for older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), 76-83.
- Jacobson, N. (2007). Dignity and health: a review. *Social Science and Medicine*, 2(64), January 2007, 292–302.
- Jenull-Schiefer, B. & Janig, H. (2004). Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 393-401.
- Jeon, Y., Fethney, J. & Ludford, I. (2012). Measuring client satisfaction in residential aged care settings: a narrative review of instruments. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 8 (1), [http://isub.com/IJHCA/8/1/13747//, letzter Zugriff: 29.04.2014]
- Jonker, C., Gerritsen, D.L., Bosboom, P.R. & van der Stehen, J.T. (2004). A model for quality of life measures in patients with dementia: Lawton`s next step. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18, 159-164.
- Josat, S., Schubert, H.-J., Schnell, M.W. & Köck, Ch. (2006). Qualitätskriterien, die Altenheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. *Pflege*, 19, 79-87.
- Kane, R.A. (2001). Long-term care and a good quality of life: bringing them closer together. *The Gerontologist*, 41 (3), 293-304.
- Kane, R.A. (1991). Personal autonomy for residents in long-term care: concepts and issues of measurement. In: J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe & D.E. Deutschman (Hrsg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, S. 315-334. San Diego: Academic Press.
- Kane, R.A. (2003). Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*, 43, Special Issue II, 28-36.
- Kane, R.A., Freeman, I.C., Caplan, A.L., Aroskar, M.A. & Urv-Wong, E.K. (1990). Everyday autonomy in nursing homes. *Generations*, XIV Supplement, 69-71.
- Kane, R.L. & Kane, R.A. (2001). What older people want from long-term care, and how they can get it. *Health Affairs*, 20 (6), 114-127.
- Kane, R.A., Lum, T.Y., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B. & Yu, T.-Ch. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial Green House Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 832-839.
- Kane, R.A., Kane, R.L., Bershadsky, B., Cutler, L., Giles, K., Liu, J., Kang, K., Zjang, L., Kling, K. & Degenholtz, H. (2004). Measures, indicators, and improvement of quality of life in nursing home: Final report, volume 1: Methods and results. Report submitted to Centers for Medicare & Medicaid Services by Division for Health Services Research and Policy, School of Public Health, University of Minnesota.
- Kane, R. A., Kane, R.L., Bershadsky, B., Cutler, L.J., Giles, K., Kling, K.C. & Degenholtz, H.B. (2004a). Measures, Indicators, and Improvement of Quality of Life in Nursing Homes: Final Report. School of Public Health, University of Minnesota, Delaware.

- Kane, R.L., Kane, R.A., Bershadsky, B., Degenholtz, H., Kling, K., Totten, A. & Jung, K. (2005). Proxy source for information on nursing home residents` quality of life. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 60B (6), S318-S325.
- Kane, R.L., Bershadsky, B., Kane, R.A., Degenholtz, H.H., Liu, J., Giles, K. & Kling, K.C. (2004b). Using resident reports of quality of life to distinguish among nursing homes. *The Gerontologist*, 44 (5), 624-632.
- Katz, S.J. & Hawley, S. (2013). The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? *JAMA*, 310 (15), 1559-1560.
- Kelle, U., Niggemann, Ch. & Metje, B. (2008). Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In: A. Amann & F.
- Kleinsorge, I.K. & Koenig, H.F. (1991). The silent customers: measuring customer satisfaction in nursing homes. *Journal of Health Care Marketing*, 11 (4), 2-13.
- Kolland (Hrsg.), *Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine Kritische Gerontologie*, S. 163-194. Wiesbaden: VS.
- Kelley-Gillespie, N. (2012). A secondary analysis of perceptions of quality of life of older adults residing in a nursing home and assisted setting using an integrated conceptual model of measurement. *Applied Research Quality Life*, 7, 137-154.
- Keyes, C.L.M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.
- Klie, T. (2005). Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 268-272.
- Knight, C., Haslam, A. & Haslam, C. (2010). In home or at home? How collective decision making in a new care facility enhances social interaction and wellbeing amongst older adults. *Ageing & Society*, 30, 1393-1418.
- Knight, T. & Mellor, D. (2007). Social inclusion of older adults in care: is it just a question of providing activities? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2, 76-85.
- Koenig, H.G., Westlund, M.S., George, L.K., Hughes, D.C., Blazer, D.G. & Hybels, C. (1993). Abbreviating the Duke Social Support Index for use in chronically ill elderly individuals. *Psychosomatics*, 34, 61-69.
- Kohlmann, T. (2014). Messung von Lebensqualität: So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108 (2-3), 104-110.
- Kolanowski, A., Hoffman, L. & Hofer, S.M. (2007). Concordance of self-report and informant assessment of emotional well-being in nursing home residents with dementia. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B (1), P20-P27.

