

Worauf es letztlich ankommt

Ergebnisqualität in der Langzeitpflege und -betreuung

Birgit Trukeschitz

Sie gehören zum Leben dazu: Zeiten, in denen wir auf Andere angewiesen sind, um unseren Alltag zu bewältigen. Während die Betreuung von Kindern mittlerweile gesellschaftlich an Beachtung gewonnen hat, werden die mit Betreuung und Pflege von beeinträchtigten älteren Menschen verbundenen Tätigkeiten weit weniger wahrgenommen. Intuitiv ist jedoch klar, dass Betreuung und Pflege – wenn auch teilweise im Verborgenen – viel leistet und, dass sowohl die Arbeit von Angehörigen als auch jener Personen und Organisationen, die professionell unterstützen, in älter werdenden Gesellschaften essentiell für die Versorgung physisch und/oder kognitiv beeinträchtigter Menschen sind.

So wichtig der Einsatz der »richtigen« Inputfaktoren (wie qualifizierte Personen und geeignete Betriebsmittel) und die Gestaltung von Prozessen (wie die fachlich korrekte Durchführung, der bewusste zwischenmenschliche Umgang) auch sind, so ist doch letztlich das Ergebnis von Betreuungs- und Pflegetätigkeiten bedeutsam, d. h. in wie weit beeinträchtigte Menschen mit Hilfe von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen ihren Alltag gemäß ihren Bedürfnissen (wieder) meistern. Betreuungs- und Pflegedienstleistungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität beeinträchtigter Menschen. Ihren Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität pflegebedürftiger Personen gilt es zu fassen und als Ergebnis von Pflege und Betreuung greifbar zu machen.

Dieser Artikel lenkt daher die Aufmerksamkeit auf die Wirkungen bzw. Ergebnisse von Langzeitpflege und -betreuung. Die folgenden Abschnitte thematisieren die Notwendigkeit des Perspektivenwechsels in der Qualitätsdiskussion, stellen eines der jüngst entwickelten Instrumente zur Messung von Ergebnisqualität in der Langzeitpflege in Grundzügen vor und erläutern dessen Anwendung anhand des österreichischen Hausbesuchs- und Beratungsprogramms für pflegegeldbeziehende Personen.

Perspektivenwechsel in der Qualitätsdiskussion

»Qualität« ist ein interessanter Begriff, schwingt doch mehr mit als das Wort definitionsgemäß beinhaltet. In diesem Abschnitt wird (i) dieses Begriffsverständnis diskutiert, (ii) die stärkere Gewichtung von *Ergebnissen* gegenüber Prozessen/Strukturen in der Diskussion um Qualität von Pflege- und Betreuungsleistungen angeregt und (iii) die inhaltliche Fokussierung der Dienstleistungsergebnisse auf die Beeinflussung der *Lebensqualität* physisch und/oder kognitiv beeinträchtigter Menschen argumentiert.

»Qualität« – ein häufig verwendeter, sympathischer, aber diffuser Begriff

Der Begriff »Qualität« ist uns vertraut; kommt er doch in vielen verschiedenen Handlungskontexten vor, die uns tagtäglich begegnen. In den einschlägigen Definitionen

von Qualität wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der Begriff »Qualität« ein Synonym für »Eigenschaften«, »Beschaffenheit« oder für die »Güteklasse« einer Sache oder Dienstleistung ist. Qualität als Begriff ist definitionsgemäß demnach beschreibend und nicht wertend gemeint. Diese Wertneutralität von Qualität findet sich in der Alltagssprache jedoch nicht. Qualität wird vorwiegend wertend und zwar in einer positiven Auslegung, im Sinne »guter« bzw. »bester« Qualität, verstanden. Diese positive Wertung des an sich neutralen Qualitätsbegriffs findet sich auch in Fachsprachen. Sehr deutlich wird dieses, mit Qualität einhergehende positiv wertende Verständnis im Begriff der »Qualitätssicherung«: Der Sinn des Begriffs Qualität – im Sinne der Sicherstellung *guter* Qualität bzw. *wünschenswerter* Merkmale einer Sache oder Dienstleistung.

Auch der Bereich der Langzeitpflege kennt dieses wertende Verständnis von Qualität, wie wohl in den letzten Jahrzehnten wegweisende Arbeiten zur Konkretisierung und Differenzierung des Qualitätsbegriffs in der Pflege entstanden sind.

Von der Struktur- und Prozessqualität zur Ergebnisqualität

Einer der bekanntesten Zugänge, Qualität von Dienstleistungen zu strukturieren, findet sich in den drei Qualitätsdimensionen von Donabedian (1980). Seine Gliederung von Qualität in Struktur-, Prozess- und Ergebniskomponenten entstand mit Bezug auf Gesundheitsdienstleistungen. Strukturqualität umfasst die Eigenschaften der dienstleistenden Einrichtung (Merkmale des Personals, der Ausstattung, ...), Prozessqualität bezieht sich auf alle Interaktionen zwischen DienstleistungsanbieterInnen und deren KundInnen. Bei Ergebnisqualität war ursprünglich an die Veränderung des Gesundheitszustandes gedacht. Bereits Donabedian (1980) machte darauf aufmerksam, dass die Veränderung des physischen und physiologischen Zustands um jenen des sozialen und psychologischen Zustandes erweitert werden sollte. Die drei Dimensionen der Qualität stehen zueinander in Beziehung, wobei von einem Einfluss der Eigenschaften der Strukturen auf Prozesse und folglich auf Ergebnisse ausgegangen wird. Dennoch bilden gute Strukturen und Prozesse zwar eine solide Voraussetzung für gute Ergebnisse, garantieren sie jedoch nicht. Vitt (2002, 24) weist daher explizit darauf hin, dass das Endergebnis »die eindeutigste Bezugsbasis für eine Qualitätsbeurteilung« bildet und als der »direkteste und unmittelbarste Indikator für die Qualität« aufzufassen sei.

