

Vorsitz des Ethikbeirats u. Koordination Ethikberatung**Vorsitz****Prof. Dr. Constanze Giese**Mail: constanze.giese@ksh-m.de**Koordination Ethikberatung / Fachstelle SPES****Pfrin. Dorothea Bergmann**Mail: dbergmann@diakonie-muc-obb.de

Begehungen der FQA und des MD in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe – ethische Herausforderungen und Klärungsbedarfe

Anlass: Reflexion des neuen MD-Prüfverfahrens aus ethischer Perspektive - Fragen und Irritation aus der Praxis

Hintergrund: Mit dem neuen Prüfverfahren soll die tatsächliche Ergebnisqualität sowie die Pflegefachlichkeit der an der Basis Mitarbeitenden aus der Praxis besser in den Fokus kommen.

Indikatoren Erhebung: Die zweimal jährliche Indikatorenerhebung ist sehr zeitaufwendig, insbesondere dann, wenn der Träger ein eigenes grundlegendes System zur Qualitätssicherung entwickelt hat. Die Indikatorenerhebung bindet wertvolle Personalressourcen, die dann für eine ganzheitliche, zugewandte, bewohnerorientierte Pflege nicht zur Verfügung stehen.

Qualitätsprüfung vor Ort: Die Begehungen werden von den Pflegefachpersonen als Defizit-orientiert wahrgenommen. Die Gesprächskultur entspricht noch nicht dem gewünschten Ziel die Pflegefachlichkeit der Geprüften in den Fokus zu nehmen. Die in Prüfsituationen entstehende asymmetrische Gesprächskonstellation wird dadurch verschärft und führt zur Irritation bzw. Kränkung.

Prüfergebnisse: Die Beurteilung der Pflegequalität einer Einrichtung innerhalb des neuen Prüfsystems erlaubt keine tatsächlich positive Bewertung. Das Beste zu erreichende Ergebnis wird lediglich als „ohne Mangel“ gewürdigt, der außerordentlich hohe Aufwand einer beziehungsorientierten ganzheitlichen Pflegequalität wird damit nicht adäquat berücksichtigt.

Ausblick: Grundsätzlich ist fest zu halten, dass die Sicherung der Qualität in der Versorgung in einem strukturell durch Ressourcenmangel - insbesondere hinsichtlich geeigneter hochqualifizierter Fachpersonen - gekennzeichneten System schwerlich durch weitere Prüfungen erzielt werden kann. Dieses Vorgehen, das dem politischen Tagesgeschehen und wiederkehrenden „Pflegeskandalen“ geschuldet ist, kann nicht als zielführend gelten. Die Pflegenden der Einrichtungen, in denen unter sehr schwierigen Bedingungen noch bestmögliche Pflege geleistet wird, erleben diese Prüfungen als frustrierenden und demotivierenden Generalverdacht. Der politische Handlungsdruck, der in der Gesellschaft entsteht, wenn Pflegeskandale auftreten, wird an alle Einrichtungen ungefiltert weitergegeben, wenn auf Berichte von Missständen reflexhaft mit dem Ruf nach weiteren und strengeren Kontrollen reagiert wird. Tatsächlich wäre es zielführender, Fehlanreize und systemimmanente Ursachen der Missstände abzustellen.

Ethisch hochrelevant ist angesichts des hohen und seltenen Gutes motivierter und qualifizierter Pflegefachpersonen eine Entwicklung, in der Qualitätsprüfungen als ein auf Misstrauen beruhendes System erlebt werden, das zusätzlich zum fordernden Alltag zu bedienen ist. Insbesondere der zusätzliche Zeitaufwand in einer Situation, in der ständig die Zeit für die

Bewohner: innen fehlt, wird von den Fachkräften als Kränkung des professionellen Ethos erlebt.

Die Herausforderung an die Einrichtungen und damit auch an die Mitarbeitenden liegt darin unter Knappheitsbedingungen mit einem aufwendigen defizitorientierten Prüfsystem zurecht zu kommen, das Beratung signalisiert aber letztlich Kontrolle sicherstellen muss. Aus ethischer Perspektive sind Kontrollen zum Schutz der vulnerablen Bewohner: innen nicht grundsätzlich in Frage zu stellen. Das Pflegepersonal, das unter schwierigen Bedingungen heute für die Bewohner: innen sorgt, darf nicht durch die Art und Weise der Prüfung weiter belastet oder frustriert werden. Hierfür haben die Prüfinstanzen, die Träger und Verantwortliche vor Ort in den Einrichtungen Sorge zu tragen.