- Koller, M., Neugebauer, E.A.M., Augustin, M., Büssing, A., Farin, E., Klinkhammer-Schalke, M., Lorenz, W., Münch, K., Petersen, C., Steinbüchel, N.v. & Wieseler, B. (2009). Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Das Gesundheitswesen*, 71, 864-872.
- Kriz, D., Schmidt, J. & Nübling, R. (2006). Zufriedenheit von Angehörigen mit der Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Entwicklung des Screening-Fragebogens ZUF-A-7. *Pflege*, 19, 88-96.
- Kruse, A. (2005). Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51 (1), 41-57.
- Kunzmann, U. (2008). Differential age trajectories of positive and negative affect: Further evidence from the Berlin Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 63B, P261–P270.
- Larson, J.S. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28 (3), 285-296.
- Lawton, M.P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M.P. Lawton, P.G. Windley & T.O. Byerts (Hrsg.), *Aging and the Environment: Theoretical Approaches*, S. 33-59. New York: Springer.
- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe & D.E. Deutchman (Hrsg.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, S. 3-27. San Diego: Academic Press.
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer`s disease. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 51, B3-B14.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K., Perkinson, M. & Ruckdeschel, K. (1999a). Observed affect and quality of life in dementia: further affirmations and problems. *Journal of Mental Health and Aging*, 5 (1), 69-81.
- Lawton, M.P., Winter, L., Kleban, M.H. & Ruckdeschel, K. (1999b). Affect and quality of life. *Journal of Aging and Health*, 11, 169-198.
- Lee, D.T.F., Yu, D.S.F. & Kwong, A.N.L. (2009). Quality of life of older people in residential care homes: a literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1, 116-125.
- Lelliott, P., Beevor, A., Hogman, G., Hyslop, J., Lathlean, J. & Ward, M. (2001). Carers` and users` expectations of services – user version (CUES-U): an new instrument to measure the experience of users of mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 179, 67-72.
- LeVois, M., Nguyen, T.D. & Attkisson, C.C. (1981). Artifact in client satisfaction assessment. Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4, 139-150.

- Levy-Storms, L., Simmons, S.F., Gutierrez, V.F., Miller-Martinez, D., Hickey, K. & Schnelle, J.F. (2005). A refined protocol for coding nursing home residents' comments during satisfaction interviews. *Journal of Gerontology*, 60B (6), S326-S330.
- Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul Lempp Stiftung.
- Litwin, H. (2000). Activity, social network and well-being: An empirical examination. *Canadian Journal on Aging*, 19 (3), 343-362.
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and well-being in later life: what really matters? *Ageing and Society*, 26 (2), 225-242.
- Lloyd, L., Calnan, M., Cameron, A., Seymour, J. & Smith, R. (2014). Identity in the fourth age: perseverance, adaptation and maintaining dignity. *Ageing & Society*, 34, 1-19.
- Lyubomirsky, S., Tkatch, Ch. & Dimatteo, R.M. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*, 78, 363-404.
- Macklin, R. (2003). Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, 20 (327), 1419-1420.
- Magee, H., Parsons, S. & Askham, J. (2008). *Measuring dignity in care for older people: a research report for Help the Aged*. London: Help the Aged.
- Mairis, E.D. (1994). Concept clarification in professional practice – dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 947-953.
- Mann, J. (1998). Dignity and health: The UDHR's revolutionary first article. *Health and Human Rights*, 3 (2), 31-38.
- Marinelli, R.D. & Plummer, O.K. (1999). Healthy aging: beyond exercise. *Activities, Adaptation & Aging*, 23, 1-11.
- Mattson, D.J. & Clark, S.G. (2011). Human dignity in concept and practice. *Policy Sciences*, 44, 303-319.
- McGee, H.M., O'Boyle, C.A., Hickey, A., O'Malley, K. & Joyce, C.R.B. (1991). Assessing the quality of life of the individual: The SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychological Medicine*, 21, 749-759.
- Mayring, P. (1987). Subjektives Wohlbefinden im Alter: Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 367-376.
- MDS / Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2009). *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung*. Essen, MDS.
- Meadows, K.A. (2011). Patient-reported outcome measures: an overview. *British Journal of Community Nursing*, 16 (3), 146-151.