Wenn es um die Qualität von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen geht, stehen nach wie vor Eigenschaften des Dienstleistungsprozesses und Merkmale der Strukturqualität der DienstleistungsanbieterInnen im Mittelpunkt. So bilden die Ausstattung von Räumlichkeiten, die Qualifikation von Personal, die Freundlichkeit im Umgang, Pünktlichkeit der Pflegefachkraft, die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und ihre Pflegeerfordernisse, etc. zentrale Inhalte von Regulierungen, Dokumentationen und Evaluierungen. Die Berücksichtigung und Definition der Ergebnisse, die mit diesen Leistungen erzielt werden (sollen), ist zwar vorhanden, rückt aufgrund der Struktur- und Prozessbetonung jedoch immer wieder in den Hintergrund.

In der Regel gilt es als einfacher, Struktur- und Prozessqualitäten von Pflege- und Betreuungsleistungen zu erfassen, als deren Wirkungen. Dennoch wurde in den letzten Jahren verstärkt versucht, sich den Schwierigkeiten der Ergebnismessung

im Handlungsfeld der Langzeitpflege zu stellen, um Leistungen sichtbar zu machen. Diese Entwicklung hatte einen internen und einen externen Antrieb. Der interne Antrieb resultiert aus professionellen Bestrebungen, Dienstleistungen ständig zu verbessern und diese Verbesserungen nachweisen zu wollen. Demgegenüber hat der externe Antrieb sowohl mit gesellschaftlichen Empowerment-Bewegungen als auch mit dem Wunsch, eingesetzte Mittel effizient zu verwenden, zu tun. Die vielseitigen Ansprüche an öffentliche Budgets, wie auch an Organisationsmittel, machten es erforderlich, zu prüfen, dass finanzielle Ressourcen bestmöglich eingesetzt werden. Voraussetzung dafür ist es, die Wirkungen von Maßnahmen und Leistungen bestimmen zu können.

Gerade in einem Handlungsfeld, wie der Langzeitpflege, ist die Erfassung der Ergebnisse von Pflege und Betreuung eine herausfordernde Aufgabe. So erschweren kognitive wie physische Einschränkungen dem pflegebedürftigen Menschen, als souveräner Konsument zu agieren. Eben diese Beeinträchtigungen fordern auch einen besonderen Zugang bei Evaluierungen, wenn die persönlichen Sichtweisen und Wahrnehmungen der Personen Berücksichtigung finden sollen. Unter dem Aspekt der Zurechnung von Ursache und Wirkung ist festzuhalten, dass das Dienstleistungsergebnis nicht ausschließlich von den Pflege(fach)kräften oder, im informellen Bereich, von pflegenden Angehörigen, zu steuern ist: Pflegebedürftige Personen wirken am Pflegegeschehen manchmal aktiv, jedenfalls jedoch passiv mit. Mit ihrem Verhalten können sie das Erreichen von Handlungszielen erleichtern bzw. erschweren. Dies gilt vor allem für Aktivitäten im Rahmen der Pflege und Betreuung, die auf Mitwirkung der pflegebedürftigen Person angewiesen sind, wie z. B. die Körperhygiene. Jemand, der z. B. wiederholt nicht dazu bewegt werden kann, sich waschen zu lassen, wird andere Ergebnisse der Pflegehandlung erfahren, als Menschen, die bereitwillig diese Tätigkeiten unterstützen. Sind professionelle Dienstleistungen Teil des Pflegearrangements, so ist es denkbar, dass nicht nur die pflegebedürftige Person, sondern auch Angehörige das Dienstleistungsergebnis beeinflussen können – durch ihre Einstellungen, Meinungen und ihr Verhalten, während, vor oder nach der Dienstleistungserbringung. Daher sind hier besonders die Kooperation und das Zusammenspiel zwischen Pflege und Betreuung durch Angehörige und professionelle DienstleistungsanbieterInnen zu beachten. Zudem sind im Falle häuslicher Pflege und Betreuung die Eigenschaften der Wohnung (z. B. Lage, Ausstattung, Raumaufteilung, Größe, Barrierefreiheit), zentral für den Pflege- und Betreuungsprozess; diese können nur eingeschränkt von professioneller Pflege und Betreuung beeinflusst werden.

Ergebnisqualität:

Lebensqualität betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen im Fokus

Mit der Fokussierung auf die Ergebnisqualität von Pflege und Betreuung rückt der betreuungs- bzw. pflegebedürftige Mensch mit seinen Bedürfnissen stärker in den Mittelpunkt der Evaluierung. Ergebnisse von Pflege und Betreuung werden jedoch auf vielfältige Art definiert und operationalisiert. Eine Gruppe bilden vorwiegend pflegewissenschaftliche Arbeiten, die sehr detaillierte, meist schwerpunktmäßig auf medizinisch-pflegerische Behandlungsziele ausgerichtete Operationalisierungen von Pflegeergebnissen enthalten. (siehe Vitt 2002; Johnson/Maas et al. 2005 enthält Informationen zu 190 Ergebnissen von Pflege) Charakteristisch für diese Gruppe von

Ergebnisdefinitionen ist neben dem ausgeprägten Detailgrad und der Schwerpunktsetzung auf fachpflegerische Komponenten auch die Bewertung der Situation der pflegebedürftigen Person vor dem Hintergrund von Pflegestandards.