Ziel: Ziel muss sein, den hochkomplexen Anforderungen, die sich aus den Lebenssituationen hochaltriger, multimorbider, häufig dementiell veränderter Menschen am Lebensende und im Sterben ergeben, gerecht zu werden. Es gilt die bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten und dabei möglichst wenig Ressourcen für andere Zwecke, wie etwa die „Bedienung“ der Interessen und Gesetzmäßigkeiten der Prüfinstanzen zu verausgaben.

Prioritär ist für die Hilfe im Alter dabei ein Pflegeverständnis, das auf dem christlichen Menschenbild basiert und auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Dieses prägt unser Verständnis von Pflegequalität, es ist verknüpft mit unserem Leitbild und Berufsverständnis. So verstanden wird Qualität durch die Einrichtung und vor allem durch die in ihr tätigen Menschen hervorgebracht. Qualität ist nur begrenzt quantifizierbar, da sie sich auch in der direkten Interaktion und der gelebten Einrichtungskultur zeigt.

Dem reflexartigen Ruf nach mehr und schärferen Kontrollen und dafür umfänglicher Dokumentation ist angesichts der dennoch immer wieder auftretenden „Pflegeskandale“ mit Aufklärung über deren Ursachen und über andere, besser geeignete Maßnahmen zur flächendeckenden Qualitätsverbesserung in der stationären Pflege entgegen zu treten. Es ist angezeigt eine Systemevaluation in Gang zu setzen anstelle sich von diesen Rufen treiben zu lassen.

Erläuterungen zu: „Begehungen der FQA und des MD in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe – ethische Herausforderungen und Klärungsbedarfe“

Anlass:

Das neue Prüfverfahren zur Erfassung der Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen ist ab November 2019 eingeführt, dann jedoch pandemiebedingt ausgesetzt worden und führt jetzt mit der Wiederaufnahme der Begehungen zu vermehrten Fragen und Irritationen aus den Einrichtungen. Diese adressieren den damit einhergehenden Zusatzaufwand für die Pflegefachpersonen insbesondere durch die zweimal jährliche Indikatorenerhebung und die Art und Weise der Kommunikation (im Fachgespräch) sowie die Ergebnisformulierung.

Dies führte zur Thematisierung im Ethikbeirat der HiA, Sitzung am 22.März 2022 mit den Gästen MDirig Dr. Bernhard Opolony, Abteilung Pflege im StMGP und Dominique Labouvie, Bereich Grundsatzfragen Pflege, MD Bayern, letzterer übernahm dankenswerter Weise die Einführung in die Spezifika des neuen Prüfverfahrens.

Im Ethikbeirat standen die Themen der Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Ressourcenbindung angesichts des hohen Arbeitsdrucks in der alltäglichen Versorgung und die von den Pflegefachpersonen beklagte mangelnde Wertschätzung im Fokus.

Hintergrund:

Die Pandemie fiel in die Zeit der Umstrukturierung der Prüfungen durch den MD. Vorrangiges Ziel des neuen Verfahrens ist es weiterhin, zu prüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen gemäß SGB XI erfüllen. Anders als im bisherigen Verfahren soll stärker auf eine Abbildung der tatsächlichen Ergebnisqualität gesetzt werden

und weniger auf die Pflegedokumentation. Dies erfolgt einerseits durch die (zunächst freiwillige, später verpflichtende) zweimal jährliche Indikatorenerhebung, andererseits durch die Qualitätsprüfung vor Ort mittels Begutachtung einer Zufallsstichprobe von Bewohner: innen, Informationserfassung und Plausibilitätskontrolle. Dabei wird zugleich ein stärker beratender Ansatz und die höhere Bedeutung des Fachgespräches zwischen MD Prüfer: innen und Fachpersonen der Einrichtung beschrieben. Die Fachkompetenz der Mitarbeiter: innen aus den Einrichtungen und der fachliche Austausch sollen zum Tragen kommen.

Die drei Schritte der Indikatorenerhebung, der Qualitätsprüfung vor Ort und der Darstellung der Prüfergebnisse sind unter aktuellen Bedingungen nicht zuletzt aus ethischer Perspektive kritisch zu hinterfragen:

Indikatorenerhebung:

Die zweimal jährliche Erfassung der Indikatorenergebnisse zur Meldung an den MD wird als sehr aufwendig erlebt. Laut MD ist (war) sie freiwillig und soll im Sinne eines Benchmarkings die Qualitätsentwicklung der Einrichtungen unterstützen, da diese auf der Basis der Datenauswertung durch den MD erfahren können, wo sie bezüglich dieser Indikatoren im Verhältnis zu den Ergebnissen der anderen bundesweit erhobenen Einrichtungen stehen.