Meister, C. & Boyle, C. (1996). Perceptions of quality in long-term care: a satisfaction survey. *Journal of Nursing Care Quality*, 10 (4), 40-47.

Meyer, J., Heath, H., Holman, C. & Owen, T. (2006). Moving from victim blaming to an appreciative inquiry: exploring quality of life in care homes. *Quality in Ageing*, 7, 27-36.

Michalos, A.C. (2003). Multiple Discrepancies Theory (MDT). In A. C. Michalos (Hrsg.), *Essays on the quality of life* (S. 417-472). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Mittal, V., Rosen, J., Govind, R., Degenholtz, H., Shingala, S., Hulland, S., Rhee, Y. J., Kastango, K.B., Mulsant, B.H., Castle, N., Rubin, F.H. & Nace, D. (2007). Perception gap in quality-of-life ratings: An empirical investigation of nursing home residents and caregivers. *The Gerontologist*, 47 (2), 159-168.

Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 891-901.

Mor, V., Branco, K., Fleishman, J., Hawes, C., Phillips, Ch., Morris, J. & Fries, B. (1995). The structure of social engagement among nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 508 (1), P1-P8.

Morganti, J.B., Nehrke, M.F. & Hulicka, I.M. (1990). Latitude of choice and well-being in institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Experimental Aging Research*, 16 (1), 25-33.

Mostyn, M.M., Race, K.E.H., Seibert, J.H. & Johnson, M. (2000). Quality assessment in nursing home facilities: measuring customer satisfaction. *American Journal of Medical Quality*, 15 (2), 54-61.

Mountain, L.A., Campbell, S.E., Seymour, D.G., Primrose, W.R. & Whyte, M.I. (2004). Assessment of individual quality of life using the SEIQoL-DW in older medical patients. *The Quarterly Journal of Medicine*, 97, 519-524.

Murphy, K., O`Shea, E. & Cooney, A. (2007). Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2167-2177.

Murphy, K., O`Shea, E., Cooney, A., Shiel, A. & Hodgins, M. (2006). Improving quality of life for older people in long-stay care setting in Ireland. National Council on Ageing and Older People, Report No. 93, Dublin.

Murphy, K., O`Shea, E., Cooney, A., Shiel, A. & Hodgins, M. (2006). Improving quality of life for older people in long-stay care setting in Ireland. National Council on Ageing and Older People, Report No. 93, Dublin.

Murphy, K. & Welford, C. (2012). Agenda for the future: enhancing autonomy for older people in residential care. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 75-80.

Murphy, K., O`Shea, E., Cooney, A., Shiel, A. & Hodgins, M. (2006). Improving quality of life for older people in long-stay care setting in Ireland. National Council on Ageing and Older People, Report No. 93, Dublin.

Myers, D.T. (1989). *Self, society and personal choice*. New York: Columbia University Press.