Die andere Gruppe setzt sich aus knapper gefassten Indikatoren zur Ergebnisqualität zusammen, die sich vor allem in gesundheitsökonomischen Untersuchungen finden. Für Gesundheitsdienstleistungen liegen eine Fülle von Indikatoren der Ergebnisqualität (outcomes) vor (z. B. EQ5D, HUI 3 – Health Utilities Index Mark 3, QALYs). Hier liegt der Schwerpunkt darin, übersichtliche, aussagekräftige Maße zu nutzen und diese dann in Relation zum Ressourceneinsatz, zumeist in Form von Kosten ausgedrückt, zu setzen. In gesundheitsökonomischen Analysen werden insbesondere Kosten je QUALY (quality adjusted life years) verwendet, um Entscheidungsgrundlagen für das Angebot spezifischer Gesundheitsdienstleistungen zu schaffen (Dolan 2000; Nord/Daniels et al. 2009; Weinstein/Torrance et al. 2009). Verstärkt kommen hier Maße zur Selbsteinschätzung der Versorgungssituation zum Einsatz.

Gesundheitsleistungen haben jedoch in der Regel ein anderes Ziel als Betreuungs- bzw. Pflegedienstleistungen, sodass deren komprimierte Maße nicht 1:1 für den Bereich der Betreuungs- und Pflegeleistungen übernommen werden können. Im Handlungsfeld der Betreuung und Langzeitpflege stehen Einschränkungen in der Kompetenz, den Alltag zu meistern (z. B. den Haushalt zu führen, Körperpflege durchzuführen, Kontakte zu pflegen), im Vordergrund, die zur (dauerhaften) Beeinträchtigung der Lebensqualität betreuungs- und pflegebedürftiger Personen führen. Pflege und Betreuung zielt ab, die Lebensqualität beeinträchtigter Menschen zu erhalten (anstatt die verursachenden Beeinträchtigungen zu heilen) oftmals auch angesichts der unvermeidbaren Verschlechterung des Gesundheitszustands (siehe dazu Malley 2010, 6).

Das Konzept der Lebensqualität hat in den letzten Jahren in vielen wissenschaftlichen Disziplinen und Forschungskontexten eine wahre Boom-Phase erfahren. Die Arbeiten zur Definition und Messung von Lebensqualität (in unterschiedlichen Handlungsfeldern) sind kaum noch zu überblicken (Schumacher/Klaiberg et al. 2003 illustrieren diese Vielfalt anhand einer umfangreichen Zusammenstellung von Erhebungsinstrumenten).

Doch geht es in der Evaluation von Pflege und Betreuung nicht um Lebensqualität und deren Komponenten im Allgemeinen, sondern um jene Aspekte der Lebensqualität, die von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen beeinflusst werden können. Der Anspruch ist, festzustellen, in wie weit, in welchen Aspekten und in welchem Ausmaß Betreuung und Pflege dazu beitragen, die Lebensqualität beeinträchtigter Menschen zu verbessern. Jüngere Entwicklungen der Ergebnismessung in der Pflege und Betreuung räumen – so die kognitiven Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen ausreichen – der Selbsteinschätzung durch die Betroffenen gegenüber der Bewertung durch Fachleute den Vorrang ein.

In Österreich dokumentieren zwei nationale Initiativen den sich international abzeichnenden Trend, Ergebnisse von Langzeitpflege und -betreuung zu erfassen und dabei die Lebensqualität beeinträchtigter Menschen in den Mittelpunkt zu stellen (siehe für einen Überblick Trukeschitz 2010). So ist es ein zentrales Anliegen des Nationalen Qualifikationszertifikats für Alten- und Pflegeheime Ergebnisse von Heimleistungen mit Bezug auf die Lebensqualität von HeimbewohnerInnen abzu-

bilden (vgl. Steuerungsgruppe NQZ 2010). Auch im Hausbesuchs- und Betreuungsprogramm für PflegegeldbezieherInnen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz steht die Erfassung der Ergebnisqualität der häuslichen Betreuung und Pflege im Vordergrund (siehe dazu Grasser 2011; Trukeschitz/Harrach et al. 2011 und weiter unten)

ASCOT – Ein Instrument zur Messung des Einflusses von Betreuung und Pflege auf die Lebensqualität

In diesem Abschnitt wird ein Erhebungsinstrument vorgestellt, das zur Gruppe der Instrumente zählt, die versuchen, komprimiert die Versorgungssituation pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen abzubilden und den Einfluss von professionellen Leistungen auf diese Versorgungssituation zu erfassen.

ASCOT (Adult Social Care Outcome Toolkit¹) wurde entwickelt, um die Effekte professioneller Pflege und Betreuung in allen Handlungsfeldern – in der häuslichen Pflege, der Betreuung in Tageszentren sowie in Alten- und Pflegeheimen – sichtbar zu machen. Mit einem Instrument verschiedene professionelle Betreuungsformen evaluieren zu können, eröffnet die Chance, die jeweiligen Arrangements unmittelbar miteinander zu vergleichen. Nur mit einer soliden, vergleichbaren Outcome-Messung ist es möglich, die jeweiligen Stärken und Schwächen unterschiedlicher Programme bzw. Leistungstypen zu ermitteln.

ASCOT hat den Anspruch, den Einfluss von Pflege und Betreuung auf die *Lebensqualität* zu erfassen. Die Veränderung der Lebensqualität pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen durch die erhaltene Pflege und Betreuung soll damit als Outcome-Größe in den Mittelpunkt gerückt werden.

Obwohl erst 2010 veröffentlicht, weckt ASCOT bereits Interesse in anderen europäischen Ländern. So wurde in Dänemark ein Projekt zur Messung der Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen auf Basis von ASCOT durchgeführt. In Finnland wird ASCOT gegenwärtig für die Evaluierung der professionellen häuslichen Pflege getestet. Auch in Österreich gibt es Erfahrungen mit dem Instrument, das Eingang in das Erhebungstool des Hausbesuchs- und Beratungsprogramms des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz fand (siehe dazu Trukeschitz/Harrach et al. 2011 und weiter unten).

Welche Domänen der Lebensqualität werden berücksichtigt?