Ein deutlicher Mehraufwand ist unvermeidlich, wenn in den Einrichtungen nicht das Strukturmodell der vereinfachten Pflegedokumentation praktiziert wird, sondern entsprechend der spezifischen Qualitätsanforderungen des Trägers zusätzliche Daten erhoben werden. Diese Erhebung bindet wertvolle Personalressourcen, die dann in der Pflege direkt am Bewohner fehlen. Praktikabilität und Effektivität der Methode sind fraglich angesichts der Tatsache, dass Einrichtungen zum Teil sehr gut auf die eigenen Strukturen angepasste eigene Qualitätssicherungssysteme haben. Die Erfassung der Indikatoren kommt dann quasi on Top, es droht ein Missverhältnis von Personaleinsatz zur Datenerhebung und Erkenntnisgewinn jenseits der Kontrollfunktion. Das vom MD häufig angeführte Argument, dass das eingeführte System als Qualitätssicherungsinstrument zu sehen ist, das die Einrichtung unterstützt, kann daher nicht nachvollzogen werden oder setzt voraus, dass eine Vereinheitlichung des QM einem auf die Eigenheiten der Einrichtungen und Trägerschaften angepassten Instrument überlegen ist. Dies darf bezweifelt werden. Damit einher geht die Gefahr, dass die Qualitätskontrollfunktion der tatsächlichen Qualitätsentwicklung in der Trägervielfalt übergeordnet wird. Die als sehr aufwendig wahrgenommene Indikatorenerhebung leidet auch daran, dass sie asynchron zur Begehung ist. Nicht selten sind die Bewohner*innen bereits verstorben, wenn die MD Begehung durchgeführt wird, um die Plausibilität zu überprüfen.

Angesichts der starken Arbeitsbelastung der Pflegenden und deren Post-pandemischer Erschöpfung, erleben viele den Dokumentationsaufwand zur Indikatorenerhebung als besonders belastend, weil er Ressourcen bindet, die für die direkte Pflege der Bewohner: innen fehlen. Das Gefühl, den pflegebedürftigen Menschen nicht entsprechend dem eigenen Berufsverständnis gerecht werden zu können, belastet viele Pflegenden. Das Instrument scheint zudem einen kurativen Ansatz zu verfolgen, der für viele Bewohner: innen nicht zuträglich ist, da die Qualität ihrer Versorgung sich tendenziell eher an einem palliativen Ansatz messen lässt.

Das Ziel des Instruments, die pflegebedürftigen Menschen auch als Bürger: innen und Beitragszahler: innen zu schützen, wird somit eher nicht erreicht, die retrospektiv erfassten Quantitäten können zentrale Aspekte der Pflegequalität wie individuelle Anpassung der Pflegemaßnahmen und Respekt vor der Selbstbestimmung nicht ausreichend abbilden. Deshalb bedarf es einer Entscheidung durch die Einrichtungen oder auch übergreifend der Träger ob und wie das Erfassungsinstrument des MD zukünftig genutzt werden soll und kann und welche Maßnahmen zum Schutz und zur Entlastung der Pflegenden ohne Nachteile für ein

adäquates spezifisch geeignetes QM System angezeigt sind. Eine konstruktive und für die Pflegenden nachvollziehbare Klärung bezüglich des Erfassungsinstruments des MD und seiner künftigen Bedeutung für das QM System des Trägers könnte den Eindruck doppelter Buchführung und die resultierende Zusatzbelastung vermeiden helfen.

Wesentlich ist aber, wie die Entscheidung auch ausfällt, dass transparent und nachvollziehbar kommuniziert wird, wozu die Dokumentation jeweils zu leisten ist, was ihr Nutzen und was genau ihr Hintergrund ist, um so für die Mitarbeitenden eine Sinnhaftigkeit ihrer Mühen mit der Erhebung der Daten erfahrbar zu machen

Qualitätsprüfung vor Ort:

Die Begehungen und die Form sowie die Gesprächskultur der Prüfung werden von den Pflegefachpersonen tatsächlich als defizitorientiert und nachgerade kränkend beschrieben. Neben einem im Einzelfall tatsächlich verbesserungswürdigen Kommunikationsverhalten der Prüfer: innen gibt es dafür verschiedene Auslöser.