- Myers, D.G. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 1, 10-19.
- NCHRDF (Hrsg.) (2006). *My home life. Quality of life in care homes. Help The Aged*, London. London: Help the Aged (www.myhomelife.org.uk).
- NCHRDF (Hrsg.) (2007). *My home life. Quality of life in care homes – a review of the literature*. London: Help the Aged (www.myhomelife.org.uk).
- Netten, A., Beadle-Brown, J., Caiels, J., Forder, J., Malley, J., Smith, N., Towers, A.-M., Trukeschitz, B., Welch, E. & Windle, K. (2011). *Adult Social Care Outcomes Toolkit. Main Guidance v2.1*. PSSRU Discussion Paper 2716/3. [Personal Social Services Research Unit, University of Kent, London School of Economics, University of Manchester]
- Netten, A., Beadle-Brown, J., Trukeschitz, B., Towers, A.-M., Welch, E., Forder, J., Smith, J. & Alden, E. (2010). *Measuring the outcomes of care homes: Final report*. PSSRU Discussion Paper 2696/2 [Personal Social Services Research Unit, University of Kent, London School of Economics, University of Manchester]
- Neugarten, B.L., Havinghurst, R.J. & Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Neugebauer, B. & Porst, R. (2001). *Patientenzufriedenheit: Ein Literaturbericht*. ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001, ZUMA, Mannheim.
- Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health Care Analysis*, 12 (2), 69-81.
- Nussbaum, M. & Sen, A. (Hrsg.) (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N. & VonKorff, M. (1997). Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Social Science and Medicine*, 45, 1051-1063.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N. & Verbrugge, L.M. (1999). Subjective well-being and social production functions. *Social Indicators Research*, 46, 61-90.
- Ortlieb, R., Bendel, K. & Matiaske, W. (2004). *Zufriedenheit mit Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Ergebnisse mit dem PPSQ-SC (Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire – (In)Station Care)*. Ergebnisbericht 05, Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V., Berlin. [erhältlich unter: www.werkstatt-opf.de]
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Antfang, P., Heusel, Ch., Maurer, A. & Schmidt, H. (2014). *Lebensqualität in der stationären Altenpflege mit INSEL. Konzeption, praxisnahe Erfassung, Befunde und sozialpolitische Implikationen*. Münster: LIT.
- Ousey, K. & Cook, L. (2011). Understanding patient reported outcome measures (PROMs). *British Journal of Community Nursing*, 16 (2), 80-82.
- O'Boyle, C.A., Browne, J., Hickey, A., McGee, H.M. & Joyce, C.R.B. (1993). The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a direct weighting procedure for quality of life

domains (SEIQoL-DW). Department of Psychology, Medical School, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin.

Pacsoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 83, 185-210.

Parker, C., Barnes, S., McKee, K., Morgan, K., Torrington, J. & Tregenza, P. (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing and Society*, 20 (3), 303-325.

Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.

Perlman, D. & Peplau, L.A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (Hrsg.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*, S. 123-134, New York: Wiley.

Pieper, R., Vaarama, M., Ljunggren, G. & Emilsson, T. (2008). The care keys toolkit. In: M. Vaarama, R. Pieper & A. Sixsmith (Hrsg.), *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings*, S. 281-299. New York: Springer.

Pietersma, S., de Vries, M. & van den Akker-van Marle, M.E. (2013). Domains of quality of life: results of a three-stage Delphi consensus procedure among patients, family of patients, clinicians, scientists and the general public. *Quality of Life Research*, DOI 10.1007/s11136-013-0578-3.

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4), 245-266.

Plagnol, A.C. & Scott, J. (2011). What matters for well-being: individual perceptions of quality of life before and after important life events. *Applied Research in Quality of Life* 6, 115-137.

Plummer, M. & Molzahn, A.E. (2009). Quality of life in contemporary nursing theory: A concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 22 (2), 134-140.

Poradzisz, M. & Florczak, K.L. (2013). Quality of life: Input or outcome? *Nursing Science Quarterly*, 26 (2), 116-120.

Pullmann, D. (1999). The ethics of autonomy and dignity in long-term care. *Canadian Journal on Aging*, 18 (1), 26-46.

Randers, I. & Mattiasson, A.-C. (2004). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 45 (1), 63-71.

Register, M.E. & Herman, J. (2010). Quality of life revisited: the concept of connectedness in older adults. *Advances in Nursing Science*, 33, 53-63.

Register, M.E., Herman, J. & Tavakoli, A.S. (2011). Development and psychometric testing of the register-connectedness scale for older adults. *Research in Nursing and Health*, 34, 60-72.