Instrumente, die die Lebensqualität von Menschen erfassen, sind zahlreich und ihrem Anspruch entsprechend umfangreich und komplex. Im Kontext der Messung von Effekten von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen ist es – wie bereits weiter oben beschrieben – zentral, nur jene Aspekte der Lebensqualität zu erfassen, die von diesen Dienstleistungen auch tatsächlich beeinflusst werden können. Diese Ausrichtung wird auch als »social care-related quality of life (SCRQoL)« (Netten/Beadle-Brown et al. 2010) bezeichnet. Die Domänen der Lebensqualität pflege- und betreuungsbedürftiger Personen, auf die ASCOT fokussiert, sind in Tabelle 1 aufgelistet und erläutert.

Tabelle 1: ASCOT – Domänen der Lebensqualität pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen

Domäne	Beschreibung
<i>Körperhygiene und Komfort</i> (personal cleanliness and comfort)	Die pflegegeldbedürftige Person fühlt sich sauber und komfortabel und macht einen gesellschaftsfähigen Eindruck. Sie ist im Idealfall so gekleidet und gepflegt, wie es ihren persönlichen Präferenzen entspricht.
<i>Essen und Trinken</i> (food and drink)	Die pflegebedürftige Person meint, eine ausgewogene, abwechslungsreiche und kulturell angemessene Ernährung zu erhalten. Sie nimmt Nahrung und Flüssigkeiten, die sie mag, in ausreichendem Ausmaß und in regelmäßigen, zeitlich angemessenen Intervallen zu sich.
<i>Hygiene des Wohnraums und Komfort</i> (accommodation cleanliness and comfort)	Die Wohnräume der pflegebedürftigen Person sind ihren Ansprüchen nach sauber und komfortabel.
<i>Persönliche Sicherheit</i> (personal safety)	Die pflegebedürftige Person fühlt sich sicher und geborgen. Das heißt, sie ist frei von Angst, misshandelt zu werden, angegriffen oder ausgeraubt zu werden, zu fallen oder anderen physischen Gefahren ausgesetzt zu sein.
<i>Soziale Partizipation und Teilhabe</i> (social participation and involvement)	Die pflegebedürftige Person ist mit ihrer sozialen Situation zufrieden. Sie unterhält für sie bedeutungsvolle Beziehungen zu FreundInnen und Familie und fühlt sich als Teil einer Gemeinschaft, sollte ihr das wichtig sein.
<i>Aktivitäten und Beschäftigung</i> (occupation)	Die pflegebedürftige Person ist in für sie bedeutungsvolle Aktivitäten involviert und ausreichend während des Tages beschäftigt.
<i>Selbstbestimmung</i> (control over daily life)	Die pflegebedürftige Person hat die Möglichkeit zu entscheiden, was, wie und wann sie etwas tut. Sie kann ihren Alltag und ihre Aktivitäten selbst bestimmen.
<i>Würde und Selbstachtung</i> (dignity)	Die negativen und positiven psychologischen Auswirkungen der Pflege und Betreuung auf das Selbstwertgefühl der pflegebedürftigen Person.

Quelle: vgl. Netten/Forder et al. (2011, 3), eigene Übersetzung

Tabelle 1 macht deutlich, dass nicht nur Aspekte der Lebensqualität, die Grundbedürfnisse ansprechen, wie z. B. Körperpflege, hygienische Wohnsituation und die Versorgung mit Nahrung, erfasst werden, sondern auch Bedürfnisse höherer Ordnung, wie soziale Teilhabe, die sinnvolle Beschäftigung bzw. Ausübung von individuell bedeutungsvollen Aktivitäten während des Tages und die Selbstbestimmung.

Die Domäne der Würde und Selbstachtung (dignity) wird in diesem Kontext so verstanden, dass professionelle Leistungen immer einen Einfluss auf die Selbstachtung eines Menschen haben. Sie können diese fördern, in dem sie respektvoll und die Würde der Menschen achtend, erbracht werden. Sie können diese jedoch auch beeinträchtigen. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass hier nicht die Prozessqualität im Mittelpunkt steht, wie z. B. der freundliche bzw. hilfsbereite Umgang zwischen Pflegefachkraft und pflegebedürftiger Person, sondern der Blick auf den

Effekt der Handlungen bzw. des Umgangs, in diesem Fall auf die Veränderung des Selbstwertgefühls gelenkt wird.

Wie wird die Versorgungssituation in den einzelnen Domänen erfasst?

In jeder dieser Domänen werden nun zwei Zustände erfasst: Zum einen die gegenwärtige Versorgungssituation der pflege- und betreuungsbedürftigen Person, wie sie mit der erhaltenen Unterstützung vorgefunden wird und zum anderen die Versorgungssituation der pflege- und betreuungsbedürftigen Person, wie sie ohne jeglicher Unterstützung aussehen würde. Letztere bildet vor allem die Selbsthilfefähigkeit der Person bei (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens ab.

Erhoben werden diese beiden Zustände nach einem Kategoriensystem, das folgende Abstufungen bietet:

Tabelle 2: ASCOT – Bewertungskategorien

Bewertungskategorie	Beschreibung
<i>Idealzustand</i> (Ideal state)	Die pflege- und betreuungsbedürftige Person ist in der entsprechenden Domäne so versorgt, wie sie das gerne möchte.
<i>Keine offenen Bedürfnisse</i> (No needs)	Die pflege- und betreuungsbedürftige Person ist in der entsprechenden Domäne versorgt – sollten offene Bedürfnisse vorhanden sein, dann wären das jene, die auch im Leben eines Menschen auftreten, der keine Einschränkungen hat.
<i>Einige offene Bedürfnisse</i> (Some needs)	Es werden Bedürfnisse in der betreffenden Domäne nicht abgedeckt, die entweder so bedeutsam sind oder so häufig nicht beachtet werden, dass die Lebensqualität dadurch in dieser Domäne beeinträchtigt wird. Es besteht jedoch keine Gesundheitsgefahr.
<i>Zahlreiche oder bedeutende offene Bedürfnisse</i> (High needs)	In der betreffenden Domäne sind grundlegende Bedürfnisse der pflege- und betreuungsbedürftigen Person nicht gedeckt. Gesundheitliche Beeinträchtigungen (physisch und/oder psychisch) können entstehen bzw. wurden bereits hervorgerufen.