Im konkreten Gespräch:

- Das Expertenwissen der Mitarbeitenden der Einrichtung insbesondere bezogen auf die Bewohner: innen (interne Evidenz), die sie kennen (und die Prüfer: innen nicht) wird häufig nicht aufgegriffen. Die Prüfenden greifen ausschließlich auf die ihnen zur Verfügung stehende externe Evidenz zu, was für Qualitätsbeurteilung im Fachgespräch nicht ausreicht.
- Der Blick auf die Gesamtleistung scheint nicht selten hinter die Bemänglung eines Einzelgeschehens zurück zu fallen.

Zur grundsätzlichen Gesprächssituation:

- Die Idee des (gleichberechtigten) Fachgesprächs steht konträr zu den Machtverhältnissen einer Prüfungssituation und deren Auftrag. Die vielfach beschworene Augenhöhe muss angesichts dessen eine letztlich nicht einlösbare Fiktion bleiben. Dies birgt die Gefahr von Irritationen im Umgang mit Kritik und hemmt die Teilhabe der Pflegefachpersonen am Gespräch.
- Diese Asymmetrie der Prüfsituation wird nicht selten verstärkt durch die unterschiedlichen sprachlichen Kompetenzen der beteiligten Akteure, insbesondere, wenn die Geprüften mit dem Deutschen als Fremdsprache noch unsicher sind und die Prüfer: innen über ein höheres/akademisches Bildungsniveau verfügen.

Notwendig ist grundsätzlich eine wertschätzende Kommunikation und das Schaffen einer Atmosphäre gegenseitigen Respekts, in der die Geprüften darstellen können, wo ihre tatsächlichen Stärken und Kompetenzen aber auch die spezifischen Herausforderungen der Einrichtung und ihrer Klientel liegen, um mögliche Verbesserungsbedarfe dann auch gut angehen zu können. Sollte es mit einzelnen Prüfer: innen zu Missverständnissen kommen bzw. keine gute Prüfsituation entstehen, weil etwa kein Gespräch mit gegenseitiger Würdigung gelingt, muss die Möglichkeit bestehen, dies mit dem Leadprüfer anzusprechen und geeignete Alternativen zu finden. Das bedarf des Rückhalts seitens des Gesamtträgers, wenn die Pflegefachpersonen auch während der Prüfsituation die je eigene fachliche Verantwortung wahrnehmen, entsprechend Position beziehen und Kritik nicht unwidersprochen hinnehmen. Hier liegt eine Möglichkeit, das Kränkungserleben in Prüfsituationen zu mindern, wenn Pflegefachpersonen trotz bestehender grundsätzlicher Defizitorientierung des Verfahrens und der Ergebniskategorien (s.u.) immerhin als Pflegeexpert:innen angesprochen und ernst genommen werden.

Prüfergebnisse:

Ein (nur) positives Ergebnis oder eine lobende Würdigung sind im System weder möglich noch vorgesehen, das beste erreichbare Ergebnis lautet *keine oder geringe Qualitätsdefizite*. Dem folgen als zweitbestes Ergebnis *moderate Qualitätsdefizite*, dann *erhebliche Qualitätsdefizite* und als schlechteste Möglichkeit *schwerwiegende Qualitätsdefizite*. Die Möglichkeit ein sehr

gutes oder gar ausgezeichnetes Ergebnis zu erreichen ist nicht gegeben. Ebenso wenig ist vorgesehen, die Qualitätsanforderungen zu den aktuellen Bedingungen des Fachkräftemangels und den zum Teil sehr komplexen Pflegebedarfen der Bewohner: innen, deren psychischer und physischer Fragilität und Multimorbidität in Relation zu setzen, dies sieht schon die Grundlage der Prüfung in SGB XI nicht vor. Die Pflegenden erleben diese Prüfung auch deshalb so, als ob das, was sie in der Pandemie geleistet haben und trotz der Zusatzbelastung umsetzen konnten und trotz aller Erschöpfung noch umsetzen, nicht gewürdigt wird. Ein positives Ergebnis oder eine Anerkennung herausragender Pflegeleistungen in hochkomplexen Pflegesituationen, wie sie zunehmend vorkommen, kann nicht erzielt werden, da das bestmögliche Ergebnis in der Feststellung keiner Mängel besteht. Damit ist das Qualitätsprüfungsverfahren kein Ort dafür, um den vielfach erschöpften Pflegepersonen ein positives und motivierendes Feedback zu geben. Dafür sind trägerseits andere Formen zu finden.

Ausblick und Ziel: Siehe oben