Register, E. & Herman, J. (2006). A middle range theory for generative quality of life for the elderly. *Advances in Nursing Science*, 29 (4), 340-350.

- Register, M.E. & Scharer, K.M. (2010). Connectedness in community-dwelling older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 32, 462-479.
- Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*, S. 29-33. Heidelberg: Springer.
- Robichaud, L., Durand, P.J., Bédard, R. & Ouellet, J.-P. (2006). Quality of life indicators in long-term care: Opinions of elderly residents and their families. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (4), 245-251.
- Robinson, J.P., Lucas, J.A., Castle, N.G., Lowe, T.J. & Crystal, S. (2004). Consumer satisfaction in nursing homes: Current practices and resident priorities. *Research on Aging*, 26 (4), 454-480.
- Robison, J., Shugrue, N., Reed, I., Thompson, N., Smith, P. & Gruman, C. (2010). Community-based versus institutional supportive housing: perceived quality of care, quality of life, emotional well-being, and social interaction. *Journal of Applied Gerontology*, 20 (10), 1-29.
- Rodgers, V., Welford, C., Murphy, K. & Frauenlob, T. (2012). Enhancing autonomy for older people in residential care: what factors affect it? *International Journal of Older People Nursing*, 7, 70-74.
- Robert, G., Cornwell, J., Breatley, S., Foot, C., Goodrich, J. Joule, N., Levenson, R., Maben, J., Murrells, T., Tsianakas, V. & Waite, D. (2011). „What matters to patients?“. Developing the evidence base for measuring and improving patient experience. Project Report for the Department of Health and NHS Institute for Innovation & Improvement. University of Warwick Science Park, Coventry.
- Ryden, M.B., Gross, C.R., Savik, K., Snyder, M., Oh, H.L., Jang, Y.-P., Wang, J.-J. & Krichbaum, K.E. (2000). Development of a measure of resident satisfaction with the nursing home. *Research in Nursing & Health*, 23, 237-245.
- Ryff, C. D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sacco-Peterson, M. & Borell, L. (2004). Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (4), 376-386.
- Saks, K., Tiit, E.-M., Muurinen, S., Mikkilä, S., Frommelt, M. & Hammond, M. (2008). Quality of life in institutional care. In: M. Vaarama, R. Pieper & A. Sixsmith (Hrsg.), *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings*. New York: Springer, S. 196-216.
- Sass, H.-M. (1990). Zielkonflikte im Wohlfahrtsstaat. In: Ch. Sachße & H. T. Engelhardt (Hrsg.), *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*, S. 71-84. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 203-216.

- Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A. & Holzhausen, M. (2013). Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Quality of Life Research*, 22, 2929-2938.
- Scherer, K.R. (2003). Introduction: Cognitive components of emotion. In R.J. Davidson, K.R. Scherer & H.H. Goldsmith (Hrsg.), *Handbook of affective sciences*, S. 563-571. Oxford: Oxford University Press.
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view of the „paradox“. *Social Indicators Research*, 75, 241-271.
- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. In M. Eid & R. Larsen (Hrsg.), *The science of subjective well-being*, S. 97–123. New York: Guilford press.
- Schimmack, U. (2003). Affect measurement in experience sampling research. *Journal of Happiness Studies*, 4, 79-106.
- Schmid-Büchi, S., Rettke, H., Horvath, E., Marfurt-Russenberger, K. & Schwendimann, R. (2008). Das auf Basis des „Quality of Health Outcome Model“ (QHOM) entwickelte Zürcher Pflege-Qualitätsmodell: Eine neue Perspektive zur Messung der Pflegequalität. *Pflege*, 21, 309-317.
- Schneekloth, U. & von Törne, I. (2009). Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: U. Schneekloth & Wahl, H.-W. (Hrsg.), *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen im Heim*, S. 43-158. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schönberg, F. (2006). Qualitätssicherung und Nutzerperspektive in stationären Einrichtungen der Altenpflege: Möglichkeiten und Grenzen von Bewohnerbefragungen. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS-Pontifex. Frankfurt/Main.
- Seedhouse, D. & Gallagher, A. (2002). Undignifying institutions. *Journal of Medical Ethics*, 28, 368-372.
- Seifert, M. (2006). Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen
Forschungsmethodischer Zugang und Forschungsergebnisse. *Inklusion-online.net*, 02/2006.
- Shippee, T.P., Henning-Smith, C., Kane, R.L. & Lewis, T. (2013). Resident- and facility-level predictors of quality of life in long-term care. *The Gerontologist*, doi: 10.1093/geront/gnt148
- Simon, A. (2014). Subjektive Versorgungsqualität in Pflegeheimen des alternativen Hausgemeinschaftskonzepts. Pilotstudie zur empirischen Erhebung und Validierung der Angehörigenzufriedenheit. *Gesundheitswesen*, 76, 344-350.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. & Kunzmann, U. (1996). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In K. U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, S. 487-523. Berlin: Akademie Verlag.
- Smith, S. & Petty, R. (1996). Message framing and persuasion: a message processing analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 257-268.