Quelle: nach Netten/Forder et al. (2011), eigene Übersetzung

Je nach Erkenntnisinteresse besteht die Möglichkeit, nach den oben beschriebenen vier Kategorien zu arbeiten oder nur drei Kategorien zu verwenden (wobei die beiden ersten Kategorien »Idealzustand« und »keine offenen Bedürfnisse« zu einer Kategorie zusammengefasst werden).

Je nach kognitiven Fähigkeiten der Zielgruppe können selbst auszufüllende Fragebögen, hochstrukturierte Interviews oder Beobachtungen mittels Referenzszenarien für die Bewertung eingesetzt werden. Empfohlen wird, der Selbstauskunft pflege- und betreuungsbedürftiger Personen Vorrang einzuräumen.

Interessant ist die Form der Selbstauskunft. So wird – im Falle selbst auszufüllender Fragebögen bzw. im Zuge der hochstrukturierten Interviews – die Einordnung der individuellen Situation anhand von Referenzzuständen vorgenommen. Dies sei anhand der Domäne »Soziale Partizipation und Teilhabe« in Tabelle 3 kurz illustriert.

**Tabelle 3: ASCOT – Soziale Partizipation und Teilhabe –
Beispiel der Aussagen, die zur Wahl stehen**

Bewertungskategorie	Fragestellung
<i>Idealzustand</i>	»Ich habe so viel Kontakt zu Personen, die ich mag, wie ich möchte.«
<i>Keine offenen Bedürfnisse</i>	»Ich habe ausreichend Kontakt zu Leuten.«
<i>Einige offene Bedürfnisse</i>	»Ich habe Kontakt zu Leuten, aber nicht in dem Ausmaß, wie ich das möchte.«
<i>Zahlreiche oder bedeutende offene Bedürfnisse</i>	»Ich habe wenig Kontakt zu Leuten und fühle mich auch sozial isoliert.«

Quelle: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/instruments.php> (12.10.2011); SCT4, eigene Übersetzung

Wie lässt sich die Veränderung in der Lebensqualität durch Pflege/Betreuung abbilden?

Am Beispiel von englischen Alten- und Pflegeheimen lässt sich der Erkenntnisgewinn, den das Konzept erzielen möchte, illustrieren: In Abbildung 1 besetzt jeder Aspekt der Lebensqualität (Domäne) eine Ecke der Netzdarstellung. Der äußere Rand der hellen Schattierung markiert, wie weit pflege- und betreuungsbedürftige Personen – in diesem Fall in englischen Heimen – in den jeweiligen Domänen versorgt sind. Zu erkennen ist dabei, dass im Bereich Wohnen, Körperhygiene, Sicherheit und Essen & Trinken die Versorgung nahe dem Optimum (entspricht 100%) erfolgt. Demgegenüber erzielen die Versorgungssituationen in den Domänen Aktivität (siehe Doppelpfeil ©), Soziale Teilhabe und Selbstbestimmung viel niedrigere Werte und zeigen damit Bereiche an, in denen die Versorgung noch verbessert werden kann. Die Netzdarstellung (radar plot) ist bereits etabliert für die Darstellung von Qualität in der Pflege (siehe z. B. Ikegami/Hirdes et al. 2001; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2007, 191f.).

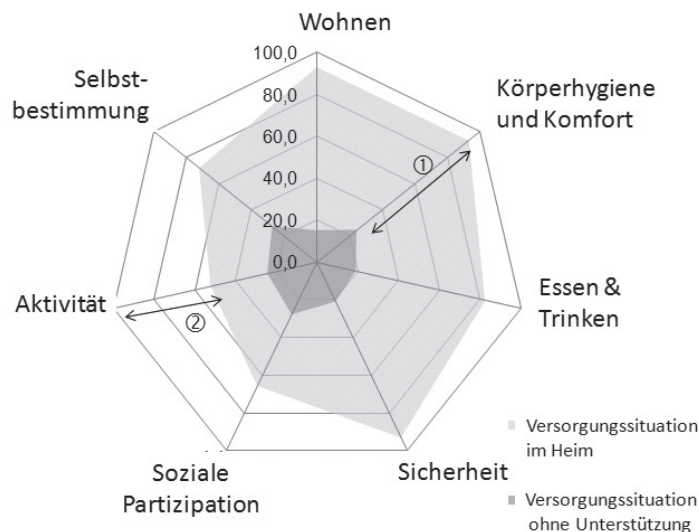
Neu an Abbildung 1 ist vor allem, dass auch jene Versorgungssituationen sichtbar werden, in der sich pflege- und betreuungsbedürftige Personen befinden würden, wenn sie gar keine Unterstützung hätten. Diese Situation korreliert sehr stark mit den Selbsthilfefähigkeiten pflegebedürftiger Personen und kann daher vereinfachend auch als diese interpretiert werden. In Abbildung 1 ist diese Fläche dunkel schattiert; sie ist im Falle englischer Heime sehr klein, was bedeutet, dass in englischen Heimen im Durchschnitt Menschen leben, deren Selbsthilfefähigkeit in allen Domänen sehr eingeschränkt ist.