Soberman, L.R., Murray, M., Norton, P.G. & van Maris, B. (2001). The domains of satisfaction in long-term care. In: J. Cohen-Mansfield, F.K. Ejaz & P. Werner (Hrsg.), *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*, S. 29-51. New York: Springer.

Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.

Steverink, N. & Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging*, 21 (2), 281-290.

Stewart, A.L. & King, A.C. (1994). Conceptualizing and measuring quality of life in older populations. In R.P. Abeles, H.C. Gift & M.G. Ory (Hrsg.), *Aging and quality of life*, S. 27-54. New York: Springer.

Straker, J.K., Ejaz, F.K., McCarthy, C. & Jones, J.A. (2007). Developing and testing a satisfaction survey of nursing home residents: The Ohio Experience. *Journal of Aging & Social Policy*, 19 (2), 83-105.

Street, D., Burge, S., Quadagno, J. & Barrett, A. (2007). The salience of social relationships for resident well-being in assisted living. *Journals of Gerontology: Series B*, 62B (2), 129-134.

Tadd, W. (2004). Comparative analysis of data from older people's focus groups from all centres. Comparative Report. Cardiff School of Social Sciences, Cardiff University
[http://www.cardiff.ac.uk/socsi/dignity/europe/older_peoples_views.pdf, Zugriff am 09.01.2015]

Tester, S., Hubbard, G., Downes, M., MacDonald, C. & Murphy, J. (2004). Frailty and institutional life. In A. Walker & C. Hennessey (Hrsg.), *Growing Older: Quality of Life in Old Age*, S. 209-224. Maidenhead: Open University Press.

Tranvag, O., Petersen, K.A. & Naden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: A metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20 (8), 861-880.

Trigg, R., Skevington, S.M. & Jones, R.W. (2007). How can we best assess the quality of life of people with dementia? The Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia (BASQID). *The Gerontologist*, 47 (6), 789-797.

Tyne, A. (1985). Measuring quality of life in residential services for mentally handicapped people. In: A. Robertson & A. Osborn (Hrsg.), *Planning to Care: Social Policy and the Quality of Life*, S. 77-88. Aldershot: Gower.

Van Campen, C., Sixma, H., Friele, R.D., Kerssens, J.J. & Peters, L. (1995). Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 52 (1), 109-133.

Vaarama, M. & Pieper, R. (2014). Quality of life and quality of care: an integrated model. In A. Michalos (Hrsg.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, S. 5269-5276. Dordrecht: Springer.

Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. (Hrsg.) (2008). *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings*. New York: Springer.

Vaarama, M., Tiit, E.-M., Muurinen, S., Pieper, R., Saks, K., Sixsmith, A. & Hammond, M. (2008). Instrumentation of the Care Keyes Research. In: M. Vaarama, R. Pieper & A. Sixsmith (Hrsg.), *Care-*

Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings, S. 19-44. New York: Springer

Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.

Veenhoven, R. (1998). Two state-trait discussions on happiness. *Social Indicators Research*, 43, 211-225.

Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-79.

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

Victor, Ch., Scambler, S. & Bond, J. (2009). *The social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life*. Maidenhead: Open University Press.

Volicer, L. (1997). Goals of care in advanced dementia: comfort, dignity, and psychological well-being. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 196-197.

Wainwright, P. & Gallagher, A. (2008). On different types of dignity in nursing care: a critique of Nordenfelt. *Nursing Philosophy*, 9 (1), 46-54.

Wang, M., Schalock, R.L., Verdugo, M.A. & Jenaro, Ch. (2010). Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *American Journal on intellectual and developmental disabilities*, 115, 218-233.

Wardian, J., Robbins, D., Wolfersteig, W., Johnson, T. & Dustman, P. (2013). Validation of the DSSI-10 to measure social support in a general population. *Research on Social Work Practice*, 23 (1), 100-106.

Warr, P., Butcher, V. & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging and Mental Health*, 8 (2), 172-183.

Watson, D., Hubbard, B. & Wiese, D. (2000). General traits of personality and affectivity as predictors of satisfaction in intimate relationships: Evidence from self- and partner-ratings. *Journal of Personality*, 68, 413-449.

Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness. The experience of emotional and social isolation*. The Massachusetts Institute of Technology. Cambridge.

Welford, C., Murphy, K., Rodgers, V. & Frauenlob, T. (2012). Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 65-69.

Welford, C., Murphy, K., Wallace, M. & Casey, D. (2010). A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1226-1235.

West, G.E., Ouellet, D. & Ouellette, S. (2003). Resident and staff ratings of foodservices in long-term care: Implications for autonomy and quality of life. *The Journal of Applied Gerontology*, 22 (1), 57-75.

Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M. & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing & Society* 25, 585-600.

Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 439-445.

Wilkinson, T.J., Kiata, L., Peri, K., Robinson, E.M. & Kerse, N.M. (2012). Quality of life for older people in residential care is related to connectedness, willingness to enter care, and co-residents. *Australasian Journal of Ageing*, 31 (1), 52-55.

Wingefeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S. & Engels, H. (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld & Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln.

Wingefeld, K. & Schaeffer, D. (2001). Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 140-146.

Woopan, Ch. (2014). Die Bedeutung von Lebensqualität – aus ethischer Perspektive. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108 (2-3), 140-145.

Wozniak, D. (2010). Adaptationsprozesse im Alter. Die Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter. Dissertation, Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Ysseldyk, R., Haslam, A. & Haslam, C. (2013). Abide with me: religious group identification among older adults promotes health and well-being by maintaining multiple group memberships. *Aging & Mental Health*, 17 (7), 869-879.

Zimmerman, D.R. & Bowers, B.J. (2001). Integrating satisfaction surveys and other sources of information on quality of long-term care. In J. Cohen-Mansfield, Ejaz, F.K. & P. Werner (Hrsg.), *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*, S. 224-243. New York: Springer.

Zubritsky, C., Abbott, K.M., Hirschman, K.B., Bowles, K.H., Foust, J.B. & Naylor, M.D. (2013). Health-related quality of life: Expanding a conceptual framework to include older adults who receive long-term services and supports. *The Gerontologist*, 53 (2), 205-210.

Zuidgeest, M., Delnoij, D.M.J., Luijckx, K.G., de Boer, D. & Westert, G.P. (2012). Patients' experiences of the quality of long-term care among the elderly: comparing scores over time. *BioMed Central*, 12, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/26>

8.2 Kriterien und Indikatoren

ActiZ, V & VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS & ZN (2007). Quality framework responsible care: nursing, care and home care (long-term an/or complex care).

[<http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%20Verantwoorde>

%20Zorg%20%28english%29.pdf. Letzter Zugriff: 23.04.2014] [Instrument: Consumer Quality Index (CQ-index®) Long-Term Care]

Bradshaw, S.A., Playford, E.D. & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41, 429-440.

Department of Health (2012). The Adult Social Care Outcomes Framework. Handbook of Definitions, Version 3. London. [www.dh.gov.uk/publications]

Forder, J., Netten, A., Caiels, J., Smith, J. & Malley, J. (2007). Measuring Outcomes in Social Care: Conceptual Development and Empirical Design. Quality Measurement Framework Project PSSRU Interim Report. PSSRU Discussion 2422 (Papier zur konzeptionellen Basis des Projektes).