Mit Hilfe beider Maße wird nun der Mehrwert der Pflege- und Betreuungsleistungen ersichtlich. Die helle Fläche verdeutlicht für jede Domäne (hier illustrativ betont durch den Doppelpfeil zur Domäne »Körperhygiene und Komfort«) die Veränderung der Lebensqualität durch die professionelle Dienstleistung. Für englische Heime wird deutlich, dass sehr markante Verbesserungen (große helle Flächen) der Lebensqualität der BewohnerInnen in den Bereichen »Wohnen«, »Körperhygiene & Komfort«, »Essen & Trinken«, wie auch im Bereich der »Sicherheit« ersichtlich werden. Merkbare Verbesserungen sind auch in den Bereichen »Soziale Partizipation« sowie »Selbstbestimmung« gegenüber einer Situation ohne professionelle Unterstüt-

zung feststellbar, wie wohl hier weiteres Verbesserungspotenzial deutlich wird. In der Domäne »Aktivitäten« ist der relativ geringsten Zuwachs an Lebensqualität durch die Heimleistungen zu vermerken, was angesichts der geringen Selbsthilfefähigkeiten der englischen HeimbewohnerInnen auf ein sehr deutliches Verbesserungspotenzial der Heimleistung hinweist.

Zusammengefasst macht die ASCOT-Netzdarstellung deutlich, in welchen Domänen und in welchem Ausmaß die Lebensqualität von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen durch professionelle Pflege- und Betreuungsdienstleistungen verbessert werden konnte und in welchen Bereichen Nachholbedarf besteht. Erweitern ließe sich die Darstellung, wenn Daten im Zeitverlauf zur Verfügung stünden.

Abbildung 1: ASCOT – Ergebnisqualität in englischen Alten- und Pflegeheime 2009



Quelle: nach Netten/Beadle-Brown et al. (2010)

Konzept zur Evaluierung der Ergebnisqualität der häuslichen Betreuung/ Pflege in Österreich

Das österreichische Bundespflegegeldgesetz sieht vor, dass im Rahmen von Hausbesuchen ermittelt werden kann, ob pflegegeldbeziehende Personen in Privathaushalten ihren Bedürfnissen entsprechend gepflegt und betreut werden. Gegebenenfalls kann versucht werden, mit Hilfe zielgerichteter Information und Beratung die Versorgungslage zu verbessern. (vgl. Grasser 2011, 144).

Diese Hausbesuche werden von Pflegefachkräften durchgeführt. In den letzten 10 Jahren wurden rund 100.000 BundespflegegeldbezieherInnen besucht (vgl. Grasser 2011, 144). Die Organisation der Hausbesuche im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMA SK) übernimmt das Kompetenzzentrum »Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege« der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

Ziel der Evaluierung im Rahmen der Hausbesuche ist eine Bewertung der Effekte des *gesamten* Pflegearrangements (d. h. der Betreuung/Pflege durch Angehörige gemeinsam mit professionellen Dienstleistungen, so diese in Anspruch genommen werden) auf die Lebensqualität der PflegegeldbezieherInnen. Mehrheitlich übernehmen Angehörige/FreundInnen/Nachbarn die alleinige Betreuung und Pflege der Pflegegeldbeziehenden Menschen. Rund ein Viertel der Privathaushalte mit PflegegeldbezieherInnen wurde 2008 durch professionelle Pflege- und Betreuungsdienstleistungen unterstützt. Dieser Anteil variiert beträchtlich zwischen den Bundesländern. Eine separate Bewertung der professionellen Dienstleistungen wird im Zuge des Hausbesuchs- und Beratungsprogramms des BMASK nicht vorgenommen. Jedoch besprechen die Pflegefachkräfte mit den Betroffenen, ob die in Anspruch genommenen Dienstleistungen ausreichend Unterstützung bieten bzw. ob es ratsam oder erforderlich wäre, professionelle Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in das Pflegearrangement zu integrieren.³

Von 2001 bis Mitte 2011 erfolgten die Erhebungen im Rahmen des Hausbesuchs- und Beratungsprogramms anhand eines Berichtsformulars, das die Einstufung des Gesamteindrucks der Versorgungssituation und der Ergebnisdimensionen »Hygiene im Umfeld«, »Körperpflege« und »Hautzustand« mit folgenden Bewertungsskalen vorsah: »Sehr gut«, »gut«, »mangelhaft« und »verwahrlost« standen für die Bewertung des Gesamteindrucks sowie der beiden ersten Bereiche zur Verfügung. Im Ergebnisfeld »Hautzustand« war festzuhalten, ob Defekte der Haut zu beobachten waren, im Speziellen, ob Rötungen/Hämatome und/oder Ulzerationen vorlagen.

Seit August 2011 wird die Bewertung von Ergebnissen der Pflege und Betreuung anhand eines Instruments erhoben (vgl. Grasser 2011, 146), das aufbauend auf ASCOT einerseits umfassender die pflege- und betreuungsrelevanten Dimensionen der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen abbildet und andererseits auch eine einheitliche dreistufige Skala samt domänenspezifischen Referenzszenarien für die Bewertung anbietet, mit der die vorgefundene Lebenssituation erfasst werden kann (für Details siehe Trukeschitz/Harrach et al. 2011). Diese wissenschaftliche Überarbeitung des Erhebungsinstruments übernahm das Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien im Auftrag des BMASK.

Für die Evaluierung der häuslichen Pflege und Betreuung (die durch Angehörige und FreundInnen und/oder professionelle Pflegekräfte geleistet wird) fanden folgende Domänen der Lebensqualität Eingang (siehe Grasser 2011; Trukeschitz/Harrach et al. 2011):

- Körperpflege
- Medizinisch-pflegerische Versorgung
- Ernährung, inklusive Flüssigkeitszufuhr
- Hygienische Wohnsituation
- Funktionale Wohnsituation
- Aktivitäten und soziale Partizipation

Die Anpassung der Domänen resultierte zum einen aus den spezifischen inhaltlichen Anforderungen und Zielsetzungen des Hausbesuchs- und Beratungsprogramms und zum anderen aus dem pragmatischen Anliegen, Inhalte zu komprimieren.

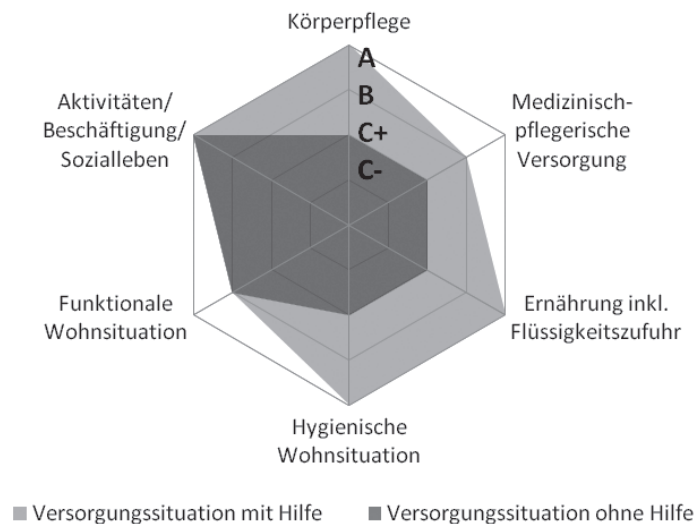
Die Bewertungsskala wurde gemäß dem besonderen Ziel des Hausbesuchs- und Beratungsprogramms, vor allem kritische Versorgungslagen zu kennzeichnen, leicht adaptiert. (siehe Grasser 2011; Trukeschitz/Harrach et al. 2011)

- Bewertungsstufe A: Pflege- und Betreuungsbedarf ist im jeweiligen Lebensbereich vollständig abgedeckt
- Bewertungsstufe B: Die Lebensqualität der Pflegegeldbeziehenden Person ist zumindest geringfügig beeinträchtigt
- Bewertungsstufe C: Die physische und/oder mentale Gesundheit der Pflegegeldbeziehenden Person ist gefährdet (C+) oder bereits beeinträchtigt (C-).

Beispielhaft wurden Versorgungsszenarien für die drei Bewertungsstufen (A–C) zu den jeweiligen Domänen formuliert. Diese Szenarien bieten den beurteilenden Pflegefachkräften Referenz- und Vergleichspunkte für die Bewertung. In diese Referenzszenarien flossen Pflegestandards ebenso ein wie normative Grundlagen, die an die »Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen« (Bundesministerium für Familie/Bundesministerium für Gesundheit 2009) angelehnt wurden.

Da zusätzlich zur Versorgungssituation unter Berücksichtigung der geleisteten professionellen und/oder informellen Hilfe auch die Fähigkeiten der pflegegeldbeziehenden Person in unterschiedlichen (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens erfasst werden, ist auch hier eine Netzdarstellung möglich (Abbildung 2). Ähnlich wie in Abbildung 1 zeigt die dunkle Fläche in Abbildung 2 die Selbsthilfefähigkeiten der pflegebedürftigen Person und die sichtbare helle Fläche den Zugewinn an Lebensqualität in den jeweiligen Domänen durch die Pflege und Betreuung. Abweichungen der gegenwärtigen Versorgungssituation vom Maximum (hier von Bewertungsstufe A) weisen auf Verbesserungspotenziale hin.

Abbildung 2: Beispielhafte Darstellung eines Bewertungsergebnisses, hypothetischer Fall »Frau Schmidt«



Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ausweitung der Bewertungsbereiche eine umfassendere, systematische Abbildung jener Aspekte der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen ermöglicht, die in Privathaushalten durch Angehörige und/oder durch professionelle Betreuungs- und Pflege(fach)kräfte versorgt werden.

Schlussfolgerungen

Pflege- und betreuungsbedürftige Personen zählen zu den schutzbedürftigsten Menschen unserer Gesellschaft. Ihre Fähigkeit, den Alltag selbständig zu meistern, ist eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden. Moderne Ansätze schreiben Pflege und Betreuung – sei es im Rahmen der Familie oder professionell – das Ziel zu, das Alltagsleben beeinträchtigter Menschen zu verbessern, und so ihre Lebensqualität zu erhöhen.

Die relativ einfache Messung von Strukturkomponenten der Pflege/Betreuung und die hohe Bedeutung des Unterstützungsprozesses verleiten dazu, diesen Bereichen in Evaluierungen viel Gewicht zu geben, zu Lasten der Feststellung des Effektes von Pflege und Betreuung auf die pflegebedürftige Person.

Der Einfluss von Pflege und Betreuung auf die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen ist darstellbar, wie anhand des Adult Social Care Toolkit (ASCOT) veranschaulicht wurde. Das ASCOT-Konzept bietet nicht nur einen rasch erfassbaren Überblick über die pflege- und betreuungsrelevante Lebenssituation beeinträchtigter Menschen, es bildet den Einfluss der Pflege und Betreuung auf die Lebensqualität kompakt ab.

Grundsätzlich gibt es mehrere Möglichkeiten, auf Basis von ASCOT Daten zu generieren. Generell ist die Selbstauskunft der Betroffenen zu bevorzugen. Ihnen gilt es eine Ausdrucksmöglichkeit zur Verfügung zu stellen, die quantifizierbar ist. Ist pflegebedürftigen Personen die Teilnahme an diesen Erhebungen nicht mehr möglich, so sollte eine weitest mögliche Einheitlichkeit der Bewertung durch Dritte erzielt werden. Der Einfluss der erhebenden Personen auf den Ablauf des Erhebungsprozesses oder gar auf das Erhebungsergebnis sollte dabei so gering wie möglich gehalten bzw. vereinheitlicht werden. Diese Einflussnahme wird oft unterschätzt oder gar nicht beachtet.

Für das Hausbesuchs- und Beratungsprogramm des BMASK für Pflegegeldbeziehende Menschen wurde ASCOT adaptiert. Die Erweiterung konzeptueller Art liegt darin, dass der Gesamteffekt jeglicher Betreuung und Pflege (durch Angehörige, wie – so vorhanden – durch mobile Dienstleistungen) erfasst wird. Ursprünglich wurde ASCOT für die Bewertung der Effekte professioneller Dienstleistungen entwickelt. Die Erweiterung in erhebungstechnischer Hinsicht findet sich in den ausführlichen Referenzszenarien, die erstmals für die häusliche Betreuung/Pflege formuliert wurden und das Herzstück für die Bewertung bilden. Verändern sich Standards oder Werte im Laufe der Zeit, so kann dies in den begleitenden Referenzszenarien berücksichtigt und so das Instrument »up-to-date« gehalten werden.

Die ersten wissenschaftlichen Konzepte sind entwickelt, den Effekt von Betreuung und Pflege auf die Lebensqualität sichtbar zu machen. Die Umsetzung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Praxis kann so mitwirken, Pflege- und Betreuungstätigkeiten – sei es durch Angehörige oder professionelle Kräfte – wahrnehmbarer zu machen. Zwei nationale Initiativen legen bereits den Fokus auf die Erfassung der Ergebnisqualität von Pflege und Betreuung, das Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime sowie das Hausbesuchs- und Beratungsprogramm für PflegegeldbezieherInnen. Diese Initiativen lenken damit den Blick auf das, was letztlich für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen von Bedeutung ist: in wie weit Pflege und Betreuung dazu beiträgt, die Lebensqualität zu verbessern.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit (2009) Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, 7. Auflage. Berlin.
- Dolan, Paul (2000) The measurement of health-related quality of life for use in resource allocation decisions in health care, in: Culyer, Anthony J./ Newhouse, Joseph P. (Hg.) Handbook of Health Economics. Oxford: Elsevier. 1723-1760.
- Donabedian, Avedis (1980) The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Grasser, Margarethe (2011) Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren, in: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht 2011/113, 144-146.
- Ikegami, Naoki/ Hirdes, John P./ Carpenter, Ian (2001) Long-term care: A complex challenge, in: The OECD Observer, Nov 2001; 229, 27-29.
- Johnson, Marion/ Maas, Meridean/ Moorhead, Sue (2005) Pflegeergebnisklassifikation NOC, deutschsprachige Ausgabe übersetzt, bearbeitet und herausgegeben von Andreas Büscher und Peter Tackenberg. Bern: Hans Huber.
- Malley, Juliette (2010) A Comparison of Options for Indicators from the Adult Social Care Survey (ASCS). PSSRU Discussion Paper 2736, University of Kent, Canterbury.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007) 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege; http://www.mds-ev.de/media/pdf/2._Bericht_des_MDS.pdf.
- Netten, Ann/ Beadle-Brown, Julie/ Trukeschitz, Birgit/ Towers, Ann Marie/ Welch, Elizabeth/ Forder, Julien/ Smith, Jan/ Alden, Elaine (2010) Measuring the Outcomes of Care Homes, PSSRU Discussion Paper 2696/2, University of Kent.
- Netten, Ann/ Forder, Julien/ Beadle-Brown, Julie/ Caiels, James/ Malley, Juliette/ Smith, Nick/ Towers, Ann Marie/ Trukeschitz, Birgit/ Welch, Elizabeth/ Windle, Karen (2011) ASCOT Adult Social Care Outcomes Toolkit. Main guidance v2.0. Canterbury. PSSRU Personal Social Services Research Unit.
- Nord, Erik/ Daniels, Norman/ Kamlet, Mark (2009) QALYs: Some Challenges, in: Value in Health, 12. 10-15
- Schumacher, Jörg/ Klaiberg, Antje/ Brähler, Elmar (Hg.) (2003) Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe. Verlag für Psychologie.
- Steuerungsgruppe NQZ (2010) Leben wie daheim. Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich: 2. Zwischenbericht der Arbeitsgruppe NQZ. Bericht über die NQZ-Pilotphase. Wien.
- Trukeschitz, Birgit (2010) Safeguarding Good Quality in Long-term Care: The Austrian Approach, in: Eurohealth, 16 (2), 17-20.
- Trukeschitz, Birgit/ Michalitsch, Verena (2011) Wo der Schuh drückt – Stellungnahmen und Verbesserungsvorschläge pflegender Angehöriger zu Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in Wien. Forschungsbericht 2/2011 des Forschungsinstituts für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien.
- Trukeschitz, Birgit/ Harrach, Bettina/ Jung, Reinhard/ Schneider, Ulrike; unter Mitarbeit von Irma Freiler (2011) Handbuch zum Erhebungsinstrument (v2) Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, WU Forschungsinstitut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien und Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Wien (derzeit unveröffentlicht).
- Vitt, Gabriele (2002) Pflegequalität ist messbar. Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege. Hannover: Schlütersche.
- Weinstein, Milton C./ Torrance, George/ McGuire, Alistair (2009) QALYs: The Basics, in: Value in Health, 12. 5-9.

Anmerkungen

- 1 ASCOT wurde in England an der University of Kent (PSSRU – Personal Social Services Research Unit) entwickelt: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/> (12. 10. 2011).
- 2 Die Daten wurden nicht anhand von Selbstauskunft, sondern mittels Beobachtungsbogen und dazugehörigen Referenzszenarien generiert. Diese Vorgangsweise wurde vom englischen Team gewählt, da ein deutlicher Anteil der BewohnerInnen kognitive Beeinträchtigungen aufwies.
- 3 Auswertungen aus der Vienna Informal Carer Study (VIC2008) geben Einblick, in welchen Bereichen pflegende und betreuende Angehörige Verbesserungspotenziale von professionellen Betreuungs- und Pflegedienstleistungen verorten (siehe dazu Trukeschitz/Michalitsch 2011).