Gerritsen, D.L., Steverink, N., Frijters, D.H.M., Ooms, M.E. & Ribbe, M.W. (2010). Social well-being and its measurement in the nursing home, the SWON-scale. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1243-1251.

Health Information and Quality Authority (HIQA) (2008). National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland. Dublin. [www.hiqa.ie]

Hoffmann, F., Maas, F., Rodrigues, R., Bruckmüller, A., Gross, S., Kattnigg, A., Leichsenring, K., Schlüter, W., Staflinger, H., Schnabel, E., Brucker, U., Burkert, A., Braun, H., Grobe, D., Meyer, J., Minkman, M., Pel, R. & Mak, S. (2010). Verbesserung messen: Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Bericht aus dem Projekt PROGRESS. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien.

Jeon, Y., Fethney, J. & Ludford, I. (2012). Measuring client satisfaction in residential aged care settings: a narrative review of instruments. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 8 (1), <http://isub.com/IJHCA/8/1/13747/> [letzter Zugriff: 29.04.2014]

Kane, R. A., Kane, R.L., Bershadsky, B., Cutler, L.J., Giles, K., Kling, K.C. & Degenholtz, H.B. (2004). Measures, Indicators, and Improvement of Quality of Life in Nursing Homes: Final Report. School of Public Health, University of Minnesota, Delaware. [aktueller Fragebogen: Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview Form 2012, Quelle: http://www.vitalresearch.com/MNSurvey2012/Resident_Satisfaction_Interview_Form.pdf [letzter Zugriff: 28.04.2014]]

Kane, R., Pratt, M. & Schoenemann, K. (2003). Quality of Life Scales for Nursing Home Residents. Minneapolis, MN: University of Minnesota, School of Public Health.

Magee, H., Parsons, S. & Askham, J. (2008). Measuring dignity in care for older people: a research report for Help the Aged. London: Help the Aged.

Netten, A., Beadle-Brown, J., Trukeschitz, B., Towers, A.-M., Welch, E., Forder, J., Smith, J. & Alden, E. (2010). Measuring the outcomes of care homes: Final report. PSSRU Discussion Paper 2696/2 [Personal Social Services Research Unit, University of Kent, London School of Economics, University of Manchester]

Netten, A., Beadle-Brown, J., Caiels, J., Forder, J., Malley, J., Smith, N., Towers, A.-M., Trukeschitz, B., Welch, E. & Windle, K. (2011). Adult Social Care Outcomes Toolkit. Main Guidance v2.1. PSSRU

Discussion Paper 2716/3. [Personal Social Services Research Unit, University of Kent, London School of Economics, University of Manchester]

Oswald, F., Wahl, H.-W., Antfang, P., Heusel, Ch., Maurer, A. & Schmidt, H. (2014). Lebensqualität in der stationären Altenpflege mit INSEL. Konzeption, praxisnahe Erfassung, Befunde und sozialpolitische Implikationen. Münster: LIT.

Pieper, R., Vaarama, M., Ljunggren, G. & Emilsson, T. (2008). The Care Keys Toolkit. In: M. Vaarama, R. Pieper & A. Sixsmith (Hrsg.), Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings, S. 281-298. New York: Springer.

Ryden, M.B., Gross, C.R., Savik, K., Snyder, M., Lee Oh, H., Jang, Y.-P., Wang, J.-J. & Krichbaum, K.E. (2000). Development of a measure of resident satisfaction with the nursing home. *Research in Nursing & Health*, 23, 237-245.

Straker, J.K., Ejaz, F.K. & Jones, J.A. (2007). Developing and testing a satisfaction survey for nursing home residents: the Ohio experience. *Journal of Aging and Social Policy*, 19 (2), 83-105.

Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. (Hrsg.) (2008). Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings. New York: Springer. [Fragebogen CLINT stationär]

Wingefeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S. & Engels, H. (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld & Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln.